

VNIVERSITAT
E VALÈNCIA

(Ψ) **Facultad de Psicología**

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos



TESIS DOCTORAL

**CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DEL MALTRATO
EN MENORES EXPUESTOS A VIOLENCIA DE GÉNERO**

Regulación Emocional, Funciones Ejecutivas y Autoconcepto

Presentada por:

CARMEN GAVARRELL SANFÉLIX

Dirigida por:

JAVIER FERRERO BERLANGA

Valencia, 2013

*Los niños/as
son mensajes vivientes
que enviamos al futuro*

Marshall McLuhan

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer, de todo corazón;

A las profesionales de los centros de acogida por toda la ayuda que me han brindado. Trabajar con todas ellas ha sido muy enriquecedor y han contribuido gustosamente a que la recogida de datos de este trabajo resultase menos costosa. Muchísimas gracias.

A los niños y niñas que conforman la muestra de esta investigación, y a sus madres, por permitir que colaboraran en este estudio. Por su paciencia y bondad, y por esa inocencia tan pura que caracteriza a cualquier niño, sea cual sea su historia de vida.

A mis padres, por haberme ayudado SIEMPRE, por mostrarme su apoyo y amor incondicional en todo momento. Por formar parte de cada proyecto de mi vida, por darme su aliento. Estas líneas nunca alcanzarán a expresar con total plenitud lo agradecida que estoy de teneros a ambos como referentes, como ejemplo de buenas personas y de excelentes padres.

A mis dos hermanos, David y Rafa, por las extensas conversaciones que solíamos tener, que siendo escasas en estos tiempos, siempre las recuerdo con nostalgia. A pesar de la distancia y de lo difícil que es vernos a veces, me agrada sentir que siempre estáis ahí.

A mis amigos y amigas, por apoyarme y alentarme a que haga este trabajo. En especial a Alba, Claudia, Gemma, Laia, Montse, Neus y Rosa. Gracias por escucharme e interesaros por su contenido, pero además, y sobre todo, gracias por darme vuestro apoyo en lo personal y por estar cerca en todo momento.

A Amalia, ¡la Virgen María terrenal! Gracias por ser tan buena, por ayudarme tanto, por ser tan atenta y bondadosa con la gente que te rodea. De verdad Amalia, este trabajo hubiese sido mucho más costoso sin tu ayuda. Mil gracias.

A mi tutor, Javier Ferrero, por prestarme su ayuda y permitirme trabajar con él. Gracias por confiar en mí antes de que yo misma lo hiciera. Has contribuido de manera decisiva en mi formación como psicóloga y por ello te estaré agradecida toda la vida.

Y por supuesto a ti, Nacho, mi cielo. Gracias por ayudarme con la investigación, pero sobretodo, por compartir tu vida conmigo, por hacerme reír en los buenos y en los malos momentos, y por decidir crecer y aprender de la vida, a mi lado.

ÍNDICE

	Pág.
I. <u>INTRODUCCIÓN Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA</u>	3
II. <u>MARCO TEÓRICO</u>	9
1. Aproximación Conceptual al fenómeno de violencia.....	11
1.1 Violencia Familiar _____	11
1.2 Violencia de Género _____	14
1.3 Maltrato Infantil _____	18
1.3.1 Tipos de Maltrato Infantil _____	21
1.4 Exposición a Violencia de Género _____	23
1.4.1 Legislación y medidas de atención _____	28
2. Consecuencias psicológicas en los menores expuesto a violencia de género	32
2.1 Psicopatología en menores expuesto a violencia de género _____	33
2.2 Trastorno de Estrés-Postr Traumático versus Trastorno de Reacción Postraumática Extrema _____	39
2.3 El Trauma Complejo _____	45
2.3.1 Apego y relaciones afectivas _____	59
2.3.2 Neurobiología _____	63
2.3.3 Regulación del afecto _____	65
2.3.4 Disociación _____	69
2.3.5 Autocontrol y regulación conductual _____	71
2.3.6 Cognición. Funciones ejecutivas _____	73
2.3.7 Autoconcepto _____	75
2.4 Resiliencia y factores de protección _____	79
2.5 Modelo del trauma Complejo vs. Modelo de Resiliencia _____	82

3. Problemas a largo plazo en los sujetos expuestos a violencia de género en la infancia	87
3.1 Psicopatología en la vida adulta	88
3.2 Repetición tras-generacional de la violencia	92
3.3 Doble Victimización	95
4. Reflexiones finales	97
III. <u>ESTUDIO EMPÍRICO</u>	99
5. Método	101
5.1 Objetivos e Hipótesis	101
5.2 Descripción de la muestra	108
5.3 Instrumentos	115
5.4 Procedimiento	137
6. Análisis y Resultados	140
6.1 Análisis Descriptivos	140
6.2 Análisis Comparativos	227
7. Conclusiones y Discusión	254
7.1 Conclusiones	254
7.2 Discusión	258
IV. <u>REFERENCIAS</u>	273
V. <u>ANEXO</u>	297

I. INTRODUCCIÓN Y
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

I. INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación se enmarca dentro de los estudios sobre las consecuencias de la violencia de género en los menores, hijos e hijas de mujeres maltratadas que residen en los centros de acogida a las víctimas de violencia de género de la Comunidad Valenciana.

En la actualidad, la violencia de género es considerada un verdadero problema social que afecta a millones de mujeres en el mundo. Cada día aumenta la concienciación social sobre esta lacra y aumentan los recursos disponibles para las mujeres víctimas de maltrato. No obstante, poco son los recursos que se dirigen a atender a los hijos e hijas de las mujeres maltratadas, *víctimas olvidadas* de la violencia de género. Esto principalmente se debe, a una falta de conocimiento sobre las consecuencias psicológicas, sociales, biológicas y cognitivas, que comporta para los menores estar expuestos a esta violencia. Así, recientemente se han abierto algunas líneas de investigación que pretende dar voz a estos niños y niñas con la finalidad de aumentar los estudios que tengan como objetivo investigar la afectación psicológica de estos niños y niñas, y de conocer los recursos dirigidos a atender y proteger a estos menores.

En el presente estudio pretendemos promover un aumento de conciencia social respecto a este problema, evaluando algunas de las múltiples variables que pueden estar afectadas en estos niños y niñas, con el objetivo último de entender, por qué y cómo estar expuesto a violencia de género en el hogar influye en el desarrollo evolutivo,

psicológico y social de estos menores; cómo y por qué el maltrato tiene repercusiones en la instauración de la personalidad, en el sistema de creencias, en la propia identidad, en la visión del mundo, en la auto-regulación y control de los afectos y de la conducta, en el autoconcepto y en la capacidad del funcionamiento ejecutivo.

II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La familiar es el primer agente socializador del menor y por ende el primer lugar donde los niños y las niñas aprenden a relacionarse con los demás (Pollak, 2010). Es también el primer lugar donde el menor se siente seguro y protegido. Además, es en el seno familiar donde los niños y las niñas empiezan a entender e interiorizar los modelos de crianza que sus padres emplean, interiorizando el sistema de creencias y valores de sus progenitores.

En un entorno sano el niño aprende que ciertos actos tienen consecuencias negativas y que otros comportamientos alternativos comportan recompensas y elogios. La percepción que los padres tienen de sus hijos, sus muestras de cariño y comprensión son el primer eslabón para que el menor desarrolle su autoconcepto, se perciba cómo un ser valioso y empiece a componer su estructura de personalidad. En los menores la percepción social que los demás tienen de ellos es fundamental para establecer su autoconcepto y su autoestima (Del Barrio, 1997). En este sentido, siendo la familia el

primer agente socializador, son los padres los que tienen las armas para guiar y ayudar a sus hijos a que desarrollen un buen autoconcepto, una buena autoestima, un sentido de identidad íntegro y una sana estructura de personalidad.

Si un niño crece en un entorno de hostilidad, expuesto a violencia dentro del seno familiar, viendo sufrir a su madre, sufriendo el maltrato por parte de su padre, entendiendo las relaciones sociales como relaciones de poder y alterando su sentimiento de invulnerabilidad, es muy probable que acarree consecuencias psicológicas intra e interindividualmente en el presente, y con mayor probabilidad, que presente alteraciones psicológicas y sociales en el futuro y/o establezca relaciones interpersonales destructivas en la vida adulta.

Además, la experiencia crónica del maltrato hace que los menores estén expuesto a altos niveles de estrés, puesto que perciben una gran amenaza en el hogar, inevitable e incontrolable, y que se repite de manera crónica y recurrente, lo cual lleva a estos niños y niñas a sentirse más inseguros y vulnerables al maltrato (Patró y Limiñana, 2005). Esto, junto a la ausencia de un vínculo afectivo sano y estable con al menos un adulto significativo, haría aumentar el riesgo de que estos menores presentaran problemas en el desarrollo cerebral, afectando el funcionamiento normal y produciendo alteraciones en la empatía, en la auto-regulación, en el autocontrol y déficits en las funciones ejecutivas.

Igual que hay estudios que se han centrado en los riesgos de estos menores a sufrir alteraciones, también hay estudios que se han centrado en los factores de protección que pueden contribuir a explicar el porcentaje de menores resilientes (Jaffee, Caspi, Moffitt,

Polo-Tomas y Taylor, 2007; Haskett, Nears, Sabourin y McPherson, 2006; McGloin, Spatz, 2001). El sentirse seguros y tener un modelo de comunicación y comportamiento adecuado y coherente entre sus progenitores, facilita el desarrollo de la empatía y la auto-regulación afectiva y conductual en los niños y niñas, por lo que se considera el establecimiento de un vínculo afectivo estable, seguro y saludable con un adulto, como una de las principales áreas que puede proteger al menor en situaciones críticas como es la exposición a violencia en el hogar.

Así pues, en este trabajo se pretende conocer el alcance de algunas de las variables psicológicas que pueden estar afectadas en los menores expuestos a violencia de género en el seno familiar, por considerarse este como un factor de riesgo para el desarrollo de sintomatología traumática compleja en los menores; con el objetivo doble de; por un lado contribuir a aumentar la concienciación social sobre la afectación que la violencia intrafamiliar comporta para el sano desarrollo de los menores que son expuesto a ella, y por otro lado, delimitar y determinar qué áreas se ven afectadas principalmente en estos menores en situación de riesgo, de este modo, poder desarrollar programas de intervención que recojan dentro de sus principales objetivos, mejorar el buen funcionamiento y desarrollo de las principales áreas de vulnerabilidad.

II. MARCO TEÓRICO

1. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL AL FENÓMENO DE VIOLENCIA

Antes de pasar a ver las consecuencias que se pueden derivar del hecho de ser testigo de violencia en el hogar, parece necesario hacer algunas aclaraciones conceptuales respecto a algunos fenómenos relacionados con la violencia. En primer lugar hablaremos de la violencia familiar en términos generales, para luego pasar a explicar sus dos formas más comunes y que están en interrelación con nuestro grupo de estudio; el maltrato en la infancia y la violencia de género en la pareja.

Una vez introducidas esta terminología trataremos de dar una pequeña introducción al concepto de *exposición a violencia de género*; así, atenderemos a la evolución del término y las implicaciones legales y sociales que comporta, ya que este grupo de niños y niñas, hijos e hijas de mujeres maltratadas, conforman nuestro objeto de estudio.

1.1. VIOLENCIA FAMILIAR

Tal como se indica en la Convención de los Derechos del Niño, (CDN, 1989) la familia es considerada como el entorno natural para el desarrollo y bienestar de todos sus integrantes, sobre todo en el caso de los niños y niñas. Es por ello que el seno

familiar constituye el primer núcleo de seguridad, protección, apoyo y afecto para el menor, pero paradójicamente, también es en el seno familiar donde mayor grado de violencia se ejerce entre sus integrantes (Strauss y Gelles, 1979, 1986).

Según el ministerio del interior un tercio de los casos de homicidios cometidos anualmente en nuestro país tiene como agresor y víctima a miembros de una misma familia y según Cerezo (2000) una cuarta parte de las denuncias de delitos y faltas de lesiones presentadas en dependencias policiales se producen en el seno familiar (en Patró y Limiñana, 2005).

Según Strauss y Gelles (1986) existen ciertas características que podrían explicar porque la familia resulta ser el grupo social más violento. En primer lugar, se trata de relaciones estrechas con una alta intensidad, alto grado de confianza y un elevado conocimiento sobre todos los miembros. Por otro lado, también influyen las propias características de la composición jerárquica que tradicionalmente se establece en la familia, diferenciando edad y sexo de sus integrantes, lo cual comporta a su vez el desempeño de diferentes roles entre sus miembros.

Así, el género y la edad constituyen los dos principales ejes de desequilibrio dentro de la familia, situando a las mujeres, a los niños y a los ancianos como las principales víctimas de violencia intrafamiliar (Patró y Limiñana, 2005). Además, el carácter privado que tradicionalmente acompaña al concepto de familia ha contribuido durante mucho tiempo a que se produjeran comportamientos violentos dentro de ella, escapando al control social.

Teniendo en cuenta que los dos ejes de vulnerabilidad para convertirse en víctima de violencia dentro de la familia son el género y la edad, hay que destacar como subtipos de violencia intrafamiliar el maltrato a ancianos, el maltrato infantil y la violencia de género en la pareja, aunque de las tres formas de maltrato familiar las dos últimas son las que mayor prevalencia e incidencia presentan en todas las sociedades y culturas.

Cada una de estas formas de violencia familiar tiene subdivisiones en cuanto al modo en que se produce el daño hacia el otro miembro de la familia. Esta agresión puede ser de distinta tipología (psicológica, sexual, física y/o económica).

Algunos estudios sobre incidencia y prevalencia del maltrato infantil y la violencia de género afirman que existe una muy alta co-ocurrencia entre ambas situaciones. Se estima que entre un 30 y un 60% de niños expuestos a violencia de género, también son víctimas de maltrato directo a manos de sus padres o padrastros (Edleson, 1998, 1999; Patró y Limiñana, 2005; Horno, en Save the Children, 2006; UNICEF, 2006) e incluso, en ocasiones puede ser la propia madre la que, siendo víctima de maltrato por parte de su pareja, ejerza a su vez, violencia contra sus hijos.

Cabe destacar que aunque para algunos autores, la exposición a violencia de género en los menores no es contemplada como un tipo de maltrato directo hacia los niños y niñas otros por el contrario lo consideran un tipo de maltrato emocional (De los Santos y Santamaría, 2005) debido a que comporta consecuencias importantes en los menores y genera situaciones altamente estresantes (Alcántara, 2010).

1.2 VIOLENCIA DE GÉNERO

Convertirse en víctima de algún tipo de violencia es un riesgo al que está expuesto la población general; sin embargo, los niños y las mujeres por razones de edad y sexo, son un sector de población especialmente vulnerable.

Actualmente se considera que la violencia de género constituye uno de los problemas derivados de la agresión más significativos en la mayoría de las sociedades. Para acercarnos a la realidad de este fenómeno, presentamos la definición de violencia de género redactada en el artículo 1 de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de la Asamblea de las Naciones Unidas (1993):

La violencia de género es todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública o privada.

Es cierto que las cosas están cambiando y que cada vez existe mayor conciencia social respecto al trato injusto que reciben muchas de nuestras conciudadanas pero, desgraciadamente hoy en día siguen existiendo formas de actuación machista, parejas cuya dinámica se basa en relaciones de poder que a la postre sitúan a las mujeres en un lugar de inferioridad, dificultado el acceso a las oportunidades y recursos existentes y en

los casos más graves, siendo objeto de maltrato físico, psicológico y/o sexual a manos de sus parejas.

En España, según varios informes del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2000, 2002, 2006), hay declaradas alrededor de 600.000 mujeres víctimas de maltrato habitual (entre el 3,6% y el 4,2% de la población femenina adulta). Según un estudio a fondo de la ONU, la violencia contra la pareja es la forma más común de violencia sufrida por las mujeres en todo el mundo (Save the Children, 2011). Así pues, aunque hoy en día se establezca la violencia de género como un problema social y exista mayor concienciación sobre esta lacra, estos datos dan cuenta de la magnitud del problema y, por contraposición, tal como señala Amor, Echeburúa y Loinaz (2009) del elevado número de hombres que se comportan violentamente con su pareja o expareja.

Recientemente, Antonio Andrés Pueyo (en Echeburúa y de Corral, 2009) realiza una definición más amplia de una de las formas de violencia de género que mayor malestar produce en la víctima, **la Violencia contra la Pareja:**

Un conjunto complejo de distintos tipos de comportamientos violentos, actitudes, sentimientos, prácticas, vivencias y estilos de relación entre miembros de una pareja (o expareja) íntima que produce daño, malestar y pérdidas personales graves en la víctima. La Violencia Contra la Pareja no es solo un sinónimo de agresión física sobre la pareja, es un patrón de conductas violentas y coercitivas que incluyen los actos de violencia física contra la pareja, pero también el maltrato y abuso psicológico, las agresiones sexuales, el aislamiento y el control social, el acoso sistemático y amenazante, la intimidación, la coacción, la

humillación, la extorción económica y las amenazas más diversas. Todas estas actividades, que se pueden combinar y extender en el tiempo de forma crónica, tienen como finalidad someter a la víctima al poder y control del agresor. Por lo general, y sin mediar intervención, la Violencia Contra la Pareja es recurrente y repetitiva.

Así pues, cuando hablamos de violencia de género contra la pareja, estamos hablando de un fenómeno social que tiene como base la desigualdad y discriminación del sexo femenino, la exaltación del modelo patriarcal masculino, y que se da en el seno familiar por parte del cónyuge.

La violencia contra la pareja no es solo un comportamiento, es también una actitud, una creencia, un patrón de relación aprendido y unas expectativas sobre el hecho de ser hombre o mujer. Así pues, hablamos de un fenómeno complejo que confronta los roles de género en una necesidad de yuxtaposición de la mujer al servicio del hombre. Cuando se inicia una relación con este arsenal de actitudes, creencias y expectativas, la pareja pronto se ve envuelta en una dinámica donde prima la autoridad del hombre, la lucha de poder y el menosprecio a las características prototípicamente femeninas, y por ende, la devaluación de la mujer.

Hay que tener en cuenta que todos los actos y actitudes que comportan desigualdad y devaluación de la mujer, son formas de violencia de género, pero estas pueden ser muy sutiles o muy evidentes, como es el caso de la violencia física. En cualquier caso, sea cual sea la gravedad del maltrato, todo acto que tenga como creencia ulterior la

superioridad del hombre frente a la mujer contribuye a la aparición de sentimientos de inutilidad en esta, sentimientos de culpa, inseguridad y bajo autoconcepto, mermando así su autoestima y dando forma al modelo de mujer sumisa el cual encaja en el prototipo del hombre maltratador.

Ciertamente el maltrato tiene consecuencias devastadoras en las mujeres que los sufren, por lo que es necesario aumentar los recursos y esfuerzos para atender a las víctimas y conseguir disminuir los casos de violencia machista. No obstante, nuestro objeto de estudio en la presente investigación no serán ellas, sino sus hijos e hijas, *víctimas invisibles* de la violencia de género (Osofsky, 1995).

El estudio e interés por las implicaciones psicológicas que supone ser víctima de maltrato no surgió hasta principio de los años setenta de la mano del movimiento feminista el cual resaltó la necesidad de proteger y atender a las mujeres víctimas de maltrato (Emerson y Dobash, 1987). No obstante, el interés y preocupación por las consecuencias psicológicas que supone para los menores ser testigos de violencia de género dentro del seno familiar está todavía en proliferación.

A mediados de los setenta se empezó a hablar de los problemas emocionales y conductuales de estos menores (Holden, 1998) y de la necesidad de atención que presentaban (Saathoff y Stoffel, 1999; Rossman, Hughes y Rosenberg, 2000) y aunque ya desde los ochenta se pueden encontrar publicaciones sobre el tema, tal como señala Atenciano (2009) se puede decir que es en los últimos diez años cuando ha aumentado el número y calidad de las publicaciones que tienen como objeto de estudio las

consecuencias de la exposición a violencia familiar en los menores, lo cual nos proporciona una base empírica aún en desarrollo (Jaffe, Baker y Cunningham, 2004).

1.3 MALTRATO INFANTIL

Al igual que ocurre con la violencia de género, el maltrato infantil ha existido desde siempre, sin embargo siglos atrás las agresiones físicas y verbales por parte de los padres estaban justificadas pues se consideraban necesarias para la crianza de los hijos y para imponerles disciplina (Corral, Frías, Romero y Muñoz, 1995). Hasta mediados del siglo XIX, los niños eran vistos como propiedad de sus padres y por lo tanto, las prácticas que estos ejercían con sus hijos e hijas no se juzgaban ni se castigaban por la sociedad, tanto es así que incluso los animales llegaron a tener más derechos que los propios niños.

La primera conceptualización del maltrato infantil se realizó en referencia al maltrato físico, con un predominio de criterios médico-clínicos, y a la explotación laboral de los niños y niñas (Ministerio de trabajo y asuntos Sociales, 2006 en Castro Sáez, 2011). En 1962 a través de las aportaciones de Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller y Silver en su artículo *The Battered Child Syndrome*, fue aceptado el síndrome del niño golpeado por la comunidad científica con la siguiente definición: *El uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño, por parte de sus padres o parientes.*

Posteriormente, otros autores ampliaron esta definición con el objeto de incluir el maltrato psicológico y la negligencia como formas de maltrato infantil. Así, Fontana (1979) llegó a sugerir que *el niño golpeado no es más que la última fase del espectro del síndrome de malos tratos*.

Diez años después, la Convención de los Derechos de los Niños de las Naciones Unidas presentó la primera definición que incluía el abuso psicológico y la negligencia cómo posibles formas de maltrato infantil:

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 lo tenga a su cargo (CDN, 1989).

En la actualidad, el interés por el estudio del maltrato infantil y la sensibilidad ante esta situación sigue creciendo. Buena parte de ello se ve reflejado en las numerosas organizaciones que plantean definiciones de maltrato infantil más amplias. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) incluía en su definición de maltrato infantil, el abuso sexual como posible forma de malos tratos hacia los niños/as y matiza además, que los malos tratos puedan producir daño actual o potencial para la salud:

El maltrato infantil se refiere al trato físico y emocional inadecuados, al abuso sexual, el cuidado negligente de los niños, y también a su comercio u otro tipo de explotación, que resulte en daño actual o potencial a la salud, sobrevivencia o desarrollo de la dignidad, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (OMS, 2002).

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2006) incluye en su definición de maltrato infantil un matiz respecto a la duración del maltrato, puesto que incluye tanto actos ocasionales como habituales de maltrato, y además, extiende el concepto más allá de la familia, pues incluye que el daño puede ser producido por el grupo familiar, o instituciones sociales:

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

También el Centro Internacional de la Infancia de París, remarca que la fuente de maltrato puede ser un individuo, institución o la sociedad en su conjunto y que el daño producido puede bloquear el sano desarrollo del menor: *Cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, instituciones o la sociedad en su conjunto que prive a los niños de su libertad o derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo.*

En el ámbito nacional, el Observatorio de la Infancia, de la mano de Villanueva, Górriz y Cuervo (2009) también llegó a un consenso para definir el maltrato infantil donde remarcó que el daño no fuese accidental y que afectara a un amplio abanico de áreas del desarrollo del menor:

Acción, omisión o trato negligente, no accidental que priva al niño o la niña de sus derechos y su bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad (Villanueva, Górriz y Cuervo, 2009)

1.3.1 Tipos de Maltrato Infantil

Tradicionalmente, el maltrato infantil se ha clasificado en 4 categorías en función de las acciones concretas que conforman el maltrato inflingido: Maltrato físico, abuso sexual, negligencia y maltrato emocional (Barnett, Manly y Cichetti, 1993; Cichetti y Lynch, 1995). No obstante, investigadores y expertos sobre el tema más actuales, consideran que existen además, otros tipos de maltrato infantil. Celedón y Sáleme (2009) Exponen como formas de maltrato infantil más frecuentes: El maltrato físico, el maltrato emocional, el abuso sexual, el abandono físico y el abandono emocional, pero también describe en esta tipología; el maltrato prenatal, la explotación laboral, la mendicidad, la corrupción, el síndrome del bebé zarandeado, el Síndrome de Münchhausen por poderes y el maltrato institucional.

Sin embargo, a pesar del amplio abanico de formas que puede adoptar el maltrato infantil, en este punto haremos una pequeña descripción citando a Celedón y Sáleme (2009) de las cuatro tipologías clásicas que representan la mayoría de los casos de malos tratos:

- *Maltrato físico*: comprende los actos cometidos por padres o adultos cuidadores contra niños y niñas que les generan lesiones físicas temporales o permanentes. Son causados a través de la fuerza física, y en ocasiones, mediante el uso de diversos objetos (cinturones, cables, palos, cigarrillos, sustancias químicas, u otros).
- *Maltrato emocional*: Implican actitudes de indiferencia, insultos, ofensas o desprecios producidos por los padres o adultos cuidadores y que dañan a los niños en su esfera emocional, generándoles sentimiento de desvalorización, baja autoestima e inseguridad personal.
- *Abuso sexual*: Comprende las acciones recíprocas entre un niño y un adulto, en los que el niño está siendo usado para gratificación sexual del adulto y frente a las cuales no puede dar un consentimiento informado. Puede incluir desde la exposición de los genitales por parte del adulto hasta la violación del niño/a.
- *Negligencia*: Situación de omisión producida por los padres o adultos cuidadores que implica la no respuesta a las necesidades básicas de los niños (alimentación, higiene, protección, educación y cuidados sanitarios) ni la satisfacción de las necesidades emocionales básicas de los menores, pese a la obligatoriedad y capacidad que se posee para responder y satisfacer dichas necesidades.

