



UNIVERSIDAD DE MURCIA

Departamento de Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológicos

**Maltrato infantil: Un estudio empírico
sobre variables psicopatológicas en
menores tutelados**

M^a VISITACIÓN FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

2014



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Maltrato infantil: Un estudio empírico
sobre variables psicopatológicas en
menores tutelados**

Tesis doctoral presentada por:

M^a VISITACIÓN FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

Co-Dirigida por:

CONCEPCIÓN LÓPEZ SOLER

Profesora titular Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos

JOSÉ ANTONIO LÓPEZ PINA

Profesor titular Dpto. Psicología Básica y Metodología

Dedicatoria

A mis padres y hermana

A Antonio

Porque has estado ahí, hasta el final de este duro camino.

Por todo lo que significas para mí.

Mi apoyo, mi guía, mi faro cuando estaba perdida...

Agradecimientos

Cuando echo la vista atrás, veo lo difícil que ha sido el camino que decidí emprender hace ya varios años. No sólo por este trabajo en sí, sino porque muchas veces no es lo que uno quiere, sino lo que la vida te deja. Y en ese sentido, ha ido poniendo alguna que otra dificultad en el camino. No obstante, contar con personas que te quieren y apoyan siempre alivia cualquier proceso, por duro que sea. La realización de este trabajo, no habría sido posible sin el apoyo de esas personas.

En primer lugar me gustaría dar las gracias a todas las personas importantes de mi vida. A mis padres Tomás y Maruja, que lo han dado todo por mí. Por el apoyo y esfuerzo realizado para que yo llevase a cabo mis sueños, ayudándome a “crecer”. A mi hermana, Manuela, que siempre está ahí cuando la necesito. A mis suegros Paquita y Pedro, y mis cuñados Juan y Pepa, siempre interesándose por mi trabajo y dándome ánimos. A mi sobrina Teresa, una niña inteligente y feliz, que todos los días me recuerda cómo debería ser la infancia para cualquier niño.

A la Dra. Concepción López Soler, codirectora de esta tesis. Una persona excepcional a la que admiro, y que desde hace 16 años confía en el trabajo que realizo. Su gran generosidad, cercanía, fortaleza, rigor y profesionalidad, son un ejemplo. No concibo haber llegado hasta aquí, sin el trabajo que me ha permitido realizar a lo largo de estos años. Gracias por enseñarme a disfrutar de esta profesión, aun en los malos momentos. Gracias por confiar en aquella estudiante de postgrado, y enseñarle tantas cosas.

Al Dr. José Antonio López Pina, codirector de esta tesis. Le doy las gracias por su paciencia y rigurosidad en el trabajo. Por su entera disposición para ayudarme a esclarecer las numerosas dudas metodológicas, que han ido surgiendo a lo largo de esta investigación. Porque siempre me ha hecho sonreír

con sus comentarios de ánimo, lo que me ha permitido tomar oxígeno para continuar.

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a mis compañeros y amigos de la Asociación Quiero Crecer (Mara Castro, Mavi Alcántara, Jean Carlos Puerto, Ana Isabel Belchí, Vanesa Méndez y M^a Carmen López), de la Unidad de Psicología Infantil del Hospital Virgen de la Arrixaca (Sonia Hernández, Fuensanta Hernández, Ana Paredes y Ana García-Blanco) por todo el apoyo y cariño recibido. También agradecer el apoyo y paciencia de Pedro Castell, mi jefe en el Servicio de Instrumentación Psicológica de la Universidad de Murcia, y de mi compañero Juan Manuel Vivancos. A Carmen García Montalvo, por la que tengo un especial cariño.

A mi compañera y amiga Antonia Martínez, con la que he compartido la angustia de escribir una tesis, sin tiempo para poder hacerlo. Por nuestras numerosas charlas telefónicas monotemáticas, contándonos nuestras desdichas con la tesis, y riéndonos de ellas. Gracias por tu apoyo y palabras de ánimo.

Finalmente, esto no hubiese sido posible sin Antonio, por su paciencia y comprensión durante las muchas horas que he dedicado a este trabajo. Por sus palabras de ánimo, por no dejar que abandonara, por compartir mis encierros, por sus abrazos. Porque día a día ha estado conmigo, compartiendo mis risas, enjugando mis lágrimas y calmando mis enfados. Te quiero.

Los niños siempre han existido pero la infancia no.

Phillipe Ariés

Los niños, niñas y adolescentes no son mini-seres humanos con mini-derechos humanos.

Pero mientras los adultos continúen considerándolos como tales, la violencia contra los niños, niñas y adolescentes persistirá.

Maud de Boer-Buquicchio

Secretaria General Adjunta del Consejo de Europa,

Estrasburgo, agosto de 2006.

INDICE

PARTE I: MARCO TEÓRICO

Capítulo 1 . MALTRATO INFANTIL

1.1 Breve aproximación histórica.....	5
1.2 Actualidad del problema.....	6
1.3 El concepto de maltrato infantil.....	7
1.4 Tipos de maltrato infantil.....	10
1.4.1 Maltrato Físico.....	12
1.4.2 Maltrato Emocional/Psicológico.....	13
1.4.3 Maltrato por Negligencia y/o Abandono.....	14
1.4.4 Abuso Sexual.....	15
1.5 El menor como testigo de la violencia de género.....	16
1.6 Malos tratos y familia.....	16
1.7 Ley de protección a la infancia en España. Historia y actualidad.....	19
Resumen.....	22

Capítulo 2 . EPIDEMIOLOGÍA DEL MALTRATO INFANTIL

2.1 Un problema sin resolver: La obtención de datos.....	26
2.2 Prevalencia del maltrato infantil.....	28
2.3 Prevalencia de los tipos de maltrato.....	30
2.4 Comorbilidad entre las tipologías de maltrato en la infancia.....	35
Resumen.....	38

Capítulo 3 . CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DEL MALTRATO

3.1 Cuando el maltrato se transforma en síntoma.....	41
3.2 Consecuencias del maltrato en la adolescencia.....	43
3.3 Múltiples tipos de maltrato y sus consecuencias.....	44
3.4 Problemas específicos asociados al maltrato infantil.....	46
3.4.1 Efectos del maltrato sobre el Sistema Nervioso Central.....	47
3.4.2 Trastornos Externalizantes e Internalizantes.....	48
3.4.3 Estrés Postraumático y Estrés Postraumático Complejo.....	51
3.4.4 Desarrollo psicosocial y el rendimiento académico.....	54
Resumen.....	58

Capítulo 4 . MODELOS EXPLICATIVOS DEL MALTRATO

4.1 Una revisión de los modelos explicativos de la etiología del maltrato.....	61
4.2 Modelos etiológicos de los tipos de maltrato.....	68
4.2.1 Modelos etiológicos del maltrato físico.....	68
4.2.1.1 Modelos tradicionales.....	68
4.2.1.2 Modelos de segunda generación.....	69
4.2.1.3 Modelos de tercera generación.....	70
4.3 Modelos etiológicos del abuso sexual.....	71
4.3.1 Teoría de la condición previa de Finkelhor (1984).....	71
4.3.2 Teoría cuatripartita sobre el abuso sexual de Hall y Hirschman (1992).....	72

4.3.3 Teoría integral de Marshall y Barbarie (1990).....	72
4.3.4 El modelo de Ward y Seegert (2002).....	73
4.4 Modelos etiológicos de la negligencia.....	73
4.5 Modelos etiológicos del maltrato emocional.....	74
Resumen.....	76

Capítulo 5 . EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL MALTRATO INFANTIL

5.1 Diagnóstico clínico de las reacciones postraumáticas.....	79
5.2 La evaluación del TEPT a través de los criterios diagnóstico en el DSM-5 (APA, 2013). La nueva categorización.....	80
5.3 Dificultades en la evaluación del maltrato en la infancia.....	84
5.4 Evaluación de la exposición de los tipos de maltrato.....	86
5.5 Evaluación de la situación familiar y el contexto social.....	91
5.5.1 El ambiente familiar.....	92
5.5.2 Estilos parentales.....	94
5.5.3 Acontecimientos vitales, relación con padres/madres y hermanos, apoyo social.....	96
5.5.4 alteraciones psicopatológicas en los padres/madres.....	97
5.6 Evaluación de las consecuencias del maltrato en la infancia.....	100
5.6.1 La entrevista clínica infantil.....	100
5.6.1.1 Entrevistas estructuradas.....	101
5.6.1.2 Entrevistas semiestructuradas.....	102

5.6.2 Instrumentos de evaluación.....	104
5.6.2.1 Evaluación de la sintomatología general.....	104
5.6.2.2 Evaluación de la ansiedad.....	106
5.6.2.3 Evaluación de la depresión.....	107
5.6.2.4 Evaluación del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).....	109
5.6.2.5 Evaluación del Estrés Postraumático Complejo.....	114
5.6.2.6 Evaluación del comportamiento agresivo, ira y conducta delictiva.....	115
5.6.2.7 Evaluación del autoconcepto y la autoestima.....	117
5.6.2.8 Evaluación de la adaptación psicosocial.....	118
5.6.2.9 Evaluación de variables mediadoras/protectoras.....	119
5.6.2.9.1 Características individuales.....	119
i. Autoeficacia y afrontamiento.....	119
ii. Conducta prosocial, empatía y socialización.....	120
5.7 Protocolo de evaluación PEDIMET para infancia maltratada. GUIIA-PC (2006).....	122
Resumen.....	123
 Capítulo 6 . LA PROTECCIÓN A LA INFANCIA: MENORES TUTELADOS	
6.1 Protección a la infancia en España.....	126
6.2 Problemas emocionales y conductuales en menores tutelados.....	127

6.3 Estrés postraumático en menores tutelados.....	133
6.4 La adaptación psicosocial en menores tutelados.....	135
Resumen.....	140

PARTE II: ESTUDIO EMPÍRICO

Capítulo 7 . OBJETIVOS E HIPÓTESIS

7.1 Objetivos e hipótesis.....	144
7.1.1 Objetivo general.....	144
7.1.2 Objetivos específicos.....	144
7.1.3 Hipótesis.....	145

Capítulo 8 . MÉTODO

8.1 Participantes.....	150
8.2 Procedimiento de selección.....	155
8.2.1 Selección de los participantes.....	155
8.2.2 Protocolo de evaluación e intervención.....	155
8.2.3 Información sobre las características del grupo e historia de maltrato.....	159
8.3 Instrumentos de evaluación.....	159
8.3.1 Child Behavior Checklist (CBCL).....	159
8.3.2 The Child PTSD Symptom Scale (CPSS).....	163
8.3.3 Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI).....	167
8.4 Análisis de datos.....	172

Capítulo 9 . RESULTADOS

9.1 Indicadores clínicos generales.....	174
9.1.1 Child Behavior Checklist (6-18 años) (CBCL).....	174
9.2 Adaptación.....	183
9.2.1 Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI).....	183
9.3 Estrés postraumático.....	186
9.3.1 Child PTSD Sypmtom Scale (CPSS).....	186
i. Análisis de ítems de la primera parte de la escala CPSS e índice de homogeneidad.....	187
ii. Análisis factorial de la escala CPSS.....	189
iii. Diagnóstico TEPT completo en DSM-IV-TR.....	190
iv. Diagnóstico TEPT completo en DSM-IV-TR y Deterioro funcional.....	191
v. Diagnóstico TEPT parcial.....	192
vi. Diagnóstico TEPT completo en DSM-5.....	193
vii. Diagnóstico TEPT completo en DSM-5 más Deterioro funcional.....	193
viii. Relación entre número de síndromes del CBCL, y el criterio psicométrico de puntuación mayor o igual a 18 en la escala total del CPSS como sintomatología grave (Jaycox et al., 2009).....	195
9.4 Correlaciones.....	196
9.4.1 Correlaciones entre la escala CPSS y síndromes CBCL.....	196

9.4.2 Correlaciones entre TAMAI I (8 a 10 años) y síndromes CBCL.....	196
9.4.3 Correlaciones entre TAMAI II (11 a 13 años) y síndromes CBCL.....	197
9.4.4 Correlaciones entre TAMAI III (14 a 18 años) y síndromes CBCL.....	198
9.5 Análisis inferencial.....	199
9.5.1 Análisis inferencial de las escalas del CPSS.....	199
9.5.1.1 Análisis inferencial con respecto al sexo.....	199
9.5.1.2 Análisis inferencial con respecto a la edad.....	200
9.5.1.3 Análisis inferencial con respecto al tipo de tutela.....	201
9.5.1.4 Análisis inferencial en función de la nacionalidad.....	201
9.5.2 Análisis inferencial de las escalas del CBCL.....	202
9.5.2.1 Análisis inferencial con respecto al sexo.....	202
9.5.2.2 Análisis inferencial con respecto a la edad.....	203
9.5.2.3 Análisis inferencial con respecto al tipo de tutela.....	204
9.5.2.4 Análisis inferencial con respecto a la nacionalidad.....	205

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión de resultados.....	209
Conclusiones.....	218
Limitaciones del estudio.....	224
Aportaciones del estudio.....	225
Retos para el futuro.....	227

REFERENCIAS.....	228
ANEXOS.....	306

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.1 Elementos básicos para el establecimiento de la definición.....	9
Tabla 1.2 Sistemas de clasificación del Maltrato Infantil y Dimensiones.....	10
Tabla 1.3 lesiones e indicadores físicos del Maltrato Físico.....	12
Tabla 1.4 Tipos de Maltrato Emocional y sus características.....	13
Tabla 1.5 Factores de riesgo y características.....	15
Tabla 1.6 Factores de riesgo en maltrato infantil y sus características.....	18
Tabla 2.1 Prevalencia del maltrato infantil en países de habla inglesa.....	29
Tabla 2.2 Tipos de maltrato según sexo y edad en la R. de Murcia.....	34
Tabla 3.1 Indicadores TEPTC en infancia maltratada.....	53
Tabla 3.2 Estudios sobre las consecuencias del maltrato.....	57
Tabla 4.1 Modelo transaccional del maltrato infantil.....	62
Tabla 4.2 Características de los tipos de apego.....	63
Tabla 5.1 Diferencias en los criterios CIE-10 y DSM-IV.....	79
Tabla 5.2 Nueva propuesta y criterios DSM-IV del TEPT.....	81
Tabla 5.3 Criterios diagnósticos DSM-IV-TR y DSM-5.....	84
Tabla 5.4 Instrumentos para la evaluación de la exposición al maltrato.....	90
Tabla 5.5 Evaluación de la situación familiar y el contexto social.....	98
Tabla 5.6 Entrevistas de evaluación.....	103
Tabla 5.7 Screening del TEPT a través de los ítems del CBCL.....	113

Tabla 5.8 Protocolo de Evaluación PEDIMET.....	122
Tabla 6.1 Prevalencias de los trastornos mentales en menores tutelados.....	132
Tabla 8.1 Frecuencia y porcentaje de edad y sexo de los/as menores de la muestra total.....	150
Tabla 8.2 Información sociodemográfica.....	151
Tabla 8.3 Acogimientos fracasados.....	151
Tabla 8.4 Descriptivos de padres/ madres (%).....	152
Tabla 8.5 Porcentaje de visitas.....	153
Tabla 8.6 Tipos de maltrato.....	153
Tabla 8.7 Persona que ejerce el maltrato.....	154
Tabla 8.8 Relación del tipo de maltrato con sexo y edad.....	154
Tabla 8.9 Criterios de inclusión y exclusión.....	155
Tabla 8.10 Consistencia interna del CBCL.....	163
Tabla 8.11 Consistencia interna del CPSS.....	167
Tabla 8.12 Puntuaciones TAMAI.....	169
Tabla 8.13 Coeficiente de consistencia interna del TAMAI (I y II).....	170
Tabla 8.14 Coeficiente de consistencia interna del TAMAI (III).....	171
Tabla 9.1 Prevalencias CBCL de 6 a 18 años por sexo y edad.....	176
Tabla 9.2 CBCL de 6 a 18 años prevalencias inter/externalizantes.....	177
Tabla 9.3 Prevalencia por grupo de sexo y edad.....	181
Tabla 9.4 Prevalencias globales en los pc \geq 93 y 98.....	182
Tabla 9.5 Prevalencia en adaptación (TAMAI).....	184

Tabla 9.6 Prevalencias totales para sexo y para la muestra.....	186
Tabla 9.7 Análisis de ítems de la escala CPSS (1ª parte).....	188
Tabla 9.8 Distribución de frecuencias y porcentajes por categorías para cada ítem.....	189
Tabla 9.9 Análisis factorial del CPSS.....	190
Tabla 9.10 Prevalencia TEPT según sexo y significación estadística.....	194
Tabla 9.11 Prevalencia TEPT según edad.....	195
Tabla 9.12 Relación entre sintomatología en el CBCL y CPSS.....	196
Tabla 9.17 Rangos promedio y análisis inferencial con respecto al sexo.....	200
Tabla 9.18 Rangos promedio y análisis inferencial con respecto a la edad.....	200
Tabla 9.19 Rangos promedio y análisis inferencial con respecto al tipo de tutela.....	201
Tabla 9.20 Rangos promedio y análisis inferencial en función de la nacionalidad.....	202
Tabla 9.21 Rangos promedio y análisis inferencial con respecto al sexo.....	203
Tabla 9.22 Rangos promedio y análisis inferencial con respecto a la edad.....	204
Tabla 9.23 Rangos promedio y análisis inferencial con respecto al tipo de tutela.....	205
Tabla 9.24 Rangos promedio y análisis inferencial en función de la nacionalidad.....	206

INDICE DE FIGURAS

Figura 2.1. Los icebergs del maltrato (Morales y Costa, 1997).....	27
Figura 8.1 Procedimiento del proyecto PEDIMET.....	158

Figura 9.1 Prevalencias Nivel I.....	185
Figura 9.2 Prevalencias Nivel II.....	185
Figura 9.3 Prevalencias Nivel III.....	185
Figura 9.4 Prevalencias DSM-IV-TR por sexo.....	191
Figura 9.5 Prevalencias DSM-IV-TR por edad.....	191
Figura 9.6 Prevalencias DSM-IV-TR más Deterioro por sexo.....	192
Figura 9.7 Prevalencias DSM-IV-TR más Deterioro por edad.....	192
Figura 9.8 Prevalencias TEPT Parcial por sexo.....	192
Figura 9.9 Prevalencias TEPT Parcial por edad.....	192
Figura 9.10 Prevalencias DSM-5 por sexo.....	193
Figura 9.11 Prevalencias DSM-5 por edad.....	193
Figura 9.12 Prevalencias DSM-5 más Deterioro por sexo.....	194
Figura 9.13 Prevalencias DSM-5 más Deterioro por edad.....	194

ANEXOS

Anexo 1. Indicadores de maltrato.....	306
Anexo 2. Comparación de los criterios diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático entre el DSM-IV-TR y el DSM-5.....	309
Anexo 3. Correlaciones.....	316
Tabla 9.13 Correlaciones CPSS-CBCL (N=69).....	316
Tabla 9.14 Correlaciones TAMAI I - CBCL (N=65).....	317
Tabla 9.15 Correlaciones TAMAI II -CBCL (N=17).....	318
Tabla 9.16 Correlaciones TAMAI III - CBCL (N=10).....	319

Esta investigación se ha realizado gracias al

“Proyecto de evaluación, diagnóstico e intervención psicológica a menores tutelados”, en base al convenio establecido entre la Universidad de Murcia y la Dirección General de Política Social de la Región de Murcia.

Presentación

El artículo 19 de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) (1990) señala que es obligación del Estado proteger a los niños de todas las formas de malos tratos perpetradas por padres, madres o cualquier otra persona (...). Hasta el momento 14 países del mundo han prohibido expresamente el castigo físico dentro de la familia, 12 de ellos después de haber firmado la Convención. En España se ha modificado el Código Civil para que no contemple la posibilidad de que los niños y niñas puedan ser golpeados por sus padres.

La familia debe ser el núcleo protector que disponga de los recursos mínimos, para que se cubran las necesidades básicas, afectivas y educativas de los menores. Pero en ocasiones la familia no consigue proporcionar esta protección, y en los menores aparecen indicadores psicopatológicos y problemas de adaptación de naturaleza e intensidad diferentes.

Los menores que crecen en entornos inseguros, agresivos y hostiles, sufriendo maltrato (emocional, físico, abuso sexual y/o negligencia) desarrollan graves alteraciones psicológicas y adaptativas. Así mismo la exposición continuada al maltrato también les genera elevados niveles de estrés, llegando incluso a sufrir estrés postraumático.

Esta tesis se enmarca dentro de los estudios sobre las consecuencias del maltrato en menores que están tutelados por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. En este trabajo se pretende conocer el alcance de algunas de las variables psicológicas, de estrés postraumático y adaptación que están afectando en los menores en situación de acogimiento residencial y acogimiento especial (con familia extensa y familia ajena).

En la primera parte del trabajo se describen los diferentes tipos de maltrato infantil, la epidemiología del problema y sus consecuencias psicológicas.

También se describen los modelos explicativos del maltrato, la evaluación del mismo. El último capítulo está dedicado a la protección a la infancia, centrado en los menores tutelados.

En la parte empírica se presentan los objetivos e hipótesis planteadas para la realización de la investigación. Se describen con detalle los instrumentos que se han elegido para la obtención de los datos y finalmente se presentan los resultados obtenidos. Finalmente se realiza un análisis de los resultados de este trabajo, comparándolos con los de otras investigaciones.

PARTE I.

MARCO TEÓRCO

CAPÍTULO 1.

MALTRATO INFANTIL



A lo largo de este capítulo se hablará sobre el Maltrato Infantil.

Se comienza haciendo una breve descripción histórica de este fenómeno y el gran interés que suscita en la actualidad, debido a las graves consecuencias que implica.

A continuación, se intenta analizar las diferentes definiciones de maltrato infantil, exponiendo algunas de las propuestas que surgen de autores y organizaciones a nivel internacional y nacional.

También se describen las diversas formas de maltrato infantil, centrándonos en las categorías que se han descrito clásicamente: Maltrato Físico, Maltrato Emocional, Negligencia y Abuso Sexual, y se hará una breve referencia a los menores testigos de violencia de género.

Y finalmente, hablaremos del maltrato en la familia. Contexto en el que más riesgo tiene un menor de sufrir algún tipo de violencia. Se hace una breve alusión a la situación legislativa sobre protección a la infancia de nuestro país.



1.1 BREVE APROXIMACIÓN HISTÓRICA

Los malos tratos a la infancia son tan antiguos como la humanidad misma. En el derecho romano antiguo el *"Pater Familiae"* era el propietario de los hijos, pudiendo decidir libremente su destino. Tenía derecho: de vida, muerte y castigo corporal, de vender a los hijos en esclavitud, de abandonarlos, o cederlos como garantía a un acreedor.

En la literatura se relata cómo se utilizaban infantes para el sacrificio a los dioses, (Fontana, 1979; Loredó, 1994). También se les agredía con el objetivo de enseñarles disciplina (Corral, Frias, Romero y Muñoz, 1995; Fontana, 1979; Levav, Guerrero, Phebo, Coe y Cerqueira, 1996; Loredó, 1994; Muller, Hunter y Stollak, 1995). Es en la segunda mitad del siglo XIX cuando los menores que sufrían maltrato comenzaron a recibir atención jurídica y médica. Nueva York reconoció por primera vez el maltrato infantil, gracias al caso de Mary Ellen. Una niña maltratada física y psicológicamente, que recibió apoyo de la ley por ser parte del reino animal y merecer, por ese motivo, la defensa de su integridad física y moral (Watkin, 1990). Pero no es hasta el siglo siguiente que se reconocerán los derechos en la infancia.

El concepto de malos tratos, tal y como se entiende actualmente, no surge hasta la década de los sesenta del siglo pasado. El 20 de Noviembre de 1959, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración de los Derechos del Niño. En 1968, Helfer y Kempe describieron por vez primera el *"Síndrome del Niño Apaleado"*. Posteriormente, Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller y Silver (1962) acuñaron el término de *"Síndrome del Niño Maltratado"*, especificando que se trataba de niños agredidos por sus propios padres o cuidadores. A partir de ahí comenzó la investigación sobre este problema social.

En 1989, la Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas en su artículo 19, solicitó a los Estados miembros adoptar *"todas las medidas"*



legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger al niño/a contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño/a se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo". También se definió en este mismo artículo el concepto de maltrato infantil como: "Toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que le tenga a su cargo".

1.2 ACTUALIDAD DEL PROBLEMA

Los malos tratos en la infancia constituyen en el momento actual un reto para la Psicología, pues se trata de un complejo proceso en el que intervienen por una parte factores sociales, políticos, económicos y jurídicos, cuyo análisis y posibles soluciones sobrepasa el ámbito de esta disciplina. Es un fenómeno multicausal, que involucra una gran variedad de factores biopsicosociales (Lazenbat, 2010; Loredó, Oldak, Carbajal, y Reynes, 1990; Santamaría, 1992), y su solución requiere un abordaje integral y multidisciplinar (Santana-Tavira, Sánchez-Ahedo, y Herrera-Basto, 1998).

En los últimos años, el estudio y detección del maltrato infantil ha experimentado un gran avance a nivel mundial (Duarte, 2007). Es un fenómeno de gran interés por su prevalencia e incidencia (De Paúl, Arruabarrena, Torres y Muñoz, 1995; Inglés, 1995; Jiménez, Moreno, Oliva, Palacios y Saldaña, 1995; OMS 2009; Soriano, 2005). Afortunadamente, se han ido creando instituciones gubernamentales y no gubernamentales con el fin de mejorar las condiciones de la infancia a nivel mundial, tanto en la prevención de cualquier tipo de daño, como en la promoción del cumplimiento pleno de los derechos en la infancia (Díaz y Ayuga, 1995).



En España, a pesar de que los/as profesionales de los Servicios Sociales perciben la gravedad y la frecuencia preocupante de la situación del maltrato infantil, no existe conciencia de que sea un problema social, como ha ocurrido últimamente con la violencia contra las mujeres (Fernández-Del Valle y Bravo 2002). El maltrato en la infancia es un problema que atenta contra los derechos de los eslabones más débiles de esta sociedad, y su abordaje debe ser un objetivo común y prioritario.

1.3 EL CONCEPTO DE MALTRATO INFANTIL

Existe una evidente falta de unidad en la comunidad científica, que impide la homogeneidad entre las distintas definiciones de maltrato infantil. Estas definiciones varían en función del contexto en el que se han formulado.

Algunos investigadores consideran como maltratados a aquellos menores que han sido dañados, aunque sea de modo inintencional por los padres, mientras que otros requieren que el daño producido al niño/a sea intencionado (Ketsela y Kedebe, 1997; Madu y Peltzer, 2000; Shumba, 2001; Youssef, Attia y Kamel, 1998). Sin embargo, Straus (1979; Straus y Gelles, 1990; Straus y Hamby, 1997; Straus, Kinard y Williams, 1995), centraron su definición en los comportamientos o acciones que realizan los adultos.

No podemos dejar de lado en la conceptualización sobre el maltrato infantil los diferentes contextos culturales. Facchin et al. (1998) afirmaron que los conceptos sobre la crianza en las diversas culturas pueden diferir hasta tal punto que alcanzar un acuerdo sobre qué prácticas pueden ser negligentes o abusivas es extremadamente difícil (National Research Council, 1993).

Para tener una visión global sobre las dificultades que entraña la unificación del concepto de maltrato infantil, presentamos las definiciones de los principales organismos nacionales e internacionales:



- **Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2006):** *“Los menores víctimas del maltrato y el abandono son aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial”.*
- **Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002):** *“Cualquier forma de daño físico y/o emocional, abuso sexual, negligencia o cualquier forma de trato negligente, comercial u explotación, que resulta en el daño actual o potencial a la salud, sobrevivencia o desarrollo de la dignidad, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.*
- **Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas (CDN, 1989):** *“Toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que le tenga a su cargo”.*
- **Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006):** *“Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño o la niña de sus derechos y su bienestar, que amenaza y/o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”.*

Por tanto, grupos de investigación e instituciones internacionales y nacionales, gubernamentales y no gubernamentales, han optado por crear su propia definición, lo que supone definiciones imprecisas, estrategias de medición insuficientes (Manly, 2005), y además, dificulta la comparación entre los diversos estudios, surgiendo problemas de fiabilidad y establecimiento de límites taxonómicos poco claros (Besharov, 1981). Pollak (2010) indicó que el maltrato



infantil constituye una entidad difícil de definir y su definición cambia en las diferentes investigaciones.

Dada la complejidad de la definición de maltrato infantil, y con el fin de homogeneizar criterios, Perea et al. (2001) propusieron diversos parámetros que deben tenerse en cuenta para una definición más adecuada del maltrato infantil (tabla 1.1).

Tabla 1.1. Elementos básicos para el establecimiento de la definición.

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

Finalmente, Perea et al. (2001) concluyeron que ninguna definición presentó una descripción concisa para todos los miembros de una sociedad, y no hay ninguna definición que contenga todos los elementos considerados básicos.



1.4 TIPOS DE MALTRATO INFANTIL

No existe acuerdo para establecer una clasificación de los diferentes tipos de maltrato, se han propuesto diferentes modelos con la finalidad de lograr un consenso que permitiera una clasificación universal. Barnett, Manly y Cicchetti (1991) y Manly (2005) propusieron un *Sistema de Clasificación de Maltrato (SCM)*. También surgió el sistema de clasificación *ROME (Record of Maltreatment Experiences)* de McGee, Wolfe y Wilson (1997). English y el equipo de investigación LONGSCAN (1997), partiendo del sistema de Barnett et al. (1991), crearon el *Sistema de Clasificación de Maltrato Infantil Modificado (SCMM)*. Lau et al. (2005) propusieron también un *Sistema de Clasificación Jerárquico Extendido (SCJE)*. De los diferentes sistemas propuestos, el *Sistema de Clasificación Jerárquico (SCJ)* es el más utilizado, codificando las experiencias de maltrato en un solo tipo. Pero rara vez se ejerce un único tipo de maltrato infantil; frecuentemente se observa en forma combinada con otros (Belsky, 1993; Dong et al., 2004; Kinard, 1998; Manly, Kim, Rogosch y Cicchetti, 2001). La clasificación jerárquica diferencia entre maltrato activo (como el abuso sexual) y maltrato pasivo (como la negligencia) y clasifica el maltrato infantil en cuatro grandes categorías (Cicchetti y Carlson, 1989; Kempe y Kempe, 1985; Lau et al., 2005; OMS, 1999): abuso sexual, maltrato físico, negligencia y maltrato emocional. La tabla 1.2 recoge las diferentes propuestas de clasificación

Tabla 1.2. Sistema de clasificación del Maltrato Infantil y Dimensiones.

SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL	DIMENSIONES
Sistema Jerárquico de Clasificación (SJC) Lau et al. (2005)	<ul style="list-style-type: none"> - Abuso sexual - Maltrato físico - Negligencia infantil - Maltrato emocional
Sistema de Clasificación del Maltrato (SCM) Barnett, Manly y Cicchetti, (1991) Manly (2005)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de maltrato (<i>incluye Maltrato moral/legal/educativo</i>) - Severidad - Frecuencia/Cronicidad - Separación/Emplazamiento - Perpetrador



Tabla 1.2. Sistema de clasificación del Maltrato Infantil y Dimensiones (Continuación).

Record of Maltreatment Experiences (ROME) McGee, Wolfe y Wilson (1997)	- Estadio de desarrollo - Tipo de maltrato - Género de las víctimas
Sistema de Clasificación de Maltrato Modificado (SCMM) LONGSCAN (1997), Barnett et al. (1991)	- Tipo de Maltrato (<i>incluye: Maltrato Moral-Legal/Educativo</i>) - <i>Severidad.</i>
Sistema Jerárquico de Clasificación Extendido (SJCE) Lau et al. (2005)	- Tipo de maltrato (<i>incluye: Abuso sexual con otro tipo de maltrato, Maltrato físico y negligencia infantil</i>)

Además de las cuatro categorías generales, Kent, Luidla y Brockington (1997), Loredo (1994) y Sorinao et al. (2009) propusieron nuevas categorías como el maltrato prenatal.

En nuestro país, Arruabarrena (2004) coordinó un proyecto en el que se propusieron, además de las cuatro categorías principales, los siguientes tipos: corrupción, corrupción por modelos parentales asociales, explotación laboral, maltrato prenatal, retraso no orgánico en el crecimiento, y síndrome de Munchausen por poderes e incapacidad parental de control de la conducta infantil/adolescente.

Recientemente, Lachica (2010) propuso la inclusión de otras formas de maltrato, bajo el epígrafe "*crueldad a la infancia*". Aquí encontramos: la explotación del menor, el ensañamiento terapéutico, los niños víctimas de acciones terroristas, las agresiones a los niños por motivos políticos o los niños soldado. Finalmente, Edelson (2001), Herrenkohl y Herrenkohl, (2007), Wolf y McGee (1994) propusieron que ser testigo del maltrato ejercido hacia otros miembros de la familia, se incluyera como una nueva conceptualización del maltrato.

En esta tesis, nos centraremos en la descripción de los cuatro tipos de maltrato infantil que más ampliamente se han documentados en la literatura científica: (1) Maltrato físico, (2) Maltrato emocional, (3) Maltrato por negligencia



y/o abandono, y (4) Abuso sexual, pues es la clasificación en él explicada. También incluiremos, por su relevancia actual y su relación con este estudio, una breve descripción sobre el maltrato hacia los menores testigos de violencia de género.

1.4.1 MALTRATO FÍSICO

La OMS (2009) definió el maltrato físico como *“el uso deliberado de la fuerza física contra un niño de modo que ocasione, o muy probablemente ocasione, perjuicios para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño”*. Las manifestaciones clínicas por violencia física se caracterizan por su multiplicidad, por ser de diferente intensidad y de la más variada localización (Lachica 2010). Una de las principales características de las agresiones es que son realizadas directamente por el adulto, sin ayuda de ningún instrumento lesivo (Gordon, Shapiro, y Berson, 1988; Knight, 1977) (tabla 1.3).

Tabla 1.3. Lesiones e indicadores físicos de Maltrato físico.

LESIONES	INDICADORES FÍSICOS
Lesiones cutáneas	Excoriaciones, hematomas, heridas, cicatrices, quemaduras, alopecias, etc.
Lesiones esqueléticas (provocadas por zarandeos, sacudidas y torsiones)	Desprendimientos episiarios alrededor de la articulación del codo y la rodilla, fracturas de huesos largos, fracturas costales y claviculares, etc.
Lesiones craneoencefálicas	Fracturas de bóveda y base craneal, hematoma subdural, fracturas del macizo facial, etc.
Lesiones oculares	Edemas, heridas, hemorragias del vítreo, desgarros, desprendimientos, etc.
Lesiones viscerales	Roturas de vísceras (hígado, bazo, vejiga, etc.)

Fuente: Lachica (2010). Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales. *Cuadernos de Medicina Forense*.



1.4.2 MALTRATO EMOCIONAL/PSICOLÓGICO

La OMS (2009), afirmó que el maltrato “*se manifiesta por una reiterada dejación por parte de un progenitor o cuidador, que mantiene al niño en un entorno inapropiado a su desarrollo y carente de apoyo*”. Pero al igual que ocurre con otras definiciones de los diferentes tipos de maltrato, existe falta de consenso en la definición (Baker y Festinger, 2011).

Este tipo de maltrato ha sido, de las cuatro tipologías principales, una de las últimas en recibir la atención de los investigadores y de los Servicios de Protección a la Infancia (Arruabarrena, 2011).

Gabarino, Guttman y Seeley (1986) propusieron una clasificación de las diferentes formas de maltrato emocional y las características en las que se presentan en función de la etapa de desarrollo (*tabla 1.4*).

Tabla 1.4. Tipos de Maltrato Emocional y sus características.

TIPOS	CARACTERÍSTICAS
<i>Rechazo</i>	- Hasta los 2 años, rechazo a las iniciativas espontáneas y de apego del niño.
<i>Aterrorizar</i>	- Hasta los 2 años, ruptura deliberada de la tolerancia del niño a los cambios. - Hasta los 4 años, usos de gestos y palabras que tratan de intimidar y amenazar al niño. - En la edad escolar, respuesta a demandas contradictorias, críticas constantes, etc.
<i>Aislamiento</i>	- Hasta los 2 años, imposibilidad de interactuar con los padres u otros adultos. - Hasta los 4 años, evitación de cualquier acto social. - En la edad escolar, intento activo de evitar que el menor establezca contactos sociales con compañeros.
<i>Ignorar</i>	- Ausencia de disponibilidad paterna/materna para cualquier tipo de necesidad que requiera el menor en cada una de las etapas de desarrollo.
<i>Corrupta</i>	- Alentar al menor a llevar a cabo acciones ilegales o perjudiciales para sí mismos.



En cualquiera de los tipos anteriormente expuestos, sólo se considerará maltrato emocional si la conducta se presenta de forma reiterada y/o continua, y su presencia es claramente perceptible.

Por tanto, el maltrato emocional no sólo implica la ausencia de una/s figura/s de apego primario, sino la ausencia de un entorno evolutivamente adecuado en el que el menor pueda desarrollar de forma satisfactoria aspectos emocionales y sociales fundamentales, que potencien una salud mental adecuada.

1.4.3 MALTRATO POR NEGLIGENCIA Y/O ABANDONO

Arruabarrena y de Paúl (1994) definieron la negligencia como *“aquella situación de desprotección donde las necesidades físicas básicas del niño (alimentación, higiene, vestido, protección y vigilancia en las situaciones peligrosas, educación y cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro de la unidad familiar”*.

El criterio de cronicidad en este tipo de acciones, determinará la gravedad del maltrato, siendo los efectos sobre el desarrollo físico, cognitivo, social, emocional y conductual devastadores. Los cuidadores principales fracasan en la atención de uno o más de los siguientes niveles: (1) *Nivel biológico*, fracaso en el proceso de apego; (2) *Nivel cultural*, transmisión de pautas de crianza inadecuadas; y (3) *Nivel contextual*, ausencia o insuficiencia de recurso en el ambiente (Intebi y Arruabarrena, 2006).

Martínez y de Paúl (1993) diferenciaron entre maltrato por negligencia y por abandono físico, considerando que el primero se debía a una atención deficiente por parte de los adultos responsables de las necesidades básicas de los menores; mientras que el abandono físico se consideró una situación de negligencia grave.

**1.4.4 ABUSO SEXUAL**

El abuso sexual “consiste en la participación de un/a niño/a en una actividad sexual que no comprende plenamente, a la que no es capaz de dar un consentimiento, o para la que por su desarrollo no está preparado y no puede expresar su consentimiento, o bien que infringe las leyes o los tabúes sociales. El abuso sexual de menores se produce cuando esta actividad tiene lugar entre un niño y un adulto, o bien entre un niño y otro niño o adolescente que por su edad o desarrollo tiene con él una relación de responsabilidad, confianza o poder. La actividad tiene como finalidad la satisfacción de las necesidades de la otra persona” OMS (1999). El acuerdo en los criterios para que se produzca un abuso sexual agrupa dos condiciones: (1) una relación de desigualdad de poder, edad o madurez entre el agresor y la víctima, y (2) la utilización de la víctima como objeto sexual (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2009).

El abuso sexual, comprende distintas modalidades que se dividen dependiendo de la relación entre la víctima y el abusador en: (a) *Violación o Paidofilia*, delito sexual homo o heterosexual contra los niños; (b) *Hebofilia*, comercio sexual entre un adulto y un adolescente; y (c) *Incesto*, relación sexual entre parientes cercanos (Calvo, Calvo y Calvo, 2000; Sánchez, 2003). Echeburúa y Guerricaechevarría (2009) realizaron un análisis de los diferentes factores de riesgo, tanto familiares como de la víctima (tabla 1.5).

Tabla 1.5. Factores de riesgo y características.

DE LA VÍCTIMA	<ul style="list-style-type: none"> - Ser mujer. - La edad (mayor riesgo entre los 6-7 años y los 10-12 años). - Capacidad reducida para resistirse o revelarlo. - Retraso en el desarrollo o minusvalía física o psíquica. - Carencia de afecto en la familia.
DE LA FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> - Incumplimiento de las funciones parentales. - Abandono y rechazo físico y emocional del niño por parte de los cuidadores principales. - Ausencia de padres biológicos. - Incapacidad o enfermedad de la madre. - Familias constituidas por padres violentos y dominantes. - Familias constituidas por madres maltratadas.



1.5 EL MENOR COMO TESTIGO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Wolfe y McGee (1994) afirmaron que la exposición de los menores a la violencia contra la madre suponía por sí sola una forma de maltrato infantil. UNICEF (1999) determinó la necesidad de considerar maltrato, no sólo la violencia directa, sino también los efectos indirectos de la violencia familiar sobre los niños/as. De Bellis et al. (2002) confirmaron que en EEUU las agencias estatales de protección infantil consideraban este hecho como una forma de abuso infantil.

Actualmente, no es unánime la idea de incluir la exposición a la violencia doméstica dentro de la categoría de maltrato infantil, como sí ocurre con los cuatro tipos anteriormente expuestos de maltrato. Algunos autores consideran este tipo como una forma de maltrato psicológico (Echlin y Marshall, 1995; Garbarino et al., 1986; Peled y Davies, 1995; Trocmé, 2010).

Independientemente de su inclusión o no como un tipo diferente de maltrato, los expertos opinan de forma mayoritaria que el impacto emocional que genera la violencia contra las mujeres es un factor de desequilibrio para la salud mental tanto de las víctimas como de los que conviven con ellas (AAFP Home Study Self Assessment, 1996; Campbell et al., 2002; Sasseti, 1993; Stringham, 1999).

1.6 MALOS TRATOS Y FAMILIA

Atendiendo a la tipología expuesta en el Informe mundial sobre violencia y salud (OMS, 2003), la violencia puede clasificarse en tres grandes grupos, en función del contexto en que es infligida: violencia familiar, de pareja y violencia de grupo.



Gelles y Strauss (1979) señalaron que *la familia es la institución más violenta de nuestra sociedad*, pues las familias tienen *licencia para pegar*. El informe sobre maltrato infantil en la familia presentado por el Centro Reina Sofía¹ (Soriano et al., 2009) reveló que la incidencia de menores maltratados en el ámbito familiar entre los años 2001 y 2005 aumentó en nuestro país un 146,29%. La Convención de los Derechos del Niño (1989) citó en su preámbulo el supuesto de que la familia es el entorno natural para el crecimiento y bienestar de todos sus miembros, en particular de los/las niños/a.

Reconoció de este modo, que la familia es la que tiene una mayor capacidad para protegerlos, promoviendo en este sentido lo necesario para su desarrollo y seguridad física y emocional.

La realidad es bien distinta. Actualmente, se considera que la mayoría de los abusos suceden dentro del círculo familiar (Save the Children, 2005); sabemos que la violencia física hacia los menores es ejercida dentro de su seno, y que normalmente no causa daños físicos visibles de carácter permanente o grave. Sin embargo, a veces la violencia ejercida contra niños/as dentro de la familia causa daños permanentes e incluso la muerte. En España, el número de menores asesinados en el ámbito familiar ha descendido en un 15.79%, durante los años 2001 a 2005, según un informe del Ministerio del Interior en colaboración con el Centro Reina Sofía de Valencia.

La OMS (2009) señaló que en el año 2002 se documentaron 31000 defunciones consideradas como homicidio en menores de 15 años, el mayor riesgo recayó sobre los lactantes y niños pequeños de 0 a 4 años (Herman-Giddens et al., 1999). Aunque no es posible especificar la proporción de homicidios infantiles cometidos por los padres u otros miembros de la familia.

1. El centro Reina Sofía cesó su actividad en Agosto del 2011.



El estudio de Yarwood (2004) indicó que en países de alto nivel de ingresos los miembros de la familia son responsables de la mayoría de los homicidios en niños de 0 a 15 años. En las últimas décadas, se ha reconocido y documentado que la violencia contra menores, ejercida por los padres y otros miembros cercanos de la familia, es un fenómeno más frecuente de lo que se creía.

Los casos de maltrato en la familia suelen tener algunas características comunes; en general, es más frecuente en hijos varones (excepto cuando se trata de abuso sexual) y la víctima suele sufrir más de un tipo de maltrato. Sanmartín (2008) apuntó que lo que hace que un entorno familiar sea conflictivo, curiosamente, es lo mismo que hace que ese entorno sea armónico y seguro. Es decir, que sus miembros se relacionen mucho entre sí durante bastante tiempo; además estas relaciones no tienen objetivos concretos, dándose en estas interacciones ganadores y perdedores.

Otros factores de riesgo, además de los familiares, que podrían explicar el maltrato infantil son los relativos al agresor, a la sociedad y a la cultura. De los Santos y Sanmartín (2005) los señalaron basándose en la teoría del modelo ecológico del maltrato infantil de Belsky (1980) (tabla 1.6).

Tabla 1.6. Factores de riesgo en maltrato infantil y sus características.

AGRESOR	FACTORES SOCIALES	Haber sufrido malos tratos durante la infancia, y ser alcohólico o toxicómano.
	FACTORES BIOLÓGICOS	Problemas psicofisiológicos. Problemas neuropsicológicos. Problemas de salud física.
	FACTORES COGNITIVOS	Ligados al procesamiento de la información.
FAMILIA	INTERACCIONES PATERNO-FILIALES	Técnicas de disciplina coercitiva.
	INTERACCIONES CONYUGALES	Inestables. En continuo conflicto.



Tabla 1.6. Factores de riesgo en maltrato infantil y sus características (continuación).

	CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE LA FAMILIA	Familias monoparentales, con escaso o nulo apoyo social. Familias en las que el varón no es el padre biológico.
	CARACTERÍSTICAS PROPIAS DEL NIÑO	Edad. Estado de salud. El comportamiento.
SOCIALES	ESTRUCTURA LABORAL	Trabajos precarios. Desempleo.
	VIVIENDA	Condiciones sanitarias inadecuadas. Hacinamiento.
	APOYO SOCIAL	Situación de aislamiento social.
CULTURALES	CREENCIAS PROPIAS DE LA CULTURA EN LA QUE ESTÁ INMERSO EL AGRESOR	Los hijos son propiedad de los padres. El castigo físico es adecuado para la educación. Privacidad de la familia.

En conclusión, los datos recogidos por los diferentes organismos e instituciones encargadas del cumplimiento de los derechos de los niños, así como organizaciones e investigadores independientes, afirman que la familia es el contexto en el que más riesgo tiene un menor de sufrir algún tipo de violencia. UNICEF (2009) denunció que los principales agresores de los menores suelen ser el padre, la madre u otro adulto en el hogar.

1.7 LEY DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA EN ESPAÑA. HISTORIA Y ACTUALIDAD

El descubrimiento del abuso a la infancia en España, se produjo a finales del siglo XIX. La revolución industrial hizo visibles los malos tratos hacia los niños/as. La preocupación de los poderes públicos por este tema culminó con la aprobación el 12 de agosto de 1904 de la Ley de Protección a la Infancia, dedicada a la protección de la salud física y moral de los menores de 10 años. Era una ley



que en los inicios, estaba orientada como primer y casi único objetivo a evitar la mortalidad infantil.

Posteriormente, el concepto de protección a la infancia se amplió, abordando no sólo la lactancia materna inadecuada sino: (a) las funciones de protección y amparo a la mujer embarazada; (b) la inspección de los centros en los que se recogían o albergaban niños; (c) la explotación infantil; (d) la denuncia y persecución de los delitos contra menores; (e) el amparo de los menores abandonados moralmente, recogidos en la vía pública, proporcionándoles educación protectora, y (f) la protección de los llamados anormales.

Años más tarde, y con la implantación del sistema democrático en nuestro país, podemos destacar tres importantes etapas en la protección jurídica de las personas menores de edad (Alonso, 1997): (1) La Constitución de 1987, en lo relativo a los derechos fundamentales aplicables a los menores y adolescentes y sobre la distribución de las competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas; (2) Las reformas del Código Civil durante el periodo de 1981 a 1987; se incorpora por primera vez la figura del acogimiento, que se une al resto de medidas protectoras de los menores en situación de desamparo; (3) Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, recoge por primera vez en el Ordenamiento jurídico nacional la diferencia, dentro de la situación de desprotección social de la infancia, entre situaciones de riesgo (artículo 17)² y situaciones de desamparo (artículo 18)³, dando lugar a distintos grados de intervención por parte de la Entidad Pública.

2. Artículo 17. Actuaciones en situaciones de riesgo. En situaciones de riesgo de cualquier índole que perjudiquen el desarrollo personal o social del menor, que no requieran la asunción de la tutela por Ministerio de la Ley, la actuación de los poderes públicos deberá garantizar en todo caso los derechos que le asisten y se orientará a disminuir los factores de riesgo y dificultad social que incidan en la situación personal y social en que se encuentra y a promover los factores de protección del menor y su familia. Una vez apreciada la situación de riesgo, la entidad pública competente en materia de protección de menores pondrá en marcha las actuaciones pertinentes para reducirla y realizará el seguimiento de la evolución del menor en la familia.



En 2007, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, junto con el Observatorio de la Infancia, aprobaron el *Módulo de Referencia para el Desarrollo de un Protocolo de Actuación en casos de Maltrato Infantil*. Este protocolo será el instrumento básico que garantice la coordinación entre las distintas instituciones en la intervención en casos de maltrato infantil. El protocolo estableció actuaciones diferentes para los casos de maltrato extra familiar e intra familiar. En este último caso, se debe notificar la existencia de una sospecha⁴ y/o evidencia⁵.

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales diferenció también entre distintos grados de maltrato: (1) *Maltrato leve o moderado*: aquel cuya situación no es urgente, los indicadores físicos, psicológicos y/o sociales de maltrato se pueden abordar desde el entorno sociofamiliar del menor. (2) *Maltrato grave*: los indicadores físicos, psicológicos y/o sociales de maltrato ponen en peligro la integridad y bienestar del menor, siendo los criterios que indican gravedad del maltrato: (a) la frecuencia e intensidad de los indicadores y (b) el grado de vulnerabilidad del niño (cronicidad y frecuencia del maltrato, acceso del perpetrador al niño, condiciones en las que se encuentra el niño/a, relación con el agresor, si tiene discapacidad, y características de los padres/cuidadores principales y del entorno).

3. Artículo 18. Actuaciones en situación de desamparo.

3.1. Cuando la entidad pública competente considere que el menor se encuentra en situación de desamparo, actuará en la forma prevista en el artículo 172 y siguientes del Código Civil, asumiendo la tutela de aquél, adoptando las oportunas medidas de protección y poniéndolo en conocimiento del Ministerio Fiscal.

3.2. Cada entidad pública designará el órgano que ejercerá la tutela de acuerdo con sus estructuras orgánicas de funcionamiento.

4 Sospecha de maltrato. Aquellos casos en los que existen indicadores físicos, psicológicos y/o sociales tanto de maltrato leve como de maltrato grave basados en la manifestación de terceros pero sin datos contrastados o que existen dudas sobre los indicadores presentes en la historia del niño.

5 Evidencia de maltrato. Las lesiones físicas y/o psicológicas o la revelación del propio niño/a, debidamente contrastada o la comunicación de un familiar o profesional. En base a los indicadores que se adjuntan en el anexo 1 (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006).



RESUMEN

El maltrato infantil es tan antiguo como la sociedad. Es con la Declaración de los Derechos del Niño en 1959, cuando se consideró a los niños y niñas como individuos con derechos. Hoy en día se reconoce como un problema psicosocial y de salud pública que afecta a todos los países y a todas las esferas de la sociedad.

Desde que Kempe et al. (1962) realizaron la primera definición de Maltrato Infantil hasta nuestros días, han surgido infinidad de definiciones sobre el tema, si bien, en la actualidad no existe ninguna que integre todos los elementos básicos incluidos en este fenómeno.

El maltrato a la infancia puede darse en varios contextos, si bien es en la familia, donde ocurre con mayor frecuencia. Con respecto a las tipologías del maltrato infantil también se ha establecido cierta controversia, aunque existe consenso al hablar de cuatro categorías de maltrato infantil según las acciones concretas que constituyen el maltrato infligido: maltrato físico, abuso sexual, negligencia y maltrato emocional (Barnett et al., 1993; Cicchetti y Lynch, 1995). Otras propuestas serían el maltrato prenatal, el Síndrome de Münchaussen o el maltrato tecnológico, entre otros. Tiene gran relevancia actualmente la exposición a violencia de género.

CAPÍTULO 2.

*EPIDEMIOLOGÍA DEL
MALTRATO INFANTIL*



En este segundo capítulo presentamos la epidemiología del fenómeno del maltrato infantil.

En primer lugar, señalaremos las dificultades que existen a la hora de registrar el número real de casos afectados, y posteriormente presentaremos la prevalencia de individuos que sufren o han sufrido maltrato en su infancia. Se exponen los datos existentes sobre prevalencia del maltrato infantil, y de sus categorías tanto a nivel nacional, como internacional.

Finalmente, se habla de comorbilidad entre las categorías clásicas del maltrato infantil, es decir, la presencia de dos o más tipos de maltrato en un menor simultáneamente.



2.1 UN PROBLEMA SIN RESOLVER: LA OBTENCIÓN DE LOS DATOS

La epidemiología consiste en el estudio de la frecuencia y de las causas y/o factores de determinado problema de salud en determinados grupos de personas. En el caso del maltrato infantil, se necesita información epidemiológica para planificar y evaluar estrategias que permitan evitar y tratar el problema.

El estudio del Maltrato en la Infancia es difícil de abordar, debido a que: (a) el trato que reciben los menores depende del grado de desarrollo cultural de los países, (b) no hay una definición única de Maltrato Infantil, y (c) tampoco existe una clasificación universal de los tipos del maltrato para todos los profesionales. Por ello, es complejo disponer de un registro único de casos y un sistema de vigilancia epidemiológica que nos permita conocer la dimensión real del problema y su evolución en los diferentes países. Pero además, son muchos los países en los que no existe información epidemiológica sobre el maltrato infantil. Esta dificultad en conocer de forma precisa su frecuencia (Fernández-Del Valle y Bravo, 2002; Lachica, 2010), se hace más patente cuando ocurre en el contexto familiar (UNICEF, 2009).

Fournier, de los Ríos, Orpinas y Piquet-Carneiro (1999) estudiaron las actitudes y normas culturales frente a la violencia en ciudades de América Latina y España, y encontraron que entre el 3% y el 27% de los niños habían recibido castigo físico con algún objeto por parte de uno de sus padres, y hasta un 34% habían sido golpeados con las manos, en los doce meses previos a la encuesta.

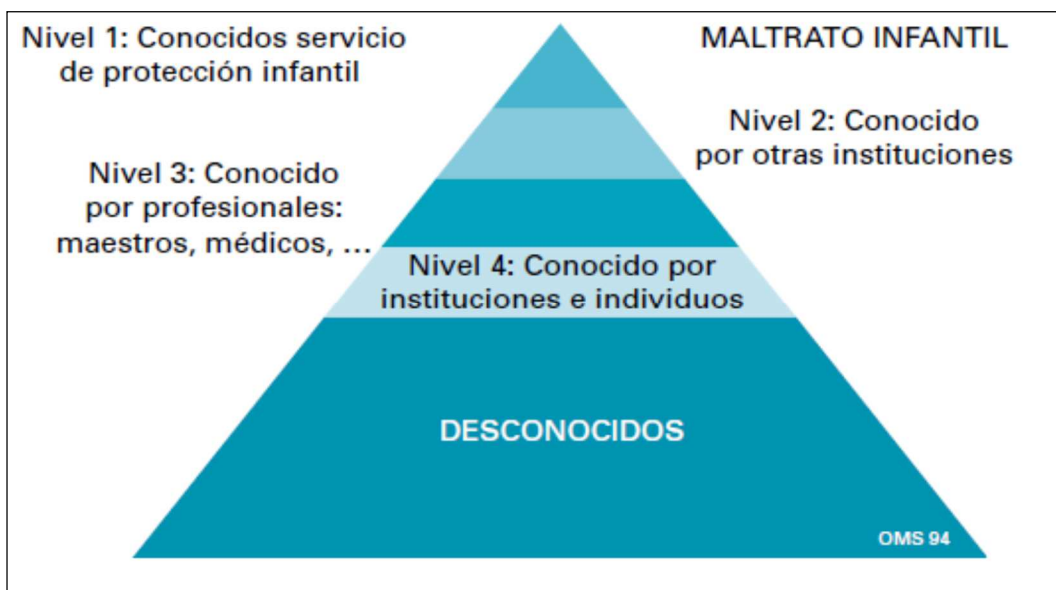
La alternativa a la información epidemiológica son los datos obtenidos en los servicios o centros que atienden casos de maltrato infantil (servicios de protección infantil, líneas de atención telefónica, hospitales o policía), aunque se sabe que las posibilidades de acceder a esos servicios son siempre muy desiguales para los distintos grupos de población. La propia naturaleza del



problema, el contexto privado en el que ocurre o la minoría de edad de la víctima, hace difícil su denuncia (Fallon et al., 2010).

Ni siquiera son aproximadas las cifras que se refieren a los malos tratos físicos, que son los más fáciles de registrar. Se considera que los casos denunciados de malos tratos son sólo el 10% de los reales (Lachica, 2010). La opinión unánime es, por tanto, que el número de casos de maltrato infantil es muy superior al registrado oficialmente, siendo la prevalencia real de este problema desconocida. Morales y Costa (1997) reflejaron esta situación comparándola con un iceberg, considerando que los casos que se logran detectar son únicamente una pequeña proporción de los casos reales.

Figura 2.1. Los icebergs del maltrato (Morales y Costa, 1997).



De momento, las estadísticas de maltrato infantil sobre casos localizados por los Servicios Sociales son las que aportan información que permite hacernos eco de la magnitud del problema (Fernández-Del Valle y Bravo, 2002). Tal y como reconoció el Ministerio de Educación, Política Social y Deporte en el III y IV Informe de aplicación de la Convención de los Derechos del Niño en España



(2008), *“hay que dejar constancia de la dificultad en la obtención de datos sobre maltrato infantil, tanto a nivel estatal como autonómico, dada la inexistencia de estudios sistemáticos, así como de registros suficientes y homologados”*.

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, junto con el Observatorio para la infancia (2007), estableció como medida general *“Proporcionar a la entidad responsable de protección infantil los datos disponibles sobre los casos de maltrato infantil desde todas las instancias, a través de la copia de la hoja de notificación, para construir el registro estadístico de casos de maltrato infantil (RUMI) en cada Comunidad Autónoma. Este registro recogerá las estadísticas correspondientes a los casos de maltrato intra familiar o situaciones de desprotección”*. El registro unificado de casos comenzó, por tanto, a ser una realidad en nuestro país y se está implementando en las diferentes comunidades autónomas; no obstante, todavía se deben hacer estimaciones aproximativas sobre el maltrato infantil (FAMIP, 2010).

2.2 PREVALENCIA DEL MALTRATO INFANTIL

El número de menores maltratados en Estados Unidos se ha ido incrementando desde 1988 (Toth y Cicchetti, 2010; Wang y Daro, 1997), alcanzando proporciones epidémicas en ese país (Harris y Sargent, 2009). En 2006, la National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS) registró que aproximadamente 6 millones de menores fueron remitidos por malos tratos a Servicios de Protección Infantil (US Department of Health and Human Services, 2008). En 2007, el Servicio de Protección de Menores de Estados Unidos (Child Protective Service, CPS) investigó 3,2 millones de niños por sospecha de maltrato (US. Dept. of Health y Human Services, 2009).

La OMS (2006) denunció a través de documentos elaborados en numerosos países que entre un 80% y un 98% de los niños sufren castigos corporales en el hogar y que un tercio o más, recibe castigos corporales muy graves aplicados con instrumentos. En la tabla 2.1 se resumen los datos sobre



prevalencia del maltrato infantil en diferentes países, recogidos por diversas agencias.

Tabla 2.1. Prevalencia del maltrato infantil en países de habla inglesa.

INFORMES DE AGENCIAS	AÑOS	% DE MENORES INVESTIGADOS POR SOSPECHA DE MALTRATO.
US Department of health and Human Services, Administration on Children youth and Families	2006	4.78%
UK Department for Children, Schools and Families	2007	2.77%
Australian Institute of Health and Welfare (AIHW)	2002-03	3.34%
Canadian Incidence Study. En Trocme, MacMillan, Fallon y Marco, 2003)	2003	2.15%

Fuente: Gilbert, Spatz, Browne, Fergusson, Webb y Janson (2009)

En España, el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia ha desarrollado el Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el ámbito familiar, ofreciendo los datos sobre la incidencia y prevalencia del maltrato en la familia. Según este estudio, la incidencia de menores maltratados en el ámbito familiar, entre los años 2001 y 2005, aumentó en un 146.29%. Por grupo de edad, en los menores de 13 años fue donde se obtuvo mayor incidencia, siendo las niñas las principales víctimas en el ámbito familiar.

Con respecto a la prevalencia, ésta se sitúa en el 133.33%. En este caso fueron los menores de 16 y 17 años los que obtuvieron mayor prevalencia, mientras que por sexo la prevalencia fue mayor en las niñas que en los niños,



diferencia que se incrementa cada año. Por comunidades autónomas, las ciudades de Ceuta y Melilla son las que presentaron una mayor prevalencia, de 12.92 y 15.19 por cada 10000 niños respectivamente. Y con los índices más bajos, la Comunidad de Madrid y País Vasco, con algo más de 5 por cada 10000 menores.

En 2010, la Dirección General de Política Social, de las Familias y de la Infancia, elaboró el informe sobre Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia, con datos referidos al 2009. En la Región de Murcia, se notificaron 780 casos/100000; el número de casos confirmados por 100000 fue de 47.3. Por sexo, el 60% fueron varones, frente al 40% de mujeres. Con respecto a la edad, la franja entre los 13-15 años fue la que más notificaciones de maltrato registró.

UNICEF (2003) indicó que casi 3 500 niños menores de 15 años murieron debido al abuso físico o negligencia cada año en el mundo industrializado. Según ese mismo informe, 9 menores perdieron la vida por malos tratos en el ámbito familiar en nuestro país. A pesar de la dificultad para obtener cifras homologables, UNICEF consideró que España era el país desarrollado con menos muertes infantiles por maltrato.

2.3 PREVALENCIA DE LOS TIPOS DE MALTRATO

El *maltrato físico* es uno de los tipos de maltrato sobre los que más se ha investigado. Esto puede ser debido a que es más fácil de detectar y objetivar por las secuelas físicas que conlleva (Lachica, 2010; Muela, 2008). El informe “Muertes por maltrato infantil en los países ricos” del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2003), señaló que en los 27 países más industrializados del mundo mueren anualmente 3500 niños menores de 15 años por maltrato físico o abandono. La causa más común de defunción fueron las lesiones de la cabeza, seguidas de las lesiones abdominales y de la asfixia intencionada. Según estimaciones de la OMS, en el año 2002 se contabilizaron 31000 defunciones



consideradas como homicidio en menores de 15 años. Los lactantes y niños en edad preescolar fueron los más expuestos a fallecer a causa de maltrato, y ello debido a su dependencia y vulnerabilidad (OMS, 2009). En los países de ingresos bajos y medios, el riesgo de abuso con consecuencias mortales es dos o tres veces mayor que en los países de alto nivel de ingresos. Aunque no es posible especificar la proporción de homicidios infantiles cometidos por padres u otros miembros de la familia, estudios realizados principalmente en países de alto nivel de ingresos indicaron que los miembros de la familia fueron responsables de la mayoría de los homicidios en niños de 0 a 14 años (OMS, 2009).

Numerosos estudios informaron que la *negligencia* es la forma de maltrato más frecuente (De Paúl et al., 1995; Fernández-Del Valle, Álvarez y Fernánz, 1999; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006; Oliván, 1999; Oswald, Fegert y Goldbeck, 2010; Oswald, Heil y Goldbeck, 2010), aunque la investigación existente en esta materia es relativamente escasa. Quizá se deba a la dificultad que supone su detección e investigación empírica, lo que implica un importante grado de desconocimiento sobre esta situación de desprotección infantil, considerada actualmente como la de mayor prevalencia (Gilber et al., 2009; Oswald et al., 2010) y con el pronóstico más desfavorable (Daro, 1988).

El *maltrato psicológico* entraña una gran dificultad para identificarlo (Gómez de Terreros, 2006; Muela, 2008), pero Loue (2005) afirmó que es un problema en aumento. Garbarino (1986) y Roserberg (1987) consideraron que este tipo de maltrato debe catalogarse de acuerdo con las fases del desarrollo evolutivo, desde la infancia a la adolescencia. Además, estuvieron de acuerdo en considerar el maltrato psicológico como el elemento central en el maltrato infantil, al igual que otros autores (Barnett, Manly y Cicchetti, 1993; Hart y Brassard, 1991). No obstante, en los estudios sobre violencia intrafamiliar, los trabajos de investigación referidos a maltrato psicológico fueron limitados (De Paul, 1999).



El *abuso sexual*, es una de las categorías de maltrato infantil que los investigadores más ampliamente han estudiado en los últimos años, además de suscitar una mayor repercusión social y política. En 2008, el número de denuncias sobre abuso sexual en nuestro país fue de 1357 (FAPMI, 2010). Pereda y Forns (2007), en una muestra de 1033 universitarios, encontraron que la prevalencia del abuso sexual antes de los 18 años se situó en un 17.9%; un 15.5% de varones y un 19% de mujeres manifestaron haber sufrido esta experiencia. Más recientemente, la investigación realizada sobre 2159 estudiantes universitarios en Granada, señaló que el 12.5% ha sufrido abusos sexuales antes de los 18 años (Cortés, Cantón y Cantón, 2011).

Los datos disponibles sobre la prevalencia de la *exposición a la violencia de género*, son escasos. En 2006 un informe de UNICEF reveló que entre 133 y 275 millones de niños y niñas de todo el mundo habían sido testigos de violencia de género en su familia. Carlson (2000) estimó una prevalencia del 10% al 20% al año. En España, Corbalán y Patró (2003) estudiaron una muestra de mujeres maltratadas residentes en centros de acogida, y revelaron que el 85% de los hijos/as fueron testigos de la violencia ejercida sobre sus madres y en un 66.6% de los casos, también ellos/as fueron maltratados a nivel físico y psicológico.

Sobre la incidencia de los tipos de maltrato, Wang y Daro (1997), sobre un total de 3195000 casos informados al Child Protective Services, entre los años 1988-1997, señalaron que la negligencia es la forma más común de maltrato con un 52% de los casos, a continuación el 26% de los casos informaron de maltrato físico, el 7% abuso sexual y el 4% maltrato emocional. El 11% restante según los autores pertenece a la categoría que ellos denominan "*miscellaneous*", en la que incluyeron otros tipos de maltrato como la negligencia médica y educacional, falta de supervisión o la amenaza de daño.



Otras investigaciones sobre la incidencia de cada uno de los tipos de maltrato (Palacios, Jiménez, Oliva y Saldaña, 1998; Saldaña, Jiménez y Oliva, 1995) han ofrecido los siguientes datos: en primer lugar, la negligencia sería el maltrato más frecuente; en segundo lugar, el maltrato emocional, a continuación el maltrato físico, y por último, el resto de maltratos infantiles (explotación laboral, mendicidad, corrupción, etc.). Palacios (1995) destacó que estos resultados mostraron una realidad distinta del estereotipo que asimila el maltrato infantil casi exclusivamente con malos tratos físicos.

La evaluación sobre el historial médico de 749 menores de edades comprendidas entre los 0 y los 18 años, examinados en el Child Protection Center en San Francisco, mostró que el 30% de los menores ingresados en centros de protección había sufrido maltrato por negligencia, el 25% maltrato físico, el 24% no disponían de cuidadores, un 9% habían sido abandonados y el 5% habían sufrido abuso sexual (Takayama, Wofe y Corlter, 1998).

El Centro Reina Sofía (2002), en el estudio realizado durante el periodo 1997/1998, ofreció resultados sobre la prevalencia en las diferentes tipologías de maltrato. Así, informó que la negligencia fue el tipo de maltrato más frecuente, representando el 86.4% del total de los maltratos, seguido del abuso emocional con el 35.4%, y el maltrato físico con un 19.9%. Los casos de abuso sexual representaron el 3.6 % de todos los casos informados de maltrato.

En el estudio realizado por el US Department of Health and Human Services (2009) sobre 794000 menores, la negligencia fue el tipo de maltrato con mayor prevalencia (59%), seguido del maltrato físico (10.8%), el abuso sexual (7.6%) y el maltrato emocional (4.2%).

Gilbert et al. (2009) analizaron la prevalencia de malos tratos en diferentes estudios realizados en Estados Unidos, Inglaterra, Canadá y Australia. Aunque el orden en las categorías varió en Estados Unidos e Inglaterra, pues estos



introducen la categoría de maltrato múltiple, podemos decir que en todos los países la negligencia fue la principal causa de maltrato, seguida de abuso físico, abuso psicológico y abuso sexual.

Entre 2003 y 2005 la Secretaría Autonómica de Acción Social, Menor y Familia de la Región de Murcia realizó un informe en el que se recogían datos sobre 2412 niños en situación de riesgo de maltrato y desamparo. También se informó que la edad de mayor riesgo estuvo entre los 4 y los 10 años. El tipo de maltrato más notificado fue la negligencia.

El informe estadístico de protección a la infancia elaborado en 2010 por la Dirección General de Política Social, de las Familias y de la Infancia recogió los datos referidos a los tipos de maltrato en la Región de Murcia. Podemos verlos en la tabla 2.2, en la que se incluyen los datos por sexo y edad en la que hubo mayor número de notificaciones.

Tabla 2.2. Tipos de Maltrato según sexo y edad en la R. de Murcia.

TIPOS DE MALTRATO				
	Físico	Negligencia	Psicológico	Abuso sexual
Sexo	niños: 43%	niños: 71.1%	niños: 50%	niños: 39.3%
	niñas: 57%	niñas: 28.9%	niñas: 50%	niñas: 60.7%
Edad	Entre 13-15 años el 21.5%	Entre 13-15 años con un 26.3%	Entre 16-17 años el 25.8%	Entre 4-6 años con un 25.5%

El informe del Centro Reina Sofía (2011) sobre una muestra de 898 menores entre 8 y 17 años, 769 familiares de menores de 18 años y 802 psicopedagogos y responsables de guarderías y colegios, indicó que el 59.68% de las víctimas sufrieron maltrato físico, el 37.10% negligencia, el 17.74% maltrato psicológico y el 4.84% abuso sexual. Teniendo en cuenta el sexo, los niños son quienes padecieron más maltrato físico, psicológico y negligencia, y las niñas más abuso sexual.



2.4 COMORBILIDAD ENTRE LAS TIPOLOGÍAS DE MALTRATO EN LA INFANCIA

Es evidente que existe un alto grado de comorbilidad entre los diferentes tipos de maltrato en la infancia (Arruabarrena y de Paúl, 1999; Cicchetti y Barnett, 1991, Dong et al., 2003; Thanh, Dunne y Vu, 2009). El maltrato, rara vez aparece como un único tipo, y frecuentemente se observa combinado con otras categorías (Cicchetti y Rogosch, 1997). Numerosos estudios con jóvenes, realizados a través de encuestas en Estados Unidos, Israel, Australia o Canadá, informaron que fueron víctimas de diversos tipos de maltrato en su infancia (Arata, Langhinrichsen-Rohling, Bowers y O'Brien, 2007; Benbenishty, Zeira y Astor, 2002; Dong, Anda, Dube, Giles y Felitti, 2003; Finkelhor, Ormrod y Turner, 2007; Higgins y McCabe, 2005; Paivio y Cramer, 2004; Stevens, Reggiero, Kilpatrick, Resnick y Saunders, 2005).

Otros estudios, (Clemmons, DiLillo, Martínez, Degue y Jeffcott, 2003; Higgins y McCabe, 2000b) documentaron un alto grado de solapamiento entre las diversas formas de maltrato infantil (maltrato físico, abuso sexual, negligencia, maltrato emocional). Sobre este tema, en España, Arruabarrena y De Paúl (1999) afirmaron también que en los casos de maltrato, aparecían simultáneamente maltrato físico y abuso sexual o, maltrato físico y negligencia, destacando como el solapamiento más frecuente, el que se dio entre maltrato físico y maltrato emocional. Sobre esta última relación, mientras unas investigaciones coinciden en que el maltrato físico y el emocional tiene una alta comorbilidad, frente a otros tipos de maltrato (Arata, Langhinrichsen-Rohling, Bowers y O'Farril-Swails, 2005; Corso, Eduwards, Fang y Mercy, 2008), otras refirieron que el maltrato emocional se encuentra presente en la mayoría de los actos de maltrato (Garbarino et al., 1986; Villanueva, Górriz y Cuervo, 2009).



Palacios et al. (1998) mostraron las combinaciones más frecuentes entre los distintos tipos de maltrato, siendo la combinación entre negligencia y maltrato emocional la más frecuente, aunque también lo fue la asociación entre negligencia, maltrato físico y maltrato emocional (Barnett et al., 1993; Palacios et al., 1998). Hazen, Connelly, Roesch, Hough y Landsverk (2010), en una muestra de 1131 adolescentes de edades entre 12 y 18 años de alto riesgo psicosocial, identificaron tres perfiles de maltrato: abuso sexual, maltrato emocional y maltrato físico (9%), maltrato físico y emocional (9.4%) y el resto (81.9%), con puntuaciones bajas en todos los tipos de maltrato. Dong et al. (2003) afirmaron que la presencia de abuso sexual en la infancia en las niñas fue un indicador que aumentó la probabilidad de sufrir otro tipo de maltrato, como maltrato emocional, negligencia y maltrato físico.

Existe evidencia de que los menores que son expuestos a un tipo de maltrato tienen mayor riesgo de sufrir otros tipos, y de que la exposición sea repetida con el tiempo, así también se conoce que la frecuencia de exposición correlacionó con la severidad del maltrato (Clemmons, Walsh, DiLillo y Messman-Moore, 2007; Dong et al., 2004; Edwards, Holden, Felitti y Anda, 2003; National Child Traumatic Stress Network, 2003; Oswald et al., 2010). Además, Finkelhor (2008; Finkelhor et al., 2007) mostraron que el 22% de los menores de edades entre 2-17 años que había sufrido 4 ó más tipos de maltrato en el año anterior (incluyendo maltrato físico o psicológico, abuso sexual, negligencia; exposición a crimen, asalto, testigo de violencia de género, o victimización de iguales o hermanos) tenían más probabilidad de ser víctimas de algún tipo de maltrato al año siguiente, así como de tener maltratos más graves que aquellos quienes tenían menos tipos de maltrato.

Algunos estudios informaron sobre el contenido de los registros de casos de menores maltratados atendidos por los Servicios de Protección Infantil. Herrenkohl y Herrenkohl (1981) encontraron que de 328 familias estudiadas, el



33% ejercía más de un tipo de maltrato. Cicchetti y Ragosch (1997) encontraron que el 73.2% de los menores evaluados habían experimentado múltiples formas de maltrato. Lau et al. (2005) hallaron que, cuando el maltrato principal fue el abuso sexual, el 91.4% había sufrido otros tipos de malos tratos; cuando fue predominante el maltrato físico, el 78.7% había experimentado también otros tipos de maltrato. Si el maltrato primario fue la negligencia, el 36.5% experimentó también otros tipos de maltrato.

Con respecto a los estudios retrospectivos realizados a adultos sobre experiencias de maltrato en la infancia, Moeller, Bachman y Moeller (1993) evaluaron a 668 mujeres de las que el 53% informaron sobre experiencias de múltiples maltratos (físico, emocional y sexual). Mullen, Martin, Anderson, Romans y Herbison (1996) entrevistaron a 497 mujeres. De las 107 que informaron haber sido maltratadas, el 65% habían experimentado diversas formas de maltrato. Vranceanu, Hobfoll y Johnson (2007) evaluaron a 100 mujeres, de las cuales el 85% informó haber sido maltratada; el 66% había sufrido maltrato físico, abuso sexual y negligencia; y el 15% había sufrido los cuatro tipos de maltrato.

Como apuntaron Arruabarrena et al. (1999), dado el alto nivel de comorbilidad de los diferentes tipos de maltrato (Belsky, 1993), quizá se deba pensar en construir taxonomías de situaciones de maltrato en las que aparezcan diferentes combinaciones de tipologías clásicas, en vez de esforzarse por hacer tipologías únicas.



RESUMEN

A pesar de que el maltrato infantil es un fenómeno universal, no conocemos aún con exactitud el número de casos existentes, especialmente cuando este tipo de violencia es intrafamiliar, dado que en numerosas ocasiones no se denuncia, por lo que el número real de casos de menores maltratado se desconoce. Hasta la fecha, únicamente disponemos de estadísticas sobre menores que son localizados por los Servicios Sociales.

En España, al igual que en el resto de países, existe una enorme dificultad para disponer de datos sobre la protección a la infancia. Pese a ello, varias organizaciones no gubernamentales han señalado tasas de prevalencia del maltrato infantil intrafamiliar. Además, la puesta en marcha del Registro ONLINE unificado sobre maltrato infantil (RUMI) en todo el territorio nacional podrá facilitar la labor de recogida de datos más próximos a la realidad del problema.

Sobre las tipologías del maltrato, existe acuerdo general entre los investigadores, a la hora de señalar la negligencia como la forma más común de maltrato, seguida del maltrato emocional, el maltrato físico y finalmente el abuso sexual. También existe consenso al indicar, que en la mayoría de los casos se dan simultáneamente varios tipos de maltrato, encontrándose la asociación más frecuente entre negligencia y maltrato emocional, y entre éstos y maltrato físico.

CAPÍTULO 3.

*CONSECUENCIAS
PSICOLÓGICAS DEL
MALTRATO INFANTIL*



A continuación se revisan las consecuencias psicológicas del maltrato infantil, diferenciando las manifestaciones que tiene el maltrato en la adolescencia, así como los efectos específicos de los múltiples tipos de maltrato. Finalmente, el capítulo se centra en recoger brevemente las consecuencias del maltrato en diferentes áreas.



3.1 CUANDO EL MALTRATO SE TRANSFORMA EN SÍNTOMA

Como se ha comentado en capítulos anteriores, resulta complicado definir lo que constituye maltrato infantil. Pero todavía lo es más, si pretendemos determinar cuáles son las consecuencias psicológicas sobre los menores y su desarrollo, sobre todo cuando en la mayoría de los casos se producen situaciones de múltiples tipos de maltrato.

El maltrato infantil está íntimamente relacionado con procesos de inadaptación a lo largo del desarrollo y con patrones de problemas conductuales y emocionales (Boxer y Terranova, 2008; Cicchetti y Valentino, 2006; Mersky y Reynolds, 2007). A lo largo de la literatura científica encontramos que los menores que han sufrido maltrato (negligencia, maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual y/o exposición a violencia de género) tienen una probabilidad mayor de presentar alteraciones en todas las áreas de su desarrollo (emocional, conductual, social, académico y salud física) que aquellos menores que no han sufrido esta situación (Adams, 2006; Colmenares, Martínez y Quiles, 2007; Holt, Buckley y Whelan, 2008; Moretti, Obsuth, Reebye y Odgers, 2006; Øverlien, 2010).

Las consecuencias psicológicas de cualquier hecho traumático son siempre difíciles de precisar. En primer lugar, porque un mismo síntoma puede responder a varias causas, y en segundo lugar algunas consecuencias no aparecen hasta después de muchos años. La experiencia de maltrato infantil crónico se asocia con una serie de problemas interpersonales como desconfianza y suspicacia, evitación de las relaciones íntimas y de las relaciones sociales y sesgos en el procesamiento de la información (Briere, 1992; Cicchetti y Vallentino, 2006; Cole y Putnam, 1992).

Para Kempe y Kempe (1985) las consecuencias del maltrato se pueden clasificar en: sumisión y ansiedad por agradar a desconocidos; síntomas



negativistas, agresividad e hiperactividad; dificultad para reconocer sus propios sentimientos y para hablar de ellos; autoimagen deficitaria y comportamiento autopunitivo.

Algunos estudios mostraron que los problemas más comunes en la infancia relacionados con el maltrato fueron: trastornos del vínculo, trastornos de conducta (conductas externalizantes, ira y comportamiento agresivo y conductas antisociales), estrés postraumático, trastornos del humor (depresión, ansiedad y retraimiento) (Hazen et al., 2010; Higgins y McCabe, 2003; Martin, Bergen, Richardson, Roeger y Allison, 2004; Runyon y Kenny, 2002). En general, los menores que han sufrido experiencias de maltrato presentan mayores tasas de comportamientos internalizantes (por ejem., depresión y ansiedad) y externalizantes (por ejem., agresividad) (Hazen et al., 2010; Johnson et al., 2002; Manly et al., 2001). García, Lila y Musitu (2005) analizaron, en una muestra de 444 menores víctimas de negligencia, la relación entre negligencia y ajuste psicológico y social en los menores a través del CBCL. Los resultados mostraron que los menores presentaron problemas internalizantes (ansiedad, depresión y aislamiento, obsesiones-compulsiones, somatizaciones y retraimiento social) y problemas externalizantes (hiperactividad, agresividad y delincuencia).

El estrés postraumático también es muy frecuente en menores que han sido víctimas de abuso o negligencia por parte de su cuidador. La información sobre tasas de incidencia del estrés postraumático en menores que han sufrido abuso sexual fue del 90%, siendo del 50% en menores con historia de maltrato físico (Leeb, Lewis y Zolotor, 2011). Estos síntomas continúan siendo evidentes durante largo tiempo después de la experiencia de maltrato, indicando que los efectos del abuso sobre la salud mental infantil pueden ser de larga duración (De Bellis, 2001). Kotch et al. (2008) encontraron que los menores que habían experimentado negligencia antes de los dos años de edad, evidenciaron más conductas agresivas en la infancia media.



Manly et al. (2001) mostraron que los menores que habían experimentado negligencia física severa durante el periodo preescolar presentaron también gran número de sintomatología internalizante y conductas de retraimiento en comparación con otros niños maltratados.

Sobre el maltrato físico severo, Dodge, Pettit y Bates (1994; Granham-Bermann, Seng, 2005; Turner, Finkelhor y Ormrod, 2006) mostraron que los menores que han sufrido este tipo de maltrato, evidenciaron síntomas conductuales y emocionales más graves que los menores que han experimentado otras formas de maltrato. Briere y Runtz (1990; Teisl y Cicchetti, 2008) encontraron una elevada relación entre el maltrato físico y los problemas de conducta, mientras que el maltrato emocional se relacionó más con la psicopatología.

3.2 CONSECUENCIAS DEL MALTRATO EN LA ADOLESCENCIA

Al igual que ocurre en la infancia, en la adolescencia predominan los comportamientos internalizantes y externalizantes (Hazen et al., 2009; Herrera y McClaskey, 2003; Martin et al., 2004), pero las consecuencias de los diversos tipos de maltrato se manifiestan de modo diferente en esta etapa de la vida.

En general, los adolescentes que han sufrido o sufren maltrato, son más propensos a involucrarse en comportamientos externalizantes tales como el absentismo escolar, huidas, delitos contra la propiedad privada, peleas físicas o uso de armas (Basile y Smith, 2011; Herrera y McCloskey, 2003; Logan, Leeb y Barker, 2009), así como los comportamientos sexuales de riesgo (Senn, Cary y Venable, 2008).

Con respecto a las conductas internalizantes, la depresión y las autoagresiones (ideación suicida, intentos de suicidio y trastornos de la ingesta)



son los más comunes en los adolescentes maltratados (Martin et al., 2004; Oates, 2004; Whitlock, Eckenrode y Silverman, 2006).

Sobre el abuso sexual, se han encontrado evidencias de que es un fuerte predictor de suicidio, incluido pensamiento suicida, planificación e intentos de suicidio o autoagresiones por parte de adolescentes de ambos sexos (Haatainen, et al., 2003; Martin, et al., 2004; Oates, 2004). Otro tipo de conductas de riesgo para la salud en la adolescencia es el consumo de drogas (tabaco, alcohol y otro tipo de sustancias). Hamburger, Leeb y Swahn (2008) mostraron que sobre una muestra de adolescentes maltratados y no maltratados de ambos sexos, los adolescentes que habían sufrido maltrato eran más propensos que sus iguales no maltratados a comenzar a consumir alcohol antes de los 13 años, y a beber en exceso. Existen evidencias de que estos comportamientos en la adolescencia están relacionados con síntomas depresivos, estrés postraumático y distorsiones cognitivas y sintomatología disociativa (Arnow, 2004; Felitti et al., 1998; Wofe, Scott, Wekerle y Pittman, 2001).

3.3 MÚLTIPLES TIPOS DE MALTRATO Y SUS CONSECUENCIAS

Existe evidencia científica de que las diferentes formas de maltrato infantil a menudo ocurren de manera simultánea, más que un tipo de maltrato independiente (Arata et al., 2005; Dong et al., 2004). Además, algunas investigaciones han mostrado que la exposición a diversos tipos de maltrato se asocia con consecuencias psicológicas más adversas en comparación con la exposición a un solo tipo de maltrato (Arata et al., 2005; Clemmons et al., 2003; English et al., 2005; Higgins y McCabe, 2000a; Jun, Rich-Edwards, Boynton-Jarrett y Wright, 2008; Lau et al., 2005; Vranceanu et al., 2007). A este respecto, Hahm, Lee, Ozonoff y Van Wert (2010) pretendieron mostrar cómo los diferentes tipos de maltrato infantil tenían impacto en una amplia gama de conductas de



riesgo (conductas sexuales de riesgo, delincuencia y conductas suicidas), siendo el impacto mayor cuantos más tipos de maltrato se había sufrido en la infancia. La muestra estaba compuesta por 5576 mujeres de edades entre los 18 y 27 años, de las cuales el 15% había sufrido dos o más tipos de maltrato. Los resultados concluyeron que las mujeres víctimas de dos o más tipos de maltrato presentaban un mayor número de conductas sexuales de riesgo, más alto índice de delincuencia y más ideación/conductas suicidas.

Widom, DuMont y Czaja (2007) compararon un grupo (N=908) que habían sufrido maltrato físico, abuso sexual y negligencia en la infancia, con un grupo control (N=667) que presentó trastornos psicopatológicos. Se pretendía determinar si el grupo con historia de maltrato tenía un mayor riesgo de sufrir trastorno depresivo mayor (TDM) y analizar cuál era la comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos (estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizada, consumo de alcohol y drogas, trastorno antisocial de la personalidad y distimia) en ambas muestras. Los resultados indicaron que el maltrato se asoció con un mayor riesgo de sufrir TDM en la edad adulta. Los pacientes que habían sufrido maltrato múltiple y maltrato físico tuvieron mayor riesgo de sufrir TDM a lo largo de la vida, mientras que aquellos que habían sufrido negligencia tuvieron más riesgo de padecer TDM en el momento del estudio. El abuso sexual no se asoció con un elevado riesgo de TDM. Además Widom et al. (2007) mostraron que el TDM presentó una edad de inicio más temprana para el grupo que había sufrido maltrato, frente al grupo control. Por otro lado, la comorbilidad fue mayor en el grupo de maltrato que en el control. Lau et al. (2005) presentaron una jerarquía en la que un tipo de maltrato en comparación con otros podría asociarse más fuertemente con conductas de riesgo. Estos investigadores hallaron que el abuso sexual cuando se combinó con maltrato físico o de otro tipo se asoció fuertemente con problemas externalizantes, ira y síntomas de estrés postraumático. Por otra parte, el maltrato



físico y la negligencia se relacionaron con síntomas más graves de estrés postraumático que cuando el tipo de maltrato era sólo negligencia. El abuso sexual, seguido del maltrato físico y finalmente la negligencia fueron los tipos de maltrato que provocaron las secuelas más graves (Boxer y Terranova, 2008; Lau et al., 2005). Si comparamos el abuso sexual con la negligencia, encontramos que esta última tuvo menos relación con conductas de riesgo (DePanfilis y Zuravin, 2001), mientras que si comparamos el maltrato físico con la negligencia, el primero tuvo un mayor impacto en conductas delictivas y violencia (Mersky y Reynolds, 2007). Por otro lado, si comparamos el impacto que causa el abuso sexual frente al maltrato físico, encontramos que el primero ocasionó más problemas internalizantes y externalizantes que el segundo (Herrenkohl y Herrenkohl, 2007). Por tanto, el abuso sexual parece ser la forma más severa de maltrato. Además, el maltrato infantil ejerció un impacto devastador y prolongado en la infancia, y el costo en su conjunto para la sociedad fue muy alto (Toth y Cicchetti, 2010).

3.4 PROBLEMAS ESPECÍFICOS ASOCIADOS AL MALTRATO INFANTIL

Las diferentes investigaciones vinculan el maltrato infantil a una amplia variedad de dificultades psicológicas y conductuales, y la elevada frecuencia de psicopatología en niños/as y adolescentes que han sido víctimas de malos tratos, ha llevado a algunos autores a considerar el maltrato como predictor de alteraciones psicopatológicas (Perplechikova y Faufman, 2010; Sesar, Ivèiae-Beaeireviae y Sesar, 2008). La sintomatología más común aparece en las áreas del estado de ánimo, ansiedad, consumo de sustancia y conducta antisocial (Ethier, Lemelin y Lacharité, 2004; MacMillan y Munn, 2001).

A continuación, se exponen las consecuencias más comunes agrupadas en: efectos del maltrato sobre el sistema nervioso central, trastornos externalizantes



e internalizantes, estrés postraumático, y finalmente desarrollo psicosocial y rendimiento académico.

3.4.1 EFECTOS DEL MALTRATO SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

En los casos de abuso o negligencia, el menor presenta ansiedad intensa. El maltrato infantil se ha asociado con un aumento de la sensibilidad del sistema noradrenérgico (Bremner et al., 2003). Diversos factores de estrés de intensidad severa durante los primeros años de vida van a determinar cambios a largo plazo en el menor, sobre todo en su desarrollo (Panzer, 2006). El estrés crónico que genera la situación de maltrato se refleja en el menor como inatención, hipervigilancia, presencia de síntomas disociativos, y problemas de memoria y aprendizaje (De Bellis, 2005). El sistema dopaminérgico también se ve afectado, su anormal regulación en menores maltratados se relaciona con la aparición de distimia y conducta adictivas (Charmandari, Kino, Souvatzoglou y Chrousos, 2003). A nivel neuroendocrino, Van Voorhees y Scarpa (2004) informaron de alteraciones en el funcionamiento del eje hipotalámico-pituitario-adrenal, que fue responsable de las respuestas de estrés en personas que han sufrido maltrato infantil, y que en los pacientes que presentan trastorno de estrés postraumático está también alterado, aunque dicha alteración no parece responder al modelo de estrés habitual (Castro, Campos y López, 2003).

En los menores con historia de maltrato también se han observado cambios a nivel electroencefalográfico en la región fronto-temporal, sobre todo en el hemisferio izquierdo. Teicher et al. (2003) mostraron que estas alteraciones a largo plazo representaron un factor de riesgo para intentos de suicidio. El desarrollo atenuado de la neocorteza y las estructuras del hipocampo y las amígdalas, o los daños permanentes en la estructura neuronal (Teicher, 2002;



Teicher et al. 2003) fueron algunas de las consecuencias encontradas en menores maltratados.

En un estudio reciente (Edmiston et al., 2011) realizado sobre una muestra de 42 adolescentes con historia de abuso y negligencia pero sin diagnóstico psicopatológico, los investigadores hallaron que los adolescentes que habían sido víctimas de abuso o negligencia tenía menos materia gris en algunas áreas del cerebro en comparación con los que no habían sufrido maltrato. Los investigadores observaron reducciones en la materia gris de las áreas prefrontales del cerebro, independientemente del tipo de maltrato sufrido. Pero cuando se observaron otras áreas del cerebro, esta reducción dependía del tipo de maltrato. Así por ejemplo, la negligencia emocional se asoció con menos materia gris en áreas del cerebro que regulan la emoción. También encontraron diferencias relacionadas con el sexo. En los chicos, la reducción en la materia gris parecía concentrarse en áreas del cerebro asociadas con el control de los impulsos o el abuso de sustancias, mientras que en las chicas, las reducciones se encontraron en áreas del cerebro relacionadas con la depresión.

3.4.2 TRASTORNOS EXTERNALIZANTES E INTERNALIZANTES

Los menores que han sido maltratados físicamente tienen una probabilidad nueve veces mayor de cumplir criterios de trastorno de conducta (Kaplan et al., 1998). McCord (1983) mostró que el 20% de los jóvenes que habían sido maltratados a lo largo de su infancia, cometieron delitos juveniles de carácter muy grave. Ford et al. (2000) encontraron que la presencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y trastorno negativista desafiante (TND) era más frecuente en pacientes con antecedentes de maltrato físico o abuso sexual. Jonson-Reid et al. (2010) también señalaron el maltrato como factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de conducta, concretamente de conducta antisocial. Factores como el tiempo, duración y cronicidad del maltrato



probablemente influyeron en la posibilidad de que en el futuro surgieran comportamientos violentos (Maas, Herrenkohl y Sousa, 2008). En España, algunas investigaciones aportaron resultados similares (de Paúl y Arruabarrena, 1995; Gallardo y Trianes, 1999); los menores que fueron víctimas de maltrato en la infancia desarrollaron conductas antisociales como fugarse de sus hogares, robo, prostitución, consumo y venta de drogas. Hukkanen, Sourander, Bergroth y Piha (1999) encontraron síntomas externalizantes en menores institucionalizados (problemas atencionales, agresividad y delincuencia).

La agresividad, conducta delictiva y otros comportamientos externalizantes fueron también comunes en las víctimas de abuso sexual infantil. Herrera y McCloskey (2003) concluyeron que el abuso sexual infantil en comparación con el maltrato físico y la exposición a la violencia de género, fue el mejor predictor de conductas criminales violentas y no violentas entre mujeres.

Algunos estudios han asociado el maltrato con la depresión (Webb, Heisler, Call, Chickering y Colburn, 2007) y la ansiedad (Cicchetti, Rogosch y Sturge-Apple, 2007). Barudy (1998) informó que la negligencia ocasionó en las víctimas tristeza y ansiedad crónica, así como sentimientos de inferioridad, baja autoestima y sentimientos de inadecuación. Cerezo y Frías (1994), en el estudio realizado sobre 19 menores víctimas de maltrato físico y emocional y una muestra de 26 menores que no había sufrido abuso, encontraron que los menores del grupo de maltrato presentaron un nivel superior en sintomatología depresiva y un estilo atribucional más depresógeno que el grupo de no maltratados.

Ethier et al (2004) hallaron que los niños expuestos a maltrato crónico presentaban más problemas emocionales, como ansiedad y depresión, que los niños víctimas de maltrato transitorio. Por otra parte, Kaplow y Widom (2007) mostraron como el maltrato de inicio temprano (0-5 años) se asoció con mayor intensidad a síntomas de ansiedad y depresión en la edad adulta.



Carrasco, Rodríguez, Rodríguez y Sánchez (1999) realizaron un estudio con una muestra de 47 menores divididos en tres grupos: los que habían sido víctimas de negligencia, los que recibieron malos tratos físicos y los que no habían sufrido ningún tipo de maltrato (grupo control). Se encontraron diferencias significativas tanto en ansiedad estado como rasgo en el STAIC en los dos grupos de menores maltratados respecto al grupo control. Sullivan y Spacer (1977, en Ruiz y Gallardo, 2002) evaluaron un proyecto piloto realizado para ayudar a los niños víctimas de negligencia en 35 familias y comprobaron que los menores manifestaron conductas de miedo y angustia, reaccionando con excitación y ansiedad ante nuevas experiencias agradables. Sobre el trastorno bipolar, un estudio realizado con pacientes adultos que había sufrido maltrato en la infancia (Brown, McBride, Bauer y Williford, 2005) mostró que el 48.3% de los pacientes con este diagnóstico había sufrido maltrato en la infancia, el 8% había sufrido abuso sexual, y el 20.7% maltrato físico. Además, los pacientes que habían sufrido a la vez abuso sexual y maltrato físico presentaban una mayor probabilidad de presentar otro tipo de psicopatología, como estrés postraumático, trastornos por consumo de alcohol y más episodios de depresión mayor, e intentos de suicidio. Características específicas de la depresión, como baja autoestima, desesperanza, desamparo y conductas autodestructivas se asociaron especialmente al abuso sexual en la infancia (Morrow y Sorrell, 1989).

Pelcovitz et al. (1994) compararon un grupo de menores que habían sufrido maltrato físico (n=27) con un grupo control de menores no expuestos a tal tipo de maltrato (n=27). Comprobaron que los menores maltratados presentaron mayor prevalencia en depresión, problemas de conducta, conductas externalizantes e internalizantes y déficits sociales.



3.4.3 ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO

Las personas que han estado expuestas a traumas previos, tienen más probabilidad de sufrir un trastorno por estrés postraumático (Jones, Huges y Unterstaller, 2001; NCTS, 2004; Scott, 2007). También quienes estén expuestos a acontecimientos traumáticos infringidos por otra persona, ya sea por familiares directos o personas en las que se confía (Ehlers, Gene-Cos, y Perrin, 2009; Green et al., 2000; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson, 1995; Kilpatrick, Acierno, Resnick, Saunders y Best, 1997; Norris, Foster y Weisshaar, 2002), y a aquellas situaciones que son repetidas y reiterativas (Rossman, 2000). Los menores que sufren maltrato familiar cumplen estas condiciones previas, por lo que tienen una elevada probabilidad de sufrir un trastorno de estrés postraumático. Otro factor como es la cronicidad de los acontecimientos, hace que los menores sean más vulnerables, pudiendo también aparecer otros tipos de psicopatología (Terr, 1991; Thabet y Vostanis, 2000; Wolfe, 1999).

Algunos estudios (Andrews, Corry, Slade, Issakidis y Swanston, 2004; Figueira y Mendlowicz, 2003; Kaplow, Dodge, Amaya-Jackson y Saxe, 2005; Kaplow y Widom, 2007; Tolin y Foa, 2006; Whiffen y Macintosh, 2005), mostraron importantes asociaciones entre abuso físico y sexual o negligencia y Trastorno por estrés postraumático (TEPT) en menores, adolescentes y adultos.

Widom (1999) mostró un aumento significativo del riesgo de desarrollar TEPT en menores norteamericanos que habían sufrido abandono, abuso físico y sexual, con 1.75 veces mayor probabilidad en comparación con aquellos que no experimentaron es tipo de violencia. Un estudio prospectivo a lo largo de 12 años realizado por Lansford, Dodge, Bates, Croziery y Kaplow (2002) mostró que el 74% de los adolescentes que habían sufrido maltrato físico presentaron algún problema de conducta frente al 43% de los que no lo habían sufrido. Las chicas que sufrieron abuso físico o sexual podían presentar en mayor medida problemas



de conducta (Odds Ratio=7.1), depresión (OR= 7.2), ansiedad (OR=9.3) o estrés postraumático (OR=9.8). Por otra parte, Jarvis, Gordon y Novaco (2005) mostraron que la violencia física en niños de 6 a 12 años aumentó la probabilidad de padecer síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático.

Más recientemente, Nilsson (2007) estudió una muestra de adolescentes suecos con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años de edad, y comparó un grupo de adolescentes de población comunitaria que no había sufrido maltrato con otro grupo que había sufrido abuso físico y/o sexual. Los resultados indicaron que los adolescentes del grupo que había sufrido maltrato presentaron puntuaciones significativamente mayores en disociación y estrés postraumático que el grupo de población comunitaria.

El abuso sexual ha sido el tipo de maltrato reconocido como más potenciador de síntomas TEPT (Rodriguez, Ryan, Kemp y Foy, 1997; Widom, 1999; Zeledón, Arce, Mejía y Naranjo, 2003). Los adultos que sufrieron en su infancia maltrato físico y abuso sexual mostraron mayor tasa de TEPT, que los adultos con historia de maltrato físico o sexual, y estos últimos mayor tasa que adultos sin historia de maltrato (Schaaf y McCanne, 1998). La exposición a la violencia fue otra de las variables estudiadas. En el estudio de Jaycox et al. (2002) con el CPSS (Foa et al., 2001), se puso de relieve la grave situación de menores que han vivido este tipo de situaciones.

Las corrientes actuales en la literatura sobre el trauma afirman que el efecto más penetrante de las primeras experiencias refleja alteraciones en el desarrollo de capacidades de autorregulación (Cook et al, 2005; Kearney, Wechsler, Kaur, y Lemos-Miller, 2010). Herman (1992), a través de sus investigaciones sobre traumas por abuso en la infancia, determinó que las principales consecuencias psicológicas no se recogían el diagnóstico TEPT de la APA, y que las características principales del trauma fueron: depresión, ansiedad, odio hacia sí



mismo, disociación, abuso de sustancias, problemas interpersonales y en las relaciones íntimas, preocupaciones somáticas, conductas autolesivas y comportamientos de riesgo, revictimización, desesperación o desesperanza. Esta conceptualización ampliada de trauma y los efectos que produce, se tradujo en la aparición de un nuevo término denominado TEPT Complejo o Trastorno de estrés extremo no especificado (DESNOS) (Luxenberg, Spinazzola y van der Kolk, 2001).

El término TEPT Complejo (en adelante TEPTC) se aplica a una constelación de síntomas que reflejan graves perturbaciones en el funcionamiento de la autorregulación (Herman, 1992). Como reflejo de esta alteración afectiva, cognitiva y comportamental, el TEPTC se expresa en seis síntomas específicos: regulación afectiva, autopercepción, relaciones con los demás, sistema de significados, disociación y somatización (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday y Spinazzola, 2005). López-Soler (2008), realizó una valoración inicial de los síntomas de TEPTC en una muestra de 44 menores maltratados; los resultados mostraron que la mayor parte de los indicadores estuvieron presentes en más de la mitad de la muestra (tabla 3.1).

Tabla 3.1. Indicadores TEPTC en infancia maltratada.

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

(Tomado de López-Soler, 2008)



Es más probable que se experimenten síntomas TEPTC si la victimización se ha dado en una etapa temprana, ha sido prolongada en el tiempo y de naturaleza interpersonal (López-Soler, 2008). Los síntomas centrales del TEPTC, fueron considerados de diferentes maneras por los investigadores. Para algunos son síntomas asociados y comórbidos del TEPT (DSM-IV, 2000; Copeland, Keeler, Angold y Costello, 2007), para otros representan síntomas de una tipología específica de reacciones postraumáticas (Portnova, 2007); algunos autores consideran que puede existir alta comorbilidad entre el TEPTC y el TEPT (Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk y Mandel, 1997), aunque también puede desarrollarse el TEPTC sin sintomatología TEPT (Ford, 1999).

Esta conceptualización de TEPT Complejo, ha sido una importante contribución no sólo para la comprensión de las experiencias de los menores maltratados, sino que además constituye un marco útil para la comprensión de las dificultades funcionales y formas de psicopatología, que con frecuencia experimentan los menores víctimas de maltrato grave y violencia intrafamiliar (Rosenkranz y Henderson, 2013).

3.4.4 DESARROLLO PSICOSOCIAL Y EL RENDIMIENTO ACADÉMICO

Ison (2004) afirmó que cuando los menores han sido víctimas de maltrato, el desarrollo y funcionamiento social se ven seriamente afectados. Los menores presentaron sentimientos de ineficacia, inseguridad, dificultad para identificar estados emocionales en ellos mismos o en los demás y dificultades en la resolución de conflictos. Algunos estudios (Bolger y Patterson, 2001; Mueller y Silverman, 1989; Salzinger, Feldman, Hammer y Rosario, 1993) han mostrado como los menores maltratados presentan altos niveles de agresividad y retraimiento en la interacción con los iguales. Otros estudios han encontrado que el comportamiento agresivo de los menores maltratados conduce a la impopularidad y al rechazo por parte del grupo de iguales (Bolger y Patterson,



2001; Litte y Garber, 1995; Pope y Bierman, 1999), aumentando el riesgo de aislarse o relacionarse con grupos de pares agresivos (Chapple, Tyler y Bersan, 2005; Dishion, Patterson, Stoolmiller y Skinner, 1991), lo que puede convertirse en un importante obstáculo para aprender a establecer relaciones con los demás de manera constructiva y cooperativa (Cohen y Brook, 1995; Dishion, Andrews y Crosby, 1995). Kim y Cicchetti (2003) encontraron que los niños maltratados tenían más riesgo de tener pobres relaciones sociales con sus iguales y comportamientos desadaptativos, generados por la baja autoestima y las percepciones distorsionadas de sus competencias. También mostraron niveles bajos de comportamiento prosocial y alto índice de conductas disruptivas, agresividad y aislamiento.

Dodge et al. (1994) encontraron que los menores maltratados interpretaban de manera hostil la conducta de los iguales y mostraban una falta de estrategias comportamentales adecuadas para la solución de problemas interpersonales.

En general, los niños que fueron víctimas de las diferentes formas de maltrato mantuvieron peores relaciones sociales que los niños no maltratados (Kaufman y Cicchetti, 1989; Manly, Cicchetti y Barnett, 1994). Los menores se sintieron inseguros en las relaciones con los otros debido a la experiencia de rechazo vivida, por tanto las experiencias sociales pueden ser un reto para ellos (Alarcón, Araújo, Godoy y Vera, 2010; Alink, Cicchetti, Kim y Rogosch, 2012).

Las consecuencias del maltrato infantil sobre el rendimiento académico también son evidentes. Los efectos cognitivos son graves, como problemas de atención que repercuten en los aprendizajes, y también se han podido observar conductas agresivas y pobres relaciones sociales (CBASSE, 1993). El estudio de Wodarski, Kurtz, Gaudin y Howing (1993) mostraron que los menores que habían sufrido maltrato físico presentaron retrasos en habilidades matemáticas, mientras que los que presentaron antecedentes de negligencia tuvieron



dificultades en las tareas relacionadas con áreas de lenguaje. Pears, Kim y Philip (2008) comprobaron que los menores que habían sufrido abuso sexual tuvieron mejor rendimiento académico que aquellos que habían experimentado otras formas de maltrato, mientras que los menores con maltrato por negligencia mostraron retraso en varias funciones incluida la cognitiva.

Nolin y Ethier (2007) se centraron en focalizar la atención de los efectos de la violencia doméstica hacia los menores sobre las habilidades intelectuales. En este sentido compararon el rendimiento cognitivo de menores que habían sufrido negligencia (con o sin maltrato físico) y un grupo control. Encontraron que el grupo con negligencia y maltrato físico presentó déficit en atención auditiva, integración visomotora, resolución de problemas, abstracción y planificación. El grupo con negligencia pero sin maltrato físico también presentó déficit en atención auditiva e integración visomotora que los sujetos del grupo control; pero mejor rendimiento, incluso que el grupo control, en tareas de funciones ejecutivas.

A continuación, se presenta en la tabla 3.2 los trabajos sobre las consecuencias específicas del maltrato en las diferentes áreas vistas anteriormente.



Tabla 3.2. Estudios sobre las consecuencias del maltrato.

Autores	N	Consecuencias				
		Neurol	Inter/exter	TEPT	Social	Acad
Edmiston et al., 2011	42	✓				
Jonson-Reid et al., 2010	428		✓			
López-Soler, 2008	44			✓		
Cicchetti et al., 2007	207 y GC= 132		✓			
Webb et al., 2007	280		✓			
Kaplow y Widom, 2007	496		✓	✓		
Nolin y Ethier, 2007	79					✓
Kaplow et al., 2005	156			✓		
Etheir et al., 2004	49		✓			
Ison, 2004	60				✓	
Bremner et al., 2003	23 y GC=18	✓				
Herrera y McCloskey, 2003	141		✓			
Bolger y Patterson, 2001	107 y GC=107		✓		✓	
Carrasco et al., 1999	47		✓			
Pope y Bierman, 1999	145				✓	
Widom, 1999	1196			✓		
Kaplan et al., 1998	99		✓			
Schaaf y McCanne, 1998	475			✓		
De Paúl y Arruabarrena, 1995	66		✓			
Litte y Garber, 1995	497				✓	
Cerezo y Frías, 1994	19 y GC= 26		✓			
Pelkovitz et al., 1994	27 y GC= 27		✓			
Salzinger et al., 1993	87 y GC=87		✓		✓	
Dishion et al., 1991	206				✓	
McCord, 1983	232		✓			

Neurológicas (Neurol.), Internalizantes/Externalizantes (Inter/Exter), Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), Sociales (Social), Académicas (Academ.)

**RESUMEN.**

Los resultados encontrados en los diferentes estudios descritos a lo largo de éste capítulo, muestran la grave afectación a nivel psicológico que sufren los menores que han sido víctimas de algún tipo de maltrato, aumentando la gravedad cuando han sido múltiples los tipos de maltrato a los que se han visto expuestos. Las diversas investigaciones de los efectos del maltrato en la adolescencia informan sobre el modo particular en el que estos aparecen a dichas edades, generando toda una serie de problemas de gravedad severa.

Los estudios sobre las consecuencias del maltrato infantil han establecido que tiene fuertes y duraderos efectos en la estructura cerebral, salud mental, conductas de riesgo en la adolescencia y sobre la función social (Anda et al., 2006; MacMillan et al., 2007).



MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 4

MODELOS

EXPLICATIVOS DEL

MALTRATO



En este capítulo se exponen los principales modelos teóricos que han tratado de proporcionar una explicación sobre la etiología de los malos tratos en la infancia. Se pretende dar una visión general de los diferentes modelos que existen sobre el tema y centrarnos posteriormente, en la explicación etiológica de los diferentes tipos de maltrato.



4.1 UNA REVISIÓN DE LOS MODELOS EXPLICATIVOS DE LA ETIOLOGÍA DEL MALTRATO

A lo largo de los últimos 35-40 años se han planteado diversos modelos explicativos sobre el maltrato infantil en el contexto familiar. Los primeros modelos focalizaron la explicación del maltrato infantil en la supuesta existencia de problemas psicopatológicos de los padres o cuidadores. Estos problemas dificultarían o impedirían el ejercicio adecuado del rol de padre/madre. No obstante, la evidencia de que en un gran número de casos de maltrato no se apreciaba alteración psicopatológica alguna, hizo que tal hipótesis fuera necesariamente cuestionada. Se buscaron entonces características del funcionamiento psicológico que, sin ser patológicas, aportaran una explicación a las disfunciones en la actuación parental. En este sentido, Gil (1970) incluyó factores de tipo socioeconómico en la explicación del maltrato.

Los primeros *modelos sociológicos o socioambientales* consideraron que las situaciones de estrés derivadas de importantes deprivaciones económicas y sociales pudieron ser la base para la explicación del maltrato infantil. Para Gabarino y Kostelny (1992) cuanto mayor fue el empobrecimiento social, menor accesibilidad a recursos sociales, menor calidad de la red de soporte social y por tanto, más elevada frecuencia de maltrato y abandono infantil.

Posteriormente, surgieron los modelos etiológicos de tipo psicosocial o *modelo sociointeraccional* (Parke y Collmer, 1975; Wolfe, 1985); dado que ni las variables psicológicas ni las sociológicas eran suficientes por sí solas para explicar el maltrato, se trató de integrar ambos aspectos.

Desde este modelo, se estudian los procesos psicológicos que median entre las variables del individuo y los factores sociales. De acuerdo con estos autores, existen déficit importantes en los cuidadores, entre los que destacan: escasa habilidades para el manejo del estrés y el cuidado de los niños, atribuciones y



expectativas inadecuadas de la conducta infantil, dificultad para manifestar afecto de manera apropiada y escaso conocimiento de métodos adecuados de disciplina.

En la década de los 80 surgió el *modelo transaccional* (Cicchetti y Rizley, 1981), que planteó la existencia de una dimensión temporal y una dimensión de riesgo. Cicchetti y Rizley (1981) incluyeron en la dimensión de riesgo dos categorías: (1) factores potenciadores, que incrementaron la probabilidad de maltrato, y (2) factores compensatorios, que redujeron esta posibilidad. En la dimensión temporal, distinguieron dos subgrupos: (a) factores duraderos, y (b) factores transitorios. En la tabla 4.1, se puede ver cómo se relacionan las dimensiones.

Tabla 4.1. Modelo Transaccional del maltrato infantil.

DIMENSIÓN DE RIESGO		
DIMENSIÓN TEMPORAL	FACTORES POTENCIADORES	FACTORES COMPENSATORIOS
FACTORES DURADEROS	Factores de vulnerabilidad: niños con temperamento difícil, altos niveles de agresividad, escasas habilidades parentales, etc.	Estresores: pérdida de estabilidad económica, problemas familiares o conyugales, problemas de disciplina con los hijos, etc.
FACTORES TRANSITORIOS	Factores protectores: buen temperamento, capacidad de adaptación, unas habilidades de afrontamiento y resolución de problemas, etc.	Amortiguadores: buena situación financiera, buen trabajo, un sistema de apoyo social adecuado, etc.

Tomado de Garrido y Grimaldi (2009).

Según este modelo, el maltrato se produce cuando los estresores y factores de vulnerabilidad superan a los factores protectores y amortiguadores (Cicchetti y Rizley, 1978).



Otra teoría que ha recibido atención en la investigación sobre maltrato infantil ha sido la *Teoría del Apego* (Bowlby, 1969). En esta teoría, el establecimiento de vínculos seguros en la infancia promueve la salud física y psicológica, y el bienestar de la persona a lo largo de su desarrollo (Bowlby, 1969, 1973). Además, el recién nacido desarrolla acciones que garantizan la protección y el contacto físico cercano con el adulto y de manera complementaria, el adulto presenta comportamientos con respecto al cuidado y protección del niño. Sin embargo, pueden ocurrir anomalías evolutivas en los comportamientos de los padres que dificultarían el desarrollo adecuado de la función de apego (Díaz-Aguado, Segura y Royo, 1995), siendo éste uno de los factores relevantes para que los padres lleguen a maltratar a sus hijos.

Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) diseñaron un procedimiento observacional denominado "Situación Extraña" a través del cual se podían identificar tres tipos de apego durante el primer año de vida (tabla 4.2): (1) Apego seguro (tipo b); (2) Apego inseguro-evitativo (tipo a), y (3) Apego inseguro-ambivalente (tipo c).

Tabla 4.2. Características de los tipos de apego.

TIPOS DE APEGO	CARACTERÍSTICAS
Apego Seguro	La figura de apego sirve como base segura, que protege del peligro. La interacción con desconocidos es de recelo durante los primeros momentos y posterior aceptación.
Apego Inseguro-Evitativo	La figura de apego no siempre está disponible, por lo que no se involucra en la conducta exploratoria del niño. La interacción con desconocidos es similar a la que tiene con la figura de apego, apenas muestran miedos.
Apego Inseguro-Ambivalente	Existen dificultades para usar la figura de apego como base segura. La conducta con la figura de apego es contradictoria, se mezcla la necesidad de proximidad con el rechazo. Aparece un estado de inseguridad permanente en el niño.



Posteriormente, Main y Solomon (1990) identificaron un nuevo tipo de apego al que denominaron Desorganizado/Desorientado (d). Este tipo de apego se caracteriza por conductas contradictorias y confusas (manifestaciones de temor hacia la figura de apego, movimientos sin ningún tipo de objetivo; cambios de emoción entre juego placentero y malestar /enfado, conductas de evitación e inmediatamente búsqueda de la figura de apego, llanto inesperado tras mostrarse tranquilos o adoptan postura rígidas y extrañas o movimientos estereotipados) (Solomon y George, 1999). Se estimó que un 80% de los menores que han experimentado alguna forma de maltrato presentan un patrón desorganizado de vinculación (Carlson, Cicchetti, Barnett y Braunwald, 1989).

Para Bowlby (1980), el modelo interno activo o modelo representacional (*Internal Working Model, IWM*) es una representación mental de sí mismo y de las relaciones con los otros. Este modelo se construye a partir de las relaciones con las figuras de apego y servirá al individuo para percibir e interpretar las acciones e intenciones de los demás y para dirigir su conducta (Mesa, Estrada y Bahamón, 2009). Este modelo incluye componentes afectivos y cognitivos e información sobre uno mismo, en este sentido constituyen la base de la propia identidad y autoestima (Bowlby, 1980). Además, los menores que han sufrido condiciones de maltrato tienen más probabilidades que los que no las han sufrido de desarrollar modelos negativos de relación de sus cuidadores y/o de ellos mismos (Cicchetti, Toth y Lynch, 1995), si bien, estas percepciones pueden modificarse con el tiempo (Sternberg, Lamb, Guterman, Abbott y Noursi- Dawud, 2005). Estos cambios se producirán si el individuo logra o construye una interpretación nueva de las experiencias pasadas, particularmente de las relacionadas con los vínculos afectivos (Mesa et al., 2009).

El modelo representacional influirá sobre las relaciones sociales del sujeto. Si una persona, durante su infancia, tuvo un apego seguro en su vida posterior tendrá una actitud básica de confianza en las personas con las que establezca sus



relaciones. Por el contrario, si ha tenido experiencias negativas con sus figuras de apego, tenderá a no esperar nada positivo, estable o gratificante de las relaciones que pueda establecer en su vida adulta. Por tanto, esta relación alterada entre el niño y su cuidador afectará al desarrollo emocional y social posterior (Loise, 2009).

Otra de las teorías a través de la cual se han intentado dar una explicación a la etiología del maltrato infantil, es la *Teoría del Aprendizaje Social*. Esta teoría considera el maltrato como una conducta que es aprendida en un contexto social. El modelo de aprendizaje de Bandura (1977) propuso que los individuos aprenden a través de la observación de la conducta de los “modelos” conductuales. En términos de maltrato, si los padres abusan o son negligentes con sus hijos, no sólo enseñan conductas abusivas a sus hijos, sino que enseñan que el maltrato y la negligencia son formas aceptables de crianza. Siguiendo la teoría del aprendizaje social, el comportamiento violento se puede transferir de generación a generación, lo que se conoce como el *Ciclo de la violencia*. Este ciclo se produce a través de mecanismos de aprendizaje caracterizados por modelado directo y refuerzos (Jouriles, Murphy y O’Leary, 1989; Jouriles y Norwood, 1995). De este modo, los menores que proceden de familias violentas aprenden diversas tácticas de agresión (Patterson, Dishion y Bank, 1984), explicando la transmisión intergeneracional de las conductas violentas (McCloskey y Lichter, 2003). Esta idea es consistente con los estudios de Berlin, Appleyard y Dodge (2011), quienes afirmaron que las personas que fueron víctimas de maltrato en la infancia tendían a repetir intergeneracionalmente el maltrato con sus hijos. También Beltrán (2007) y Kalebic y Ajdukovic (2011) respaldaron que la historia de malos tratos de los padres durante la infancia es un predictor del maltrato infantil a sus propios hijos.

No obstante, Herrenkohl et al. (1983, en Knutson 1995), estimaron una prevalencia de historias maltrato entre padres maltratadores de un 56% y entre



un 38% de los no maltratados. Estos investigadores concluyeron que el riesgo parental de usar una disciplina castigadora se incrementó cuando los padres fueron maltratados en la infancia. Sin embargo, un 53% de personas que habían sido maltratadas en la infancia, no maltrataban a sus hijos en la edad adulta.

El *modelo cognitivo-conductual* (Milner, 1993) se basó en la teoría del procesamiento de la información social, donde las distorsiones y sesgos cognitivos se asociaron con esquemas cognitivos preexistentes. Estos esquemas primarios originarían un sesgo cognitivo que determinaría la conducta del adulto; por ejemplo, aparecerían factores como el valor que se le otorga al castigo físico, expectativas no realistas acerca del comportamiento de los hijos o dificultad para distinguir comportamientos adecuados y no adecuados.

En definitiva, se han desarrollado numerosas teorías que pretenden dar una respuesta a la etiología del maltrato, aunque ninguna de ellas es capaz de explicar por sí misma las numerosas causas. En las dos últimas décadas, se ha desarrollado el *modelo ecosistémico* (Belsky, 1993) que pretende integrar todos los factores que acontecen en el origen del maltrato infantil. A partir del modelo ecológico del desarrollo humano formulado por Bronfenbrenner (1979), Belsky planteó la integración de variables en diferentes niveles ecológicos (microsistema, macrosistema y exosistema); así, muchos de los factores aparecidos hasta ahora en los diferentes modelos explicativos del maltrato infantil se incluirían en dichos niveles ecológicos. El *nivel microsistema* es el contexto familiar inmediato, incluiría variables referentes a comportamientos relacionales de los miembros de la unidad familiar y las características de su composición. Algunos estudios que se pueden englobar en este nivel son los que se han realizado con familias de tipo monoparental; por ejemplo, los desarrollados por Prinz, Sanders, Shapiro, Whitaker y Lutzker (2009) y Sedlak et al. (2010), quienes encontraron que los niños inmersos en familias de tipo monoparental tuvieron significativamente mayores probabilidades de ser



víctimas de maltrato infantil. Sobre la variable relacional, en el nivel microsistémico, Lepisto, Luukkaala y Paavilainen (2010) en un estudio sobre violencia intrafamiliar, encontraron que en ese contexto quienes son observadores pasan a ser víctimas de la violencia, lo cual tiende a ser común en el inicio del maltrato infantil, pues existe una asociación directa con la presencia de maltrato infantil (Kim y Kim, 2008).

El *nivel macrosistema* integraría variables socioeconómicas y culturales, creencias en torno a la violencia o el castigo. Sobre este nivel, Belsky (1993) planteó que la pobreza es uno de los factores de riesgo psicosocial que explican la ocurrencia del maltrato infantil; por otra parte, Prinz et al. (2009) mencionaron que el maltrato infantil ha sido asociado con pobreza.

Finalmente, el *nivel exosistema* englobaría las relaciones sociales y el ámbito laboral. Desde este punto de vista, el maltrato infantil fue considerado como el resultado de la interacción de factores múltiples dentro de distintos niveles ecológicos (Fuster, García y Musitu, 1988).

En un estudio de Opinión con grupos de padres y madres acerca de los nexos existentes entre maltrato y agresión infantil, Olarte, Zapata y Heredia (2011) concluyeron que tanto padres y madres afirmaron que el maltrato, sea físico o psicológico, era un determinante importante para el desarrollo de comportamientos agresivos en niños en edades tempranas, y que los menores, al vivenciar situaciones de agresión, repetían estas conductas. No obstante, también aseveraban que existían casos de niños agresivos que no habían sido maltratados en sus hogares. De tal modo que el maltrato resultó ser un factor causal en el desarrollo de los comportamientos agresivos, pero no de su configuración total, pues dependerá de la presencia de otros factores: normas socializadoras, capacidad de autocontrol de las conductas agresivas, y el contexto social próximo.



Finalmente, Barudy y Dantagnan (2005a) identificaron en clave ecosistémica una relación de factores que están presentes en cuatro contextos de relación con el menor y que juegan un papel determinante en la aparición de los malos tratos infantiles, que son: el contexto familiar, los sistemas de protección social, el sistema judicial, y los sistemas educativos y terapéuticos.

Como hasta ahora se ha podido ver, las investigaciones basadas en la teoría ecológica apoyan la premisa de que las situaciones de maltrato, efectivamente, dependen de múltiples factores de riesgo psicosocial (Barudy y Dantagnan, 2005a; Belsky, 1980, 1993; Cohn y Daro, 1987; Fraser y Galinsky, 1997; Garbarino, 1982; Garbarino y Eckenrode, 1997).

4.2 MODELOS ETIOLÓGICOS DE LOS TIPOS DE MALTRATO

En la sección anterior se han descrito los distintos modelos que han intentado dar una explicación a la etiología del maltrato infantil. A continuación, se presentan brevemente los factores etiológicos de las tipologías de maltrato, teniendo en cuenta que las variables explicativas pueden ser distintas para cada una de dichas tipologías.

4.2.1 MODELOS ETIOLÓGICOS DEL MALTRATO FÍSICO

Las teorías sobre el maltrato físico son numerosas. Para poder explicar la etiología de este fenómeno de manera clara y concisa, este apartado se dividirá en *modelos tradicionales, modelos de segunda generación y modelos de tercera generación*.

4.2.1.1 MODELOS TRADICIONALES

El modelo psiquiátrico-psicológico explica el maltrato físico a partir de la psicopatología de los progenitores. Varios autores han encontrado relación entre maltrato físico y alteración psicológica como, por ejemplo, déficit en el control de



los impulsos, baja autoestima, escasa capacidad de empatía, expectativas inadecuadas sobre la capacidad de sus hijos, depresión o ansiedad, entre otras (Camras et al., 1988; Culp, Culp, Soulis y Lettes, 1989; Milner, 1988; Oliva, Moreno, Palacios y Saldaña, 1995; Zuravin, 1988; Zuravin y Greif, 1989). El consumo de sustancias tóxicas y alcohol también tuvo relación con el maltrato físico (Famularo, Kinscherff y Fenton, 1992).

El modelo sociológico explica como las condiciones familiares y aspectos culturales son determinantes del maltrato infantil (Chaffin, Kellerher y Hollenberg, 1996). Este modelo se basa en cuatro aspectos: el estrés familiar que aumenta la probabilidad de maltrato físico, como la penuria económica, familias monoparentales o el elevado número de hijos (Hashima y Amato, 1994; Hillson y Kuiper, 1994; Zuravin, 1989); el aislamiento social de la familia (Belsky, 1993; Tzeng, Jackson y Karlson, 1992); la aceptación social de la violencia como medida de disciplina (Corral et al., 1995; Fry, 1993); y finalmente las formas de organización de la comunidad (mayor concentración de población marginal en zonas excluidas) (Bursik y Grasmick, 1993; Garbarino y Kostelny, 1992).

El modelo centrado en el menor, consideró que es el propio menor maltratado el que muestra rasgos que provocan rechazo, frustración y estrés en los cuidadores (Azar, 1991). La conducta disruptiva del niño (Trickett y Kuczynski, 1986), el estado de salud (la discapacidad o mala salud física) (Flaherty y Wiss, 1990; Knutson, 1995) o la escasa edad del niño (Belsky, 1993) son factores de riesgo.

4.2.1.2 *MODELOS DE SEGUNDA GENERACIÓN*

Estos modelos ponen fin a la simplicidad de los modelos tradicionales, al proponer la interacción de las variables que los primeros describían.



Ya se han descrito con anterioridad dos modelos que explican el maltrato físico, como son el modelo ecológico de Belsky (1993) y el modelo transaccional de Cicchetti y Rizley (1981), por lo que no se volverán a mencionar en este apartado. Brevemente se hará mención al modelo de los dos componentes de Vasta (1982) y al modelo transicional de Wolfe (1987).

Vasta (1982) afirmó que son necesarios dos componentes para que se produzca el maltrato físico: el uso del castigo como estrategia de disciplina, y la hiperreactividad emocional de los padres. Unas veces el agresor pegará porque supone que habrá un beneficio y otras por una respuesta impulsiva. Consideró la existencia de factores predisponentes (falta de habilidades sociales, historia previa de malos tratos del cuidador, clase social desfavorecida entre otros). Además, para que la secuencia de maltrato se desarrolle, es necesario un comportamiento aversivo del niño y un ambiente estresante.

El modelo transicional de Wolfe (1987) centró la atención en aspectos como la secuencia de malos tratos, procesos psicológicos de activación y afrontamiento de la ira, factores predisponentes (como el escaso autocontrol) y factores protectores (como el apoyo de la pareja). La secuencia del maltrato sería la siguiente (Wolfe, 1987): desinhibición-agresión-perpetuación.

4.2.1.3 MODELOS DE TERCERA GENERACIÓN

Los modelos de tercera generación intentan pasar del plano descriptivo al explicativo, centrándose en los procesos psicológicos que subyacen al maltrato, es decir, buscan explicar los factores y procesos que inciden en el maltrato.

El modelo de la teoría del procesamiento de la información social de Milner (1995) ya se ha mencionado anteriormente. Únicamente apuntar que Milner diferenció entre dos tipos de procesamiento (controlado y automático); además consideró que los padres que maltrataron físicamente a sus hijos



utilizaron más el procesamiento automático, lo que explicaría reacciones inmediatas y explosivas.

La teoría del estrés y del afrontamiento de Hillson y Kuiper (1994) centró la atención en los siguientes elementos: (1) factores de estrés de los padres y del menor; (2) evaluación cognitiva primaria (que determina la naturaleza estresante de la situación) y evaluación cognitiva secundaria (que analiza los recursos internos y externos del cuidador para afrontar el estrés); (3) los componentes de afrontamiento; y (4) la conducta del cuidador (adaptativa, negligente o abusiva).

4.3 MODELOS ETIOLÓGICOS DEL ABUSO SEXUAL

Se describen a continuación brevemente, algunas de las teorías etiológicas más importantes sobre el abuso sexual.

4.3.1 TEORIA DE LA CONDICIÓN PREVIA DE FINKELHOR (1984)

Finkelhor (1984) propuso cuatro factores que determinaron la ocurrencia del abuso sexual: (1) *congruencia emocional*, el sexo con menores es emocionalmente satisfactorio para el abusador; (2) *excitación sexual*, los ofensores se excitan sexualmente con los menores; (3) *bloqueo*, los abusadores tienen relaciones sexuales con menores porque son incapaces de satisfacer sus necesidades sexuales de forma socialmente apropiada; y (4) *desinhibición*, los abusadores se vuelven desinhibidos y se comportan de forma diferente a su comportamiento normal en otros ámbitos. Finkelhor (1984) sugirió que los tres primeros factores explican por qué algunas personas desarrollan el interés sexual por los menores, y la cuarta por qué este interés se manifiesta a través de la sexualidad desviada. Finalmente, para que ocurra el abuso sexual es necesaria la presencia de estos factores simultánea o sucesivamente.