La exposición a Violencia de Género, tal como comentamos en apartados anteriores, ha sido considerada en los últimos años como una forma indirecta de maltrato infantil

por muchos autores. Así pues, por la relevancia que supone para este estudio, dedicamos el siguiente apartado para hablar de los menores expuestos a violencia de género.

1.4 MENORES EXPUESTOS A VIOLENCIA DE GÉNERO

Generalmente cuando hablamos de maltrato infantil solemos pensar en actos físicos o psicológicos que se dirigen de manera directa al niño/a. No obstante, la conceptualización del término se ha venido ampliando en los últimos tiempos por influencia de aquellos autores que consideran que la victimización indirecta también debería incluirse dentro de las formas de maltrato. (Wolfe y McGree, 1994; Holden, 2003; De los Santos y Sanmartín, 2005; UNICEF, 2006; Sepúlveda, 2006; Duarte, 2007; Save the Children 2006, 2008, 2011; Alcántara 2010; Castro-Sáez, 2011; Guevara-Ortiz, 2012).

Ya en 1994, Wolfe y McGree (1994) concluían que la mera exposición del/la niño/a a violencia de género supone por si sola una forma de maltrato infantil (en Castro-Sáez, 2011). Autores más contemporáneos como, de los Santos y Sanmartín (2005) consideran la exposición a la violencia de género como una forma de maltrato emocional. Guevara-Ortiz (2012) considera el la agresión que sufre un niño en el hogar puede ser pasiva o activa, y por ende, considera el maltrato infantil como una forma de violencia pasiva cuando los menores son testigos de violencia en el hogar sin ser agredidos directamente. Otros autores remarcan los altos niveles de estrés a los que se

ven sometidos estos niños/as (Alcántara, 2010) y que este estrés es suficientemente alto como para provocar lesiones significativas en su desarrollo (Duarte, 2007).

Por todo ello, en la actualidad, las principales instituciones que defienden y protegen los derechos de los niños incluyen la situación de violencia de género en el seno familiar dentro de las posibles formas de maltrato infantil, puesto que los menores expuesto a violencia de género, también sufren las consecuencias del maltrato, independientemente de que sufran o no violencia directa, puesto que presenciar el sufrimiento de la madre y crecer en un ambiente de hostilidad afecta de manera decisiva al crecimiento y desarrollo de estas personas (Horno- UNICEF, 2006; Sepúlveda-García, 2006, Save the Children, 2006, 2008, 2011).

Como se comentó anteriormente, este subgrupo de víctimas de la violencia doméstica no fue objeto de trabajos e investigaciones hasta los años 80, apareciendo el mayor número de publicaciones sobre las consecuencias psicológicas que comporta para los niños el ser testigo o estar expuesto a violencia de género en el seno familiar, en los últimos diez años (Cabrera y Granero, 2011; Castro-Sáez, 2011; Alcántara, 2010; Lázaro y López, 2010; Atenciano, 2009; Cohen, McAlister y Kracke, 2009; save the Children, 2006, 2008, 2011; Horno- UNICEF; 2006; Sepúlveda García, 2006; Patró y Limiñana, 2005).

Patró y Limiñana (2005) realizaron un estudio con mujeres maltratadas residentes en centros de acogida, y concluyeron que; el 85% de los hijos/as de estas mujeres fueron testigos de la violencia ejercida sobre sus madres, y un 66,6% de estos, había sufrido

también algún tipo de maltrato infantil (físico, emocional, negligencia o abuso sexual), de los cuales el maltrato físico y emocional presentaban mayor probabilidad de ocurrencia. Sin embargo, tal como señala Atenciano (2009) poco se conoce sobre la prevalencia e incidencia de cada uno de esos subtipos en la vida de los menores expuestos a esta violencia de género.

Otro estudio realizado por UNICEF y Body Shop titulado *Tras las puertas cerradas* reveló que en España hay cerca de 188.000 menores expuestos a esta violencia en sus casas, datos que pueden extrapolarse a 275 millones de niños en el mundo, que cada año son testigos de actos violentos en su familia.

Aunque cada vez existe más investigaciones sobre las consecuencias y la afectación de la violencia de género en los menores, sigue existiendo polémica respecto a la conceptualización y definición de la situación que viven (Sepúlveda 2006).

El Centers for Disease Control and Prevention, de la mano de; Leeb, Paulozzi, Melanson, Simon y Arias (2008) define el maltrato infantil como: *Cualquier acto de comisión u omisión realizado por un padre o cuidador que produce daño, potencial de daño o amenaza de daño para el niño, incluso si el daño no ha sido intencionado* (CDCP, 2008). parece relevante destacar de esta definición la inclusión de todo daño que se produzca **sin intencionalidad**. Así, se incluye la victimización indirecta del menor, tal como ocurre con los menores que viven en hogares donde se ejerce violencia de género contra sus madres.

Sin embargo, como señala Atenciano (2009) la comprensión de los niños y niñas que conviven con el maltrato hacia sus madres, es todavía una cuestión pendiente y por ello, el término adecuado para referirse a este grupo de niños y niñas no está exento de polémica. En algunos casos se habla de *hijos e hijas de mujeres maltratadas*, en cuyo término no se incluye a los menores como víctimas de la violencia de género.

En otras ocasiones se usa el término *menores testigos o observadores de violencia*, sin embargo, Holden (2003) con el objetivo de crear un lenguaje común e incluir a todos los casos de niños que sufren las consecuencias del maltrato (sean estos o no testigos del episodio de violencia) propuso el término *menores expuestos a violencia*. Así, no es necesario que el niño haya presenciado el maltrato hacia su madre de manera directa, sino que incluye también el haber oído, participado de algún modo o experimentado sus consecuencias. Así, se considera que un niño o niña está expuesto a violencia de género cuando su madre esté siendo o haya sido maltratada por su pareja (Castro-Sáez, 2011).

Holden (2003) también desarrolló una Taxonomía con diez tipos de exposición a violencia de género en el hogar que podía sufrir los menores, los cuales, citando a Save the Children (2011) pasamos a comentar a continuación.

1. Perinatal: violencia que ejerce el hombre hacia la mujer cuando esta está embarazada.
2. Intervención: violencia que sufre el niño o la niña al intentar proteger a su madre.

3. **Victimización:** el niño o la niña se convierte en objeto de violencia psicológica o física en el transcurso de una agresión a la madre.
4. **Participación:** colaborar en la desvalorización hacia la madre.
5. **Testificación presencial:** el niño o la niña ven la agresión del padre hacia la madre.
6. **Escucha:** se percibe la agresión desde otra habitación.
7. **Observación de las consecuencias inmediatas a la agresión:** ven cómo ha sido herida su madre, cómo ha quedado el lugar donde ha sido agredida o ven llegar a la Policía o la ambulancia.
8. **Experimentación de las secuelas:** al vivir los síntomas de su madre, la separación de sus padres o el cambio de residencia, por ejemplo.
9. **Escucha de lo sucedido:** presenciando conversaciones entre adultos.
10. **Desconocimiento de los acontecimientos:** al haber sucedido lejos de los niños o las niñas.

Ser testigo del sufrimiento y malestar de la madre de manera prolongada, puede ser vivido como una experiencia traumática, y cuando eso ocurre, se produce una pérdida de sentimiento de invulnerabilidad (Patró y Limiñana, 2005). Según exponen estas autoras, la mayoría de personas funcionamos bajo este sentimiento de invulnerabilidad, una creencia distorsionada sobre la poca probabilidad que existe de que nos ocurran cosas desagradables. La exposición a un estresor crónico como es el maltrato hacia sus madres y hacia ellos mismos, suele comportar la pérdida del sentimiento de invulnerabilidad lo cual resulta gravemente desequilibrante.

Además, para comprender el alcance de la afectación, hay que señalar que la agresión es llevada a cabo por el padre, figura de referencia para el menor, y se produce en el hogar, lugar que debería comportar protección y seguridad. Además, la madre que es el otro pilar de referencia, también padece las consecuencias del maltrato, por lo que difícilmente puede proteger a los niños de ser testigos de esta violencia (Patró y Limiñana, 2005).

La familia es el contexto primario en el cual los niños y niñas pequeños aprenden a relacionarse con los demás. Esto supone un aprendizaje de los roles femeninos y masculinos que hace más vulnerables a los niños repetir los patrones de violencia como medio de afrontamiento en la niñez, adolescencia y en la vida adulta, aumentando la probabilidad de establecer relaciones de desigualdad de género en el futuro. Así, estas autoras señalan que la exposición a violencia dentro de la familia puede convertirse en una situación altamente traumática y desestabilizadora para los menores, señalando la necesidad de realizar intervenciones específicas para paliar el impacto de tales consecuencias.

1.4.1 Legislación y medidas de atención

Ya en las primeras declaraciones sobre los derechos de los niños, se contemplaban los malos tratos físicos y emocionales, la negligencia y el abuso sexual por parte del cuidador como circunstancia en la que la sociedad debía responder desde todas las vías de actuación posibles en beneficio del menor (Artículo 19 de la Convención Derechos

del Niño, CDN, 1989). Sin embargo, aunque la CDN planteara ya en el 1989 la necesidad de hacer del maltrato infantil una responsabilidad social multidisciplinar, lo cierto es que la mayoría de estos menores, quizás por una falta de conceptualización y comprensión de la exposición a violencia de género como forma de maltrato infantil, no recibieron la atención necesaria. UNICEF (1999) basándose en este artículo, habla de la protección del menor ante *cualquier forma de violencia física o mental*, y determina la necesidad de considerar maltrato, no solo la violencia directa, sino también los efectos indirectos de la violencia familiar sobre los niños (en Castro-Sáez, 2011).

Por otro lado, la proliferación actual en el estudio de la violencia de género, del maltrato infantil, y particularmente del maltrato que reciben los menores expuesto a violencia de género pone de relieve hoy en día, la importancia social del impacto que supone la violencia de género para el desarrollo sano de los hijos e hijas de mujeres maltratadas, por lo que la conciencia social de este problema siguen en aumento. En esta línea, el informe mundial de la Salud señala que *la violencia en el hogar constituye una de las peores formas de violencia que sufren los niños y las niñas y que esta comporta graves consecuencias sobre su desarrollo y bienestar psicológico* (en Save the Children, 2011).

Otra muestra del aumento de concienciación social de este problema, ha sido la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género en nuestro país. Esta supuso un modelo innovador y un avance notable en la lucha contra la violencia de género (Save the Children, 2011). En ella se habla del *síndrome de mujer maltratada* y por primera vez se reconoce que *la situación de violencia en la familia*

afecta también a los menores que se encuentran dentro de su entorno familiar. Además, contempla un agravante en la pena del agresor cuando el maltrato haya sido en presencia de los hijos. No obstante, aunque la ley recoja a los hijos e hijas como víctimas de violencia de género, todavía no existen recursos de atención específica a las necesidades que presentan estos menores.

Save The Children realizó un estudio en el 2006 donde analizó la atención que recibían los niños y niñas, hijos e hijas de mujeres maltratadas en el sistema de Protección a la Mujer, concluyendo que estos menores no estaban recibiendo toda la atención necesaria en los centros de atención a víctimas de violencia de género. Con este estudio y otros similares, Save the Children y otras organizaciones como UNICEF, pretenden hacer evidente las consecuencias que estos menores sufren al ser expuestos a episodios de violencia en sus hogares para que el sistema de protección a la Mujer incluya a sus hijos en los programas de atención a las víctimas del maltrato.

Recientemente, la Resolución 1714 (2010) del Consejo de Europa reconoce que estar expuesto a la violencia ejercida contra su madre es una forma de abuso psicológico contra el niño o niña con consecuencias potencialmente muy graves. Y por ello, los niños y niñas en esta situación requieren una atención específica y multidisciplinar, puesto que son muchas las áreas que se pueden ver afectadas en estos menores y que por lo tanto sería necesario prestarles un servicio de atención desde varios ámbitos de actuación.

Lamentablemente, a menudo, aún hoy en día, *no son reconocidos como víctimas del impacto psicológico de su experiencia; ni como posibles futuras víctimas; ni como elementos de una cadena de reproducción de la violencia* (Save the Children, 2011).

2. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN LOS MENORES EXPUESTO A VIOLENCIA DE GÉNERO

Son muchos los estudios que corroboran las consecuencias de la violencia de género en distintas áreas del desarrollo de los menores. (Pino y Herruzo, 2000; Cook et al., 2005; Patró y Limiñana, 2005; Horno, 2006; Sepúlveda-García, 2006; Colmenares, Martínez y Quiles, 2007; López-Soler, 2008; Atienzano, 2009; Cohen, McAlister, y Kracke, 2009; Lázaro y López, 2010; Alcantara, 2010). Existen consecuencias psicológicas a corto plazo, tales como; problemas conductuales, de auto-regulación, psicológicos, afectivos, físicos, sociales y cognitivos. Pero además, la exposición a violencia de género en la infancia, también puede acarrear consecuencias negativas a largo plazo, tales como psicopatología en la vida adulta, la alta probabilidad de la repetición trasgeneracional de los patrones de violencia, ya sea como agresor o como víctima, a través del llamado *Ciclo de la Violencia* (Mesa y Moya, 2011) y la doble victimización, aumentando la probabilidad de convertirse en víctima de algún otro tipo de violencia (Save the Children, 2011).

En el siguiente apartado expondremos en primer lugar una revisión sobre los resultados obtenidos en diversas investigaciones sobre las posibles formas de psicopatología que pueden presentar los menores expuestos a violencia en el hogar, y la

conceptualización del Trauma Complejo como posible explicación de la intensa sintomatología asociada a la exposición de la violencia intrafamiliar. Desarrollaremos cada una de las áreas que se pueden ver afectadas según este modelo, en el orden de aparición según el desarrollo evolutivo de los niños y niñas y especificando el tipo de alteraciones que se pueden asociar al área en concreto, así como las habilidades y capacidades aún no adquiridas que se pueden ver comprometidas por presentar dificultades en las áreas primarias. A continuación, dedicaremos un apartado a hablar de los menores resilientes y de los factores de protección que se asocian con dicha fortaleza y resistencia ante acontecimientos altamente estresantes.

Por último dedicaremos un apartado a comparar el modelo del trauma complejo con el modelo de resiliencia con el objetivo de resaltar las similitudes entre ambos y el peso relativo de cada una de las áreas afectadas o de los factores de protección, según el enfoque utilizado.

2.1 PSICOPATOLOGÍA EN LOS MENORES EXPUESTO A VIOLENCIA DE GÉNERO

Según los resultados de algunas investigaciones, las niñas y niños expuestos a violencia intrafamiliar parecen ser en principio, más vulnerables que la población general a sufrir alteraciones psicopatológicas, tanto internalizantes (sintomatología depresiva, ansiedad y baja autoestima) como externalizantes (problemas conductuales, agresividad, ira y hostilidad) (Hughes, 1988; Hughes, Parkinson y Vargo, 1989;

Fantuzzo, DePaola y Lambert, 1991). Sin embargo, aunque es cierto que esta población presente dificultades por la exposición al maltrato, tal como señala Wolak y Finkelhor (1998) no puede decirse que exista un único patrón de respuesta en estos niños y niñas.

Ford, Hartman, Hawke y Chapman, (2008) encontraron que, la exposición a violencia doméstica interparental incrementaba el riesgo y gravedad de problemas tanto internalizantes como externalizantes, relacionales, académicos y legales durante la infancia, la adolescencia y la vida adulta.

Evans, Davies y DiLillo (2008) realizaron un meta-análisis con 60 estudios sobre los efectos que de la violencia de género en la familia tenía sobre los niños, concluyendo que pueden aparecer tanto síntomas internalizantes como síntomas externalizantes, pero que los efectos parecen ser moderados.

Algunos estudios más reciente hablan de signos de resiliencia en algunos de los menores acogidos en centros residenciales (Hughes, Graham-Bermann y Gruber, 2001; McGloin y Spatz, 2001; Haskett, Nears, Sabourin y McPherson, 2006; Daining y DePanfilis, 2007; Martinez-Torteya, Bogat, Von Eye y Levendosky, 2009).

Un meta-análisis publicado en *Lacet* (Ertem, Leventhal y Dobbs, 2000) destacó que el 25-50% de los niños que habían sido maltratados, se encontraron asintomáticos en el momento de la evaluación. Esto aporta una importante base que contribuye a abrir nuevas líneas de investigación en este campo que se centren más en el estudio de las

variables de resiliencia, es decir, en los factores de protección en vez de los factores de riesgo.

Otras investigaciones apuntan a la existencia de una cierta diferencia de género en los menores expuestos a violencia intrafamiliar. En algunos estudios, se ha encontrado que los niños tienden a reaccionar con problemas comportamentales más externalizantes, mientras que las niñas suelen desarrollar problemas de conducta más internalizante (Evans, Davies, y DiLillo, 2008; Paulussen-Hoogeboom, Stams, Hermanns, y Van den Wittenboe, 2008; Henning et al., 1997).

Bourassa (2007) estudio el impacto en el funcionamiento psicológico con una muestra de 490 jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y 19 años que habían sido testigos de violencia y/o maltratados directamente, utilizando el YSR. Encontró que la existencia de ambos tipos de maltrato tenía un impacto mayor en el funcionamiento psicológico así como mayores problemas internalizantes (37%) y externalizantes (30%). Además, en este estudio encontró diferencias de género para los problemas internalizantes en la misma línea que investigaciones anteriores, mostrando las chicas mayores problemas de este tipo. No obstante, no se encontraron diferencias en los problemas de tipo externalizante. Por otro lado, existen otros estudios donde no se encontraron diferencias de género ni en los problemas de tipo externalizante ni en los de tipo internalizante.

Así pues, volviendo a lo que ya apuntaban Wolak y Finkelhor en la década de los 90, no parece existir un patrón prototípico de comportamiento o psicopatología en los

menores expuesto a violencia de género, sino que las reacciones emocionales, conductuales y/o físicas de los menores dependerán de muchos factores; edad, sexo, longitud de la exposición, tipo y gravedad del maltrato y características individuales del menor.

Así, Kimberly (2008) señala que el nivel de problemas de tipo internalizante que muestran los hijos de mujeres maltratadas se corresponde con la gravedad de la violencia física que haya recibido la madre, mostrando así mayores niveles de ansiedad, depresión, y problemas somáticos en los niños y niñas cuyas madres han sufrido un maltrato más severo.

Teniendo en cuenta lo anterior, el listado de síntomas que puede presentar un niño/a expuesto/a a violencia de género es muy amplio y heterogéneo, no obstante señalamos a continuación una lista con algunas de las alteraciones que pueden presentar estos menores (En Save the Children, 2011).

Síntomas depresivos

- Llanto.
- Tristeza.
- Baja autoestima y bajo autoconcepto.
- Labilidad emocional.

Síntomas de Ansiedad y Miedos

- Miedos no específicos.

- Preocupación constante respecto al futuro.
- Miedo a perder a la madre.
- Miedo a perder al padre.

Problemas de socialización

- Aislamiento social.
- Bajos niveles de empatía.
- Agresividad, ira y hostilidad.
- Dificultades en habilidades sociales.

Alteraciones del sueño

- Pesadillas.
- Miedo a dormir solo.
- Terrores nocturnos.

Síntomas regresivos

- Encopresis / Enuresis.
- Retraso o dificultades en el desarrollo del lenguaje.
- Actuar como niños menores de la edad que tienen.

Problemas de integración en la escuela

- Problemas de aprendizaje.
- Dificultades en la concentración y atención.
- Disminución del rendimiento escolar.
- Dificultades para compartir con otros niños o niñas.

Respuestas emocionales y de comportamiento

- Rabia.
- Cambios repentinos de humor.
- Ansiedad.
- Sensación de desprotección y vivencia del mundo como algo amenazante.
- Sentimientos de culpa (ser el responsable de los conflictos entre sus padres o de lo ocurrido o de no haber hecho algo para evitar la violencia).
- Dificultad en la expresión y manejo de emociones.
- Negación de la situación violenta o restar importancia a la situación vivida.

Tendencia a normalizar el sufrimiento y la agresión como modos naturales de relación.

- Aprendizaje de modelos violentos y posibilidad de repetirlos, tanto de víctima como de agresor, con la interiorización de roles de género erróneos.
- La exposición crónica a conflictos parentales puede llevar al adolescente a presentar más relaciones conflictivas y adicciones.
- El estrés asociado con violencia en el hogar puede llevar a que el adolescente asuma comportamientos de riesgo y de evasión y que empiece a actuar con comportamientos violentos dentro del hogar.
- Huida del hogar.
- Las relaciones de los padres pueden tener además gran influencia en el modo en que los adolescentes establecen sus primeras relaciones sentimentales.

Síntomas de estrés postraumático

- Insomnio.

- Pesadillas recurrentes.
- Fobias.
- Ansiedad.
- Re - experimentación del trauma.
- Trastornos disociativos.

Parentalización de los niños y niñas

- Asumir roles parentales y protectores hacia los hermanos menores.
- Asumir roles parentales de protección con la madre.

Y en los casos más extremos, los casos de violencia de género en la pareja puede comportar la muerte del/de los hijo/os. (Save the Children, 2011).

2.2 TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO VERSUS TRASTORNO DE REACCIÓN POSTRAUMÁTICA EXTREMA

Generalmente, el trastorno de Estrés Post Traumático y la Depresión Mayor han sido los trastornos psicológicos más estudiados en mujeres víctimas de violencia doméstica (de Jong, van der Kam, Swarthout, Ford, Mills, Yun, y Kleber, 2011; Patró, Corbalán y Limiñana, 2007; Walker, 1999). De igual manera, algunos estudios hablan de que estar expuesto a violencia de género en la infancia puede ser un factor precipitante de Estrés Posttraumático en niños/as (Graham-Bermann, Castor, Miller y Howell, 2012; Silvern y Kaersvang, 1989).

Sin embargo, tal como hemos expuesto en el apartado anterior, los síntomas que pueden presentar estos menores son tan variados que el diagnóstico de estrés postraumático no recoge el abanico de posibilidades sintomatológicas que pueden presentar, y por lo tanto, tal como señala Putnam (2003) el TEPT podría no ser el diagnóstico psiquiátrico más comúnmente utilizado en niños con historia de abuso y/o negligencia. En vez de eso, los diagnósticos más comúnmente utilizados para estos niños, en orden de frecuencia son; la ansiedad de separación, el trastorno negativista-desafiante, los trastornos fóbicos, el trastorno de estrés post-traumático y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday y Spinazzola; 2005).

Kessler y colaboradores (1995) encontraron en una muestra de personas con diagnóstico de Estrés Postraumático, que el 84% de ellos había presentado alguno otro trastorno en algún momento de su vida. Según Luxemburg, Spinazzola y Van de Kolk (2001) una persona diagnosticada de TEPT tiene ocho veces más posibilidades de presentar tres o más trastornos adicionales que las personas que no presentan TEPT. Los trastornos más comúnmente asociados fueron; Depresión, trastornos de Ansiedad, abuso de sustancias, trastornos por somatización y trastornos del eje II.

Según otros datos de la literatura científica, hasta un 80% de pacientes diagnosticados con TEPT tiene al menos un diagnóstico psiquiátrico más, incluyendo trastornos afectivos (26%-65%), de ansiedad (30-60%), alcoholismo o abuso de drogas (60-80%), o trastornos de personalidad (40-60%) (Friedman, 1996).

Según datos nacionales, el 25% de personas que han experimentado algún tipo de abuso desarrollan TEPT, sin embargo, cuando el abuso es crónico, recurrente y muy intenso, como es el caso de las víctimas de violencia de género, el porcentaje asciende a más del doble, hasta el 51-55% (Amor, Echeburúa, de Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002).

El amplio abanico de síntomas que puede presentar una persona diagnosticada de TEPT resulta evidente al hacer una revisión científica sobre el tema, sin embargo, llegados a este punto cabe preguntarse: **¿La extensa comorbilidad de síntomas y síndromes en el TEPT es tal, o por el contrario, se debe a la existencia de un diagnóstico distinto al TEPT con sintomatología más compleja, que queda Infra-representada en el Trastorno de Estrés-posttraumático conocido en la actualidad?**

La heterogeneidad de los síntomas que pueden aparecer en el Trastorno de Estrés Post-Traumático es tan amplia, que se hace necesario atender a las características del trauma que puedan ayudar a entender dicha heterogeneidad sintomatológica. Leonor Terr (1991) distinguió los efectos que se derivaban de un único golpe traumático (trauma tipo I) de los efectos de un trauma prolongado y repetido (trauma tipo II). Las características que la autora atribuyó al trauma tipo II fueron; la negación, el embotamiento psíquico, la autohipnosis y la disociación, y las fluctuaciones entre una pasividad extrema y explosiones de ira (en Herman 1992 (b)). También autores más recientes apoyan esta distinción. Ford y Courtois (2009) hablan de trauma tipo I, el cual haría referencia a un suceso único, concreto y puntual (por ejemplo, un accidente de coche, una catástrofe natural, un atentado terrorista o un episodio único de abuso o

asalto) y por otro lado, habla de trauma tipo II para referirse al trauma complejo (abuso reiterado, violencia de género, guerra, etc...) el cual es experimentado de forma crónica, recurrente, es de naturaleza interindividual y en el peor de los casos, aparece a edades tempranas, comprometiendo el desarrollo psicológico y la personalidad del individuo.