4.3.2 TEORÍA CUATRIpartita SOBRE EL ABUSO SEXUAL DE HALL Y HIRSCHMAN (1992)

Este modelo teórico se basa en cuatro componentes: (1) fisiológico, (2) excitación sexual, (3) cogniciones erróneas que justifican la agresión sexual, y (4) descontrol afectivo y problemas de personalidad. Los tres primeros factores son considerados principalmente dependientes del estado y la situación, mientras que los problemas de personalidad representan factores de vulnerabilidad perdurables. Por tanto, los déficits de personalidad serían la causa de la agresión, dado que se activarían en determinados contextos y oportunidades, dando como resultado excitación anormal, trastornos afectivos y/o alteraciones del pensamiento.

La combinación de los factores anteriores, caracterizarían a un tipo u otro de abusador sexual. El primer tipo sería el abusador sexual clásico (excitación sexual desviada y fuerte preferencia sexual por menores); el segundo es el que presenta distorsiones cognitivas y, por tanto, malinterpreta el comportamiento de los menores; el tercer grupo se define por su susceptibilidad a los estados afectivos negativos, y suelen comportarse de manera impulsiva y no planificada.

4.3.3 TEORÍA INTEGRAL DE MARSHALL Y BARBAREE (1990)

Desde este modelo se planteó que el abuso sexual se produce como consecuencia de un número de factores que interactúan distal y proximalmente. En concreto, esta teoría sugiere que los individuos que sufren eventos adversos en su desarrollo (mala crianza, disciplina inconsistente, maltrato físico o abuso sexual) son propensos a exhibir modelos internos de representación distorsionados, en particular en lo que se refiere a las relaciones sexuales y la agresión. Para estas personas, la transición a la adolescencia es un periodo crítico. Según los autores, el sexo y la agresión se originan a partir de los mismos sustratos neurales y causan experiencias similares. Por tanto, si un individuo



tiene antecedentes negativos en su desarrollo y está predispuesto a comportarse de manera antisocial, la pubertad puede servir para consolidar las tendencias sexuales negativas. Durante la etapa de adulto joven, la falta de habilidades sociales y la autorregulación, hace que los intentos por relacionarse con mujeres sean rechazados, dando lugar a disminución de la autoestima y al aumento de la ira. Los menores serían vistos como “refugios seguros” para el individuo, por lo que el abuso sexual satisfaría las necesidades del abusador (liberación de la tensión sexual, aumento de la autoestima, cercanía interpersonal y control)

4.3.4 EL MODELO DE WARD Y SIEGERT (2002)

Ward y Siegert (2002) afirmaron que existen múltiples vías que conducen al abuso sexual. Cada una de estas rutas implica un conjunto básico de mecanismos disfuncionales que constituyen factores de vulnerabilidad, y se ven influenciados por factores distales y proximales como los eventos educativos, culturales, biológicos y ambientales. Los mecanismos psicológicos disfuncionales serían: déficit en habilidades sociales y relaciones íntimas, guiones sexuales distorsionados, desregulación emocional y distorsiones cognitivas. Estos mecanismos causales interactúan conjuntamente para que el individuo cometa un delito sexual.

4.4 MODELOS ETIOLÓGICOS DE LA NEGLIGENCIA

A continuación se desarrollan las perspectivas teóricas que realizan una aproximación explicativa de la etiología de la negligencia infantil. Aunque son modelos descritos anteriormente, se presentan brevemente para desarrollar una perspectiva de este tipo de maltrato. También se describe la hipótesis del “síndrome de apatía” descrita por Herrenkohl, Herrenkohl y Egolf (1983).

El modelo sociológico, que se ha centrado en situaciones de carencia económica, es el que en general se ha utilizado para explicar la negligencia



(Wolock y Horowitz, 1984). Las hipótesis que plantea el modelo cognitivo afirma que los cuidadores negligentes presentan distorsiones cognitivas similares a las de los cuidadores que maltratan físicamente a sus hijos; la diferencia estriba en que son menos intensas (Bauer y Twentyman, 1985; Larrance y Twentyman, 1983) siendo el comportamiento de los cuidadores negligentes de evitación (Wolfe, 1985), independientemente del tipo de comportamiento del menor.

Desde el modelo de afrontamiento del estrés, Hillson y Kuiper (1994) afirmaron que la falta de implicación psicológica y conductual o la búsqueda de apoyo social inadecuado son algunas de las estrategias que utilizan las personas con riesgo de llegar a ser negligentes. Desde el modelo cognitivo, Crittenden (1993) afirmó que existiría un sesgo sistemático en los cuidadores, que impediría percibir las señales indicativas de atención y cuidado del menor. Los padres negligentes tenderían sobreestimar la capacidad del menor para autocuidarse, o bien podrían creer que ninguna respuesta sería eficaz para cubrir la demanda del menor, o finalmente en los padres negligentes existiría un sesgo que primaría otras necesidades por encima de las del niño.

Sobre la hipótesis del “síndrome de apatía”, Herrenkohl, Herrenkohl y Egolf (1983) afirmaron que existe una ausencia de habilidades en el cuidado de los niños y un desconocimiento de las necesidades de los mismos por parte de los cuidadores, además de una falta de motivación que se manifiesta en la supervisión inadecuada y ausencia de cuidados médicos de los menores.

4.5 MODELOS ETIOLÓGICOS DEL MALTRATO EMOCIONAL

Los modelos que proporcionan una explicación al maltrato emocional son la teoría del apego de Bowlby (1983), la hipótesis de la continuidad social de Wahler (1990), y la teoría del aprendizaje social de Youngblade y Belsky (1990).



La teoría del apego (Bowlby, 1983) planteó que el menor desarrolla, a partir de las experiencias de proximidad y contacto con el cuidador, un vínculo socioafectivo y una estructura interna de funcionamiento acerca de sí mismo y de sus relaciones con los demás. En dicha estructura se incluiría la representación de lo que puede esperar de sí mismo y de los demás. Cuando el cuidador no responde a sus demandas de acercamiento o las rechaza, el menor desarrolla un apego inseguro que repercutirá en su desarrollo posterior, provocando incompetencia social y dificultad para establecer vínculos apropiados, generando sentimientos de inseguridad y baja autoestima.

Según la hipótesis de la continuidad social (Wahler, 1990), las interacciones entre el menor y el entorno (cuidador/es) deben ser lo más predecibles posibles. Mientras unos niños aprenden a generar conductas predecibles entre los cuidadores y ellos a través de comportamientos adecuados, otros lo consiguen mediante conductas perturbadoras. Estos últimos logran breves periodos de relación con el cuidador, aunque la conducta sea aversiva, mientras que los menores que interaccionan de manera positiva logran que se produzcan experiencias de aprendizaje relevante que será positivo para su posterior adaptación al entorno.

La teoría del aprendizaje social (Youngblade y Belsky, 1990) mostró que las pautas de socialización desarrolladas por los cuidadores son inadecuadas. Los padres no tienen habilidades educativas adecuadas para manejar la conducta del niño, por tanto ceden a sus demandas generando un ciclo en el que la conducta agresiva del menor consigue su objetivo (escapar de la demanda del cuidador), los padres que ceden a la conducta agresiva del menor escapan de la situación negativa reforzándose negativamente ambos comportamientos (del menor y de los padres), por lo que aumenta la probabilidad de que surjan de nuevo situaciones conflictivas. Esto puede desembocar en problemas de conducta y déficits en las conductas prosociales.



RESUMEN

Los modelos explicativos sobre el maltrato han ido evolucionando desde los puramente psiquiátricos que proponen una falta de competencia por parte de los progenitores pasando por el énfasis en la consideración de factores socioeconómicos en los años 70 del siglo XX (modelos socioambientales). Posteriormente, surgen los modelos ecosistémicos, de tipo psicosocial y sociointeraccional, en los que se trata de integrar los aspectos psiquiátricos y psicológicos con aspectos sociales, culturales y ambientales.

No obstante, es necesaria la diferenciación de las diferentes tipologías para poder profundizar en la etiología de cada uno de los tipos de maltrato. Esto permitirá trabajar sobre dos aspectos fundamentales: la prevención y la intervención.

CAPÍTULO 5

EVALUACIÓN

PSICOLÓGICA DEL

MALTRATO INFANTIL



La gran variedad de sintomatología que presentan los niños y niñas víctimas de maltrato hace necesario efectuar una amplia evaluación que tenga en cuenta tanto las áreas alteradas, como las de resiliencia que modulan el impacto del maltrato (López-Soler, 2008).

La estructura de este capítulo sigue las propuestas de Antequera (2006), López-Soler (2008; López-Soler et al., 2008), con respecto a la evaluación del maltrato infantil. En primer lugar, se describen *las dificultades que subyacen en la evaluación del maltrato*; en segundo lugar, *la evaluación de la exposición de los tipos de maltrato*; en tercer lugar, *la evaluación de la situación familiar y el contexto psicosocial*; a continuación, se especificará cómo realizar una *evaluación eficaz de las consecuencias del maltrato sobre el menor*, y finalmente, se recogerán las orientaciones para una adecuada evaluación de las *variables mediadoras y protectoras del menor*. En cada uno de los puntos anteriores se especificarán los instrumentos que el profesional puede utilizar para la valoración del área concreta, si bien la elección de los mismos depende de las peculiaridades y características del caso. También se incluye la nueva propuesta del DSM-5 (APA, 2013) para el diagnóstico del TEPT.



5.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LAS REACCIONES POSTRAUMÁTICAS

Peterson, Prout y Schwarz (1991) clasificaron los síntomas del TEPT en primarios y secundarios. Los primeros, constituyen los criterios diagnósticos según las clasificaciones internacionales (CIE-10, 2007; DSM-IV-TR, 2000). Los síntomas secundarios hacen referencia al conjunto de síntomas y/o trastornos mentales que se asocian al trastorno central, como son la ansiedad, depresión, entre otros.

Aunque tanto en la CIE-10 (2007) como en el DSM-IV-TR (2000), la condición necesaria para el diagnóstico de TEPT es la exposición a un evento estresante grave, existen diferencias en el contenido de las categorías y por tanto en la aplicación del diagnóstico (Peters, Slade y Andrews, 1999; Yule, Williams y Joseph, 1999).

Tabla 5.1. Diferencias en los criterios CIE-10 y DSM-IV.

CIE-10	DSM-IV
El suceso traumático resulta perturbador para casi cualquier individuo.	Respuesta emocional intensa del individuo al suceso traumático.
Las respuestas de la persona se equiparan con una pauta sintomatológica general, algunos de los síntomas no son necesarios para el diagnóstico de TEPT.	Hay reglas muy claras que especifican la constelación de síntomas que se incluyen en el diagnóstico de TEPT (criterios B, C, D).
Además de la reexperimentación y evitación se incluye un grupo de síntomas que exige la presencia necesaria o de amnesia o de síntomas de hiperactivación. En lo que se refiere al embotamiento, su presencia no es necesaria para el diagnóstico de TEPT.	En el grupo C, se pone el acento en los síntomas de embotamiento, los cuales permiten el diagnóstico de TEPT en ausencia de la evitación de los estímulos asociados al trauma. Además es necesaria la presencia de síntomas de hiperactivación.
Las consideración temporal se aplica al tiempo de latencia en la aparición de los síntomas (6 meses después del evento estresante)	La consideración temporal se aplica a la duración de los síntomas, que deben estar presentes más de un mes. Tampoco se descarta el inicio demorado.
Diagnóstico único.	Posible existencia de síntomas o trastornos comórbidos



Ambos sistemas de clasificación utilizaron los mismos criterios para niños y adultos, lo que según diversos autores (Pfefferbaum, 1997; Scheeriga, Zeanah, Drell y Larrieu, 1995) puede ser un problema en la práctica, ya que los criterios para adultos no valoran adecuadamente la sintomatología, especialmente en niños de pocos años.

Utilizando criterios DSM-IV-TR, Jaycox et al. (2002, 2009; Kataoka et al., 2003, 2011), evaluaron el TEPT en la infancia mediante la escala CPSS (Foa et al., 2001). Estos autores afirmaron que, según la puntuación total de la escala, se puede valorar el TEPT según los siguientes criterios: (1) una puntuación igual o superior a 11 en la escala CPSS es evidencia de sintomatología TEPT leve, (2) una puntuación igual o superior a 14 es evidencia de sintomatología TEPT moderada, y finalmente (3) una puntuación igual o superior a 18 puntos en la escala es evidencia de sintomatología TEPT grave.

5.2 LA EVALUACIÓN DEL TEPT A TRAVÉS DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EN EL DSM-5 (APA, 2013). LA NUEVA CATEGORIZACIÓN

Diferentes grupos de trabajo, como el grupo de trabajo de TEPT, el de Trastornos de la Infancia y Adolescencia y el de Trastornos Disociativos, han desarrollado nuevas propuestas sobre el trauma y su impacto en el desarrollo de trastornos psicopatológicos en infancia y adolescencia (APA, DSM-5 Development, 2010). Los puntos centrales han sido:

- a) La propuesta de incluir un nuevo Trastorno por Estrés Postraumático para menores de 6 años.



- b) Modificar los criterios de TEPT que se establecen para adultos, incluyendo explícitamente la presencia del trastorno en niños/as de edad escolar y adolescentes.
- c) Incluir un trastorno nuevo, denominado Trastorno de Trauma del Desarrollo (Developmental Trauma Disorder, DTD).

Con respecto al primer y segundo punto, sobre la necesidad de desarrollar criterios diagnósticos de TEPT para infancia, y modificar los existentes para hacer referencia a la presencia del trastorno en la infancia y la adolescencia, Scheeringa et al. (2001; Scheeringa et al., 1995; Scheeringa, Zeanah, Myers y Putnam, 2003) han trabajado en criterios más sensibles para el TEPT infantil, alternativos a los planteados en el DSM-IV (APA, 2000). Concretamente, Scheeringa et al. (2003) realizaron una propuesta alternativa, que se ha adoptado en la última revisión del manual de diagnóstico para niños/as menores de 6 años (Zero to Three, 2005). En la tabla 5.2, se compara la propuesta de estos autores frente a los criterios que sigue el DSM-IV.

Tabla 5.2. Nueva propuesta y criterios DSM-IV del TEPT.

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

Otros estudios que apoyan esta nueva propuesta son: Cohen y Gadassi (2009), Ghosh-Ippen, Lieberman y van Horn (2008), Levendosky, Huth, Semel y Shapiro (2002), y Ohmi et al. (2002).



Scheeringan, Zeanah y Cohen (2010) realizaron una serie de recomendaciones para el DSM-5 para niños en edad preescolar, edad escolar y adolescentes.

Menores en edad preescolar:

1. El criterio A2 (*la persona ha respondido con temor, una desesperanza o un horror intensos. En niños, estas repuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados*) debería ser eliminado para niños de edad preescolar. Si se mantiene, debería incluir una amplia gama de reacciones, incluyendo la preocupación, tristeza, llanto, entumecimiento y la confusión.
2. El criterio B1 (*recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos...En niños pequeños, esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma*) debería ampliarse para incluir otras reacciones emocionales durante el recuerdo, distinto a la angustia.
3. Los criterios C4 (*reducción acusada del interés o participación en actividades significativas*), C5 (*sensación de desapego o enajenación frente a los demás*) y D2 (*irritabilidad o ataques de ira*) deberán estar ligeramente calificados para ilustrar las manifestaciones conductuales en niños de preescolar.
4. El umbral para los síntomas del criterio C (*evitación*) debería pasar de 3 a 1.

Menores en edad escolar y adolescentes:

1. En el criterio A1 (*la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado...*) se debería considerar la inclusión de la pérdida (incluyendo la reubicación en centros de acogida), lesión o muerte de los padres, como eventos potencialmente traumáticos.
2. El criterio A2 debería eliminarse para niños y adolescentes. Si se mantiene, debería ampliarse para incluir reacciones emocionales adicionales.



3. En cuanto a los criterios B (*reexperimentación*), C (*evitación*) y D (*hiperarousal*), los niños que han experimentado un trauma casi toda su vida, pueden no ser capaces de referir el inicio de los síntomas. Uno de los criterios que acompañan a dichos traumas puede ser considerar esto como un síntoma.
4. Es necesario pruebas empíricas de los síntomas de desarrollo, que reflejen apropiadamente las manifestaciones en niños y adolescentes.
5. Considerar la posibilidad de reducir el umbral de la categoría C (*evitación*) de 3 a 1 síntoma.

Finalmente, la nueva edición del DSM-5 (APA, 2013) no sólo realiza diferentes modificaciones en los criterios diagnósticos del TEPT, sino que clasifica este trastorno en un apartado distinto al que se encontraba en el DSM-IV (Trastornos de Ansiedad), concretamente en el apartado denominado *Trauma y trastornos de estrés relacionados*. Referente a las categorías diagnósticas, establece criterios diagnósticos para adultos, adolescentes y niños/as mayores de 6 años y un diagnóstico específico de *TEPT para niños/as de 6 años o menos*. En ambos diagnósticos se debe especificar si aparecen síntomas disociativos de despersonalización y/o desrealización.

Las modificaciones en los criterios diagnósticos del TEPT para adultos, adolescentes y niños/as mayores de 6 años y menores de 6 aparecen en la tabla 5.3.



Tabla 5.3. Criterios diagnósticos DSM-IV-TR y DSM-5.

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

En el anexo 2, se encuentran recogidos los nuevos criterios diagnósticos del TEPT en el DSM-5.

5.3 DIFICULTADES EN LA EVALUACIÓN DEL MALTRATO EN LA INFANCIA

Arruabarrena y De Paúl (1994) mostraron que la valoración de la situación de maltrato requiere tres tipos de actuación: 1) la confirmación de que el maltrato se ha producido, 2) la evaluación del estado del menor, y 3) la evaluación diagnóstica. Pero la evaluación de estos puntos entraña serias dificultades. Como ya se ha expuesto en capítulos anteriores, el fenómeno del maltrato infantil requiere de un adecuado consenso tanto en el proceso de la definición, como en conocimiento sobre su desarrollo y consecuencias.



Siguiendo a Arruabarrena y De Paúl (1999), la primera dificultad se plantea en determinar el momento en el cual un mismo comportamiento puede ser considerado como maltrato en un momento evolutivo concreto, y no ser percibido como tal en un periodo evolutivo diferente. La presencia de factores de vulnerabilidad es otra de las dificultades añadidas al proceso de evaluación, dado que una misma actuación por parte de los cuidadores puede ser considerada amenazante y causar daño en un/a niño/a con algún tipo de discapacidad, y no considerarse inadecuada en menores sanos. También incluimos en este proceso el daño real o potencial al que se enfrenta un menor en situación de maltrato, dado que algunas conductas no tienen consecuencias inmediatas en los/as niños/as. La importancia de los valores o creencias culturales (Antequera, 2006), la recogida de información de un hecho que habitualmente ocurre en la intimidad del núcleo familiar, la gravedad, frecuencia, duración, la relación con el maltratador y la existencia de múltiples tipos de maltrato (Arruabarrena y de Paúl, 1999; Barnett et al., 1993; Hanson, Smith, Saunders, Swenson y Conrad, 1995) son también dificultades que van a repercutir en el proceso de evaluación.

Las dificultades anteriormente expuestas implican necesariamente que en el proceso de evaluación se utilicen todos los métodos de valoración posibles (entrevistas, observación, cuestionarios), así como instrumentos estandarizados válidos y fiables. Han de incluirse además, a todos los protagonistas implicados en la situación de maltrato, así como la información que proviene de los agentes sociales y las variables protectoras tanto del menor como del contexto familiar y social. Con este amplio abanico en la recogida de información, la evaluación se puede dividir en las siguientes áreas: *evaluación de la exposición de los tipos de maltrato, evaluación de la situación familiar y el contexto psicosocial, evaluación de las consecuencias del maltrato en la infancia y evaluación de las variables mediadoras y protectoras del menor.*



5.4 EVALUACIÓN DE LA EXPOSICIÓN DE LOS TIPOS DE MALTRATO

Comenzaremos este punto hablando del sistema global de codificación del maltrato propuesto por Barnett et al. (1993). El *Maltreatment Classification Scheme* valora el tipo de maltrato, la gravedad, la frecuencia, el periodo evolutivo, la separación de los cuidadores y la naturaleza de la relación con el maltratador. Este sistema proporciona una puntuación de gravedad total y para cada tipo de maltrato. Otro sistema de codificación dimensional es el *Record of Maltreatment Experiences* (McGee, Wolfe y Wilson, 1990). Este sistema permite obtener una evaluación global de la historia de victimización del niño, dado que evalúa la frecuencia y gravedad en tres momentos evolutivos; además, permite evaluar la exposición al maltrato de la madre, de modo que es apropiado para evaluar situaciones de maltrato debido a la exposición a violencia de género.

El *Child Abuse Potencial Inventory* (De Paúl y Arruabarrena, 1991; Milner, 1994), adaptado para población española, evalúa factores individuales, familiares y sociales que predisponen al maltrato físico. También ha sido desarrollada en España la *Taxonomía de Violencia Doméstica* (Unitat d'Épidiologia i de Diagnòstic, 2005) para el estudio de las consecuencias de la violencia doméstica en la salud mental de los niños/as. Esta taxonomía valora el número de agresores a los que el/la menor ha estado expuesto/a, su relación con ellos, la características del agresor y su edad, tipo de exposición, tipo de violencia y gravedad, presencia de lesiones, la atención requerida ante el episodio, la frecuencia de maltrato, la edad de inicio y final del niño para la exposición a la violencia doméstica, último episodio vivido, escalada de violencia, rol de la madre ante la agresión y resolución del conflicto, explicación sobre la agresión que da la madre al niño, y también tipo de maltrato directo que recibe el niño.



Para evaluar el grado de exposición a la violencia, es importante tener en cuenta tanto la información aportada por el menor como por otros informantes. En este sentido, el *Juvenile Victimization Questionnaire* (Hamby, Finkelhor, Ormrod y Turner, 2004) es un cuestionario que se puede utilizar en formato de entrevista con niños/as de 8 a 17 años, del cual se obtiene información sobre 34 formas de delitos contra los jóvenes que se integran en cinco áreas generales: delincuencia convencional, maltrato infantil, victimización de iguales y hermanos, asalto sexual y testigos, y víctimas indirectas de maltrato. Existe una versión para cuidadores, por lo que también se podría obtener información de niños/as menores de 8 años y puede ser adaptado para obtener información retrospectiva de las experiencias de maltrato en la infancia de adultos.

El *Conflict Tactics Scale* (Straus, Hamby, Finkelhor, Moore y Runyan, 1998) detecta cinco formas de violencia: a) negligencia, b) abuso sexual, c) agresión psicológica, d) agresión física, y e) métodos de disciplina no violenta. Se presenta en dos versiones, una para padres y otra para niños/as. Otro cuestionario a destacar es el *Cuestionario para evaluar maltrato* (Loredo, 2004) que consta de ocho preguntas referidas a la identificación de cuidados excesivos que conllevan al abuso sexual, maltrato verbal y físico, identificación de golpes que causan fracturas, negligencia y desatención al niño.

El *Modified Maltreatment Classification System* (MMCS; English y the LONGSCAN Investigators, 1997) valora los niveles de severidad en: maltrato físico, abuso sexual, negligencia física, maltrato emocional y consumo de drogas o alcohol por parte de los cuidadores principales. El *Graded Care Profile Scale* (GCP) (Srivastava y Polnay, 1997) informa sobre diferentes áreas: Física (nutrición, vivienda, vestido, salud), Seguridad (presencia o ausencia del cuidador en determinadas situaciones), Amor (sensibilidad del cuidador, respuestas adecuadas, compromiso mutuo), y Estima (estímulo, aprobación, desaprobación, aceptación). La *Family Assessment Form* (FAF; Children's Bureau of Southern



California, 1997) está diseñada para evaluar familias en situación de riesgo y valorar sus progresos; también permite a los profesionales completar una evaluación psicosocial.

El Estudio sobre la violencia contra niños del Secretariado General de las Naciones Unidas (2006, p. 16) afirmó que “*la violencia dentro de la pareja hace aumentar el riesgo de violencia contra los niños en el seno de la familia*”. El *Domestic Violence Questionnaire* (Task Force on Family Violence, 1993) es un cribado para el uso de profesionales de la salud, que evalúa a través de la madre el tipo de exposición del menor y las acciones que la madre ha llevado a cabo ante la exposición.

En España, se ha elaborado el *Inventario de Condiciones de Maltrato a la Infancia (ICMI)*, desarrollado por el equipo de investigación GUIIA-PC (2006) de la Universidad de Murcia, para el *Proyecto de Evaluación Diagnóstica en Menores Tutelados (PEDIMET)*. Este inventario sistematiza las condiciones de maltrato que han sufrido los menores directamente por parte de los padres o cuidadores. Consta de 60 ítems y presenta 4 áreas: a) negligencia, tanto física como emocional, b) maltrato emocional, que incluye: aislamiento, degradación, manipulación debilidad inducida por malestar o agotamiento físico y amenazas de muerte, c) maltrato físico, y d) abuso sexual.

La evaluación de los diferentes tipos de maltrato resulta difícil cuando no existen evidencias físicas o médicas sobre el acontecimiento en sí. Esto puede ocurrir en el maltrato por negligencia o en los casos de abuso sexual sin penetración. Se han desarrollado instrumentos que describen de forma exhaustiva las diferentes situaciones o conductas que pueden considerarse de desprotección, algunos de ellos han sido creados por los Servicios de Protección Infantil. En ellos la información se recoge a través de la observación directa y/o múltiples fuentes. Algunas escalas creadas específicamente para la evaluación de las conductas negligentes son: la *Multidimensional Neglectful Behavior Scale* (Straus, et al., 1995)



que recoge diferentes dimensiones de este aspecto, como son el nivel emocional (afecto, compañía y apoyo), cognitivo (lectura para el niño, la explicación de las cosas), de supervisión (establecimiento de límites, atención a la mala conducta, conocimiento sobre el paradero del niño y sus amigos) y físico (alimentación, vestido, vivienda y asistencia médica). La *Escala de Bienestar para niños* (Magura y Moses, 1986) en la que el evaluador contesta 14 escalas después de la visita al hogar que pueden dividirse en negligencia física (hacinamiento, mobiliario, higiene personal, vestuario, limpieza del hogar, seguridad) y negligencia psicológica (supervisión, cuidado de los niños, aceptación, aprobación, expectativas, disciplina y estimulación). La *Ontario Child Neglect Index- CNI* (Trocmé, 1996) valora el tipo y la gravedad del abandono en los niños. Contiene 6 escalas que evalúan negligencia en: supervisión, nutrición, vestido e higiene, cuidados físicos, cuidados emocionales y cuidados en el desarrollo/educación. Con respecto a la evaluación del abuso sexual, los cuestionarios han sido creados para valorar los conocimientos y actitudes en población general, por lo que su uso en niños que han sufrido abuso sexual puede inducir sesgos (Jurado, 2006). El *Children's Sexual Behavior Inventory* (Friedrich, Grambsch, Broughton, Kuiper y Beike, 1991) ha sido desarrollado para la evaluación de los niños que han sufrido abuso sexual o existe sospecha de haber sido abusos. Proporciona información en 9 dimensiones: a) Problemas con los límites, b) Exhibicionismo, c) Conductas de rol de género, d) Autoestimulación, e) Ansiedad Sexual, f) Interés sexual, g) Intrusismo sexual, h) Conocimiento sexual, y i) Conducta voyeur. Proporciona una puntuación total de la escala, así como puntuaciones en el nivel de comportamiento relacionado con el desarrollo sexual y una puntuación de Abuso sexual.

Un resumen de los diferentes instrumentos para la evaluación de las características de la exposición al maltrato aparece en la tabla 5.4.



Tabla 5.4. Instrumentos para la evaluación de la exposición al maltrato.

ÁREA	INSTRUMENTO	AUTOR	AÑO	INFORMANTE
EXPOSICIÓN A VIOLENCIA	Escala de Bienestar para niños	Magura y Moses	1986	Profesional
	Record of Maltreatment Experiences	McGee et al.	1990	Profesionales y niños
	Children's Sexual Behavior Inventory	Fredrech et al.	1991	Madre o cuidadora
	Maltreatment Classification Scheme	Barnett et al.	1993	Profesionales
	Domestic Violence Questionnaire	Task Force on Family Violence	1993	Madres
	Child Abuse Potencial Inventory	Milner	1994	Madre
	Multidimensional Neglectful Behavior Scale	Straus et al.	1995	Adolescentes y adultos
	Ontario Child Neglect Index	Trocmé	1996	Profesionales
	Modified Maltreatment Classification System	Englis, LONGSCAN	1997	Profesionales



Tabla 5.4. Instrumentos para la evaluación de la exposición al maltrato (continuación).

ÁREA	INSTRUMENTO	AUTOR	AÑO	INFORMANTE
EXPOSICIÓN A VIOLENCIA	Grade de Care Profile Scale	Srivastava y Polnay	1997	Profesionales
	Family Assessment Form	Children's Bureau of Southern California	1997	Profesionales
	Conflicto Tactics Scale	Straus et al.	1998	Madres y niños
	Juvenile Victimization Questionnaire	Hamby et al.	2004	Madres y niños
	Taxonomía de Violencia Doméstica	UED	2005	Profesional
	Inventario de Condiciones de Maltrato a la Infancia	GUIIA-PC	2006	Madres y niños

5.5 EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN FAMILIAR Y EL CONTEXTO SOCIAL

La evaluación de las características tanto en la familia como en el contexto social es imprescindible para realizar una adecuada evaluación de las consecuencias de la exposición al maltrato. Arruabarrena y De Paúl (1999) señalaron que los aspectos de la familias sobre los que se ha de recabar información en el proceso de evaluación diagnóstica son: *estructura y composición familiar, ciclo vital en el que se encuentra la familia, contexto socio-económico-cultural, características y funcionamiento individual de los padres y de los niños, relaciones familiares, características de la conducta maltratante, relaciones sociales, situaciones estresantes para la familia,*



contacto de la familia con los servicios sociales, conciencia del problema y motivación al cambio.

La evaluación de la situación familiar resulta en numerosas ocasiones difícil, debido a la falta de colaboración de los padres, bien por un intento de ocultar el incidente, bien por no entender esa conducta como maltratante, sobre todo cuando la familia presenta factores de riesgo como la pobreza, la salud mental, otras formas de violencia intrafamiliar, entre otros (Manly, 2005).

En este punto, centraremos el interés de la evaluación en los aspectos siguientes: el ambiente familiar, los estilos parentales, los posibles acontecimientos vitales, la relación con los padres/madres y hermanos, el apoyo social y la existencia de alteraciones psicopatológicas en los/as padres/madres. Muchos de ellos pueden ser valorados a través de una entrevista, si bien, para el análisis de otros, se hace necesario el uso de diversos instrumentos como los que se describen a continuación.

5.5.1 EL AMBIENTE FAMILIAR

Numerosos estudios han puesto de manifiesto que las familias violentas presentan características que las hacen más propensas a responder a la presión psicológica con violencia, en lugar de desarrollar comportamientos adaptativos (Garbarino, 1976; Egeland, Breitenbucher y Rosenberg, 1980; Straus y Kantor, 1987).

Para valorar el riesgo en los procesos de crianza, Korfmacher (2000) desarrolló el *Kemple Family Stress Inventory*. Esta escala consta de 10 ítems y mide el riesgo de dificultades de la familia en la educación de los hijos, a partir de las respuestas proporcionadas a una entrevista psicosocial.

Para valorar ambiente familiar, disponemos de la *Escala de Clima social en la familia (FES)*; Moos y Moos, 1981; Seiseddos, Victoria de la Cruz y Cordero, 1984).



Esta escala valora las características socio-ambientales de todo tipo de familias. Evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica.

El *Inventario familiar de sucesos y cambios vitales* (FILE; McCubbin, Patterson y Wilson, 1983) permite obtener un índice del nivel global de estrés experimentado por los padres, en términos de sucesos y cambios vitales estresantes en la unidad familiar. Se compone de un listado de 71 sucesos y cambios vitales en la unidad familiar, agrupados en las siguientes áreas: familia, relaciones conyugales, embarazo y parto, enfermedad, fallecimiento, movilidad en la familia, dificultades económicas, ámbito laboral y problemas legales. La suma de sucesos y cambios vitales en estas áreas permite obtener un índice global de estrés.

El *Parenting Stress Index* (PSI; Abidin, 1995; Díaz-Herrero, Brito, López, Pérez-López y Martínez-Fuentes, 2010; Díaz-Herrero, López-Pina, Pérez-López, Brito y Martínez-Fuentes, 2011) es un autoinforme para padres diseñado para identificar las disfunciones en las relaciones entre padres e hijos. En España, Torres, Arruabarrena y de Paúl (1996) han elaborado una entrevista semiestructurada para la valoración de los padres de menores víctimas de malos tratos. En ella, se recoge un amplio abanico de factores de riesgo y exploración de conductas y actitudes paternas que pueden estar implicadas en el maltrato. Las áreas que se recogen en la entrevista, son las siguientes: Datos de identificación-composición e historia familiar; contexto socio-económico-cultural, características-funcionamiento individual de los padres/cuidadores, características-funcionamiento individual de los menores; nivel interpersonal-relacional: relaciones familiares; nivel interpersonal-relacional: relaciones sociales, contactos con los servicios sociales, sucesos/situaciones estresantes para la familia, la familia ante la(s) situación(es) de desprotección infantil, y observaciones e impresiones del profesional.



5.5.2 ESTILOS PARENTALES

Esta área presenta un especial interés, dado que se ha demostrado su relación no sólo con la posible existencia de malos tratos, sino también porque los estilos educativos parentales influyen en la aparición de problemas emocionales, y alteraciones conductuales en niños (Arnold, O'Leary, Wolff y Acker, 1993).

La evaluación de los estilos parentales se puede realizar a través de distintos instrumentos, entre los que se encuentran: *Parenting Scale* (Arnold et al., 1993) consta de 30 ítems, divididos en tres dimensiones: a) Permisividad (valora la inconsistencia en las normas disciplinarias o la tendencia a transigir con los comportamientos inadecuados del niño y representa alteraciones en la capacidad de control de las conductas de los hijos) , b) Reactividad elevada (la tendencia a responder de manera impulsiva, presentar conductas o respuestas agresivas), y c) Razonamiento verbal (valora la tendencia a razonar o a centrarse en ofrecer argumentos incluso cuando esta estrategia ha mostrado su escasa eficacia).

El *Parent Opinion Questionnaire* (Azar, Robinson, Hekimian y Twentyman, 1984) valora las expectativas irreales o erróneas de los padres hacia las conductas de los hijos. Se agrupa en diez factores: autocuidado, responsabilidad familiar y cuidado de los hermanos, ayuda a los padres, permanecer solos, conductas y sentimientos adecuados y castigos. Ha mostrado su capacidad para discriminar a padres que han maltratado a sus hijos de quienes no lo han hecho (Azar y Rohrbeck, 1986).

El *Parenting Style* (Greenberger y Goldber, 1989) evalúa el tipo de disciplina utilizado por los padres y las expectativas para comportamientos maduros, autocontrol y conducta prosocial.

El *Parent-Child Tactics Scale* (Straus et al., 1998) está compuesto por tres escalas: disciplina no violenta, violencia psicológica y violencia física. Además dispone de tres módulos complementarios en los que se tratan las estrategias



disciplinarias utilizadas por los padres, las situaciones de negligencia y el abuso sexual ocurridos durante los últimos siete días.

El *Parental Bonding Instrument* (Parker, Tupling y Brown, 1979) evalúa cuidado, sobreprotección y autoritarismo. El *Child's Report of Parent Behavior Inventory* (CRPBI; Schaefer, 1965; Samper, Cortés, Mestre, Nácher y Tur, 2006) evalúa la disciplina familiar que perciben los menores en su relación con el padre y con la madre; las dimensiones valoradas son: amor, autonomía, control y hostilidad.

El *Discipline Practice Scales* (Goodman et al., 1998) evalúa prácticas de disciplina punitivas y castigo. El *Cuestionario de Aceptación Rechazo Parental* (PARQ; Rohner, Saavedra y Granum, 1978) es un autoinforme que permite conocer las percepciones de los padres sobre la conducta con sus hijos y las percepciones de los hijos sobre el trato que reciben de sus padres. Permite la valoración de cuatro dimensiones: calor/afecto, hostilidad/agresión, indiferencia/negligencia y rechazo indiferenciado.

El *Assesing Memories of Parental Rearing Behavior* (EMBU; Perris, Jacobson, Lindström, Von Knorring y Perris, 1980) se compone de 81 ítems agrupados en 15 subescalas que hacen referencia a prácticas de crianza como por ejemplo el afecto, la sobreprotección o el rechazo. El *Child Rearing Practices Report* (CRPR; Block, 1965) que evalúa las actitudes parentales. Y finalmente, el *Perfil de Estilos Educativos* (PEE; Magaz y García, 1998), adaptado para población española por Olivares, Rosa y Olivares (2006). Es un cuestionario aplicado a los padres. Está formado por 48 frases que expresan de manera afirmativa ideas, creencias, actitudes y emociones asociadas a estilos educativos y se compone de 4 subescalas: a) Educación Sobreprotectora, b) Educación Inhibicionista, c) Educación Punitiva, y d) Educación Asertiva. No se dispone de datos normativos.



5.5.3 ACONTECIMIENTOS VITALES, RELACIÓN CON PADRES/MADRES Y HERMANOS, APOYO SOCIAL

Las consecuencias de la violencia ejercida contra los menores, puede llevarles a vivir situaciones de pérdida y cambios frecuentes (separación de los padres, pérdida de amigos, etc.). Es importante conocer cuáles son las situaciones de cambio derivadas de la situación de maltrato, y el impacto que han tenido sobre el menor. Para ello, el *Life Event Checklist* (Johnson y McCutcheon, 1980) permite valorar los acontecimientos estresantes a lo largo de la vida del niño.

La percepción del apoyo familiar, la supervisión adecuada y la expresión emocional hacia los menores, son también factores a considerar en la evaluación sobre el maltrato. Las reacciones psicológicas al trauma del maltrato son más o menos intensas en función de los apoyos sociales y de la percepción que tienen los menores de éstos (Osofsky, 1997). Para evaluar estos aspectos se pueden utilizar los siguientes cuestionarios y escalas.

Para la evaluación del apoyo familiar, el *Perceived Parental Support* (Stice, Barrera y Chassin, 1993) evalúa la percepción de apoyo recibido por los adolescentes de sus padres. El *Camberwell Family Interview* (Rutter y Brown, 1966) valora la afectividad positiva o negativa en las relaciones entre padres e hijos. El *Relational Support Inventory* (Scholte, Cornelis, van Lieshout y van Aken, 2001) evalúa el apoyo y comunicación con padres, hermanos y amigos. Con respecto al apoyo social, se puede utilizar el *Friendship Quality Questionnaire* (Parker y Asher, 1991), que valora las relaciones de amistad de los menores. Finalmente, los cuestionarios de Achenbach, también son apropiados para valorar esta variable, dado que se puede utilizar la primera parte del *Check Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach, 1991a), y del *Youth Self-Report* (YSR; Achenbach, 1991b, c) en la que se recogen la cantidad de amigos que tiene, así como la cantidad de veces que realiza actividades con los mismos, y la percepción sobre cuantos amigos íntimos tiene.



5.5.4. ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS EN LOS PADRES/ MADRES

Los trastornos psicopatológicos en los/as padres/madres han sido durante largo tiempo una de las principales causas relacionadas con conductas de maltrato, aunque no la única. Entre las más citadas se encuentran el abuso de sustancias, el trastorno antisocial de la personalidad y elevados niveles de neuroticismo (Milner, 1990). Para la valoración de estos problemas, se puede utilizar tanto entrevistas diagnósticas como cuestionarios que evalúan trastornos de personalidad y sintomatología específica.

La *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorder, Clinical Trial Version (SCID-CT; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 2007)*, adaptada en España por Torrens, Serrano Astals, Pérez y Martín (2004); es una entrevista diagnóstica estructurada que valora de manera extensa la presencia de psicopatología. El *Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI; Morey, 2007)* con adaptación española de Ortiz-Tallo, Santamaría, Cardenal y Sanchez (2011). Este cuestionario permite la evaluación de la psicopatología en 11 escalas clínicas (Quejas somáticas, Ansiedad, Trastornos relacionados con la ansiedad, Depresión, Manía, Paranoia, Esquizofrenia, Rasgos límites, Rasgos antisociales, Problemas con el alcohol y Problemas con las drogas), 5 escalas para tratamiento (Agresión, Ideaciones suicidas, Estrés, Falta de apoyo social y Rechazo al tratamiento), y dos escalas de relaciones interpersonales (Dominancia y Afabilidad).

El *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2; Hathaway y Mcklinley, 1943, 1951, 1999; Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Keammer, 1989)*; el *Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS; Fernández-Seara, Seisdedos y Mielgo, 2004)* o las escalas desarrolladas por Million como son: el *Inventario Million de Estilos de Personalidad (MIPS; Million, 1994)* y el *Inventario Clínico Multiaxial de Million II (MCMI-II; Million, 1997)*, que detectan las dificultades emocionales y personales en el campo de la psicopatología. Son algunos de los protocolos para la valoración de los trastornos de personalidad.



También es necesario evaluar la presencia de problemas de ansiedad o depresión en los progenitores. La existencia de esta sintomatología se puede valorar a través de varias escalas: el *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (STAI; Spielberg, Gorsuch y Lushene, 1970). *Inventario de Depresión de Beck* (BDI; Beck y Steer, 1995), o más reciente el *Inventario de Depresión Estado-Rasgo* (IDER; Spielberger, Agudelo y Buela-Casal, 2008).

En la tabla 5.5, se resumen los instrumentos para la evaluación de la situación familiar y el contexto social.

Tabla 5.5. Evaluación de la situación familiar y el contexto social.

EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN FAMILIAR Y EL CONTEXTO SOCIAL	VARIABLE EVALUADA	PRUEBA	AUTOR	AÑO
	AMBIENTE FAMILIAR		Kempe Family Stress Inventory	Korfamcher
		Escala de clima social en la familia (FES)	Moos y Moos	1981
		Inventario familiar de sucesos y cambios vitales (FILE)	McCubbin, et al.	1983
		Parentin Stress Index (PSI)	Abidin	1995
		Entrevista semiestructurada para evaluación del maltrato	Torres et al.	1996
ESTILOS PARENTALES		Parenting Scale	Arnold et al.	1993
		Parent Opinión Questionnaire	Azar et al.	1984
		Parenting Style	Greenberger y Godberg	1989
		Parent-Child Tactics Scale	Straus et al.	1998
		Parental Bonding Instrument	Parker et al.	1979
		Child's Report of Parent Behavior Inventory (CRPBI)	Schaefer et al.	1965
		Discipline Partice Scales	Goodman et al.	1998
		Cuestionario de aceptación rechazo parental (PARQ)	Rohner	1978
		Assessing Memories of Parental Rearing Behavior (EMBU)	Perris et al.	1980
		Child Rearing Practices Report	Block et al.	1965
	Perfil de Estilos Educativos (PEE)	Magaz y García	1998	



Tabla 5.5. Evaluación de la situación familiar y el contexto social (continuación).

EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN FAMILIAR Y EL CONTEXTO SOCIAL		VARIABLE EVALUADA	PRUEBA	AUTOR	AÑO
ACONTECIMIENTOS VITALES, RELACIÓN CON PADRES/MADRES Y HERMANOS, APOYO SOCIAL			Life Event Checklist	Johnson y McCutcheon	1980
			Perceived Parental Support	Stice et al.	1993
			Camberwell Family Interview	Rutter y Brown	1966
			Relational Support Inventory	Scholte et al.	2001
			Freindship Quality Questionnaire	Parker y Asher	1991
			Check Behavior Checklist (CBCL)	Achenbach	1991A
			Youth Self-Report (YSR)	Achenbach	1991b,c
		ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS EN LOS/AS PADRES/MADRES			Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR (SCID-CT)
	Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)			Morey	2007
	Inventario Multifásico de Personalidad de Minessota-2 (MMPI-2)			Hathaway et al.	1943 1951 1999
	Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS)			Fernández-Seara et al.	2004
	Inventario Million de Estilos de Personalidad (MIPS)			Million	1994
	Inventario Clínico Multiaxial de Million II (MCMI-II)			Million	1997
	Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)			Spieldberger et al.	1970
	Inventario de Depresión de Beck (BDI)			Beck y Steer	1995
	Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER)			Spielberger et al.	2008



5.6 EVALUACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DEL MALTRATO EN LA INFANCIA

Como se ha mencionado en el capítulo 3, las condiciones asociadas a situaciones de maltrato dificultan o impiden el desarrollo normal a lo largo de la infancia, provocando una gran variedad y complejidad de consecuencias en los menores. Es necesario llevar a cabo una amplia evaluación que tenga presente la valoración del estado cognoscitivo, emocional y conductual (Osofsky, 1999). El proceso de evaluación en la infancia y adolescencia tiene mayor complejidad que en los adultos. La carencia de autonomía del niño para interpretarse como necesitado de ayuda hace que sean los adultos quienes valoran la necesidad de intervención; además, el acelerado proceso evolutivo (cambios fisiológicos, cognitivos y conductuales) que acontecen a esta edad, obliga a prestar una especial atención a las condiciones familiares, escolares y sociales en las que el niño se desarrolla (Molina, 2001).

La estructura de esta sección se establecerá del siguiente modo: en primer lugar se describirá un elemento esencial en la evaluación, como es la entrevista clínica infantil, a continuación se realizará una revisión por áreas de los distintos instrumentos de evaluación (tests, cuestionarios, inventarios, escalas, etc.). Finalmente, se describirá el Protocolo de Evaluación en Infancia Maltratada (PEIM) propuesto por el Equipo de Investigación GUIIA-PC (2006).

5.6.1 LA ENTREVISTA CLÍNICA INFANTIL

La entrevista es el principal instrumento de valoración, sirve para establecer un clima terapéutico adecuado con el menor, y además facilita la decisión de qué instrumentos se van a requerir posteriormente en la evaluación. Existen diferentes modalidades de entrevista basadas en criterios categoriales (estructuradas y semiestructuradas).



Las entrevistas estructuradas han permitido establecer el diagnóstico categorial, según criterios DSM-IV o CIE-10, de forma precisa. Sus ventajas y limitaciones han sido analizadas de modo exhaustivo y no serán contempladas en este trabajo. El lector puede consultar los trabajos de Ezpeleta (1995), Silverman (1994) y Weller, Weller, Fristad y Rooney (1999), para una revisión detallada de las características psicométricas de estos instrumentos.

A continuación, se describen las entrevistas estructuradas a) *DICA*, b) *DISC*, c) *ChIPS*, d) *CAPA*, y las semiestructuradas d) *ISCA*, y e) *K-SADS*.

5.6.1.1 ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS

- *Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA; Herjanic, Herjanic, Brown y Heatt, 1975)*. Recoge datos relativos a los primeros años de vida del niño, se aplica a niños de 6 a 17 años, también existe una versión para padres. Consta de distintas partes, una de las cuales está compuesta por ítems que evalúan la presencia o ausencia de síntomas y otra explora los diversos trastornos en función de las categorías diagnósticas del DSM. La valoración final de la entrevista recoge la presencia, ausencia y duración del síntoma. Existe una adaptación para población española, la *Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes (EDNA-IV)*, realizada por Ezpeleta, de la Osa, Doménech, Navarro y Losilla (1997a). Existen tres versiones de esta entrevista: *EDNA-C*, para niños de 8 a 12 años; *EDNA-A*, para adolescentes de 13 a 17 años, y *EDNA-P*, para padres.

- *Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC; Costello, Edelbrock, Dulcan, Kalas y Klaric, 1984; Fisher et al., 1993)*. Es una entrevista altamente estructurada, se aplica a niños con edades entre los 9 y los 17 años, también existe una forma para padres o cuidadores de niños de 6 a 17 años (*DISC-P*). Las respuestas a las preguntas son dicotómicas (sí/no; verdadero/falso), aunque también existen preguntas en las que se especifica la frecuencia, duración y la intensidad del



problema en el último año. Se obtienen puntuaciones comparativas para cada trastorno y un índice global de la psicopatología del menor.

- *Children's Interview for Psychiatric syndromes (ChIPS; Weller, Weller, Fristad, Teare y Schechter, 2000)*, adaptada por Molina, Zaldívar, Gómez y Moreno (2006). Es una entrevista basada en los criterios del DSM-IV (APA, 1994) y ofrece un diagnóstico en sujetos con edades entre los 6 y los 18 años. Se presenta en una versión para padres y otra para niños. Está compuesta de tres secciones: 1) descripción del motivo de consulta, lugar en que se produce, relación familiar y responsabilidades del menor en el hogar, rendimiento escolar, relación con compañeros y tratamientos previos; 2) recoge información sobre los trastornos incluidos en el eje I, a excepción del retraso mental, los problemas de aprendizaje y los problemas de personalidad; y 3) obtiene información sobre abuso y abandono infantil y otros estresores en general (ambiente familiar, problemas económicos, etc.)

- *Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA; Angold y Costello, 2000)*. Es una entrevista basada en criterios DSM-IV, realiza una evaluación global de la psicopatología infanto-juvenil, su edad de aplicación es de los 9 a los 17 años. Presenta dos formatos de aplicación, uno para padres y otro para los menores.

5.6.1.2 ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADAS

- *Interview Schedule for Children (ISCA; Kovasc, 1978)*. Se aplica a niños de 8 a 17 años, existe una versión paralela para padres. Valora síntomas de cognición, funciones vegetativas, afecto y expresiones conductuales de humor referidos a las dos últimas semanas. Las conductas perturbadoras se valoran en los últimos 6 meses, también se valora el estado mental del niño y se realiza una observación directa de la conducta durante la entrevista (Ezpeleta, 1990). Este instrumento es adecuado para la investigación centrada en la psicopatología del desarrollo, ya que produce diagnósticos fiables en una amplia gama de síndromes, es adecuado su uso con poblaciones médicas, psiquiátricas y pediátricas (Sherrill y Kovacs, 2000).



- *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS;* Chambers et al., 1985); la adaptación española ha sido realizada por Ulloa et al. (2006). Es aplicable a niños de entre 6 a 17 años, consta de una forma paralela para padres. Es una de las entrevistas utilizadas para estudiar los trastornos afectivos y psicóticos en niños y adolescentes. Contiene preguntas que valoran la psicopatología percibida del niño en el último año. Asimismo se recogen datos sobre el comienzo, la duración, la intensidad y la existencia de algún tipo de tratamiento. También existen una serie de preguntas relativas a la situación (severidad e impacto psicosocial) en la última semana.

La tabla 5.6, resume las principales entrevistas de evaluación en la infancia.

Tabla 5.6. Entrevistas de evaluación.

		ENTREVISTA	EDAD	VERSIÓN PADRES
ENTREVISTAS CLÍNICAS	ESTRUCTURADAS	<i>Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA)</i> . Herjanic, et al. 1975.	6-17	SI
		<i>Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes (EDNA-C), (EDNA-A), (EDNA-P)</i> . Ezpeleta, et al. 1997	8-12 13-17	SI
		<i>Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)</i> . Costello, et al. 1984.	9-17	SI
		<i>Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS)</i> . Weller, et al. 2000.	6-18	SI
		<i>Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA)</i> . Angold y Costello, 2000	9-17	SI
		<i>Interview schedule for Children (ISCA)</i> . Kovacs, 1987.	8-17	SI
	SEMI-ESTRUCTURADAS	<i>Schedule for Affective disorders and Schizophrenia for School-Age children (K-SADS)</i> . Chambres, et al. 1985.	6-17	SI



5.6.2 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Los tests, cuestionarios, inventarios o escalas autoaplicadas, pueden proporcionar una información muy completa sobre aspectos específicos que forman parte de la evaluación diagnóstica. No obstante, no son aplicables a niños pequeños.

Existe un gran abanico de síntomas que los menores pueden presentar como consecuencia de la situación de maltrato. Los más frecuentes se pueden agrupar, como ya se ha dicho en capítulos anteriores, son los problemas de tipo interiorizante (ansiedad, depresión, síntomas disociativos o el estrés postraumático) y exteriorizante (problemas sexuales, agresividad, conductas antisociales) (Bal, Crombez, Van Oost y De Bourdeaudhuij, 2003). Sin embargo, cuando se evalúan las consecuencias del maltrato es importante centrarse no sólo en los problemas actuales que presenta el menor, sino también en las estrategias o mecanismos adaptativos con que cuentan para afrontar la situación.

5.6.2.1 EVALUACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA GENERAL

Los instrumentos más utilizados para la valoración de los problemas de conducta fueron desarrollados por Achenbach (1991a,b,c) en sus diferentes modalidades. El *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach, 1991a) evalúa sintomatología internalizante y externalizante. Se presenta en dos modalidades en función de la edad del menor (de 1 año y medio a 5 años y una segunda de 6 a 18 años). Los informantes son los padres o cuidadores principales de los menores.

El *Youth Self Report* (YSR; Achenbach, 1991c) es un autoinforme para niños y adolescentes de edades comprendidas entre los 11 y 18 años. Tanto en el CBCL como en el YSR se estructuran en dos partes: 1) se solicita información sobre el desarrollo psicosocial y académico, y 2) se presenta un listado de ítems sobre problemas emocionales y del comportamiento, con formato de respuesta tipo



Likert de 3 opciones (0= No es cierto, 1= Algunas veces es cierto, 2= Cierto muy a menudo o bastante a menudo).

El *Teacher Report Form* (TRF; Achenbach, 1991b) permite obtener información acerca de la valoración que hace el profesor del menor, la edad de aplicación se encuentra entre los 6 y 18 años. Tiene la misma estructura que los dos cuestionarios anteriores, pero en este formato se amplían las preguntas del primer apartado, haciendo una referencia más amplia al rendimiento escolar y el comportamiento en el aula.

El *Behavior Assessment System for Children* (BASC; Reynold y Kamphaus, 1992, 2004), adaptado en España por Gonzáles, Fernández, Pérez y Santamaría (2004). Evalúa el comportamiento clínico y adaptativo de menores entre los 6 y 12 años y adolescentes de 12 a 18. Está diseñado para ser contestado por niños, padres y profesores. Mide varios aspectos de la conducta y de la personalidad, incluyendo dimensiones positivas (adaptativas) y negativas (clínicas).

Las *Devereux Scales of Mental Disorders* (DSMD; Naglieri, Pfeiffer y LeBuffe, 1994) son una revisión de las escalas *Devereux Child Behavior Rating Scales* (Spivack y Spotts, 1966) y *Devereux Adolescents Behavior Rating Scale* (Spivack, Haimés y Spotts, 1967). Valoran problemas de comportamiento asociados con psicopatología en menores y adolescentes de edades entre los 5 y 12 años, y entre 13 y 18 la versión para adolescentes. Son contestadas por padres y profesores.

El *Cuestionario Interactivo Gabi*, adaptado por Valla, Bergeron y Smolla (2000) es un autoinforme que se presenta en formato audiovisual, valora síntomas psicopatológicos en niños de 6 a 11 años. Evalúa 8 escalas: 1) fobia específica; 2) ansiedad de separación; 3) ansiedad generalizada; 4) depresión/distimia; 5) oposición; 6) problemas de conducta; 7) déficit de atención/ hiperactividad; y finalmente, y 8) puntos fuertes/capacidades.



El *Behavior Problem Checklist (RBPC)* (Quay y Petterson, 1987) es un listado de conductas problemas que valora 6 dimensiones (trastorno de conducta infrasocializado, trastorno de conducta socializado, problemas de atención, ansiedad/retraimiento, trastornos psicóticos y exceso motor).

Para finalizar, el *Weekly Behavior Report* (Cohen y Mandarin, 1996) es un instrumento creado específicamente para los casos de abuso sexual en menores de edad preescolar. Los padres o cuidadores, valoran la frecuencia con que han aparecido 21 conductas problemáticas en la última semana.

5.6.2.2 EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD

La sintomatología ansiosa se encuadra dentro de los problemas internalizantes; para su valoración en infancia existen numerosos instrumentos. Entre ellos podemos encontrar la *Anxiety disorders Interview Schedule for Children (ADIS-C/P)* (Silverman y Albano, 1996); esta entrevista evalúa los trastornos de ansiedad en niños de 6 a 17 años y se presenta en versión para padres o para menores.

Uno de los instrumentos más utilizados es el *State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)* (Spielberger, 1973), adaptado en España por Seisdedos (1990). Este cuestionario evalúa la ansiedad estado (AE) y la ansiedad rasgo (AR) en menores de edades comprendidas entre los 9 y los 15 años.

El *Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS)* (Gillis, 1992) también evalúa síntomas de ansiedad en niños de 6 a 8 años con 20 ítems. Está estructurado en dos factores, el primero está formado por un componente de emocionalidad, excitabilidad, cambio de actitudes y evasión de las responsabilidades; el segundo factor se puede definir por retraimiento, timidez y dependencia.

El *Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)* (March, Parker, Sullivan, Stallings y Conners, 1997) se aplica a niños y adolescentes entre 8 y 17



años; consta de 39 ítems distribuidos en cuatro escalas: a) síntomas físicos, b) evitación del daño, c) ansiedad social, y d) separación y pánico.

El *Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI; Silverman, Fleisig, Rabian y Peterson, 1991)*, adaptado a población española por Sandín, Chorot, Santed y Valient (2002); evalúa el índice de sensibilidad a la ansiedad en niños y adolescentes. La *Spencer Children Anxiety Scale (SCAS; Spence, 1998)* es un autoinforme que consta de 44 ítems; valora ansiedad generalizada, ansiedad de separación, trastorno obsesivo-compulsivo, pánico, agorafobia, fobia social y miedo al daño físico. Se califica en una escala de 4 opciones que fluctúan entre 0 (nunca) y 3 (siempre).

La *Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS; Reynolds y Richmond, 1997)* ha sido adaptada por Sosa, Capafons y López (1990). Mide preocupación/sensibilidad en exceso, preocupaciones sociales y concentración. Finalmente, la *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED; Birmaher, et al., 1997)*. Es una escala de observación de la ansiedad infantil ligada a trastornos emocionales, sus cinco dimensiones se establecen a partir de los trastornos del DSM-IV: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad de separación, fobia social, fobia escolar y somatización / dolor.

5.6.2.3 EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Los problemas depresivos son frecuentes en menores maltratados. A continuación se presentan las escalas para la su valoración de mayor relevancia.

El *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996)* evalúa los componentes cognitivos, de comportamiento, afectivos y somáticos de la depresión. Se aplica en la adolescencia y facilita estudios longitudinales hasta la época adulta.



El *Inventario de Depresión Infantil (CDI; Kovacs, 1992)* fue adaptado a población española por Del Barrio, Moreno y López (1999). Es un autoinforme aplicable a menores de edades comprendidas entre los 7 y 15 años. Se compone de dos subescalas: Autoestima y Disforia, además de una escala total de Depresión.

La *Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS; Reynolds, 1987, 2002)*. Es una de las pruebas más utilizadas para evaluar sintomatología depresiva en adolescentes. Tanto la primera versión de 1987 como la segunda del 2002 mantienen el enunciado de los ítems, aunque la segunda presenta cuatro subescalas: a) disforia, b) anhedonia, c) autoevaluación negativa, y d) quejas somáticas. La *RADS* está dirigida a adolescentes de edades comprendidas entre 13 y 18 años en la primera versión, y entre 11 y 20 años la segunda. No proporciona un diagnóstico de depresión de acuerdo con los criterios diagnósticos establecidos (DSM-IV-TR, 2000).

La *Reynolds Child Depression Scale (RCDS; Reynolds, 1989)* es un autoinforme aplicable a menores de edades entre 8 y 13 años. La *Children Depression Scale (CDS; Tisher y Lang, 1978)* valora problemas afectivos, sociales, autoestima, preocupaciones por la enfermedad y la muerte, sentimientos de culpa y comportamientos depresivos, en niños de entre 8 y 11 años, también puede ser cumplimentada por padres. Los autores proponen 8 subescalas: a) respuesta afectiva, b) problemas sociales, c) autoestima, d) preocupación por la muerte, e) sentimientos de culpa, f) depresivos varios, g) ánimo-alegría, y h) positivos varios. Las primeras 6 subescalas están combinadas en una puntuación total depresiva y las últimas 2 subescalas en una puntuación total positiva.

El *Preeschool Children Depression Checklist (PCDC; Levi, Sogos, Mazzei, y Paolesse, 2001)* para la mejor comprensión de los trastornos depresivos en los primeros estadios de desarrollo, evalúa a menores de entre 3 y 6 años.



En España, podemos encontrar la *Escala de Evaluación de la Depresión* (EED; Del Barrio, Silva, Conesa-Parja, Martorell y Navarro, 1993) que es un autoinforme para niños de entre 10 y 17 años. Cuenta con dos escalas primarias: Depresión y Felicidad, y una escala secundaria global de Depresión. También la *Escala de Depresión Preescolar para Maestros* (ESDM 3-6; Doménech, Araneda, Xifró y Riba, 2003) es una escala para la detección de síntomas de depresión en preescolares a partir de la información proporcionada por los educadores. Esta escala puede considerarse un instrumento de cribado para estudios epidemiológicos de sintomatología depresiva en la etapa preescolar y también un instrumento complementario para la evaluación de sintomatología depresiva en esta etapa evolutiva.

5.6.2.4 EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

El proceso de evaluación del TEPT se realiza en dos pasos (Duarte, Santos, Green y Hoven, 2009). Uno de ellos es conocer cuál ha sido la exposición que se ha tenido a un evento potencialmente traumático, y otro, las reacciones asociadas con dicha exposición. Las recomendaciones de la *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (AACAP, 2010) para la evaluación del TEPT son: 1) importancia de la identificación temprana del TEPT, 2) recabar información de los cuidadores principales y de los menores, y 3) valorar la existencia de trastornos comórbidos.

Respecto al primer punto, sobre la importancia de la identificación temprana, los instrumentos utilizados deben ser breves, adaptados culturalmente, integrados en la práctica clínica y útiles para la investigación (Olaya, Tarragona, de la Osa y Ezpeleta, 2008).

Existen entrevistas estructuradas y semiestructuradas específicas para la evaluación del TEPT; entre ellas podemos encontrar la *Childhood PTSD Interview Child Form* (CPTSDI-C/P; Fletcher, 1996). Valora los síntomas de TEPT basados en



criterios DSM-IV, la edad de aplicación es de 7 a 18 años, también existe una versión para padres. También evalúa otras características asociadas al TEPT como son: ansiedad, depresión, disociación, culpa, negación, conductas auto-destructivas, comportamiento antisocial y conductas alimentarias.

La *Posttraumatic Stress Disorder Semi-Structured Interview and Observational Record for Infants and Young Children (PTSDSSI; Scheeringa y Zeanah, 1994)*. Evalúa sintomatología TEPT basada en criterios DSM-IV o criterio sensible al desarrollo (Scheeringa, Peebles, Cook y Zeanah, 2001). Es aplicable a menores hasta los 7 años.

Encontramos también cuestionarios que recogen información sobre TEPT, y pueden ser contestados tanto por los menores como por los cuidadores. El *Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC; Briere et al., 2001)*. Es una escala basada en la *TSCC (Trauma Symptom Checklist for Children)* de Briere (1996). Se aplica a cuidadores de menores de entre 3 y 12 años, en el caso de menores de 3 y 4 años es necesario utilizar otras medidas. Evalúa 8 escalas clínicas: a) intrusión, b) evitación, c) hiperarousal, d) problemas sexuales, e) disociación, f) ansiedad, g) depresión, y h) ira/agresión.

El *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)* de Briere (1996) se aplica a menores de edades comprendidas entre los 8 y 16 años de edad. Aunque evalúa sintomatología TEPT, no es apropiada para realizar un diagnóstico del mismo, por lo que deben usarse otras medidas (Drake, Bush, y van Gorp, 2001). También evalúa respuestas asociadas al trauma como los efectos del abuso infantil (sexual, físico y psicológico) y negligencia, otra violencia interpersonal, testimonio de trauma en otros, accidentes y desastres. Tiene 6 escalas clínicas: a) ansiedad, b) estrés postraumático, c) depresión, d) problemas sexuales, e) disociación, y f) ira. Las escalas de problemas sexuales y disociación presenta a su vez dos subescalas (preocupación sexual/angustia sexual y fantasía/abierto disociación, respectivamente).



La *Child Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index (CPTSD-RI*; Frederick, Pynoos y Nader, 1992; Pynoos, 2002). Mide síntomas TEPT en niños y adolescentes entre los 6 y 17 años; no se corresponde por completo con los criterios del DSM-IV. Evalúa reacciones a un evento traumático y se presenta en formato de tres escalas: a) intrusión, b) entumecimiento-evitación y, c) miedo-ansiedad. También valora problemas de sueño y concentración.

El *Children's Impact of Traumatic Events Scale (CITES-II*; Wolfe, Gentile, Michienzi, Sas y Wolfe, 1991) es una versión del *CITES* (Wolfe, Wolfe, Gentile y LaRose, 1986); se utiliza como medida de autoinforme, aunque inicialmente se creó para ser utilizada como entrevista estructurada. Está basada en los criterios del DSM-IV y se aplica a menores entre los 8 y 16 años. Contiene 11 subescalas divididas en 4 dimensiones: a) TEPT, b) erotismo, c) atribuciones del abuso, y d) reacciones sociales.

El *Child PTSD Symptom Scale (CPSS*; Foa, Johnson, Feeny y Tredwell, 2001). Es un autoinforme aplicado a menores de 8 a 18 años y evalúa la incidencia y gravedad de síntomas de estrés post-traumático. Está basado en criterios TEPT del DSM-IV, en las categorías de: a) pensamientos intrusivos, b) evitación, y c) hiperarousal. Presenta una escala de 7 ítems que valora la interferencia de la sintomatología TEPT en áreas específicas de su vida.

La *Pediatric Emotional Distress Scale (PEDS*; Saylor, Swenson, Reynolds y Taylor, 1999) evalúa sintomatología TEPT en menores de entre 2 y 10 años de edad. Es cumplimentada por padres/cuidadores. De los 21 ítems, 4 hacen referencia al evento traumático y los 17 restantes a sintomatología del TEPT agrupados en: ansiedad, evitación/temor y susceptibilidad emocional.

En la últimas dos décadas, varias escalas de screening del TEPT se han obtenido a partir de ítems incluidos en el CBCL (Dehon y Scheeringa, 2006; Sim et



al., 2005; Wolfe, Gentile y Wolfe, 1989). En la tabla 5.7, se incluyen los ítems del CBCL-TEPT de estas investigaciones.



Tabla 5.7 Screening del TEPT a través de los ítems del CBCL

Wolf et al. (1989)	Sim et al. (2005)	Dehon y Scheeringa (2006)
4-18 años (PTSD)	6-18 años (PTSD*/Disociación**)	1.5-5años (PTSD)
1. Discute mucho	1. *No puede quitarse de la mente ciertos pensamientos, está obsesionado/a	1. Desafiante
2. No puede concentrarse, no puede prestar atención por mucho tiempo	2. *Tiene miedo a ciertas situaciones, animales o lugares diferentes de la escuela	2. No puede concentrarse, no puede prestar atención por mucho tiempo
3. No puede quitarse de la mente ciertos pensamientos, obsesiones	3. *Nervioso/a, ansioso/a, tenso/a	3. Apego excesivo a los adultos o demasiado dependiente
4. Apego excesivo a los adultos o demasiado dependiente	4. *Pesadillas	4. Miedo a ciertos animales, situaciones o lugares
5. Miedo a ciertos animales, situaciones o lugares diferentes de la escuela	5. *Demasiado ansioso/a, miedoso/a	5. Nervioso/a, ansioso/a, tenso/a
6. Cree que los demás le quieren perjudicar	6. Duerme menos que la mayoría de los niños/as o jóvenes	6. Pesadillas
7. Nervioso/a, ansioso/a, tenso/a	7. *No duerme bien	7. Demasiado ansioso/a, miedoso/a
8. Pesadillas	8. **Está confundido/a o parece como si estuviera en las nubes	8. Nauseas, se siente mal
9. Demasiado ansioso/a, miedoso/a	9. **Sueña despierto/a o se pierde en sus propios pensamientos	9. Dolores de estómago o retortijones (sin causa médica)
10. Se siente demasiado culpable	10. **Se queda mirando al vacío	10. Vómitos (sin causa médica)
11. Dolor de cabeza	11. **No puede concentrarse, no puede prestar atención por mucho tiempo	11. Terco/a malhumorado/a, irritable
12. Nauseas, se siente mal	12. **Oye sonidos o voces que nadie oye	12. Cambios de humor o de sentimientos
13. Dolores de estómago o retortijones	13. **Repite ciertas acciones una y otra vez, compulsiones	13. Se despierta a menudo de noche
14. Vómitos		14. Infeliz, triste o deprimido
15. Muy reservado/a, se calla todo		15. Retraído/a no se relaciona con los demás
16. Terco/a malhumorado/a o irritable		



5.6.2.5 EVALUACIÓN DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO.

Debido a lo novedoso del diagnóstico de TEPT Complejo, no se han desarrollado muchos instrumentos para su valoración. Si bien, algunas de las aportaciones en esta línea se exponen a continuación, la mayoría se han desarrollado para la evaluación de adultos y adolescentes, no para infancia.

La *Entrevista Estructurada del Trastorno de Estrés Extremo (SIDES; Pelcovitz, et al., 1997)* evalúa las seis dimensiones del DESNOS o TEPT Complejo. Está formada por 45 ítems que consta de seis subescalas correspondientes a los seis grupos de síntomas del TEPT Complejo. La escala fue diseñada para medir la presencia a lo largo de la vida del DESNOS, así como la gravedad de los síntomas actuales y en el mes pasado.

La *Escala de Distorsión Cognitiva (CDS, Briere, 2000a)* es una medida de 40 ítems, valora las cogniciones disfuncionales desde una perspectiva postraumática. Los sujetos deben calificar la frecuencia de cada ítem durante el último mes en una escala de 1 (nunca) a 5 (muy a menudo). Este instrumento ha demostrado una elevada consistencia interna, así como validez convergente y predictiva (Briere, 2000a). También de Briere (2000b) es el *Inventory of Altered Self-Capacities (IASC)*; es una medida estandarizada de 63 ítems que valora el funcionamiento alterado en relación con uno mismo y con los demás; cada ítem se califica en función de la frecuencia de ocurrencia en los seis meses previos en una escala de 1 a 5 (nunca-muy a menudo). Se compone de siete escalas: conflictos interpersonales, idealización-desilusión, preocupación por el abandono, deterioro de la identidad, susceptibilidad a la influencia, desregulación afectiva y reducción de actividades de tensión.

El *Inventario de Síntomas de Trauma (TSI; Briere, 1995)* se utiliza en la evaluación de sintomatología postraumática aguda y crónica. Las diferentes escalas de *TSI* evalúan una amplia gama de impactos psicológicos, que incluyen no sólo los síntomas normalmente asociados con el TEPT o el estrés agudo, sino



también las dificultades intra e interpersonales que se asocian con un trauma más crónico. Está compuesta por 100 ítems que evalúan varias dimensiones de síntomas postraumáticos. Los ítems se contestan teniendo en cuenta los últimos seis meses, con una escala que va de 0 (nunca) a 3 (a menudo).

Otro instrumento es el *Inventario Autoinformado del Trastorno de Estrés Extremo (SIDES-CR; Spinazzola, Blaustein, Kisiel y van der Kolk, 2001)*. Es una autoinforme que valora los posibles cambios acontecidos en la sintomatología característica de las distintas áreas del TEPT Complejo.

Finalmente en España, el *Listado de Indicadores de Sintomatología DESNOS (GUIIA-PC, 2007)*. Es un listado de síntomas para infancia y adolescencia. El evaluador debe valorar 15 síntomas centrales del diagnóstico del TEPT Complejo o DESNOS. Las respuestas se puntúan en una escala tipo Likert de 1 (nada) a 6 (mucho) puntos en función de la gravedad del síntoma.

5.6.2.6 EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO AGRESIVO, IRA Y CONDUCTA DELICTIVA

Como se ha explicado en capítulos anteriores, los comportamientos agresivos, la ira y las conductas delictivas son frecuentes en los menores que han sufrido algún tipo de maltrato. Algunos de los protocolos que encontramos para la evaluación de estas reacciones son: *Escala de Agresividad Física y Verbal (AFV; Caprara y Pastorelli, 1993; Del Barrio, Moreno y López, 2001)*. Evalúa la conducta que implica el hacer daño a otros física y verbalmente. La escala está compuesta por 20 ítems; los niños deben responder a partir de una escala de 3 puntos (1 = Nunca, 2 = Algunas veces, y 3 = A menudo). Se aplica a menores y adolescentes entre 7 y 15 años de edad.

El *Reactive-Proactive Aggression Questionnaire (RPQ; Raine et al., 2006)*. Ha sido adaptada en España por Andreu, Peña y Ramírez (2009). Permite obtener una medida de la agresividad autoinformada que permite distinguir entre agresión



proactiva (instrumental) y agresión reactiva (respuesta a una provocación). La edad de aplicación es de 12 a 17 años.

La *Direct and Indirect Aggression Scale (DIAS)*; Björkqvist, Lagerspetz y Osterman, 1992). Ha sido validada en español por Toldos (2005), y es ampliamente utilizada como un autoinforme para adolescentes entre 14 y 17 años. Se identifican tres factores: a) agresión verbal, b) agresión física, y c) agresión indirecta.

El *Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes (STAXI-NA)*; Del Barrio, Spielberg y Aluja, 2005). Este inventario permite evaluar la ira en menores y jóvenes entre 8 y 17 años. La Ira es evaluada en sus dos vertientes, *estado* y *rasgo*. La *expresión* de la ira se compone de tres subescalas: Control de la Ira, Expresión Interna de la ira y Expresión externa de la ira.

Para valorar la conducta delictiva en la adolescencia, en España encontramos el *Cuestionario de Conductas Antisociales y Delictivas (A-D)*; Seisdedos, 1995). Contiene dos subescalas: la conducta antisocial (20 ítems) y la conducta delictiva (20 ítems). Es un autoinforme que utiliza un formato de respuesta sí/no. La tarea consiste en informar si se han realizado las conductas que describen las frases.

El *Cuestionario de Conducta Antisocial (CCA)*; Luengo, Otero, Romero, Gómez-Fraguela y Tavares-Filho, 1999). Este cuestionario está formado por 70 ítems que se distribuyen en 5 escalas: vandalismo, agresión, robo, conducta contra normas y drogas. El *Inventario de Conductas Antisociales (ICA)*; Bringas, Herrero, Cuesta y Rodríguez, 2006). La escala está formada por 57 ítems que conforman dos factores: el primero abarca las conductas de consideración de la propiedad e infractoras (conductas de hurto o sustracción, actividades ilícitas que pueden suponer un delito grave); el segundo factor identifica actitudes antisociales como inmadurez, conflictividad normativa y de consideración del otro (falta de acatamiento de normas sociales, imposición de las propias normas, y conductas que implican cierta agresividad hacia los demás).



La *Escala de Conducta Antisocial* (Silva, Martorell y Clemente, 1986) es una versión adaptada de la escala *ASB* desarrollada por Allsop y Feldman (1976). Consta de 46 ítems y detecta conductas desviadas de las normas de comportamiento social típicas de la edad, así como algunas conductas predelictivas en niños y adolescentes.

El *Self-Report Delinquency Scale* (Elliot y Ageton, 1980). Esta escala consta de 47 elementos a través de los cuales se evalúa la frecuencia de aparición de las conductas delictivas entre los 11 y los 21 años. Finalmente, el *Adolescent Antisocial Self Report Behavior Checklist* (Kulik, Stein, y Sarbin, 1968a); este listado de conductas autoinformado consta de 52 elementos que valoran en una escala de 5 puntos en función de la frecuencia con la que se dan las conductas.

5.6.2.7 EVALUACIÓN DEL AUTOCONCEPTO Y LA AUTOESTIMA

El maltrato en la infancia genera problemas de autoestima y autoconcepto (Bolger, 1997). Para valorar la repercusión sobre estos constructos, se puede utilizar la *Escala de Autoestima de Rosenberg* (EAR; Rosenberg, 1965), la cual evalúa autoimagen positiva y negativa en niños y adolescentes; incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo. Ha sido validada y adaptada a población española por Vázquez, Jiménez y Vázquez-Morejón (2004).

La *Escala Multidimensional de Autoconcepto* (AF5; García y Musitu, 1999) mide las dimensiones académica, social, emocional, familiar y física. La *Escala Piers-Harris* (PH; Piers, 1984) evalúa el comportamiento con otras personas, el autoconcepto intelectual, físico, autocontrol y habilidades de comunicación e integración.

El *Self Description Questionnaire* (SDQ; Marsh, 1988). Esta prueba se basa en el Modelo Multidimensional-Jerárquico de Shavelson y Bolus (1982). Existen tres versiones, las dos primeras son aplicables a infancia y adolescencia: *SDQ-1* (6-12



años), *SDQ-2* (12 a 18 años), y han sido adaptadas al castellano por Elexpuru, Garma, Marroquón y Villa (1992). Consta de 8 escalas: habilidad física, apariencia física, relaciones con los padres, dimensión verbal, dimensión matemática, dimensión resto de asignaturas, autoconcepto general.

La *Escala de Autoconcepto (A-26; Villa, 1990)*. Esta escala mide autoconcepto en adolescentes de 14 a 17 años. Consta de 26 ítems con tres dimensiones: autoestima, relación social y autoconcepto académico. El *Cuestionario AC (Martorell, Aloy, Gómez y Silva, 1993)* evalúa el autoconcepto de niños y adolescentes en diversos ambientes.

5.6.2.8 EVALUACIÓN DE LA ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL

Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI; Hernández, 2004) es una prueba autoaplicada para niños y adolescentes entre 8 y 18 años. Consta de 175 frases con formato de respuesta dicotómico (Sí/No). Este instrumento determina 9 subfactores generales: inadaptación general, inadaptación personal, inadaptación escolar, inadaptación social, insatisfacción con el ambiente familiar, insatisfacción con los hermanos, educación adecuada del padre, educación adecuada de la madre y discrepancia educativa entre los padres. Además, incluye dos escalas (*Proimagen y Contradicciones*) que valoran la fiabilidad de la prueba.

Para evaluar la conducta adaptativa, la *Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS)* de Sparrow, Balla y Cicchetti (1984). Valora comunicación, habilidades motrices, habilidades para la vida diaria, socialización y desadaptación desde el nacimiento hasta los 19 años, también a adultos con retraso mental. Las escalas se aplican a través de una entrevista con los padres o cuidadores. Esta escala se presenta en tres formas: general, extensa y para aulas escolares. Otras escalas para la evaluación de este aspecto son: la *Preschool and Early Childhood Functional Assessment Scale (Hodges, 1999)* y la *Child and Adolescent functional Assessment Scale (Hodges, 1995)*. Ambas escalas evalúan 8 áreas de funcionamiento: (1)



funcionamiento cognitivo, (2) ejecución de roles en casa, (3) ejecución de roles en el colegio y comunidad, (4) conducta hacia otros, (5) humor/emociones, y (6) uso de sustancias.

5.6.2.9 EVALUACIÓN DE VARIABLES MEDIADORAS/PROTECTORAS

Rutter (1985) afirmó que el concepto de factor protector alude a las...*influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo*. Entre las variables mediadoras, que ayudan a superar la adversidad, se encuentran: la autoestima, buena capacidad intelectual y talento individual, las creencias religiosas una situación socioeconómica buena, y contar con una red de apoyo social adecuado (Osofsky, 1999). También las habilidades sociales se encuentran entre estos factores protectores (Olaya et al., 2008).

Se puede hablar de dos tipos de variables mediadoras: (a) referidas a características individuales de los/as menores y (b) referidas al contexto familiar y social. En este punto nos centraremos en la revisión de los instrumentos dirigidos a la evaluación de las características individuales de los menores. El contexto familiar y social ya se ha incluido en un apartado anterior, al principio de este capítulo.

5.6.2.9.1 CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES:

i. AUTOEFICACIA Y AFRONTAMIENTO

Un elevado nivel de autoeficacia percibida se ha mostrado como un elemento protector que hace disminuir las alteraciones emocionales (Villamarín, 1990) y las conductas antisociales (Caprara et al., 1998; Bandura, Caprara, Barbaranelli, Pastorelli y Regalia, 2001). En este sentido, la *Children's Perceived Self-efficacy Scale* (Bandura, 1990; Pastorelli et al., 2001) tiene la finalidad de evaluar la eficacia del niño en distintos ámbitos de la vida, como son: académico, social, lúdico y autocontrol. Consta de 35 ítems seleccionados de un grupo de ocho



dimensiones procedentes de un gran grupo de escalas de autoeficacia multidimensional de Bandura (Bandura, 1990). El formato de respuesta es de uno a cinco y acompañada en cada uno de los niveles por etiquetas de distinta intensidad de eficacia con el fin de facilitar la comprensión de la graduación numérica (1 “Fatal”; 2 “no muy bien”; 3 “bien”; 4 y 5 “fenomenal”). Se pretende evaluar con ellos la percepción de eficacia que el menor posee en distintos ámbitos.

La *Multidimensional Scales of Perceived Self-Efficacy* (MSPSE; Bandura, 2001). El formato de respuesta es una escala Likert de 5 puntos, desde (1) *nada capaz*, hasta (5) *muy capaz*. La *Escala de Autoeficacia General* (Baessler y Schwarcer, 1996) consta de 10 ítems con escala tipo Likert de 4 puntos.

Para evaluar estrategias de afrontamiento podemos utilizar el instrumento *Adolescent Coping Scale* (ACS), elaborado por Frydenberg y Lewis (1997). Consta de 79 ítems cerrados más uno abierto, los cuales identifican las estrategias de afrontamiento más comunes utilizadas por los adolescentes. Los ítems se distribuyen en 18 escalas, cada una de las cuales refleja una respuesta de afrontamiento diferente y contiene entre 3 y 5 ítems. También la *Self-Report Coping Measure* (Causey y Dubow, 1992) evalúa estrategias de afrontamiento en niños de 9 a 12 años.

ii. CONDUCTA PROSOCIAL, EMPATÍA Y SOCIALIZACIÓN.

El desarrollo de la conducta prosocial se ha relacionado con la socialización familiar, la educación o la interacción entre iguales (Hardy, Carlo y Roesch, 2010); también se ha estudiado la empatía como un modulador de la conducta prosocial (Carlo y Randall, 2002). Algunos instrumentos utilizados para evaluar la conducta prosocial miden también empatía. El *Prosocial Behavior Scale* (CP; Caprara y Pastorelli, 1993) evalúa conductas de ayuda, confianza y simpatía, a través de una escala de 15 ítems. El *Prosocial Reasoning Objective* (PROM; Carlo, Eisenberg y Knight, 1992) evalúa el razonamiento del sujeto ante un problema o una necesidad de otra persona que implica una respuesta de ayuda. El *Cuestionario de Conducta*



Prosocial (CCP; Martorell, González, Calvo y Benavides, 1998) dirigido a niños y adolescentes entre 10 y 17 años; evalúa conductas de ayuda como compartir, alentar, comprender y colaborar. Por último, *Prosocial Orientation Questionnaire* (POQ; Cheugn, Ma y Shek, 1998) evalúa variables en la orientación prosocial como ayuda, cooperación e intercambio, relaciones afectivas y cumplimiento de las normas sociales.

La empatía se puede evaluar a través del *Índice de empatía para niños y adolescentes* (IECA; Bryant, 1982) esta escala es una adaptación para población infantil y adolescente de la escala para adultos de Mehrabian y Epstein (1972). Está adaptada al español por Mestre, Pérez-Delgado, Frías y Samper (1999), y consta de 22 ítems que aportan, en una escala de respuesta de 1 “nunca” a 4 “siempre”, un índice general del grado de empatía experimentado por el adolescente en distintas situaciones planteadas. También, el *Interpersonal Reactivity Index* (IRI; Davis, 1980) evalúa la empatía a través de cuatro factores: toma de perspectiva, fantasía, preocupación empática y malestar personal.

La evaluación de la socialización se puede realizar a través de la *Batería de Socialización* (BAS; Silva y Martorell, 1983). Se presenta en tres versiones, una para padres, otra para profesores de niños de 6 a 15 años, y en una tercera para adolescentes de 11 a 19 años (Silva y Martorell, 1995). La escala se compone de 75 ítems divididos en cuatro escalas de aspectos sociales facilitadores y tres de aspectos perturbadores. Para finalizar, también podemos realizar la valoración de la socialización con la *Escala de Dificultad Interpersonal para Adolescentes* (Méndez, Inglés e Hidalgo, 2001). Es un autoinforme a través del cual se puede valorar la capacidad de los jóvenes para desenvolverse en cuatro áreas diferentes: amigos, familia, colegio y comunidad, con diferentes estímulos o personas.



5.7 PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PEDIMET PARA INFANCIA MALTARATADA. GUIIA-PC (2006)

En 2007, el equipo de investigación Grupo Universitario de Investigación en Infancia y Adolescencia- Psicología Clínica (GUIIA-PC, E069-03), de la Universidad de Murcia, realizó una revisión bibliográfica acerca del maltrato infantil, alteraciones derivadas del mismo y tratamientos eficaces. Gracias al convenio establecido con la Dirección General de Asuntos Sociales, Igualdad e Inmigración de la CARM, y el equipo de investigación GUIIA-PC se desarrolló el Proyecto de Evaluación, Diagnóstico e Intervención Psicológica en Menores Tutelados (*PEDIMET*). En un intento de considerar las áreas alteradas, así como las de resiliencia, que modulan el impacto del estrés; se han seleccionado una serie de pruebas psicológicas que permiten reconocer sintomatología del estrés postraumático y del estrés postraumático complejo. La tabla 5.8 muestra las áreas de exploración en las que se estructura el protocolo *PEDIMET*, y las pruebas que en ellas se incluyen.

Tabla 5.8. Protocolo de Evaluación PEDIMET.

ÁREAS DE EXPLORACIÓN	PRUEBAS INCLUIDAS
Exploración general	- Entrev. Semiestruc. para menores maltratados (Martínez et al., 2006) - Escala de maltrato psicológico (Walker, 1984; adaptación Garriga et al., 2007) - CBCL (Achenbach, 1991) e YSR (Achenbach, 1991)
Estrés postraumático	- CPSS (Foa et al., 2001) - CITES-R (Wolfe et al. 1991)
Depresión	- CDI (Kovacs, 2004)
Ansiedad	- STAI-C (Spielberger, 1990) - CASI (Sandín et al., 2005)
Adaptación-socialización	- TAMAI (Hernández, 1999) - BAS-3 (Silva y Martorell, 2001)
Afectivo-emocional	- STAXI-NA (Del Barrio, Spielberger y Aluja, 1998)
Disociación	- Escala de Experiencia Disociativa (Bernstein y Putnam, 1986, adap. Inf. GUIIA-PC, 2007)
Resiliencia	- Escala de Resiliencia (Wagnild y Young, 1993) - Escala de Autoeficacia (Caprara et al., adpt. española Carrasco y Del Barrio, 2002) - ACS (Frydenberg y Lewys, 1196).



RESUMEN

A lo largo de este capítulo se han descrito las principales áreas de evaluación psicológica en niños y adolescentes que han sufrido maltrato. En este sentido, se han expuesto una amplia gama de métodos e instrumentos de evaluación entre los que se incluyen: entrevistas, autoinformes, informes de terceros, cuestionarios, etc., así como la necesidad de utilizar múltiples fuentes informativas para llevar a cabo una evaluación adecuada. También se deben tener en cuenta las características de la exposición, los efectos que ha generado sobre la salud mental, y el nivel de adaptación del menor, así como los factores mediadores y protectores del niño/a (Olaya, Tarragona, de la Osa y Ezpeleta, 2008).

CAPÍTULO 6.

*LA PROTECCIÓN A LA
INFANCIA:
MENORES TUTELADOS*



A lo largo de este capítulo, se hace una revisión de diferentes estudios realizados con menores en centros de acogida, referidos a las alteraciones emocionales y conductuales, estrés postraumático y adaptación. Se hace un breve resumen de la protección infantil en España. Los puntos que se abordan referentes a la psicopatología en menores tutelados, serán objeto de análisis más adelante en este trabajo.



6.1 PROTECCIÓN A LA INFANCIA EN ESPAÑA

La guarda y custodia de niños y jóvenes es asumida por el estado debido principalmente a situaciones de maltrato físico, abuso sexual o negligencia grave (Baudeau y Gesiriech, 2004).

Los menores de edad no tienen capacidad para poder ejercer presión política y defender sus derechos. Dependen de la voluntad política y la sensibilidad ciudadana para que se les proteja debidamente.

Según los últimos datos del Observatorio de la Infancia, el número total de expedientes que se abrieron a menores en España durante el año 2011 se situó en 41236. Es decir 500 niños por cada cien mil estaban bajo alguna medida de protección. Se han realizado importantes avances en políticas de protección a la infancia en España. Se ha pasado de un modelo de beneficencia a un sistema similar al de otros países más avanzados (Del Valle, Bravo y López, 2010). El acogimiento familiar, es otra medida de protección que ha tenido gran importancia en los últimos años, ya que es una medida de protección alternativa a la institucionalización y ofrece la posibilidad de proporcionar a los menores una experiencia de vida familiar (Rosser, 2011).

La entrada en vigor de la Ley 21/87, por la cual se transfería a los Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas las competencias sobre la intervención con los menores víctimas de desprotección familiar, ha supuesto un cambio para la protección infantil en España (De Paúl, 2009). Siguiendo a De Paúl (2009), las Comunidades Autónomas se transformaron, en materia de protección infantil, en entidades competentes para: 1) valorar las situaciones de desprotección y declarar una situación como “*desamparo*”, y 2) asumir automáticamente la tutela del menor. Continuando con este autor, el modelo de intervención que se deriva de la entrada en vigor de esta legislación se resume brevemente en los siguientes puntos: a) en caso de ser denunciada una sospecha de desprotección, verificar la existencia o no



de la situación y conocer el riesgo; b) evaluar a la familia y al menor, y analizar los factores de riesgo que expliquen la existencia de situaciones de desprotección; c) elaborar planes de actuación que describan: los objetivos de intervención, los recursos que deben ser puestos en funcionamiento y el tiempo de aplicación, así como el pronóstico de dicha intervención; d) se deben poner en funcionamiento los recursos adecuados para evitar la separación del menor de su familia o para que sea lo más breve posible (tratamiento de las familias); e) en caso de separación del menor de la familia de origen, el recurso alternativo de primera elección es el acogimiento familiar; f) en las situaciones en las que es necesaria la separación del menor de su familia biológica, pero no se beneficiaría de su integración temporal en una familia acogedora, se debe proceder al ingreso del menor en un centro de acogimiento residencial; g) en cualquiera de las opciones que se haya tomado para garantizar la desaparición de la situación de desprotección resulta imprescindible llevar a cabo una evaluación completa de los menores para tratar de identificar la posible existencia de daños psicológicos y, en su caso, llevar a cabo tratamiento adecuado que favorezca la desaparición de las posibles secuelas derivadas de la situación de desprotección.

6.2 PROBLEMAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES EN MENORES TUTELADOS

Los menores en centros de acogida tienen un riesgo significativamente mayor de presentar trastornos depresivos, manía y trastornos de estrés postraumático, trastornos internalizantes y externalizantes, y frecuentemente estos síntomas son comórbidos con un alto índice de delincuencia y conductas de riesgo (Heflinger, Simpkins y Combs-Orme, 2000; Pecora, Jensen, Romanelli, Jackson y Ortiz, 2009; Pilowsky y Wu, 2006). A nivel internacional, las cifras de prevalencia de alteraciones y trastornos con muestras de menores en centros de acogida oscilan entre el 40% y el 80% a través de diferentes estudios (Pecora et al., 2009). En Estados Unidos se estima que aproximadamente el 48% de los menores y adolescentes que



viven en centros de acogida presenta problemas emocionales o de conducta y el 63% han sido víctimas de negligencia (Casey Family Programs, 2011). Los trastornos más comunes son los externalizantes (hiperactividad, trastorno de conducta, etc.) cuya prevalencia es del 42% (Keil y Price, 2006). Los trastornos internalizantes (depresión, ansiedad, aislamiento, etc.) presentan menores proporciones, aunque superan las tasas estimadas en la población general infanto-juvenil (McMillen et al., 2005; Shin, 2005).

En España, no abundan los trabajos sobre menores maltratados que además estén institucionalizados y cuyo objeto de estudio sea los problemas emocionales y/o conductuales.

Uno de los primeros trabajos en esta área fue llevado a cabo por De Paúl y Arruabarrena (1995); un estudio realizado a 66 niños/as (24 objeto de abandono físico, 17 maltrato físico, y un grupo de comparación de bajo riesgo compuesto por 25 menores). Los dos primeros grupos estaban compuestos por menores tutelados por el sistema de protección del País Vasco, el tercer grupo representaba una muestra aleatoria estratificada de la población general de dicha comunidad autónoma. Los tres grupos fueron equiparados en siete variables sociodemográficas. Para la evaluación, los autores utilizaron la versión española de *Child Abuse Potential Inventory* (CAP; Arruabarrena y de Paúl, 1992) y el *Teacher's Report Form of the Child Behavior Profile* (TRF; Achenbach, 1991c). Los resultados concluyeron que los menores abandonados presentaron más conductas externalizantes (delincuencia y agresividad), mientras que los niños maltratados físicamente presentaron más conductas internalizantes como retraimiento, problemas somáticos y ansiedad/depresión. Tanto los menores abandonados como los que han sido víctimas de abuso físico presentaron altas puntuaciones en dificultades sociales, conductas delictivas y problemas de atención junto con un bajo ajuste escolar. En todos los análisis realizados, los resultados obtenidos eran significativamente mayores en los dos primeros grupos frente al grupo control.



Carrasco-Ortiz, Rodríguez-Testal y Mass (2001) analizaron las consecuencias del maltrato y la relación con problemas de conducta en una muestra de menores acogidos en un centro de protección de la provincia de Sevilla. La muestra estuvo formada por 90 niños (30 menores maltratados en situación de protección, 30 menores residentes en una zona marginal de la ciudad, y 30 pertenecientes a una zona acomodada). Como instrumento de medida se utilizó el listado de problemas de conducta *CBCL* de Achenbach (1978; 1979; Achenbach y Edelbrock, 1983) en su adaptación y aplicación de baremos a población española (Del Barrio y Cerezo, 1990a,b). La tipología de maltrato utilizada fue: maltrato por abandono, abuso físico, maltrato emocional y corrupción (conducta antisocial o desviada promovida por los adultos). Los resultados encontrados no arrojaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la puntuación total de la prueba, pero sí en el factor externalizante y en los factores delincuencia, ansiedad somática, problemas somáticos, delincuencia no socializada y retraimiento social. Por tanto, los menores que han experimentado maltrato y están institucionalizados parecen presentar mayor número de conductas externalizantes y retraimiento, siendo el maltrato por corrupción el principal responsable de las manifestaciones de estas conductas, junto con el abandono o el maltrato emocional.

Otro trabajo más reciente con el *CBCL* (Fernández-Molina, Fernández del Valle, Fuentes, Bernedo y Bravo, 2011) sobre una muestra de 181 adolescentes (11-18 años) en tres tipos de acogimiento (residencial, preadoptivo y con abuelos) reveló que la mayoría de los adolescentes puntuaron en el rango normal del *CBCL* y sólo un pequeño porcentaje de adolescentes presentó problemas de conducta que se sitúa en el rango clínico de la prueba. Del total de la muestra, el 7.2% de los adolescentes se situó en el rango clínico, el 24.3% presentó clínica internalizante, y el 28.7% externalizante. De los tres tipos de acogimiento, el residencial fue el que mayor porcentaje arrojó de adolescentes en el rango clínico (16.1%), así como en indicadores internalizante y externalizante (28.6% y 33.9% respectivamente). También en la subescala de conducta delictiva (23.2%). En el grupo clínico, también



destacó mayor presencia de los adolescentes en acogimiento con abuelos en las subescalas de aislamiento (18.6%) y ansiedad (8.6%). Los adolescentes en acogimiento preadoptivo fueron los que presentaron menos problemas de conducta y se encontraron, en mayor proporción, en el rango normal del CBCL.

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

Más recientemente, López-Soler et al. (2012) presentaron las prevalencias de indicadores psicopatológicos de ansiedad, depresión e ira sobre una muestra de 42 menores tutelados, víctimas de maltrato intrafamiliar grave. Los instrumentos de medida seleccionados fueron: *Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en niños* (STAIC; Spielberger, 1973), *Cuestionario de Sensibilidad a la Ansiedad para niños* (CASI; Silverman, Fleisig, Rabian y Peterson, 1991), *Inventario de Depresión Infantil* (CDI; Kovacs, 1992) y finalmente el *Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo en niños y adolescentes* (STAXI-NA; Del Barrio, Spielberger y Aluja, 2005). Los resultados mostraron que las prevalencias en ansiedad fueron: CASI: 33.71% y STAIC: 11.43%, tanto para Ansiedad Estado como para Ansiedad Rasgo; en depresión fue un 19%, y en ira un 20% para el rasgo de la ira, y un 7.5% para la Ira Estado. Con respecto al sexo, las niñas presentaron, en este estudio, un perfil más psicopatológico caracterizado por una mayor prevalencia en sensibilidad a la ansiedad y en reacciones de ira (ira estado y rasgo). Los niños presentaron un perfil



caracterizado por sensibilidad a la ansiedad y síntomas depresivos (disfóricos principalmente), con una peor expresión y control de la ira.

Un estudio más ambicioso fue realizado por Sainero, Bravo y Fernández del Valle (2013) a 264 menores (53% niñas y 47% niños) de centros de acogida de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Los autores aportaron datos sobre la prevalencia de la salud mental en menores tutelados, los servicios usados para el tratamiento y los criterios de derivación a los servicios de salud mental u otros profesionales especializados. Del total de la muestra, el 63% de los menores sufrió negligencia física, el 46% negligencia emocional y en menor porcentaje maltrato físico o emocional (en torno al 15%-19%), y un 4% abuso sexual. Se obtuvieron variables socio-familiares relacionadas con el proceso de intervención de cada caso, el tipo de problema psicológico que presentaron los niños y el tipo de tratamiento que habían recibido o estaban recibiendo. Para obtener información sobre los problemas psicológicos de los menores de la muestra se aplicó el CBCL (Achenbach, 1991a), teniendo en consideración la banda de rango clínico. De los diagnósticos que ya estaban presentes, el 61% pertenecían al grupo de déficit de atención y comportamiento perturbador; los autores encontraron una importante ausencia de diagnósticos de tipo internalizante, tales como trastornos de ansiedad o del estado de ánimo. Los resultados que obtuvieron al aplicar el CBCL como prueba de screening fueron los siguientes: del total de la muestra, el 5.3% presentaron problemas de ansiedad/depresión; un 11.4% retraimiento/depresión; el 6.8% quejas somáticas; el 9.8% problemas sociales; el 5.7% problemas de pensamiento; un 12.9% problemas de atención; un 20.5% comportamiento antinormativo, y el 18.6% comportamiento agresivo. Es decir, el 15.5% presentaron problemas externalizantes y el 36.7% problemas internalizantes. Pese a la alta incidencia de sintomatología clínica encontrada en el CBCL (43.9%), sólo el 25.8% fueron remitidos a tratamiento.



En Francia, Bronsard et al. (2011) siguieron la línea de trabajo de los estudios anteriores. Los autores pretendían determinar la prevalencia de trastornos mentales en un muestra de 183 adolescentes (13-17 años) que vivían en hogares residenciales. Como instrumento de medida se utilizó la *Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC; Fisher et al., 1993)*. De los adolescentes evaluados, el 48.6% había presentado un trastorno psicopatológico durante los últimos 6 meses: Depresión Mayor el 14.8%, Trastorno de conducta un 15.3%, Trastornos de Ansiedad el 28.4%, alteraciones de tipo psicótico un 18.6%, y un 3.8% presentaba diagnóstico de Déficit de Atención con Hiperactividad. Los intentos de suicidio estuvieron presentes en el 23% de la muestra. Las adolescentes presentaron más afectación, un 64.9% tenía al menos un diagnóstico y el 40.3% dos; comparado con los adolescentes (36.8% un diagnóstico, 11.3% dos diagnósticos). En este estudio la prevalencia para los trastornos internalizantes fue del 32.8% (15.1% varones y 57.1% mujeres), mientras que para los externalizantes fue del 17.5% (18.9% varones y 15.6% mujeres).

En la tabla 6.1 se aportan datos sobre la prevalencia de trastornos mentales en menores tutelados de Europa y Estados Unidos. La prevalencia en estos estudios, como se puede comprobar, es muy similar.

Tabal 6.1 Prevalencias de trastornos mentales en menores tutelados.

ESTUDIOS EUROPEOS				
AUTORES	PAIS	AÑO	N	PREVALENCIA
McCann, James, Wilson y Dunn	Inglaterra	1996	88	67%
Minnis, Evertt y Piloni	Escocia	2006	182	60%
Schimd, Goldebeck, Nuetzel y Fergert	Alemania	2008	689	60%
ESTUDIOS AMERICANOS				
AUTORES	ESTADO	AÑO	N	PREVALENCIA
McMillen et al.	Missouri	2005	373	62%
Garland et al.	California	2001	1.618	42%
Jee et al.	NSCAW*	2006	727	52%

* National Survey of Child and Adolescent Well-Being.



6.3 ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MENORES TUTELADOS

Otro aspecto fundamental en las consecuencias del maltrato es la aparición de sintomatología o trastorno por estrés posttraumático (TEPT). Aunque existen numerosas investigaciones en población general sobre la naturaleza y consecuencias del trauma en menores y adolescentes (Breslau, Wilcox, Storr, Lucia y Anthony, 2004; Copeland et al., 2007; Dehon y Scheeringa, 2006; Giaconia et al., 1995; Krupnick et al., 2004; Mueser y Taub, 2008), se conoce menos sobre las experiencias traumáticas de los menores y adolescentes en centros de acogida.

Los menores en centros de acogida pueden sufrir TEPT como resultado de la exposición al evento traumático y otros factores, como la gravedad y la repetición del trauma (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2011). Más del 21% de los menores en centros tutelados sufrieron estrés posttraumático, una proporción asombrosamente más alta que la de los veteranos de guerra de Estados Unidos (Pecora et al., 2005). Kolko, et al. (2010) ofrecieron una prevalencia de síntomas TEPT del 19.2% en menores tutelados.

Dos estudios basados en entrevistas estructuradas de diagnóstico (Keller, Salazar y Courtney, 2010; McMillen et al., 2005) sobre adolescentes (17-18 años) preparándose para salir del sistema de protección infantil informaron sobre tasas de prevalencia del TEPT del 14%-16%. Otro estudio realizado a menores tutelados de edades entre 8-19 años, reveló que el 64% de los menores que había sufrido abuso sexual, comparado con el 42% de los que había sufrido maltrato físico cumplían criterios para el diagnóstico de TEPT, mientras que sólo el 18% de los que habían vivido otras experiencias traumáticas presentaron este diagnóstico (Dubner y Motta, 1999). Salazar, Keller, Gowen y Courtney (2013) realizaron un estudio longitudinal sobre una muestra de 732 adolescentes tutelados de 17-18 años, y ofreció información sobre la prevalencia de la exposición a tipos específicos de acontecimientos traumáticos. La exposición al trauma a lo largo de la vida y el diagnóstico de TEPT se evaluó a través de la *Composite International Diagnostic*



Interview (CIDI) (WHO, 1997). La mayoría de los entrevistados había experimentado al menos una experiencia traumática a lo largo de su vida. Los resultados de las prevalencias para el diagnóstico de TEPT basadas en la exposición al trauma fueron: un 20% debido a violencia interpersonal, 33.5% por abuso sexual (violación o acoso), y el 21.2% motivado por desastres naturales. Si bien no se encontraron diferencias en la prevalencia global del TEPT en cuanto al sexo, los varones fueron más propensos a experimentar un trauma debido a violencia interpersonal o desastre natural, mientras que las mujeres tuvieron más probabilidad de experimentar un trauma sexual.

En España, el trabajo de Castro (2011) es el único que presentó tasas de prevalencia del estrés postraumático en menores tutelados, utilizando como instrumento de medida el *CPSS* (Foa et al., 2001). Concretamente, el estudio comparó una muestra de 38 menores tutelados con una muestra de 64 menores testigos de violencia de género. El 15,8% de los menores tutelados presentaron criterios diagnósticos TEPT, mientras que de la muestra de menores testigos de violencia de género lo presentaron el 17.2%. No se encontraron diferencias significativas entre ambas muestras. Fernández, Castro y Alcántara (2010) llevaron a cabo un estudio, usando también el *CPSS* como instrumento de medida, sobre una muestra de 100 menores (50 población clínica y 50 tutelados). Se encontraron tasas de prevalencia de 16% en menores tutelados, frente al 14% en población clínica. Respecto al sexo, las chicas en ambas muestras presentaron mayor prevalencia que los chicos (en tutelados el 28% frente al 4% y en población clínica el 18.2% frente al 10.7%). Con respecto a la edad, el grupo de menores tutelados de 8 a 10 años fue el que mayor prevalencia presentó, un 23.8%; en el grupo clínico la prevalencia fue mayor en los menores de 11 a 14 años, con un 19.4%. Los estudios anteriores, están en la línea con el realizado en Alemania por Oswald et al. (2010), en el que se compararon dos grupos de menores de entre 7 y 16 años, un grupo de menores tutelados y otro grupo control de menores, que al menos vivían con un progenitor. Utilizaron como instrumento de medida el *UCLA PTSD Reaction Index*



(Pynoos, Rodríguez, Steinberg, Stuber y Frederick, 1998). Encontraron que los menores tutelados mostraron una prevalencia significativa mayor de síntomas de estrés postraumático que el grupo control, aunque el porcentaje era bajo en relación a los múltiples traumas sufridos.

Con respecto al TEPT Complejo, López-Soler (2008) realizó una valoración inicial de síntomas centrales de este diagnóstico, en menores tutelados que han recibido maltrato. Para ello, elaboró un listado de 14 síntomas que se aplicó a 44 menores de edades comprendidas entre 6 y 15 años. Se consideró que el síntoma estuvo presente cuando la puntuación fue de 3 ó más, en una escala de 0 a 5. El coeficiente alfa de Cronbach para este listado de síntomas fue de 0,83. Los resultados obtenidos indicaron que la mayor parte de los indicadores estuvieron presentes en más de la mitad del grupo de menores.

En general, los menores y adolescentes en centros de acogida son una población traumatizada, que cumple los criterios diagnósticos del TEPT en tasas más altas que la población general (Salazar et al., 2013), y el hecho de que se reconozcan variables que no pueden ser incluidas en el TEPT, apoya la importancia de disponer de categorías diagnósticas adecuadas para las reacciones postraumáticas graves y estimular investigaciones sobre este tema (López-Soler, 2008).

6.4 LA ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL EN MENORES TUTELADOS

El papel de la familia no es simplemente garantizar las necesidades básicas fundamentales, es la institución donde niños y niñas se desarrollan social y emocionalmente. La relación adecuada con los progenitores o las figuras de apego, ayudará a dar un significado adecuado de las emociones y a utilizarlas en sus relaciones con los demás (Denham, 1986; Graner, Jones y Palmer, 1994). Bluestone y Tamis-Lemonda (1999; Martínez, Fuertes, Ramos y Hernández, 2003; Stenger,



Mountes, Lamborn y Dornbusch, 1991) indicaron que aquellos menores cuyos padres mostraron afecto a sus hijos y respondieron a sus necesidades de manera adecuada, presentaron mejor ajuste psicológico, fueron más independientes, tuvieron mejor autoestima y competencia social, así como mayor éxito académico. Por el contrario, cuando el estilo educativo es inadecuado o disfuncional, es más probable que aparezcan problemas emocionales en la infancia y adolescencia (Rodríguez, Lozano y Caballero, 2002). Algunas experiencias negativas vividas por el menor pueden ser la causa de reacciones de inadaptación. La intensidad de la inadaptación puede variar en función de la intensidad/negatividad de la experiencia, el significado que tiene para el menor, el grado de madurez y las circunstancias siguientes al evento negativo.

Cuando la familia no satisface las necesidades de cuidado del menor, es necesario separar al niño/a de su familia y enviarlo a un centro de protección. Es difícil establecer qué variables intervienen de manera significativa en la adaptación y bienestar de los menores tutelados, ya que entran en juego muchos factores (Torres, Rivero, Balluerka, Herce y Achúcarro, 2006).

En España existen pocos trabajos que hayan analizado los problemas de adaptación de menores en acogimiento residencial.

García-Baamonde (2008) realizó un trabajo sobre la competencia lingüística y de la adaptación personal, social, escolar y familiar en niños institucionalizados en centros de acogida, en una muestra de 74 niños institucionalizados en centros de la provincia de Badajoz, utilizando entre otros instrumentos el TAMAI (Hernández, 2004); mostró que el 50% de los niños se situaron en valores altos y muy altos en la escala de inadaptación personal, el 71.63% con inadaptación escolar se situaron en valores casi alto, alto y muy alto, en inadaptación social los datos mostraron como el 45.94% se situaron en valores casi altos y altos de inadaptación. El grado de insatisfacción con el ambiente familiar fue medio, el 33.7% de los niños en situación residencial se situó en ese punto, según este estudio, mientras que el



35.14% estuvo por encima de este valor. Lo mismo ocurrió con el grado de insatisfacción con los hermanos, el 51.35% de los niños se situaron en el valor medio. En cuanto al sexo, las niñas obtuvieron una puntuación media superior a la de los niños en inadaptación social, evidenciándose diferencias estadísticamente significativas en este factor. En cuanto a la edad, los niños de entre 6 y 8 años manifestaron mayor inadaptación personal, sin embargo en inadaptación escolar y social fueron los que puntuaron más bajo. Los menores de 12-14 años se situaron en el grado más elevado en inadaptación escolar. El estilo educativo de los padres se caracterizó por la escasa atención asistencial y permisivismo, más significativo en la madre/cuidadora que en el padre/cuidador. Los datos mostraron que la atención y/o supervisión de los menores fue mínima por parte de sus progenitores/cuidadores (los hijos tendieron a sentirse abandonados, desconsiderados, con falta de atención, comunicación y afecto).

Martín, García y Siverio (2012) compararon las puntuaciones en inadaptación, medidas a través del TAMAI (Hernández, 2004), de los menores en acogimiento residencial con las de una muestra normativa. La muestra de menores que vivían en acogimiento residencial fue de 93 y la muestra normativa fue de 364 menores que estudiaban en centros públicos de diversas zonas de nivel sociocultural medio-bajo de la isla de Tenerife. Los resultados indicaron que los menores en acogimiento residencial obtienen mayores puntuaciones en Inadaptación Personal, Escolar y Social que los de la muestra normativa, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas en ningún caso. Teniendo en cuenta las variables sexo y edad, en Inadaptación Personal las chicas obtuvieron puntuaciones más altas que los chicos, y los menores de entre 16-18 años alcanzaron puntuaciones mayores que los de 8-11 años. En Inadaptación Escolar, los chicos obtuvieron puntuaciones más elevadas que las chicas, y en Inadaptación Social los menores de 8-11 años puntuaron más bajo que el resto. Aunque los menores en acogimiento residencial obtuvieron mayores puntuaciones en inadaptación que la muestra normativa, las diferencias no fueron



estadísticamente significativas. Los investigadores concluyeron que el modelo con el que se trabajó en acogimiento residencial en España ha mejorado la atención que se les ofrece a estos menores, de ahí que los problemas de inadaptación puedan deberse más a la situación previa de ingreso o a la etapa de desarrollo en la que se encontraban (adolescencia), que al tiempo de estancia en centro.

Delgado, Fornieles, Costas y Brun-Gasca (2013) realizaron un estudio en Cataluña sobre una muestra de 26 menores en acogimiento residencial y un grupo control de 45 niños que vivían con sus familias, utilizando entre otros el BASC (nivel 2 de 6 a 12 años, en sus tres formas: padres, profesores y autoinforme) (González et al., 2004) como instrumento de medida.

Los resultados en el cuestionario forma padres, el grupo en acogimiento residencial obtuvieron puntuaciones significativamente menores en las escalas de adaptabilidad, habilidades sociales y liderazgo, así como en la dimensión global de habilidades adaptativas que incluye a las tres anteriores. En el cuestionario para profesores, también obtuvieron puntuaciones más bajas en Adaptabilidad y habilidades sociales, así como en las dimensiones globales de habilidades adaptativas. También se obtuvieron puntuaciones significativamente inferiores en el autoinforme en la escala autoestima y ajuste personal, junto con desajuste escolar y clínico. En cuanto a los problemas de aprendizaje y adaptación escolar, el grupo de acogimiento residencial también obtuvo más dificultades en la escala problemas de atención de los cuestionarios de la forma padres y profesores, y obtuvo peores resultados en la escala de problemas de aprendizaje. En el autoinforme, los menores en acogimiento residencial tuvieron una visión más negativa de la escuela y de los profesores que sus iguales. En este estudio, los niños en acogimiento residencial fueron percibidos por los adultos con menores habilidades adaptativas y mayores problemas de aprendizaje.

En el plano internacional, los estudios de otras poblaciones en riesgo sugieren que la participación y adaptación en la escuela de niños en hogares de



acogida puede verse afectada negativamente por las experiencias adversas sufridas a edades tempranas (Daly, Shin, Thakral, Selders y Vera, 2009; Perdue, Manzeske y Estell, 2009), aunque también hay evidencias de que la participación escolar puede ejercer un efecto de protección en aquellos niños que han experimentado más adversidad (Schmidt, 2003). Leslie et al. (2010) mostraron que, entre los adolescentes en situación de acogimiento residencial, un alto nivel de participación escolar medida por el comportamiento, disfrutar en la escuela, y los sentimientos de aceptación por parte de los profesores y compañeros, redujo significativamente las probabilidades de que participaran en comportamientos de riesgo para la salud, como el uso de sustancias o los actos de delincuencia. Taussig (2002) encontró que los niños de 7 a 12 años en acogimiento residencial, que informaron sentirse apoyados por sus compañeros de clase, eran menos propensos a involucrarse en conductas delictivas y autodestructivas seis años más tarde. Pears, Kim, Fisher y Yoerger (2013) pusieron el énfasis en la adaptación escolar y los resultados académicos de los menores maltratados que se encontraban en acogimiento residencial. Niveles bajos de participación escolar a nivel afectivo y cognitivo en edades tempranas contribuyeron a una baja competencia académica y a elevados niveles de conductas de riesgo a final de la escuela primaria.

Estos hallazgos son importantes, no sólo porque sugieren posibles áreas de intervención con una población de niños vulnerables y con alto riesgo de presentar adaptaciones psicosociales deficitarias y resultados académicos pobres, sino también porque las intervenciones tempranas en estos menores tutelados podrían mejorar las trayectorias de sus vidas a largo plazo.

**RESUMEN.**

La protección infantil en España ha evolucionado mucho en las últimas dos décadas, evidenciándose cambios importantes que llevan a su modernización (De Paúl, 2009, Del Valle, Bravo y López, 2009). El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad dispone de un trabajo (López, 1995) en el que se describen las necesidades de los menores en los diferentes momentos evolutivos. También permite planificar las características de los diferentes recursos del sistema de protección infantil, ajustándolas en la medida de lo posible a las características de los menores.

Afortunadamente, ha aumentado el interés por analizar el incremento y la gravedad de los problemas psicológicos de los menores en situación de protección, lo que ha permitido desarrollar intervenciones adecuadas a las necesidades de estos menores. Así desde un enfoque clínico se han desarrollado trabajos que describen problemas conductuales, emocionales y de desarrollo social (Castro, 2011; De Paúl y Arruabarrena, 1995; López-Soler et al., 2012; Martín et al., 2012; Sainero et al., 2013) y otros que se centraron en problemas de adaptación escolar (Leslie et al., 2010; Pears, Kim, Fisher y Yoerger, 2013).

SEGUNDA PARTE.
ESTUDIO EMPÍRICO

A lo largo de este capítulo, se describe el diseño utilizado en la investigación, las características de los participantes, el procedimiento de selección de los participantes, y los criterios de inclusión que se han establecido para este estudio. Posteriormente se recogen las fases de evaluación con los instrumentos utilizados, y el análisis estadístico de los datos.

En esta investigación se han atendido a todos y cada uno de los principios éticos y recomendaciones que se indican en la *“Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial”* (52^a Asamblea General, Helsinki, Octubre 2000), de acuerdo con la misma, tal y como se especifica en el apartado A, punto 6., la preocupación por el bienestar de los participantes ha tenido primacía sobre los intereses científicos.

CAPÍTULO 7.

OBJETIVOS E

HIPÓTESIS



7.1 OBJETIVOS E HIPÓTESIS

7.1.1 OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de la investigación es conocer la afectación a nivel psicopatológico en niños/as en situación de acogimiento residencial o acogimiento especial (en familia extensa o familia ajena) y su relación con el maltrato sufrido.

7.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar las variables psicosociales de los menores: edad, sexo, nacionalidad, tipo de medida de acogimiento (en centro, con familia extensa, con familia ajena), situación de los padres, visitas recibidas.
2. Analizar el tipo de maltrato sufrido y persona/s que ha ejercido el maltrato.
3. Determinar el tipo de maltrato en función de la edad y el sexo.
4. Analizar la prevalencia de alteraciones psicopatológicas en los/as niños/as en las siguientes áreas:
 - a. Sintomatología internalizante y externalizante:
 - i. Prevalencia de cada uno de los síndromes.
 - ii. Prevalencia en función del sexo.
 - iii. Prevalencia en función de la edad.
 - b. Adaptación:
 - i. Prevalencia del grado de inadaptación en diferentes áreas.
 - ii. Prevalencia del grado de inadaptación en función del sexo.



iii. Prevalencia del grado de inadaptación en función de la edad.

c. Trastorno de estrés postraumático:

i. Prevalencia del TEPT, según criterios DSM-IV-TR.

ii. Prevalencia de TEPT completo según la nueva propuesta del DSM-5.

iii. Prevalencia de TEPT parcial.

iv. Relación entre sintomatología TEPT y deterioro.

v. Relación entre sexo y sintomatología.

vi. Relación entre edad y sintomatología

5. Determinar la relación entre los síndromes del CBCL y el diagnóstico TEPT según puntuación igual o mayor a 18 (Jaycox et al., 2009; Kataoka et al., 2003) en la escala CPSS.

6. Relación entre la sintomatología internalizante y externalizante que presenta el/la niño/a y el TEPT.

7. Análisis en función de diferentes variables sociodemográficas: sexo, grupo de edad, nacionalidad y tipo de tutela.

7.1.3 HIPÓTESIS

Las hipótesis hacen referencia por un lado, y de manera descriptiva, al nivel de afectación de los niños/as que han recibido maltrato, y por otro, a la relación entre el grado y tipo de maltrato sufrido, y la presencia y gravedad de sintomatología en las diferentes áreas evaluadas. A continuación se recogen las hipótesis de la investigación.

**Hipótesis 1.**

A menor edad, mayor prevalencia en alteraciones psicopatológicas.

Diferentes investigaciones (Hughes, 1988; McFarlane, Groff, O'Brien y Watson, 2003; Hornor, 2005), hallaron que los niños más pequeños presentaban mayor número de problemas en comparación con otros niños de mayor edad.

Por otro lado, Holden y Ritchie (1991) encontraron que los niños más pequeños presentaban menos alteraciones psicopatológicas.

A pesar de que las investigaciones ofrecen datos en ambos sentidos, las características de la muestra de los primeros, es más equiparable a la nuestra, y por tanto permiten establecer esta hipótesis.

Hipótesis 2.

Mayor prevalencia clínica en problemas externalizantes que en internalizantes.

Los datos sobre este punto son diversos, encontramos investigaciones que ofrecen datos en ambos sentidos. Unos estudios indican que los trastornos más comunes son los externalizantes (Fernández-Molina et al., 2011; Kaplan et al., 1998; Keil y Price, 2006; Ford et al., 2000, Jonson-Reid et al., 2010), mientras que los internalizantes se presentan en menor proporción (McMillen et al., 2005; Shin, 2005). Por otro lado, los estudios de Bronsard et al. (2011) y Sainero et al. (2013) realizados sobre amplias muestras de menores tutelados, informaron de una mayor prevalencia de sintomatología internalizante frente a la externalizante.

Hipótesis 3.

El nivel de inadaptación no tendrá relación con la edad ni el sexo.

En general, diferentes investigaciones (Ison, 2004; Kim y Cicchetti, 2003; Pears et al., 2008) consideran que los menores son víctimas de maltrato presenta



problemas asociados al funcionamiento social, desarrollo personal y rendimiento académico.

Los estudios llevados a cabo con el TAMAI para valorar adaptación son escasos. Los datos de las investigaciones (García-Baamonde, 2008; Martín et al., 2012) realizadas, en menores tutelados, con este instrumento no encontraron que hubiese más inadaptación en niños frente a niñas en general, o en unos determinados niveles de edad. Si consideraron que existieron áreas de adaptación que estaban más afectadas según el sexo, o a unas determinadas edades.

Hipótesis 4.

Las niñas presentarán mayor prevalencia de TEPT que los niños.

El National Center for PTSD (2006) informó que, en población general, las mujeres tenían mayor riesgo que los hombres de desarrollar síntomas de TEPT.

También en la infancia, los estudios llevados a cabo por diferentes investigadores (Castro, 2011; Díaz, Quintana y Vogel, 2012; Jaycox et al., 2002; Kilpatrick, Riggiero, Acierno, Saunders, Resnick y Best, 2003; Pérez-Benítez et al., 2009) indican que las niñas obtienen mayores tasas de prevalencia de TEPT que los niños.

Hipótesis 5.

Hay mayor prevalencia de TEPT utilizando los criterios de TEPT Parcial, que utilizando los criterios establecidos por el DSM-IV-TR y por el DSM-5.

Algunas investigaciones (Levendosky et al., 2002; López-Soler, Castro, Alcántar y López-García, en prensa; Scheeringa et al., 2006,2010) avalan la adecuación de los criterios de TEPT Parcial formulados por Schering et al. (2003), para el diagnóstico de TEPT en infancia y adolescencia, frente a los criterios del DSM-IV-TR.



Debido a la reciente publicación del DSM-5, no se conocen investigaciones que hayan comparado los criterios de TEPT Parcial con los nuevos criterios establecidos por la APA (2013).

Hipótesis 6.

Los/as menores que presentan sintomatología más grave del trastorno por estrés postraumático, son los que presentan más problemas psicopatológicos en el CBCL.

Las recomendaciones de la *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (2010) sobre el Trastorno de Estrés Postraumático Infantil, sugerían que es importante realizar un diagnóstico diferencial adecuado, pues los síntomas podían confundirse con otro tipo de trastornos psicopatológicos.

Numerosas investigaciones (Graham-Berman y Levendosky, 1998; Kessler, Borges y Walters, 1999; Kilpatrick et al., 2003; Sack et al., 1998; Oswald et al., 2010) hacen referencia a que el TEPT en infancia y adolescencia aparece frecuentemente asociado con otro tipo de síntomas.

Hipótesis 7.

En las variables sociodemográficas (sexo, grupo de edad, tipo de tutela y nacionalidad) encontraremos diferencias significativas con respecto a la sintomatología del CBCL y CPSS.

Numerosos estudios han informado de las diferencias entre variables sociodemográficas en función de indicadores psicopatológicos referidos al TEPT (Foa et al., 2001; Jaycox et al., 2002; Nilsson, 2007; Pérez-Benítez et al. 2009; Stoppelbein y Greening, 2000) y a los síndromes clínicos valorados con el CBCL (García et al, 2005; Schmid et al., 2008). Estas diferencias nos informan del modo en que las variables psicopatológicas afectan a los menores en función del sexo, la edad o el tipo de tutela.

CAPÍTULO 8.

MÉTODO



8.1 PARTICIPANTES

El grupo está formado por 86 menores de edades comprendidas entre los 6 y 17 años de edad, de los cuales 44 (51.2%) son niños y 42 (48.8%) niñas, con una edad media de 11.53 años y una desviación típica de 2.49 (tabla 8.1).

Estos/as menores han recibido maltrato intrafamiliar crónico, por lo que la tutela ha sido retirada a sus padres y están actualmente tutelados/as por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Estos menores han sido derivados por la Dirección General de Asuntos Sociales, Igualdad e Inmigración al Proyecto de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Psicológico a Menores Tutelados, en adelante PEDIMET.

Tabla 8.1. Frecuencia y porcentaje de edad y sexo de la muestra total

	N 81	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
EDAD	6	2	2.3
	7	1	1.2
	8	5	5.8
	9	8	9.3
	10	17	19.8
	11	15	17.4
	12	8	9.3
	13	11	12.8
	14	6	7.0
	15	8	9.3
	16	2	2.3
17	3	3.5	
SEXO	CHICOS	44	51.16
	CHICAS	42	48.83

El 50% de los/as menores que componen el grupo viven en centro, el 37.2% se encuentran en acogimiento con familia extensa, y el 12.8% en acogimiento con familia ajena. El 84.9% son de nacionalidad española (tabla 8.2).



Tabla 8.2. Información sociodemográfica.

	VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
TUTELA EN EL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN	Centro	43	50
	Acog. Familia extensa	32	37.2
	Acog. Familia ajena	11	12.8
NACIONALIDAD	Española	73	84.9
	Extranjera	13	15.1

La edad media de ingreso en centro de los/as menores fue de 7.11 años con una desviación típica de 3.60. La media de ingresos en centro fue de 1.24 veces con una desviación típica de 1.14. La media de hermanos es de 3.60 y una desviación típica de 2.34; y la media de hermanos tutelados es de 2.34 y una desviación típica de 1.96.

Sobre el número de acogimientos fracasados en familia extensa, el porcentaje de menores que han sido devueltos a centros una vez es del 16.7%, y dos veces el 1.2%. En familia ajena, solamente el 9.6% de los menores han sido devueltos una vez (tabla 8.3).

Tabla 8.3. Acogimientos fracasados.

Situación de tutela	Nº de devoluciones	%
En familia extensa	No devolución	82.1
	Una devolución	16.7
	Dos devoluciones	1.2
En familia ajena	No devolución	90.4
	Una devolución	9.6

Con respecto a la información de los padres/madres, el 11.5% de los/as menores sólo tenía padre, el 24.4% únicamente tenía madre, y en el 64.1% de los casos ambos padres están vivos. El 10.5% de los padres y el 28.1% de las madres presentaron alguna enfermedad mental; en el 8.8% de casos ambos padres presentaron problemas mentales,



frente al 52.6% que no los presentaron. El 25.6% de los padres y el 10.5% de las madres eran consumidores de sustancias; en el 17.4% de los casos, ambos progenitores consumían sustancias frente al 46.5% que no consumía. El 9.3% de los padres y el 1.2% de las madres han estado en prisión. En ningún caso han estado en prisión ambos padres (tabla 8.4).

Tabla 8.4. Descriptivos de padres/madres (%).

	Padres Vivos	Enfermedad Mental	Consumo de sustancias	Estancias en prisión
Padre	11.5	10.5	25.6	9.3
Madre	24.4	28.1	10.5	1.2
Ambos	64.1	8.8	17.4	--
Ninguno	--	52.6	46.5	--

El 67.4% de los/as menores tutelados tenía visitas, De aquellos menores que recibía visitas semanalmente, el 1.2% son del padre, el 2.3% de la madre, un 1.2% fueron de ambos padres juntos, el 2.4% fueron de hermanos, y el 8.1% de otros familiares. De las visitas quincenales, el 2.3% fueron del padre, el 4.7% de la madre, el 2.3% de ambos padres, el 3.5% de hermanos y otros familiares. De las visitas mensuales, el 3.5% fueron del padre, el 8.1% de la madre el 2.3% de ambos, el 5.9% de hermanos y el 3.5% de otros. En las visitas trimestrales el 3.5% fueron del padre, el 7% de la madre, el 1.2% de ambos y el 2.4% visitas de hermanos. De las visitas semestrales, el 1.2% fueron del padre, el 3.5% de la madre, el 1.2% de ambos padres, de hermanos y de otros, respectivamente. El 1.2% de los padres y el 2.3% de las madres realizaron visitas no regladas (tabla 8.5).



Tabla 8.5. Porcentaje de visitas.

	Semanal	Quincenal	Mensual	Trimestral	Semestral	No regladas
Padre	1.2	2.3	3.5	3.5	1.2	1.2
Madre	2.3	4.7	8.1	7	3.5	2.3
Ambos	1.2	2.3	2.3	1.2	1.2	--
Hermanos	2.4	3.5	5.9	2.4	1.2	--
Otros	8.1	3.5	3.5	--	1.2	--

Atendiendo al tipo de maltrato y su gravedad, según la clasificación que el Observatorio de la Infancia (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007) realizó sobre la gravedad del maltrato, los menores incluidos en esta investigación han sufrido una situación de maltrato grave. El Observatorio de la Infancia entiende por maltrato grave:

La situación urgente. Existencia de indicadores físicos, psicológicos y/o sociales de maltrato que ponen en peligro la integridad y bienestar del menor. Los criterios que definen la gravedad del maltrato son: frecuencia e intensidad de los indicadores y grado de vulnerabilidad del niño...