En los casos de personas expuestas a un trauma tipo II, como es el caso de los menores expuestos a violencia de género, existe evidencia científica de que el diagnóstico de TEPT recoge solo una parte limitada de la psicopatología postraumática que presentan estos sujetos (Luxenberg et al., 2001; Herman 1992 a y b)). En este sentido, parece que la categoría diagnóstica de TEPT que incluye los manuales de uso clínico actuales, (DSM-III, DSM-IV, DSM-IV-TR y CIE-10) reflejan en mayor medida, las respuestas de trauma que suelen tener las personas expuestas a un trauma tipo I, dejando fuera de su definición las complejas alteraciones que pueden encontrarse en personas expuestas a un trauma tipo II o *Trauma Complejo* (Courtios 1984; Herman 1992 (b)).

Si bien es cierto, que en el DSM-IV se incluye en el apartado de: Síntomas y trastornos asociados del TEPT, una especificación de alteraciones, que pueden darse; *cuando el agente estresante es de carácter interpersonal, con la siguiente constelación de síntomas: afectación del equilibrio afectivo, comportamiento impulsivo y autodestructivo,; síntomas disociativos; molestias somáticas; sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación o desesperanza; sensación de peligro constante; deterioro de las relaciones con los demás y alteraciones de las características de personalidad*

previas (DSM-IV, 1994, p. 436). No obstante, esto es insuficiente, para aquellos autores que abogan por incluir una nueva entidad nosológica que recoja las alteraciones específicas que sufren las víctimas de abuso crónico.

Herman (1992(a) y 1992(b)) tras varios estudios sobre trauma de abuso en la infancia, determinó que las alteraciones psicológicas que presentaban estas personas no se recogían en el TEPT de la APA (DSM-III, 1980) y que no era apropiado hablar de TEPT con síntomas comórbidos, ya que estas alteraciones (depresión, ansiedad, odio hacia si mismo, disociación, abuso de sustancias, conductas autolesivas y comportamientos de riesgo, revictimización, problemas interpersonales y en las relaciones íntimas, preocupaciones somáticas y desesperanza (López-Soler, 2008)) debían considerarse como **parte nuclear del trauma complejo**, como un intento patológico y extremo de adaptación a la experiencia traumática vivida, y que por lo tanto, era erróneo considerar estas alteraciones como parte periférica del trastorno. Tal como indica Herman (1992b):

Las personas que sobreviven al abuso prolongado desarrollan cambios de personalidad, incluyendo alteraciones en su capacidad de relacionarse y en su propia identidad. (...) Cuando el abuso es en la infancia, además de los problemas en las relaciones y en la identidad, estas personas son si cabe, más vulnerables a ser dañadas repetidamente tanto por lesiones producidas por ellas mismas como producidas por otros” (Herman, 1992 b, p.193)

Así, la exposición prolongada, recurrente y crónica a alguna forma de trauma complejo, como es el caso de los menores expuestos a violencia de género, compromete

el desarrollo de la personalidad, el sistema de creencias, la identidad y el desarrollo psicológico, afectando a varias áreas de funcionamiento de la persona que no se limitan a la situación del trauma, sino que dichas alteraciones y dificultades se ven reflejadas en su día a día tanto en el presente como en situaciones y relaciones futuras.

Es por eso, que algunos autores abogan por incluir una nueva entidad nosológica en los manuales de uso clínico para explicar y darle nombre al trastorno que sufren algunas de las víctimas expuestas a un acontecimiento traumático crónico, recurrente, con ausencia de control y altamente estresante y amenazante, como es la exposición a violencia doméstica. Horowitz (1986) lo denominó *Desorden postraumático de carácter*, haciendo énfasis en los cambios y alteraciones que se dan en la personalidad del sujeto abusado. Herman (1992 b) lo denominó *Trastorno por estrés Post-Traumático Complejo* (Complex PTSD), termino que siguen utilizando actualmente abundantes expertos sobre el tema (Cook et al., 2007, 2005; Courtois 1988, 2004; Finkelhor, 1994; Ford y Courtios 2009; Hermans 1992 (a) y (b) Lopez-Soler, 2008).

En la CIE-10 (1992) se utiliza el término *cambios de personalidad a raíz de una experiencia catastrófica* para referirse a las alteraciones complejas que se producen en respuesta a un trauma extremo. Otra etiqueta utilizada para recoger este trastorno es el DESNOS *Trastorno de estrés post-traumático no especificado*. (Luxenberg et al., 2001 (a) y (b); Pelcovitz et al, 1997; Van de Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday y Spinazzola, 2005). En la actualidad, siguen realizándose ensayos por la Asociación Americana de Psiquiatría con el objetivo de validar o refutar el síndrome.

En el ámbito clínico, Asensi y Araña (2006) tuvieron dificultades para diagnosticar a una mujer que había sido víctima de violencia de género, y que atendiendo al DSM no encontraron ningún diagnóstico que abarcara la des-regulación del afecto, somatizaciones, visión negativa de sí misma y la alteración del sistema de significados, que la paciente presentaba. Finalmente las autoras acudieron al modelo del trauma complejo para comprender y tratar las alteraciones de esta paciente.

A continuación pasaremos a describir y explicar con más detalle el modelo del Trauma Complejo para entender la sintomatología que pueden sufrir los menores expuestos a violencia de género.

2.3 EL TRAUMA COMPLEJO

El trauma complejo, extremo o acumulativo, hace referencia al trauma tipo II (Terr, 1991; Ford y Courtois, 2009) y se caracteriza por la exposición a un trauma que ocurre de manera crónica, recurrente, que aparecen en edades tempranas y que son producto de la mano del hombre. Según Courtois (1984), el trauma complejo hace referencia a un estresor traumático de naturaleza interpersonal, premeditado y planeado para causar daño a otros y que según Herman (1992 a y b) se convierte en alguna forma de trauma muy generalizada y complicada.

Los niños expuestos a acontecimientos bélicos, a la prostitución, al maltrato físico directo o a la exposición a violencia en la familia son ejemplos de situaciones de trauma

tipo II (López-Soler, 2008), por lo que tienen mayor probabilidad de desarrollar síntomas de trauma más complejos que otros niños que hayan sufrido algún trauma tipo I. Pero además, hay que señalar que la experiencia del trauma a edades tempranas condiciona aún más el desarrollo de la personalidad del niño/a.

La situación de violencia de género en el hogar, tal como señala López-Soler (2008) escapa totalmente al control del menor, se produce de manera recurrente y crónica, es percibida como altamente amenazante y provoca mucha inseguridad alterando el sentimiento de invulnerabilidad del niño, lo cual, son factores que se asocian principalmente al trastorno de estrés postraumático complejo en niños y niñas maltratados.

Existe evidencia científica sobre el diagnóstico de trauma complejo en niños y niñas expuestas a violencia interpersonal y víctimas de malos tratos intrafamiliares, puesto que se observan una mezcla de síntomas internalizantes, síntomas externalizantes, graves problemas cognitivos y en relaciones interpersonales. No obstante, por su prematuridad no existen investigaciones empíricas sobre la prevalencia de este trastorno en menores expuestos a violencia de género (Alcántara, 2010).

Para entender porque la exposición a la violencia de género puede considerarse como un posible desencadenante de trauma complejo, parece necesario atender a algunas características particulares del fenómeno. En primer lugar, los actos violentos están dirigidos a la madre, la cual es generalmente la principal figura de apego del menor y cuyo vínculo debe aportarle al niño o a la niña seguridad, de esta manera, la existencia

de violencia de género en la familiar podría afectar a la calidad de dicho vínculo. Además, tal como señala Van de Kolk (2008) la exposición repetida e inevitable del maltrato hacia la madre tiene efectos devastadores en el desarrollo mental y cerebral de estos menores.

En segundo lugar, la fuente de estrés se basa en una relación interpersonal donde el agente agresor es, principalmente, el padre biológico o padrastro, el cual es una figura de referencia para el menor y debería transmitirle seguridad y coherencia, pero en vez de eso, transmite sentimientos ambivalentes, puesto que se supone que protege a la familia pero al mismo tiempo daña a sus miembros y ello puede comportar en el peor de los casos síntomas de escisión en los menores (Van der Kolk, Pelcovitz, Roth, Mandel, McFarlane, y Herman, 1996).

Otro elemento característico es que la violencia de género se produce dentro del hogar, entre los miembros que deben ofrecer seguridad al niño/a, lugar que en principio debería ser fuente de estabilidad y calma, y que para estos menores a menudo se convierte en un lugar peligroso y fuente de miedo y terror.

Por último, la exposición a la violencia de género se produce a edades muy tempranas, cuando el menor todavía está formando su identidad, e integra como puede sus vivencias para formar su estructura de personalidad que tendrá mayor probabilidad de ser patológica si en su caso no existen factores de protección.

TRAUMA COMPLEJO EN ADULTOS

Por otro lado, los síntomas del trauma complejo en los adultos que de niños han sido maltratados, ya han sido estudiados por varios autores (Courtios, Ford, Van de Kolk y Herman, 2009; Van de Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday y Spinazzola, 2005; Pearlman y Courtios, 2005; Luxenberg, Spinazzola y Van de Kolk, 2001 a y b; Pelcovitz, Van de Kolk y Roth, 1997). Pelcovitz et al. (1997) propusieron el diagnóstico de Trastorno de Estrés post-traumático no especificado (DESNOS) para recoger a aquellas personas cuya exposición al trauma incluye victimización interpersonal, acontecimientos traumáticos múltiples o acontecimientos de prolongada duración (Luxenberg, Spinazzola y van de Kolk, 2001 a).

Además, plantean que para considerar el diagnóstico de DESNOS deben existir alteraciones en las 6 áreas siguientes; 1). Regulación del afecto y de los impulsos, 2). Atención y conciencia, 3). Auto-percepción, 4). Relaciones con los demás, 5). Somatizaciones y 6). Sistema de significados. (Herman, 1992 b; Luxenberg, Spinazzola y van de Kolk, 2001; Pelcovitz et al, 1997). Este planteamiento es también bajo el cual siguen trabajando e investigando el grupo de trabajo del APA sobre el TEPT, en el cual se incluye el grupo de Pelcovitz, para considerar si al final se incluye o no, como una categoría diagnóstica independiente del TEPT actual.

En la siguiente tabla se incluye la sintomatología y alteraciones en las seis áreas que pueden derivarse de la exposición a alguna forma de trauma complejo durante la infancia.

AFECTOS E IMPULSOS	ATENCIÓN Y CONCIENCIA	AUTO-PERCEPCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Regulación afecto - Modulación de la Ira - Auto-destructividad - Preocupación Suicida - Conductas de riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> - Amnesia - Episodios disociativos transitorios - Despersonalización 	<ul style="list-style-type: none"> - Ineficacia - Culpa y responsabilidad - Vergüenza - Incomprensión - Minimización Personal
RELACIONES INTERPERSONALES	SOMATIZACIONES	SISTEMA DE SIGNIFICADOS
<ul style="list-style-type: none"> - Inhabilidad para relaciones íntimas - Revictimización - Victimizar otros 	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema digestivo - Dolor crónico - Síntomas cardiopulmonares - Síntomas de conversión - Sistema reproductor 	<ul style="list-style-type: none"> - Desesperanza e Infelicidad - Pérdida del sistema previo de creencias

Tabla 1: *Síntomas del trastorno de estrés postraumático complejo en adultos (DESNOS) por Pelcovitz, Van de Kolk, Roth, 1997; Luxenberg, Spinazzola y Van de Kolk, 2001.*

Además de esta sintomatología, Herman (1992 b) también señalaba la presencia de alteraciones en la percepción del perpetrador de malos tratos, incluyendo:

- la preocupación por la relación con el maltratador (miedo a la venganza).
- Atribución no realista del poder total del maltratador.

- Idealización o gratitud paradójica.
- Sensación de una relación especial o sobrenatural.
- Aceptación del sistema de valores o de la racionalización del maltratador.

En un trabajo llevado a cabo por Van de Kolk et al. (2005) se estudió la relación entre la exposición a un acontecimiento altamente estresante y la aparición individual de sintomatología del TEPT y de DESNOS. Se comparó la sintomatología que presentaba una muestra de personas adultas que habían estado expuestas a algún tipo de acontecimiento traumático, teniendo en cuenta si se trató de un acontecimiento puntual o de un trauma crónico y recurrente, teniendo en cuenta la edad de inicio del acontecimiento traumático, la duración de este y la naturaleza del trauma, es decir, si era de naturaleza interpersonal o desastre natural.

Los autores concluyeron que; las personas que había sufrido un trauma crónico y de naturaleza interpersonal tenía además de los síntomas del TEPT, también síntomas de DESNOS. Aquellas personas que habían estado expuestas durante más tiempo al acontecimiento traumático presentaban mayor comorbilidad de síntomas que el resto y del mismo modo, las personas cuya experiencia traumática había sucedido antes de los 14 años tenían mayor comorbilidad de síntomas entre ambos trastornos.

Así pues, los niños expuesto a violencia de género cumplen con todos los factores de riesgo que hacen más probable el desarrollo de sintomatología más extrema de la que define al TEPT, comprendiendo así, que la aparición de diagnósticos o síntomas comórbidos en estos menores, no serían tales, sino más bien formarían parte de un

cuadro postraumático más complejo que afecta al desarrollo de la personalidad del menor y no se limita únicamente a problemas relacionados con el acontecimiento traumático, sino que se ve comprometidas casi todas las áreas de desarrollo del menor. (Herman, 1992; Van der Kolk, 2005, 2008; Spinazzola et al., 2005; Cook et al., 2005; López-Soler, 2008).

Además, no siempre es necesario que una persona que haya estado expuesto a un trauma complejo desarrolle síntomas de re-experimentación o elevada activación arousal. Es decir, que puede desarrollarse un trastorno de Estrés Postraumático Complejo sin síntomas de TEPT (Ford, 1999). En ocasiones de traumas muy complejos, pueden aparecer síntomas de disociación que actúan como mecanismo de defensa e impiden el acceso a la información del trauma, lo cual impide que se experimente la sintomatología de activación y re-experimentación propia del TEPT.

No obstante, esto no quiere decir que no se vean alteradas todas las áreas que se ven afectadas en los pacientes con DESNOS, es decir; que exista dificultad en la regulación emocional, en el control conductual, problemas de vínculos traumáticos, un autoconcepto negativo y problemas en las relaciones sociales. Sin embargo, cuando los síntomas del DESNOS aparecen sin la presencia de síntomas de re-experimentación traumática, estas personas suelen estar Infra-diagnosticadas pues no cumplen criterios para ningún cuadro específico. Sin embargo, aunque los síntomas nucleares no sean los que comúnmente se relacionan con Trastorno de estrés postraumático, estaríamos frente a un caso de Trauma complejo cuyo abordaje terapéutico debería ser cualitativamente distinto a los pacientes con presencia única de TEPT.

Al parecer, el diagnóstico de DESNOS no está ligado únicamente con un tipo de trauma específico, no obstante, tanto los clínicos como investigadores sobre el tema relacionan el diagnóstico de DESNOS con historia de victimización interpersonal, múltiples acontecimientos traumáticos y/o la exposición al trauma durante un periodo de tiempo prolongado (Luxenberg, Spinazzola y Van de Kolk, 2001), como es el caso de los menores expuestos a violencia de género.

TRAUMA COMPLEJO EN MENORES

El estudio directo con los niños y niñas víctimas de trauma complejo ha sido menos estudiado. Van der Kolk (2005) propuso la creación de un diagnóstico nuevo para utilizarse con los menores expuestos a alguna forma de trauma complejo; el *Trastorno del Trauma del Desarrollo* (Developmental Trauma Disorder, DTD) haciendo énfasis en que la experiencia traumática suponía un deterioro en el desarrollo normal de los menores expuestos a alguna forma de trauma extremo. Tras años de investigación sobre esta categoría diagnóstica, el National Child Traumatic Stress Network ideó el consenso sobre los criterios propuestos para el DTD.

Por otro lado, parece que cuando el trauma complejo es vivido por niños o adolescentes son siete las áreas que pueden verse afectadas. En primer lugar, aparecen alteraciones en las relaciones afectivas, se dan disfunciones físicas y problemas psicossomáticos y sobretodo neurológicos, déficit en autorregulación del afecto,

síntomas disociativos, problemas de autocontrol y autoeficacia, deficiencia cognitiva y un autoconcepto negativo. (Cook et al., 2005; D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola y van de Kolk, 2012)

En la siguiente tabla se sintetizan, según las aportaciones del grupo de Cook et al. (2005), las alteraciones centrales que pueden presentar los menores expuestos a situaciones de estrés crónicos y altamente amenazantes, cuando presentan reacciones postraumáticas complejas.

I. APEGO	IV. DISOCIACIÓN	VI. COGNICIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Problemas con los límites - Desconfianza, suspicacia - Aislamiento social - Dificultades interpersonales - Dificultad para atender los estados emocionales de otros - Dificultad en toma de perspectiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Estado de conciencia alterado - Amnesia - Despersonalización y Desrealización - Dos o más estados distintos de consciencia - Deterioro de la memoria relacionada con ciertos eventos 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad en la regulación de la atención y en las funciones ejecutivas - Falta de curiosidad y atención sostenida - Problemas en el procesamiento de información nueva - Problemas de concentración en tareas complejas - Dificultades en planificación y anticipación - Problemas para comprender responsabilidades - Problemas de aprendizaje - Problemas en adquisición del lenguaje - Problemas de orientación tiempo-espacial
II. BIOLOGÍA	V. CONTROL	
<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de desarrollo sensoriomotor - Analgesia - Problemas de coordinación en el tono y balanceo - Somatizaciones - Aumento de problemas médicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Pobre regulación de impulsos - Conducta autodestructiva - Agresividad - Comportamientos de auto-relajación patológicos - Problemas de sueño - Trastornos de alimentación 	
III. REGULACIÓN AFECTO		VI. AUTOCONCEPTO
<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades en la auto-regulación emocional - Dificultades en el reconocimiento y expresión de sentimientos - Problemas reconocimiento y descripción de estados internos - Dificultad para comunicar deseos y necesidades 	<ul style="list-style-type: none"> - Abuso de sustancias - Sumisión excesiva - Comportamiento oposicionista - Dificultad para comprender y aceptar las normas - Recreación del trauma a través de la conducta o el juego 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de sentido continuo y predecible del yo - Pobre sentido de separación e individualidad - Alteraciones de la imagen corporal - Baja autoestima - Vergüenza y culpa

Tabla 2: Áreas afectadas y alteraciones en menores expuestos a trauma complejo (Adaptado de Cook et al., 2005)

López- Soler (2008) con el objetivo de analizar los síntomas centrales de diagnóstico de Trastorno de Estrés Post-Traumático Complejo (TEPTC) o DESNOS en menores maltratados, elaboró un listado con 14 síntomas evaluados en 44 menores de edades comprendidas entre los 6 y los 15 años (véase tabla 3).

Casi la totalidad de los síntomas evaluados estaban presentes en la muestra de niños maltratados siendo los síntomas más representativos; la alteración en la regulación del afecto (94,2%); problemas de relación con los educadores (73,5%); alteraciones de la conciencia (70,6%) alteración en la regulación de impulsos (67,7%); Ansiedad (67,5%); alteración con la relación con los iguales (64,7%) y alteraciones en la autopercepción (61,8%).

Alteración en la regulación de los afectos	94,2 %
Alteración en la regulación de los impulsos	67,7 %
Alteración de la conciencia	70,6 %
Alteración en la autopercepción	61,8 %
Alteración en la percepción del maltratado	51,7 %
Alteraciones en la relación con los iguales	64,7 %
Problema de relaciones con los educadores	73,5 %
Depresión	49,9 %
Ansiedad	67,5 %
Autolesiones	8,8 %
Abuso de sustancias	0 %
Comportamientos autodestructivos/riesgo	20,6 %
Victimización	17,6 %
Problemas en las relaciones de intimidad	41,2 %
Desesperanza	58,8 %

Tabla 3. Listado de indicadores DESNOS para la infancia y adolescencia maltratada (Lopez-Soler, 2008)

Así pues, parece ser evidente que los menores expuestos a violencia de género presentan sintomatología acorde con la formulación del trauma complejo y por lo tanto, un alto porcentaje de estos menores tienden a presentar alteraciones en las siete áreas de dominio a las que hacia referencia el grupo de Cook et al. (2005).

Las situaciones de violencia de género en el hogar producen en los menores consecuencias que van más allá de las que puede tener un acontecimiento traumático puntual, ya que provocan una alteraciones profundas a nivel cognitivo, perceptual, en la regulación afectiva, en la conciencia, en la auto-percepción, en la personalidad y en la identidad lo que comporta, la degradación de la identidad y de su vida relacional (Cazabat, 2001).

Hay que señalar, que cada una de las áreas afectadas aparece en un momento del proceso evolutivo, por ello no se ven alteradas todas a la vez y por ello las alteraciones en las áreas más primarias pueden comprometer el desarrollo y buen funcionamiento de las siguientes. Así, por ejemplo, la ausencia de una relación afectiva segura con un adulto contribuiría a que las demás áreas se pudieran ver afectadas con mayor probabilidad. Del mismo modo, si existirá un vínculo fuerte, estable y sano con una persona adulta, especialmente si esta fuese la madre, también podría contribuir a convertirse en un factor de protección para que no aparecieran alteraciones en las áreas de desarrollo posteriores. Puesto que lo más incapacitante no es el trauma vivido sino la ausencia de un contexto relacional donde expresarlo y compartirlo (Riera, 2010, 2011; Stolorow, 2012; Guerra, 2012)

El trauma complejo implica interacciones complejas entre varios sistemas de funcionamientos. Es decir, que influye a nivel bio-psico-social en el desarrollo del sujeto. Así, hay que resaltar, que el hecho de que un niño expuesto a violencia de género tuviese factores de protección y no desarrollara un cuadro completo de estrés postraumático complejo, no quiere decir que no presentara alguna alteración específica en alguna de las áreas que sería necesario abordar para mejorar su calidad de vida y prevenir posibles complicaciones futuras.

La realización de un buen diagnóstico es fundamental para establecer el tratamiento. En este sentido, la confusión de síntomas que suelen presentar los menores traumatizados, hace que el diagnóstico de TEPT represente solamente a una pequeña fracción de los niños que acuden a atención psicológica, y por lo tanto, no se les trata el núcleo principal de sus alteraciones, esto es; la experiencia de trauma y el asalto a su sistema de seguridad. En vez de eso, una gran cantidad de niños son diagnosticados en base a las alteraciones más visibles como es la des-regulación emocional y conductual, el bajo autoconcepto y los problemas relacionales; es por ello que muchos son diagnosticados de; TDAH, Depresión, Ansiedad, o Trastorno oposicionista-desafiante. La intervención bajo alguno de estos diagnósticos, solo abarcaría una pequeña parte de sus alteraciones.

Es por ello, que tener un diagnóstico que interrelacione todas las secuelas de la victimización en la infancia, ayudaría a reducir la confusión diagnóstica y mejorar los resultados de las intervenciones promoviendo un tratamiento centrado en la

desregulación bio-psico-social post-traumática. Además la formación del diagnóstico de Trauma Complejo, reduciría el estigma social de las personas que han sufrido traumas interpersonales y han recibido múltiples diagnósticos (D'Andrea et al. 2012).

La conceptualización del Trauma Complejo como entidad nosológica, es primordial para lograr establecer un plan de intervención eficaz, ya que, por lo general las intervenciones base que se utilizan para el TEPT, se centran en la elaboración e integración del trauma vivido, pero no suele incorporar estrategias basadas en la regulación de los afectos, control conductual, desarrollo de la empatía, habilidades sociales o problemas disociativos. Sin embargo, en los menores expuestos a violencia de género, estas áreas podrían resultar más incapacitantes y problemáticas y por lo tanto podría ser necesario abordarlas en primer lugar, antes que la integración del trauma en sí mismo (Van de Kolk et al. 2005). Es por ello, que *the International Society for Traumatic Stress Studies* (ISTSS), ha empezado a incluir en sus guías de intervención sobre el TEPT, tratamientos para los problemas disociativos, de regulación de afectos y para los problemas de relaciones interpersonales que presentan las personas expuestas a un trauma crónico (van de Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday y Spinazzola, 2005).

Además, tal como señala López- Soler (2008) las características que presenta una persona adulta que ha estado expuesta a un Trauma Complejo durante la infancia, suponen mecanismo adaptativos que estructuran el significado del mundo y de las relaciones con los demás a través de un proceso de aprendizaje patológico establecido a lo largo de la vida. En este sentido, una intervención temprana con los menores

expuestos a Trauma Complejo en la infancia podría prevenir cualitativamente y cuantitativamente las alteraciones en la vida adulta.

Pasamos ya sin más, a describir y explicar las alteraciones que se pueden dar en cada una de las siete áreas que parecen verse afectadas en menores expuestos a Trauma Complejo según el modelo planteado por Cook et al. (2005).

2.3.1 Apego y Relaciones Afectivas

Desde la teoría del apego desarrollada por John Bowlby (1969, 1973, 1980), se postula una necesidad humana universal para formar vínculos afectivos estrechos con otras personas, con el objetivo principal de sentirnos seguros. La activación conductual del apego depende de la evaluación por parte del niño de un conjunto de señales del entorno que dan como resultado la experiencia subjetiva de seguridad o inseguridad. (Fonagy, 1999) y que por lo tanto, un apego seguro y estable será el principal elemento de autorregulación emocional en el niño.

El apego seguro con la principal figura de referencia y cuidado, es una de las dimensiones que mayor influye en el bienestar y en la adaptación psicosocial de los niños y niñas (Cook et al., 2005). Sin embargo, los menores expuestos a violencia de género en la familia desde edades tempranas tienen una alta probabilidad de establecer vínculos inseguros. De hecho, las investigaciones más recientes sobre apego señalan que el Apego Desorganizado, que es el más incapacitante de los cuatro tipos de apego,

se da en mayor medida en menores cuyas madre padecen Depresión o en menores maltratados.