Dependiendo del tipo de maltrato, encontramos que en la muestra total el 97.7% de los/as menores sufrieron negligencia física/emocional o ambas, el 81.4% ha recibido maltrato emocional, el 44.2% maltrato físico, el 4.7% fue víctima de abuso sexual, y el 31.4% fue testigo de violencia de género. En el 60.5% de los casos ambos padres ejercieron el maltrato, en un 27.9% la madre, un 10.5% ha sido el padre el maltratador, y un 1.2% la familia de acogida (extensa/ajena) (tablas 8.6 y 8.7).

Tabla 8.6. Tipos de maltrato.

Tipo de Maltrato	Porcentaje (%)
Negligencia Física/Emocional o ambos	97.7
Maltrato Emocional	81.4
Maltrato Físico	44.2
Abuso Sexual	4.7
Testigo de Violencia contra la madre	31.4



Tabla 8.7. Persona que ejerce el maltrato.

Persona que ejerce el maltrato	Porcentaje (%)
Padre	10.5
Madre	27.9
Ambos	60.5
Familia de acogida (extensa/ajena)	1.2

Se dicotomizó la edad en dos intervalos temporales, uno de 6 a 11 años y otro de 12 a 17 años, para poder comprobar el impacto del maltrato en diferentes etapas de desarrollo (infancia y adolescencia). En la franja de edad de 6 a 11 años, el 48.6% de los niños y el 60% de las niñas sufrieron maltrato emocional, el 55.8% de los niños y el 58.5% de niñas sufrieron negligencia (física/emocional/ambas), un 45.5% de niños y un 50% de niñas sufrieron maltrato físico, y el 50% de las niñas sufrieron abuso sexual. En la franja de edad de 12 a 17 años, el 51.4% de niños y el 40% de niñas sufrieron maltrato emocional, un 44.2% de niños y un 41.5% de las niñas sufrieron negligencia (física/emocional/ambas), el 54.4% de niños y un 50% de niñas sufrieron maltrato físico, un 100% de niños y un 50% de niñas fueron víctimas de abuso sexual (tabla 8.8).

Tabla 8.8. Relación del tipo de maltrato con sexo y edad.

Variable	Sexo	N	% 6 a 11 años	N	% 12 a 17 años
M. Emocional	V	17	48.6	18	51.4
	M	38	60	32	40
Negligencia Física/Emocional/Ambas	V	24	55.8	19	44.2
	M	48	58.5	36	41.5
M. Físico	V	10	45.5	12	54.5
	M	8	50	8	50
Abuso Sexual	V	0	0	1	100
	M	1	50	1	50



8.2 PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

8.2.1 SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES.

Los menores que componen la muestra se encuentran en régimen de tutela por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

En función del convenio establecido en 2007 entre la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración y la Universidad de Murcia, los niños que presentan alteraciones emocionales y/o comportamentales son derivados por la Dirección General de Asuntos Sociales, Igualdad e Inmigración al Grupo Universitario de Investigación en Infancia y Adolescencia-Psicología Clínica (GUIIA-PC) (E069-03). El proyecto que surgió tras la firma de este convenio se denomina PEDIMET (Proyecto de Evaluación Diagnóstico e Intervención en Menores Tutelados). El proyecto se desarrolla en dependencias de la Universidad de Murcia: Pabellón Docente Universitario, situado en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y en el Servicio de Instrumentación Psicológica, ubicado en el Edificio SACE en el Campus Universitario de Espinardo. Los criterios de inclusión y exclusión en el grupo se detallan en la tabla 8.9.

Tabla 8.9. Criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Estar tutelado/a por la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. - Presentar alteraciones emocionales y/o comportamentales. - Tener 6 años o más.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Deficiencia mental. - Trastorno Generalizado del Desarrollo.

8.2.2 PROTOCOLO DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN.

Mediante un convenio de colaboración establecido entre la Universidad de Murcia y la Consejería de Sanidad y Política Social, a través de La Dirección General de Asuntos Sociales Igualdad e Inmigración, se derivan a los menores que presentan alteraciones psicológicas graves al proyecto PEDIMET. Los datos



relativos al expediente del menor son enviados por fax a la Unidad de Psicología Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, donde se lleva a cabo el programa. El documento, informa sobre las situaciones de maltrato que ha sufrido el/la menor, los motivos de la retirada de la tutela a los padres biológicos, las visitas que actualmente tiene con su familia de origen, así como los antecedentes médicos y escolares más destacados. También aportan informes del centro de protección donde se encuentra el/la menor, del centro escolar donde está escolarizado/a, informes médicos, psiquiátricos y/o psicológicos).

Una vez registrada la recepción del expediente, se comunica con cita telefónica, al centro o familia de acogida donde reside el/la menor, la fecha y hora de la primera visita.

Cuando el/la menor llega a la unidad de psicología infanto-juvenil, acompañado de un educador/a del centro o de los acogedores, se procede a realizar la evaluación psicológica, por parte de un/una psicólogo/a del equipo que trabaja en este proyecto. El procedimiento es el siguiente:

- i. Se realiza una entrevista con el/la cuidador/a, con el fin de recoger información acerca del problema actual que presenta el/la menor, el nivel de adaptación en todos los ámbitos y los motivos de derivación al servicio.
- ii. Tras finalizar la entrevista, el/la cuidador/a cumplimenta una serie de cuestionarios referidos al comportamiento y estado emocional del/la menor.
- iii. El/La psicólogo/a entrevista al menor para concretar el grado de percepción que tiene sobre su situación, y valorar indicadores clínicos.
- iv. Se aplica un protocolo de evaluación psicológico elaborado por el equipo PEDIMET en 2007 para menores que han sufrido maltrato.

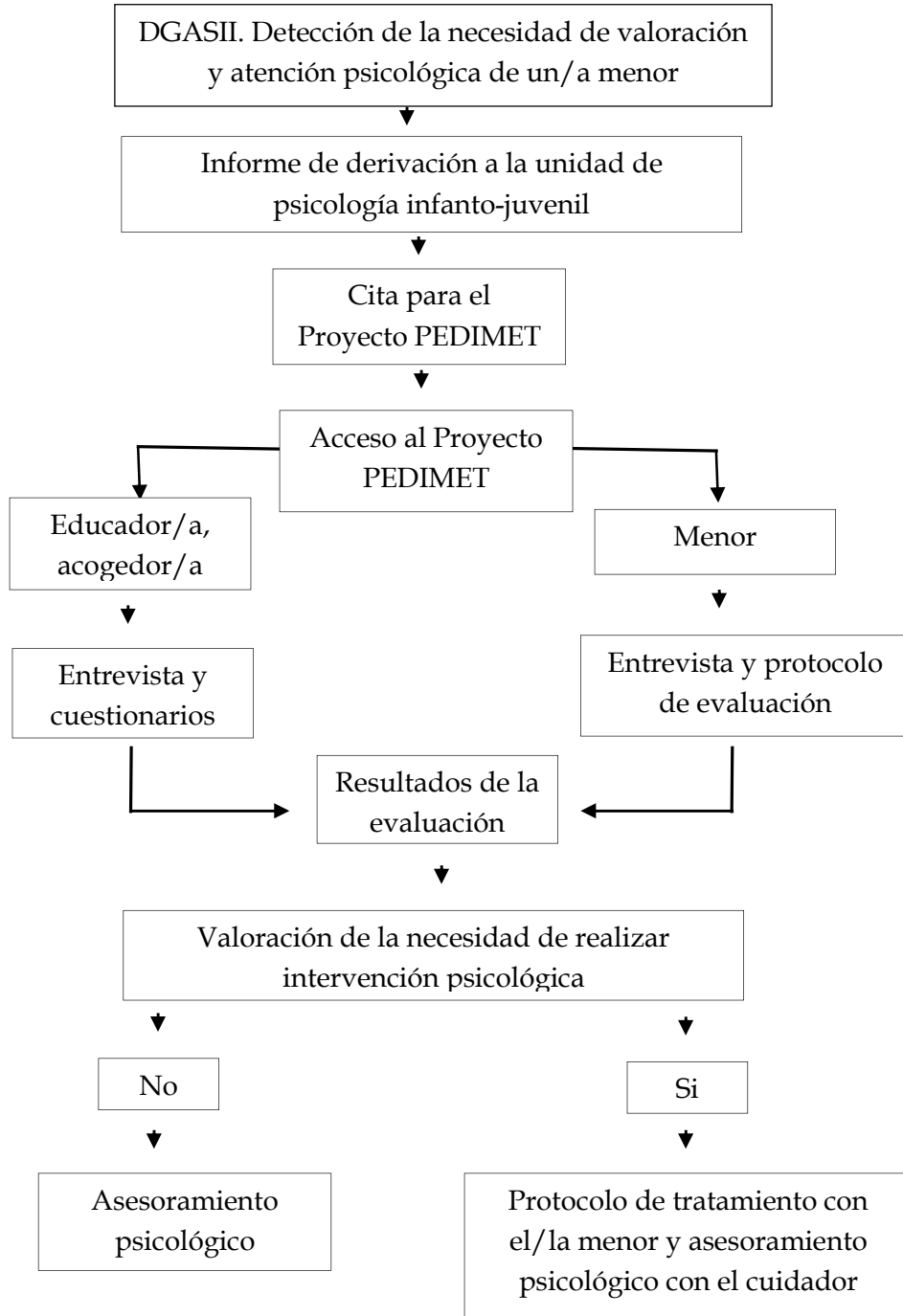


Los instrumentos de evaluación se seleccionan en función de las variables psicológicas a explorar y la edad del/de la menor. El protocolo evalúa ocho áreas específicas: ansiedad, depresión, ira, estrés postraumático, trastorno por estrés postraumáticos extremo, disociación, inadaptación (personal, social, escolar y familiar) y resiliencia.

Finalizado el proceso de evaluación, el profesional que atiende el caso corrige los diferentes tests y cuestionarios y elabora los datos recogidos de la evaluación psicométrica, de la información proporcionada por la Dirección General, así como los datos relativos a la observación clínica del/la menor. Finalmente, se elabora un informe psicológico con el psicodiagnóstico clínico. Dicho informe es remitido a la Dirección General. De acuerdo con los resultados de la evaluación psicológica se inicia la fase de intervención. Se establece un programa de intervención protocolizado (equipo PEDIMET, 2007) con sesiones individuales, tanto con el niño o niña como con su cuidador principal actual. En aquellos casos en los que no se precisa intervención, se lleva a cabo asesoramiento psicológico. La figura 8.1, resume el proceso anterior.



Figura 8.1. Procedimiento del proyecto PEDIMET.





8.2.3 INFORMACIÓN SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO E HISTORIA DE MALTRATO

Los datos sociodemográficos y el tipo de maltrato que han recibido los/as menores, son recogidos de los informes que la Dirección General envía al servicio de psicología infanto-juvenil y de la entrevista clínica que se realiza al menor. En ella se obtiene información sobre la percepción que éste tiene de la historia de violencia vivida.

Por tanto, sólo se dispone de la información sobre la presencia o ausencia de cada uno de los tipos de maltrato, que han sufrido los/as menores, pero no de la intensidad o gravedad del mismo. Hemos de suponer, que tanto la intensidad del maltrato como la gravedad del mismo son severas, dado que se ha llevado a cabo la retirada de la tutela a los padres biológicos.

8.3 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

8.3.1 CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (CBCL)

El *Child Behavior Checklist*, CBCL fue la primera prueba de evaluación desarrollada por Achenbach (Achenbach y Edelbrock 1983) para registrar problemas comportamentales y competencias sociales de niños y adolescentes con edades comprendidas entre 4 y 18 años. Fue elaborada desde el enfoque psicométrico-dimensional, y los diferentes ítems han sido sometidos a análisis de componentes principales con el fin de identificar grupos de problemas que tienden a coexistir, siendo ocho los síndromes resultantes. El CBCL es una escala de valoración dirigida a padres con dos formatos de aplicación, uno para niños/as de edades comprendidas entre 1 año y medio y 5 años, y otro para niños/as de edades entre 6 y 18 años. Su construcción se basó en la implementación de técnicas de estadística multivariante para el análisis de los datos. Se pudo identificar un conjunto de dimensiones que fueron descritas como síndromes y cada una de ellas conforman un continuo en el que es posible ubicar



a todos los individuos según la severidad con la que se manifiesta la sintomatología (Cervone et al., 2003). Permite la evaluación de los problemas comportamentales y emocionales de los niños, desde un enfoque dimensional del diagnóstico psicopatológico (Samaniego, 2008). Las revisiones posteriores discriminaron formas distintas para niños de edad preescolar ($1^{1/2}$ -5 años) y en edad escolar (6-18 años).

Para la interpretación, los autores han derivado, de una muestra normal, percentiles y puntuaciones T que ayudan a establecer los límites entre la normalidad, las conductas límites y la patología. La baremación está en función del sexo y de la edad.

El CBCL ($1^{1/2}$ -5 años), está constituido por una escala de 99 ítems que evalúan los problemas conductuales y emocionales a través del informe de los padres. Los primeros 14 ítems describen conductas adaptativas o prosociales, los 90 ítems restantes conductas problemáticas. El ítem 56 se divide en 8 ítems que valoran problemas físicos sin causa médica (somatizaciones).

Las escalas de problemas del CBCL se agrupan en dos niveles (Achenbach, 1991b); los síndromes de primer orden o banda estrecha: Reactividad emocional, Ansiedad/Depresión, Quejas somáticas, Problemas del Desarrollo, Problemas de Sueño, Problemas de Atención, Comportamiento Agresivo, y los de segundo orden o de banda estrecha: internalizantes (Reactividad emocional, Ansiedad/Depresión, Quejas somáticas y Retraimiento) y externalizantes (Problemas de Atención, Comportamiento Agresivo).

El CBCL (6-18 años) también evalúa los problemas conductuales y emocionales, así como las competencias psicosociales de niños/as a través del informe de los padres. Al igual que el anterior, consta de dos partes, la primera referida a competencias psicosociales de los niños/as, y la segunda formada por 118 ítems (Achenbach y Rescorla, 2001). Las escalas de problemas del CBCL se agrupan en dos niveles del mismo modo que el CBCL de $1^{1/2}$ -5 años; los



síndromes de primer orden o banda estrecha son: Ansiedad/Depresión, Retraimiento, Problemas Somáticos, Problemas sociales, Problemas de Pensamiento, Problemas de Atención, Conducta Disruptiva, y Conducta Agresiva; y los de segundo orden o de banda estrecha son: internalizantes (Ansiedad/Depresión, Retraimiento/Depresión, Quejas somáticas), y externalizantes (Conducta Disruptiva, Comportamiento Agresivo). Achenbach, Phares, Howell, Rauh y Nurcombe (1990) realizaron un estudio en una muestra de 141 participantes de edades entre los 6 y los 8 años, las evaluaciones posteriores se realizaron al año y 2 años, con el fin de observar la estabilidad del instrumento. La correlación media al cabo de 1 año fue de .62 para las escalas de competencia, y de .75 para las escalas de problemas de comportamiento. A los dos 2 años, la correlación media para las escalas de competencia fue de .56, y de .71 para las escalas de problemas de comportamiento. Achenbach (1991a) llevó a cabo una evaluación en un grupo de 80 madres de hijos/as de entre 4 y 16 años, tras una semana obtuvo una correlación media para las escalas de competencia de .87 y para las escalas de problemas de comportamiento de .89. Todas las correlaciones oscilaron entre .80 y .90, excepto el aislamiento en chicos ($r = .75$) y los problemas de pensamiento en las chicas ($r = .63$). Por otra parte, Clarke, Lewinsohn, Hops y Seeley (1992) evaluaron a 619 madres y a 366 padres de adolescentes con una media de edad de 16.8, y estos autores obtuvieron una consistencia interna de .81 para las madres y de .76 para los padres.

Con respecto a la validez concurrente, Achenbach (1991a) analizó las relaciones del CBCL con las escalas de Connors para padres (Connors, 1973) y las escalas de Quay-Peterson (1987) sobre una muestra clínica de 60 menores de 6 a 11 años de edad, evaluados con los tres instrumentos. Los autores encontraron correlaciones entre el CBCL y las escalas de Connors de entre .59 entre la escala de problemas de atención del CBCL y la de impulsividad-hiperactividad de Connors, hasta .86 entre las escalas de agresividad del CBCL y la de conductas problema de Connors. Las correlaciones con la escala Quay- Peterson oscilaron



de .59 entre la escala de delincuencia del CBCL y la de agresividad socializada de las Quay-Peterson hasta .88 entre la escala de agresividad del CBCL y la de alteración de la conducta de las Quay-Peterson.

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

En cuanto a la validez de criterio, estudios mediante regresión múltiple, análisis de covarianza, odds ratios y otros análisis obtuvieron puntuaciones más elevadas para muestras clínicas que para muestras de población general (Achenbach, 1991b; Achenbach y Rescorla, 2001, 2007).

Clarke et al. (1992) evaluaron a padres y adolescentes con el CBCL y el YSR, y encontraron grados de acuerdo moderados entre madres y adolescentes ($r = .43$, $n = 631$), madres y padres ($r = .53$, $n = 316$), y bajos entre padres y adolescentes ($r = .29$, $n = 369$). La fiabilidad informada por Achenbach (1991) y Achenbach y Rescorla (2001) para la población americana en estudios originales fue de .78 y .79, respectivamente. En población española, concretamente en una muestra de 91 menores de entre 6 y 17 años expuestos a violencia de género, la consistencia interna de la prueba fue de .87 (Alcántara, López-Soler, Castro y López, 2013).

En este estudio, la consistencia interna de los síndromes del CBCL, utilizando el coeficiente alfa de Cronbach, aparecen en la tabla 8.10.



Tabla 8.10. Consistencia interna del CBCL.

SINDROMES CBCL	CONSISTENCIA INTERNA
Ansiedad/Depresión	.548
Retraimiento/Depresión	.713
Quejas Somáticas	.638
Problemas Sociales	.791
Problemas de Pensamiento	.727
Problemas de Atención	.824
Conducta Antinormativa	.828
Comportamiento Agresivo	.928

En general, los valores del coeficiente alfa de Cronbach, para esta escala, son aceptables (valores entre .713 y .928). Únicamente dos coeficientes se encuentran por debajo de lo que se considera aceptable, concretamente los referidos al síndrome Ansiedad/Depresión y Quejas Somáticas (.548 y .638, respectivamente).

8.3.2 THE CHILD PTSD SYMPTOM SCALE (CPSS)

El CPSS (Foa et al., 2001) fue desarrollado como una medida de autoinforme para valorar la severidad de los síntomas de estrés postraumático, en la línea de los criterios diagnósticos descritos en el manual de la APA (4ª ed., DSM-IV, 1994). Está diseñado para evaluar el TEPT y la gravedad de los síntomas en niños de 8 a 18 años que han sufrido algún evento traumático.

Se evaluaron las propiedades psicométricas de la versión inglesa del CPSS en una muestra de 75 niños de edades comprendidas entre los 8 y 15 años, víctimas de un terremoto. Los menores completaron el CPSS en una evaluación inicial, y 65 niños (de los 75 iniciales) volvieron a completar el CPSS una segunda vez entre una y dos semanas más tarde. Esta prueba ha mostrado una buena consistencia interna (.89 para las puntuaciones de la escala total, .80 para la subescala de reexperimentación; .73 para la de evitación y .70 para la subescala de hiperactivación). (Foa et al., 2001; Jaycox et al., 2002; Kataoka et al., 2003;



Mullett-Hume, Anshel, Guevara y Cloitre, 2008); informaron de una alta consistencia interna para la puntuación total del CPSS. También ha mostrado buena fiabilidad test-retest (.84 para la escala total, .85 para la subescala de reexperimentación; .63 para evitación y .76 para hiperactivación) (Foa et al., 2001).

El CPSS se ha comparado con otras medidas de autoinforme como el Child Posttraumatic Stress Reaction Index (CPTSD-RI; Pynoos et al., 1987), encontrando una alta correlación entre ambos ($r = .80$) (Rachamim, Helpman, Foa, Aderka y Gilboa-Schechtman, 2011).

Nixon et al. (2013) emplearon dos grupos para evaluar la fiabilidad test-retest. Un grupo (grupo 1) estuvo formado por 185 menores de 6 a 17 años que habían sufrido un evento traumático y tenían diagnóstico de TEPT, y otro grupo (grupo 2) estuvo formado por 68 menores de 6 a 17 años que acudían a tratamiento y presentaban diagnóstico de TEPT. En el grupo 1 se evaluaron a los menores a los 3 y a los 6 meses después del evento traumático, y la fiabilidad test-retest fue de .95 para las puntuaciones totales, .50 para la subescalas de reexperimentación, .62 para la subescala de evitación, y .70 para la subescala de hiperactivación. La consistencia interna en este mismo grupo para las puntuaciones totales fue de .90, para la subescala de reexperimentación fue de .84, para subescala de evitación fue de .78 y para la subescala de hiperactivación fue .79). En el segundo grupo, la consistencia interna se mantuvo dentro de los límites aceptables (puntuación total .83; reexperimentación .78; evitación .65; e hiperactivación .67). Por último, la subescala de deterioro mostró una consistencia interna aceptable en ambos grupos (grupo 1 = .80, y grupo 2 = .75).

Gillihan, Aderka, Conklin, Capaldi y Foa (2013) realizaron un estudio sobre las propiedades psicométricas del CPSS en un grupo de 91 de adolescentes (13-18 años) víctimas de agresión sexual. Todas las participantes fueron diagnosticadas de TEPT de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV. Se administró el CPSS-I (Child Posttraumatic Symptom Scale-Interview, Foa et al.,



2001) para determinar la gravedad de los síntomas TEPT, el K-SADS (Kaufman et al., 1997) con el fin de evaluar diagnósticos psicológicos, y la escala *Trauma History Interview (THI)* para evaluar con precisión la presencia de la exposición al trauma (Criterio A, DSM-IV). Las participantes también completaron el CPSS-SR (Child Posttraumatic Symptom Scale-Self-Report; Foa et al., 2001), entre otras pruebas que no son relevantes para la información actual.

La CPSS-SR demostró una elevada consistencia interna (.83). Para las subescalas, los coeficientes alfa fueron de .74 para reexperimentación, .71 para evitación, y .58 para hiperactivación. El CPSS-I también demostró alta consistencia interna (.81). Para las subescalas, la consistencia interna fue de .74, .67, y .50, respectivamente.

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

Para examinar la validez convergente de las puntuaciones del CPSS, los investigadores utilizaron los diagnósticos del K-SADS, para 51 participantes después de 3, 6 y 12 meses después del tratamiento. De acuerdo con la K-SADS, 20 de 51 adolescentes (39.2%) fueron clasificadas de TEPT en el seguimiento. De acuerdo con el CPSS-SR y el CPSS-I, 21 (41.2%) y 20 (39.2%) adolescentes respectivamente, se diagnosticaron con TEPT en el seguimiento. El acuerdo entre la K-SADS y los diagnósticos CPSS-SR y CPSS-I fue de 74.5% y 76.5%,



respectivamente. La concordancia entre el CPSS-SR y el CPSS-I fue del 94.1%. Las puntuaciones del CPSS también mostraron una buena validez divergente en relación al *State-Trait Anger Expression Inventory-2* (STAXI-2; Spielberger, Sydeman, Owen y Marsh, 1999). Sobre la escala de deterioro funcional, los autores encontraron que a mayor gravedad de los síntomas TEPT mayor deterioro funcional. Los ítems de la escala de deterioro funcional presentan una consistencia interna moderada, tanto para el CPSS-SR (.73) como para el CPSS-I (.69).

El equipo de investigación de la Dra. Rincón en Chile, solicitó la versión del CPSS en español a los autores originales de la escala. Esta profesora facilitó el cuestionario al grupo GUII-PC en 2007. En 2008, el grupo de investigación GUII-PC, llevó a cabo una investigación con una muestra de menores tutelados, en la que se analizaron los resultados obtenidos con varias escalas de evaluación del estrés postraumático: CPSS (Foa et al., 2001), CITES-R (Wolfe et al., 1991), SCARED-R (Muris, 1997) e IES (Horowitz, Wilner y Alvarez, 1979). Los datos obtenidos reflejaron una baja convergencia en la medida entre los diferentes tests utilizados para medir el TEPT. Frente a las demás escalas, el CPSS presentó la mayor consistencia interna, tanto para la escala total (.91) como para las subescalas Evitación (.81) e Hiperarousal (.79). Se encontró a su favor la mayor correlación entre las subescalas Pensamientos Intrusivos y Evitación (.678) a un nivel de significación del 0.01, así como la correlación en la subescala Evitación con la misma subescala del test CITES-R (.567). Por otra parte, su elaboración incorporó los criterios para el diagnóstico del TEPT en el manual del DSM-IV.

Por tanto, la escala CPSS mostró unas adecuadas propiedades psicométricas, evalúa la presencia o ausencia de sintomatología TEPT, así como la severidad de la misma, y su aplicación es rápida y fácil. Además, incluye la evaluación de 7 áreas de deterioro funcional. Todo ello hizo pensar que esta escala podía ser la prueba más adecuada para evaluar TEPT en la infancia.



En este estudio, la consistencia interna del CPSS y de las subescalas que lo componen aparece en la tabla 8.11.

Tabla 8.11. Consistencia interna de la escala CPSS.

CPSS	Consistencia Interna
1ª Parte (Escala)	.823
Subescalas	
Reexperimentación	.788
Evitación	.731
Hiperarousal	.687
2ª Parte (Deterioro)	.740
CPSS total	.880

8.3.3 TEST AUTOEVALUATIVO MULTIFACTORIAL DE ADAPTACIÓN INFANTIL (TAMAI)

El Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI) (Hernández, 1983) consta de diferentes modalidades factoriales en función de la edad. El Primer Nivel (3º, 4º, 5º de primaria) va dirigido a niños de 8 a 11 años y 5 meses; el Segundo Nivel (6º de Primaria, 1º y 2º de Educación Secundaria Obligatoria) desde los 11 años y 6 meses hasta los 14 años y 5 meses; y el Tercer Nivel (desde 3º de Educación Secundaria Obligatoria hasta 2º de Bachillerato) desde los 14 años y 6 meses a los 18 años. También en este nivel existen datos para población adulta.

Es una prueba autoevaluativa aplicable de forma individual o colectiva. Tiene en cuenta diferentes áreas de adaptación: personal, escolar, social, y familiar, y permite obtener una información progresivamente desmenuzada hasta niveles básicos. Esto significa que el dato más genérico sería el de un factor general de inadaptación, o un factor general de inadaptación de un área determinada, como puede ser la social, pero, dentro de este nivel se pueden conocer otros factores más básicos que lo conforman.



La prueba está orientada a valorar situaciones reales en que se desenvuelven las personas, y la información que se obtiene puede ser muy simple, a través de pocos factores generales, o muy compleja, a través de más de una treintena de factores específicos. El TAMAI consta de los siguientes subtests:

1. Inadaptación General (G)
2. Inadaptación Personal (P)
3. Inadaptación Escolar (E)
4. Inadaptación Social (S)
5. Insatisfacción con el Ambiente Familiar (F)
6. Insatisfacción con los Hermanos (H)
7. Educación adecuada del padre (Pa)
8. Educación adecuada de la madre (M)
9. Discrepancia educativa (Dis).

Además, la prueba tiene dos escalas de fiabilidad, Proimagen (ProI) o tendencia a mostrar una buena imagen de sí mismos, y tendencia a las Contradicciones (Ctr).

Los factores se recogen a través de 175 proposiciones con formato de respuesta dicotómico (sí/no), que evalúan el comportamiento y las actitudes en las principales áreas o esferas donde se desarrolla su vida.

El test consta de una doble modalidad de baremación:

- a) Sistema Hepta: los resultados se dividen en 7 categorías.



b) Sistema de Indicación crítica: indica la no constatación del factor cuando la puntuación es inferior al 65%. Sin embargo, se constata en tres niveles de intensidad cuando sobrepasa el centil 65. En la tabla 8.12, se representa el Sistema hepta y la Indicación crítica.

Tabla 8.12. Puntuaciones TAMAI.

Sistema Hepta	Centil	Indicación Crítica
MB (muy bajo)	1-5	SC (sin constatar)
B (bajo)	6-20	SC (sin constatar)
CB (casi bajo)	21-40	SC (sin constatar)
M (medio)	41-60	SC (sin constatar)
CA (casi alto)	61-80	C (constatada)
A (alto)	81-95	CC (bien constatada)
MA (muy alto)	96-99	CCC (muy constatada)

Para este estudio se han elegido las categorías alta y muy alta, con el fin de que la estimación sobre problemas en la adaptación sea lo más certera posible.

La estructura factorial del TAMAI es diferente según los niveles, tal como ya se ha mencionado. El factor proimagen dentro del estilo de contestación parece señalar una tendencia a la hipervaloración constituida por dos subfactores, según se desprende del análisis establecido en una muestra de Nivel III. El primero representado por 5 elementos implica hipervaloración de la propia valía personal, siendo su correlación con la puntuación total de .73. El segundo representado por 4 elementos tiende a la hipervaloración del acatamiento a la normativa social, siendo su correlación con la puntuación total .63. Sin embargo, la correlación que ambos subfactores mantienen entre sí es de .09, lo que evidencia su alta independencia. La posible comunalidad entre estos factores aparece especialmente en 5 elementos cuya correlación fue de .85.

Con respecto a la validación cruzada de la estructura factorial, la estructura factorial del primer nivel, basada en el análisis de correspondencias, obtenida con los datos de alumnos de 3º, 4º y 5º de EGB (actual 3º, 4º y 5º de primaria) fue replicada con 680 alumnos de 3º de EGB, obteniéndose unos



resultados correlacionales factoriales intra-pruebas que confirmaron la misma estructura factorial establecida.

Utilizando un procedimiento de las dos mitades con la corrección de Sperman-Brown, a partir de una muestra de 118 sujetos elegidos al azar, y proporcionalmente de cada curso, se obtuvo un elevado coeficiente de fiabilidad (.87). En algunos cursos, el coeficiente de fiabilidad fue incluso superior. Con respecto a los tres niveles estudiados, los resultados fueron: primer nivel, .67; segundo nivel, .89; y tercer nivel .83. A partir de la muestra de tipificación actual se realizaron otros estudios de fiabilidad de tercer nivel, por ser el coeficiente más bajo de los encontrados. En la muestra escolar del tercer nivel se utilizaron sólo dos casos donde la persona hubiera podido responder a todos los elementos. De este modo, la muestra estuvo compuesta por 989 sujetos de 3º 4º de ESO y 1º 2º de Bachillerato. Los coeficientes de consistencia interna aparecen en la tabla 8.13.

Tabla 8.13. Coeficiente de consistencia interna del TAMAI (I y II).

ESCALA	CONSISTENCIA INTERNA
TAMAI total	.92
Escala Inadap. Personal	.85
Escala Inadap. Escolar	.86
Escala Inadap. Social	.75
Escala Insat. Familiar	.75
Escala Insat. Hermanos	.70
Escala Educ. Adecuada Padre	.75
Escala Educ. Adecuada Madre	.75

En una muestra universitaria y adulta de tercer nivel se utilizaron sólo los casos donde la persona hubiera respondido a todos los elementos, un total de 414 sujetos. Igualmente se calculó el coeficiente de consistencia interna (tabla 8.14).



Tabla 8.14. Cociente de consistencia interna del TAMAI (III).

ESCALA	CONSISTENCIA INTERNA
TAMAI Total	.91
Escala Inadap. Personal	.87
Escala Inadap. Escolar	.83
Escala Inadap. Social	.74
Escala Insat. Familiar	.78
Escala Insat. Hermanos	.64
Escala Educ. Adecuada Padre	.79
Escala Educ. Adecuada Madre	.79

En ambos niveles, la prueba muestra coeficientes de fiabilidad satisfactorios. La escala Insatisfacción con Hermanos, fue la que mostró el coeficiente más bajo por el escaso número de elementos que la componen.

El TAMAI, ofrece resultados contundentes y claros cuando se relacionan los valores de realización con la adaptación escolar, o el bienestar subjetivo individual con la adaptación personal o muchos de los aspectos de la personalidad con las actitudes educadoras de los padres y madres (Hernández, 2000). El rendimiento escolar es el aspecto que mantiene una correlación negativa con la mayoría de los factores del TAMAI, siendo de $-.17$ con Inadaptación personal, $-.20$ con Inadaptación Social y $-.30$ con Inadaptación Escolar. La Inadaptación Personal tiende a asociarse más ligeramente con las clases bajas ($-.14$ a $-.17$). Del mismo modo y en semejantes proporciones, están los factores de restricción social: Introversión y Hostiligencia, que no sólo se relacionan más con los niveles socioeconómicos inferiores, son también con las zonas rurales y periféricas.



En cuanto a la diferencia de sexo, lo más notable es que los hijos, a diferencia de las hijas, parecen recibir un trato más permisivo por parte de las madres, y más perfeccionista y despreocupado por parte de los padres.

8.4 ANÁLISIS DE DATOS

El tratamiento estadístico se ha realizado con la versión 19 del SPSS, y el análisis factorial de la escala CPSS se realizó con WinMFact (Waller, 2002). Los procedimientos que se han realizado son siguientes: Se ha llevado a cabo un análisis de frecuencias y tablas de contingencia para hallar la prevalencia de los problemas psicopatológicos, de adaptación y estrés postraumático, por sexo y rangos de edad. También se han hallado las medias de los diferentes rangos de edad para obtener las puntuaciones totales.

Posteriormente se ha realizado un análisis de fiabilidad de cada uno de los instrumentos utilizados para este estudio, también se han calculado las prevalencias de la escala CPSS, según diferentes criterios de valoración clínica, además de un análisis factorial y un análisis de ítems de esta misma escala.

Se ha hecho un análisis de correlaciones entre las diferentes pruebas, y un análisis de la relación entre el número de síndromes del CBCL y el criterio psicométrico de puntuación mayor o igual a 18 puntos en la escala total del CPSS. Este análisis se ha realizado a través de tablas de contingencia.

Dado que el tamaño muestral es bajo, se ha realizado un análisis inferencial de las subescalas del CPSS y del CBCL con respecto al sexo, grupo de edad, tipo de tutela y nacionalidad utilizando pruebas no paramétricas para muestras independientes. En concreto, en las variables con dos niveles se ha utilizado la prueba U de Mann-Witney, mientras que en las variables con tres o más niveles se ha utilizado la prueba H de Kruskal Wallis.

CAPÍTULO 9.

RESULTADOS



9.1 INDICADORES CLÍNICOS GENERALES

9.1.1 CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (6-18 años) (CBCL)

En este apartado se describen las prevalencias encontradas en el Child Behavior Checklist (6-18 años) de Achenbach. Para conocer las características de la muestra en distintos niveles de edad, y diferenciar entre características psicopatológicas en escolares y adolescentes, se ha analizado la prevalencia de la muestra dividida en dos grupos: el *grupo 1* formado por niños/as de 6 a 12 años, y el *grupo 2* formado por adolescentes de 13 a 17 años. También en dos niveles de gravedad clínica: *sintomatología leve*, puntuaciones iguales o superiores al percentil 93; y *sintomatología grave*, puntuaciones iguales o superiores al percentil 98. Finalmente, se ha hallado la prevalencia en las agrupaciones de síndromes internalizantes y externalizantes. Posteriormente, se han realizado un análisis de medias entre los diferentes grupos de edad y sexo, según el nivel de gravedad clínica; finalmente se presentan las puntuaciones totales según el mismo criterio de gravedad clínica. Los baremos utilizados son de población española (Unitat d'Epidemiologia i de Diagnòstic en Psicopatologia del Desenvolupament, 2013).

Sobre las diferencias de sexos en ambos grupos, las prevalencias son las siguientes: en el síndrome Ansiedad/Depresión, los niños presentaron mayor prevalencia que las niñas en el *grupo 1*. Los niños presentaron una prevalencia del 44%, de los cuales el 20% presentaron *sintomatología grave*. Las niñas presentaron una prevalencia del 25.9%, de la cual, el 7.4% presentaron *sintomatología grave*. En el *grupo 2*, la prevalencia fue similar para ambos sexos, un 18.8% para chicos, de los cuales, el 12.5% presentaron *sintomatología grave*, y un 18.2% para chicas.

En el síndrome de Retraimiento del *grupo 1*, la prevalencia fue igual para ambos sexos, un 70.6% para niños (de los cuales el 37% presentaron *sintomatología grave*) y 70.4% para niñas (un 14.3% de las cuales presentaron



sintomatología grave). En el *grupo 2*, las chicas obtuvieron una prevalencia del 45,5% en sintomatología grave.

En Quejas Somáticas, los niños del *grupo 1* obtuvieron la prevalencia más alta, un 24%, de los cuales, el 20% tiene sintomatología más grave. En relación a las niñas, el 6.9% tiene sintomatología grave. En el *grupo 2*, las chicas obtuvieron la prevalencia más alta, un 36.4%, del cual el 27.3% presentó sintomatología grave. En los chicos, el 14.3% presentó problemas, de los cuales el 7.1% tuvo sintomatología grave.

En el síndrome Problemas Sociales, en el *grupo 1*, las niñas presentaron una prevalencia de 51.9%, de la cual el 33.3% tuvo sintomatología grave. En los niños, el 38.1% tuvo sintomatología grave. En el *grupo 2*, la prevalencia fue mayor en chicas, un 33.3% tuvo problemas, de las cuales, el 22.2% presentaron sintomatología grave. En los chicos el 17.6% tuvo sintomatología grave.

En Problemas de Pensamiento, en el *grupo 1*, las niñas presentaron una prevalencia del 36.4% en sintomatología grave. Los niños una prevalencia del 31.3%, de los cuales el 25% presentaron sintomatología grave. En el *grupo 2*, los chicos presentaron una prevalencia del 25%, de los cuales el 18.8% tuvo sintomatología grave.

Con respecto al síndrome Problemas de Atención, en el *grupo 1*, las niñas presentaron una prevalencia del 51.9%, de la cual el 29.6% fue sintomatología grave. Los niños tuvieron una prevalencia del 44%, un 24% de los cuales tuvo sintomatología grave. En el *grupo 2*, la prevalencia para chicos fue del 47.1%, un 17.6% de los cuales presentaron sintomatología grave. Las chicas presentaron una prevalencia del 36.4%, de las cuales un 18.2% presentaron problemas graves.

En el síndrome Conducta Antinormativa, en el *grupo 1*, las niñas presentaron una prevalencia del 55.6%, de la cual el 44.4% fue sintomatología grave. Los niños tuvieron una prevalencia del 23.1%, un 15.4% de los cuales tuvo



sintomatología grave. En el *grupo 2*, la prevalencia para chicos fue del 35.3%, un 29.4% de los cuales presentaron sintomatología grave. Las chicas presentaron una prevalencia del 11.1%, en sintomatología grave.

Con respecto al síndrome Conducta Agresiva, en el *grupo 1*, los niños presentaron una prevalencia del 55.6%, de la cual el 44.4% fue sintomatología grave. Las niñas tuvieron una prevalencia del 50%, un 41.7% de las cuales tuvo sintomatología grave. En el *grupo 2*, la prevalencia para chicos fue del 38.9%, un 16.7% de los cuales presentaron sintomatología grave. Las chicas presentaron una prevalencia del 27.3%, de las cuales un 18.2% presentaron problemas graves.

La tabla 9.1, recoge las prevalencias de 6 a 18 años por sexo y grupo de edad.

Tabla 9.1. Prevalencias CBCL de 6 a 18 años por sexo y edad.

CBCL N= 86		6-12 Años		13-17 Años	
		Niños	Niñas	Chicos	Chicas
ANSIEDAD/DEPRESIÓN	Pc ≥ 93	44	25.9	18.8	18.2
	Pc ≥ 98	20	7.4	12.5	0
RETRAIMIENTO	Pc ≥ 93	70.6	70.4	33.3	45.5
	Pc ≥ 98	37	14.3	27.8	45.5
QUEJAS SOMÁTICAS	Pc ≥ 93	24	6.9	14.3	36.4
	Pc ≥ 98	20	6.9	7.1	27.3
PROBLEMAS SOCIALES	Pc ≥ 93	38.1	51.9	17.6	33.3
	Pc ≥ 98	38.1	33.3	17.6	22.2
PROBLEMAS DE PENSAMIENTO	Pc ≥ 93	31.3	36.4	25	0
	Pc ≥ 98	25	36.4	18.8	0
PROBLEMAS DE ATENCIÓN	Pc ≥ 93	44	51.9	47.1	36.4
	Pc ≥ 98	24	29.6	17.6	18.2
CONDUCTA ANTINORMATIVA	Pc ≥ 93	23.1	55.6	35.3	11.1
	Pc ≥ 98	15.4	44.4	29.4	11.1
CONDUCTA AGRESIVA	Pc ≥ 93	55.6	50	38.9	27.3
	Pc ≥ 98	44.4	41.7	16.7	18.2



Sobre las prevalencia de los síndromes en agrupaciones internalizantes y externalizantes, los resultados fueron los siguientes: para el *grupo 1*, la prevalencia de sintomatología internalizante en niños fue del 39.1%, de los cuales el 21.7% presentaron problemas graves. En las niñas, la prevalencia fue del 36%, un 24% de las cuales presentaron problemas graves. En el *grupo 2*, la prevalencia para las chicas fue del 50%, un 27.3% de las cuales tuvo sintomatología grave. En los chicos, la prevalencia fue del 33.3%, un 16.7% presentaron sintomatología grave. Respecto a la sintomatología externalizante, en el *grupo 1*, la prevalencia los niños fue del 50%, siendo un 42.3% de menores los que presentaron sintomatología grave. En las niñas, la prevalencia fue del 40.9%, un 36.4% presentaron sintomatología grave. En el *grupo 2*, la prevalencia en los chicos fue de un 35.5%, un 23.5%, de los cuales presentaron sintomatología grave. En las chicas, la prevalencia fue de un 22.2%, siendo un 11.1% las que presentaron sintomatología grave.

En la tabla 9.2, se recogen las prevalencias de trastornos internalizantes y externalizantes.

Tabla 9.2. CBCL de 6 a 18 años prevalencias inter/externalizante.

CBCL N= 86		6-12 Años		13-17 Años	
		Niños	Niñas	Chicos	Chicas
SINTOMATOLOGÍA INTERNALIZANTE	Pc ≥ 93	39.1	36	33.3	50
	Pc ≥ 98	21.7	24	16.7	27.3
SINTOMATOLOGÍA EXTERNALIZANTE	Pc ≥ 93	50	40.9	35.3	22.2
	Pc ≥ 98	42.3	36.4	23.5	11.1

Los resultados hallados en las agrupaciones por sexo en los diferentes niveles de gravedad clínica fueron los siguientes: en el síndrome *Ansiedad/Depresión*, los niños tuvieron una prevalencia del 31.4%, de los cuales el 16.2% presentaron gravedad clínica; en las niñas la prevalencia fue del 22%, siendo el 3.7% las que presentaron gravedad clínica.



En el síndrome *Retraimiento/Depresión*, las niñas presentaron una prevalencia del 57.9%, de las cuales el 29.9% presentaron gravedad clínica; en los niños la prevalencia fue del 51.9%, siendo el 32.4% de gravedad clínica.

En el síndrome *Quejas Somáticas*, las niñas presentaron una prevalencia del 21.6%, y de éstas el 17.1% presentaron gravedad clínica; en los niños la prevalencia fue del 19.1%, siendo el 13.5% los que mayor gravedad clínica presentaron.

En el síndrome *Problemas Sociales*, la prevalencia en niñas fue del 42,6%, de las cuales un 27.7% presentaron gravedad clínica; en los niños el 27.8% presentaron gravedad clínica.

En el síndrome *Problemas de Pensamiento*, la prevalencia para los niños fue del 28.1%, de los cuales el 21.9% fue de gravedad clínica. En las niñas, el 18.2% presentaron gravedad clínica.

En el síndrome *Problemas de Atención*, los niños presentaron una prevalencia del 45.5%, de los cuales el 20.8% tuvo problemas graves; para las niñas la prevalencia fue del 44.1%, del cual el 23.9% presentaron gravedad clínica.

En el síndrome *Conducta Antinormativa*, la prevalencia en niñas fue del 33.3%, de las cuales un 27.7% presentaron sintomatología grave; en niños la prevalencia es del 29.2%, siendo un 22.4% los que presentaron gravedad clínica.

En el síndrome *Conducta Agresiva*, la prevalencia en niños fue del 47.2%, de la cual un 30.5% presentaron problemas graves; en niñas la prevalencia fue del 38.6%, de las cuales un 29.9% presentaron gravedad clínica.

En la agrupación *Internalizante*, las niñas presentaron una prevalencia del 43%, el 25.6% de las cuales presentó gravedad clínica; la prevalencia en los niños fue del 36.2%, siendo un 19.2% los que presentaron gravedad clínica.



En la agrupación *Externalizante*, la prevalencia para los niños fue del 42.6%, de los cuales un 32.9% presentó gravedad clínica; para las niñas la prevalencia fue del 31.5%, siendo un 23.7% las que presentaron gravedad clínica.

En las agrupaciones por edad, los resultados obtenidos para el grupo 1 (6-12 años) y grupo 2 (13-17 años) son: en el síndrome *Ansiedad/Depresión*, la prevalencia en el grupo 1 fue del 34.9%, siendo un 13.7% los que presentaron sintomatología más grave; en el grupo 2, la prevalencia fue del 18.5%, el 6.2% presentaron gravedad clínica.

En el síndrome *Retraimiento/Depresión*, la prevalencia en el grupo 1 fue del 70.5%, de los cuales el 25.6% presentó gravedad clínica; en el grupo 2, la prevalencia fue del 39.4%, siendo un 36.6% los que presentaron gravedad clínica.

En el síndrome *Quejas Somáticas*, la prevalencia en el grupo 1 fue del 15.4%, de los cuales el 13.4% presentaron gravedad clínica; en el grupo 2, la prevalencia fue del 25.3%, de los cuales el 17.2% presentó gravedad clínica.

En el síndrome *Problemas Sociales* la prevalencia en el grupo 1 fue del 45%, siendo un 35,7% los que presentaron gravedad clínica; en el grupo 2, la prevalencia fue del 22.4% de los cuales el 19.9% presentó gravedad clínica.

En el síndrome *Problemas de Pensamiento*, la prevalencia en el grupo 1 fue del 33.8%, siendo un 30.7% los que presentaron gravedad clínica; en el grupo 2, la prevalencia fue del 12.3% de los cuales el 9.4% presentó gravedad clínica.

En el síndrome *Problemas de Atención*, la prevalencia para el grupo 1 fue del 47.9%, de los cuales el 26.8% presentó gravedad clínica; en el grupo 2, la prevalencia fue del 41.7% siendo un 17.9% los que presentaron gravedad clínica.

En el síndrome *Conducta Antinormativo*, el grupo 1 presentó una prevalencia del 39.3%, siendo un 29.9% los que presentaron gravedad clínica;



para el grupo 2, la prevalencia fue del 23.2%, siendo un 20.24% los que presentaron gravedad clínica.

En el síndrome *Conducta Agresiva*, la prevalencia para el grupo 1 fue del 53.8% de los cuales el 43% presentó gravedad clínica; en el grupo 2, la prevalencia fue de 33.1%, siendo el 17.4% los que presentaron gravedad clínica.

En la agrupación *Internalizante*, la prevalencia en el grupo 1 fue del 37,5%, de los cuales el 22.8% presentó problemas graves; en el grupo 2, la prevalencia fue del 41.6%, siendo el 22% los que presentaron gravedad clínica.

En la agrupación *Externalizante*, la prevalencia para el grupo 1 fue del 45.4% de los cuales el 39.3% presentó gravedad clínica; para el grupo 2, la prevalencia fue del 28.7%, de los cuales el 17.3% presentó gravedad clínica.

En la tabla 9.3, se recogen las prevalencias por grupos de sexo y edad.



Tabla 9.3. Prevalencia por grupo de sexo y edad.

		Ans/Dep	Retra.	Q. Som.	P. Soc.	P. Pens.	P. Aten.	C. Ant.	C. Agr.	Inter.	Exter.	
Total	pc ≥ 93	Niños	31.4	51.9	19.1	27.8	28.1	45.5	29.2	47.2	36.2	42.6
		Niñas	22	57.9	21.6	42.6	18.2	44.1	33.3	38.6	43	31.5
Sexo	pc ≥ 98	Niños	16.2	32.4	13.5	27.8	21.9	20.8	22.4	30.5	19.2	32.9
		Niñas	3.7	29.9	17.1	27.7	18.2	23.9	27.7	29.9	25.6	23.7
Total	pc ≥ 93	6-12 años	34.9	70.5	15.4	45	33.8	47.9	39.3	53.8	37.5	45.4
		13-17 años	18.5	39.4	25.3	22.4	12.5	41.7	23.2	33.1	41.6	28.7
Edad	pc ≥ 98	6-12 años	13.7	25.6	13.4	35.7	30.7	26.8	29.9	43	22.8	39.3
		13-17 años	6.2	36.6	17.2	19.9	9.4	17.9	20.25	17.4	22	17.3



En lo referente a puntuaciones globales para los diferentes puntos de corte, las prevalencias mostraron que para el $pc \geq 93$, la mayor prevalencia se obtuvo en el síndrome *Retraimiento* (54.9%), seguido de *Problemas de Atención* (44.8%), *Conducta Agresiva* (42.9%), *Problemas Sociales* (35.2%), *Conducta Antinormativa* (31.3%), *Ansiedad/Depresión* (26.7%), *Problemas de Pensamiento* (23.2%) y finalmente *Quejas Somáticas* (20.4%). Las prevalencias para las agrupaciones de los síndromes en sintomatología internalizante e internalizante fueron del 39.6% y 37.1%, respectivamente.

Las prevalencias globales para el $pc \geq 98$, fueron las siguientes: la mayor prevalencia se obtuvo en el síndrome *Retraimiento* (31.1%), seguido de *Conducta Agresiva* (30.2%), *Problemas Sociales* (27.8%), *Conducta Antinormativa* (25.1%), *Problemas de Atención* (22.3%), *Problemas de Pensamiento* (20.1%), *Quejas Somáticas* (15.3%) y finalmente *Retraimiento/Depresión* (10%). La prevalencia para las agrupaciones de los síndromes en sintomatología externalizante e internalizante fue del 22.4% y 28.3%, respectivamente (tabla 9.4).

Tabla 9.4. Prevalencias globales en los $pc \geq 93$ y 98.

	TOTAL $pc \geq 93$	TOTAL $pc \geq 98$
ANSIEDAD/DEPRESIÓN	26.7	10
RETRAIMIENTO	54.9	31.1
QUEJAS SOMÁTICAS	20.4	15.3
PROBLEMAS SOCIALES	35.2	27.8
PROBLEMAS DE PENSAMIENTO	23.2	20.1
PROBLEMAS DE ATENCIÓN	44.8	22.3
CONDUCTA ANTINORMATIVA	31.3	25.1
CONDUCTA AGRESIVA	42.9	30.2
INTERNALIZANTES	39.6	22.4
EXTERNALIZANTES	37.1	28.3



9.2 ADAPTACIÓN

9.2.1 TEST AUTOEVALUATIVO MULTIFACTORIAL DE ADAPTACIÓN INFANTIL (TAMAI)

Se muestran a continuación las prevalencias en las nueve variables de inadaptación medidas en los tres niveles del TAMAI: (1) Inadaptación Personal, (2) Inadaptación Escolar, (3) Inadaptación Social, (4) Insatisfacción con el Ambiente Familiar, (5) Insatisfacción con los Hermanos, (6) Discrepancia Educativa, (7) Percepción del Estilo Educativo de la Madre, y (8) Percepción del Estilo Educativo del Padre. Se han analizado los resultados en función del sexo. Para obtener prevalencias totales, se ha realizado análisis de medias entre los diferentes niveles del TAMAI. Los resultados se han obtenidos en la categoría alta y muy alta, dado que se consideran indicativos de inadaptación grave en ese contexto.

En el Nivel I (8 a 10 años), las niñas presentaron mayor inadaptación que los niños en todas las variables analizadas: *Inadaptación General* (19% frente al 12.2%); *Inadaptación Personal* (14.3% frente al 12.2%); *Inadaptación Escolar* (28.6% frente al 14.6%); *Inadaptación Social* (38.1% frente al 19.5%); *Insatisfacción Familiar* (52.4% frente al 25%); *Insatisfacción con Hermanos* (8.1% frente al 15.8%); *Discrepancia Educativa* (20% frente al 17.9%); *Estilo Educativo del Padre* (45% frente al 43.6%); *Estilo Educativo de la Madre* (42.9% frente al 37.5%).

En el Nivel II (11 a 13 años), las prevalencias en inadaptación son las siguientes: los niños presentaron mayor *Inadaptación General* que las niñas (33.3% frente a 28.6%); en *Inadaptación Personal* las niñas presentaron mayores niveles que los niños (28.6% frente a 20%); en *Inadaptación Escolar* y *Social* los niños presentaron más inadaptación que las niñas (46.7% frente a 28.6% y 46.7% frente a 32.1% respectivamente); en el resto de variables, fueron las niñas las que presentaron mayor inadaptación: *Insatisfacción Familiar* (42.3% frente a 15.4%); *Insatisfacción con Hermanos* (24% frente a 21.4%); *Discrepancias Educativas* (28.6%



frente a 10%); *Estilo Educativo del Padre* (85.7% frente a 80%); *Estilo Educativo de la Madre* (67.9% frente a 66.7%).

En el Nivel III (14 a 18 años), la prevalencia en *Inadaptación General* fue igual para ambos sexos (33.3%); en *Inadaptación Personal* los niños presentaron más inadaptación que las niñas (41.7% frente a 25%); en *Inadaptación Escolar, Social e Insatisfacción Familiar* las niñas presentaron mayores prevalencias que los niños (25% frente a 16.7%; 41.7% frente a 25%, y 50% frente al 25% respectivamente); los niños presentaron mayores niveles de *Insatisfacción con Hermanos* que las niñas (50% frente al 25%), la prevalencia en *Discrepancia Educativa* es igual para ambos sexos (36.4%); en *Estilo Educativo del Padre* los niños presentaron mayor insatisfacción que las niñas (90.9% frente al 63.6%) y en el *Estilo Educativo de la Madre* fueron las niñas las que presentaron mayor insatisfacción (100% frente al 91.7%). En la tabla 9.5 los resultados.

Tabla 9.5. Prevalencia en adaptación (TAMAI).

TAMAI	SEXO	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III
INADAP. GENERAL	Niño	12.2	33.3	33.3
	Niña	19	28.6	33.3
INADAP. PERSONAL	Niño	12.2	20	41.7
	Niña	14.3	28.6	25
INADP. ESCOLAR	Niño	14.6	46.7	16.7
	Niña	28.6	28.6	25
INADAP. SOCIAL	Niño	19.5	46.7	25
	Niña	38.1	32.1	41.7
INSAT. FAMILIAR	Niño	25	15.4	25
	Niña	52.4	42.3	50
INSAT. HERMANOS	Niño	8.1	21.4	50
	Niña	15.8	24	25
DISCREPANCIAS EDUCATIVAS	Niño	17.9	10	36.4
	Niña	20	28.6	36.4
EST. EDUC. PADRE	Niño	43.6	80	90.9
	Niña	45	85.7	63.6
EST. EDUC. MADRE	Niño	37.5	66.7	91.7
	Niña	42.9	67.9	100



Figura 9.1. Prevalencias Nivel I.

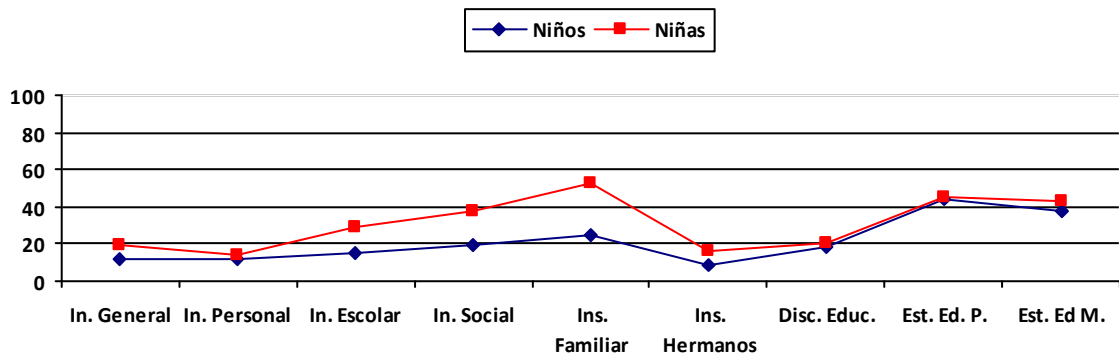


Figura 9.2. Prevalencias Nivel II.

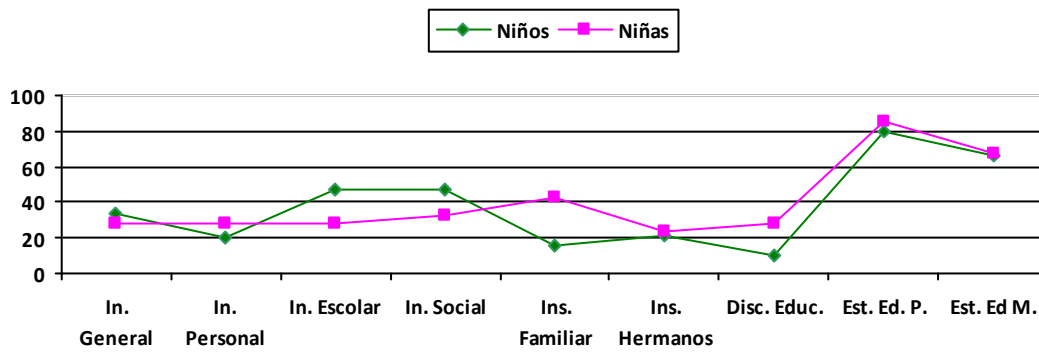
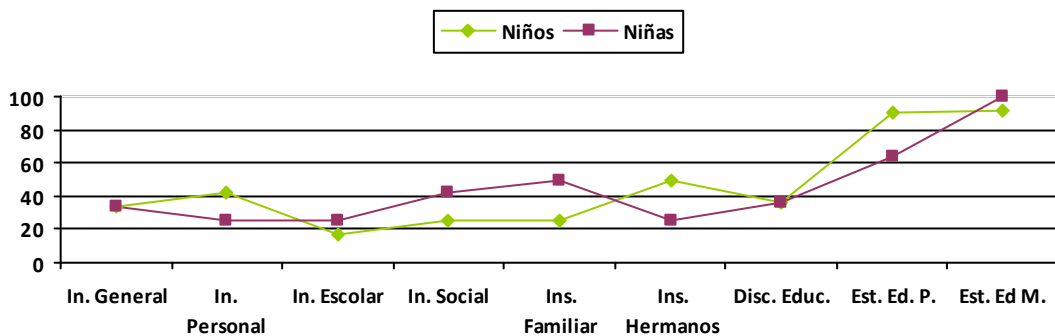


Figura 9.3. Prevalencias Nivel III.



En los totales para sexo, las niñas presentaron mayor prevalencia que los niños en *Insatisfacción Familiar* (48.2% frente a 21.8%). Siendo el resto de resultados similares en ambos sexos. En la muestra total, las prevalencias fueron las siguientes: *Estilo Educativo del Padre* (68%), *Estilo Educativo de la Madre* (67.8%),



Insatisfacción Familiar (35%), Inadaptación Social (33.9%), Inadaptación Escolar (26.7%), Inadaptación General (26.6%), Discrepancias Educativas (24.9%), Insatisfacción con Hermanos (24.1%) e Inadaptación Personal (23.6%). En la tabla 9.6, se presentan las prevalencias totales para sexo y las totales para la muestra.

Tabla 9.6. Prevalencias totales para sexo y para la muestra.

	TOTAL PARA SEXO		TOTAL DE LA MUESTRA
	Niños	Niñas	
INADAP. GENERAL	26.3	27	26.6
INADAP. PERSONAL	24.6	22.6	23.6
INADAP. ESCOLAR	26	27.4	26.7
INADAP. SOCIAL	30.4	37.3	33.9
INSAT. FAMILIAR	21.8	48.2	35
INSAT. HERMANOS	26.5	21.6	24.1
DISCREPANCIAS EDUCATIVAS	21.4	28.3	24.9
EST. EDUC. PADRE	71.2	64.8	68
EST. EDUC. MADRE	65.3	70.3	67.8

9.3 ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

9.3.1 CHILD PTSD SYMPTOM SCALE (CPSS)

La descripción de los síntomas de estrés posttraumático, se centran en la primera parte de la escala, que está compuesta por 17 ítems y comprende 3 subescalas: Pensamientos Intrusivos, Evitación e Hiperarousal. Se exponen los resultados del análisis de prevalencias. Siguiendo el criterio de edad de aplicación, para la descripción de los datos del CPSS, la muestra se reduce a 70 casos, es decir aquellos menores que tienen una edad igual o superior a 8 años. Los criterios seguidos para la descripción de los resultados, son los siguientes:

i. Análisis de ítems de la primera parte de la escala.

ii. Análisis factorial de la escala CPSS.



- iii. Diagnóstico TEPT completo según criterios del manual diagnóstico DSM-IV (APA, 1994) y DSM-IV-TR (APA, 2000), que requiere sintomatología de al menos 1 síntoma en Pensamientos Intrusivos, 3 en Evitación y 2 en Hiperarousal. Puntuación 2 ó superior en la escala (mínimo 2 veces a la semana). Con y sin Deterioro Funcional.
- iv. Diagnóstico TEPT Parcial según criterios de Scheeringa et al (2003 y 2010), que requiere cumplir 1 síntoma en Pensamientos Intrusivos, 1 en Evitación y 2 en Hiperarousal. Puntuación 2 ó superior en la escala. Mínimo 2 veces a la semana).
- v. Diagnóstico TEPT según criterios diagnósticos DSM-5 (APA, 2013). Que requiere sintomatología persistente de al menos 1 síntoma en Pensamientos Intrusivos, 1 en Evitación, 2 en Alteraciones negativas en la cognición y el humor y 2 en Hiperarousal. Puntuación 2 o superior en la escala (mínimo 2 veces a la semana). Con y sin Deterioro Funcional.
- vi. Relación entre número síndromes del CBCL, tomando como nivel de gravedad clínica el $pc \geq 93$ y el criterio psicométrico de puntuación mayor o igual a 18 en la escala total del CPSS, tomándola como indicador de sintomatología grave (Jaycox et al., 2009).
- i. Análisis de ítems de la primera parte de la escala CPSS e índice de homogeneidad.**

Los resultados del análisis de ítems, indican que la mayoría de ítems ronda el valor de 1 (escala de 0 a 3), siendo las puntuaciones medias más elevadas las de 1,39 en el ítem 6 (Evitar pensar, sentir...) de la subescala de Evitación, y 1.32 en el ítem 4 (Malestar psicológico) en la subescala de Pensamientos Intrusivos. La puntuación media más baja fue 0.55 en el ítem 8 (Amnesia) de la subescala de Evitación.

Con respecto al índice de homogeneidad, todos los ítems tienen su valor dentro del intervalo adecuado (.3 - .7). Por tanto, está midiendo lo mismo que la



prueba globalmente (tabla 9.7). La tabla 9.8 presenta las frecuencias y porcentajes por categorías para cada ítem.

Tabla 9.7. Análisis de ítems de la escala CPSS (1ª parte)

Subescalas	Ítems	Media (desviaciones típicas)	Índice homogeneidad
Pensamientos Intrusivos	1. Recuerdos intrusivos	1.10 (1.27)	.629
	2. Sueños intrusivos	.76 (1.06)	.465
	3. Flashbacks	.85 (1.12)	.542
	4. Malestar psicológico	1.32 (1.19)	.672
	5. Malestar fisiológico	.88 (1.13)	.583
Evitación	6. Evitar pensar, sentir...	1.39 (1.25)	.585
	7. Evitar actividades, lugares...	.85 (1.08)	.473
	8. Amnesia	.55 (.92)	.458
	9. Pérdida de interés en actividades.	.89 (1.22)	.486
	10. Sensación de despego o enajenación	.69 (1.01)	.582
	11. Restricción de la vida afectiva	.75 (1.11)	.458
	12. Sensación de futuro desolador	.69 (1.05)	.419
Hiperarousal	13. Insomnio	.73 (.97)	.461
	14. Irritabilidad	1.01 (1.19)	.551
	15. Dificultad para concentrarse	.69 (.99)	.310
	16. Hipervigilancia	.75 (1.11)	.442
	17. Respuesta de sobresalto	.69 (1.02)	.597



Tabla 9.8. Frecuencias y porcentajes por categorías para cada ítem

Ítems		Nada	1 vez/semana	2-4 veces/semana	5 ó más veces/semana
1	Frecuencia	36	8	10	16
	% Válido	51.4	11.4	14.3	22.9
2	Frecuencia	40	13	9	8
	% Válido	57.1	18.6	12.9	11.4
3	Frecuencia	37	15	6	11
	% Válido	53.6	21.7	8.7	15.9
4	Frecuencia	24	17	12	17
	% Válido	34.3	24.3	17.1	24.3
5	Frecuencia	38	11	11	10
	% Válido	54.3	15.7	15.7	14.3
6	Frecuencia	27	8	15	20
	% Válido	38.6	11.4	21.4	28.6
7	Frecuencia	37	15	8	10
	% Válido	52.9	21.4	11.4	14.3
8	Frecuencia	45	15	5	5
	% Válido	64.3	21.4	7.1	7.1
9	Frecuencia	40	10	5	14
	% Válido	58.0	14.5	7.2	20.3
10	Frecuencia	41	14	7	8
	% Válido	58.6	20.0	10.0	11.4
11	Frecuencia	43	14	2	11
	% Válido	61.4	20.0	2.9	15.7
12	Frecuencia	44	12	6	8
	% Válido	62.9	17.1	8.6	11.4
13	Frecuencia	39	18	7	6
	% Válido	55.7	25.7	10.0	8.6
14	Frecuencia	36	12	9	13
	% Válido	51.4	17.1	12.9	18.6
15	Frecuencia	43	13	8	6
	% Válido	61.4	18.6	11.4	8.6
16	Frecuencia	43	11	5	11
	% Válido	61.4	15.7	7.1	15.7
17	Frecuencia	42	13	7	8
	% Válido	60.0	18.6	10.0	11.4

ii. **Análisis factorial de la escala CPSS.**

Se realizó un análisis factorial exploratorio de la escala CPSS, únicamente de los 17 primeros ítems, que son los síntomas. El método de extracción de los



factores ha sido a través de ejes principales, el criterio de selección fue $GFI > .95$, $RSMR$ (Residuales) $< .08$, y scree-plot de Cattell. Se ha considerado el método de rotación Promax (oblicuo), como el más adecuado. Se han llevado a cabo dos soluciones factoriales, una de dos factores y otra de tres. En esta última solución, el tercer factor sólo obtuvo dos cargas significativas, una de ellas mayor de 1, lo que indicó una solución impropia. Por tanto, se consideró como mejor solución la de dos factores. No obstante, el análisis factorial exploratorio confirmó una estructura diferente a la de la prueba original para este grupo concreto. El factor 1 lo componen 2 síntomas de Reexperimentación, 5 de Evitación y 5 de Hiperarousal. El factor 2 está formado por 3 síntomas de Reexperimentación y 2 de Evitación. En la tabla 9.9 se presenta la distribución de los ítems.

Tabla 9.9. Análisis factorial del CPSS.

	ESCALAS	ÍTEMS	CARGAS
FACTOR 1	Hiperarous.	16. Hipervigilancia	.919
	Hiperarous.	13. Insomnio	.746
	Reexperim.	5. Malestar fisiológico	.683
	Hiperarous.	17. Respuesta de sobresalto	.628
	Evitación	10. Sensación de desapego o enajenación	.598
	Hiperarous.	14. Irritabilidad	.595
	Evitación	8. Pérdida de interés en actividades	.557
	Reexperim.	4. Malestar psicológico	.522
	Evitación	6. Evitar pensar, sentir...	.473
	Evitación	7. Evitar actividades, lugares	.445
	Hiperarous.	15. Dificultades de concentración	.404
FACTOR 2	Evitación	12. Sensación de futuro desolador	.367
	Reexperim.	2. Sueños intrusivos	.930
	Reexperim.	1. Recuerdos intrusivos	.926
	Evitación	11. Restricción de la vida afectiva	.622
	Evitación	8. Amnesia	.512
	Reexperim.	3. Flashbacks	.479

iii. Diagnóstico TEPT completo en DSM-IV-TR

Según los criterios clínicos señalados en el manual diagnóstico DSM-IV-TR de la APA, y requiriéndose 1 ítem en Pensamientos Intrusivos, 3 en Evitación



y 2 en Hiperarousal, la prevalencia para el diagnóstico de TEPT en el total la muestra fue del 32.9%. Según el sexo, las niñas presentaron mayor prevalencia TEPT que los niños (40% frente al 25.7%), en función de la edad en el *grupo 1* (6 a 12 años) la prevalencia fue del 31.7%, siendo del 34.5% para el *grupo 2* (13 a 17 años) (figuras 9.4 y 9.5)

Figura 9.4. Prevalencias DSM-IV-TR por sexo.

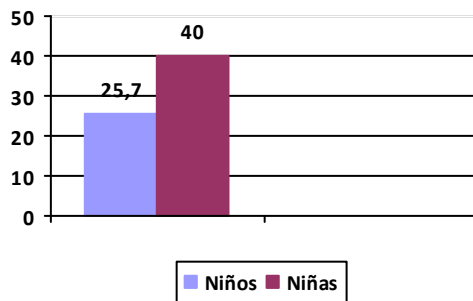
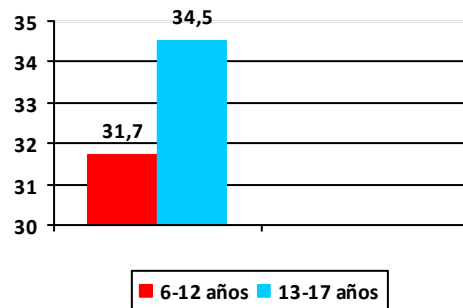


Figura 9.5. Prevalencias DSM-IV-TR por edad.



iv. Diagnóstico TEPT completo en DSM-IV-TR y Deterioro Funcional

En este punto se describen las prevalencias del TEPT, teniendo en consideración la segunda parte de la escala, referida a la afectación que el estrés postraumático provoca en la vida de los/as menores. Por tanto, se requiere 1 ítem en Pensamientos Intrusivos, 3 en Evitación, 2 en Hiperarousal, y al menos un indicador de deterioro funcional.

La prevalencia total para el diagnóstico TEPT fue del 30%. Según el sexo, las niñas presentaron mayor prevalencia TEPT que los niños (40% frente al 20%), en función de la edad en el *grupo 1* la prevalencia fue del 26,8%, siendo del 34.5% para el *grupo 2* (figuras 9.6 y 9.7).



Figura 9.6. Prevalencias DSM-IV-TR más Deterioro por sexo.

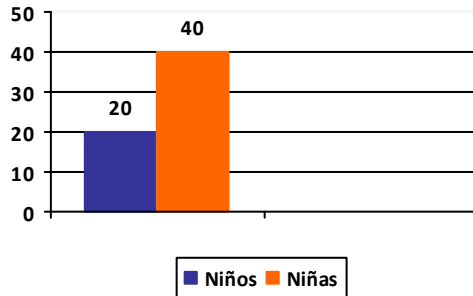
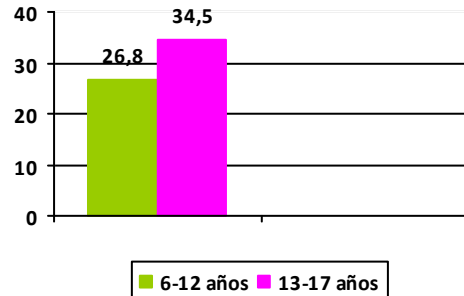


Figura 9.7 Prevalencias DSM-IV-TR más Deterioro por edad.



v.Diagnóstico TEPT Parcial

A continuación se describen los criterios propuestos por Scheeringa et al. (2003, 2010), que requiere cumplir 1 síntoma en Pensamientos Intrusivos, 1 en Evitación y 2 en Hiperarousal.

Según los criterios anteriores, la prevalencia de diagnóstico TEPT en la muestra fue de 44.3%. Según el sexo, las niñas presentaron mayor prevalencia que los niños (51.4% frente al 37.1%), teniendo en cuenta la edad el grupo 2 presentaron mayor prevalencia que el grupo 1 (48.3% frente a 41.5%) (figuras 9.8 y 9.9).

Figura 9.8. Prevalencias TEPT Parcial por sexo.

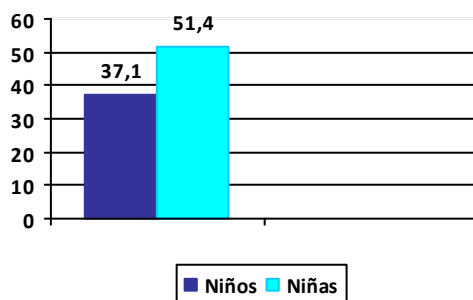
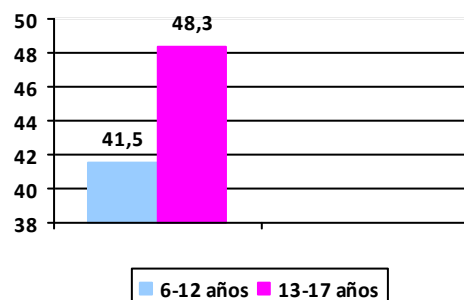


Figura 9.9. Prevalencias TEPT Parcial por edad.





vi. Diagnóstico TEPT completo en DSM-5

Según los clínicos del manual diagnóstico DSM-5, que requiere sintomatología persistente de al menos 1 síntoma en Pensamientos Intrusivos, 1 en Evitación, 2 en Alteraciones negativas en la cognición y el humor y 2 en Hiperarousal, la prevalencia para el total de la muestra fue de 28.6%. Según el sexo las niñas presentaron mayor prevalencia TEPT que los niños (37.1% frente al 20%), y teniendo en cuenta la edad el grupo 1 presentó mayor prevalencia que el grupo 2 (29.3% frente al 27.6%) (figuras 9.10 y 9.11).

Figura 9.10. Prevalencias DSM-5 por sexo.

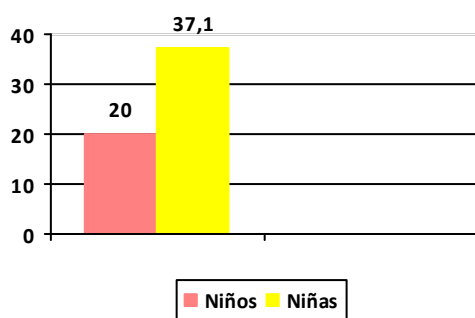
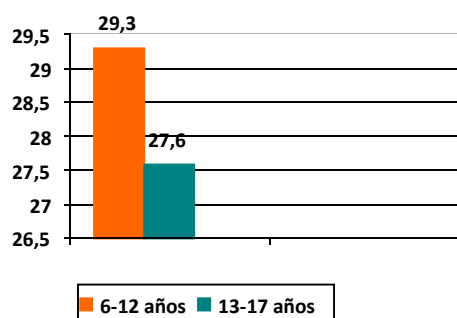


Figura 9.11. Prevalencias DSM-5 por edad.



vii. Diagnóstico TEPT completo en DSM-5 más Deterioro Funcional

En este punto se describen las prevalencias del TEPT, teniendo en consideración la segunda parte de la escala, referida a la afectación que el estrés postraumático provoca en la vida de los/as menores. Por tanto, se requiere Pensamientos Intrusivos, 1 en Evitación, 2 en Alteraciones negativas en la cognición y el humor, 2 en Hiperarousal y al menos un indicador de deterioro funcional.

Según los criterios anteriores, la prevalencia TEPT en la muestra fue del 27.1%. En función del sexo las niñas presentaron mayor prevalencia que los niños



(37.1% frente al 17.1%) y según la edad el grupo 2 presentó una prevalencia ligeramente superior al grupo 1 (27.6% frente al 26.8%) (figuras 9.12 y 9.13).

Figura 9.12 Prevalencias DSM-5 más Deterioro por sexo.

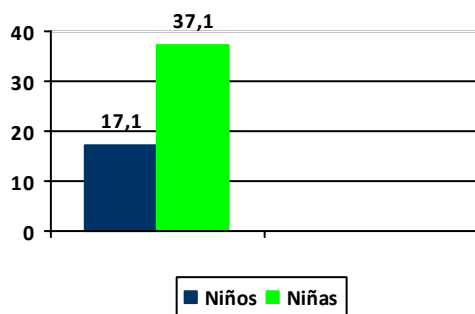
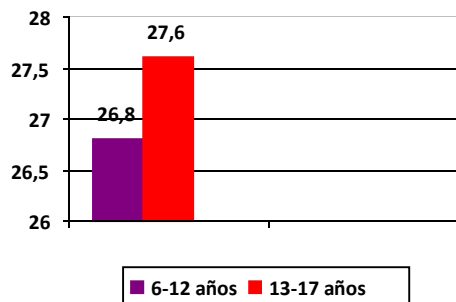


Figura 9.13. Prevalencias DSM-5 más Deterioro por edad.



En las tablas 9.10 y 9.11, se muestran las prevalencia por sexo y edad para cada uno de los criterios TEPT anteriormente expuestos.

Tabla 9.10. Prevalencia TEPT según sexo y significación estadística.

CRITERIOS TEPT	Total	Niños	Niñas	Significación estadística
DSM-IV sin Deterioro	32.9	25.7	40	$X^2(1)=1.619, p= .203$
DSM-IV con Deterioro	30	20	40	$X^2(1)=3.333, p= .068^*$
TEPT Parcial (Sheeringa et al, 2003, 2010)	44.3	37.1	51.4	$X^2(1)=1.447, p= .229$
DSM-5 sin Deterioro	28.6	20	37.1	$X^2(1)=2.520, p= .112$
DSM-5 con Deterioro	27.1	17.1	37.1	$X^2(1)=3.540, p= .060^*$

*Marginalmente significativa



Tabla 9.11. Prevalencia TEPT según edad.

CRITERIOS TEPT	Total	6-12 años	13-17 años
DSM-IV sin Deterioro	32.9	31.7	34.5
DSM-IV con Deterioro	30	26.8	34.5
TEPT Parcial (Sheeringa et al, 2003, 2010)	44.3	41.5	48.3
DSM-5 sin Deterioro	28.6	29.3	27.6
DSM-5 con Deterioro	27.1	26.8	27.6

viii. **Relación entre número de síndromes del CBCL, y el criterio psicométrico de puntuación mayor o igual a 18 en la escala total del CPSS como sintomatología grave (Jaycox et al., 2009).**

Los resultados indicaron que del grupo de menores de 6 a 12 años, un 42.9% de niños y un 25% de niñas no presentaron sintomatología clínica en el CBCL, aunque cumplían criterios psicométricos de TEPT. El 25% de las niñas obtuvo sintomatología clínica en dos síndromes y además cumplieron criterios de TEPT y el 57.1% de niños y el 50% de niñas tuvieron tres o más síndromes clínicos y cumplían criterios TEPT.

En el grupo de 13 a 17 años, el 33.3% de niños y niñas no presentaron sintomatología clínica en ningún síndrome del CBCL, pero sí cumplían criterios psicométricos de TEPT. De las niñas que cumplieron criterios de TEPT, el 33.3% presentó sintomatología clínica en dos y tres o más síndromes del CBCL. El 66.7% de los niños tenía tres o más síndromes clínicos y cumplía criterios de TEPT (tabla 9.12).



Tabla 9.12. Relación entre sintomatología en el CBCL y CPSS.

	Número de síndromes clínicos en el CBCL con TEPT \geq 18							
	8-12 años				13-17 años			
	0	1	2	3 ó más	0	1	2	3 ó más
Niños	42.9	0	0	57.1	33.3	0	0	66.7
Niñas	25	0	25	50	33.3	0	33.3	33.3

9.4 CORRELACIONES

Se han evaluado las relaciones existentes entre los síndromes de la escala del CBCL y las escalas de estrés postraumático (CPSS) y adaptación (TAMAI). El estadístico utilizado ha sido el coeficiente de correlación de Pearson.

9.4.1 CORRELACIONES ENTRE ESCALA CPSS Y SÍNDROMES CBCL

En la matriz de correlaciones entre los síndromes del CBCL de 6 a 18 años y las subescalas del CPSS, únicamente hubo una correlación significativa ($p < .05$) entre la subescala de *Reexperimentación* y el síndrome de *Quejas Somáticas*.

En el anexo 3 la tabla 9.13, presenta la matriz de correlaciones entre estas escalas.

9.4.2 CORRELACIONES ENTRE TAMAI I (8 a 10 años) Y SÍNDROMES CBCL

En la matriz de correlaciones entre las subescalas del TAMAI y el CBCL, se muestran correlaciones significativas al nivel de significación del .05 y del .01, como se indica a continuación.

El síndrome *Quejas Somáticas* correlacionó negativamente ($p < .05$) con *Inadaptación Escolar* (- .343).

El síndrome de *Problemas Sociales* correlacionó también negativamente ($p < .05$) con el *Estilo Educativo de la Madre* (- .359).

El síndrome *Problemas de Pensamiento* correlacionó tanto positiva ($p < .05$), como negativamente ($p < .01$), con *Inadaptación Social* (.353) y *Estilo Educativo de la Madre* (- .433), respectivamente.



El síndrome *Problemas de Atención* correlacionó ($p < .01$) con *Inadaptación Social* (.448).

El síndrome *Antinormativo* correlacionó negativamente ($p < .01$) con el *Estilo Educativo de la Madre* (- .379).

El síndrome *Comportamiento Agresivo* correlacionó negativamente tanto al nivel de significación de .05 como de .01, con el *Estilo Educativo del Padre* (- .369) y el *Estilo Educativo de la Madre* (- .477), respectivamente.

En el anexo 3, la tabla 9.14 presenta la matriz de correlaciones entre estas escalas.

9.4.3 CORRELACIONES ENTRE TAMAI II (11 a 13 años) Y SÍNDROMES CBCL

La matriz de correlaciones entre las subescalas del TAMAI y el CBCL, muestra correlaciones significativas al nivel de significación del .05 y del .01, como se indica a continuación.

En el síndrome *Ansiedad/Depresión*, presentó correlaciones significativas ($p < .05$) con las subescalas de *Inadaptación Personal* (.538) y *Discrepancia Educativa* (.623).

En el síndrome *Retraimiento/Depresión*, existe una correlación negativa ($p < .05$) con la subescala de *Estilo Educativo de la Madre* (- .527).

En el síndrome *Quejas Somáticas*, la correlación fue significativa ($p < .01$), con la subescala de *Inadaptación Personal* (.662) y también correlacionó negativamente ($p < .05$) con el *Estilo Educativo del Padre* (- .662).

En el síndrome *Problemas de Pensamiento*, la correlación fue significativa ($p < .05$) con la subescala de *Inadaptación General* (.511), y también correlacionó negativamente ($p < .01$) con el *Estilo Educativo de la Madre* (- .624).



En el síndrome *Problemas de Atención*, la correlación fue significativa ($p < .05$) con las subescalas de *Inadaptación General* (.559), *Inadaptación Escolar* (.527) y *Discrepancia Educativa* (.628). También correlacionó negativamente ($p < .01$) con el *Estilo Educativo de la Madre* (- .630).

En el anexo 3, la tabla 9.15 muestra la matriz de correlaciones entre estas escalas.

9.4.4 CORRELACIONES ENTRE TAMAI III (14 a 18 años) Y SÍNDROMES CBCL

La matriz de correlaciones entre las subescalas del TAMAI y el CBCL, muestra correlaciones significativas al nivel de significación del .05, como se indica a continuación.

El síndrome *Problemas de Pensamiento* correlacionó, tanto positiva como negativamente, con las subescalas *Estilo Educativo de la Madre* (.736) y *Discrepancia Educativa* (- .686).

El síndrome *Problemas de Atención* correlacionó negativamente con la subescala de *Inadaptación Personal* (- .637).

El síndrome global *Externalizante* correlacionó negativamente con la subescala de *Inadaptación General* (- .581).

En el anexo 3, la tabla 9.16 presenta la matriz de correlaciones entre estas escalas.

En resumen, los resultados indican que no existe correlación significativa entre las escalas del CPSS y los síndromes del CBCL, únicamente correlacionaron la subescala de *Reexperimentación* y el síndrome *Quejas Somáticas*.

En las correlaciones entre los diferentes niveles del TAMAI y CBCL, el síndrome *Quejas Somáticas* correlacionó en el nivel I con *Inadaptación Escolar*, y en el nivel II con *Inadaptación Personal* y negativamente con el *Estilo Educativo del*



Padre. En el nivel I, *Problemas Sociales* únicamente correlaciona negativamente con el *Estilo Educativo de la Madre*. El síndrome *Problemas de Pensamiento* correlaciona en los tres niveles del TAMAI: en el nivel I, con *Inadaptación Social* y negativamente con *Estilo Educativo de la Madre*; en el nivel II, con *Inadaptación General* y negativamente con *Estilo Educativo de la Madre*; en el nivel III, con *Estilo Educativo de la Madre* y *Discrepancia Educativa*.

El síndrome *Problemas de Atención*, también correlaciona en los tres niveles del TAMAI: en el nivel I, con *Inadaptación Social*; en el nivel II, con *Inadaptación General*, *Inadaptación Escolar* y *Discrepancia Educativa*, así como negativamente con *Estilo Educativo de la Madre*; en el nivel III, con correlaciona negativamente con *Inadaptación Personal*.

El síndrome *Comportamiento Antinormativo* correlacionó negativamente con *Estilo Educativo de la Madre*, en el nivel I. En este nivel también hay una correlación negativa entre el síndrome *Comportamiento Agresivo* y *Estilo Educativo del Padre y Madre*.

En el nivel II, encontramos correlaciones significativas entre el síndrome *Ansiedad/Depresión* y las escalas de *Inadaptación Personal* y *Discrepancia Educativa*. También correlacionó negativamente, en este nivel, el síndrome *Retraimiento/Depresión* y *Estilo Educativo de la Madre*.

En el nivel III, el síndrome global *Externalizante* correlacionó negativamente con *Inadaptación General*.

9.5 ANÁLISIS INFERENCIAL

9.5.1 ANÁLISIS INFERENCIAL DE LAS ESCALAS DEL CPSS

9.5.1.1 ANÁLISIS INFERENCIAL CON RESPETO AL SEXO

Las medias de las puntuaciones fueron mayores en las niñas que en los niños. Las significaciones fueron marginales en las escalas de Reexperimentación



($Z = -1.792$, $p = .073$) y Evitación ($Z = -1.949$, $p = .051$). No se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos en Hiperarousal ($Z = -1.342$, $p = .180$) y Deterioro ($Z = -1.294$, $p = .196$) (tabla 9.17).

Tabla 9.17. Rangos promedio y análisis inferencial con respecto al sexo

	Sexo	Reexper	Evitación	Hiperarousal	Deterioro
Rango promedio	Niños	30.63	30.25	32.27	23.09
	Niñas	39.24	39.61	38.73	28.39
Z		-1.792	-1.949	-1.342	-1.294
Sig. asintót. (bilateral)		.073*	.051*	.180	.196

*significación marginal.

Prueba U de Mann-Whitney

9.5.1.2 ANÁLISIS INFERENCIAL CON RESPETO A LA EDAD

Las medias de las puntuaciones fueron mayores en el grupo de edad 1 (de 8 a 11 años) en todas las escalas del CPSS excepto en la escalas de Deterioro que fue mayor para el grupo de edad 2 (de 12 a 17 años). No se han encontrado diferencias significativas entre los grupos de edad con respecto a las subescalas del CPSS. Los resultados fueron los siguientes: Reexperimentación ($Z = -0.666$, $p = .505$), Evitación ($Z = -0.946$, $p = .344$), Hiperarousal ($Z = -0.729$, $p = .466$) y Deterioro ($Z = -0.986$, $p = .324$) (tabla 9.18).

Tabla 9.18. Rangos promedio y análisis inferencial con respecto a la edad

	Edad	Reexper	Evitación	Hiperarousal	Deterioro
Rango promedio	Grupo 1 (8-11)	36.36	36.88	34.02	24.32
	Grupo 2 (12-17)	33.12	32.25	37.59	28.40
Z		-.666	-.946	-.729	-.986
Sig. asintót. (bilateral)		.505	.344	.466	.324

Prueba U de Mann-Whitney



9.5.1.3 ANÁLISIS INFERENCIAL CON RESPETO AL TIPO DE TUTELA

Las medias de las puntuaciones fueron mayores en los menores tutelados en centros. No obstante, ninguna de las subescalas del CPSS resultó significativa. Los resultados fueron los siguientes: Reexperimentación (chi-cuadrado = 1.137, $gl = 2$, $p = .566$), Evitación (chi-cuadrado = .452, $gl = 2$, $p = .798$), Hiperarousal (chi-cuadrado = .570, $gl = 2$, $p = 0.752$) y Deterioro (chi-cuadrado = 1.403, $gl = 2$, $p = .496$) (tabla 9.19).

Tabla 9.19. Rangos promedio y análisis inferencial con respecto a tipo de tutela.

	Tipo de tutela	Reexper	Evitación	Hiperarousal	Deterioro
Rango promedio	Centro	37.30	36.03	37.03	28.50
	F. extensa	31.77	34.81	33.06	24.17
	F. ajena	34.06	30.81	35.56	22.42
Chi-cuadrado		1.137	.452	.570	1.403
Sig. asintót.		.566	.798	.752	.496

Prueba de Kruskal-Wallis.

9.5.1.4 ANÁLISIS INFERENCIAL EN FUNCIÓN DE LA NACIONALIDAD.

Las medias de las puntuaciones en Reexperimentación y Evitación fueron mayores en menores españoles, mientras que las medias de las puntuaciones en Hiperarousal y Deterioro fueron mayores en el grupo de menores extranjeros. No se obtuvieron diferencias significativas en función de la nacionalidad de los niños en ninguna de las cuatro subescalas del CPSS. Los resultados fueron los siguientes: Reexperimentación ($Z = -.231$, $p = .817$), Evitación ($Z = -.565$, $p = .572$), Hiperarousal ($Z = -.187$, $p = .852$) y Deterioro ($Z = -.315$, $p = .735$) (tabla 9.20).



Tabla 9.20. Rangos promedio y análisis inferencial en función de la nacionalidad.

	Nacionalidad	Reexper	Evitación	Hiperarousal	Deterioro
Rango promedio	Espanoles	35.23	35.56	35.32	25.70
	Otra nacionalidad	33.65	31.70	36.60	27.39
Z		-.231	-.565	-.187	-.315
Sig. asintót. (bilateral)		.817	.572	.852	.753

Prueba U de Mann-Whitney

9.5.2 ANÁLISIS INFERENCIAL DE LAS ESCALAS DEL CBCL

9.5.2.1 ANÁLISIS INFERENCIAL CON RESPETO AL SEXO

La media de las puntuaciones de los síndromes Introversión y Problemas Sociales es mayor en las niñas. En el resto de síndromes la media de las puntuaciones es mayor en niños. No se obtuvieron diferencias significativas con respecto al sexo. Los resultados fueron los siguientes: Ansiedad/Depresión ($Z = -.093$, $p = .926$), Retraimiento/Depresión ($Z = -.523$, $p = .601$), Quejas Somáticas ($Z = -.209$, $p = .834$), Problemas Sociales ($Z = -.529$, $p = .597$), Problemas de Pensamiento ($Z = -.811$, $p = .417$), Problemas de Atención ($Z = -.811$, $p = .417$), Conducta Antinormativa ($Z = -.099$, $p = .921$) y Conducta Agresiva ($Z = -.425$, $p = .671$). Los resultados en la escalas Externalizante y Externalizante fueron: ($Z = -.585$, $p = .559$) y ($Z = -.815$, $p = .415$), respectivamente (tabla 9.21).



Tabla 9.21. Rangos promedio y análisis inferencial con respecto al sexo

	Rango promedio		Z	Sig. asintót. (bilateral)
	Sexo			
	Niños	Niñas		
Ansiedad/Depresión	33.20	32.77	- .093	.926
Retraimiento/Depresión	31.87	34.32	- .523	.601
Quejas Somáticas	33.44	32.48	- .209	.834
Problemas Sociales	31.86	34.33	- .529	.597
Problemas de Pensamiento	34.74	30.97	- .811	.417
Problemas de atención	35.99	29.52	- .1.379	.168
Conducta Antinormativa	33.21	32.75	- .099	.921
Conducta Agresiva	33.40	31.41	- .425	.671
Escala Internalizante	32.67	35.45	- .585	.559
Escala Externalizante	37.81	33.80	- .815	.415

Prueba U de Mann-Whitney

9.5.2.2 ANÁLISIS INFERENCIAL CON RESPETO A LA EDAD

Las medias de las puntuaciones fueron mayores en el grupo de edad 2 (de 12 a 17 años) en todas las escalas del CBCL. Se obtuvieron diferencias significativas en los síndromes Quejas Somáticas ($Z = - 2.089$, $p = .036$) y Problemas de Pensamiento ($Z = - 2.384$, $p = .017$). En el resto de síndromes no se encontraron diferencias significativas. Los resultados son: Ansiedad/Depresión ($Z = - 1.023$, $p = .306$), Retraimiento/Depresión ($Z = -.679$, $p = .497$), Problemas Sociales ($Z = -.982$, $p = .326$), Problemas de Atención ($Z = -.777$, $p = .437$), Conducta Antinormativa ($Z = -.657$, $p = .511$) y Conducta Agresiva ($Z = - 1.247$, $p = .212$). Los resultados en las escalas Externalizante y Internalizante no fueron significativos: ($Z = -1.628$, $p = .103$) y ($Z = - .501$, $p = .617$), respectivamente. En la tabla 9.22 se muestran los resultados.



Tabla 9.22. Rangos promedio y análisis inferencial con respecto a la edad

	Rango promedio		Z	Sig. asintót. (bilateral)
	Edad			
	Grupo 1 (6-11)	Grupo 2 (12-17)		
Ansiedad/Depresión	31,11	36.02	- 1.023	.306
Retraimiento/Depresión	31,75	35	-.679	.497
Quejas Somáticas	29.21	39.06	-2.098	.036*
Problemas Sociales	31.19	35.90	-.982	.326
Problemas de Pensamiento	28.63	40	- 2.384	.017*
Problemas de atención	31.56	35.30	-.777	.437
Conducta Antinormativa	31.79	34.94	-.657	.511
Conducta Agresiva	30.18	36.12	- 1.247	.212
Escala Internalizante	32.08	40.07	- .1628	.103
Escala Externalizante	36.38	38.89	- .501	.617

*p< .05

Prueba U de Mann-Whitney

9.5.2.3 ANÁLISIS INFERENCIAL CON RESPETO AL TIPO DE TUTELA

Las medias de las puntuaciones fueron mayores en los menores tutelados en familia extensa. Se han encontrado diferencias significativas en los síndromes de Retraimiento/Depresión (chi-cuadrado = 7.357, gl = 2, p = .025), Problemas de Pensamiento (chi-cuadrado = 17.282, gl = 2, p < .000), Problemas de Atención (chi-cuadrado = 10.708, gl = 2, p = .005), Conducta Antinormativa (chi-cuadrado = 16.283, gl = 2, p < .000), y marginalmente significativa en Problemas Sociales (chi-cuadrado = 5.636, gl = 2, p = .060). En el resto de escalas los resultados no fueron significativos, tampoco en las escalas Externalizante y Externalizante. En la tabla 9.23 se muestran los resultados.



Tabla 9.23. Rangos promedio y análisis inferencial con respecto al tipo de tutela.

	Rango promedio			Chi-cuadrado	Sig. asintót. (bilateral)
	Tipo de tutela				
	Centro	Familia	Ajena		
Ansiedad/Depresión	30.55	36.87	30	1.834	.400
Retraimiento/Depresión	31,27	39.38	20.33	7.357	.025*
Quejas Somáticas	27.80	37.88	36.22	4.499	.105
Problemas Sociales	27.07	38.69	36.33	5.636	.060(1)
Problemas de Pensamiento	23.23	44.08	33.56	17.282	.000*
Problemas de atención	26.02	42.27	29.50	10.708	.005*
Conducta Antinormativa	24.42	44.40	28.67	16.283	.000*
Conducta Agresiva	27.63	37.96	33.56	4.241	.120
Escala Internalizante	30.54	40.13	31.78	3.508	.173
Escala Externalizante	34.32	40.56	30.65	2.134	.344

*p< .05

(1) Marginalmente significativo

Prueba de Kruskal-Wallis

9.5.2.4 ANÁLISIS INFERENCIAL CON RESPETO A LA NACIONALIDAD.

No se ha encontrado significación en ninguna subescala del CBCL en función de la nacionalidad de los niños. Tampoco en las escalas globales internalizantes y externalizantes (Tabla 9.24).



Tabla 9.24. Rangos promedio y análisis inferencial con respecto a la nacionalidad

	Rango promedio		Z	Sig. asintót. (bilateral)
	Nacionalidad			
	Espanoles	Otra nacionalidad		
Ansiedad/Depresión	33.34	30.56	-.391	.696
Retraimiento/Depresión	33.49	29.50	-.563	.573
Quejas Somáticas	33.13	32.06	-.154	.878
Problemas Sociales	33.64	28.44	-.732	.464
Problemas de Pensamiento	33.25	31.25	-.282	.778
Problemas de atención	33.46	29.75	-.521	.603
Conducta Antinormativa	33.36	30.44	-.411	.681
Conducta Agresiva	33.10	28.31	-.681	.496
Escala Internalizante	35.80	34.19	-.257	-.797
Escala Externalizante	38.19	34.54	-.573	.567

*DISCUSIÓN Y
CONCLUSIONES*



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los estudios sobre las consecuencias del maltrato en menores institucionalizados son escasos en nuestro país. En el plano internacional existen numerosas investigaciones sobre este ámbito, pero no se ha podido encontrar ningún estudio que analice las consecuencias del maltrato en menores tutelados con problemas clínicos.

El objetivo general de la investigación consistió en determinar la afectación psicopatológica en niños/as en situación de acogimiento residencial o acogimiento especial (en familia extensa o familia ajena) y su relación con el maltrato sufrido.

En este capítulo, se describen los resultados generales encontrados en y se realiza una conclusión de los mismos.



DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Para los primeros análisis, se consideró como indicador de afectación psicopatológica el número de síndromes clínicamente significativos obtenidos en el CBCL, tanto en la edad de 6 a 12 años, como en la de 13 a 17 años. Fueron clínicamente significativos aquellos que obtuvieron un percentil igual o superior a 93.

Según los resultados obtenidos mediante el análisis de prevalencias, en la mayoría de los síndromes, los menores de la franja de edad comprendida entre los 6 y los 12 años presentaron una prevalencia mayor que los de 13 a 17 años. No obstante, en estos últimos, el grupo de chicas obtuvo mayor prevalencia que el resto en *Retraimiento* y *Quejas Somáticas*, mientras que los chicos presentaron mayor prevalencia en *Problemas de Atención y Conducta Antinormal*.

En las agrupaciones por sexo, las niñas presentaron sintomatología de tipo internalizante y los niños externalizante. Este resultado, es similar al encontrado en el estudio de Bronsard et al. (2011), realizado a menores institucionalizados, en el cual la prevalencia para los trastornos internalizantes fue mayor en chicas, mientras que en los externalizantes la prevalencia fue mayor para chicos. Aunque estos resultados también difieren de los encontrados en otras investigaciones con menores institucionalizados (Hukkanen et al., 1999; López- Soler et al., 2008; Schmid et al., 2008), en las cuales se encontraron más problemas externalizantes que internalizantes.

En lo relativo a la agrupación por edad, se encontró que los menores del *grupo 1* (6-12 años) obtuvieron mayor prevalencia en la mayoría de los síndromes que los del *grupo 2* (13-17 años). Estos datos están en consonancia con las investigaciones realizadas por McFarlane et al. (2003) y Hornor (2005), las cuales también encontraron que los niños de menos edad presentaban mayor afectación psicopatológica.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Por tanto, se confirma la hipótesis 1: *A menor edad, mayor prevalencia en alteraciones psicopatológicas.*

También se encontró mayor prevalencia en sintomatología externalizante, para el *grupo 1*. No se encontraron investigaciones sobre población de menores institucionalizados que hayan llevado a cabo este tipo de análisis, pero los resultados obtenidos están en relación con los estudios que hablan de que, si bien los síntomas internalizantes y externalizantes también se observan en la adolescencia, las consecuencias del maltrato se manifiestan de modo diferente (Hazen et al., 2009; Martin et al., 2004).

Sobre las puntuaciones globales, la prevalencia de alteraciones psicopatológicas inter y externalizantes en la muestra, para el percentil 93 fue de un 39.6% para trastornos internalizantes y un 37.1% para externalizantes. De los cuales, el 22.4% para internalizantes y 28.3% para externalizantes presentaron mayor gravedad clínica ($pc \geq .98$) Estos resultados son similares a los que encontró Fernández-Molina et al. (2011); en su investigación el 24.3% presentaron problemas internalizantes y el 28.7% externalizantes.

Por tanto, se confirma parcialmente la hipótesis 2: *Mayor prevalencia clínica en problemas externalizantes que en internalizantes.* La prevalencia fue mayor en problemas internalizantes, no obstante para el percentil 98 que indica mayor gravedad clínica, la prevalencia en problemas externalizantes fue superior.

Los datos sobre niveles de adaptación, para los diferentes intervalos de edad indicaron que no existen diferencias significativas. No obstante, el número de áreas afectadas fue mayor para el grupo de 14 a 17 años (Nivel III). En esta edad presentaron mayor nivel de *Inadaptación General*, *Insatisfacción con Hermanos*, *Discrepancias Educativas*, y consideran el *Estilo Educativo de la Figura Materna* como inadecuado. Mientras que los de 11 a 13 años (Nivel II) presentaron mayor nivel de *Inadaptación Escolar*, coincidiendo con el estudio de García-Baamonde (2008), en el que los menores de esta edad, también presentaron mayores niveles de



inadaptación escolar que el resto de sujetos. Los menores de 8 a 10 años (Nivel I) presentaron mayores niveles de *Insatisfacción Familiar*.

Las prevalencias globales fueron similares para ambos sexos, siendo mayor la prevalencia en las niñas en *Insatisfacción Familiar*, el único punto de discrepancia. Los datos de otros estudios con menores institucionalizados, que también han utilizado el TAMAI como instrumento de evaluación, no coinciden con los de la muestra. García-Baamonde (2008), con un número similar de sujetos, mostró unos niveles de inadaptación mayores a los hallados en este estudio. Alcántara (2010), en una muestra de 120 menores testigos de violencia de género tampoco encontraron diferencias entre chicos y chicas en inadaptación con el TAMAI.

La prevalencia para los *Estilos Educativos* de ambos padres fue muy elevada en los tres niveles del TAMAI para ambos sexos. También en *Inadaptación Escolar* y *Social*, y aunque existen muy pocos estudios en nuestro país en los que se trabaje con el TAMAI para valorar inadaptación en menores institucionalizados, los datos a nivel nacional (Martín et al., 2012) indican que estas variables son las más afectadas. Utilizando otros instrumentos de valoración del nivel de adaptación, Muela, Balluerka y Torres (2013) mostraron que los menores en acogimiento residencial tuvieron problemas de ajuste social y escolar. En estudios internacionales, como los de Daly et al. (2009) y Perdue et al. (2009), se indicó que la adaptación escolar podía verse afectada en aquellos menores que habían sufrido maltrato.

Se confirma por tanto la hipótesis 3: *El nivel de inadaptación no tendrá relación con la edad ni el sexo.*

Otro punto de estudio, fue el estrés postraumático. En la mayoría de las investigaciones sobre TEPT (Díaz et al., 2012; Jaycox et al., 2002; Kilpatrick et al., 2003; Pérez-Benítez et al., 2009) se confirmó que las niñas presentaron mayor prevalencia que los niños. En este trabajo, también se encontró que las niñas



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

presentaron mayor prevalencia TEPT que los niños, independientemente del criterio diagnóstico empleado. Estos datos están en consonancia con los de Bustos, Rincón y Aedo (2009) o Duarte (2007), que no encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al sexo. En el estudio de Foa et al. (2001), realizado para validar el CPSS, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable sexo, siendo las niñas las que obtuvieron puntuaciones más elevadas, tanto en la escala total como en las subescalas. Castro (2011) confirmó también que las niñas presentaron mayor prevalencia TEPT que los niños, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Por tanto se confirma la hipótesis 4: *las niñas presentarán mayor prevalencia de TEPT que los niños.*

Con respecto a prevalencia del TEPT en función de grupos de edad (6-12 años y 13-17 años), en esta investigación no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, independientemente del criterio diagnóstico empleado. Lo mismo ocurre en trabajos donde se ha utilizado el CPSS, como en el estudio de Foa et al. (2001), en el que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los diferentes grupos de edad. Duarte (2007) tampoco encontró diferencias significativas entre los subgrupos de edad. En otros estudios en los que se utilizan diferentes instrumentos de evaluación, tampoco encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos de edad (Copeland et al., 2007; Castro, López-Soler, Alcántara, López y Fernández, en prensa; Kilpatrick et al. 2003). Aunque en general los niños informaron de mayor frecuencia de síntomas o trastorno que los adolescentes (Ackerman, Newton, McPherson, Jones y Dykman, 1998; Díaz et al., 2012; Dubner y Motta, 1999; Kolko et al., 2010; Stoppelbein y Greening, 2000), en esta investigación, los adolescentes son los que informaron de más sintomatología TEPT.

Sobre los criterios diagnósticos de TEPT empleados, los resultados confirmaron que bajar el umbral de síntomas facilitó un diagnóstico más



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

adecuado y preciso de TEPT en menores y adolescentes (Scheeringa et al. 2003 y 2010). En este estudio, según los criterios DSM-IV-TR, la prevalencia de la muestra total sin criterios de deterioro fue de un 32.9%, mientras que con deterioro fue del 30%. Los criterios DSM-5 indicaron que la prevalencia sin deterioro fue de un 28.6% y con deterioro de un 27.1%. Con los criterios de TEPT Parcial formulados por Scheeringa et al. (2003), la prevalencia de la muestra total fue de un 44.3%. Estos datos están en consonancia con los obtenidos en la investigación de López-Soler et al. (en prensa), en la cual se compararon criterios TEPT Parcial con los criterios DSM-IV-TR, en menores que habían sufrido abuso intrafamiliar. Los resultados indicaron que el diagnóstico con los criterios APA arrojaba un 16.7% de menores con TEPT, mientras que con criterios TEPT Parcial la prevalencia era de un 26.5%.

Si tomamos como referencia la edad, es importante señalar que la prevalencia según el TEPT Parcial fue de 41.5% para niños de 6-12 años y de 48.3% para los de 13-17 años, comparando estos datos con los datos obtenidos con los criterios del DSM-5 para los mismos grupos de edad, los datos indican que la prevalencia de TEPT con estos criterios fue muy inferior (29.3% y 27.6% respectivamente). Scheeringa et al. (2006) obtuvieron resultados similares a los encontrados en este estudio. En el grupo de menores de 7-11 años, se pasó de una prevalencia del 9.1% valorada con criterios DSM-IV-TR a una prevalencia del 18.2%, y en el grupo de 12-18 años de una prevalencia de 3.4% con criterios DSM-IV-TR al 20.7%. No existen muchas investigaciones que avalen los criterios diagnósticos especificados por Scheeringa para niños y adolescentes, si hay un gran debate sobre la adecuación de los criterios APA para el diagnóstico en infancia, y se han propuesto diversos criterios más apropiados, englobados bajo el concepto de TEPT parcial. Las investigaciones sobre el tema se han realizado sobre todo con menores en edad preescolar (Levendosky et al., 2002; Scheeringa et al., 2003, 2006, 2010).



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Por tanto, se confirma la hipótesis 5: *Hay mayor prevalencia de TEPT utilizando los criterios de TEPT Parcial, que utilizando los criterios establecidos por el DSM-IV-TR y por el DSM-5.*

Por otro lado, se presentó la relación entre el diagnóstico de TEPT y el número de síndromes clínicos que presentan los menores de la muestra. Diversos autores han documentado altas tasas de comorbilidad del TEPT en infancia y adolescencia (APA, 1994; Kilpatrick et al., 2003; Sack et al., 1998). En este estudio, las prevalencias más altas se encontraron entre los niños de 8 a 12 años, un 57.1% obtuvo un diagnóstico de TEPT además de presentar sintomatología clínica en tres o más síndromes del CBCL, las niñas del mismo grupo de edad obtuvieron una prevalencia del 50%. También en niños de 13 a 17 años con tres o más síndromes clínicos la prevalencia fue elevada, un 66.7%. Estas prevalencias fueron mayores que las encontradas en el estudio de Oswald et al. (2010), en el cual se encontró que el 25% de los menores tutelados tenía tres trastornos psicopatológicos, un 20% dos y un 50% uno. A diferencia del trabajo de Oswald, en el que sólo un 5% no presentaba sintomatología asociada, en este trabajo la prevalencia fue más elevada en la edad de 8 a 12 años, un 42.9% de los niños y un 25% de niñas no presentaron ningún síndrome clínico además del TEPT, mientras que en el grupo de edad de 13 a 17 años fue un 33.3% en ambos sexos. Además, para un síndrome clínico en ambos grupos de edad y para ambos sexos no se obtuvo diagnóstico TEPT. Tampoco con dos síndromes clínicos en niños de ambos grupos de edad. Las niñas de 8 a 12 años presentaron TEPT además de dos síndromes clínicos asociados.

Por tanto, se confirma parcialmente la hipótesis 6: *Los/as menores que presentan sintomatología más grave del trastorno por estrés postraumático, son los que presentaron más problemas psicopatológicos.* Si bien la mayor prevalencia se encontró en menores con diagnóstico de TEPT y tres o más asociaciones con síndromes clínicos, también se encontró que existía un porcentaje importante de menores



con diagnóstico de TEPT pero que no presentaba ninguna asociación con síndromes clínicos.

Finalmente se realizó un análisis inferencial para determinar la existencia de diferencias significativas con respecto a las variables sociodemográficas (sexo, grupo de edad, tipo de tutela y nacionalidad) en función de los síndromes clínicos obtenidos con el CBCL y la sintomatología TEPT obtenida con el CPSS.

Los resultados indicaron que, en el CPSS con respecto al sexo, las niñas presentaron significaciones marginales en Reexperimentación y Evitación, pero no en Hiperarousal ni Deterioro, aunque la media de los rangos fue mayor en las niñas que en los niños. Estos datos difieren del estudio de Salazar et al. (2013), en el que no se encontró diferencias significativas en cuanto al sexo en la prevalencia global del trauma en una muestra de adolescentes institucionalizados. El estudio de Castro (2011) informó de diferencias significativamente superiores en chicas que en chicos. Foa et al. (2001) también encontró diferencias significativas según sexo, las chicas presentaron mayor puntuación media en las subescalas de Pensamientos Intrusivos, Evitación e Hiperarousal que los chicos. Por el contrario, Bustos et al. (2009) no encontraron diferencias significativas, entre niños y niñas que habían sido víctimas de violencia sexual, en las puntuaciones medias de Pensamientos Intrusivos, Evitación, Hiperarousal ni en la puntuación total,

En el CBCL, no se encontraron diferencias en las subescalas en función del sexo. En este caso la media de los rangos de los síndromes Introversión y Problemas Sociales fue mayor para las niñas que para los niños, mientras que en el resto de síndromes los niños obtuvieron una media más elevada. Estos resultados coinciden con los de Ware et al, (2001), en el estudio con hijos de mujeres maltratadas tampoco encontraron diferencias significativas en relación al sexo, pero si encontraron que los niños presentaban más problemas externalizantes que las niñas. También coinciden con el estudio de De Paúl y



Arruabarrena (1995), en el que no se encontraron diferencias significativas en función del sexo en las subescalas del TRF (Achenbach, 1991c).

Teniendo en cuenta la edad en el CPSS ninguna subescala resultó significativa. Este resultado concuerda con los datos obtenidos por otras investigaciones (Castro, 2011; Duarte, 2007; Foa, 2001), pues en sus estudios tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas por grupos de edad. No obstante, los menores del grupo 1 (8 a 12 años) presentaron una puntuación media mayor que los menores del grupo 2 (13 a 17 años) en Reexperimentación y Evitación, mientras que el grupo 2 las puntuaciones fueron mayores en Hiperarousal y Deterioro. En el CBCL, en grupo 2 se encontraron diferencias estadísticamente significativas en Quejas Somáticas y Problemas de Pensamiento, la media también fue mayor en el grupo 2 en todos los síndromes clínicos. Estos datos difieren de los encontrados por Alcántara (2010), en el que no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de edad y la afectación psicopatológica. También difieren de los estudios que indican que los niños más pequeños presentan más problemas que los de mayor edad, (Hughes, 1988, McFarlane et al., 2003; Hornor, 2005).

No se encontró relación entre tipo de tutela y sintomatología TEPT. Aunque es conveniente indicar que las medias de puntuaciones de todas las subescalas del CPSS fueron mayores en los menores tutelados en centros. En el CBCL, para el tipo de tutela con familia extensa, se han encontrado diferencias significativas en los síndromes de Introversión, Problemas de Pensamiento, Problemas de Atención y Conducta Antinormativa, y marginalmente significativa en Problemas Sociales. Es importante destacar que la puntuación media fue mayor en tutelados en familia extensa, que en los otros dos tipos de tutela. Este resultado no coincide con el estudio de Fernández-Molina et al. (2011), en el cual no se encontraron diferencias significativas entre los problemas de conducta y el tipo de acogimiento de los menores.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La variable nacionalidad está claramente descompensada en el número de niños que componen cada grupo. No se obtuvieron diferencias significativas en ninguna de las cuatro escalas del CPSS. No obstante las medias de las puntuaciones de Reexperimentación y Evitación fueron mayores para niños españoles, mientras que las medias en Hiperarousal y Deterioro lo fueron para menores extranjeros. Tampoco se encontraron diferencias significativas en ningún síndrome del CBCL, siendo las medias superiores en los de nacionalidad española.

Por tanto, se confirma parcialmente la hipótesis 7: *En las variables sociodemográficas (sexo, grupo de edad, tipo de tutela y nacionalidad) encontraremos diferencias significativas con respecto a la sintomatología del CBCL y CPSS.* Si bien no se han encontrado diferencias en todas las variables sociodemográficas estudiadas, las medias de las puntuaciones proporcionan información sobre el comportamiento de estas variables en relación con la sintomatología.



CONCLUSIONES

Este trabajo se ha centrado en evaluar el grado de alteración psicopatológica, problemas de inadaptación y estrés postraumático en una muestra clínica de menores tutelados. La exploración a través de diversos instrumentos ha permitido conocer el grado de afectación de los diferentes problemas.

Los menores que formaron parte de este estudio han sufrido maltrato grave y crónico. Como ya se ha mencionado, la situación de maltrato está fuertemente relacionada con procesos de inadaptación, y con graves alteraciones conductuales y emocionales (Adams, 2006; Boxer y Terranova, 2008; Cicchetti y Valentino, 2006; Øverlien, 2010).

La familia es la institución que debe proteger a los menores y proporcionarles un entorno seguro para su desarrollo físico y emocional (Convención de los Derechos del Niño, 1989), sin embargo la violencia contra los menores ejercida por los progenitores y otros miembros de la familia es más frecuente de lo que se creía (Herman et al., 1999; Yarwood, 2004). Como apuntaron De los Santos y Sanmartin (2005), existen diversos factores de riesgo para el maltrato infantil, relacionados con la familia, el contexto social, y escolar. Los datos obtenidos sobre los padres/madres en nuestra investigación indican la presencia de problemas mentales, consumo de sustancias y estancias en prisión de los progenitores. Además como informó en 2009 Unicef, los agresores de los menores suelen ser principalmente los padres. En este estudio el 60.5% de los progenitores (padres/madres), han ejercido el maltrato. Siendo la Negligencia Física/Emocional, el tipo de maltrato más frecuente en esta muestra, al igual que informan otras investigaciones (Fernández-Del Valle et al., 1999; Oswald et al., 2010, 2010). Coincidiendo con los trabajos de Gilber et al. (2009) y Saldaña et al. (1995), en este estudio la prevalencia de los tipos de maltrato es por este orden:



Negligencia Física/Emocional, seguido de Maltrato Emocional, Maltrato Físico, Testigos de Violencia de Género y finalmente Abuso Sexual.

Si nos centramos en las consecuencias del maltrato en la infancia, éstas son muchas y muy variadas. A nivel psicopatológico el Retraimiento, la Conducta Agresiva y los Problemas de Atención son los síndromes que presentaron prevalencias más elevadas. Los trastornos internalizantes y externalizantes, son más frecuentes en menores institucionalizados que en población normal, como indican numerosos autores (De Paúl y Arruabarrena, 1995; Fernández-Molina et al., 2011; Heflinger et al., 2000; López-Soler et al., 2012; Pecora et al., 2009).

La inadaptación es otra de las variables que se ha estudiado. En España existen muy pocas investigaciones que hayan realizado estudios similares en menores tutelados. En este trabajo los datos indican que los *Estilos Educativos Parentales* fueron valorados de manera muy negativa por los menores, seguido de *Insatisfacción con el ambiente familiar*, que fue mayor en niñas que en niños (las niñas parecen percibir un ambiente familiar más disfuncional que los niños) en todos los niveles, y la *Inadaptación Social*. Datos similares se encontraron en el trabajo de Alcántara (2010), realizado sobre una muestra de menores testigos de violencia de género.

En cuanto a la *Inadaptación General*, los niños de 11 a 17 años fueron los que presentaron mayores niveles de inadaptación, al igual que en el trabajo de Marín, Ortega y García (2004), en el que se destacó la existencia de mayor *Inadaptación General* en los menores de mayor edad. Este hecho podría explicarse, considerando que, a las dificultades propias de la situación familiar y social que rodean a estos menores, se le suman las propias de una etapa que se caracteriza por una mayor rebeldía del sujeto hacia su entorno social, generando mayor conflictividad. Los/las niños/as de 8 a 10 años fueron los que manifestaron menor *Inadaptación Personal*. Los menores de 11 a 13 años manifestaron mayor



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Inadaptación Escolar y menor *Insatisfacción Familiar* que el resto, como señalaron Bravo y Fernández (2001), la preadolescencia coincide con el momento evolutivo de mayor vinculación con la familia.

Con respecto al Estrés Postraumático, existe controversia sobre la adecuación de los criterios diagnósticos establecidos por la APA, para su aplicación en infancia. A pesar de que en la última versión del manual (DSM-5, 2013) se han modificado y añadido criterios nuevos, específicamente para el diagnóstico en la infancia, los resultados obtenidos en esta investigación no son en absoluto alentadores. Si se toma como criterio los requisitos para el diagnóstico TEPT exigidos por el DSM-IV (1 síntoma de pensamientos intrusivos, 3 de evitación y 2 de hiperarousal) el porcentaje de menores de la muestra que cumplió el diagnóstico fue del 32.9% sin deterioro y 30% con deterioro. Con criterios DSM-5, el diagnóstico fue de un 28.6% sin deterioro y un 27.1% con deterioro. Estas tasas, pese a ser superiores a las encontradas en población general (Copelan et al., 2007; Furtado et al., 2009; Kilpatrick et al., 2003), apoyan la idea de que los criterios DSM no son lo suficientemente sensibles para detectar la presencia de estrés postraumático en la infancia, dejando sin diagnosticar a niños y adolescentes con condiciones intrafamiliares traumáticas (Oswald et al., 2010). En este sentido, los criterios diagnósticos para el TEPT Parcial presentados por Scheeringa et al. (2003, 2010) son más apropiados para este diagnóstico en la infancia. La propuesta de este autor fue que los menores tienen una capacidad de procesamiento a nivel lingüístico y cognitivo limitado, por tanto la expresión verbal del acontecimiento traumático no es adecuada (Scheeringa et al., 1995, 2001). Los criterios que propuso son: 1 síntoma de Pensamientos Intrusivos, 1 de Evitación y 2 de Hiperactivación. Con estos criterios, el porcentaje de menores que cumplieron criterios para el trastorno de estrés postraumático en este estudio fue del 44.3%. Utilizando estos criterios se amplía el número de diagnósticos, lo que hace posible que se aplique el tratamiento psicológico adecuado a un mayor



número de menores. Aunque el actual DSM-5 propone estos criterios para menores de 6 años, estimamos que son válidos para menores en general.

También se valoró el comportamiento de los ítems de la escala CPSS, se obtuvo una solución de dos factores, muy alejada de la estructura de la prueba original. Otros estudios (Castro, 2011; Duarte 2007) también realizaron análisis factorial de la escala CPSS y aunque encontraron una estructura factorial de tres factores, los ítems no se distribuyeron de igual modo que en la escala original. El motivo de la discrepancia, es que la escala original se realizó por correspondencia con los criterios diagnósticos del DSM-IV y no mediante un procedimiento estadístico de derivación factorial (Alberto, 2004). No obstante, este resultado podría apoyar la idea anteriormente expuesta, de que los criterios que el DSM considera necesarios no son los adecuados para el diagnóstico TEPT en infancia, y, por tanto, que las agrupaciones de síntomas típicas en la edad adulta no son adecuadas para infancia.

Sobre la relación entre diagnóstico TEPT y otra sintomatología se han obtenido resultados muy semejantes a los de otros autores como Oswald et al. (2010), Terr (1991) o Wolfe (1999), siendo los menos de 8 a 12 años los que mayor afectación presentaron, ya que además de presentar TEPT obtuvieron sintomatología clínica en tres o más síndromes psicopatológicos.

Se han calculado correlaciones entre los diferentes instrumentos utilizados en este estudio. Los resultados informan que no se encontraron correlaciones significativas entre los síndromes del CBCL y las escalas del CPSS, únicamente se encontró una correlación significativa entre la escala de Reexperimentación y Quejas Somáticas. Es posible que esta relación haga referencia a las respuestas fisiológicas que se experimentan al exponerse a los estímulos externos o internos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático.

En las correlaciones del CBCL con el TAMAI, sobre todo se encontraron correlaciones negativas con los estilos educativos de los padres/madres, lo cual



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

indica que cuanto más adecuada es la atención prestada a los menores por sus padres, las posibilidades de presentar alguna alteración psicopatológica disminuye, pese a las circunstancias de maltrato vivenciadas. Esto está en consonancia con lo que indicaron Rodríguez et al. (2002) referente a que un estilo educativo inadecuado favorece la aparición de problemas emocionales en la infancia y adolescencia.

Finalmente, se realizó un análisis inferencial para determinar la existencia de diferencias significativas entre variables sociodemográficas (sexo, grupo de edad, tipo de tutela y nacionalidad) en función de la sintomatología TEPT obtenida con el CPSS, y los síndromes empíricos del CBCL.

Se encontraron diferencias significativas entre niños y niñas en Reexperimentación y Evitación, siendo las niñas la que tuvieron puntuaciones más elevadas, pero no en Hiperarousal ni Deterioro. La media de las puntuaciones para estas dos escalas fue mayor en niños. Existen varias explicaciones para estos resultados. La primera, es que las niñas son más sintomáticas que los niños (Jaycox et al., 2002, Kessler et al., 1995). Segunda, la hipótesis de *Vulnerabilidad Situacional* (Pimlott-Kubiak y Cortina, 2003), que hace referencia a que la mayor probabilidad de que las mujeres presenten TEPT, es debido a una mayor exposición de éstas a tipos de eventos traumáticos a lo largo de su vida (Wolfe y Kimerling, 1997). Por último, la hipótesis de *Vulnerabilidad Femenina* (Tolin y Foa, 2006) que sugiere que las mujeres son más vulnerables que los hombres al desarrollo de TEPT, independientemente de la exposición a un evento traumático.

Con respecto a los grupos de edad en el CPSS no se encontraron diferencias significativas entre el grupo 1 (8 a 11 años) y grupo 2 (12 a 17). No obstante los menores del grupo 1 obtuvieron unas puntuaciones medias mayores en Reexperimentación y Evitación, mientras que el grupo 2 las obtuvo en Hiperarousal y Deterioro. Algunos estudios (Dubner y Motta, 1999; Stoppelbein



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

y Greening, 2000) encontraron con mayor frecuencia TEPT en niños que en muestras con adolescentes. Otros autores (Briere et al., 1997; van der Kolk et al., 1996) sugieren que el trauma tiene una mayor repercusión cuando se inicia en la infancia temprana, y provoca un daño mayor que cuando el comienzo es tardío. Esto es debido a que la víctima es psicológica y físicamente inmadura, quedando su desarrollo seriamente comprometido por el abuso repetido y la respuesta inadecuada por parte de algunos adultos cercanos (López-Soler, 2008).

Sobre el tipo de tutela no se puede afirmar que los resultados de las subescalas del CPSS se puedan ver afectados diferencialmente por el tipo de tutela en el que se encuentran los niños. No obstante, las puntuaciones de las medias son mayores en los menores tutelados en centros. Las personas, víctimas de acontecimientos traumáticos, que disponen de más relaciones de apoyo se recuperan más rápidamente, y tienen menos sintomatología que las víctimas que no tienen apoyo (Brewin et al., 2000). En ese sentido, aunque los menores tutelados en centros disponen de una amplia red de apoyo, éste es de tipo social/asistencial, mientras que el apoyo que reciben los menores tutelados en familias extensas y/o en familias ajenas es un apoyo de tipo emocional, que les proporciona, entre otros, un apego seguro.

En el CBCL no se encontraron diferencias significativas con respecto al sexo. No obstante los resultados indicaron que los niños presentaron medias mayores en los síndromes externalizantes y las niñas en internalizantes. Es importante destacar que la sintomatología internalizante se relaciona con la vulnerabilidad a desarrollar TEPT en situaciones adversas (Saign, Yasik, Oberfield, Halamandaris y McHug, 2002). Otros estudios (Cicchetti y Cohen, 2006; Rescorla et al. 2007) estiman, que en general los problemas internalizantes son más característicos en niñas y los externalizantes en niños. Además, con respecto a la edad, el grupo 2 (12 a 17 años) también presentó una media de puntuaciones mayor que las del grupo 1 (6 a 11 años), encontrándose diferencias significativas en los síndromes clínicos de Quejas Somáticas y Problemas de



Pensamiento. Sobre el tipo de tutela, se encontraron diferencias significativas en los menores tutelados en familia extensa, en los síndromes de Retraimiento/Depresión, Problemas Sociales, Problemas de Pensamiento, Problemas de Atención y Conducta Antinormativa. Suponemos que pese a la salida del menor del núcleo familiar conflictivo, se mantienen los problemas derivados de la desestructuración familiar, repercutiendo de forma directa y negativa sobre la familia extensa.

LIMITACIONES DE ESTE ESTUDIO

En primer lugar, es imperativo señalar que el tamaño de la muestra es bastante reducido, aunque es cierto que es una población muy específica, hubiese sido deseable un mayor número de menores, con el fin de verificar los resultados obtenidos.

La generalización de los resultados también ha sido un problema, debido al tipo de muestra empleada en este estudio. Es una muestra clínica de menores tutelados que presentan alteraciones emocionales y/o comportamentales graves.

Tampoco se ha llevado a cabo ningún tipo de contraste con grupo de control de población general, lo cual hubiese sido deseable.

Se han tenido dificultades para hacer una adecuada recopilación de información. Los menores de la muestra han sido víctimas de varios tipos de maltrato, en este sentido hemos encontrado dificultades para unificar la información proporcionada en los informes de los técnicos del Servicio del Menor, dado que no se recogían en muchos de ellos los tipos de maltrato según la clasificación empleada para este estudio. Esto da cuenta de la falta de consenso a la hora de definir el tipo de maltrato y la necesidad de unos criterios unificados que faciliten la recopilación de datos para estudios futuros.



Otra limitación está relacionada con los instrumentos de medida utilizados. En primer lugar, se ha utilizado el CBCL, pero los baremos aplicados han sido los referidos a población española, lo cual ha supuesto una dificultad añadida para poder comparar con otros estudios. Sobre el TAMAI, la falta de investigaciones que utilicen este instrumento, también ha supuesto un problema a la hora de comparar resultados, sobre todo con estudios internacionales. Finalmente, con el CPSS, no disponemos de baremos en ninguna población, lo cual también ha significado un reto para la comparación de datos.

El modo de recoger los datos: información de acogedores o cuidadores y valoración de los propios menores sobre su nivel de adaptación y autoinforme sobre valoración del TEPT, quizá no sea el modo más adecuado de recabar datos. En algunas ocasiones los cuidadores no conocían lo suficiente al menor como para dar información adecuada, debido a su reciente ingreso en el centro. Sobre la información proporcionada por los menores, es posible la presencia de sesgos de valoración de su estado, sobre todo debido a las dificultades para poder verbalizar los acontecimientos vividos.

APORTACIONES DE ESTE ESTUDIO

Pese a las numerosas limitaciones encontradas en este trabajo, se ha intentado dar una visión global (psicopatología, procesos de adaptación y estrés postraumático) en un tipo de población muy concreta, y relativamente poco estudiada.

Es quizá el primer trabajo, que aporta datos relevantes y controvertidos sobre el diagnóstico de TEPT en la infancia, a través de los nuevos criterios propuestos en el DSM-5.



RETOS PARA EL FUTURO.