Un vínculo seguro resultaría ser el factor más importante para lograr paliar los efectos negativos de la exposición al maltrato, ya que la gravedad sintomatológica parece estar más ligada a la ausencia de un contexto relacional donde poder ubicar el trauma, que a las condiciones objetivas del acontecimiento traumático (Riera, 2011).

Generalmente esta figura es la madre y el establecimiento temprano de un buen vínculo con ella proviene al menor el contexto dentro del cual el niño aprende sobre él mismo, sus emociones y sus relaciones con los demás. Un apego seguro con la figura materna ayuda al menor a desarrollar las capacidades de autorregulación física y emocional, y ayuda a los niños a sentirse seguros y percibirse a si mismo como personas valiosas lo cual es esencial para su autoestima y percepción de autoeficacia. También contribuye a desarrollar sus habilidades sociales y de comunicación, lo cual es de vital importancia cuando existen condiciones de riesgo como es el caso de la violencia de género, puesto que facilitar a los niños a que expresen sus emociones les ayuda a darle sentido a las cosas, y sentido a ellos mismo. Esto a su vez, contribuye al desarrollo de una personalidad sana y la formación de su identidad, les ayuda a sentir que sus emociones son valiosas y aprender a auto-regularse aún en situaciones extremadamente estresantes y difíciles.

Sin embargo, hay estudios que indican que el 80% de los niños maltratados presentaban un patrón de apego inseguro con sus madres (Friedrich, 2002). Una

cualidad necesaria para el apego seguro, es la *sensibilidad del cuidador*, es decir, la habilidad para percibir, interpretar y atender de manera adecuada y rápida las demandas del niño (Ainsworth, Bell y Stayton, 1974). Sin embargo, cuando una mujer está siendo víctima de malos tratos a manos de su pareja o expareja, es difícil que se muestre sensible a las necesidades afectivas del niño y que se encuentre en condiciones óptimas para transmitir a sus hijos seguridad y establecer con ellos lazos afectivos firmes y estables. Tampoco resulta fácil proporcionar al niño un contexto donde pueda aprender a expresar sus sentimientos y emociones, lo cual lleva el riesgo implícito de desembocar en problemas de des-regulación emocional y problemas conductuales. Además, este déficit en auto-regulación, suele percibirse por parte de la madre como muestra de mal comportamiento y provocación, cuando parece más sensato pensar que se trate de una forma de expresar el malestar que no saben comunicar con palabras (Cook et al. 2005, 2007).

Algunas de las alteraciones que pueden darse en los niños que no consiguen un apego seguro con su madre son; un sistema de apego alterado en el presente (generalmente apego desorganizado) y en las relaciones futuras, problemas con el cumplimiento de límites y normas, desconfianza hacia los demás y por ende, dificultades en las relaciones interpersonales, posible aislamiento social, y déficits en algunas de las dimensiones de la empatía y problemas para entender las interacciones sociales; déficits para sintonizar con los estados emocionales de los demás y dificultades para adoptar el punto de vista de los otros.

Además, tal como señalan Cook y colaboradores, desarrollar un apego desorganizado comporta un mayor riesgo de sufrir dificultades de tres tipos:

- Una mayor susceptibilidad al estrés en la vida adulta.
- Incapacidad de regular su propia conducta y sus propias emociones sin ayuda externa.
- Inapropiada búsqueda de apoyo social a través de una excesiva dependencia o de aislamiento social.

Hay que señalar, que aunque las figuras principales para el establecimiento de los primeros vínculos afectivos son los padres, también pueden hacer esta función otros miembros de la familia tales como el abuelo o la abuela, un tío/tía o algún hermano mayor. Incluso una persona adulta ajena al núcleo familiar puede establecer un vínculo afectivo estable y duradero con el menor, lo cual puede tener mucha influencia en la adaptación psicosocial posterior. Es por ello, que las trabajadoras y educadoras de los centros de acogida tienen un papel muy importante para con los menores, ya que un vínculo estable con un adulto se considera el principal factor de protección.

Con todo esto podemos concluir que el apego juega un papel central en el desarrollo de las habilidades socio-emocionales, y esta es la razón por la cual los niños que han sido expuestos a violencia de género en el hogar, están viviendo un asalto directo a su sistema de seguridad y cuidado, por lo que inevitablemente el niño crecerá con temor e

inseguridad, lo cual le llevará con bastante probabilidad a experimentar alteraciones en su desarrollo social.

2.3.2 Neurobiología

Estudios neuropsicológicos aportan evidencia científica sobre los cambios estructurales que se producen en el cerebro cuando una persona está expuesta a situaciones altamente estresantes (Mesa y Moya, 2011). Así, no es de extrañar que los menores expuestos a violencia de género también puedan presentar alteraciones a nivel neurobiológico en función de la edad en la que comienza el maltrato. Ya que, a menor edad la afectación puede ser decisiva y altamente devastadora para el desarrollo cerebral de estos niños y niñas.

Los niños y niñas pre-escolares tienen mayor riesgo de presentar problemas en el desarrollo de las capacidades necesarias para regular las emociones. (Cook et al., 2007, 2005). De esta manera, los niños que están expuestos a la violencia ejercida contra sus madres desde bien pequeños tienen mayor riesgo de desarrollar un carácter explosivo, presentar menor tolerancia a la frustración y/o mayor retraimiento social.

En la segunda infancia y adolescencia, las áreas cerebrales que se desarrollan principalmente son aquellas responsables del establecimiento de relaciones sociales y de resoluciones de problemas. Nos referimos al desarrollo de la corteza pre-frontal, responsable de las funciones ejecutivas, tales como la planificación y resolución de

problemas y la flexibilidad mental y habilidades de adaptación a situaciones nuevas. Además, el área pre-frontal es la responsable de la auto-conciencia. Se trata también del área donde se desarrolla la teoría de la mente, la cual hace posible entender y tener en cuenta la perspectiva de los demás. Así, al desarrollar adecuadamente esta área se adquiere también la capacidad para evaluar la valencia y el significado de las complejas experiencias emocionales y la capacidad para auto-dirigir la propia conducta a través del aprendizaje de experiencias pasadas y facilita la instauración de un marco de referencia interno basado en la comprensión de la perspectiva de los demás. (Cook at col, 2005, 2007).

En un estudio llevado a cabo por, De Bellis, Keshavan, Shifflett, Iyengar, Beers, Hall, y Moritz, (2002) encontraron un menor volumen del cuerpo caloso, de la corteza pre-frontal y del lóbulo temporal en aquellos niños maltratados con diagnóstico de TEPT en comparación a niños que no presentaban dicho diagnóstico. Además, los autores concluyeron también que la edad en la que empezó el abuso y la duración de este correlacionaba significativamente con el desarrollo de dicha áreas cerebrales.

También parecen existir alteraciones a nivel neuroendocrino en los niños expuestos a trauma interpersonal. Evans et al. (2008) a través de su metanálisis concluyó que la exposición de trauma en la infancia se asociaba con alteraciones en la variación diurna del cortisol, mostrando un nivel más bajo aquellos niños expuestos a trauma complejo en comparación al grupo control.

Así, el estrés crónico derivado del trauma y la dificultad de regulación emocional con todas las dificultades anteriormente comentadas, pueden conllevar a que estos menores presenten mayores problemas en la adolescencia y vida adulta tales como, incapacidad para la regulación emocional y conductual, disociaciones y alteraciones de la conciencia; problemas cognitivos y académicos; así como el establecimiento de un autoconcepto negativo.

Hay que tener en cuenta que la naturaleza de la fuente de estrés es determinante para el desarrollo de los procesos biológicos que hemos comentado. Así pues, cuando el estímulo estresante se pueda predecir, evitar o controlar, o el cuidador principal pueda hacerse cargo del problema conservando así el sentido de protección y seguridad que debiera percibir el menor, la integridad biológica tendería a mejorar con mayor probabilidad (Cook et al., 2005).

Además de la afectación neuropsicológica a nivel estructural, que puede sufrir el desarrollo cerebral no hay que olvidar las consecuencias irreversibles que puede suponer cuando existe maltrato físico directo sobre el menor (Giménez-Pando; Pérez-Arjona; Dujovny y Díaz, 2007).

2.3.3 Regulación del Afecto

Diversas investigaciones ponen de manifiesto las consecuencias negativas que suponen ser víctima de maltrato en la infancia sobre la alteración en la regulación del

afecto (Ford, 2005), el impacto negativo sobre el desarrollo socioemocional (Touza, 1996) la inteligencia emocional y el juicio moral en los niños (Blanca et al., 2003) y el impacto sobre la capacidad en el aprendizaje y la conducta moral (Cabello, 2005).

Tal como comentamos anteriormente, la existencia de un vínculo inseguro o desorganizado con la figura del cuidador principal y/o las dificultades en la integración neurobiológica, pueden conllevar problemas de regulación afectiva en los niños y niñas expuesto a violencia de género. Beeghly et al. (1996) hablan de que a partir de los 30 meses de edad ya se pueden observar alteraciones en la regulación del afecto en niños expuestos a situaciones de riesgo (en Cook et al., 2005).

Azar, Barnes y Twentyman (1988) encontraron que los niños maltratados presentaban un déficit en empatía a nivel conductual. Concretamente, niños de entre 1-3 años no mostraban interés por escapar a las situaciones molestas de la guardería y cuando lo hacían utilizaban conductas no encontradas en el grupo control, tales como ataques físicos, cólera o miedo. Otros autores como Main y Georges (1985) encontraron que los niños que fueron maltratados eran menos recíprocos en las interacciones con iguales. otros estudios además indican que estas dificultades en empatía parecen mantenerse también en la vida adulta (Elmer y Martin, 1987).

Estos trabajos apuntan a un mayor deterioro en el área social en los menores que han sufrido alguna forma de maltrato, puesto que su reacción emocional está alterada (esta es agresiva principalmente), reaccionan peor a la frustración, poseen menos habilidades

sociales en cuanto a empatía y relaciones interpersonales y tienen más dificultad para la interacción social (Pino y Heruzo, 2000).

Alguna de la sintomatología que pueden presentar estos niños son; problemas para identificar su propia experiencia emocional interna y la de los demás, así como para adecuar la emoción y su intensidad a cada situación. También pueden presentar problemas para discriminar emociones y la intensidad en la que se presentan. Así, estamos hablando de un déficit en la inteligencia emocional en dos niveles; intrapersonal e interpersonal.

A nivel intrapersonal, los niños expuestos a violencia de género en el seno familiar, pueden tener dificultades para controlar sus emociones, mostrando reacciones de cólera e ira repentina, llanto explosivo o rabietas recurrentes. Este déficit de control afectivo podría explicar porque la mayoría de estos menores tienen muy bajos niveles de tolerancia a la frustración y reaccionan de manera impulsiva ante los conflictos interpersonales o ante la negativa de alguna petición. Esta falta de control y regulación en las emociones también les puede llevar a presentar labilidad emocional, apatía o alexitimia, dificultad para hablar de sus emociones y/o para expresar como se sienten (D'Andrea et al., 2012).

Como decíamos, también presentan problemas para reconocer sus propios sentimientos y emociones; Tal como dicen Celedón y Salemé (2009) Pueden experimentar rabia, alegría, tristeza, pero no elaboran el pensamiento auto-reflexivo. Además, se caracterizan por ser volubles, quedando dominados por sus emociones y

perdiendo la perspectiva de las consecuencias de su comportamiento. Pueden ser hipersensibles o evitativos en respuesta a estímulos emocionales negativos, o interpretar las emociones positivas como ambiguas.

A nivel interpersonal, según los resultados del trabajo de Celedón y Salemé (2009) las alteraciones más afectadas en los menores expuestos a violencia de género son; la automotivación, los déficits en empatía y déficits en habilidades sociales.

Estos niños y niñas suelen presentar aislamiento social con el objetivo de evitar contacto emocional, utilizar la expresión emocional de manera incoherente (por ejemplo, reírse cuando le están riñendo o cuando ven a alguien hacerse daño) y/o poca o nula empatía hacia los sentimientos de los demás. Presentan dificultades para entender las emociones de los otros y para ponerse en su lugar, por lo que les resulta difícil establecer y mantener relaciones sociales con sus iguales, pues suelen adoptar una actitud ofensiva, amenazante y agresiva ante los conflictos con los demás que ligado a la poca consideración y comprensión de las emociones y sentimientos de los otros, tienen mayor probabilidad de ser rechazados por el grupo de iguales.

La dificultad en la regulación emocional también lleva a estos niños a desarrollar estrategias de afrontamiento desadaptadas, como por ejemplo el consumo de drogas en adolescentes.

Ligado a la inteligencia emocional esta también el juicio moral, constructo importante para una buena adaptación psicosocial en la vida adulta. Tal como señala Celedón y Sáleme:

Se ha llegado a inferir que tener una inteligencia emocional adecuada es tan importante como tener un juicio moral bien estructurado, lo cual indica que poseer dichas capacidades le permite al ser humano tener una mejor adaptación e interacción social dentro del contexto en el cual se desenvuelve, lo cual implica la forma de realizar interacciones en un mundo que tiene en cuenta los sentimientos y que engloba aspectos como habilidades de control de impulsos, entusiasmo, motivación, altruismo o compasión (Celedón y Sáleme 2009, p.26).

Estos menores tienen mayor riesgo de no desarrollar un juicio moral bien estructurado de adultos, puesto que para ello es necesario comprender que diferencia una conducta buena de una mala, desarrollar interés y respeto por los derechos de los demás y un sentido de responsabilidad por el bienestar, un uso adecuado de habilidades sociales que comporten atención, amabilidad y ausencia de egocentrismo, así como preocupación y empatía hacia los sentimientos y emociones de las demás personas.

2.3.4 Disociación: Alteraciones de la Conciencia

Las escisiones de la consciencia son el resultado de la necesidad que presentan los menores expuesto a Trauma Complejo de protegerse de lo que están viviendo. Según Cook et al., (2005) existen dos tipos de alteraciones disociativas que los menores expuestos a trauma complejo pueden presentar.

En primer lugar, pueden aparecen conductas automatizadas; es decir, presentar problemas para la toma de decisiones, para la planificación, la organización y la

dirección hacia una meta. En segundo lugar, en conexión con la falta de regulación emocional, encontramos problemas de conciencia para conectar emociones con experiencias positivas y negativas, puede ocurrir que las experiencias y sentimientos dolorosos estén desconectados de la conciencia. Esto supone un fracaso en la integración y asociación de la experiencia traumática y la información dolorosa que de ella se deriva (Cook et al., 2005).

Además, recordemos que el origen del maltrato proviene del padre, una de las figuras de referencia que en ocasiones puede aportar muestras de amor tanto al menor como a la madre, pero en otras situaciones, maltrata, pega y daña a todos los miembros de la familia. Así, esta situación facilita el uso de la disociación como mecanismo para comprender y dar sentido a los sentimientos ambivalentes que los menores suelen tener hacia el padre.

Sin ninguna duda, la escisión de la conciencia, la dificultad en la integración de material doloroso, constituye un mecanismo de defensa para el menor. Cuando esto ocurre, generalmente hay alteraciones en las áreas anteriormente citadas, así, el menor expuesto a violencia de género en la familia que presenta disociaciones, no tiene un vínculo sano y estable con quien comunicarse, carece de un contexto relacional donde cobijarse, presenta alteraciones neurobiológicas que le dificultan el desarrollo de la meta-conciencia y comprensión de las emociones, y seguramente presenta problemas en el control y expresión emocional y conductual, por lo que, le faltan recursos personales para afrontar las experiencias negativas de una manera más adaptativa.

Esto, además, puede contribuir a que en la vida adulta utilice la escisión como mecanismo de afrontamiento, aumentando la probabilidad de aparición de problemas psicopatológicos y pudiendo exacerbar los problemas de regulación emocional, de autoeficacia y dirección de la propia conducta y del autoconcepto.

2.3.5 Autocontrol y Regulación Conductual

Los problemas en los menores expuestos a violencia de género derivados de esta área son los que tradicionalmente se han clasificado como problemas externalizantes, puesto que, aunque también hay alteraciones emocionales que estarían dentro de los problemas externalizantes (como la irritabilidad y hostilidad), las más características son las respuestas conductuales que comportan problemas de regulación, como son las reacciones de ira y agresividad, rabietas, respuestas impulsivas y conducta hiperactiva.

Tal como señala el grupo de Cook et al., (2005) las dificultades en la regulación conductual tienen como origen la rigidez con la que los padres controlan la conducta de sus hijos, o la falta de normas y límites para estos. Ambos extremos en el control conductual de sus hijos y en la propia forma de los padres para regular su conducta, influyen en la falta de control conductual de sus hijos.

Así, en ausencia de Trauma Complejo, ya es más probable que los padres impulsivos o extremadamente rígidos, tengan hijos con algún tipo de problema conductual. Por lo tanto, no es de extrañar que, si a esto se le añade la situación de violencia de género en

el hogar, (lo cual contribuye a que la regulación conductual de los padres este ya alterada de per se), junto con las alteraciones que pueden estar ya presentes en las áreas anteriores, como mucha probabilidad los menores expuestos a violencia de género presentarán alguna forma de alteración en la regulación de la conducta, que a su vez, se relaciona con la falta de regulación emocional y que dificulta el buen rendimiento académico y el desarrollo de un buen autoconcepto.

La autoeficacia es una parte importante de la autoestima y por lo tanto, del autoconcepto general. Según la Teoría de la Autoeficacia, está resulta ser el factor más importante en la consecución de una meta (Bandura, 1977). Cuando una persona se percibe como eficaz y capaz para llevar a cabo un objetivo es mucho más probable que lo logre de manera satisfactoria. La baja percepción en autoeficacia también es una alteración dentro de la regulación conductual, pues los menores que tienen problemas de impulsividad, explosiones de ira y rabia, también tienen problemas en los aspectos cognitivos por una dificultad de canalizar y dirigir la atención a la consecución de una meta, y como consecuencia, también su autoconcepto puede verse gravemente alterado.

Parece sensato pensar que la des-regulación emocional y conductual formen parte de una misma dimensión alterada, pues, generalmente la falta de control de impulsos, la falta de regulación atencional y la hiperactividad, podrían ser formas desadaptadas de intentar responder a estados emocionales internos ambiguos.

2.3.6 Cognición

Tal como comentábamos anteriormente la falta de regulación conductual comporta una baja percepción en autoeficacia que limita los procesos cognitivos y por ende aparecen problemas académicos importantes que a medida que el niño o la niña crecen, se hacen más evidentes, pudiendo presentar grave retraso en el rendimiento académico en la adolescencia y en la vida adulta.

Pero además, las alteraciones a nivel neurobiológico que sufren los menores maltratados también comprometen el desarrollo de habilidades cognitivas. En niños muy pequeños pueden aparecer problemas en la adquisición del lenguaje tanto en la expresión como en la recepción así como déficits en el coeficiente intelectual (Cook et al., 2005). Además, tal como comentábamos en el apartado de neurobiológica, la afectación de las funciones ejecutivas tiene repercusiones graves en el funcionamiento y control cognitivo, y por ende puede afectar al rendimiento académico, algo que empieza a hacerse más evidente en la adolescencia.

Ya en 1989, Rieder y Cicchitti concluyeron en su estudio, que los niños maltratados presentaban un peor funcionamiento ejecutivo que el grupo de niños control. Porter, Lawson y Bigler (2005) encontraron que los menores que fueron maltratados mostraban una peor ejecución en los test neuropsicológicos que evaluaban atención y concentración que el grupo de niños no maltratados (en D'Andrea et al., 2012).

Otro estudio concluyó que los niños que han sufrido algún tipo de maltrato, tienden a presentar una peor ejecución en las tareas de resolución de problemas en comparación al

grupo de iguales no maltratados (Ayoub, O'Connor, Rappolt-Schlichtmann, Fischer, Rogosch, Toth, y Cicchetti, 2006). Además, en este mismo estudio, los autores concluyeron que una experiencia de trauma interpersonal más grave predecía una mayor alteración en la capacidad de resolución de problemas.

Slachevsky et al. (2005) realizaron una revisión de los modelos explicativos que relacionaban la disfunción del Córtex Pre-Frontal con el déficit en diferentes áreas cognitivas y trastornos del comportamiento, agrupando la sintomatología asociada a lesión en el CPF en cuatro grupos; alteraciones cognitivas, conductuales, emocionales o de la personalidad y de la motivación. Otros trabajos neurobiológicos señalan que las estructuras cerebrales implicadas en comportamientos pro-sociales se ven alteradas en aquellos sujetos que presentan conductas antisociales (Hare, 1999 y Raine, 1999).

Bonilla y Fernandez-Guinea (2006) también relacionan las alteraciones neuropsicológicas y la conducta antisocial, afirmando que en sujetos con tendencias hostiles podrían presentar un patrón alterado en la interconexión del Cortex Pre-Frontal y algunas estructuras del Sistema Límbico, concretamente la Amígdala y el Hipocampo. Mientras que, por otro lado, Speltz et al., (1999) concluyen que los déficits en funciones ejecutivas en niños mayores son un fuerte predictor de la agresividad física (En Bonilla y Fernandez-Guinea, 2006).

Sin embargo, aunque cada vez haya más estudios que relacionan los trastornos de comportamiento con las alteraciones neuropsicológicas en adultos, en niños y adolescentes no existe tanta bibliografía. Una de las principales causas puede ser que la

evaluación de las funciones ejecutivas supone una ruda tarea en niños preescolares (Bonilla, Fernandez-Guinea, 2006).

Así pues, parece que existe bastante evidencia científica que relacione la aparición de cambios neuropsicológicos, con la presencia de alteraciones conductuales en el desarrollo evolutivo de estos menores. Pero estos cambios estructurales además de comportar problemas de regulación conductual, también comprometen el sano desarrollo cognitivo, pudiendo aparecer alteraciones y dificultades en la cognición, las cuales se pueden evaluar a través de las funciones ejecutivas. Ya que, tal como señala D'Andrea et al., *la investigación que se centra en las alteraciones biológicas en los niños y niñas maltratadas, es consistente también con el espectro de alteraciones que se dan a nivel conductual, afectivo, cognitivo y relacional* (D'Andrea et al., 2012, p.188) Existiendo una relaciones casi directa entre estas alteraciones.

2.3.7 Autoconcepto

El autoconcepto y la autoestima son conceptos estrechamente relacionados, tanto que es difícil de establecer una definición de cada constructo sin que se diluyan los límites entre ellos.

El autoconcepto hace referencia a la percepción que el niño tiene de sí mismo. Si un niño tiene un autoconcepto positivo de si mismo, se percibe como valioso y competente,

desarrollará una buena autoestima, por lo contrario, si desarrolla su autoconcepto e identidad basada en términos negativos tenderá a desarrollar una peor autoestima.

El desarrollo del autoconcepto empieza a hacerse desde edades muy tempranas. Algunos estudios hablan de que a partir de los 18 meses de edad, el niño ya es capaz de discriminar y responder a emociones negativas y positivas en función de su autopercepción, siendo más probable en los niños que han sido maltratados, respondan más a emociones neutras o negativas que el grupo de niños control (Schneider-Rosen y Cicchetti, 1991, en Cook et al., 2005).

Así, hemos expuesto el autoconcepto al final, no por ser menos importante o por alcanzar su desarrollo más tardíamente, sino porque todas las características que se pueden ver alteradas en los menores expuestos a violencia de género que hemos comentado anteriormente, parecen influir en como el niño se percibe a si mismo y por tanto, influyen en la construcción del autoconcepto.

En un estudio cualitativo de Celedón y Sáleme (2009) con una muestra de chicas adolescentes víctimas de maltrato infantil, se observó que en general se sentían más desinhibidas para aquellas acciones que requerían cierta habilidad física porque se sentían poco competentes y con muy baja confianza en ellas mismas. Todo esto les generaba frustración y sentimientos ambivalentes, que les dificultaba identificar e interpretar sus propias emociones. Así podemos ver como la ambivalencia afectiva y la baja autoestima son sintomatología interrelacionada y que influye en la construcción del autoconcepto.

Turner, Finkelhor, y Ormrod (2010a) concluyen en su investigación que el abuso severo y crónico predice problemas de autoestima en los menores maltratados. En otro estudio de corte prospectivo, Kim y Cicchetti (2006) evaluaron la autoestima de una muestra de 251 niños maltratados y no-maltratados, concluyendo que; la combinación de abuso físico y emocional predecía una peor autoestima en los menores. Además, presentar una autoestima negativa en niños maltratados, parece ser un factor de riesgo para un futura psicopatología en la adolescencia (Daigneault, He´bert y Tourigny, 2006).

El autoconcepto y la autoestima de un niño dependen en gran medida de la percepción que los demás tienen de él. Si la opinión y visión del entorno puede mediar e influir tanto en la percepción que un niño tienen de sí mismo, no es de extrañar que la visión y percepción que sus padres tienen de él, constituye la mayor influencia y determinan en gran medida el autoconcepto de los menores. (Del Barrio, 1997, 2000). Así, cuando un niño recibe el afecto de sus principales figuras de apego, le demuestran amor incondicionado, lo valoran y creen en sus competencias y el niño vive experiencias positivas en la infancia, tiene los factores necesarios para desarrollar un buen autoconcepto.

Sin embargo, las consecuencias negativas de la exposición a un trauma interpersonal crónico, tal como comentamos al principio de este punto, hace más probable la ausencia de lazos afectivos estables, aumenta la probabilidad de que el pequeño experimente no solo poca atención, sino también rechazo y daño psicológico, por parte del padre e incluso en ocasiones, por parte de la madre. Esto por si mismo, ya es devastados para el

desarrollo biopsicosocial del menor, pero además, teniendo en cuenta que la exposición al maltrato se produce a edades tempranas, la construcción de su identidad y su personalidad se verán gravemente comprometidas, afectando también a nivel neurológico y repercutiendo en su sentido de autoeficacia, en sus habilidades sociales y desarrollo de la empatía, en sus interacciones con los demás y en su regulación emocional y conductual. Llegados a este punto, la autopercepción negativa se convierte en una profecía autocumplida, asumiendo así que sus carencias son fruto de su poca competencia y valor como persona que en los casos más graves, les lleva a experimentar la indefensión aprendida que Seligman (1967) describió para explicar la característica central de la Depresión. Así pues, quizás la forma más grave de afectación psicológica en menores expuestos a Trauma Complejo sea la convicción de su nulo valor personal, *el sentimiento de indefensión y de que no tiene ningún control sobre la situación de violencia y de que cualquier cosa que haga es inútil* (Seligman, 1967, 1983).

En este punto, el autoconcepto estaría gravemente dañado y podría aparecer sintomatología depresiva grave con intentos o ideación suicida, ya que, la premisa básica de la Depresión es la experiencia de pérdida y los niños hijos de mujeres maltratadas cuyo autoconcepto es muy negativo, experimentan una pérdida importante de valía personal necesaria para la salud, el desarrollo y el bienestar psicológico.

2.4 RESILIENCIA Y FACTORES DE PROTECCIÓN

Aunque tradicionalmente el modelo psicopatológico se ha centrado en el estudio de la enfermedad y los trastornos mentales, el auge de la psicología positiva ha dado pie a investigar los aspectos favorables de la psique. Es por ello, que cada vez son más los estudios que se centran en investigar los factores de protección en población de riesgo, que pueden ayudar a explicar y /o entender la resiliencia en personas expuestas a condiciones altamente estresantes.

Todavía hoy en día, existe mucha controversia y discusión entorno a la definición de resiliencia (Kaplan 1999; Howard y Dryden, 1999; Luthar et al., 2000; Master y Reed, 2002; Manceaux et al., 2003). No obstante, de forma general se puede afirmar tal como señala Lázaro (2009) que *la resiliencia hace referencia a un fenómeno caracterizado por el desarrollo de modelos de adaptación positiva en contextos de riesgo o adversidad* (Egeland, Carlson y Sroufe, 1993; Master y Reed 2002; Rutter, 2007). De esta definición se desprenden dos características compartidas por todas las definiciones de resiliencia. En primer lugar, la presencia de una situación claramente asociada con una mayor probabilidad de desarrollar problemas de ajuste psicosocial, y en segundo lugar; una adaptación adecuada por parte del sujeto a pesar del riesgo al que esta o ha estado sometido (Lázaro, 2009).

Por otro lado, la evaluación de la resiliencia presenta una serie de limitaciones y dificultades que parece necesario señalar. En primer lugar, la resiliencia indica un proceso de adaptación y por lo tanto no se puede evaluar en términos de presencia-

ausencia de factores de riesgo y de protección, sino que, parece necesario ir un paso más allá para conocer por qué la resiliencia tiene lugar en una persona en concreto (Rutter, 2007). En segundo lugar, la confusión del término da lugar a que en algunos estudios se evalúan ciertas variables como factores de adaptación, mientras que en otras investigaciones son consideradas factores de protección. Además, la forma de evaluar dichas áreas puede ser muy diferente, lo cual imposibilita la comparación y replicación de investigaciones sobre el tema.

Sin embargo, obviando los matices que pueden aportar las distintas investigaciones sobre el tema de la resiliencia en menores, todos los resultados encontrados en investigaciones clásicas y más actuales, agrupan los factores de protección en; 1) Características del niño; 2) Características de las relaciones familiares y vínculos con otros adultos; y 3) Características del contexto escolar y de la comunidad (Master y Reed, 2002, en Lázaro 2009).

A continuación presentamos una tabla con los diversos factores de protección frecuentemente identificados en los estudios de resiliencia en menores según el modelo aportado por Masten y Reed (2002).

CARACTERÍSTICAS EN EL NIÑO
<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades cognitivas adecuadas, incluidas resolución de problemas y atención - Temperamento fácil en la infancia, capacidad de adaptación en años posteriores - Auto-percepción positiva y autoeficacia - Confianza - Actitud positiva ante la vida - Auto-regulación de emociones e impulsos adecuada - Capacidades valoradas socialmente y por la propia personal - Buen sentido del humor - Resultar atrayente para otros
CARACTERÍSTICAS Y RELACIONES EN LA FAMILIA
<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones cercanas con cuidadores adultos - Padres con alto nivel de calidez, control y expectativas - Clima familiar positivo con bajo nivel de conflicto entre padres - Padres con las características expuestas anteriormente en el niño - Padres involucrados en la educación de sus hijos
RELACIONES ENTRE OTROS ADULTOS E IGUALES
<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones próximas con adultos pro-sociales , competentes y proveedores de apoyo - Contacto con iguales pro-sociales, que cumplen las normas
CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD
<ul style="list-style-type: none"> - Escuelas eficaces - Vínculos con organizaciones pro-sociales - Barrios que ofrecen apoyo - Altos niveles de seguridad pública - Servicios sociales y de salud pública, adecuados y disponibles

Tabla 4: Factores protectores más señalados en los estudios sobre resiliencia. Adaptación de Masten y Reed (2002)

2.5 MODELO DEL TRAUMA COMPLEJO VS MODELO DE RESILIENCIA

Teniendo en cuenta los factores de protección que exponen Masten y Reed (2002) para explicar la adaptación positiva ante situaciones de riesgo, podemos observar que destacan en primer lugar; las características del niño, en las cuales se describen competencias muy similares a las descritas ya en las siete áreas que pueden verse afectadas en los menores expuestos a violencia de género según el modelo del Trauma Complejo (Cook et al., 2005).

Por otro lado, los factores de protección referidos a la familia, adultos significativos, grupo de iguales y comunidad, también se asocia con la primera y más importante de las áreas afectadas en los menores que desarrollan síntomas de Trauma Complejo; el Apego y el vínculo afectivo con al menos un adulto significativo. Con esto, no es de extrañar que el establecimiento de al menos un vínculo estable y seguro con un adulto, constituya el principal y más importante factor de protección en los menores expuestos a alguna forma de Trauma Complejo.

A continuación, presentamos una tabla donde pretendemos comparar las similitudes del modelo del Trauma Complejo del grupo de Cook et al., (2005) y los factores de protección que exponen Masten y Reed (2002) para explicar la resiliencia.

FACTORES DE PROTECCIÓN Masten y Reed (2002)	TRAUMA COMPLEJO Cook et al. (2005)
- Habilidades cognitivas adecuadas, incluidas resolución de problemas y atención	- COGNICIÓN
- Auto-percepción positiva y autoeficacia	- AUTOCONCEPTO
- Confianza	- APEGO (Desconfianza, suspicacia)
- Actitud positiva ante la vida	
- Autorregulación de emociones e impulsos adecuada	- POBRE REGULACIÓN AFECTIVA - AUTOCONTROL
- Capacidades valoradas socialmente y por la propia personal	Combinación de características de: - APEGO - AUTOCONCEPTO - AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL-CONDUCTUAL - AUTOCONTROL - COGNICIÓN
Características en la familia	APEGO
Relaciones entre otros adultos e iguales	Y
Características de la comunidad	VINCULACIONES AFECTIVAS

Tabla 5. Comparación de los factores de protección del modelo de Masten y Reed (2002) y las alteraciones presentes en el modelo del trauma complejo de Cook et al (2005)

Como podemos ver en la tabla, prácticamente todos los aspectos que caracterizan al menor resiliente se ven reflejados de algún modo en el modelo del Trauma Complejo.

En las características personales del niño, se hace referencia a capacidades en el área de regulación de los afectos y regulación conductual, de control y autoeficacia, capacidades cognitivas, autoconcepto e incluso algunos aspectos que parecen derivarse del apego, como es la confianza. Así, parece lógico pensar que una intervención

temprana dirigida a fortalecer las áreas de personalidad y desarrollo más vulnerables en estos menores, podría contribuir a prevenir los efectos negativos de la exposición a violencia de género, o reducir las alteraciones ya existentes para evitar mayores complicaciones en el futuro.

Por otro lado, los aspectos protectores que Masten y Reed (2002) atribuyen a características de las relaciones en la familia, otros adultos significativos, grupo de iguales y comunidad, estarían recogidos dentro de la primera de las áreas que se ven afectadas en los menores que sufren sintomatología de trauma complejo; nos referimos al apego y los vínculos afectivos. Así, no es de extrañar, que esta dimensión sea considerada por los autores como una de las áreas que mayor peso tiene en la adaptación y protección de los menores expuestos a violencia de género (Cook et al., 2005; Lázaro, 2009).

Volviendo al modelo explicativo del Trauma Complejo, el grupo de Cook et al. (2005) señala que los factores de protección que podrían explicar la resiliencia en algunos de los menores expuestos a violencia de género, se rigen por las mismas áreas que están afectados en el Trauma Complejo. Así, plantean cómo factores de protección que favorecen la resiliencia, los siguientes: 1). Un vínculo afectivo y emocionalmente estable con un adulto de la familia o entorno del niño (área de apego y relaciones afectivas), 2). Un buen desarrollo cognitivo y buenas habilidades de autorregulación (áreas de: regulación de afecto, cognitiva, alteraciones de la conciencia y biológica). 3). Creencias positivas sobre uno mismo (área de autoconcepto) y por último, 4).

Motivación para actuar con eficacia en el propio entorno (control conductual). Así pues, vemos que el planteamiento sigue una lógica similar a los factores de protección del modelo de Masten y Reed (2002).

El establecimiento de al menos un vínculo seguro y estable con un adulto y el apoyo social que recibe el menor, sigue siendo también el factor que tiene un peso más relevante en el proceso de resiliencia. En este sentido, una de las limitaciones importantes que presentan la mayoría de estudios sobre resiliencia en menores expuestos a violencia de género, es que se han llevado a cabo con muestras de niños y niñas institucionalizados en centros especializados.

Según las investigaciones de Save the Children, (2011) los profesionales constataron y destacaron que se produce un alivio en la sintomatología cuando los niños y las niñas son apartados del hogar violento. Además de esto, como señala el modelo de Masten y Reed (2002) los sistemas sociales de apoyo juegan un papel importante al permitir a los niños una amplia red de relaciones sociales que permiten conocer a otras personas y disponer de modelos positivos y apoyo social (López, 1995) lo cual les facilita un contexto relacional donde expresarse.

Así, tal como señala Lázaro (2009) el no considerar en los análisis los posibles efectos de la intervención protectora llevada a cabo sobre los menores en los centros de atención a víctimas de violencia de género, dificulta conocer con exactitud los factores de protección propios de estos niños y niñas en situaciones donde no cuenten con estos recursos sociales.

En definitiva, parece de vital importancia para la prevención e intervención de los menores expuestos a violencia de género conocer las alteraciones en las áreas que plantea el modelo del Trauma Complejo así como, conocer cuales son los factores de protección que pueden mediar y contribuir a mejorar la adaptación de estos niños y niñas y favorecer la resiliencia, puesto que conociendo los puntos fuertes y débiles de cada niño, se podrán establecer tratamientos individualizados más eficaces.

3. PROBLEMAS A LARGO PLAZO EN PERSONAS EXPUESTAS A VIOLENCIA DE GÉNERO

En este apartado vamos a ver brevemente las principales consecuencias que podría comportar en la vida adulta el haber estado expuesto a violencia de género en la infancia.

En primer lugar vamos a hablar de los principales problemas psicopatológicos que más se han relacionado con las vivencias de maltrato en la infancia. Seguidamente abordaremos el tema de la repetición tras-generacional de la violencia de género desde una perspectiva del aprendizaje social, que aunque no determina que estos niños y niñas se conviertan en maltratadores y/o víctimas, sí que parecen ser más vulnerables a verse envueltos en relaciones interpersonales basadas en la lucha de poder. En tercer lugar, comentaremos brevemente el fenómeno de la doble victimización que suelen sufrir estos menores.

Para terminar el marco teórico de este estudio, presentaremos unas reflexiones finales sobre nuestro objeto de estudio y su realidad social.

3.1 PSICOPATOLOGÍA EN LA VIDA ADULTA

Algunos estudios longitudinales han comprobado que el haber sido un niño/a testigo de malos tratos en el hogar comporta una mayor probabilidad de sufrir alguna psicopatología en la vida adulta. Carmen, Rieker y Mills (1984) realizaron un estudio retrospectivo con 188 pacientes psiquiátricos hallando que 53 mujeres y 23 hombres habían padecido en su infancia malos tratos o abuso sexual. Además encontraron que los sujetos que fueron maltratados físicamente mostraban más conductas agresivas, presentaron mayor probabilidad de suicidio y mayor tiempo de hospitalización.

Cerdá, Tracy, Sanchez y Galea (2011) en un estudio de cohorte secuencial, evaluaron la relación entre la depresión, el trastorno de conducta, y el consumo de drogas con el hecho de haber estado expuestos a violencia desde la adolescencia hasta la edad adulta. Los preadolescentes tenían entre 12 y 15 años y se evaluaron en tres periodos de tiempo. I). 1995-1997, II). 1997-2000, III). 2000-2002. Los autores encontraron que, la exposición a violencia en la adolescencia se asoció con una mayor probabilidad de presentar trastornos de conducta y consumo de drogas en la vida adulta, pero no encontraron datos relevantes en cuanto a la Depresión.

Generalmente se suelen señalar algunos trastornos prototípicos en mujeres y hombres maltratados. Algunos estudios señalan que las mujeres que han sido maltratadas en la infancia suelen tener más tendencia a padecer trastornos del estado de

ánimo o trastornos de ansiedad, siendo de los más frecuentes; el trastorno de Depresión Mayor y el Trastorno de Estrés Post-Taumático (Patró, Corbalán y Limiñana, 2007). También hay estudios que indican una mayor tendencia a presentar Trastornos de la Personalidad Límite (Herman, Perry y van de Kolk, 1989), sobre todo cuando el maltrato ha sido por negligencia (Mesa-Moya, 2011).

Por otro lado, los hombres que han sido maltratados en la infancia, suelen presentar trastornos más externalizantes que las mujeres en la vida adulta. Son más propensos a las adicciones y a los actos delictivos. Las toxicomanías se han mostrado fuertemente asociadas a los malos tratos. Según Cohen y Densen-Gerber (1982) el 84% de los alcohólicos han padecido abandono, maltrato físico o abuso sexual. McCord (1983) halló que el 45% de los niños maltratados, de adultos, eran delincuentes, alcohólicos, enfermos mentales o morían anormalmente antes de los 35 años. Ese otro 55% que padeció malos tratos pero no mostró esas psicopatologías, hace pensar en que existen factores de resiliencia y de inoculación contra esos efectos a largo plazo de los malos tratos. (En Pino y Herruzo, 2000).

Desde la psicopatología evolutiva se pone de manifiesto que las dificultades para lograr competencias propias de cada etapa evolutiva puede favorecer la aparición de problemas de adaptación en el futuro (Lázaro y López, 2010). Como factor más desatacado se señala una vez más el apego inseguro y/o desorganizado en la infancia, lo cual conlleva mayor probabilidad de establecer relaciones patológicas en la adolescencia y en la vida adulta (Pearlman y Courtios, 2005).

Como ya hemos comentado anteriormente, uno de los trastornos que más se ha encontrado en sujetos que han sufrido algún tipo de maltrato infantil en la infancia es el DESNOS; Trastornos de estrés post-traumático no especificado o SPTD Complex en Adultos. Este trastorno en la vida adulta, sería el reflejo de haber vivido un Trauma Complejo en la infancia, con sus alteraciones en las áreas comentadas y no haberse tratado de manera integral en edades tempranas. Esto supone un empeoramiento de la regulación emocional, ausencia de apego seguros y establecimiento de vínculos patológicos y por ende, problemas de relaciones sociales (Courtios, Ford, Van de Kolk y Herman, 2009).

Así pues, en el contexto de una intervención terapéutica, sería necesario abordar estas cuestiones, sobretodo según De Zulueta (2006 a) la inclusión de técnicas de regulación emocional en el proceso terapéutico, pues según la autora parece ser el punto nuclear del trastorno. Según Pearlman y Courtios (2005) la intervención psicoterapéutica debería verter desde la teoría y modelo del apego, ya que las autoras consideran que el *apego traumatizado* es el núcleo del trauma en la infancia. Además, tal como señala el grupo de Boston el apego desorganizado que se instaura en la infancia contribuye al modelo relacional implícito que las personas adoptan y asumen respecto a ellos mismo y respecto a los demás Guerra (2012).

Por otro lado, parece existir cierta correlación entre trastorno de estrés postraumático extremo y trastornos disociativos en personas que han sufrido algún tipo de abuso infantil. Putman, Guroff, Silverman, Barban y Post (1986) analizaron una muestra de

estos pacientes hallando que el 97% de ellos habían sufrido algún trauma severo en la infancia, el 83% abuso sexual, el 75% maltrato físico repetido y el 68% ambos tipos. Los síntomas disociativos que hacen sospechar según los resultados de estos estudios, la existencia de ambos trastornos, podrían formar parte de la sintomatología del DESNOS o TEPT Complejo, puesto que los casos donde aparece la disociación cumplen criterios para Trauma Complejo, y por lo tanto toda la sintomatología podría formar parte de un mismo trastorno.

Tal como señala De Zulueta (2006 a y b, 2008) la disociación en los adultos que han sufrido alguna forma de maltrato en la infancia, puede provenir del intento por mantener una relación con el agresor, idealizando dicho vínculo y disociando las relaciones conflictivas con los demás, en este caso, la agresión contra la madre. Esta disociación les ayuda a tener mayor sensación de control y esperanza (De Zulueta, 2008). En este sentido, las personas que han estado expuestas a violencia de género durante su infancia, pueden quedarse ancladas en un *vínculo traumático*, lo cual junto con las distorsiones cognitivas, resulta ser central en el tratamiento de estas personas (De Zulueta, 2006 b).

Por último, atendiendo a los factores de riesgo, parece que las personas que presentan mayor probabilidad de desarrollar problemas psicopatológicos en la vida adulta y peor pronóstico son aquellos sujetos con padre alcohólico o delincuente, mayores niveles de agresividad, cuya madre posee un autoestima baja y que haya sido un niño agresivo durante la infancia (Pino y Heruzo, 2000, p.266).

3.2 REPETICIÓN TRANSGENERACIONAL DE LA VIOLENCIA

Tal como señala Pollak (2010) la familia es el contexto primario donde los niños y niñas pequeños aprenden a relacionarse con los demás. Esto supone un aprendizaje de los roles femeninos y masculinos que hace más vulnerables a los niños y niñas a repetir los patrones de violencia como medio de afrontamiento en la niñez, adolescencia y en la vida adulta, aumentando la probabilidad de establecer relaciones de desigualdad de género en el futuro.

El estar expuesto a la violencia en el hogar, hace que los niños normalicen dicho comportamiento y lo incluyan en su repertorio de conductas para relacionarse con el mundo, y esto, obviamente, aumenta el riesgo de formar parte de la relación violenta de los adultos, ya sea como abusadores o como víctimas. Además, algunos estudios señalan que el comportamiento agresivo se transmite por aprendizaje o por imitación (Salas-Bahamón, 2005; Pollak, 2002). Por lo tanto, el haber sido víctima directa de maltrato o testigo de violencia de género en la familia, facilita la aceptación por parte de estos niños y niñas, de la violencia como medio para relacionarse con la pareja y por lo tanto, aumenta la probabilidad de que los hombres se conviertan en perpetradores del maltrato y las mujeres en sus víctimas.

Según Patró y Limiñana (2005) el modelo de aprendizaje de conductas violentas dentro del hogar en la vida adulta, resulta ser el efecto más importante a largo plazo.

Además, tal como señalan las autoras, los estilos de crianza punitivos, el abuso de sustancias y la presencia de trastornos de conducta en la adolescencia, han demostrado poseer un papel relevante en el riesgo de ejercer violencia contra la pareja en la vida adulta.

No obstante, aunque existe la influencia obvia del aprendizaje social en la transmisión de los patrones de violencia, no todos los sujetos que de pequeños han sido maltratados o han vivido en un contexto de violencia familiar acaban maltratando a sus hijos. Se estima que entre un 5% y un 34% de sujetos maltratados llegan a perpetrar malos tratos contra sus hijos, frente a un 5% de población general (Kaufman y Zigler, 1987).

Por otro lado, también existen teorías psicodinámicas que tratan de explicar porque se establece el ciclo de la violencia. De Zuruleta (2008) destaca el papel de la disociación y de la defensa cognitiva como un medio para soportar y tolerar el maltrato. De esta manera, es posible que el menor que ha sido agredido o que ha sido testigo de la violencia contra su madre refuerce el vínculo con el agresor y la identificación con él, de tal modo que llegue a interiorizar la violencia y la agresión como un modo válido para relacionarse con los demás.

Desde la perspectiva del psicoanálisis relacional y del *grupo de Boston para el estudio de los procesos de cambio* se enfatiza la importancia del Conocimiento Relacional Implícito que todos adquirimos en base a la calidad de las relaciones

primarias que se establecen en la infancia con los progenitores y que el modo en que estos se relacionan con sus hijos formará las bases del conocimiento relacional implícito del sujeto (Stern 1998; Guerra 2012, Riera 2010, 2011). Así desde esta perspectiva, la violencia de género en el hogar favorecerá el desarrollo de un conocimiento relacional implícito devaluador y discriminatorio según el género y cuyos valores y actitudes se transmitirán en actitudes difíciles de poner en palabras pero totalmente instauradas en el conocimiento relacional implícito del menor.

Otros autores resaltan las distorsiones cognitivas que pueden presentar los niños y niñas que han crecido en torno a la violencia de género en el hogar. Tal como señala García Muñoz, (2008) estos niños puede presentar creencias machistas de tipo: *El hombre es el fuerte, es el que manda, y todos deben de obedecer; y La mujer al ser inferior no tiene los mismos derechos que el hombre*. Tienden también a justificar los actos violentos por considerar la violencia como un modo adecuado de afrontar los problemas y sobretodo, tienden a normalizar la agresión, viéndola como un medio apropiado para relacionarse con los demás. Además, puesto que aprenden a entender las relaciones como una lucha de poder, suelen ser niños inseguros que necesitan mostrarse más fuertes que los demás por eso suelen pensar que *para ser respetados, hay que ser violento*.

Algunos estudios han pretendido aislar los factores protectores que pueden actuar en contra de la transmisión intergeneracional de los malos tratos entre lo que estarían; el apoyo social, el mostrarse dolidos por su historia personal de maltrato pudiendo dar

cuenta detallada de sus experiencias de maltrato y haber sido maltratados sólo por uno de los progenitores, pudiendo mantener un relación con el otro progenitor (Pino y Heruzo, 2000).

Así pues, en el caso de la violencia de género, donde la mayoría de casos el agresor es el padre, podría considerarse como un factor de alta protección recordando el modelo de trauma complejo y el modelo de resiliencia, lograr establecer un vínculo sano y seguro con la madre. Aunque es cierto que, teniendo en cuenta la propia historia de maltrato de la madre, en muchas ocasiones resulta extremadamente complicado establecer un apego seguro con sus hijos e hijas. No obstante, la restauración del apego a la madre debería ser uno de los principales objetivos en la intervención temprana.

Por último queda destacar, que el legado de la violencia en la familia se transmite cuando los niños crecen viendo la violencia como parte normal de la vida, interiorizando una serie de creencias y valores negativos respecto al género femenino que quedará instaurado en su conocimiento relacional implícito, y legitimizando el uso de la violencia como un medio eficaz y válido para resolver conflictos.

3.3 LA DOBLE VICTIMIZACIÓN

La doble victimización implica una mayor probabilidad de que una persona que ha sufrido maltrato durante la infancia sea objeto de abuso y maltrato también en la adolescencia y la vida adulta. Esta relación se ha encontrado tanto en mujeres víctimas

de violencia de género, como en sus hijos, menores expuestos a violencia intrafamiliar. (Save the Children, 2011).

Así, cuando un niño está expuesto a violencia de género en el seno familiar, es más probable que se convierta en víctima de bullying en la escuela, acoso laboral y relaciones interpersonales e íntimas conflictivas y desadaptadas. Además, la exposición crónica al maltrato como ya dijimos condiciona el desarrollo de la personalidad del menor, y forma parte de su experiencia y comprensión del mundo, lo cual comportará que su sistema de creencias y significados se base en ese tipo de relaciones.

Tal como señala Luxenberg, Spinazzola y Van de Kolk (2001) una persona que ha sido víctima de maltrato en la infancia tenderá a aguantar con mayor probabilidad las humillaciones y malos tratos de los demás, por miedo a ser rechazados y por ser acorde con su conocimiento relacional implícito es decir, que su experiencia relacional temprana le ha enseñado que esa es la forma “normal” como la gente se relaciona. Sin embargo, las personas que no han sufrido maltrato en la infancia y que cuentan con vínculos estables y apegos seguros, tenderán a alejarse de las personas que les causan daño, discriminando adecuadamente aquellas situaciones y personas que les hacen mal, de las situaciones y personas que les gustan, primando su sentido de integridad y autoestima, a diferencia de lo que suele ocurrir con las personas maltratadas en la infancia.