Las líneas de investigación futuras que se desprenden de este trabajo son:

- Recogida más rigurosa del tipo de maltrato. Intentando unificar criterios.
- Recabar información sobre sintomatología de estrés postraumático a través de otras fuentes, no solamente a través de autoinformes de los menores.
- Recoger información sobre niveles de inadaptación percibidos, a través de información proporcionada por los cuidadores.
- Validar el CPSS en población española y elaborar baremos que nos sirvan para la investigación.
- Necesidad de realizar las investigaciones con muestras de población general que permitan comparar datos.

REFERENCIAS



- AACAP Official Action (2010). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(4), 414- 430.
- AAFP Home Study Self Assessment (1996). *La Violencia en la Familia*. Barcelona. Edición Española, 13-46.
- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index: Professional Manual* (3rd ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Achenbach, T. M. (1978). The Child Behavior Profile: I. Boys aged 6–11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 478–488.
- Achenbach, T. M. (1979). The Child Behavior Profile: II. Boys aged 12–16 and girls aged 6–11 and 12–16. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 223–233.
- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, Vermont: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991c). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT: University Associates in Psychiatry.



REFERENCIAS

- 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., Phares, V., Howell, C. T., Rauh, V. A. y Nurcombe, B. (1990). "Seven-Year Outcome of the Vermont Intervention Program for Low-Birth-Weight Infants". *Child Development*, 61, 1672-1681.
- Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (2007). *Multicultural Supplement to the Manual for the ASEBA School-Age Forms y Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Ackerman, P. T., Newton, J. E., McPherson, W. B., Jones, J. G. y Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse y Neglect*, 22(8), 759-774.
- Adams, C. M. (2006). The Consequences of Witnessing Family Violence on Children and Implications for Family Counsellors. *The Family Journal: Counselling and Therapy for Couples and Families*, 14(4), 334-341.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A study*. Buenos Aires: Paidós.
- Alarcón, L. C., Araújo, A. P., Godoy, A. P. y Vera, M. E. (2010). Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo. *Medunab*, 13(2), 103-115.
- Alberto, I. M. (2004). *Maltrato e trauma na infância*. Coimbra: Almedina.
- 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.



REFERENCIAS

- Alcántara López, M. (2010). *Las víctimas invisibles. Afectación psicológica en menores expuestos a violencia de género*. Tesis Doctoral, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.
- Alink, L. R., Cicchetti, D., Kim, J. y Rogosch, F. A. (2012). Longitudinal associations among child maltreatment, social functioning, and cortisol regulation. *Developmental Psychology*, 48, 224-236.
- Allsop, J. F. y Feldman, M. (1976). Personality and anti-social behavior in schoolboys: Item analysis of questionnaire measures. *British Journal of Criminology*, 16, 337-351.
- Alonso, M., «La situación jurídica del menor en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil: luces y sombras», en *Actualidad Civil*, n.º 2, Enero 1997, págs. 20-22.
- American Academy of Child y Adolescent Psychiatry (2011). Facts for families, No. 70: *Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)*. Retrieved from http://www.aacap.org/galleries/FactsForFamilies/70_posttraumatic_stress_disorder_ptsd.pdf.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2010). *DSM-5 Development*. Disponible en www.dsm5.org.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5)*. Washington, DC. London, England.



REFERENCIAS

- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. K., Whitfield, C., Perry, B. D.,...Giles, W.H. et al. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 174-186.
- Andreu, J. M., Peña, M. E. y Ramirez, J. M. (2009). Cuestionario de Agresión Reactiva y Proactiva: Un instrumento de medida de la agresión en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(2), 37-49.
- Andrews, G., Corry, J., Slade, T., Issakidis, C. y Swanston, H. (2004). *Child sexual abuse*. En M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers y C. J. L. Murray (Eds.). *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*. Vol. 2. Geneva: World Health Organization, pp 1851-1940 (chapt 23).
- Angold, A. y Costello, E. J. (2000). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 39-48.
- Antequera Jurado, R. (2006). Evaluación psicológica del maltrato en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12(43-44), 129-148.
- Arata, C. M., Langhinrichsen-Rohling, J., Bowers, D. y O'Brien, N. (2007). Differential correlates of multi-type maltreatment among urban youth. *Child Abuse Neglect*, 31, 393-415.
- Arnold, D. S., O'Leary, S., Wolff, L. S. y Acker, M. (1993). The Parenting Scale: a measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5(2), 137-144.



REFERENCIAS

- Arnow, B. A. (2004). Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(suppl 12), 10-15.
- Arruabarrena, M. I. (2011). Maltrato psicológico a los niños, niñas y adolescentes en la familia: Definición y Valoración de su gravedad. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 25-44.
- Arruabarrena, M. I. y De Paúl, J. (1992). Validez convergente de la versión española preliminar del Child Abuse Potential Inventory: Depresión y ajuste marital. *Child Abuse and Neglect*, 16, 119-126.
- Arruabarrena, M. I. y De Paúl, J. (1994). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Arruabarrena, M. I. y De Paúl, J. (1999). *Maltrato a los niños en la familia: evaluación y tratamiento*. pp. 29-35. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Azar, S. (1991). Models of child abuse: a metatheoretical analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 18, 30-46.
- Azar, S., Robinson, D., Hekimian, E. y Twentyman, C. (1984). Unrealistic expectations and problem solving ability in maltreating and comparison mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 687-691.
- Azar, S. y Rohrbeck, C. A. (1986). Child abuse and unrealistic expectations: further validation of the Parent Opinion Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(6), 867-868.
- Badeau, S. y Gesiriech, S. (2004). A child's journey through the child welfare system. *The Pew Commission on Children in Foster Care*, Washington.
- Baessler, J. y Schwarcer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.



REFERENCIAS

- Baker, A. J. L. y Festinger, T. (2011). Adult recall of childhood psychological maltreatment: A comparison of five scales. *Journal of Aggression, Maltreatment y Trauma*, 20, 69-88.
- Bal, S., Crombez, G., Van Oost, P. y De Bourdeaudhuij, I. (2003). The role of social support in well-being and doping with the self-reported stressful events in adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 27, 1377-1395.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1990). *Multidimensional scales of perceived self-efficacy*. Stanford University, Stanford, C.A.
- Bandura, A. (2001). *Guide for constructing self-efficacy scales* (revised). Unpublished manuscript. Available from Albert Bandura, Stanford University.
- Bandura, A., Caprara, G., Barbaranelli, C., Pastorelli, C. y Regalia, C. (2001). Sociocognitive self-regulatory mechanisms governing transgressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 125-135.
- Barnett, D., Manly, J. T. y Cicchetti, D. (1991). Continuing toward an operational definition of psychological maltreatment. *Development and Psychopathology*, 3(1), 19-29.
- Barnett, D., Manly, J. T. y Cicchetti, D. (1993). *Defining child maltreatment: The interface between policy and research*. En D. Cicchetti y S. L. Toth (Eds.). *Child abuse, child development, and social policy* (pp. 7-74). Norwood, NJ: Ablex.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós.



REFERENCIAS

- Barudy Labrin, J. y Dantagnan, M. (2005a). *La ecología familiar, social y cultural de los malos tratos infantiles*. En J. Barudy Labrin y M. Dantagnan. *Los buenos tratos a los niños* (pp. 127-146). Gedisa, Barcelona.
- Basile, K. C. y Smith, S. G. (2011). Sexual violence victimization of women: prevalence, characteristics, and the role of public health and prevention. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5, 407-417.
- Bauer, W. D. y Twentyman, C. T. (1985). Abusing, neglectful and comparison mothers' responses to child-related and non-child-related stressors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(3), 335-343.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (1995). *Beck Depression Inventory: Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G.K. (1996). *Beck depression inventory: Manual 2^a ed.* San Antonio, Texas: Harcourt.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelsohn, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Belsky, J. (1980). Child Maltreatment: an Ecological Integration. *American Psychologist*, 35, 320-335.
- Belsky, J. (1993). Etiology of Child Maltreatment: A Developmental-Ecological Analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413-434.
- Beltrán, C. (2007). Características y factores precipitantes asociados al abuso sexual. *Medunab*, 10(1), 38-49.
- Benbenishty, R., Zeira, A. y Astor, R. A. (2002). Children's reports of emotional, physical and sexual maltreatment by educational staff in Israel. *Child Abuse Neglect*, 26, 763-782



- Berlin, L. J., Appleyard, K. y Dodge, K. (2011). Intergenerational continuity in child maltreatment: mediating mechanisms and implications for prevention. *Child Development*, 82, 162-176. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01547.x
- Bernstein, E. M. y Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 147(12), 727-35.
- Besharov, D. J. (1981). Toward better research on child abuse and neglect: Making definitional issues an explicit methodological concern. *Child Abuse y Neglect*, 5, 383-390.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J. y McKenzie Neer, S. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 545-553.
- Björkqvist, K., Lagerspetz, K. M. J. y Osterman, K. (1992). *The Direct and Indirect Aggression Scales*. Vasa, Finland: Abo Akademi Universtiy, Department of Social Sciences.
- Block, J. H. (1965). *The Child Rearing Practices Report (CRPR): A set of Q items for the description of parental socialization attitudes and values*. Berkeley: University of California. Institute of Human Development.
- Bluestone, C. y Tamis-LeMonda, C. S. (1999). Correlates of parenting styles in predominantly working and middle-class African American mothers. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 881-893.



REFERENCIAS

- Bolger, K. E. (1997). Sequelae of child maltreatment: A longitudinal study of peer relations, behavior, and self-concept. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, (57/10-B), 6609.
- Bolger, K. E. y Patterson, C. J. (2001). Developmental pathways from child maltreatment to peer rejection. *Child Development*, 72, 549-568.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Separation: Anxiety and Anger*. Attachment and Loss (vol. 2); (International psycho-analytical library N° 95). London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Buenos Aires: Paidós, 1984.
- Bowlby, J. (1983). *La pérdida afectiva*. Barcelona: Paidós.
- Boxer, P. y Terranova, A. M. (2008). Effects of multiple maltreatment experiences among psychiatrically hospitalized youth. *Child Abuse and Neglect*, 32(6), 637-647.
- Bravo, A. y Fernández del Valle, J. (2001). Evaluación de la integración social en acogimiento residencial. *Psicothema*, 13(2), 197-204.
- Bustos, P., Rincón, P. y Aedo, J. (2009). Validación Preliminar de la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Child PTSD Symptom Scale, CPSS) en Niños/as y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual. *Psyche*, 18(2), 113-126.
- Bremner, J. D., Vythilingam, M., Vermetten, E., Adil, J., Khan, S., Nazeer, A., ... Charney, D.S. (2003). Cortisol response to a cognitive stress challenge in posttraumatic stress disorder (PTSD) related to childhood abuse. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 733-750.



REFERENCIAS

- Breslau, N., Wilcox, H. C., Storr, C. L., Lucia, V. C. y Anthony, J. C. (2004). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder: a study of youths in urban America. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 81(4), 530-544.
- Brewin, C.R., Andrews, B. y Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consult Clinical Psychology*, 68, 748-66.
- Briere, J. (1992). Methodological issues in the study of sexual abuse effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 196-203.
- Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J. (1996). *Trauma symptoms checklist for children (TSCC): Professional manual*, Psychological Assessment Resources. Florida: Odessa.
- Briere, J., Woo, R., McRae, B. Foltz, J. y Sitzman, R. (1997). Lifetime victimization history, demographics, clinical status in female psychiatric emergency room patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 95-101.
- Briere, J. y Runtz, M. (1990). Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Developmental Psychobiology*, 51, 14-23.
- Briere, J. (2000a). *The Cognitive Distortion Scales professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J. (2000b). *Inventory of Altered Self-Capacities Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J., Johnson, K., Bissada, A., Damon, L., Crouch, J., Gil, E., Hanson, R. y Ernst, V. (2001). The Trauma Symptom Checklist for Young Children



- (TSCYC): Reliability and association with abuse exposure en a multi-site study. *Child Abuse y Neglect*, 8(25), 1001-1014.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press. (Trad. Cast.: La ecología del desarrollo humano. Barcelona, Ediciones Paidós, 1987).
- Bronsard, G., Lançon, C., Loundou, A., Auquier, P., Rufo, M. y Siméoni, M. C. (2011). Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System. *Children and Youth Services Review*, 33, 1886-1890.
- Brown, G., McBride, L., Bauer, M. y Williford, W. (2005). Impact of childhood abuse on the course of bipolar disorder: a replication study in U.S. veterans. *Journal of Affective Disorders*, 89, 57-67.
- Brungas, C., Herrero, F. J., Cuesta, M. y Rodríguez, F. J. (2006). La conducta antisocial en adolescentes no conflictivos: Adaptación del Inventario de Conductas Antisociales (ICA). *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 11(2), 1-10.
- Bryant, B. K. (1982). An Index of Empathy for Children and Adolescents. *Child Development*, 53, 413-425.
- Bursik, R. y Grasmick, H. (1993). *Neighborhoods and crime*. New York: Lexington.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A. y Kaemmer, B. (1989). *Manual for the restandardized Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI-2*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Calvo Fernández, J., Calvo Fernández, M. y Calvo Rosales, J. (2000). Malos tratos infantiles. *Canarias Pediátrica*, vol 24, (1), pp. 47-56.



REFERENCIAS

- Campbell, J., Snow-Jones, A., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., Carlson, A. y Wynne, C. (2002). Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. *Archives of Internal Medicine*, 162, 1157-1163.
- Camras, L., Ribordy, S., Hill, J., Martino, S., Spaccarelli, S. y Stefani, R. (1988). Recognition and posing of emotional expressions by abused children and their mothers. *Developmental Psychology*, 24, 776-781.
- Caprara, G. V. y Pastorelli, C. (1993). Early emotional instability, prosocial behavior and aggression: some methodological aspects. *European Journal of Personality*, 7, 19-36.
- Caprara, V., Scabini, E., Barbaranelli, C., Pastorelli, C., Regalia, C. y Bandura, A. (1998). Impact of Adolescents' perceived self-regulatory efficacy on familial communication and antisocial conduct. *European Psychologist*, 3, 125-132.
- Carlo, G., Eisenger, N. y Knight, G. P. (1992). An objective measure of adolescents' prosocial moral reasoning. *Journal of Research on Adolescence*, 2, 331-349.
- Carlo, G. y Randall, B. A. (2002). The Development of a measure of prosocial behaviors for late adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 31-44.
- Carlson, B. E. (2000). Children exposed to intimate partner violence: Research findings and implications for intervention. *Trauma, Violence and Abuse*, 1(4), 321- 340.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D. y Braunwald, K. (1989). *Finding order in disorganization: Lessons from research in maltreated infants' attachments to their caregivers*. En D. Cicchetti y V. Carlson (Eds.), *Child Maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 494-528). New York: Cambridge University Press.



- Carrasco, M. A., Rodríguez, J. F., Rodríguez, M. D. y Sánchez, C. (1999). Miedos y ansiedad en un grupo de adolescentes maltratados. *Apuntes de Psicología*, 17, 97-108.
- Carrasco-Orotiz, M., Rodríguez-Testal, J. y Hesse, B.M. (2001). Conduct problems in a sample of institutionalized minors with previous mistreatment. *Child Abuse y Neglect*, 25(6), 819-38.
- Casey Family Programs. (2011). *Foster care by the numbers*. Recuperado de <http://www.casey.org/press/mediakit/pdf/FosterCareByTheNumbers.pdf>
- Castro, M. (2011). *Trastorno por Estrés Postraumático en menores que han sufrido maltrato familiar: directo y exposición a violencia de género*. Tesis Doctoral, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.
- Castro, M. López-Soler, C., Alcántar, M., López, J. J. y Fernández, V. Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder in Domestic Child Abuse: Direct Versus Exposure to Intimate Partner Violence (EN PRENSA. *Child Abuse and Neglect*).
- Castro, N., Campos, G. y López, C. (2003). Neurobiología y tratamiento del trastorno de estrés postraumático. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20, 5-14.
- Causey, D. L. y Dubow, E. F. (1992). Development of a self-report coping measure for elementary school children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 47-59.
- Centro Reina Sofía (2002). *Maltrato Infantil en la familia*. España (1997/1998). Valencia: Serie documentos 4.
- Centro Reina Sofía (2011). *Maltrato Infantil en la familia en España*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.



REFERENCIAS

- Cerezo, M. A. y Frías, D. (1994). Emotional and cognitive adjustment in abused children. *Child Abuse and Neglect*, 18, 923-932.
- 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, Volumen X, 2*, 25-28.
- Chaffin, M., Kelleher, K. y Hollengerg, J. (1996). Onset of physical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse and Neglect*, 20, 191-203.
- Chapple, C., Tyler, K. y Bersani, B. (2005). Child Neglect and Adolescent Violence: Examining the effects of self-control and peer rejection. *Violence and Victims*, 20, 39-53.
- Charmandari, E., Kino, T., Souvtzoglou, E. y Chrousos, G. P. (2003). Pediatric stress: hormonal mediators and human development. *Hormone Research in Pediatrics*, 59, 161-179.
- Cheung, P. C., Ma, H.K. y Shek, D. T. L. (1998). Conceptions of success: Their correlates with prosocial orientation and behavior in Chinese adolescents. *Journal of Adolescence*, 21, 31-42.
- Children's Bureau of Southern California (1997). *Family Assessment Form. A practice-based approach to assessing family functioning*. Washinton, DC: CWLA Press.
- Cicchetti, D. y Rizley, R. (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission and squeals of child maltreatment. *New Directions for Child Development*, 11, 32-59.
- Cicchetti, D. y Carlson, V. (1989). *Child maltreatment*. Cambridge: Cambridge University Press.



REFERENCIAS

- Cicchetti, D. y Barnett, D. (1991). *Toward the development of a scientific nosology of child maltreatment*. En W. M. Grove y D. Cicchetti (Eds.). *Thinking clearly about psychology: Essays in honour of Paul E. Meehl*. Vol. 2. *Personality and Psychopathology* (pp. 346-377). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Cicchetti, D., Toth, S. L. y Lynch, M. (1993). The developmental sequelae of child maltreatment: Implications for war-related trauma. En L.A. Leavitt y N.A. Fox (Eds.). *The Psychological Effects of War and Violence on Children*, (pp. 41-71). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cicchetti, D. y Lynch, M. (1995). *Failures in the expectable environment and their impact on individual development: The case of child maltreatment*. En D. Cicchetti y D. J. Cohen (Eds.). *Developmental Psychopathology, Vol. 2. Risk, Disorder, and Adaptation*. New York: Wiley-Interscience Publication.
- Cicchetti, D. y Rogosch, F. (1997). The role of self organization en the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 9, 797-815.
- Cicchetti, D. y Cohen, D. (Eds.) (2006). *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation*. (Vol. 3, 2nd ed.). New York: Wiley.
- Cicchetti, D. y Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment Failure of the average expectable environment and its influence on child development. En D. Cicchetti y D. Cohen (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (2nd ed., Vol. 1, pp. 129-201). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. y Sturge-Apple, M. (2007). Interactions of child maltreatment and serotonin transporter and monoamine oxidase a polymorphisms: depressive symptomatology among adolescents from



- low socioeconomic status backgrounds. *Development and Psychopathology*, 19, 1161-180.
- 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, 172-181.
- Clemmons, J. C., DiLillo, D., Martinez, I. G., DeGue, S. y Jeffcott, M. (2003). Co-occurring Forms of Child Maltreatment and Adult Adjustment Reported by Latina College Students. *Child Abuse and Neglect*, 27(7), 751-767.
- Cohen, E. y Gadassi, R. (2009). Posttraumatic Stress Disorder in Young Children Exposed to Terrorism: Validation of the Alternative Diagnostic Criteria. *Journal of Child y Adolescent Trauma*, 2(4), 229-241.
- Cohen, J. A. y Mandarino, A. P. (1996). Factors that mediate treatment outcome for sexually abused preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry*, 35(10), 1402-1410.
- Cohen, P. y Brook, J. S. (1995). *The reciprocal influence of punishment and child behavior disorder*. En J. McCord (Ed.). *Coercion and punishment in long-term perspectives* (pp. 154-164). New York: Cambridge.
- Cohn, A.H. y Daro, D. (1987). Is treatment too late: What ten years of evaluative research tell us? *Child Abuse and Neglect*, 11, 433-442.
- Cole, P. y Putnam, F. W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: a developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 174-184.
- Colmenares, J. C., Martínez, O. y Quiles, I. (2007). *Perfil psicológico de quince hijas de mujeres víctimas del maltrato doméstico*. 8º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis.



REFERENCIAS

- Conners, C. K. (1973). Rating scales for use in drug studies with children (Especial issue). *Psychopharmacological Bulletin*, 24-48.
- Conners, C. K. (1997). *Conners' Rating Scales-Revised technical manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health systems.
- Convención sobre los Derechos del Niño. Aprobado por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M. . . . Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35, 390-398.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A. y Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64, 577-584
- Corbalán, J. y Patró, R. (2003). *Consecuencias psicológicas de la violencia familiar: mujeres maltratadas e hijos de hogares violentos*. Conferencia invitada en las II Jornadas sobre Mujer y Salud: Interacción de los contextos familiar y laboral. Murcia, Mayo 2003.
- Corral, V. V., Frías, A. M., Romero, M. y Muñoz, A. (1995). Validity of a scale measuring beliefs regarding the "positive" effects of punishing children: A study of punishing children: A study of Mexican mothers. *Child Abuse y Neglect*, 19, 669-679.
- Corso, P. S., Edwards, V. J., Fang, X. y Mercy, J. A. (2008). Healthrelated quality of life among adults who experienced maltreatment during childhood. *American Journal of Public Health*, 98, 1094-1100.
- Cortés, M.R., Cantón, J. y Cantón-Cortés, D. (2011). Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencia en la salud mental de las víctimas. *Gaceta Sanitaria*, 25(2), pp. 157-165



REFERENCIAS

- 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.
- Crittenden, P. (1993). An information processing perspective on the behavior of neglectful parents. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 27-49.
- Culp, R., Culp, A., Soulis, J. y Letts, D. (1989). Self-esteem and depression in abusive, neglecting, and nonmaltreating mothers. *Infant Mental Health Journal*, 10, 243-251.
- Daly, B. P., Shin, R. Q., Thakral, C., Selders, M. y Vera, E. (2009). School engagement among urban adolescents of color: Does perception of social support and neighborhood safety really matter? *Journal of Youth and Adolescence*, 38, 63-74. doi:10.1007/s10964-008-9294-7
- Daro, D. (1988). *Confronting child abuse: theory, policy and practice*. New York: The Free Press.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, (85), pp. 2-19
- 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, 1066-1078.
- De Bellis, M. D. (2001). Developmental traumatology: the psychobiological development of maltreated children and its implications for reserach, treatment, and policy. *Development and Psychopathology*, 13, 539-564.
- De Bellis, M. D. (2005). The psychobilogy of neglect. *Child Maltreatment*, 10, 150-172.



REFERENCIAS

- Dehon, C. y Scheeringa, M. (2006). Screening for preschool posttraumatic stress disorder with the Child Behavior Checklist. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(4), 431-435.
- De Paúl, J. (1999). El maltrato psicológico infantil. *Escritos de Psicología*, 3, 29-37.
- De Paúl, J. (2009). La intervención psicosocial en protección infantil en España: Evolución y perspectivas. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 4-12.
- De Paúl, J. y Arruabarrena, M. I. (1991). Validación de una versión española del Child abuse potential inventory para su uso en España. *Child Abuse and Neglect*, 15, 495-504.
- De Paúl, J. y Arruabarrena, M. I. (1995). Behavior problems in school-aged physically abused and neglected children in Spain. *Child Abuse and Neglect*, 19, 409-418.
- De Paúl, J., Arruabarrena, M., Torres, B. y Muñoz, R. (1995). La prevalencia del maltrato infantil en la provincia de Guipúzcoa. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 49-58.
- Declaración de los Derechos del Niño (1959). *Aprobada unánimemente por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1959.*
- Del Barrio, M. V. y Cerezo, M. A. (1990a). *CBCL-Achenbach. Escala de problemas infantiles en población española. Varones 6-11 años.* II Congreso Oficial de Psicólogos. Área 7: Diagnóstico y Evaluación Psicológica (pp. 193-197). Valencia, Abril.
- Del Barrio, M. V. y Cerezo, M. A. (1990b). *Baremos del Child Behavior Check List (CBCL) de Achenbach en niños españoles (6 a 11 años).* Comunicación presentada al VIII Congreso Nacional de Psicología. Barcelona, Noviembre.



REFERENCIAS

- Del Barrio, V., Moreno, C. y López, R. (1999). Childrens´s Depresión Inventory (Kovacs, 1992) en población española. *Clínica y Salud*, 4, 25-32.
- Del Barrio, V., Moreno, C. y López, R. (2001). Evaluación de la agresión e inestabilidad emocional en niños españoles y su relación con la depresión. *Clínica y Salud*, 13, 33-50.
- Del Barrio, V., Silva, F., Conesa-Pareja, C. D., Martorell, M. C. y Navarro, A. M. (1993). Escala de Evaluación de la Depresión (EED). En F. Silva y M. C. Martorell. *Evaluación de la Personalidad Infantil y Juvenil (EPIJ)*. Madrid: Mepsa.
- Del Barrio, V., Spielberger, C. D. y Aluja, A. (2005). *STAXI-NA. Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Del Valle, J. y Bravo, A. (2002). Maltrato infantil: situación actual y respuestas sociales. *Psicothema*, 14, 118-123.
- Del Valle, J., Álvarez, E. y Fernánz, A. (1999). *Y después... ¿qué? Estudio y seguimiento de casos que fueron acogidos en residencias de protección de menores en el Principado de Asturias*. Oviedo; Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias.
- Del Valle, J., Bravo, A. y López, M. (2009). El acogimiento familiar en España: implantación y retos actuales. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 33-41.
- Del Valle, J., Bravo, A. y López, M. (2010). *Intervención Psicosocial en Protección a la Infancia*. FOCAD, Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.
- Delgado, L., Fornieles, A., Costas, C. y Brun-Gasca, C. (2013). Acogimiento residencial: problemas emocionales y conductuales. *Revista de Investigación en Educación*, 10(1), 158-171



REFERENCIAS

- Denham, S. (1986). Social cognition, prosocial behavior, and emotion in preschoolers: Contextual validation. *Child Development*, 57, 194-201.
- DePanfilis, D. y Zuravin, S. J. (2001). Assessing risk to determine the need for services. *Children and Youth Services Review*, 23(1), 3-20.
- Díaz Aguado, M. J., Segura, M. y Royo, P. (1995). *El Desarrollo Socioemocional de los Niños Maltratados*. Ministerio de Asuntos Sociales de España.
- Díaz, Camila A., Quintana, Gonzalo, R. y Vogel, E- H. (2012). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés post-traumático en adolescentes siete meses después del terremoto del 27 de febrero de 2010 en Chile. *Terapia Psicológica*, 30(1), 37-43.
- Díaz, H. J. y Ayuga, M. D. (1995). *Los derechos del niño. En Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención en el ámbito sanitario*. pp. 218-224. España: Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud.
- Díaz-Herrero, A. Brito, A. G, López-Pina, J.A., Pérez-López, J., Martínez-Fuentes, M.T. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Parenting Stress Index-Short Form. *Psicothema* 22 (4), pp 1033-1038.
- Díaz-Herrero, A., López-Pina, J.A., Pérez-López, J., Brito, A.G., Martínez-Fuentes, M.T. (2011). Validity of the Parenting Stress Index-Short Form in a sample of spanish fathers. *The Spanish Journal of Psychology*, 14 (2), pp 990-997.
- Diputación Foral de Gipuzkoa (2004). *Guía de actuación en situaciones de desprotección infantil*.
- Dirección General de Política Social, de las Familias y de la Infancia (2010). Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia. Datos



REFERENCIAS

2009. *Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de Publicaciones (2011).*
- Dishion, T. J., Andrews, D. W. y Crosby, L. (1995). Antisocial boys and their friends in adolescence: Relationship characteristics, quality, and interactional processes. *Child Development, 66*, 139-151.
- Dishion, T. J., Patterson, G. R., Stoolmiller, M. y Skinner, M. L. (1991). Family, school, and behavioral antecedents to early adolescent involvement with antisocial peers. *Developmental Psychology, 27*, 172-180.
- Dodge, K. A., Pettit, G. S. y Bates, J. E. (1994). Effects of physical maltreatment on the development of peer relations. *Development Psychopathology, 6*, 43-55.
- Domènech, E., Araneda, N., Xifró, A. y Riba, M. D. (2003). Escala de depresión preescolar para maestros (ESDM 3-6): Primeros resultados de validación. *Psicothema, 15*(4), 575-580.
- Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., Loo, C. M. y Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse y Neglect, 28*, 771-84.
- Dong, M., Anda, R., Felitti, V.J., Dube, S.H., Williamson, D.F., Thompson, T. J. ...Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse and Neglect, 28*(7), 771-784.
- Dong, M., Anda, R. F., Dube, S. R., Giles, W. H. y Felitti, V. J. (2003). The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child Abuse and Neglect, 27*, 625-639.



- Drake, E. B., Bush, S. F. y van Gorp, W. G. (2001). *Evaluation and assessment of PTSD in children and adolescents*. In S. Eth (Ed), PTSD in Children and Adolescents (pp. 1-31). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Duarte, C. S., Santos, I. A., Green, G. R. y Hoven, C. W. (2009). Measuring child exposure to violence and mental health reactions in epidemiological studies: challenges and current issues. *Ciência y Saúde Coletiva*, 14(2), 487-496.
- 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.
- Dubner, A. E. y Motta, R. W. (1999). Sexually and physically abused foster care children and posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 367-373.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2009). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. Barcelona. ARIEL.
- Echlin, C. y Marshall, L. (1995). *Child protective services for children of battered woman: practice and controversy*. En E. Peled, P. G. Jaffe y J. L. Edleson (Eds.). Ending the cycle of violence. Community responses to children of battered woman (pp. 170-185). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Edleson, J. (2001). Studying the co-occurrence of child maltreatment and domestic violence in families. En S. Graham-Bermann y J. Edleson (Eds.). *Domestic Violence in the Lives of Children: The future of research, intervention and social policy*. Washington, DC: American Psychological Association.



REFERENCIAS

- Edminston, E., Wang, F., Mazure, C. M., Guiney, J., Sinha, R., Mayes, L.C. y Blumberg, H. P. (2011). Corticostriatal-limbic gray matter morphology in adolescents with self-reported exposure to childhood maltreatment. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156(2), 1069-1077.
- Edwards, V. J., Holden, G.W., Felitti, V. J. y Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1453-1460.
- Egeland, B., Breitenbucher, M. y Rosenberg, D. (1980). Prospective study of the significance of life stress in the etiology of child abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 195-205.
- Ehlers, A., Gene-Cos, N. y Perrin, S. (2009). Low recognition of post-traumatic stress disorder in primary care. *London Journal of Primary Care*, 2, 36-42.
- Elexpuru, I., Garma, A. M., Marroquín, M. y Villa, A. (1992). *Autoconcepto y Educación. Teoría, medida y práctica pedagógica*. Bilbao: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Elliott, D. S. y Ageton, S. R. (1980). Reconciling race and class differences in self-reported and official estimates of delinquency. *American Sociological Review*, 45, 95-110.
- English, D. J. and The LONGSCAN Investigators (1997). *Modified maltreatment classification system (MMCS)*. From <http://www.iprc.unc.edu/longscan/>
- English, D., Upadhyaya, M., Litrownik, A., Marshall, J., Runyan, D., Graham, C. y Dubowitz, H. (2005). Maltreatment's wake: The relationship of maltreatment dimensions to child outcomes. *Child Abuse and Neglect*, 29, 597-619.



REFERENCIAS

- Equipo de Investigación GUIIA-PC (2006). *Inventario de Condiciones de Maltrato a la Infancia (ICMI)*. Universidad de Murcia. Documento sin publicar.
- Equipo de Investigación GUIIA-PC (2007). *Listado de Indicadores de Sintomatología DESNOS*. Universidad de Murcia. Documento sin publicar.
- Ethier, L., Lemelin, J. y Lacharité, J. (2004). A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse and Neglect*, 28, 1265-1278.
- Ezpeleta, L., de la Osa, N., Júdez, J., Doménech, J.M., Navarro, J.B. y Losilla, J.M. (1997). Diagnostic agreement between clinician and the Diagnostic Interview for Children and Adolescents - DICA-R in a Spanish outpatient sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38,431-440.
- Facchin, P. et al. (1998). *European strategies on child protection: preliminary report*. Padua, Epidemiology and Community Medicine Unit, University of Padua.
- Fallon, B., Trocmé, N., Fluke, J., MacLaurin, B., Tonmyr, L. y Yuan, Y. Y. (2010). Methodological challenges in measuring child maltreatment. *Child Abuse y Neglect*, 34, 70-79.
- Famularo, K. C., Kinscherff, R. y Fenton, T. (1992). Parental substance abuse and the nature of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 16, 475-483.
- FAPMI (2010). Datos disponibles sobre maltrato infantil, 2008. *Cuadernos de Bienestar y Protección Infantil*, 5, pp.1-78
- Felitti, J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.



REFERENCIAS

- Fernández, V., Castro, M. y Alcántara, M. V. (2010). *Estrés postraumático en menores maltratados: un estudio comparativo en menores tutelados y población clínica infantil*. 2ª Convocatoria de Ayudas Anual a la Investigación, de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AECPC). Documento no publicado.
- Fernández- Molina, M., Del Valle, J., Fuentes, J., Bernedo, I. M. y Bravo, A. (2011). Problemas de conducta de los adolescentes en acogimiento preadoptivo, residencial y con familia extensa. *Psicothema*, 23(1), 1-6.
- Fernández-Seara, J. L., Seisdedos, N. y Mielgo, M. (2004). *Cuestionario de Personalidad Situacional*. TEA Ediciones.
- Figueira, I. y Mendlowicz, M. (2003). Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(Supl.1), 12-16.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. New York, NY: The Free Press.
- Finkelhor, D. (2008). *Child victimization: Violence, crime y abuse in the lives of young people*. New York: Oxford University Press.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. y Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse and Neglect*, 31, 7-26.
- First, M., Williams, J., Spitzer, R. L. y Gibbon, M. (2007). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Clinical Trials Version (SCID-CT)*. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- Flaherty, E. y Weiss, H. (1990). Medical evaluation of abused and neglected children. *American Journal of Diseases of Children*, 144, 330-334.



REFERENCIAS

- Fletcher, K. E. (1996). *Measuring school-aged children's PTSD: preliminary psychometrics of four new measures*. Paper presented at the 12th annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Francisco.
- Foa, E. B., Johnson, K. M., Feeny, N. C. y Tredwell, K. R. H. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: a preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 376-384.
- Fontana, V. (1979). *En defensa del niño maltratado*. México, D.F.: Editorial Pax.
- Ford, J., Racusin, R., Ellis, C., Davis, W., Reiser, J., Fleischer, A. y Thomas, J. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreatment*, 5, 205-217.
- Fournier, M., De los Ríos, R., Orpinas, P. y Piquet-Carneiro, L. (1999). Estudio Multicéntrico sobre Actitudes y Normas Culturales frente a la Violencia (proyecto ACTIVA): Metodología. *Pan American Journal of Public Health*, 5, 222-231.
- Fraser, M. W. y Galinsky, M. J. (1997). Toward a resiliency based model of practice. En M. W. Fraser (Ed.). *Risk and Resilience* (pp. 265-275). Washington DC: NASW Press.
- Frederick, C. J., Pynoos, R. S. y Nader, K. (1992). *Child Post-Traumatic Stress Reaction Index*. Unpublished instrument (Available from Calvin J. Frederick, Ph.D., Psychological Services, 69/B116B, Veterans' Administration Medical Center, 1301 Wilshire Boulevard, Los Angeles, CA 90073.).
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Broughton, D., Kuiper, J. y Beilke, R. L. (1991). Normative sexual behavior in children. *Pediatrics*, 88, 456-464.



REFERENCIAS

- Fry, D. (1993). The intergenerational transmission of disciplinary practices and approaches to conflict. *Human Organization*, 52, 176-185.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1997). *Manual: Escalas de afrontamiento para adolescentes* (ACS). Madrid: TEA Ediciones.
- Furtado, L., Carvalhães, R. y Gonçalves, S. (2009). Violência e transtorno de estresse pós-traumático na infância. *Ciência y Saúde Coletiva*, 14(2), 417-433.
- Fuster, E. G., García, F. y Musitu, G. (1988). Maltrato infantil: Un modelo de intervención desde la perspectiva sistémica. *Cuadernos de Consulta Psicológica*, 4, 73-82.
- Gallardo, J. A. y Trianes, M. V. (1999). Impacto del robo y de la fuga en niños maltratados físicamente. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 52, 537-550.
- Garbarino, J. (1976). A preliminary study of some ecological correlates of child abuse: The impact of socioeconomic stress on mothers. *Child Development*, 48, 178-185.
- Garbarino, J. (1982). *Children and Families in the Social Environment*. New York: Aldine Publishing Company.
- Garbarino, J., Guttman, E. y Seeley, J. W. (1986). *Psychologically Battered Child*. CA: Jossey-Bass Publisher.
- Garbarino, J. y Eckenrode, J. (Eds.) (1997). *Understanding abusive families*. New York: Jossey-Bass.
- Garbarino, J. y Kostelny, K. (1992). Child maltreatment as a community problem. *Child Abuse and Neglect*, 16, 455-464.



- García, E., Lila, M. y Musitu, G. (2005). Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los hijos. *Salud Mental*, 28, 73-81.
- García, F. y Musitu, G. (1999). *AF5: Autoconcepto Forma 5*. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- García-Baamonde, M. E. (2008). *Análisis de la competencia lingüística y de la adaptación personal, social, escolar y familiar en niños institucionalizados en centros de acogida*. Edita: Universidad de Extremadura. Servicio de Publicaciones.
- Garland, A. F., Hough, R. L., McCabe, K. M., Yeh, M., Wood, P. A., y Aarons, G. A. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in youths across five sectors of care. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 409-418.
- Garner, P. V., Jones, D. C. y Palmer, D. J. (1994). Social cognitive correlates of preschool children's sibling caregiving behavior. *Developmental Psychology*, 30, 905-911.
- Garrido, M. y Grimaldi, V. M. (2009). *Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía*. Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
- Garriga, A., López-Soler, C., Martínez, A., Fernández, V., Castro, M. y Puerto, J. C. (2007). *Escala de maltrato psicológico; Adaptación de la Escala de Maltrato a Mujeres en L. Walker (1894)*. Universidad de Murcia. Documento no publicado.
- Gelles, R. J. y Strauss, M. A. (1979). Determinants of Violence in the Family: Toward a Theoretical Integration. En W. R. Burr, D. E. Mead, and B.C. Rollings. (eds.) *Contemporary Theories about the Family* (pp. 549-81). New York: Free Press. 1979.



REFERENCIAS

- Ghosh-Ippen, C., Lieberman, A. y van Horn, P. (2008). *Personal communication*. August 14, 2008.
- Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Silverman, A. B., Pakiz, B., Frost, A. K. y Cohen, E. (1995). Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(10), 1369-1380.
- Gil, D. G. (1970). *Violence against children*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gilbert, R., Spatz, C., Browne, K., Fergusson, D., Elspeth, W. y Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373, pp. 68-81
- Gilliam, S. J., Aderka, I. M., Conklin, P. H., Capaldi, S. y Foa, E. B. (2013). The Child PTSD Symptom Scale: Psychometric Properties in Female Adolescent Sexual Assault Survivors. *Psychological Assessment*, 25(1), 23-31.
- Gillis, J. S. (1992). *Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS*. España: TEA S.A.
- Gómez de Terreros, M. (2006). Maltrato Psicológico. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12, 43-44.
- González, J., Fernández, S., Pérez, E. y Santamaría, P. (2004). *Adaptación española de sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes: BASC*. Madrid: TEA Ediciones.
- Goodman, S., Hoven, C., Narro, W., Cohen, P., Fielding, B., Alegría, M., ... Dulkan, M. K. et al., (1998). Measurement of risk for mental disorders and competence in a psychiatric epidemiological community survey: The national institute for mental health methods of child and adolescent



- mental disorder (MECA). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 162-173.
- Gordon I., Shapiro H. A. y Berson S. D. (1988). Caffey's Syndrome or "The Battered Child Syndrome". En *Forensic Medicine. A guide to principles*, 3th ed., Churchill Livingstone. Edinburg London Melbourne
- Graham-Berman, S. A. y Levendosky, A. A. (1998). Traumatic stress symptoms in children of battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 111-128.
- Graham-Bermann, S. A. y Seng, J. (2005). Violence exposure and traumatic stress symptoms as additional predictors of health problems in high-risk children. *Journal Pediatric*, 3, 349-354.
- Green, B. L., Krupnick, J. L., Rowland, J. H., Epstein, S. A., Stockton, P., Spertus, I. y Stern, N. (2000). Trauma history as a predictor of psychological symptoms in women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 18, 1084-1093.
- Greenberger, E. y Goldber, W. A. (1989). Work, parenting and the socialization of children. *Developmental Psychology*, 25, 22-35.
- Haatainen, K. M., Tanskanen, A., Kylmä, J., Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Hintikka, J., ...Viinamäki, H. (2003). Gender differences in the association of adult hopelessness with adverse childhood experiences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 12-17.
- Hahm, H. C., Lee, Y., Ozonoff, A. y Van Wert, M. J. (2010). The impact of multiple types of child maltreatment on subsequent risk behaviors among women during the transition from adolescence to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 528-540.
- Hall, G. C. N. y Hirschman, R. (1992). Sexual aggression against children: A conceptual perspective of etiology. *Criminal Justice and Behavior*, 19, 8-23.



REFERENCIAS

- Hamburger, M. E., Leeb, R. T. y Swahn, M. H. (2008). Childhood maltreatment and early alcohol use among high-risk adolescents. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 3, 291-295.
- Hamby, S. L., Finkelhor, D., Ormrod, R. y Turner, H. (2004). *The Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ): Administration and Scoring Manual*. Durham, NH: Crimes Against Children Research Center.
- Hanson, R., Smith, D., Saunders, B., Swenson, C. y Conrad, L. (1995). Measurement in child abuse research: a survey of researchers. *American Professional Society on the Abuse of Children Advisor*, 8, 7-10.
- Hardy, S. A., Carlo, G. y Roesch, S. C. (2010). Links between adolescents' expected parental reactions and prosocial behavioral tendencies: The mediating role of prosocial values. *Journal Youth Adolescence*, 39, 84-95.
- Harris, T. B. y Sargent, A. J. (2009). *Mental Health Issues: Child Physical Abuse and Neglect*. En A. P. Giardino, M. Lyn y E. R. Giardino (Eds.). *A Practical Guide to the Evaluation of Child Physical Abuse and Neglect, Part 4*, (477-497). New York: Springer.
- Hart, S. N. y Brassard, M. R. (1991). Psychological maltreatment: Progress achieved. *Development and Psychopathology*, 3(1), 61-70.
- Hashima, P. y Amato, P. (1994). Poverty, social support, and parental behavior. *Child Development*, 65, 394-403.
- Hathaway, S. R. y McKinley, J. C. (1943). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Minneapolis: University of Minnesota.
- Hathaway, S. R. y McKinley, J. C. (1951). *The MMPI manual*. Nueva York: Psychological Corporation.



REFERENCIAS

- Hathaway, S. R. y McKinley, J. C. (1999). *MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2. Adaptación española*. Madrid: TEA. (adaptación-tipificación española del trabajo publicado en 1943 -MMPI- y revisado por Butcher et al. en 1989 -MMPI 2).
- Hazen, A. L., Connelly, C. D., Roesch, S. C., Hough, R. L. y Landsverk, J. A. (2010). Child Maltreatment Profiles and Adjustment Problems in High-Risk Adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(2), 361-378.
- Heflinger, C. A., Simpkins, C. G. y Combs-Orme, T. (2000). Using the CBCL to determine the clinical status of children in state custody. *Children and Youth Services Review*, 22, 55-73.
- Helfer, M. E. y Kempe, R. S. (1968). *The Battered Child*. The University of Chicago Press, Chicago.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391. doi:10.1002/jts.2490050305
- Herman-Giddens, M., Brown, G., Verbiest, S., Carlson, P., Hooten, E., Howell, E. y Butts, J. (1999). Underascertainment of Child Abuse Mortality in the United States. *Journal of the American medical Association*, 282(5), 463-467.
- Hernández, P. (1983). *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Hernández, P. (2000). Enseñando valores socioafectivos en un escenario constructivista: Bienestar subjetivo e inteligencia intrapersonal. En J. Llera, Fernández, V., Sánchez, M. D. *Intervención Psicopedagógica y Curriculum Escolar* (pp. 217-254). Madrid: Pirámide.
- Hernández, P. (2004). *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI)*. TEA Ediciones, S. A. Madrid (5ª edición, revisada).



REFERENCIAS

- Herrenkohl, R. C., Herrenkohl, E. C. y Egolf, B. P. (1983). Circumstances surrounding the occurrence of child maltreatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 424-431.
- Herrenkohl, R. y Herrenkohl, E. (1981). Some antecedents and developmental consequences of child maltreatment. *New Directions for Child Development, 11*, 57-76.
- Herrenkohl, T. y Herrenkohl, R. (2007). Examining the overlap and prediction of multiple forms of child maltreatment, stressors, and socioeconomic status: A longitudinal analysis of youth outcomes. *Journal of Family Violence, 22*, 553-562.
- Herrera, V. M. y McCloskey, L. A. (2003). Sexual abuse, family violence, and female delinquency: findings from a longitudinal study. *Violence and Victims, 18*, 319-334.
- Herschell, A. (2005). Theoretical and empirical underpinnings of parent-child interaction therapy with child physical abuse populations. *Education and Treatment of Children, 28*, 142-162.
- Higgins, D. J. y McCabe, M. P. (2000a). Multi-Type Maltreatment and the Long-Term Adjustment of Adults. *Child Abuse Review, 9*, 6-18.
- Higgins, D. J. y McCabe, M. P. (2000b). Relationships between different types of maltreatment during childhood and adjustment in adulthood. *Child Maltreat, 5*, 261-272.
- Higgins, D. J. y McCabe, M. P. (2003). Maltreatment and family dysfunction in childhood and the subsequent adjustment of children and adults. *Journal of Family Violence, 18*, 107-102.
- Hillson, J. M. y Kuiper, N. A. (1994). A stress and coping model of child maltreatment. *Clinical Psychology Review, 14*, 261-285.



REFERENCIAS

- Hodges, K. (1995). *CAFAS Self-training Manual and black scoring form*. Ann Arbor, MI: Author.
- Hodges, K. (1999). *PECFAS Self-training Manual and black scoring form*. Ann Arbor, MI: Author.
- Holadel, G. W. y Ritchie, K.L. (1991). Linking extreme marital discord, child rearing, and child behavior problems: Evidence from battered women. *Child Development*, 55, 794-802.
- Holt, S., Buckley, H. y Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child Abuse y Neglect*, 32(8), 797-810.
- Horowitz, M., Wilner, N. y Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale Measure of Subjective Stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-218.
- Hornor, G. (2005). Domestic violence and children. *Journal of Pediatric Health Care*, 19, 206-212.
- Hughes, H. M. (1988). Psychological and behavioral correlates of family violence in child witnesses and victims. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, 77-90.
- Hukkanen, R., Sourander, A., Bergroth, L. y Piha, J. (1999). Follow-up of children and adolescents in residential care in children's homes. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53(3), 185-189.
- Human Services. (2009). *Child Maltreatment 2007*. Washington, DC: US Dept. of Health y Human Services.
- Inglés, A. (1995). Origen y proceso y algunos resultados del estudio sobre los malos tratos infantiles en Cataluña. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 23-32.



REFERENCIAS

- Intebi, I. y Arruabarrena, I. (2006). La orientación familiar en situaciones especiales: violencia familiar-Maltrato y abandono infantil. En J. H. Bouche y F. Hidalgo (Dir.). *Mediación y Orientación familiar. Área de Orientación*. Ed. Dykinson.
- Ison, M. S. (2004). Características familiares y habilidades sociocognitivas en niños con conductas disruptivas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(4), 257-268.
- Jarvis, K., Gordon, E. y Novaco, R. (2005). Psychological distresss of children and mothers in domestic violence emergency shelters. *Journal of Family Violence*, 20, 389-402.
- Jaycox, L. H., Stein, B. D., Katoaka, S. H., Wong, M., Fink, A., Escudero, P. y Zaragoza, C. (2002). Violence exposure, posttraumatic stress disorder and depressive symptoms among recent immigrant schoolchildren. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 41(9), PP.1104-1110.
- Jaycox, L. H., Langley, A. K., Stein, B. D., Wong, M., Sharma, P., Scott, M. y Schonlau, M. (2009). Support for students exposed to trauma: A pilot study. *School Mental Health*, 1, 49-60.
- Jee, S. H., Barth, R. P., Szilagyi, M. A., Szilagyi, P. G., Aida, M. y Davis, M. M. (2006). Factors associated with chronic conditions among children in foster care. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 17, 328-341.
- Jiménez, J., Moreno, M. C., Oliva, A., Palacio, J. y Saldaña, D. (1995). *El maltrato infantil en Andalucía*. Junta de Andalucía. Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales. Dirección General de Atención al niño.
- Johnson, J.H. y McCutchon, S.M. (1980). Assessing life stress in older children and adolescents: Preliminary findings with the Life Events Checklist. En I.



REFERENCIAS

- G. Sarason y C. D. Spielberger (Eds.). *Stress and anxiety* (pp. 111-1259). Washington, DC: Hemisphere.
- Johnson, R. M., Kotch, J. B., Catellier, D. J., Winsor, J. R., Dufort, V. Hunter, W. y Amaya-Jackson, L. (2002). Adverse behavioral and emotional outcomes from child abuse and witnessed violence. *Child Maltreatment*, 7, 179-186.
- Jones, L., Hughes, M. y Unterstaller U. (2001). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence. A review of the research. *Trauma, Violence y Abuse*, 2(2), 99-119.
- Jonson-Reid, M., Presnall, N., Drake, B., Fox, L., Bierut, L., Reich, ... Constantino, J. Kane. (2010). The effects of child maltreatment and inherited liability on antisocial development: an official records study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 321-431.
- Jouriles, E. N. y Norwood, W. D. (1995). Physical aggression toward boys and girls in families characterized by the battering of women. *Journal of Family Psychology*, 9, 69-78.
- Jouriles, E. N., Murphy, C. M. y O'Leary, K. D. (1989). Effects of maternal mood on mother-son interactions patterns. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 513-525.
- Jun, H. J., Rich-Edwards, J. W., Boynton-Jarrett, R. y Wright, R. J. (2008). Intimate partner violence and cigarette smoking: Association between smoking risk and psychological abuse with and without co-occurrence of physical and sexual abuse. *American Journal of Public Health*, 98(3), 527-535.
- Kalebic, K. y Ajdukovic, M. (2011). Risk factors of child physical abuse by parents with mixed anxiety-depressive disorder or posttraumatic stress disorder. *Mental Health*, 52, 25-34. doi: 10.3321/cm.20n.52.25



REFERENCIAS

- Kaplan, S., Pelcovitz, D., Salzinger, S., Weiner, M., Mandel, F., Lesser, M. y Labruna, V. (1998). Adolescent physical abuse: Risk for adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 155, 954-959.
- Kaplow, J. B., Dodge, K. A., Amaya-Jackson, L. y Saxe, G. N. (2005). Pathways to PTSD, part II: Sexually abused children. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1305-1310.
- Kaplow, J. y Widom, C. (2007). Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 176-187.
- Kataoka, S., Jaycox, L., Wong, M., Nadeem, E., Langley, A., Tang, L. y Stein, B. (2011). Effects on school outcomes in low-income minority youth: preliminary findings from a community-partnered study of a school trauma intervention. *National Institutes of Health*, 21(301), pp. 71-77.
- Kataoka, S. H., Stein, B. D., Jaycox, L. H., Wong, M., Escudero, P., Tu, W., . . . Fink, A. (2003). A school-based mental health program for traumatized Latino immigrant children. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 42, 311-318.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D. y Rao, U. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 36, 980-988.
- Kaufman, J. y Cicchetti, D. (1989). Effects of maltreatment on school-age children's socioemotional development: Assessments in a day-camp setting. *Developmental Psychology*, 25, 516-524.
- Kearney, C. A., Wechsler, A., Kaur, H. y Lemos-Miller, A. (2010). Posttraumatic stress disorder in maltreated youth: A review of contemporary research and thought. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 46-76.



REFERENCIAS

- Keil, V. y Price, J. M. (2006). Externalizing behavior disorders in child welfare settings: Definition, prevalence, and implications for assessment and treatment. *Children and Youth Services Review, 28*, 761-779.
- Keller, T. E., Salazar, A. M. y Courtney, M. E. (2010). Prevalence and timing of diagnosable mental health, alcohol, and substance use problems among older adolescents in the child welfare system. *Children and Youth Services Review, 32*(4), 626-634.
- Kempe, C. H., Silverman, N. F., Steele, B. F., Droegemueller, W. y Silver, H. K. (1962). The battered-child syndrome. *Journal of the American Medical Association, 962*(181), 105-112.
- Kempe, R. S. y Kempe, H. C. (1985). *Niños maltratados*. 3ra. ed. Madrid: Morata.
- Kent, L., Laidlaw, J. D. D. y Brockington, I. F. (1997). Fetal abuse. *Child Abuse y Neglect, 21*, 181-186.
- Kessler, R. C., Borgers, B. y Walters, E. E. (1999). Prevalence and risk factors of lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 56*, 617-662.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. y Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry, 52*(12), 1048-1060.
- Ketsela, T. y Kebede, D. (1997). Physical punishment of elementary school children in urban and rural communities in Ethiopia. *Ethiopo. Medicine Journal, 39*, 271-281.
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Resnick, H. S., Saunders, E. y Best, C. L. (1997). A 2 year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(5), 834-847.



REFERENCIAS

- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S. y Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4), 692-700.
- Kim, H. S. y Cicchetti, D. (2003). Social self-efficacy and behavior problems in maltreated and nonmaltreated children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32*(1), 106-117.
- Kim, H. S. y Kim, H. S. (2008). The impact of family violence, family functioning, and parental partner dynamics on Korean juvenile delinquency. *Children Psychiatry Human Development, 39*(4), 439-453.
- Kinard, E. M. (1998). Classifying type of child maltreatment: Does the source of information make a difference? *Journal of Family Violence, 13*(1), 105-112
- Knight, B. (1977). The Battered Child, en "*Forensic Medicine*", Tedeshi, G C, Eckert, WG, Tedeshi GL (eds.), Vol. I. W.B. Saunders Co. Philadelphia, 1977 pp. 500-9.
- Knutson, J. F. (1995). Psychological characteristic of maltreated children. Putative risk factors and consequences. *Annual Review Psychological, 46*, 401-431.
- Kolko, D. J., Hurlburt, M. S., Jinjin, Z., Barth, R. P., Leslie, L. K. y Burns, B. J. (2010). Posttraumatic Stress symptoms in children and adolescents referred for child welfare investigation. *Child Maltreatment, 15*(1), 48-63.
- Korfmacher, J. (2000). The Kemple Family Stress Inventory: A review. *Child Abuse and Neglect, 24*, 129-140.
- Kotch, J. B., Lewis, T., Hussey, J. M., English, D., Thompson, R., Litrownik, A. J., ...Dubowitz, H. (2008). Importance of early neglect for childhood aggression. *Pediatrics, 121*, 725-731.



- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory*. North Tonawanda: Multi-health Systems.
- Krug, E. G., Dahlberg L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. y Lozano, R. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.
- Krupnick, J. L., Green, B. L., Stockton, P., Goodman, L., Corcoran, C. y Petty, R. (2004). Mental health effects of adolescent trauma exposure in a female college sample: exploring differential outcomes based on experiences of unique trauma types and dimensions. *Psychiatry*, 67, 264-279
- Kulik, J. A., Stein, K. B. y Sarbin, T. R. (1968). Dimensions and patterns of adolescent anti-social behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 375-382.
- Lachica, E. (2010). Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales. *Cuadernos de Medicina Forense*, 16(1-2), 53-63.
- Lansford, J. E., Dodge, K. E., Bates, J. E., Crozier, J. y Kaplow, J. (2002). A 12-year prospective study of the long term effect of early child physical maltreatment on psychological, behavioural and academic problem in adolescent. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 156, 824-830.
- Larrance, D. T. y Twentyman, C. T. (1983). Maternal attributions and child abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 92(4), 449-457.
- Lau, A. S., Leeb, R. T., English, D. J., Graham, J. C., Briggs, E. C., Brody, K. E., y Marshall, J.M. (2005). What's in a name? A comparison of methods for classifying predominant type of maltreatment. *Child Abuse y Neglect*, 29, 533-551.



REFERENCIAS

- Lazenbatt, A. (2010). *The impact of abuse and neglect on the health and mental health of children and young people*. NSPCC. Cruelty to children must stop: full stop. www.nspcc.org.uk/inform
- Leeb, R., Lewis, T. y Zolotor, A. (2011). A review of physical and mental health consequences of child abuse and neglect and implications for practice. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5, 454-468.
- Lepisto, S., Luukkaala, T. y Paavilainen, E. (2010). Witnessing and experiencing domestic violence: a descriptive study of adolescents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 70-80.
- Leslie, L. K., James, S., Monn, A., Kauten, M. C., Zhang, J. y Aarons, G. (2010). Health-risk behaviors in young adolescents in the child welfare system. *Journal of Adolescent Health*, 47, 26 -34.
- Levav, I., Guerrero, R., Phebo, L., Coe, G. y Cerqueira, M.T. (1996). El castigo corporal en la niñez: ¿Endemia o epidemia? *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 120, 229-239.
- Levendosky, A. A., Huth, A. C., Semel, M. A. y Shapiro, D. L. (2002). Trauma symptoms in preschool-age children exposed to domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 17, 150-164.
- Levi, G., Sogos, C., Mazzei, E. y Paolesse, C. (2001). Depressive disorder in preschool children: Patterns of affective organization. *Child Psychiatry and Human Development*, 32(1), 55-69.
- Little, S. A. y Garber, J. (1995). Aggression, depression, and stressful life events predicting peer rejection in children. *Development and Psychopathology*, 7, 845-856.



- Logan, K. E., Leeb, R. T. y Barker, L. E. (2009). Gender-specific mental and behavioral outcomes among physically abused high-risk seventh-grade youths. *Public Health Reports*, 2, 234-245.
- Loise, T. (2009). *Children's Exposure to Intimate Partner Violence (IPV): Challenging Assumptions about child protection practices*. A thesis submitted in conformity with the requirements for the degree of Ph.D. Factor-Inwentash Faculty of Social Work. University of Toronto.
- López, F. (1995). *Necesidades de la infancia y protección infantil*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- López Soler, C., Prieto, M., Alcántara, M., Castro, M., López Pina, J. A y Puerto, J. C. (2008). *Alteraciones internalizantes y externalizantes en menores maltratados*. VI Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP). Huelva.
- López-Soler, C. (2008). El trauma complejo en infancia y adolescencia maltratada. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159-174.
- López-Soler, C., Castro, M., Daset, L. R., Alcántara, M., Fernández, V., Prieto, M. y Puerto, J. C. (2008). Diagnóstico Consecuencias del maltrato grave intrafamiliar en la infancia: conceptualización y de las reacciones postraumáticas complejas. *Ciencias Psicológicas*, vol II(2), 97-200.
- López-Soler, C., Castro, M., Alcántar, M. V. y López-García, J. J. Post-Traumatic stress disorder in child abuse: partial PTSD and alternative criteria to those of DSM. (*Child Abuse and Neglect*. EN PRENSA)
- López-Soler, C., Fernández, M. V., Prieto, M., Alcántara, M. V., Castro, M. y López-Pina, J. A. (2012). Prevalencia de las alteraciones emocionales en una muestra de menores maltratados. *Anales de Psicología*, 28(3), 780-788.



- Loredo, A.A. (1994). *Maltrato al menor*. México D.F.: Interamericana McGraw-Hill.
- Loredo, A. A. (2004). *Maltrato en niños y en adolescentes*. México. Editores de Textos Mexicanos.
- Loredo, A. A., Oldak, S. D., Carbajal, R. L. y Reynes, M. J. (1990). Algoritmo del niño maltratado a su ingreso a un centro hospitalario pediátrico. *Boletín Médico del Hospital Infantil de Mexico*, 47, 91-95.
- Loue, S. (2005). Redefining the emotional and psychological abuse and maltreatment of children. *Legal implications. Journal of Legal Medicine*, 26, pp.311-337.
- Luengo, M. A., Otero, J. M., Romero, E., Gómez-Fraguela, J. A. y Traveres-Filho, E. T. (1999). Análisis de ítems para la evaluación de la conducta antisocial: un estudio transcultural. *Revista de la Asociación Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1, 21-36.
- Luxenberg, T., Spinazzola, J. y van der Kolk, B. (2001). Complex trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS). Diagnosis, part one: Assessment. *Directions in Psychiatry*, 21(25), 373-392.
- Maas, C., Herrenkohl, T. I. y Sousa, C. (2008). Review of research on child maltreatment and violence in youth. *Trauma Violence*, 9(1), 56-67.
- MacMillan, H. L. y Munn, C. (2001). The sequelae of childhood maltreatment. *Current Opinion in Psychiatry*, 14, 325-331.
- MacMillan, H. L., Jamieson, E., Wathen, C., Boyle, M., Walsh, C., Omura, J.,...Londenquai, G. (2007). Development of a policy-relevant child maltreatment research strategy. *Milbank Quarterly*, 85, 337-374.



- Madu, S. y Peltzer, K. (2000). Risk factors and child sexual abuse among secondary students in the Northern Province (South Africa). *Child Abuse and Neglect*, 24, 259-268.
- Magaz, A. y García E. (1998). *Perfil de estilos educativos*. Madrid: Grupo Albor-COHS.
- Magura, S. I. y Moses, B. S. (1986). Child Well Being Scale. Escala de Bienestar para niños (CWBS). En Arruabarrena, MI., y De Pául. J. (1999). *Intervención psicosocial: Revista sobre igualdad y calidad de vida* Vol. 8, N° 1, 1999 págs. 89-108.
- Main, M. y Solomon, J. (1990). Cross-Cultural studies of attachment organization: Recent studies changing methodologies and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33, 48-61.
- Manly, J. T., Cicchetti, D. y Barnett, D. (1994). The impact of subtype, frequency, chronicity, and severity of child maltreatment on social competence and behavior problems. *Development and Psychopathology*, 6, 121-143.
- Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F. A. y Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, 13(4), 759-782.
- Manly, J. T. (2005). Advances in research definitions of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 29, 425-439.
- March, J. S., Parker, J. D. A., Sullivan, K., Stallings, P. y Conners, K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure, reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 554-565.



- Marín, V., Ortega, R. M., Reina, P. y García, M. D. (2004). La inadaptación escolar en los centros cordobeses. *Educativo siglo XXI: Revista de la Facultad de Educación*, 22, 127-138
- Marsh, H.W. (1988). Multitrait multimethod analysis. En J. P. Keeves (Ed.). *Educational research, methodology and measurement: An international Handbook*. New York: Pergamon Press.
- Marshall, W. L. y Barbaree, H. E. (1990). An integrated theory of the etiology of sexual offending. En W. L. Marshall, D. R. Laws y H. E. Barbaree (Eds.). *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender* (pp. 257- 275). New York: Plenum.
- Martin, G., Bergen, H. A., Richardson, A. S., Roeger, L. y Allison, S. (2004). Sexual abuse and suicidality: gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse y Neglect*, 28, 491-503.
- Martín, E., García, M. D. y Severio, M. A. (2012). Inadaptación autopercebida de los menores en acogimiento residencial. *Anales de Psicología* 28(2), 541-547.
- Martínez, A. y De Paúl, J. (1993). *Maltrato y abandono en la infancia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Martínez, J. L., Fuertes, A., Ramos, M. y Hernández, A. (2003). Substance use in adolescence: Importance of parental warmth and supervision. *Psicothema*, 15, 161-166.
- Martínez, A., López-Soler, C., García Montalvo, C., Garriga, A., Alcántara, M. V. y Prieto, M. (2006). *Entrevista Semiestructurada de Maltrato Infantil y Adolescente*. Universidad de Murcia. Documento no publicado.
- Martorell, M. C., González, R., Calvo, A. J. y Benavides, G. (1998). *Estudio confirmatorio del Cuestionario de Conducta Prosocial (CCP, Martorel y González, 1992)*. V Congreso de Evaluación Psicológica. Málaga.