4. REFLEXIONES FINALES

Son muchas las áreas que se pueden ver afectadas en los menores que han estado expuestos a violencia de género en sus hogares, y todas ellas influyen de manera decisiva en su desarrollo evolutivo en todos los niveles: psicológico, biológico y social.

Además, teniendo en cuenta que hablamos de niños, todas las áreas afectadas en edades tempranas causan un gran impacto a largo plazo ya que la exposición a altos niveles de estrés en la infancia comportan graves deficiencias o deterioro que se ve reflejado también en la vida adulta. Puede causar graves alteraciones en la regulación afectiva, el autocontrol conductual, ausencia de vínculos seguros con una figura de referencia, desarrollo de vínculos traumáticos en la vida adulta, problemas en las funciones ejecutivas y un pobre y negativo autoconcepto. Así pues, parece más probable que estos niños no consigan un desarrollo psicológico pleno y que presenten problemas; psicopatología asociada a la situación de violencia, con mayor probabilidad trastornos afectivos y trastorno de estrés post-traumático, problemas en habilidades sociales y de comunicación, como consecuencia de no haber contado con un buen modelo de interacción en casa, y al mismo tiempo, aumenta la probabilidad de que se vean inmersos en una situación de violencia intrafamiliar, ya sea como víctimas o como agresores.

Por otro lado, la importancia del estudio de las consecuencias evolutivas, psicológicas y sociales que presentan los niños y niñas expuestos a la violencia de

género, no solo tiene que ver con mejorar la calidad de vida de estas personas al proporcionarles recursos que mejoren su desarrollo, sino que además, contribuye a prevenir los casos de malos tratos en generaciones futuras y por tanto a combatir el ejercicio de la violencia a largo plazo.

Además, el considerar el diagnóstico de Trauma Complejo comporta atender de manera específica a una serie de sintomatología que anteriormente se consideraba comórbida pero que estudios recientes sobre el tema dan cuenta de que puede tratarse de problemas nucleares del trauma y por lo tanto, deberían atenderse de manera prioritaria. Así, una buena conceptualización del diagnóstico ayudaría a desarrollar programas de intervención más adecuados y eficaces para estos menores.

III. ESTUDIO EMPÍRICO

5. MÉTODO

En este apartado se presenta, en primer lugar los objetivos e hipótesis de la investigación. Posteriormente se incluye la descripción de la muestra, la descripción de los instrumentos de evaluación utilizados, el procedimiento de investigación, los análisis descriptivos y comparativos del estudio, y por último, las conclusiones y la discusión de los resultados.

5.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

OBJETIVOS GENERALES

La presente investigación persigue dos objetivos generales;

En primer lugar, se pretende explorar si existen consecuencias psicológicas derivados de la exposición a violencia de género en los menores, hijos de mujeres maltratadas, y si dichos efectos se asemejan a los síntomas prototípicos del Trauma Complejo. Es por ello que se pretende analizar si los menores que han estado expuestos a violencia de género en sus hogares presentan diferencias significativas en regulación emocional y conductual, funciones ejecutivas y en autoconcepto en comparación a un grupo de menores de características socio-demográficas similares y que cuenten con un clima familiar adecuado.

En segundo lugar, se pretende determinar, si las posibles alteraciones derivadas de la exposición al maltrato son significativamente más elevadas en los menores que además de estar expuestos a la violencia ejercida sobre sus madres, recibieron también, maltrato directo. Para ello, se pretende analizar si los menores que recibieron maltrato más grave (exposición al maltrato, y además, maltrato directo) presentan diferencias significativas en regulación emocional y conductual, funciones ejecutivas y en autoconcepto en comparación al grupo de menores expuestos a violencia de género que no recibieron nunca maltrato directo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

En cuanto al primer objetivo general, consideramos los siguientes objetivos específicos:

- Determinar si existen diferencias significativas en la dimensión de personalidad NEUROTICISMO y CONDUCTA ANTISOCIAL entre los menores expuestos a violencia género en la familia y los menores pertenecientes al grupo de comparación.
 - *Hipótesis 1: Los menores expuestos a violencia de género en el hogar presentarán una mayor puntuación en la dimensión de NEUROTICISMO y en CONDUCTA ANTISOCIAL que los niños y niñas del grupo de comparación.*

- Determinar si hay diferencias significativas en las dimensiones de ESTADO-RASGO, EXPERIENCIA Y CONTROL DE LA IRA entre los menores expuestos a violencia de género en la familiar y los menores del grupo de comparación.
 - *Hipótesis 2: Los menores expuestos a violencia de género en la familia presentarán mayores puntuaciones en la escala de ESTADO-IRA, mayores niveles de EXPERIENCIA DE IRA y menores puntuaciones en CONTROL DE LA IRA que los menores del grupo de comparación.*

- Determinar si hay diferencias significativas en las puntuaciones de Empatía del ÍNDICE DE REACTIVIDAD INTERPERSONAL entre los menores expuestos a violencia de género en la familiar en comparación con los menores del grupo de comparación.
 - *Hipótesis 3: Los menores expuestos a violencia de género en la familiar presentarán menor puntuación en EMPATÍA cognitiva y emocional que los menores del grupo de comparación.*

- Determinar si existen diferencias significativas en la percepción del AUTOCONCEPTO entre los menores expuestos a violencia de género en la familia y los menores del grupo de comparación.
 - *Hipótesis 4: Los menores expuestos a violencia de género en el hogar presentarán un AUTOCONCEPTO más pobre que los menores pertenecientes al grupo de comparación, sobre todo en AUTOCONCEPTO*

FAMILIAR, AUTOCONCEPTO PERSONAL y AUTOCONTROL, siendo el Autoconcepto familiar el que mayores diferencias presentarán.

- Determinar si existen diferencias significativas en las FUNCIONES EJECUTIVAS de planificación, clasificación, flexibilidad y resolución de problemas entre el grupo de menores expuestos a violencia de género en la familia y el grupo control.
 - *Hipótesis 5: Los menores que han estado expuestos a violencia de género en la familia obtendrán PEOR EJECUCIÓN en ambas tareas de planificación y clasificación, y resolución de problemas que los menores del grupo de comparación.*
 - *Hipótesis 6: Los menores que han estado expuestos a violencia de género presentarán mayor RIGIDEZ MENTAL y peor adaptabilidad al feedback ambiental que los menores del grupo control e infringirán en mayor medida las reglas.*

Respecto al segundo objetivo general planteado, se desprenden los siguientes objetivos específicos:

- Determinar si existen diferencias en la dimensión de personalidad NEUROTICISMO y en CONDUCTA ANTISOCIAL entre los menores expuestos a violencia de género en la familiar y los menores que además de esto también recibieron maltrato directo.

- *Hipótesis 7: Los menores que recibieron un maltrato más grave (exposición a violencia de género y maltrato directo) presentarán mayores puntuaciones en INESTABILIDAD EMOCIONAL y en CONDUCTA ANTISOCIAL que aquellos niños y niñas expuestos a violencia de género que no recibieron maltrato directo.*

- Determinar si hay diferencias significativas en las dimensiones de ESTADO-RASGO, EXPERIENCIA y CONTROL DE LA IRA entre los menores expuestos a violencia de género, y los menores que además de esto también recibieron maltrato directo.
 - *Hipótesis 8: Los menores expuestos a violencia de género y maltratados de manera directa, presentarán mayores puntuaciones en la escala y sub-escalas de ESTADO-IRA, en TEMPERAMENTO-IRA, EXPERIENCIA –IRA y menores puntuaciones en CONTROL de la IRA que el grupo de menores expuestos a violencia de género en el hogar pero que no recibieron maltrato directo.*

- Determinar si hay diferencias significativas en EMPATÍA entre los menores expuestos a violencia de género, y los menores que además de esto también recibieron maltrato directo.
 - *Hipótesis 9: Los menores expuestos a violencia de género y maltratados de forma directa presentarán mayores puntuaciones en la escala de DISTRÉS o*

MALESTAR EMOCIONAL que los menores expuestos a violencia de género que no recibieron maltrato físico.

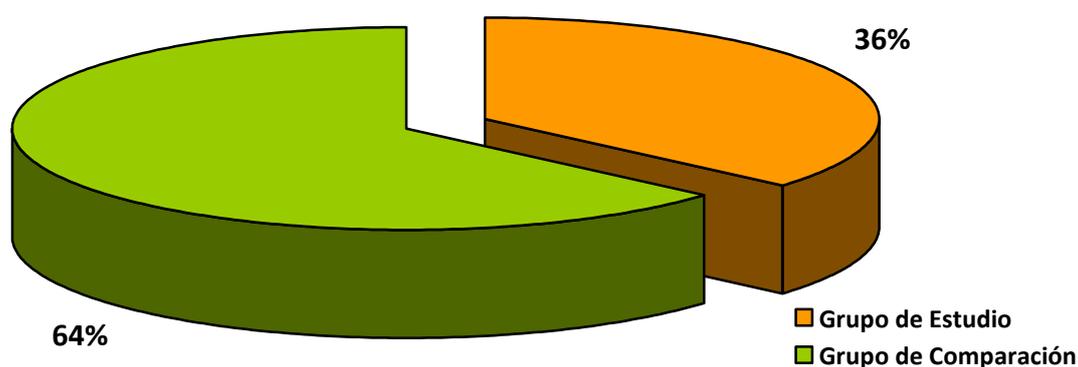
- Determinar si hay diferencias significativas en AUTOCONCEPTO entre los menores expuestos a violencia de género, y los menores que además de esto también recibieron maltrato directo.
 - *Hipótesis 10: Los menores expuestos a violencia de género y maltratados de manera directa, presentarán puntuaciones significativamente inferiores en el AUTOCONTEPTO, sobre todo en las escalas de AUTONCONCEPTO FAMILIAR, AUTOCONCEPTO PERSONAL y en AUTOCONTROL, en comparación al grupo de menores expuestos a violencia de género que no recibieron maltrato directo.*

- Determinar si hay diferencias significativas en las FUNCIONES EJECUTIVAS de planificación, clasificación, flexibilidad y resolución de problemas entre los menores expuestos a violencia de género, y los menores que además de esto también recibieron maltrato directo.
 - *Hipótesis 11: Los menores que han estado expuestos a violencia de género y que además recibieron maltrato directo obtendrán PEOR EJECUCIÓN en ambas tareas de planificación, clasificación, y resolución de problemas que los menores expuestos a violencia de género que no recibieron maltrato directo.*

- *Hipótesis 12: Los menores que han estado expuestos a violencia de género y que han recibido maltrato directo presentarán mayor RIGIDEZ MENTAL y peor adaptabilidad al feedback ambiental que los menores del grupo control así como mayor tendencia a incumplir las reglas.*

5.2 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Los **participantes** del grupo de estudio fueron 20 niños y niñas, hijos e hijas de mujeres maltratadas, acogidos en los centros residenciales de atención a las víctimas de violencia de género de la Comunidad Valenciana, de Castellón, Teulada y Alicante. El grupo de comparación estaba formado inicialmente por una muestra de 43 menores de características sociodemográficas y edades similares al grupo de estudio. Con el objetivo de obtener un grupo de comparación sin historia de violencia o conflicto familiar, se construyó un instrumento de cribado sobre relaciones, conflictos y armonía familiar (véase anexo). Después de administrar dicho instrumento se excluyeron 8 niños porque mostraban indicios o sospecha de conflictos familiares, divorcios y violencia de género en la familia. Así, el grupo de comparación definitivo fue compuesto por 35 niños y niñas sin historia de malos tratos.



Gráfica 1. Porcentaje de niños y niñas de las casas de acogida (n=20) y del grupo de comparación (n=35)

Las **edades** de los menores estaban comprendidas entre los 9 y los 15 años, con una media de 11,65 años y desviación típica de 2,11 en el grupo de estudio, y una media de 12,14 y desviación típica de 1,85 en el grupo de comparación. La frecuencia de las edades en ambos grupos se muestra a continuación.

	GRUPO ESTUDIO		GRUPO COMPARACIÓN	
9 años	n=3	15%	n=3	8,6%
10 años	n=4	20%	n=5	14,3%
11 años	n=4	20%	n=6	17,1%
12 años	n=3	15%	n=5	14,3%
13 años	n=2	10%	n=7	20%
14 años	n=1	5%	n=5	14,3%
15 años	n=3	15%	n=4	11,4%
TOTAL	N= 20	100%	N=35	100%

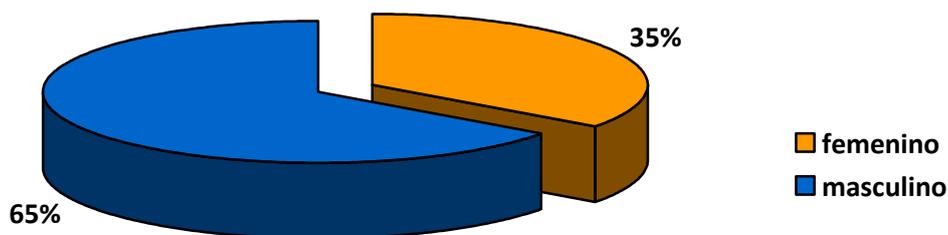
Tabla 6. Frecuencia de casos según edades en el grupo de estudio (n=20) y en el grupo de comparación (n=35)

Hemos dividido los sujetos en dos grupos de edades para ver si son equiparables en ambos grupos. El primer grupo engloba los niños y niñas con edades comprendidas entre los 9 y los 11 años, mientras que el segundo grupo contiene los casos de edades entre los 12 y los 15 años. Según esta reagrupación, el grupo de estudio tendría once casos de edades comprendidas entre los 9 y los 11 años (55%), y nueve niños con edades comprendidas entre los 12 y 15 años (45%). Por otro lado, en el grupo de comparación, habría un total de catorce niños con edades comprendidas entre los 9 y los 11 años (40%), mientras que los niños con edades comprendidas entre los 12 y los 15 años representaron el 60% de la muestra del grupo de comparación.

	GRUPO ESTUDIO		GRUPO COMPARACIÓN	
	<i>N</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>N</i>	<i>Porcentaje</i>
Grupo 1 (9-11 años)	11	55%	14	40%
Grupo 2 (12-15 años)	9	45%	21	60%

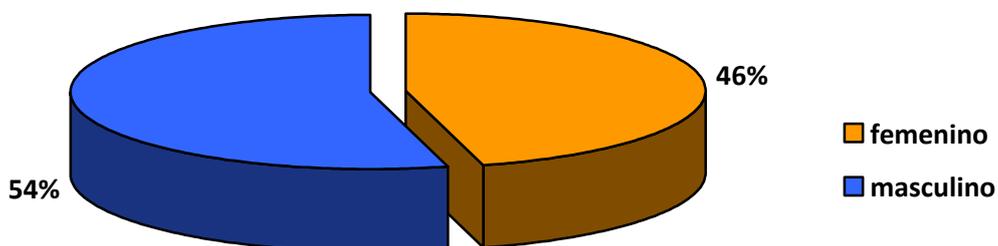
Tabla 7. Frecuencia y porcentaje de casos para las agrupaciones de edades en el grupo de estudio (n=20) y en el grupo de comparación (n=35)

En el grupo de estudio nos resulto imposible homogenizar los casos de niñas y niños, quedando finalmente casi dos tercios de niños (13 niños) frente a un tercio de niñas (7 niñas) en la muestra total del grupo de estudio.



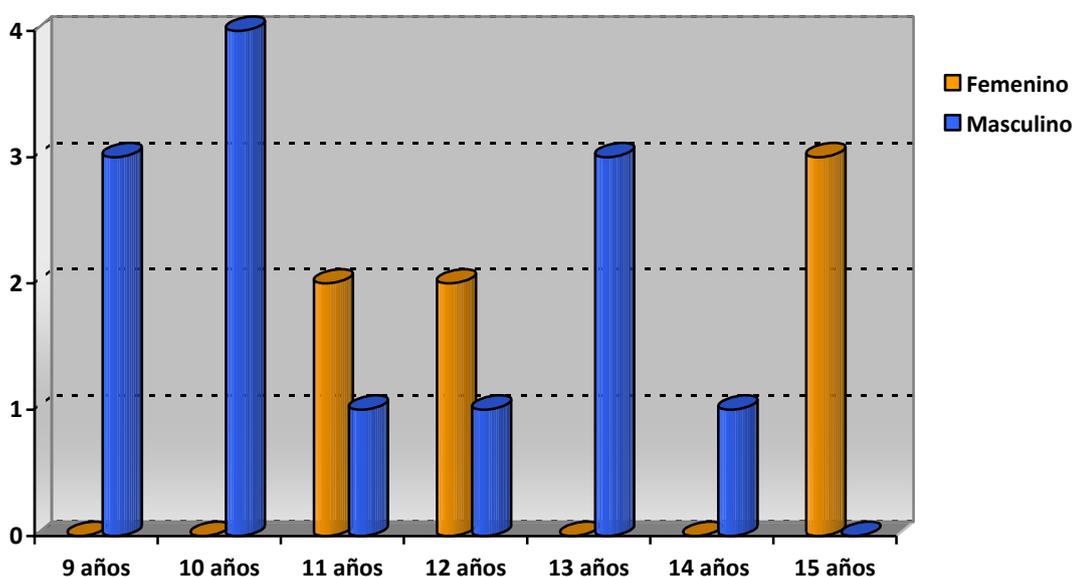
Gráfica 2. Distribución del sexo en la muestra del grupo de estudio (n=20)

Por otro lado, el grupo de comparación estuvo constituido por un total de 19 niños y 16 niñas.



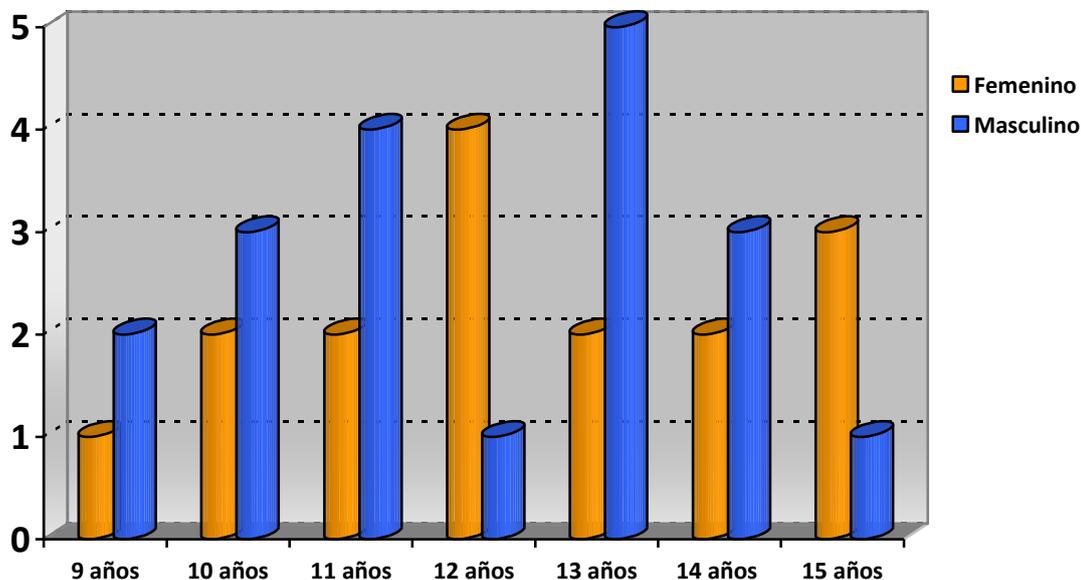
Gráfica 3. Distribución del sexo en la muestra del grupo de comparación (n=35)

Aunque en el grupo de estudio hayamos conseguido recolectar una muestra de niños con edades comprendidas entre los 9 y los 15 años bastante homogénea, vemos que lamentablemente cuando observamos la distribución según el sexo, hay algunos rangos de edad representados únicamente por niños y otros rangos de edad representados únicamente por niñas, algo que podría influir en los resultados finales.



Gráfica 4. Distribución de la edad según el sexo en la muestra del grupo de de estudio (n=20)

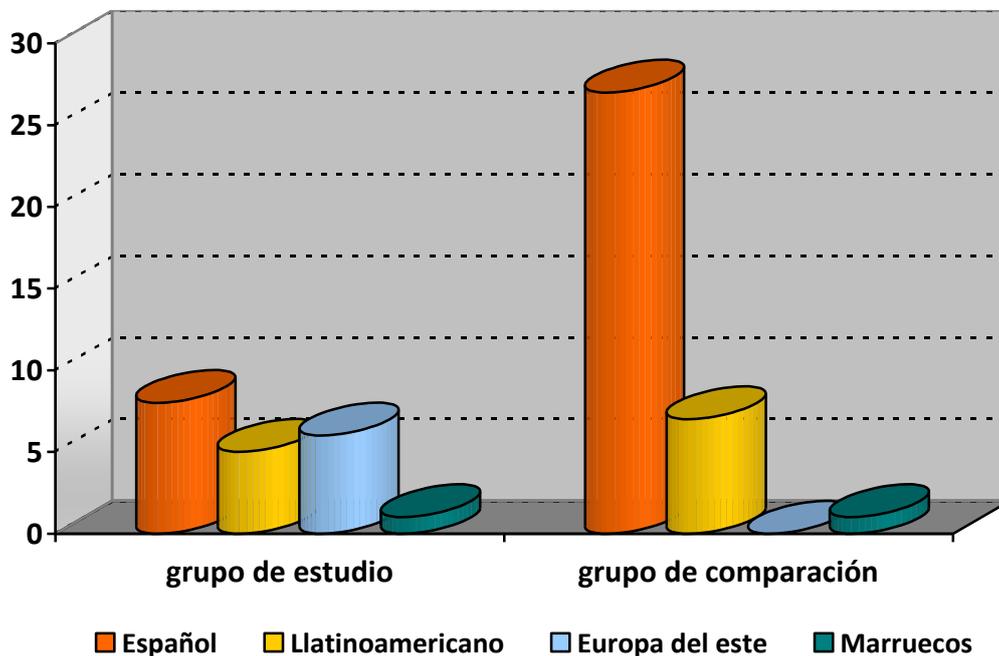
Por otro lado, en la muestra del grupo de comparación teníamos una distribución algo más homogénea según edades y sexo, sin embargo, tras quitar aquellos casos con conflictos familiares, con divorcio y con experiencia de violencia, la distribución quedó de la siguiente manera.



Gráfica 5. Distribución de la edad según el sexo en la muestra del grupo de comparación (n=35)

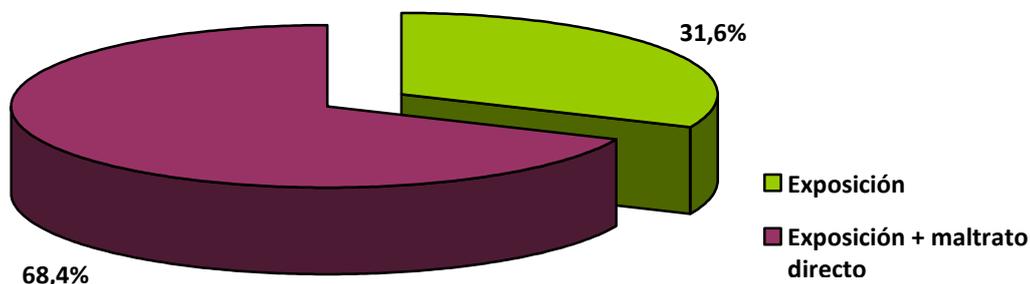
Respecto a la Nacionalidad o lugar de procedencia de los menores, hemos clasificado la muestra en cinco grupos: 1. Españoles, 2. Latinoamericanos, 3. Europa del este, 4. Marruecos. En el grupo de estudio de los veinte niños evaluados, ocho eran de nacionalidad española (40%) cinco de origen latinoamericano (25%) seis procedían de alguno de los países de Europa del este (30%) y un niño era de origen marroquí (5%). En el grupo de comparación; veintisiete de los niños evaluados eran españoles (77,1%) siete de los menores eran de origen latinoamericano (20%), no hubo ningún niño de Europa del este y una de las menores procedía de marruecos (2,9%).

A continuación se presenta una gráfica con la distribución de los porcentajes de la variable; *Nacionalidad* u *origen de procedencia* en el grupo de estudio y en el grupo de comparación.



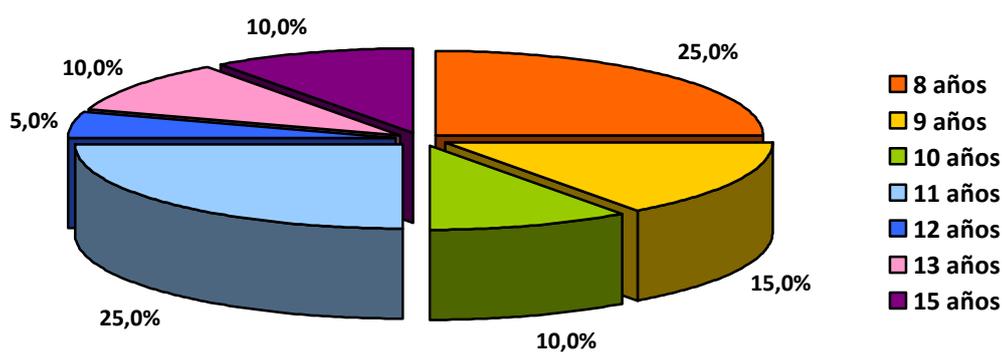
Gráfica 6. Frecuencias del origen de procedencia de los menores y/o sus padres en la muestra del grupo de estudio (n=20) y del grupo de comparación (n=35)

De la variable *tipo de maltrato* se detalló dentro del grupo de estudio dos tipologías. Por un lado, aquellos niños que habían estado expuestos a violencia de género pero no había sufrido maltrato físico, y por otro lado, aquellos niños que además de estar expuestos al maltrato hacia sus madres, sufrieron también maltrato directo, es decir, maltrato psicológico y maltrato físico. Un total de 13 niños (68,4%) cumplían ambas condiciones, de exposición y maltrato directo, mientras que 6 de los menores (31,6%) habían estado expuestos al maltrato y sufrimiento de sus madres pero no habían recibido maltrato directo por parte del agresor. El caso que falta por contabilizar de la muestra de estudio, no se incluyeron dentro de ninguna de las dos tipologías porque las educadoras, la madre y el menor dieron información contradictoria sobre la tipología del maltrato sufrido por este último.