REFERENCIAS

- Martorell, M. C., Aloy, M., Gómez, O. y Silva, F. (1993). Escala de autoconcepto (AC). En F. Silva y M. C. Martorell (Eds.). *EPIJ. Evaluación Infanto-Juvenil* (págs. 25-53). Madrid: MEPSA.
- McCann, J. B., James, S. W., Wilson, S. y Dunn, G. (1996). Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system. *British Medical Journal*, 313: 1529-1530.
- McCloskey, L. A. y Lichter, E. (2003). Childhood exposure to marital violence and adolescent aggression: Psychological mediators in the cycle of violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 1-23.
- McCord, J. (1983). A forty years perspective on effects of child abuse and neglect. *Child Abuse y Neglect*, 7, 265-270.
- McCubbin, H. I., Patterson, J. M. y Wilson, L. R. (1985). FILE: Family Inventory of Life Events and Changes. En D.H. Olson, McCubbin, H. I., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M. and Wilson, M. (Eds.). *Family Inventories*. St. Paul, MN: Family Social Science, University of Minnesota Press.
- McGee, R. A., Wolfe, D. A. y Wilson, S. K. (1990). *A record of Maltreatment Experiences*. Unpublished manuscript, University of Western Ontario, London, Ontario.
- McGee, R. A., Wolfe, D. A. y Wilson, S. K. (1997). Multiple maltreatment experiences and adolescent behavior problems: adolescents' perspectives. *Development and Psychopathology*, 9(1), 131-149.
- McFarlane, J., Groff, J., O'Brien, A. y Watson, K. (2003). Behaviors of children who are exposed and not exposed to intimate partner violence: an analysis of 330 black, white and Hispanic Children. *Pediatrics*, 112, e202-e207.
- McMillen, J. C., Zima, E. T., Scott, L. D., Auslander, W. F., Munson, M. R., Ollie, M. T. y Spitznagel, E. L. (2005) The prevalence of psychiatric disorders



- among older youths in the foster care system. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 88-95.
- Mehrabian, A. y Epstein, N.A. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 40(4), 525-543.
- Méndez, F. X., Inglés, C. J. e Hidalgo, M. D. (2001). Escala de Dificultad Interpersonal para Adolescentes (EDIA): Estructura factorial y fiabilidad. *Anales de Psicología*, 17, 23-26.
- Mersky, J. P. y Reynolds, A. J. (2007). Child maltreatment and violent delinquency: Disentangling main effects and subgroup effects. *Child Maltreatment*, 12(3), 246-258.
- Mesa, A. M., Estrada, L. F. y Bahamón, A. L. (2009). Experiencias de maltrato infantil y transmisión intergeneracional de patrones de apego madre-infante. *Pensamiento Psicológico*, 13, 127-151.
- Mestre, V., Pérez-Delgado, E., Samper, P. y Frías, M.D. (1999). Instrumentos de evaluación de la empatía. En E. Pérez Delgado y V. Mestre (Eds.). *Psicología Moral y Crecimiento Personal* (pp.181-190). Barcelona: Ariel.
- Million, T. (1994). *Inventario Million de Estilos de Personalidad, MIPS*. Madrid: TEA Ediciones.
- Million, T. (1997). *Inventario Clínico Multiaxial de Million II MCMI II*. Madrid: TEA Ediciones.
- Milner, J. S. (1993). Social information processing and physical child abuse. *Clinical Psychology Review*, 13, 275-294.
- Milner, J. S. (1994). Assessing physical child abuse risk: The child abuse potential inventory. *Clinical Psychology Review*, 14, 547-583



REFERENCIAS

- Ministerio de Educación, Política Social y Deporte (2008). *III y IV Informe de aplicación de la convención sobre los derechos del niño en España*. Catálogo de publicaciones del MEPSYD. <http://www.mepsyd.es/>
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006). *Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos*. Grupo de trabajo sobre maltrato infantil del Observatorio de la Infancia. Madrid.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2007). *Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil. Módulo de referencia para el desarrollo de un protocolo de actuación en casos de maltrato infantil*. Grupo de trabajo sobre maltrato infantil del Observatorio de la Infancia. Madrid.
- Minler, J. S. (1990). Social information processing and physical child abuse. *Infancia y Sociedad*, 2, 5-15.
- Minler, J. S. (1988). An ego-strength scale for the child Abuse Potential Inventory. *Journal of Family Violence*, 3, 151-162.
- Minnis, H., Everett, K y Pelosi, A. J. (2006). Children in Foster care: Mental health, service use and cost. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15(2), 63-70.
- Moeller, T., Bachman, G. y Moeller, J. (1993). The combined effects of physical, sexual and emotional abuse during childhood: Long term health consequences. *Child Abuse and Neglect*, 17, 623-640.
- Molina, A. (2001). Instrumentos de evaluación clínica en niños y adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 2(1), 23-40.
- Moos, R. H. y Moos, B. S. (1981). *Family Environment Scale Manual*. Consulting Psychologists Press. California: Palo Alto.



REFERENCIAS

- 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. Madrid: Díaz de Santos.
- Moretti, M. M., Obsuth, I., Odgers, C. L. y Reebye, P. (2006). Exposure to maternal vs. paternal partner violence, PTSD, and aggression in adolescent girls and boys. *Aggressive Behavior*, 32, 385-395.
- Morey, L. C. (2007). *Personality Assessment Inventory professional manual* (2nd Ed.). Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Morrow, K., y Sorrel, G. (1989). Factors affecting self-esteem, depression and negative behaviors in sexually abused female adolescents. *Journal of Marriage and Family*, 51, 677-786.
- Muela, A. (2008). Hacia un sistema de clasificación nosológico de maltrato infantil. *Anales de psicología*, 24(1), 77-87.
- Muela, A., Balluerka, N. y Torres, B. (2013). Jóvenes víctimas de maltrato infantil en situación de acogimiento residencial. *Anales de Psicología*, 29(1), 197-206.
- Mueller, E. y Silverman, N. (1989). Peer relations in maltreated children. En D. Cicchetti y V. Carlson (Eds.). *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 529-578). New York: Cambridge University Press.
- Mueser, K.T. y Taub, J. (2008). Trauma and PTSD among adolescents with severe emotional disorders involved in multiple service systems. *Psychiatric Services*, 59(6), 627-634.
- Mullen, P., Martin, J., Anderson, J., Romans, S. y Herbison, G. (1996). The long-term impact of the physical, emotional and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse and Neglect*, 20, 7-21.



REFERENCIAS

- Muller, R. T., Hunter, E. J. y Stollak, G. (1995). The intergenerational transmission of corporal punishment: A comparison of social learning and temperament models. *Child Abuse and Neglect*, 19, 1323-1335.
- Mullett-Hume, E., Anshel, D., Guevara, V. y Cloitre, M. (2008). Cumulative trauma and posttraumatic stress disorder among children exposed to the 9/11 World Trade Center attack. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78, 103-108.
- Muris, P. (1997). *The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (revised version)*. Maastricht: Maastricht University, Department of Psychology.
- Naglieri, J. A., Pfeiffer, S. I. y LeBuffe, P. A. (1994). *Devereux Scales of Mental Disorders*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- National Center for PTSD (2006). *Fact Sheet and Child Measures* http://www.ncptsd.va.gov/fact/specific/fs_children.html.
- National Traumatic Stress Network (2004). *Entendamos el estrés traumático infantil*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, (SAMHSA) y U.S. Department of Health and Human Services (HHS). www.NCTSNet.org.
- National Child Traumatic Stress Network (2003). *Complex Trauma in Children and Adolescents*. En A. Cook, M. Blaustein, J. Spinazzola y B. van der Kolk (Eds.). White Paper from the National Child Traumatic Stress Network Complex Trauma Task Force. Los Angeles, Calif., and Durhan, N. C.
- National Research Council (1993). *Understanding child abuse and neglect*. Washington, DC: National Academy Press.
- Nilsson, D. (2007). *Trauma, Posttraumatic Stress and Dissociation Among Swedish Adolescents*. Evaluation of Questionnaires. Linköping University Medical Dissertations, 979.



REFERENCIAS

- Nixon, R. D. V., Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T., Yule, W., Clark, D. M., Perrin, S. y Smith, P. (2013). The Child PTSD Symptom Scale: An Update and Replication of Its Psychometric Properties. *Psychological Assessment*. Advance online publication. Doi:10.1037/a0033324
- Nolin, P. y Ethier, L. (2007). Using neuropsychological profiles to classify neglected children with or without physical abuse. *Child Abuse and Neglect*, 31, 631-643.
- Norris, F. H., Foster, J. D. y Weisshaar, D. L. (2002). *The epidemiology of sex differences in PTSD. A cross developmental, societal and research contexts*. En R. Kimberling, P. Ouminette y J. Wolfe (Eds.). *Gender and PTSD* (pp. 3- 42). New York: Guilford Press.
- Oates, R. K. (2004). Sexual abuse and suicidal behavior. *Child Abuse and Neglect*, 28, 487-489.
- Observatorio de la Infancia (2009). *Estadística básica de medidas de protección a la infancia*. (Vol. 11) Madrid, España: Ministerio de Sanidad Políticas Sociales e Igualdad.
- Ohmi, H., Kojima, S., Awai, Y., Kamata, S., Sasaki, K., Tanaka, Y., Mochizuki, Y., Hirooka, K. y Hata, A. (2002). Posttraumatic stress disorder in pre-school aged children after a gas explosion. *European Journal of Pediatrics*, 161, 643-648.
- Olarte, J. A., Zapata, C. D. y Heredia, D. A. (2011). Sobre maltrato y agresión infantil. *Revista de Psicología GEPUI*, 2(1), 13 - 23.
- 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.



REFERENCIAS

- Oliva, A., Moreno, M. C., Palacios, J. y Saldaña, D. (1995). Ideas sobre la infancia y predisposición hacia el maltrato infantil. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 111-124.
- Oliván, G. (1999). Características sociales y estado de salud de los menores que ingresan en Centros de Acogida. *Anales Españoles de Pediatría*, 50(2), pp. 151-155.
- Olivares, J., Rosa, A. I. y Olivares, P. J. (2006). *Ser padres, actuar como padres. Un reto que requiere formación y tiempo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe sobre la salud en el mundo: reducir los riesgos y promover una vida sana*.
- Organización Panamericana de la Salud (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas. Washington, D.C.
- Ortiz-Tallo, M., Santamaría, P., Cardenal, V., Sánchez, M. P. (2011). *PAI. Inventario de Evaluación de la Personalidad*. TEA Ediciones.
- Osofsky, J. D. (1997). *Children in a violent society*. New Cork: Guildford.
- Osofsky, J. D. (1999). The impact of violence on children. *The Future of Children*, 9, 33-49.
- Oswald, S., Fegert, J. y Goldbeck, L. (2010). Post-traumatic stress symptoms in Foster children following maltreatment and neglect. *Verhaltenstherapie*, 20, pp.37-44.
- Oswald, S., Heil, K. y Goldbeck, L. (2010). History of maltreatment and mental health problems in foster children: A review of literature. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5), pp.462-472.



REFERENCIAS

- Øverlien C. (2010). Children Exposed to Domestic Violence. Conclusions from the Literature and Challenges Ahead. *Journal of Social Work, 10*(1), 80-97.
- Paivio, S. C. y Cramer, K. M. (2004). Factor structure and reliability of the Childhood Trauma Questionnaire in a Canadian undergraduate student sample. *Child Abuse and Neglect, 28*, 889-904.
- Palacios, J. (1995). Los datos del maltrato infantil en España: una visión de conjunto. *Infancia y Aprendizaje, 71*, 69-75.
- Palacios, J., Jiménez, J., Oliva, A. y Saldaña, D. (1998). *Malos tratos a los niños en la familia*. En M. J. Rodrigo y J. Palacios (Coords.). Familia y desarrollo humano (pp. 399-421). Madrid: Alianza.
- Panel on research on child abuse and neglect. Commission on Behavioral and Social Sciences and Education (CBASSE), National Research Council (1993). *Understanding child abuse and neglect*. The National Academies Press, Washington, D.C.
- Panzer, A. (2006). The neuroendocrinological sequelae of stress during brain development: the impact of child abuse and neglect. *African Journal of Psychiatry, 11*, 29-34.
- Parke, R. D. y Colmer, C. W. (1975). *Child abuse: an interdisciplinary analysis*. En E. Hetherington (Ed.): *Review of child development research* (pp. 509-590). Chicago: University of Chicago Press.
- Parker, G., Tupling, H. y Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *Journal of Medical Psychology, 52*, 1-10.
- Parker, J. G. y Asher, S. R. (1993). Friendship and friendship quality in middle childhood: Links with peer group acceptance and feelings of loneliness and social dissatisfaction. *Developmental Psychology, 29*, 611-621.



REFERENCIAS

- Pastorelli, C., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Rola, J., Rozsa, S. y Bandura, A. (2001). The structure of children's perceived self-efficacy: a cross-national study. *European Journal of Psychological Assessment, 17*, 87-97.
- Patterson G. R., Dishion T. J. y Bank, L. (1984). Family interaction: A process model of deviancy training. *Aggressive Behavior, 10*(3), 253-267.
- Pears, K. C., Kim, H. K. y Philip, A. F. (2008). Psychosocial and cognitive functioning of children with specific profiles of maltreatment. *Child Abuse and Neglect, 32*, 958-971.
- Pears, K. C., Kim, H. K., Fisher, P. A. y Yoerger, K. (2013). Early School Engagement and Late Elementary Outcomes for Maltreated Children in Foster Care. *Developmental Psychology, 49*(12), pp. 2201-2211.
- Pecora, P. J., Jensen, P. S., Romanelli, L. H., Jackson, L. J. y Ortiz, A. (2009) Mental health services for children placed in foster care: an overview of current challenges. *Child Welfare, 88*, 5-26.
- Pecora, P. J., Kessler, R.C., Williams, J., O'Brien, K., Downs, A. C., English, D.,...Holmes, K. E. (2005). Improving family Foster care: Findings from the Northwest Foster Care Alumni Study. Retrieved from http://www.casey.org/resources/publications/pdf/improvingfamilyfostercare_fr.pdf
- Pelcovitz, D., Kaplan, S., Goldenberg, B., Mandel, F., Lehane, J. y Guarrera, J. (1994). Post-traumatic stress disorder in physically abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 305-312.
- Pelcovitz, D., Van der Kolk, B. A., Roth, S. H., Mandel, F. S., Kaplan, S. J. y Resick, P. A. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress, 10*, 3-16.



- Peled, E. y Davies, D. (1995). *Current Knowledge about Children of Battered Women*. En *Groupwork with children of battered women. A practitioner's manual* (pp. 1-14). London: Sage Publications.
- Perea, A., Loredó, A., Trejo, J., Baez, V., Martín, V., Monroy, A. y Ventejo, A. (2001). El maltrato al menor: propuesta de una definición integral. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 58, 251-258.
- Pérez Benítez, C. I., Vicente, B., Zlotnick, C., Kohn, R., Johnson, J., Valdivia, S. y Rioseco, P. (2009). Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés post-traumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud Mental*, 31, 145-153.
- Perdue, N. H., Manzeske, D. P. y Estell, D. B. (2009). Early predictors of school engagement: Exploring the role of peer relationships. *Psychology in the Schools*, 46, pp. 1084-1097.
- Pereda, N. y Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse and Neglect*, 31(4), 417-426.
- Perepletchikova, F. y Kaufman, J. (2010). Emotional and behavioral sequelae of childhood maltreatment. *Current Opinion in Pediatrics*, 22, 610-615.
- Perris, C., Jacobson, L., Lindström, H., Von Knorring, L. y Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61, 265-274.
- Peters, L., Slade, T. y Andrews, G. (1999). A comparison of ICD-10 and DSM-IV criteria for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 12(2), 135-143.
- Peterson, K. C., Prout, M. F. y Schwarz, R. A. (1991). *Pos-Traumatic Stress Disorder. A Clinician's Guide*. New York: Plenum Press.



REFERENCIAS

- Pfefferbaum, B. (1997). Posttraumatic Stress Disorders in children: a review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Children and Adolescents Psychiatry*, 36, 1503-11.
- Piers, E. V. (1984). *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale: Revised manual*. Los Angeles: Sestern Psychological Services.
- Pilowsky, D. J. y Wu, L. T. (2006). Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample of American adolescents involved with foster care. *Journal of Adolescent Health*, 38, 351-358.
- Pimlott-Kubiak, S. y Cortina, L. M. (2003). Gender, victimization, and outcomes: Reconceptualizing risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 528-539.
- Pollak, S. (2010). *El Impacto del Maltrato Infantil en el Desarrollo Psicosocial de los Niños Pequeños*. Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia. Centre of Excellence for Early Childhood Development.
- Pope, A. W. y Bierman, K. L. (1999). Predicting adolescent peer problems and antisocial activities: The relative roles of aggression and dysregulation. *Developmental Psychology*, 35, 335-346.
- Portnova, A. A. (2007). Typology of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 37, 7-11.
- Prinz, R. J., Sanders, M. R., Shapiro, C. J., Whitaker, D. J. y Lutzker, J. R. (2009). Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. triple P system population trial. *Prevention Science*, 10(1), 1-12.
- Pynoos, R. S. (2002). *Child Post Traumatic Stress-Reaction Index (CPTS-RI)*. Available from Robert Pynoos, MD. Trauma Psychiatry Service ULCA Medical Plaza. Los Angeles.



REFERENCIAS

- Pynoos, R. S., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., . . . Fairbanks, L. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school aged children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1057-1063.
- Pynoos, R. S., Rodriguez, N., Steinberg, A., Stuber, M. y Frederick, C. (1998). *UCLA PTSD Index for DSM-IV*. Unpublished manual, UCLA Trauma Psychiatry Service.
- Quay, H. C. y Petterson, D. R. (1987). *Manual for the Revised Behavior Problem checklist*. University of Miami (unpublished).
- Rachamim, L., Helpman, L., Foa, E. B., Aderka, I. M. y Gilboa-Schechtman, E. (2011). Validation of the Child Posttraumatic Symptom Scale in a sample of treatment-seeking Israeli youth. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 356-360.
- Raine, A., Dodge, K., Loeber, R., Gatzke-Kopp, L., Lynam, D., Reynolds, C., Stouthamer-Lowber, M. y Liu, J. (2006). The reactive-Proactive aggression Questionnaire: Differential correlates of reactive and proactive aggression in adolescent boys. *Aggressive Behavior*, 32(2), 159-171.
- Rescorla, L., Achenbach, T., Ivanova, M., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilen-Berg, N., ... Verhulst, F. (2007). Behavioral and Emotional Problems Reported by Parents of Children Ages 6 to 16 in 31 Societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15 (3), 130- 142.
- Reynolds, C. R. y Richmond, B. O. (1997). *Escala de ansiedad manifiesta en niños*. Ed. revisada. CMAS-R. Manual. México: Manual Moderno.
- Reynolds, C. R. y Kamphaus, R.W. (1992). *Behavior assessment system for children (BASC)*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (2004). *BASC-2: Behavior assessment system for children, second edition manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.



REFERENCIAS

- Reynolds, W. M. (1987). *Reynolds Adolescent Depression Scale. Professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Reynolds, W. M. (1989). *Reynolds Child Depression Scale. Professional manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Reynolds, W. M. (2002). *Reynolds Adolescent Depression Scale - 2nd Edition. Professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Rodríguez, J., Lozano, J. F. y Caballero, R. (2002). El desarrollo psicológico normal y patológico en la infancia. Los problemas psicopatológicos mayores y menores y sus causas. En J. Rodríguez (Ed.), *Psicopatología infantil básica. Teoría y casos clínicos* (pp.21-44). Madrid: Pirámide.
- Rodríguez, N., Ryan, S. W., van de Kemp, H. y Foy, D. W. (1997). Posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 53-59.
- Rohner, R. P., Saavedra, J. y Granum, E. O. (1978). Development and validation of the parental acceptance rejection questionnaire: test manual. *JSAS Catalogue of Selected Documents in Psychology*, 8, 7-8.
- Rosenberg, M. S. (1987). New directions for research on the psychological maltreatment of children. *American Psychologist*, 42, 166-171.
- Rosenkranz, S. E., Muller, R. T. y Henderson, J. L. (2013, May 6). The Role of Complex PTSD in Mediating Childhood Maltreatment and Substance Abuse Severity Among Youth Seeking Substance Abuse Treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0031920
- Rosernberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós (traducción de 1973).



REFERENCIAS

- Rosser, A. M. (2011). Evolución de los acogimientos familiares. Propuesta de actuaciones para la prevención de sus dificultades. *Anales de Psicología*, 27(3), 729-738.
- Rossmann, B. B. (2000). Time Heals All: How Much and For Whom? *Journal of Emotional Abuse*, 2(1), 31-50.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., Van der Kolk, B. A. y Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 539-555.
- Runyon, M. K. y Kenny, M. C. (2002). Relationship of attributional style, depression, and posttrauma distress among children who suffered physical or sexual abuse. *Child Maltreat*, 7, 254-264.
- Rutter, M., y Brown, G. W. (1966). The Reliability and Validity of Measures of Family Life and Relationships in Families Containing a Psychiatric Patient. *Social Psychiatry*, 1, 38-53.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Sack, W. H., Seeley, J. R., Him, C. y Clarke, G. N. (1998). Psychometric properties of the impact of events scale in traumatized Cambodian refugee youth. *Personality and Individual Differences*, 25, 57-67.
- Saigh, P., Yasik, A., Oberfield, R., Halamandaris, P. y McHugh, M. (2002). An analysis of the internalizing and externalizing behaviors of traumatized urban youth with and without PTSD. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(3), 462-470.
- Sainero, A., Bravo, A., y Fernández del Valle, J. (2013). Examining needs and referrals to mental health services for children in residential care in Spain:



REFERENCIAS

- an empirical study in an autonomous community. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, <http://dx.doi.org/10.1177/1063426612470517>.
- Salazar, A. M., Keller, T. E., Gowen, L. K. y Courtney, M. E. (2013). Trauma exposure and PTSD among older adolescents in foster care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 545-551.
- Saldaña, D., Jiménez, J., y Oliva, A. (1995). El maltrato infantil en España: un estudio a través de los expedientes de menores. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 59-68.
- Salzinger, S., Feldman, R. S., Hammer, M. y Rosario, M. (1993). The effects of physical abuse on children's social relationships. *Child Development*, 64, 169-187.
- Samaniego, V. C. (2008). El Child Behavior Checklist: su estandarización en población urbana argentina. *Revista de Psicología UCA*, 4(8), 113-130.
- Samper, P., Cortés, M. T., Mestre, V., Nacher, M. J. y Tur, A. M. (2006). Adaptación del Child's report of parent behavior inventory a población española. *Psicothema*, 18(2), 263-271.
- Sánchez, L. (2003). A view about scientific and lay knowledge from four knowledge construction approaches. *Anales de Psicología*, 19(1), 1-14.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A. y Valiente, R. (2002). Análisis factorial confirmatorio del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños. *Psicothema*, 14(2), 333-339.
- Sanmartín, J. (2008). Concepto, tipos e incidencia. En J. Sanmartín (coord.) (4ª E.). *Violencia contra niños*. Editorial Ariel.
- Santamaría, G. R. (1992). *El maltrato infantil o maltrato social*. En: *El Maltrato a los niños y sus repercusiones educativas*. Memorias del 2do. Simposio



REFERENCIAS

- Interdisciplinario e Internacional. México, D.F.: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil, II, 201-206.
- Santana-Tavira R, Sánchez-Ahedo R y Herrera-Basto E. (1998). El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Pública de México*, 40, 58-65.
- Sassetti, M. R. (1993). Domestic Violence. *Primary Care*, 20(2), 289-305.
- Save the Children (2005) "Conclusiones de la mesa de trabajo para la promoción de protocolos de actuación conjunta en casos de abuso sexual infantil".
- Saylor, C. F., Swenson, C. C., Reynolds, S. S. y Taylor, M. (1999). The Pediatric Emotional Distress Scale: A brief screening measure for young children exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 70-81.
- Schaaf, K. y McCanne, T. (1998). Relationship of childhood sexual, physical and combined sexual and physical abuse to adult victimization and posttraumatic stress disorder. *Child Abuse and Neglect*, 22, 1119-1133.
- Schaefer, E. S. (1961). Multivariate measurement and factorial structure of children's perceptions of maternal and paternal behavior. *American Psychologist*, 16, 345-346.
- Scheeringa, M. S., Peebles, C. D., Cook, C. A. y Zeanah, C. H. (2001). Towards establishing procedural, criterion and discriminant validity for PTSD in early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 52-60.
- Scheeringa, M. S., Wright, M. J., Hunt, J. P. y Zeanah, C. H. (2006). Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 163, 644-651.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Drell, M. J. y Larrieu, J. A. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy



- and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 191-200.
- Scheeringa, M., S. y Zeanah, C. H. (1994). *Posttraumatic stress disorder semi-structured interview and observational record for infants and young children*. Unpublished measured. New Orleans LA: Tulane University.
- Scheeringa, M.S., Zeanah, C.H., Myers, L. y Putnam, F.W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 561-570.
- Scheeringa, M.s, Zeanah, C.H. y Cohen, J. A. (2010). PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithm. *Depression and Anxiety*, 1-13.
- Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J. y Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(2). doi:10.1186/1753-2000-2-2
- Schmidt, J. A. (2003). Correlates of reduced misconduct among adolescents facing adversity. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 439-452. doi:10.1023/A:1025938402377
- Scholte, R., van Lieshout, C. F. y van Aken, A. G. (2001). Perceived relational support in adolescence: Dimensions, configurations and adolescent adjustment. *Journal of Research on Adolescence*, 11, 71-94.
- Scott, S. T. (2007). Multiple traumatic experiences and the development of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(7), 932-938.
- Secretario General de las Naciones Unidas (2006). *Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños, de las Naciones Unidas*.



REFERENCIAS

- Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A. y Li, S. (2010). *Fourth national incidence study of child abuse and neglect (NIS-4)*. Report to congress US Department of Health and Human Services Administration for Children and Families, Washington.
- Seisdedos, N. (1990). *STAIC, Cuestionario de Autoevaluación*. Madrid: TEA Ediciones.
- Seisdedos, N. (1995). *Cuestionario A-D. Conductas Antisociales y Delictivas*. Madrid: TEA Ediciones.
- Seisdedos, N., Victoria de la Cruz, M. y Cordero, A. (1989). *Escalas de Clima Social (FES)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Senn, T. E., Carey, M. P. y Vanable, P. A. (2008). Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: evidence from controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. *Clinical Psychology Review*, 28, 711-735.
- Sesar, K., Ivèiaie-Beaeireviae, I. y Sesar, D. (2008). Multi-type maltreatment in childhood and psychological adjustment in adolescence: questionnaire study among adolescents in western Herzegovina canton. *Croatian Medical Journal*, 49, 243-256.
- Shalvenson, R. J. y Bolus, R. (1982). Self-concept: The interplay of theory and methods. *Journal of Educational Psychology*, 74(1), 3-17.
- Shin, H. S. (2005). Need for and actual use of mental health service by adolescents in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 27, 1071-1083
- Shumba, A. (2001). The Epidemiology and etiology of reported cases of child physical abuse in Zimbabwean primary schools. *Child Abuse y Neglect*, 25, 265-277.



REFERENCIAS

- Silva, F. y Martorell, M. C. (1983). BAS- 1,2. *Batería de Socialización (para profesores y padres)*. Madrid: TEA.
- Silva, F. y Martorell, M. C. (1995). *Batería de Socialización (Autoevaluación) (BAS-3)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Silva, F., Martorell, M. C. y Clemente, A. (1986). Adaptación española de la escala de conducta antisocial ASB: Fiabilidad, validez y tipificación. *Evaluación Psicológica*, 2(5), 39-55.
- Silverman, W. K., Fleisig, W., Rabian, B. y Peterson, R. A. (1991). Childhood Anxiety Sensitivity Index. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 162-168.
- Silverman, W. K. y Albano, A. M. (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. Child and Parent Versions*. San Antonio, TX: Graywind Publications.
- Sim, L., Freidrich, W. N., Davies, W.H., Trentham, B., Lengua, L. y Pitchers, 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*, 18, 697-705. doi: 10.1002/jts.20078
- Solomon, J. y George, C. (1999). *The place of disorganization in attachment theory: Linking classic observations with contemporary findings*. En J. Solomon y C. George (Eds.). *Attachment disorganization* (pp. 3-32). New York: Guilford.
- Soriano, F. Cortés, O., Esparza, M. J. Galbe, J., Martínez A., Merino, M., Pallás, C., ...Sánchez, F. J. et al, (2009). Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la Atención Primaria. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 11, 121-44.



REFERENCIAS

- Soriano, F. J. (2005). *Prevención y detección del maltrato infantil*. En recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]. Disponible en <http://www.aepap.org/previnfad/Maltrato.htm>.
- Sosa, C. D., Capafons, J. y López, C. (1990). Adaptación española de la Revised Children's Manifest Anxiety Scale. Un estudio psicométrico. *Actas del II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Área: Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. (202-209).
- Sparrow, S. S., Balla, D. y Chicchetti, D. (1984). *The Vineland Adaptive Behavior Scales*. Circle Pines MN, American Guidance Service.
- Spence, S. H. (1998). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 280-297.
- Spielberger, C. D. (1973). *Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo para niños, STAIC*. Palo Alto, CA. Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Agudelo, D. y Buena-Casal, G. (2008). *Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. D. (1970). *STAI: Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C. D., Sydeman, S. J., Owen, A. E. y Marsh, B. J. (1999). Measuring anxiety and anger with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI). En M. E. Maruish (Ed.). *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (2nd Ed.) (pp. 993-1021). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Spinazzola, J., Blaustein, M., Kisiel, C. y Van der Kolk, B. (2001). *Beyond PTSD: Further evidence for a complex adaptational response to traumatic life events*.



REFERENCIAS

Paper presented at the American Psychiatric Association Annual Meeting, New Orleans.

Spivack, G. y Spotts, J. (1966). *The Devereux Child Behavior (DCB) Rating Scale*: The Devereux Foundation Press.

Spivack, G., Haimes, P. E. y Spotts, J. (1967). *Devereux Adolescent Behavior Rating Scale manual*: The Devereux Foundation Press.

Srivasta, O. P. y Polnay, S. (1997). Field trial of graded care profile (GCP) scale: A new measure of care. *Archives of Disease in Childhood*, 76, 337-340.

Steinberg, L., Mounts, N., Lamborn, S. D., y Dornbusch, S. M. (1991). Authoritative parenting and adolescent adjustment across varied ecological niches. *Journal of Research on Adolescence*, 1, 19-36.

Sternberg, K., Lamb, M., Guterman, E., Abbott, C. y Dawud-Noursi, S. (2005). Adolescents' perceptions of attachments to their mothers and fathers in families with histories of domestic violence: A longitudinal perspective. *Child Abuse y Neglect*, 29, 853-869.

Stevens, T. N., Ruggiero, K. J., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S. y Saunders, B. E. (2005). Variables differentiating singly and multiply victimized youth: Results from the national survey of adolescents and implications for secondary prevention. *Child Maltreat*, 10, 211-223.

Stice, E., Barrera, M. y Chassin, L. (1993). Relation of parental support and control to adolescent's externalizing symptomatology and substance abuse: A longitudinal examination of curvilinear effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 609-629.

Stoppelbein, L. y Greening, L. (2000). Posttraumatic stress symptoms in parentally bereaved children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 39, 1112-1119.



REFERENCIAS

- Straus M. A., Kinard, E. M. y Williams, L. M. (1995). *The Multidimensional Neglectful Behavior Scale. Form A: Adolescent and Adult-Recall Version*. Durham: Family Research Laboratory.
- Straus, M. A. (1979). Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and Family*, 41(1), 75-88.
- Straus, M. A. y Gelles, R. J. (1990). *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Straus, M. A. y Hamby, S. L. (1997). *Measuring physical and psychological maltreatment of children with Conflict Tactics Scale*. En G. Kauffman Kantor y J. I. Jsisnski (Eds.). *Out of the darkness: Contemporany research perspectives on family violence* (pp. 19-135). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W. y Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the Parent-Child *Conflict Tactics Scale*: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse and Neglect*, 22, 246-270.
- Straus, M. A. y Kantor, G. K. (1987). Stress and child abuse. En R. E. Helfer y R. S. Kempe (Eds.). *The battered child* (4^a Ed.). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Stringham, P. (1999). Domestic violence. *Primary Care*, 26(2), 373-384.
- Sullivan, C. M. y Spacer (1977). En I. Ruiz y J. A. Gallardo (2002). Impacto psicológico de la negligencia familiar (leve versus grave) en un grupo de niños y niñas. *Anales de Psicología*, 18(2), 261-272.



REFERENCIAS

- Takayama, J., Wolfe, E. y Coulter, K. (1998). Relationship between reason for placement and medical findings among children in foster care. *Pediatrics*, 101(2),pp. 201-207 .
- Task Force on Family Violence (1993). *Behind closed doors: the City's response to family violence*. New York City: Manhattan Borough President's Office.
- Taussig, H. N. (2002). Risk behaviors in maltreated youth placed in foster care: A longitudinal study of protective and vulnerability factors. *Child Abuse y Neglect*, 26, 1179-1199.
- Teicher, M. H. (2002). Scars that won't heal: the neurobiology of child abuse. *Scientific American*, 286, 68-75.
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P. y Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27, 33-44.
- Teisl, M. y Cicchetti, D. (2008). Physical abuse, cognitive and emotional processes, and aggressive/disruptive behavior problems. *Social Development*, 1, 1-23.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas. An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Thabet, A. A. y Vostanis, P. (2000). Posttraumatic stress disorder reactions in children of war: A longitudinal study. *Child Abuse y Neglect*, 24, 291-298.
- Thang, H., Dunne, M. y Vu, A. (2009). Multiple types of child maltreatment and adolescent mental health in Viet Nam. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 22-30.
- Tisher, M. y Lang, M. (1978). *Cuestionario de Depresión para Niños*. Madrid: TEA.



- Toldos, M. P. (2005). Sex and differences in self-estimated physical, verbal and indirect aggression in Spanish adolescents. *Aggressive Behavior, 31*(1), 13-23.
- Tolin, D. F. y Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder; a quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin, 132*(6), 959-992.
- Torres, B., Rivero, A. M., Balluerka, N., Herce, C. y Achúcarro, C. (2006). Autoconcepto de los menores en acogimiento familiar: Diferencias en función del tipo de acogimiento, historia de crianza y problemática de la familia biológica. *Infancia y Aprendizaje, 29*, 147-166.
- Torrens, M., Serrano, D., Astals, M., Pérez, G. y Martín, R. (2004). Diagnosing comorbid psychiatric disorders in substance abusers: Validity of the Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *American Journal of Psychiatry, 161*, 1231-1237.
- Torres, B., Arruabarrena, I. y De Paúl, J. (1996). *Evaluación de los casos de maltrato infantil. Entrevista semiestructurada para padres*. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales.
- Toth, S.L. y Cicchetti, D. (2010). *El Maltrato Infantil y su Impacto en el Desarrollo Psicosocial del Niño*. Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia. Centre of Excellence for Early Childhood Development.
- Trickett, P. K. y Kuczynski, L. (1986). Children's misbehaviors and parental discipline strategies in abusive and nonabusive families. *Developmental Psychology, 22*, 115-123.
- Trocmé, N. (1996). Development and preliminary evaluation of the Ontario Child Neglect Index. *Child Maltreatment, 1*, 145-155.



REFERENCIAS

- Trocme, N. (2010). *El Maltrato Infantil y su Impacto en la Epidemiología del Desarrollo Psicosocial Infantil*. Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia. Centre of Excellence for Early Childhood Development.
- Turner, H. A., Finkelhor, D. y Ormrod, R. (2006). The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social Science and Medicine*, 6, 13-27.
- Tzeng, O., Jackson, J. y Karlson, H. (1992). *Theories of child abuse and neglect: differential perspectives, summaries and evaluations*. New York: Praeger.
- U.S. Department of Health and Human Services (2008). *Child maltreatment 2005*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Department of Health and Human Services (2009). *Child maltreatment 2007*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- UNICEF (1999). *Niños y Violencia*. Innocenti Report Card Digest nº 2.
- UNICEF (2003). *Innocent Report Card. Child Maltreatment death in rich nations*. www.unicef-icdc.org.
- UNICEF (2006). *Informe Mundial sobre La Violencia Contra los Niños y Niñas*. Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños, Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas.
- UNICEF (2009). Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro. *Desafíos Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio*, 9.
- Unitat d'Epidemiologia i Diagnòstic en Psicopatologia del Desenvolupament (2005). *Taxonomía para el Estudio de la Violencia Doméstica en Niños*. Universidad Autónoma de Barcelona. Documento no publicado.



- Unitat d'Epidemiologia i de Diagnòstic en Psicopatologia del Desenvolupament (2013). *Baremos para CBCL 6-182001. Población española*. Recuperado de <http://www.ued.uab.es>
- Valla, J., Bergeron, L. y Smolla, N. (2000). The Doiminic-R: A picotiral interview for 6 to 11 year old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 85-93.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. y Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389-399.
- Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F., McFarlane, A. y Herman, J.L. (1996). Dissociation, somatizacion and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153 (supl 7), 83-93.
- Van Voorhees, E. y Scarpa, A. (2004). The effects of child maltreatment on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Trauma, violence and abuse*, 5(4), 333-352.
- Vasta, R. (1982). Physical child abuse: a dual-component analysis. *Developmental Review*, 2, 125-149.
- Vázquez, A. J., Jiménez, R. y Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255.
- Villa, A. (Coord.) (1992). *Autoconcepto y Educación. Teoría, medida y práctica pedagógica*. Bilbao: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Villamarín, F. (1990). Papel de la autoeficacia en los trastornos de ansiedad y depresión. *Análisis y Modificación de Conducta*, 16, 55-79.



REFERENCIAS

- Villanueva, L., Górriz, A. B. y Cuervo, K. (2009). Cuando el menor es víctima de la violencia. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 12, (32-33), pp.1-21.
- Vranceanu, A., Hobfoll, S. y Johnson, R. (2007). Child multi-type maltreatment and associated depression and PTSD symptoms: The role of social support and stress. *Child Abuse y Neglect*, 31, 71-84.
- Wagnild, G. M. y Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
- Wahler, R.G. (1990). Social networks and coercitive mother-child interactions. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 43-53.
- Waller, N. G. (2002). *WinFACT 2.1: A microcomputer factor analysis program for ordered polytomous data and mainframe size problems*. Minnesota, MN: Assessment System Corporation.
- Wang, C.T. y Daro, D. (1997). *Current trends in child abuse reporting and fatalities: The results of the 1997 annual fifty state survey*. Center on Child Abuse Prevention Research, national Committee to Prevent Child Abuse.
- Ward, T. y Siegert, R. J. (2002). Toward and comprehensive theory of child sexual abuse: A theory knitting perspective. *Psychology, Crime, and Law*, 9, 319-351.
- Ware, H. S., Jouriles, E. N., Spiller, L. C., McDonald, R., Swank, P. R. y Norwood, W. D. (2001). Conduct problems among children at battered women's shelters: Prevalence and stability of maternal reports. *Journal of Family Violence*, 16, 291-307.
- Watkins, S. A. (1990). The Mary Ellen myth: Correcting child welfare history. *Social Work*, 35(6), pp. 500-503.



REFERENCIAS

- Webb, M., Heisler, D., Call, S., Chickering, S. y Colburn, T. (2007). Shame, guilt, symptoms of depression, and reported history of psychological maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 31, 1143-1153.
- Whiffen, V. y Macintosh, H. (2005). Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress: a critical review. *Trauma Violence Abuse*, 6, 24-39.
- Whitlock, J., Eckenrode, J. y Silveman, D. (2006). Self-injurious behavior in a college population. *Pediatrics*, 117, 1939-1948.
- Widom, C. S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1223-1229.
- Widom, C.; DuMont, K. y Czaja, S. (2007). A prospective investigation of mayor depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grow up. *Archives of General Psychiatry*, 64, 49-56.
- Wodarski, J. S, Kurtz, P. D., Gaudin, J. M. y Howing, P. T. (1990). Maltreatment and the school-age child: major academic, socioemotional and adaptative outcomes. *Journal of Social Work*, 35, 506-513.
- Wolfe, J. y Kimerling, R. (1997). *Gender issues in the assessment of posttraumatic stress disorder*. In J. P. Wilson y T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 192-238). New York: Guilford Press.
- Wolfe, D. (1985). Child abusive parents: An comprehensive review and analysis. *Psychological Bulletin*, 97, 462-482.
- Wolfe, D. (1987). *Child abuse: implications for child development and psychopathology*. London: Sage Publications.



REFERENCIAS

- Wolfe, D. y McGee, R. (1994). Dimensions of child maltreatment and their relationship to adolescent adjustment. *Developmental Psychopathology*, 6, 165-181.
- Wolfe, D., Scott, K., Werkerle, C. y Pittman, A. (2001). Child maltreatment: risk of adjustment problems and dating violence in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 33-41.
- Wolfe, V. V. (1999). *Child sexual abuse*. En E. Mash y R. Barkley (Eds.), *Treatment for childhood disorders* (pp. 545-597). New York: The Guilford Press.
- Wolfe, V. V., Gentile, C., Michienzi, T., Sas, L. y Wolfe, D. A. (1991). The Children's Impact of Traumatic Events Scale: A measure of post-sexual-abuse PTSD symptoms. *Behavioral Assessment*, 13, 359-383.
- Wolfe, V. V., Gentile, C. y Wolfe, D. A. (1989). The impact of sexual abuse on children: A PTSD formulation. *Behavior Therapy*, 20, 215-228.
- Wolfe, V. V., Wolfe, D. A., Gentile, C. y LaRose, L. (1986). *Children's Impact of Events Scale*. Unpublished manuscript. University of Western Ontario. London, Ontario.
- Wolock, I. y Horowitz, B. (1984). Child maltreatment as a social problem: the neglect of neglect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54(4), 530-543.
- World Health Organization (1997). *Composite International diagnostic Interview (CIDI Core): version 2.1*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (1999). *Report of the Consultation on Child Abuse and Neglect Prevention, 29-31 March, Geneva*. Ginebra: World Health Organization. Document WHO/HSC/PVI/99.1.
- World Health Organization (2006). *Global Estimates of Health Consequences due to Violence against Children*. Geneva: World Health Organization.



REFERENCIAS

- World Health Organization (2007). *Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. Ed. Panamericana.
- World Health Organization (2009). *Prevención del maltrato infantil: qué hacer, y cómo obtener evidencias*. Geneva. Ginebra: World Health Organization. Document.
- Yarwood, D. J. (2004). Child Homicide. *Review of Statistics and Studies*. On behalf of Dewar Research (www.dewar4research.org).
- Youngblade, L.M. y Belsky, J. (1990). Social and emotional consequences of child maltreatment. En R. Ammerman y M. Hersen (Comps.): *Children and risk: and evaluation of factors contributing to child abuse and neglect* (pp- 109-146). New York: Plenum 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.
- Yule, W., Williams, R. y Joseph, S. (1999). Post-traumatic stress disorders in adults. En William Yule (Ed.): *Post-traumatic stress disorders: Concepts and therapy*, (pp. 1-24). New York. Wiley.
- Zeledón, C., Arce, J. G., Mejía, F. y Naranjo, A. (2003). Trastorno de estrés postraumático en adolescentes agredidos. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20(2), 15-25.
- Zero to Three (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Revised edition (DC: 0-3R). Washington, DC: Zero to Three Press.
- Zuravin, S. (1988). *Child abuse, child neglect, and maternal depression: is there a connection?* Research Symposium on Child Neglect. Washington, D.C.:



REFERENCIAS

U.S. Department of Health and Human Services/National Center on Child Abuse and Neglect.

Zuravin, S. (1989). The ecology of child abuse and neglect: Review of the literature and presentation of data. *Violence and Victims, 4*, 101-120.

Zuravin, S. y Greif, G. L. (1989). Normative and child-maltreating mothers. *Social Casework: The Journal of Contemporary social Work, 74*, 76-84.

ANEXOS



Anexo 1. INDICADORES DE MALTRATO

L (Leve): circunstancias que requieren un seguimiento,

M (Moderado): necesita apoyo / ayuda de los servicios sociales, sanitarios, educativos,...

G (Grave): requiere intervención urgente de los servicios sociales.

Indicadores

- 1 El núcleo familiar está formado por uno de los padres y el/los menores.
- 2 Sólo uno de los miembros de la pareja tiene relación biológica con el menor.
- 3 La madre quedó embarazada antes de cumplir los 20 años de edad.
- 4 El menor convive habitualmente con familiares o amigos de sus padres biológicos.
- 5 El miembro de la familia que realiza la demanda presenta evidente descuido en su vestimenta y/o higiene.
- 6 Ninguno de los miembros de la familia se encuentra regularmente contratado. Los ingresos familiares que se pueden justificar documentalmente no exceden las --ptas. de renta per cápita anual.
- 7 La vivienda en la que reside la familia no reúne condiciones de habitabilidad, y/o su superficie es escasa en relación con sus miembros.
- 8 Se hipotetiza consumo de alcohol o drogas. El miembro de la familia que realiza la demanda comunica que uno de los padres o ambos consumen o han consumido.
- 9 El usuario comunica la existencia de problemas de relación entre los miembros de la pareja parental.
- 10 Alguno de los miembros de la familia se encuentra en tratamiento por el Equipo de Salud Mental. Alguno de los padres presenta discurso incoherente, ansiedad excesiva, llanto continuado, etc.
- 11 Los miembros de la pareja parental manifiestan carecer de apoyos familiares y/o vecinales para resolver sus dificultades.
- 12 Los miembros de la pareja parental comunican la existencia de relaciones conflictivas con alguna o ambas familias extensas. El núcleo de convivencia precisa necesariamente del apoyo (económico, cuidado menores, etc.) de una o ambas familias extensas.
- 13, 14, 15, 16 La pareja parental responde de forma inadecuada a preguntas relacionadas con la alimentación, horarios, sueño, dispensa de medicación, tareas escolares, etc. Refieren que el menor presenta dificultades en alguna de estas áreas.
- 17 Los miembros de la familia carecen de cobertura sanitaria. Los miembros de la familia no utilizan los servicios de Atención Primaria, acudiendo habitualmente a urgencias. Refieren problemas de relación y/o «entendimiento» con el personal sanitario.
- 18 Se hipotetizan retrasos en talla y peso, problemas psicomotores, enfermedades reiteradas o ingresos hospitalarios frecuentes.
- 19 Los miembros de la pareja parental responden de forma inadecuada a preguntas relacionadas con la escolaridad del menor: desconocen curso en el que está, nombre del profesor, si tiene tareas para casa, etc.
- 20 El usuario comunica problemas de rendimiento escolar, retraso, etc.
- 21 El centro escolar comunica faltas de asistencia no justificadas. Los miembros de la pareja parental reconocen absentismo.



22 El centro escolar o los miembros de la pareja parental reconocen trastornos de comportamiento: ausencia de hábitos, dispersión, conductas de provocación, agresiones, etc.

23 La pareja parental refiere problemas de relación con el menor: «hiperactividad», introversión excesiva, conductas de provocación,...

24 El menor pasa la mayor parte del día solo o fuera del domicilio.

25 El menor «ayuda» a los padres diariamente en su trabajo. El menor se hace cargo del cuidado de sus hermanos más pequeños.

26 Los miembros de la pareja parental exigen al menor comportamientos no adecuados a su edad y/o características.

27 Los miembros de la pareja parental manifiestan que el menor es «incontrolable», «malo», no obedece, etc.

28 Los miembros de la pareja parental consideran el castigo físico como una forma de educación.

29 Los miembros de la pareja parental ignoran cuáles son las actividades del menor, si acude o no a clase, quiénes forman su grupo de referencia, lugares que frecuenta, etc.

30 Se refieren comportamientos violentos del menor con sus iguales.

31 Los miembros de la pareja parental refieren que el menor frecuenta un grupo de pares con características de marginalidad: absentismo, consumo incipiente de drogas, actividades delictivas, etc.

32 El menor ha cometido algún delito.

33 Cualquier acto, no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloquen en situación de grave riesgo de padecerlo: heridas, hematomas, fracturas, mordeduras, quemaduras,...

34 El adulto responsable de la tutoría actúa, priva o provoca de manera crónica sentimientos negativos para la autoestima del niño. Menosprecio continuo, desvalorización, insultos, intimidación y discriminación, amenazas, corrupción, interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua. Temor al adulto. Retraso crecimiento sin causa orgánica justificable. Sobreprotección.

35 Desatender las necesidades del niño y los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño.

36 Abuso sexual: implicación de niños en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto.

Valoración profesional: Se pide al profesional que tipifique el tipo de maltrato observado y su grado.

Valoración del grado de conciencia de la situación de maltrato: Se pide al profesional que puntúe, de 1 a 5, el grado de preocupación y/o conciencia de la familia acerca del problema planteado, de tal modo que:

1 = *La familia realiza otras demandas y sólo atiende a los problemas relacionados con el menor a partir del enfoque del profesional.*

5 = *Los problemas de atención al menor motivan las demandas. Los miembros de la familia están dispuestos a intentar diversas soluciones.*

Valoración del potencial de cambio de la familia: Se pide al profesional que puntúe de 1 a 5 el potencial de cambio de la familia:

1 = *La familia no se muestra insatisfecha con su situación actual que se asemeja a la de sus padres, abuelos, etc. Los miembros de la familia no poseen recursos personales, formativos, etc. para posibilitar una intervención tendente a generar cambios de situación.*



ANEXOS

5 = La familia se muestra muy insatisfecha con su situación actual, mostrándose dispuesta a seguir indicaciones profesionales para modificarla. Se valora que la familia posee recursos suficientes para conseguir modificar su situación.



Anexo 2. COMPARACIÓN DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ENTRE EL DSM-IV-TR Y EL DSM-5.

TEPT DSM-IV-TR	TEPT DSM-5 ADULTOS, ADOLESCENTES Y NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOS	TEPT DSM-5 NIÑOS DE 6 AÑOS Y MENORES
CRITERIO A		
<p>La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):</p> <p>1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado 1 (o +) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.</p> <p>2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. <i>Nota:</i> en los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.</p>	<p>Exposición a la muerte o amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual, en 1 (o +) de las siguientes formas:</p> <p>1. Experiencia directa del/los evento(s) traumático(s).</p> <p>2. Presenciar en persona, el/los evento(s) ocurrido(s) a otros.</p> <p>3. Conocer que el evento traumático ocurrió a un(os) miembro(s) de la familia cercano(s), o a amigos. En casos de muerte o amenaza de muerte de un familiar o amigo, el evento debe haber sido violento o accidental.</p> <p>4. Experimentar repetidamente o exposición extrema a los detalles aversivos del evento traumático (por ej., socorristas que recogen restos humanos, policías expuestos repetidamente a detalles de malos tratos en infancia).</p> <p><i>Nota:</i> El criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios de comunicación electrónicos, la televisión, las películas o imágenes, a menos que la exposición esté relacionada con el trabajo.</p>	<p>Exposición a la muerte o amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual, en 1 (o +) de las siguientes formas:</p> <p>1. Experiencia directa del/los evento(s) traumático(s).</p> <p>2. Presenciar en persona, el/los evento(s) ocurrido(s) a otros, especialmente a los cuidadores primarios.</p> <p><i>Nota:</i> Ser testigo no incluye eventos que son presenciados sólo en los medios de comunicación electrónicos, la televisión, las películas o imágenes.</p>



TEPT DSM-IV-TR

TEPT DSM-5 ADULTOS, ADOLESCENTES Y
NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOSTEPT DSM-5 NIÑOS DE 6 AÑOS Y
MENORES

CRITERIO B

El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de 1 (o +) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. *Nota:* En niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. *Nota:* en niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). *Nota:* los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

Presencia de 1 (o +) de los siguientes síntomas intrusivos asociados con el evento traumático, comienzan después de que ocurra el acontecimiento traumático.

1. Recuerdos angustiosos intrusivos, recurrentes e involuntarios sobre el evento traumático. *Nota:* en niños mayores de 6 años, en el juego repetitivo pueden expresar los temas o aspectos de los eventos traumáticos.

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el sueño están relacionados con el evento traumático. *Nota:* en niños sueños aterradores de contenido irreconocible.

3. Reacciones disociativas (p.ej., *flashbacks*), en los cuales el sujeto siente o actúa como si el evento traumático estuviera ocurriendo (tales acontecimientos pueden ocurrir en un continuo, con la expresión más extrema de pérdida de conciencia del entorno actual). *Nota:* En niños, la recreación del trauma específico puede ocurrir a través del juego.

4. Angustia psicológica intensa y prolongada en la exposición a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del evento traumático.

5. Marcadas reacciones fisiológicas a estímulos internos o externos que simbolizan o rememoran un aspecto del evento traumático.

Presencia de 1 (o +) de los siguientes síntomas intrusivos asociados con el evento traumático, comienzan después de que ocurra el acontecimiento traumático.

1. Recuerdos angustiosos, recurrentes, involuntarios e intrusivos del evento traumático. *Nota:* los recuerdos espontáneos e intrusivos no necesariamente son angustiantes, pueden expresarse recreándolos a través del juego.

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el sueño están relacionados con el evento traumático. *Nota:* puede que no sea posible determinar que el contenido aterrador esté relacionado con el evento traumático.

3. Reacciones disociativas (por ej., *flashbacks*), en los cuales el niño siente o se comporta como si el evento traumático estuviera ocurriendo (tales acontecimientos pueden ocurrir en un continuo, con la expresión más extrema de pérdida de conciencia del entorno actual). La recreación del trauma específico puede ocurrir en el juego.

4. Angustia psicológica intensa y prolongada en la exposición a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del evento traumático.

5. Marcadas reacciones fisiológicas que rememoran el evento traumático.



TEPT DSM-IV-TR	TEPT DSM-5 ADULTOS, ADOLESCENTES Y NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOS	TEPT DSM-5 NIÑOS DE 6 AÑOS Y MENORES
CRITERIO C		
<p>Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican 3 (o +) de los siguientes síntomas.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, tener la esperanza de una vida normal).	<p>Evitación persistente de estímulos asociados al trauma, comienzan después de que ocurra el acontecimiento traumático, es evidente por uno o ambos de los siguientes síntomas.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos estrechamente relacionados con el acontecimiento traumático.2. Evitación o esfuerzos para evitar personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos dolorosos, estrechamente relacionados con el acontecimiento traumático	<p>Uno (o +) de los siguientes síntomas, que representan tanto la evitación persistente de estímulos asociados con los eventos traumáticos o alteraciones negativas en las cogniciones y del estado de ánimo asociados a los eventos traumáticos, deben estar presentes, comenzando después de los acontecimientos o que empeoran después de los acontecimientos.</p> <p>PERSISTENTE EVITACIÓN DE ESTÍMULOS.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Evitación o esfuerzos para evitar actividades, lugares o recuerdos materiales que motivan recuerdos del evento traumático.2. Evitación o esfuerzos para evitar personas, conversaciones, o situaciones interpersonales que motivan recuerdos del evento traumático. <p>ALTERACIONES NEGATIVAS EN LA COGNICIÓN</p> <ol style="list-style-type: none">3. Sustancial incremento de la frecuencia de estados emocionales negativos (por ej., miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión).4. Marcada disminución del interés o participación en actividades significativas, incluido el juego.5. Retraimiento social6. Importante reducción de la expresión de emociones positivas



TEPT DSM-IV-TR	TEPT DSM-5 ADULTOS, ADOLESCENTES Y NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOS	TEPT DSM-5 NIÑOS DE 6 AÑOS Y MENORES
CRITERIO D		
<p>Síntomas persistentes de aumento de la activación (<i>arousal</i>) (ausentes antes del trauma), tal y como indican 2 (o +) de los siguientes síntomas.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.2. Irritabilidad o ataques de ira3. Dificultades para concentrarse4. Hipervigilancia5. Respuestas exageradas de sobresalto	<p>Alteraciones negativas en la cognición y en el humor asociado con el evento traumático empezando o empeorando después del evento traumático, se pone de manifiesto por 2 (o +) de los siguientes.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Incapacidad para recordar un aspecto importante del evento traumático, (debido a amnesia disociativa y no a otros factores, tales como lesiones en la cabeza, alcohol o drogas).2. Persistente y exageradas creencias o expectativas negativas sobre uno mismo, los demás o el mundo3. Persistentes distorsiones cognitivas sobre la causa o consecuencias del evento traumático, que llevan al individuo a culparse a sí mismo o a otros.4. Persistente estado emocional negativo (por ej., miedo, horror, enfado, culpabilidad o vergüenza)5. Marcada disminución del interés en participar en actividades significativas6. Sentimientos de desapego o enajenación de los demás.7. Persistente incapacidad para experimentar emociones negativas (por ej., felicidad, satisfacción o sentimientos de amor).	<p>Síntomas de aumento de la activación (<i>arousal</i>), que comienzan o empeoran después del evento traumático, se evidencia por la presencia de 2 (o +) de los siguientes síntomas.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Conducta irritable y explosiones de ira (con poca o ninguna provocación) típicamente expresadas con agresiones verbales o físicas hacia personas u objetos (incluyendo rabietas extremas).2. Hipervigilancia3. Respuesta de sobresalto exagerada4. Problemas para concentrarse5. Alteraciones del sueño (por ej., dificultades para conciliar o permanecer dormido, sueño inquieto).



TEPT DSM-IV-TR	TEPT DSM-5 ADULTOS, ADOLESCENTES Y NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOS	TEPT DSM-5 NIÑOS DE 6 AÑOS Y MENORES
CRITERIO E		
Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.	Marcados síntomas de aumento de la activación (<i>arousal</i>), asociados con el evento traumático, tal y como indican 2 (0 +) de los siguientes síntomas, empezando o empeorando después del evento traumático. <ol style="list-style-type: none">1. Conducta irritable y explosiones de ira (con poca o ninguna provocación) típicamente expresadas con agresiones verbales o físicas hacia personas u objetos (incluyendo rabietas extremas).2. Conductas temerarias o autodestructivas3. Hipervigilancia4. Respuesta de sobresalto exagerada5. Problemas para concentrarse6. Alteraciones del sueño (por ej., dificultades para conciliar o permanecer dormido, sueño inquieto).	La duración de la alteración es mayor de un mes.



TEPT DSM-IV-TR	TEPT DSM-5 ADULTOS, ADOLESCENTES Y NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOS	TEPT DSM-5 NIÑOS DE 6 AÑOS Y MENORES
CRITERIO F		
Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.	Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C, D y E) se prolongan más de 1 mes.	La alteración provoca malestar clínico significativo o deterioro en las relaciones con padres, hermanos, compañeros, u otros cuidadores o problemas de comportamiento en la escuela
TEPT DSM-IV-TR	TEPT DSM-5 ADULTOS, ADOLESCENTES Y NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOS	TEPT DSM-5 NIÑOS DE 6 AÑOS Y MENORES
CRITERIO G		
	La alteración provoca malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de funcionamiento	La alteración no es atribuible a efectos fisiológicos de sustancias (por ej., medicación o alcohol) u otra condición médica
TEPT DSM-IV-TR	TEPT DSM-5 ADULTOS, ADOLESCENTES Y NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOS	TEPT DSM-5 NIÑOS DE 6 AÑOS Y MENORES
CRITERIO H		
	La alteración no es atribuible a efectos fisiológicos de sustancias (por ej., medicación o alcohol) u otra condición médica	



TEPT DSM-IV-TR	TEPT DSM-5 ADULTOS, ADOLESCENTES Y NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOS	TEPT DSM-5 NIÑOS DE 6 AÑOS Y MENORES
ESPECIFICAR SI		
<p>Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses.</p> <p>Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más</p> <p>De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses</p>	<p>Con síntomas disociativos: la persona reúne criterios para un TEPT, y además, como respuesta al estresor, el individuo experimenta persistente o recurrentemente algún síntoma de los siguientes:</p> <p>1.Despersonalización: Persistentes o recurrentes experiencias de sentimientos de separación y como si uno fuera un observador externo de los propios procesos mentales o se observara así mismo (por ej., sensación como si uno estuviera en un sueño, sensación de irrealidad del yo o del cuerpo, o que el tiempo transcurre lentamente)</p> <p>2. Desrealización: Persistente o recurrente experiencia de irrealidad del entorno (por ej., el mundo que rodea al individuo es experimentado como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).</p> <p>Nota: Para usar este subtipo, los síntomas disociativos no deben atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia, u otra condición médica.</p> <p>De inicio demorado: si no se cumplen todos los criterios diagnósticos antes de los 6 meses (a pesar de que la aparición de algunos síntomas puede ser inmediata)</p>	



Anexo 3. CORRELACIONES

Tabla 9.13. Correlaciones CPSS-CBCL (N=69).

	ANS/ DEP	RETRA/ DEP	QUEJAS SOMAT	PROB SOC	PROB. PENS	PROB. ATEN	ANTI NOR	COMP AGRE	INTER	EXTER
REEXPERP	.182	-.033	.284(*)	.135	.088	-.074	.021	-.080	-.108	-.102
EVITACION	.164	.117	.145	.164	.158	-.051	.077	-.075	-.053	-.055
HIPERA	.113	-.017	.156	-.038	.000	-.099	-.075	-.208	-.096	-.189
DETER	.234	.229	.070	.141	.095	.073	-.065	-.177	-.002	-.271

*La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral)



Tabla 9.14. Correlaciones TAMAI I - CBCL (N=65).

	ANS/ DEP	RETRA/ DEP	QUEJAS SOMAT	PROB SOC	PROB. PENS	PROB. ATEN	ANTI NOR	COMP AGRE	INTER	EXTER
INAD GEN	.128	-.029	-.149	.116	.162	.303	.117	.181	.171	.168
INAD PER	.084	-.052	.066	.086	.178	.243	.078	.152	.080	.173
INAD ESC	.063	-.040	-.343(*)	-.076	-.090	.095	-.056	.035	.121	.048
INAD SOC	.181	.021	-.071	.308	.353(*)	.448(**)	.294	.284	.239	.212
INST FAM	.001	-.188	-.254	.020	.004	.234	.070	.077	.086	.115
INST HER	.035	.061	-.048	.028	-.025	-.058	.127	-.019	.057	.280
EDU PA	-.079	-.082	.043	-.197	-.175	-.250	-.132	-.369(*)	.012	.224
EDU MA	-.082	-.187	.015	-.359(*)	-.433(**)	-.325	-.379(*)	-.477(**)	.279	.329
DISC EDU	.091	-.029	-.083	-.073	-.143	-.048	-.165	.108	.194	.170

*La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral)

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



Tabla 9.15 Correlaciones TAMAI II - CBCL (N=17).

	ANS/ DEP	RETRA/ DEP	QUEJAS SOMAT	PROB SOC	PROB. PENS	PROB. ATEN	ANTI NOR	COMP AGRE	INTER	EXTER
INAD GEN	.300	.437	.396	.260	.511(*)	.559(*)	.340	.383	.118	.205
INAD PER	.538(*)	.464	.662(**)	.292	.309	.050	.052	.325	.222	.067
INAD ESC	-.050	.038	-.109	.043	.313	.527(*)	.340	.128	-.051	.056
INAD SOC	.146	.406	.301	.198	.363	.458	.229	.316	.072	.280
INST FAM	.176	-.043	.417	-.156	-.223	-.348	-.272	-.103	.075	-.049
INST HER	.398	.318	.501	.281	.120	.007	.006	.223	.076	.150
EDU PA	-.516	-.539	-.662(*)	-.499	-.330	.043	.214	-.532	-.36	-.243
EDU MA	-.413	-.527(*)	-.474	-.429	-.624(**)	-.630(**)	-.359	-.469	-.299	-.295
DISC EDU	.623(*)	.271	.020	.320	.451	.628(*)	.235	.483	.309	.177

*La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral)

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



Tabla 9.16 Correlaciones TAMAI III - CBCL (N=10).

	ANS/ DEP	RETRA/DEP	QUEJAS SOMAT	PROB SOC	PROB. PENS	PROB. ATEN	ANTI NOR	COMP AGRE	INTER	EXTER
INAD GEN	-.300	-.372	-.208	-.253	-.601	-.390	-.281	-.239	-.390	-.432
INAD PER	-.010	-.233	.024	-.097	-.528	-.637(*)	-.222	-.379	-.482	-.581(*)
INAD ESC	-.540	-.349	-.305	-.345	-.405	-.030	-.209	-.041	-.213	-.209
INAD SOC	.025	-.251	-.154	-.058	-.484	-.330	-.224	-.176	-.353	-.261
INST FAM	.388	.561	-.438	.010	-.412	-.081	-.350	-.255	-.289	-.390
INST HER	-.034	.112	-.342	-.240	.129	.032	.340	.280	-.615	-.348
EDU PA	.032	.365	-.168	.513	.126	.148	.284	.320	-.607	-.081
EDU MA	.326	.310	.090	-.014	.736(*)	.577	.126	.141	.233	-.321
DISC EDU	-.011	.043	.035	-.101	-.686(*)	-.213	-.610	-.359	-.446	-.149

*La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral)