Gráfica 7. Porcentajes del tipo de maltrato sufrido por los menores del grupo de estudio (n=19)

También hemos querido registrar el *periodo de tiempo* que ha durado la exposición a la violencia doméstica. El periodo de tiempo más corto fue de 8 años y el más largo de 15 años. La mayoría de los niños y niñas han estado expuestos a la violencia intrafamiliar desde siempre, por lo que el tiempo de exposición en muchos casos coincide con la edad del menor.



Gráfica 8. Porcentajes del tiempo de exposición a violencia de género en los menores del grupo experimental (n=20)

5.3 INSTRUMENTOS

Como comentábamos anteriormente, la muestra de estudio fue reclutada en los centros de atención a mujeres víctimas de violencia de género de la Dirección General de la Mujer y Familia de la Consellería de Justicia y Bienestar Social de la Comunidad Valenciana. Concretamente los centros residenciales donde acudimos fueron los que se encuentran en la Ciudad de Castellón, Teulada y Alicante. Allí establecimos contacto con las educadoras y profesionales del centro para explicarles los objetivos y procedimiento necesario para el desarrollo de la presente investigación.

Una vez seleccionado los niños de edades comprendidas entre los 9 y 15 años establecimos junto al personal de los centros un horario de trabajo para la evaluación de cada uno de los menores que fuese adecuado para ellos y para las trabajadoras del centro con el objetivo de no interrumpir las actividades del centro y saturar a los menores con el procedimiento de evaluación.

1. Entrevista con la psicóloga del centro

En esta entrevista inicial con la psicóloga de cada centro se recogió información sobre la historia personal de la madre y el/los hijo/s en torno a la experiencia de violencia, duración del maltrato, tiempo durante el cual estuvieron expuestos los menores, edades de los niños cuando empezaron los malos tratos, existencia o no de malos tratos hacia el menor, así como impresiones personales a cerca del menor, la madre y la relación entre ellos.

2. Entrevista con las madres

En esta entrevista con la madre se recogió información sobre su historia personal para contrastarla con el personal del centro. Además indagamos en la relación con el hijo o hija para conocer la actitud y manera con la que la madre se refiere a el/la menor. También se le intentó ofrecer un espacio donde poder expresar como se sentían y para que nos contaran de forma directa como veían a su hijo/hija y si les preocupaba algo en concreto respecto a él/ella, o si por el contrario, denotaba indiferencia.

3. Entrevista con los niños y niñas

En la entrevista personal con el niño se volvió a preguntar por su historia personal, ya que la información que las educadoras tienen es lo que las madres informan y en ocasiones esta puede estar distorsionada, ya sea para proteger al agresor o por un sentimiento de culpa por el sufrimiento del menor. Esta vez nos interesaba recoger información sobre el periodo de tiempo durante el cual el niño estuvo expuesto a violencia de género en el hogar; saber si el maltrato existió desde siempre, si hubo algún hecho puntual que lo precipitara, si hubo un cambio de pareja en la madre, etc.

Otra cuestiones que quisimos aclarar en esta entrevista, fue el tipo de maltrato recibido por los menores. Aunque consideramos que la mera exposición al sufrimiento de la madre ya es en sí mismo un modo cruel de maltrato, hemos querido especificar si además de ello, ha existido maltrato directo hacia el menor.

Por otro lado, interesaba también recoger información sobre la actitud y sentimientos que los menores expresaban respecto al agresor. Algunos presentaron un afecto positivo y afirmaban echarlo de menos, mientras que otros expresaron enfado, rabia e ira hacia él, afirmando que no querían saber nada del padre.

Otro objetivo primordial de esta entrevista fue ofrecerles a los niños y niñas un espacio donde se sintieran atendidos y escuchados, donde se pudieran expresar y contar como se sienten, para facilitar el establecimiento del *Rapport* y establecer un vínculo de confianza bidireccional.

4. EPQ-J: Cuestionario de personalidad para niños y adolescentes

El cuestionario EPQ (Eysenck y Eysenck, 1975) fue creado como instrumento de evaluación para las tres dimensiones básicas de la personalidad; Neuroticismo, Extraversión y Psicoticismo o Dureza. En esta muestra, se ha utilizado la 11ª edición del *Eysenck Personality Questionnaire-Junior* (EPQ-J, Eysenck y Eysenck, 2004) que es la forma adaptada a población infantil y adolescente. La edad requerida para la aplicación de la prueba es de 8 a 15 años. A partir de los 16 años, se aplica la forma para adultos, EPQ-A. Existen una escala para cada una de las dimensiones que evalúa el instrumento, una escala de sinceridad, más una quinta escala que solo aparece en la versión del EPQ para niños y adolescentes; la escala de conducta antisocial.

El test completo consta de 81 ítems de preguntas cerradas y respuesta dicotómica (sí-no). La escala de Neuroticismo consta de 20 ítems, la escala de extraversión de 24

ítems, la escala de Dureza de 17 ítems y la escala de sinceridad consta de 20 ítems. La escala de conducta antisocial, está formada por una combinación de ítems que forman parte de las demás escalas, en total consta de 36 ítems. La corrección del cuestionario se realiza a través de una plantilla, donde se marcan las respuestas dadas en cada uno de los ítems. Se contabilizan las respuestas en cada escala y se obtiene la puntuación directa que el sujeto obtiene en dicha dimensión, y posteriormente se compara con los baremos acordes a su edad, para obtener la puntuación típica.

El modo de aplicación de la prueba puede ser individual o colectivo, según los objetivos concretos de la evaluación, y la duración puede ser variable según la capacidad lectora del niño/a o adolescente, pero siempre suele oscilar entre los 15 y 25 minutos.

Una puntuación alta en Neuroticismo, indica que el sujeto es inestable emocionalmente, una puntuación alta en Extraversión indica que el sujeto le interesan y agradan las relaciones sociales y una puntuación alta en psicoticismo o dureza da indicios de tratarse de un sujeto raro y solitario, despreocupado de los demás, frío, cruel, hostil y/o agresivo.

5. STAXI-NA: Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes

El STAXI-NA (V. del Barrio, C. D. Spielberger y A. Aluja, 2005) fue diseñado para evaluar el estado rasgo, experiencia y control de la ira en población infantil y adolescentes. Este instrumento fue el resultado de transformar el STAXI (Spielberger, 1988) para adultos, en una prueba adecuada para población infantil y adolescente y adaptada para poderse aplicar a población de habla hispana.

Consta de 32 elementos que evalúan la experiencia, expresión y control de la ira, y sus facetas como estado y como rasgo. Estos 32 elementos se dividen en cuatro escalas; Estado-Ira, Rasgo-Ira, Experiencia-Ira, y Control-Ira. A su vez, estas escalas se dividen en dos sub-escalas cada una. Así, la escala de estado-ira está compuesta por la escala de; sentimiento-ira y expresión física y verbal de ira; la escala de Rasgo-Ira está formada por; la escala de temperamento-ira y reacción-ira; la escala de experiencia-ira se subdividen en; experiencia interna y experiencia externa de ira y la escala de control-ira está formada por; control interno y control externo de ira.

Cada subescala cuenta con 4 elementos y por lo tanto, cada escala tiene un total de 8 ítems. Cada ítem tiene un formato de respuesta tipo likert de tres alternativas (Pocas veces - Algunas veces - Muchas veces). El sujeto tiene que leer cada elemento y contestar la respuesta que más bien le describa. Todos los elementos están redactados de manera positiva, por lo que una respuesta en pocas veces puntúa para ese ítem, 1, algunas veces 2, y muchas veces 3 puntos. Así, el mínimo en la puntuación directa es 4

para una subescala y 8 para una escala, y el máximo de puntos que se pueden obtener son 12 puntos en una subescala y 24 en una escala.

Los ítems que conforman cada escala y subescala son:

- *Estado-ira:*
 - Sentimiento-ira: ítems 1, 2, 3 y 6.
 - Expresión verbal y física de la ira: ítems 4, 5, 7 y 8.
- *Rasgo-ira:*
 - Temperamento-ira: ítems 9, 10, 13 y 14.
 - Reacción de ira: ítems 11, 12, 15 y 16.
- *Expresión interna-externa de ira*
 - Expresión externa de la ira: ítems 17, 21, 22 y 27.
 - Expresión interna de la ira: ítems 18, 19, 20 y 23
- *Control de la ira*
 - Control externo de la ira: ítems 24, 25, 26 y 28.
 - Control interno de la ira: ítems 29, 30, 31 y 32.

La población diana a la que se le puede aplicar el inventario son niños y adolescentes de edades comprendidas entre los 8 y los 17 años, y el tiempo de aplicación de la prueba puede oscilar entre 15 y 30 minutos aproximadamente. La aplicación del test se puede realizar de manera individual o colectiva, según los objetivos concretos que se persigan en la evaluación.

6. IRI: Índice de Reactividad Interindividual

El Índice de Reactividad Interindividual (Davis, 1980, 1983), parece ser la mejor medida de empatía que existe en la actualidad. Esta prueba evalúa la empatía disposicional de manera multidimensional, incluyendo dos escalas de empatía emocional y dos escalas de empatía cognitiva. La prueba mide la empatía en adultos y fue adaptada al español con una muestra de padres y madres, y otra muestra de estudiantes universitarios (Pérez-Albéniz, de Paúl, Etxeberría, Montes y Torres; 2003). Posteriormente, Mestre, Frias y Samper (2004) revisaron las propiedades psicométricas de la prueba en una muestra de preadolescente y adolescentes de 13 a 18 años, donde concluyeron que la prueba era apta para administrarse en dicho rango de edades.

Otros investigadores utilizaron la versión española del IRI (Mestre, Frías y Samper, 2004) en dos muestras de niños argentinos de N= 633 y 652, respectivamente, de ambos sexos, de 9 a 12 años de edad, que concurrían a escuelas primarias de la ciudad de Buenos Aires (Richaud, 2008). Por lo que parece que el IRI adaptado al español podía administrarse también en edades más tempranas de las planteadas inicialmente.

El cuestionario consta de 28 elementos con un formato de respuesta tipo likert de 5 alternativas. El sujeto evaluado tiene que leer cada ítem e indicar como le describe eligiendo de 1 a 5 (1= no me describe bien, 2=me describe un poco; 3= me describe bastante bien; 4= me describe bien y 5= me describe muy bien).

Como comentamos al principio, el instrumento consta de 4 escalas de medida con 7 ítems en cada una. Dos de las escalas hacen referencia a formas de empatía emocional (Empathic concern y Personal distress) y las otras dos a formas de empatía cognitiva (Fantasy y Perspective talking), por lo que el instrumento permite medir tanto aspectos cognitivos como las reacciones emocionales que subyacen cuando adoptamos una actitud empática. Las escalas son:

- *Fantasía (F; Fantasy)*: Esta escala evalúa la tendencia del sujeto a identificarse con personajes novelísticos o del cine. Es decir, evalúa la capacidad imaginativa del sujeto para ponerse en situaciones ficticias. Esta escala esta formada por los ítems; 1, 5, -7, -12, 16, 23 y 26.
- *Toma de perspectiva (PT; Perspective talking)*: Esta escala pretende evaluar la tendencia del sujeto para ver y comprender el punto de vista de otras personas y ponerse en su lugar de manera espontanea en situaciones cotidianas. Esta escala la conforman los ítems; -3, 8, 11, -15, 21, 25 y 28
- *Preocupación Empática (EC; Empathic concern)*: Evalúa la tendencia de los sujetos para experimentar sentimientos de compasión, cariño y preocupación por los demás, es decir, evalúa los sentimientos orientados hacia el otro ante experiencias negativas. Esta escala está formada por los siguientes ítems: 2, -4, 9, -14, -18, 20 y 22.
- *Distrés o malestar personal (PD; Personal distress)*: Evalúa los sentimientos de ansiedad e incomodidad ante el malestar y sufrimiento de los demás. Es decir,

evalúa los sentimientos orientados hacia el yo, al observar las experiencias negativas de los demás. En esta escala se incluyen los siguientes ítems: 6, 10, -13, 17, -19, 24 y 27.

Las puntuaciones directas de cada escala se obtienen sumando las respuestas dadas por el sujeto en cada uno de los ítems que conforman la escala, siendo la puntuación para los ítems positivos: 1-2-3-4-5; y para los negativos; 5-4-3-2-1.

La población diana a la que se dirige esta prueba, son desde niños a partir de 9 años hasta personas adultas, y el tiempo necesario para la aplicación puede oscilar entre 15 y 20 minutos dependiendo de la edad y fluidez lectora del sujeto evaluado. La forma de aplicación, puede realizarse tanto de manera colectiva como individualmente, en función de los objetivos concretos que persiga la evaluación.

7. CAG: Cuestionario de Autoconcepto

El cuestionario de autoconcepto GARLEY; CAG (García Torres, 2001), fue diseñado para evaluar como el sujeto se valora a sí mismo en 6 facetas diferentes, por ello el cuestionario se divide en 6 escalas; Autoconcepto físico, Autoconcepto social, Autoconcepto familiar, Autoconcepto intelectual, Autoconcepto personal y Autocontrol. Cada una de las escalas consta de 8 ítems, por lo que el test completo tiene un total de 48 ítems. El diseño de las preguntas tiene un formato de respuesta tipo likert de 5 alternativas (Nunca-Pocas veces-No sabría que decir-Muchas veces-Siempre). Que se puntúan de 1 a 5 en los ítems positivos y de 5 a 1 en los ítems negativos. Así pues, la

puntuación máxima que se puede obtener en una escala es de 40 y la mínima de 8 puntos.

- La escala de *Autoconcepto Físico* la componen los ítems; 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37 y 43. Todo ellos hacen referencia a partes del cuerpo; por ejemplo; “me gustan mis ojos”, “me gusta mi pelo”, “tengo un buen tipo”, o a cualidades físicas como por ejemplo “soy fuerte”.
- La escala de *Autoconcepto Social* la componen los ítems, 2, -8, 14, -20, 26, 32, 38 y 44. Estos ítems evalúan la percepción que el niño tiene sobre sus competencias y relaciones sociales, con ítems tal como, “Tengo facilidad para hacer amigos”, “me cuesta hacer amigos”, “soy popular” o “los demás niños se ríen de mi”.
- La escala de *Autoconcepto Familiar* está formada por los ítems, -3, 9, 15, 21, 27, -33, -39 y -45. Esta escala pretende evaluar cómo se percibe el menor dentro de su familia con ítems tales como; “soy una persona importante en mi familia”, “causo problemas a mi familia” y si existe situación de negligencia o maltrato; “en casa abusan de mi”
- La escala de *Autoconcepto Intelectual* está compuesta por los ítems, 4, 10, -16, 22, 28, 34, 40 y 46, y pretender evaluar cómo se percibe el menor a sí mismo en los aspectos relativos a las tareas académicas y rendimiento escolar, con ítems tales como; “creo que soy inteligente”, “soy un buen lector”, “tengo buena memoria”, “termino con rapidez mis deberes”

- La escala de *Autoconcepto Personal* la forman los ítems, 5, -11, -17, 23, 29, 35, -41 y 47; y hace referencia a como el niño se percibe a sí mismo de manera global. Esta escala es la que más se parece a una medida de autoestima, pues los ítems que la componen hacen referencia a estados emocionales y de satisfacción con uno mismo como por ejemplo: “lloro frecuentemente sin que exista una causa para ello” o “me considero una persona feliz”.
- En la escala de *Autocontrol* se incluyen los ítems, 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42 y -48. Esta escala pretende evaluar el grado en que el menor siente que controla su vida, en cierto modo, evalúa autoeficacia, control conductual y emocional, a través de afirmaciones tales como; “generalmente controlo lo que me pasa”, “suele tener mis cosas en orden”, “puedo controlarme cuando alguien me provoca”, “me siento como una pluma al viento manejada por otras personas”, pero también incluye algún ítem que parece evaluar formas de manipulación más que de control, “puedo hacer que los demás hagan lo que yo quiera”.

El CAG está diseñado para evaluar a población infantil y adolescentes. Se puede aplicar desde niños que puedan leer con fluidez (7-8 años) hasta el final de la escolarización, sobre los 17-18 años (García Torres, 2001). Generalmente se aplica de manera colectiva, pero dependiendo de los objetivos de la evaluación o características del sujeto evaluado, también puede aplicarse de manera individual. El tiempo que puede durar la aplicación es variable, según la fluidez lectora de cada sujeto, puede oscilar entre 15 y 20 minutos aproximadamente.

8. *Evaluación de las funciones ejecutivas*

La evaluación neuropsicológica de las funciones ejecutivas no es nada sencilla debido principalmente a motivos metodológicos intrínsecos a los instrumentos utilizados (Slachevsky, Pérez, Silva, Orellana, Prenafeta, Alegría y Peña, 2005). A diferencia de la evaluación de otros constructos cuya relación entre lo que se pretende medir y el test utilizado es única y directa, la evaluación de las funciones ejecutivas no tiene una relación directa con pruebas específicas, sino que en cada una de las pruebas que evalúan con mayor énfasis alguna de las funciones ejecutivas, todas las demás funciones están también interrelacionadas. De esta manera, en el test de clasificación de tarjetas de Wisconsin (WSCT) se evalúa principalmente los procesos de categorización, pero también las respuestas perseverativas se relacionan con déficits en flexibilidad mental, o impulsividad y falta de control. Por lo tanto, para la realización del test WSCT, tal como señala Slachevsky y col., (2005) es necesario la integración de capacidades de conceptualización, pero también los procesos de control asociados a la solución de problemas y a la flexibilidad cognitiva.

Del mismo modo, la Torre de Londres (TOL) evalúa las capacidades de planificación, pero para planificar una tarea es necesario tener la capacidad para proyectar mentalmente las distintas etapas de una acción antes de su ejecución, se necesita un buen uso de la atención sostenida, de la memoria de trabajo y buena capacidad de organización.

8.1 Test de Clasificación de tarjetas de Wisconsin (WCST)

El nombre original del instrumento es *Wisconsin Card Sorting Test* (Heaton, R., Chelune, G., Talley, J., Kay, G., Curtiss, G., 1993), y fue traducido al español por; Cruz, M.V. (1997, 2001). La prueba se desarrolló inicialmente para evaluar el razonamiento abstracto y la habilidad para cambiar las estrategias cognitivas como respuesta a cambios ambientales (Berg, 1948, Grant y Berg, 1984). Así, el WCST se puede considerar como una medida de la función ejecutiva que requiera habilidad para desarrollar y mantener una estrategia de solución de problemas adecuada. Además, el WCST también requiere estrategias de planificación, organización y utilización del feedback ambiental para cambiar esquemas, orientación de la conducta hacia el logro de un objetivo y modulación de las respuestas impulsivas (Chelune y Baer, 1986; Gnys y Willis, 1991; Perrine, Cuprensa, Welsh y Pennington, 1988). Por lo tanto, es considerada también una buena medida de flexibilidad mental y adaptabilidad.

Aunque el instrumento fue construido para utilizarse en población sana, cada vez se utiliza más con sujetos que presentan lesiones cerebrales en el lóbulo frontal. Posteriormente el interés sobre los efectos que pueden producir un daño a edades tempranas en el lóbulo frontal en aspectos cognitivos y de desarrollo en los niños, hizo también surgir un considerable interés hacia la utilización del WCST como medida potencial de la función ejecutiva en edad escolar (WCST, 2001).

El WCST está formado por los siguientes materiales:

- El manual.

- 4 tarjetas-estímulo.
- Dos bloques de tarjetas-respuesta con 64 elementos cada una.
- Hoja de anotaciones y corrección.

Tanto las tarjetas-estímulo como las tarjetas-respuesta contienen una serie de dibujos con una configuración determinada. Las cuatro tarjetas-estímulo, contienen las figuras que constituyen los estímulos del test: un triángulo rojo, dos estrellas verdes, tres cruces amarillas y cuatro círculos azules. En ellas se representan solo tres parámetros; Color, Forma y Número. Las tarjetas-respuesta contienen figuras de diversas formas (cruces, círculos, estrellas y triángulos) diversos colores (rojo, verde, amarillo y azul) y número de elementos (uno, dos, tres y cuatro). Cada una de las tarjetas-respuestas se puede emparejar con una de las tarjetas-estímulo atendiendo a uno de los parámetros o a una combinación de estos. Las 64 tarjetas-respuesta de ambos bloques están numeradas para conservar en cada administración de la prueba el mismo orden de aparición de las tarjetas.

El objetivo de la prueba consiste en clasificar cada tarjetas-respuesta con la tarjeta-estímulo que el sujeto considere que puede ser su pareja, pero sin que el evaluador le de ninguna pista sobre el criterio que debe seguir en la elección de la tarjeta-estímulo. el evaluador únicamente ofrece feedback positivo o negativo respecto a la ejecución al decirle si el emparejamiento es correcto o incorrecto. Guiándose por este feedback el sujeto evaluado debe continuar la clasificación.

El primer criterio de clasificación es el *Color*. Cuando el sujeto evaluado haya clasificado 10 tarjetas consecutivas según este criterio, dicha categoría se dará por completada y se cambiará al segundo criterio; *Forma*. De igual modo, se dará por completada al finalizar 10 clasificaciones consecutivas según este criterio y empezará una nueva clasificación con el criterio *Número*. Al finalizar estas tres categorías se volverá al criterio *Color*, luego *Forma* y por último de nuevo, *Número*. La prueba finaliza cuando el sujeto logra completar las seis categorías o cuando expira todas las tarjetas-respuesta (128 tarjetas en total). Es importante no dar ninguna señal de cuál es el criterio que hay que seguir, ni tampoco de cuándo va a cambiar el criterio de clasificación, para no contaminar los resultados de la prueba.

Las medidas que evalúa son:

- *Número de intentos aplicados*: El máximo de intentos aplicados corresponde al total de tarjetas-respuesta que contiene la prueba (128 tarjetas). Sin embargo, la prueba termina cuando el sujeto evaluado completa 6 categorías. Así pues, el número de intentos aplicados corresponde al número de tarjetas-respuesta que el sujeto necesitó para terminar la prueba.
- *Número de respuestas correctas*: Se suman todas las respuestas correctas que el sujeto ha dado bajo el criterio implícito de cada categoría.
- *Número de errores*: Todas aquellas respuestas que el sujeto dio, que no incluían el criterio de clasificación de la categoría.
- *Porcentaje de errores*: Este porcentaje se obtiene multiplicando el número de errores por el número de intentos aplicados y dividido por 100.

$$\frac{(\text{n}^\circ \text{ de errores}) \times (\text{n}^\circ \text{ intentos aplicados})}{100}$$

- *Número de respuestas perseverativas:* Se suman las respuestas que el sujeto a clasificado según un criterio equivocado y que aún recibiendo feedback negativo respecto a la ejecución, sigue clasificando las tarjetas bajo el mismo criterio. Así, un número elevado de respuestas perseverativas puede indicar poca flexibilidad mental y dificultades para atender a cambios en el ambiente.
- *Porcentaje de respuestas perseverativas:* Sigue la misma lógica que el porcentaje de errores.

$$\frac{(\text{n}^\circ \text{ resp. perseverativas}) \times (\text{n}^\circ \text{ intentos aplicados})}{100}$$

- *Errores perseverativos:* Se señalan, dentro del total de errores, aquellos que además son perseverativos, es decir, que siguen un criterio de clasificación previamente calificado por el evaluador cómo incorrecto.
- *Porcentaje de errores perseverativos:*

$$\frac{(\text{n}^\circ \text{ errores perseverativos}) \times (\text{n}^\circ \text{ intentos aplicados})}{100}$$

- *Errores No perseverativos:* Número de respuestas clasificadas incorrectamente pero que no siguen el criterio de clasificación perseverativo, sino que corresponde a intentos fallidos por encontrar el criterio correcto.
- *Porcentaje de Errores No perseverativos:*

$$\frac{(\text{n}^\circ \text{ errores NO perseverativos}) \times (\text{n}^\circ \text{ intentos aplicados})}{100}$$

- *Respuestas de nivel conceptual:* Son el total de número de aciertos que siguen un formato de al menos tres respuestas correctas consecutivas. Es decir, se pretende computar las respuestas que con mayor probabilidad se han clasificado correctamente siguiendo una estrategia de clasificación y no por medio del azar. Así, una o dos respuestas correctas aisladas, no se computan en este apartado, porque pueden haberse clasificado correctamente por cuestión de suerte.

- *Porcentaje de Respuestas de nivel conceptual:*

$$\frac{(\text{n}^\circ \text{ resp. Nivel conceptual}) \times (\text{n}^\circ \text{ intentos aplicados})}{100}$$

- *Número de categorías completadas:* Se indica de 0 a 6, el número total de categorías que el sujeto ha completado.
- *Intentos para completar la 1º Categoría:* se indica el número de tarjetas-respuesta que el sujeto necesitó utilizar hasta que completo las 10 clasificaciones correctas de la 1º Categoría; *Color*.
- *Fallos para mantener la actitud:* En este apartado se incluyen aquellos fallos que suceden después de hacer al menos cinco clasificaciones correctamente, e indican la mayor o menor facilidad que el sujeto tiene para mantener la atención sostenida y la estrategia de clasificación sin despistarse. Así, cuando un sujeto no tiene ningún fallo para mantener la actitud, tiene una buena atención sostenida y facilidad para mantener la estrategia de clasificación. Por el contrario, si tiene muchos fallos de este tipo, puede tener problemas de atención o problemas para mantener la estrategia de clasificación.

El modo de aplicación es individual y la duración es variable, pues depende de la habilidad del sujeto evaluado. Generalmente en población infantil y adultos con daño cerebral se necesita más tiempo. El rango de edad al que se puede aplicar el WSCT es muy amplio, puesto que abarca niños, adolescentes y adultos entre 6 años y medio y 89 años. Además, existen baremos estandarizados que ofrecen una puntuación típica por edades para cada una de las variables de la prueba.

8.2 Torre de Londres (TOL)

El nombre original de la prueba es *Tower of London* (William C. Culberston, Eric A. Zillmer, 2001, 2005). La prueba originaria fue creada por Shallice (1982) pero esta 2ª edición presenta nuevas modificaciones en la administración y corrección del test. Igual que ocurre con el WSTC, la torre de Londres ha sido utilizada como instrumento neuropsicológico para evaluar las estrategias de solución de problemas, especialmente las habilidades en planificación, en población infantil y en adultos.

El TOL_{DX}, es una prueba que ofrece información valiosos acerca de las habilidades de planificación y resolución de problemas. Las funciones ejecutivas incluyen la delimitación, organización e integración de los comportamientos necesarios para poner en práctica una intención o alcanzar una meta (Culbertson et al., 2005). En este sentido, la torre de Londres ofrece información sobre la capacidad del sujeto para realizar un plan de actuación previo a la ejecución y solución de cada problema de la prueba. Evalúa la capacidad de planificar y llevar a cabo de manera correcta una estrategia de

resoluciones de problemas y la capacidad de reconducir una estrategia inicialmente errónea sin infringir las reglas básicas necesarias para realizar la prueba.

La Torre de Londres consta de:

- El manual del TOL.
- Dos bases de madera con tres palos o sticks en cada una, también de madera. Una de las bases es la que tiene que utilizar el evaluador y la otra es para ser utilizado por el sujeto evaluado.
- Cada conjunto contiene también tres bolas de colores; rojo, verde y azul que se introducen en los palos o sticks de madera.
- Un cronómetro que tiene que ser utilizado por el evaluador para calcular el tiempo de inicio, tiempo de ejecución y tiempo total para resolver cada uno de los problemas de la prueba.
- Hoja de anotaciones

El objetivo de la prueba es que el sujeto evaluado logre la combinación de las tres bolas de colores, tal y como le muestre el evaluador en su base, pero atendiendo a algunas normas: En primer lugar, cada uno de los sticks tiene un tamaño diferente; hay uno donde solo cabe una bola, otro donde solo caben dos, y un tercer stick donde caben las tres bolas. La primera regla que no debe infringir el sujeto, es que para conseguir la combinación que le muestre el evaluador, el sujeto evaluado no puede colocar más bolas de las que caben en cada palo, para conseguir resolver el problema. En el caso de que se le plantee ese dilema, tiene que buscar otro modo de conseguir la combinación correcta.

La segunda de las reglas es que solo puede mover las bolas de una en una, y por lo tanto, hasta que no esté una bola en uno de los palos no puede mover la siguiente. Nunca puede quedar ninguna de las tres bolas fuera del conjunto de palos.

Además de estas dos reglas, hay que remarcarle al sujeto, que debe solucionar el problema que le planteamos en el **menor número de movimientos posibles**. Puesto que cada uno de los problemas que conforman la prueba tienen un número de movimientos mínimos necesarios para solucionarlos, y el sujeto evaluado debe intentar solucionar los problemas solo con el número de movimientos mínimos necesarios.

La prueba consta de un problema de demostración, dos problemas sencillos de prueba para asegurarnos que el sujeto ha entendido correctamente el propósito del TOL, y diez problemas que constituyen la prueba en sí misma. Cada vez que presentemos una nueva combinación, hay que volver a colocar en la posición inicial las bolas del conjunto que este utilizando el sujeto evaluado. Una vez colocamos el primero de los problemas, le indicamos al sujeto que ya puede empezar. Desde ese momento se activará el cronómetro y cuando haga el primer movimiento se anotará en la casilla de *initiation time* los segundos que hayan pasado. Se contabilizan los movimientos que hace mentalmente y se observa si infringe alguna de las dos reglas comentadas anteriormente. Si fuese así, se señalaría en las casillas indicadas para ello.

Cuando resuelve el problema se paraliza el cronómetro y se indica en la casilla *total time* los segundos que marque el cronómetro. En la casilla de *Execution time*, se indicará el valor resultante de restar el tiempo de inicio al tiempo total. Cuando el tiempo total utilizado para resolver el problema excede los 60 segundos, marcaremos un punto en la casilla de *Time Violation*. La puntuación total del *initiation time*, *execution time*, *total time*, *violation time* y *rules violations*, se obtiene sumando el valor que se obtuvo en los 10 problemas que conforman el instrumento. También hay que anotar el número de movimientos totales que haya utilizado para resolver cada uno de los problemas. El número total lo anotaremos en la casilla *Move Count*, y a este número le restaremos el mínimo de movimientos que son necesarios para resolver dicho problema. Puesto que los 10 problemas aumentan en dificultad, el número de movimientos mínimos necesarios para cada elemento va desde 3 movimientos hasta 7 movimientos. Cuando la resta entre el número de movimientos utilizados y el número de movimientos mínimo necesario sea 0, se contabilizará dicho ejercicio como un problema resuelto correctamente. Así, el total de problemas resueltos con el número mínimo de movimientos necesarios será la puntuación que se indicará en la casilla *Total Correct Score*. Por otro lado, cuando el sujeto haya necesitado más de los movimientos mínimos necesarios para solucionar uno de los problemas, se indicará dicha diferencia (es decir, los movimientos extra utilizados) en la columna de *Move Score*. El total de esta puntuación en todos los problemas presentados dará lugar a la *puntuación total de movimientos*.

El modo de aplicación de la prueba es individualmente y tiene una duración aproximada de entre 10 y 15 minutos. El rango de edad al que se puede aplicar esta prueba es muy amplio, abarca desde niños de 7 años hasta adultos de 80 años de edad, y al igual que el WSCT, también incluye baremos estandarizados para adultos y para niños.

5.4 PROCEDIMIENTO

Como comentamos anteriormente, los menores incluidos dentro del grupo de estudio fueron reclutados de los centros residenciales de acogida a las víctimas de violencia de género de la Comunidad Valenciana de Castellón, Teulada y Alicante.

En primer lugar, contactamos con las educadoras de los centros donde se les explicó los objetivos de la investigación, los instrumentos que se iban a utilizar y el periodo de tiempo que llevaría reclutar la información y los datos necesarios. Una vez aceptado nuestra propuesta, decidimos acotar la muestra de estudio desde niños y niñas de 9 años hasta niños y niñas de 15 años de edad por dos razones: en primer lugar, porque al tratarse de una muestra muy pequeña, abarcar a niños más pequeños podría distorsionar los resultados, pudiendo afectar más la variable edad que la variable *maltrato*. En segundo lugar, la naturaleza de los cuestionarios e instrumentos neuropsicológicos utilizados, no estaban adaptados para ser utilizado en niños menores de 7-8 años, por lo que hubiese sido complicado evaluar los constructos que incluyen estas pruebas mediante otros instrumentos y hubiese carecido de fiabilidad comparar dichos resultados.

Una vez acordado el grupo de menores que en función de la edad iban a incluirse en la muestra de estudio, se les informó a las madres para que dieran su consentimiento y para que accedieran a tener una entrevista con la psicóloga investigadora. En esta

entrevista la psicóloga se presentó e informó personalmente de los propósitos de la investigación, además de recoger información respecto a su historia de maltrato y sobre todo, a la experiencia y vivencia de su/s hijo/a/s. A continuación, la psicóloga entrevistó a los menores con el objetivo de contrastar la información aportada por la madre y crear un buen clima de trabajo con los menores.

Las pruebas se administraron para cada niños en dos días: Un primer día se administraron dos de los cuestionarios (EPQ-J y STAXI-NA) y una de las pruebas neuropsicológicas (Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin). El segundo día se administraron los cuestionarios; CAG e IRI, y la Torre de Londres.

Por otro lado, la muestra del grupo de comparación se recogió de varios lugares; alguno de los niños incluidos provienen del instituto I.E.S Sucro de Albalat de la Ribera; otros del colegio público l'Alcocera de Polinyà del Xúquer, otros menores fueron reclutados de asociaciones de inmigrantes de Valencia y un tercer grupo de niños provenían de colegios de Valencia capital. El modo en que se recabó información y se recolectaron los datos fue prácticamente idéntica al modo de proceder en el grupo de estudio, añadiendo en este caso, un cuestionario de *screening* sobre armonía y relaciones familiares que tuvo como objetivo eliminar de la muestra a los menores que presentaron sospecha de conflictos familiares.

El desarrollo del marco teórico y el periodo de recogida de información y del presente estudio comprendió desde Septiembre del 2011 hasta Noviembre del 2012. En Diciembre del 2012 se llevaron a cabo los análisis estadísticos mediante el *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) y de Enero a Marzo del 2013 se redactaron los resultados, las conclusiones y la discusión.

6. ANÁLISIS Y RESULTADOS

Una vez completada la recogida de información, se procedió a la exploración estadística de los datos a través del paquete estadístico SPSS.

En primer lugar mostraremos los análisis descriptivos de los diferentes cuestionarios y pruebas neuropsicológicas aplicados: El cuestionario de personalidad EPQ-J, el inventario de expresión y control de la ira estado-rasgo STAXI-NA, el cuestionario de Empatía o Índice de Reactividad Interpersonal IRI, el cuestionario de autoconcepto CAG, y las pruebas neuropsicológica que evalúan funciones ejecutivas; Test de Clasificación de tarjetas de Wisconsin WSCT y Torre de Londres TOL.

En segundo lugar se presentan los análisis comparativos entre el grupo de niños expuestos a violencia de género y el grupo de comparación, así como análisis estadísticos dentro del grupo de estudio según el tipo o gravedad del maltrato sufrido.

6.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVOS

En este apartado vamos a limitarnos a presentar las frecuencias y porcentajes de las puntuaciones y respuestas obtenidas por el grupo de menores expuestos a violencia de género y por el grupo de comparación, en cada una de las escalas de los cuestionarios y pruebas neuropsicológicas que conforman el protocolo de evaluación.

6.1.1 Cuestionario de Personalidad EPQ-J

A continuación presentamos un resumen de las frecuencias y porcentajes que el grupo de estudio y el grupo de comparación obtuvo en las escalas de personalidad que incluye el EPQ-J. En este cuestionario, la muestra de estudio quedó reducida a 17 menores, pues tres de los menores de la muestra de estudio fueron excluidos por que los cuestionarios estaban incompletos o por haber abandonado el centro antes de terminar la recolección de datos. Por otro lado, todos los menores de grupo de comparación completaron correctamente la prueba, por lo que contamos con 35 menores en este grupo.

Seguidamente presentamos una tabla con las medias y las desviaciones típicas de cada uno de los grupos de este trabajo en cada una de las escalas que nos interesa comparar del EPQ-J.

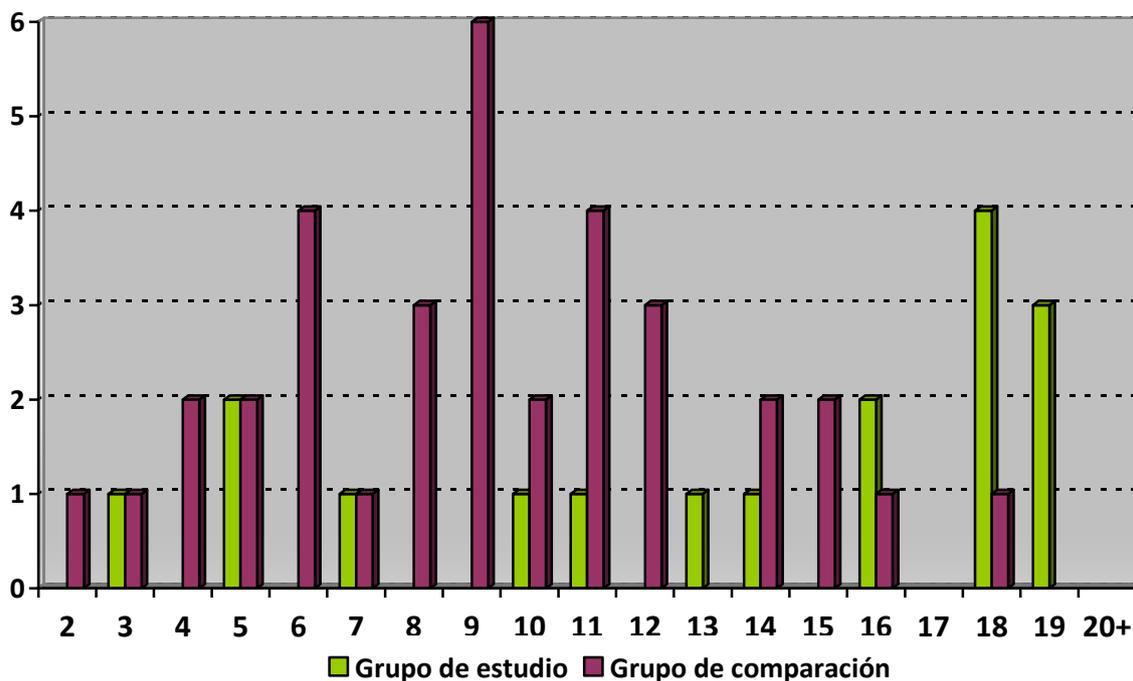
	<i>Neuroticismo</i>		<i>Extraversión</i>		<i>Psicoticismo</i>		<i>Conducta Antisocial</i>	
	<i>X</i>	<i>DT</i>	<i>X</i>	<i>DT</i>	<i>X</i>	<i>DT</i>	<i>X</i>	<i>DT</i>
Grupo de estudio	13,47	5,591	17,41	3,063	2,94	1,600	19,65	4,443
Grupo comparación	9,26	3,853	18,63	3,191	2,34	1,846	17,14	3,069

Tabla 8. Medias y desviaciones típicas de todas las sub-escalas del EPQ-J para el grupo de estudio (n=17) y el grupo de comparación (n=35)

Como comentábamos anteriormente el cuestionario consta de 81 ítems de los cuales veinte conforman la escala de **Neuroticismo**. Así pues, el rango de valores entre los que pueden estar la puntuación de un sujeto en esta escala es de 0 a 20.

En la gráfica 9, vemos que la muestra total de niños y niñas obtuvo puntuaciones muy dispersas en inestabilidad emocional, sin embargo, el grupo de comparación muestra una distribución normal donde la moda es una puntuación de 9 y donde la media es de 9,26. Por otro lado, el grupo de estudio no muestra una distribución normal, concentrándose algo más de la mitad de la muestra (53%) en las puntuaciones más altas, entre 16 y 19 puntos. Cuatro de los menores de este grupo (23,5%) obtuvieron puntuaciones medias, entre 10 y 14 puntos, mientras que otros cuatro niños y niñas (23,5%) obtuvieron puntuaciones bajas en inestabilidad emocional, entre 3 y 7 puntos.

Por otro lado, el grupo de comparación tiene la mayoría de casos (65,8%) entre los 6 y los 12 puntos. Mientras que, seis de los niños (17,1%) mostraron puntuaciones más elevadas en esta escala, entre 14 y 18 puntos, y la misma proporción de casos (17,1%) obtuvieron las puntuaciones más bajas en Neuroticismo, entre 2 y 5 puntos.



Gráfica 9. Frecuencias de las puntuaciones en la escala de Neuroticismo del cuestionario EPQ-J para el grupo de estudio (n=17) y para el grupo de comparación (n=35)

A continuación presentamos la tabla 9 con las frecuencias y porcentajes de las puntuaciones obtenidas por ambos grupos del estudio en la escala de Neuroticismo del EPQ-J.

	NEUROTICISMO			
	Grupo de estudio		Grupo de comparación	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
2-5	3	17,6%	6	17,1%
6-12	3	17,6%	23	65,8%
13-19	11	64,7%	6	17,1%

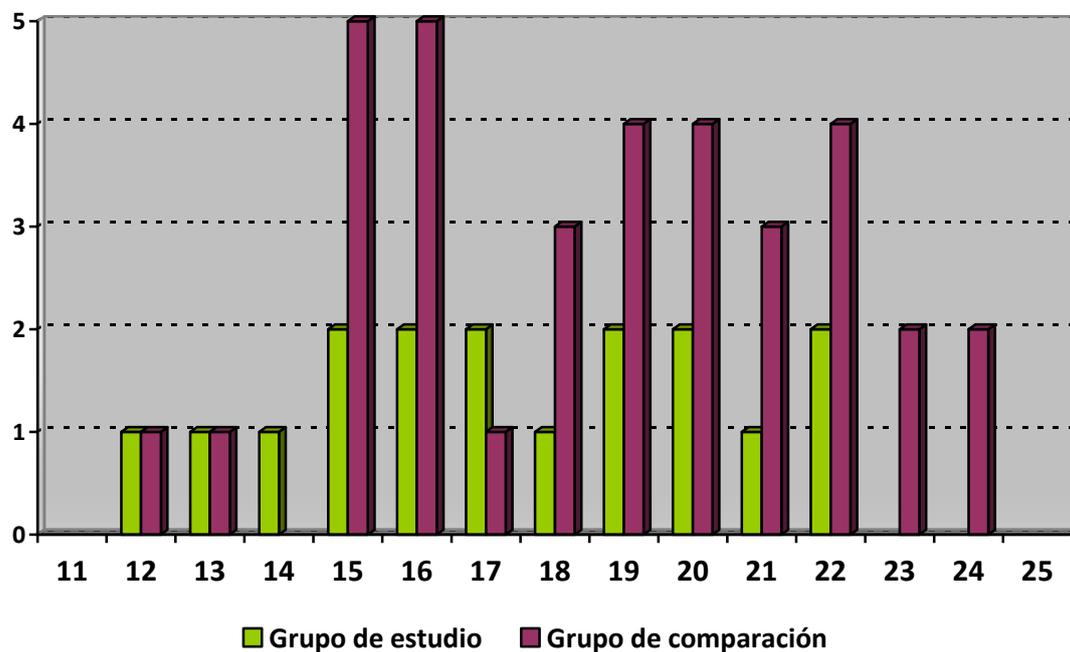
Tabla 9: Frecuencias y porcentajes de la escala de Neuroticismo del EPQ-J para el grupo de estudio (n=17) y para el grupo de comparación (n=35)

La segunda escala que conforma el cuestionario EPQ-J es la escala de **Extraversión**. En la gráfica 10, se muestra la distribución y frecuencias que obtiene la muestra del grupo de estudio y del grupo de comparación.

Como podemos observar, no existe distribución normal en ninguno de los dos grupos, pero sí que parece existir una mayor tendencia hacia puntuaciones elevadas en el grupo de comparación. Un porcentaje elevado de menores del grupo de comparación (62,9%) mostraron entre 18 y 24 puntos en la escala de extraversión, mientras que en el grupo de estudio, solo el 47% de su muestra obtuvo valores entre los 18 y los 22 puntos que fue la máxima puntuaciones que se recogió en este grupo.

Once chicos del grupo de comparación (31,4%) obtuvieron entre 15 y 17 puntos en extraversión, mientras que en el grupo de estudio, fueron seis menores (35,3% los que presentaron puntuaciones dentro de este rango.

Por último, los niños que presentaron menores puntuaciones en extraversión fueron, dos sujetos en el grupo de comparación (5,7%) y tres menores del grupo de estudio (17,6%) obteniendo todos ellos valores entre 12 y 14 puntos para esta escala.



Gráfica 10. Frecuencias de las respuestas en la escala de Extraversión del EPQ-J para el grupo de estudio (n=17) y para el grupo de comparación (n=35)

A continuación presentamos la tabla 10 con las frecuencias y porcentajes de las puntuaciones obtenidas por ambos grupos del estudio en esta escala.

	EXTRAVERSIÓN			
	Grupo de estudio		Grupo de comparación	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
12-14	3	17,6%	2	5,7%
15-17	6	35,3%	11	31,4%
18-24	8	47,1%	22	62,9%

Tabla 10: Frecuencias y porcentajes de la escala de Extraversión del EPQ-J para el grupo de estudio (n=17) y para el grupo de comparación (n=35)

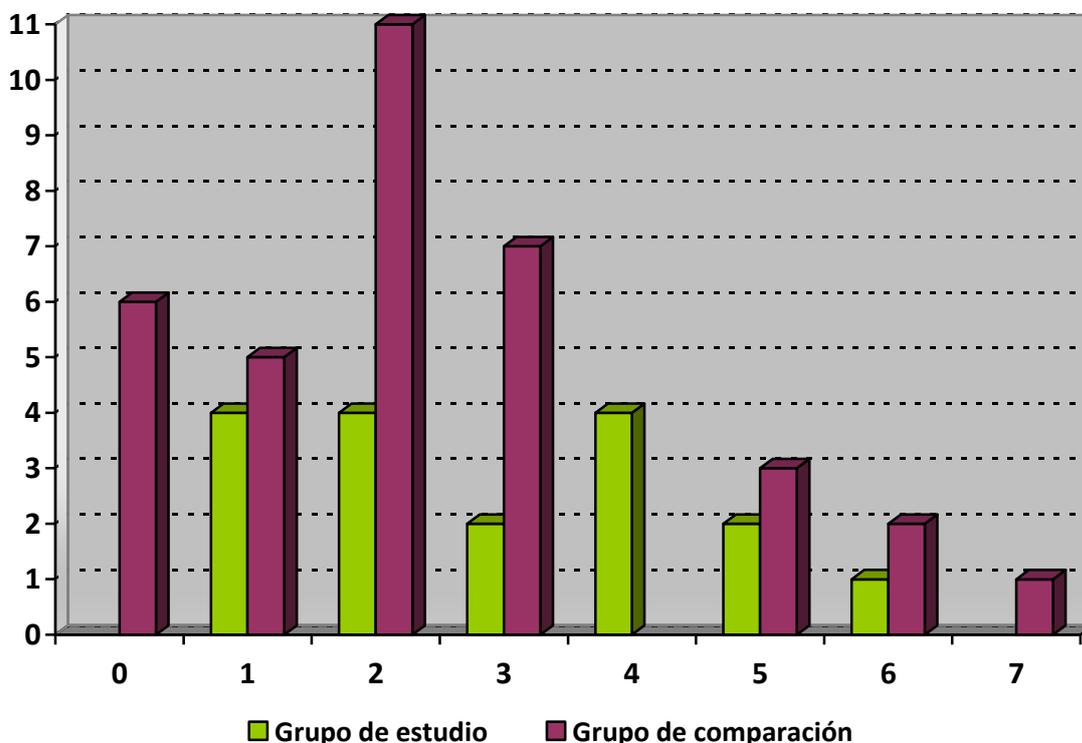
A continuación en la gráfica 11 presentamos la distribución de las puntuaciones en la escala de **Dureza**. Puesto que el cuestionario consta de 17 ítems para evaluar esta

dimensión, el rango de valores que pueden representar la puntuación de un sujeto es de 0 a 17.

Como podemos observar, la mayoría de los menores del grupo de estudio obtuvieron entre 1 y 4 puntos en dicha escala, ocupando el 82,4% de su grupo, mientras que los otros tres niños de este grupo, obtuvieron entre 5 y 6 puntos en esta escala, ocupando un 17,6%.

Por otro lado, en el grupo de comparación la mayoría de los sujetos se situaron entre los 0 puntos y los tres puntos, ocupando un 82,9%, mientras que el resto del grupo obtuvo entre 5 y 7 puntos para esta escala, ocupando un 17,1%. Así pues, a groso modo ambos grupos parecen tener una distribución de porcentajes similar.

Ocho menores del grupo de estudio (47,1%) obtuvo entre 0 y 2 puntos en esta escala, mientras que veintidós sujetos del grupo de comparación (62,9%) obtuvieron una puntuaciones dentro del mismo intervalo. Otros ocho niños y niñas (47,1%) obtuvieron entre 3 y 5 puntos en Psicoticismo, mientras que diez de los menores del grupo de comparación (28,6%) obtuvieron una puntuación dentro de dichos intervalo. Por último, un niño del grupo de estudio (5,8%) obtuvo 6 puntos en esta escala mientras que tres menores (8,5%) obtuvieron entre 6 y 7 puntos en la escala de Dureza.



Gráfica 11. Frecuencias de las puntuaciones en la escala de Psicoticismo/Dureza del EPQ-J para el grupo de estudio (n=17) y para el grupo de comparación (n=35)

A continuación presentamos la tabla 10, con las frecuencias y porcentajes obtenidos en esta escala para ambos grupos.

	PSICOTICISMO/DUREZA			
	<i>Grupo de estudio</i>		<i>Grupo de comparación</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
0-2	8	47,1%	22	62,9%
3-5	8	47,1%	10	28,6%
6-7	1	5,8%	3	8,5%

Tabla 11: Frecuencias y porcentajes de la escala de Psicoticismo/Dureza del EPQ-J para el grupo de estudio (n=17) y para el grupo de comparación (n=35)

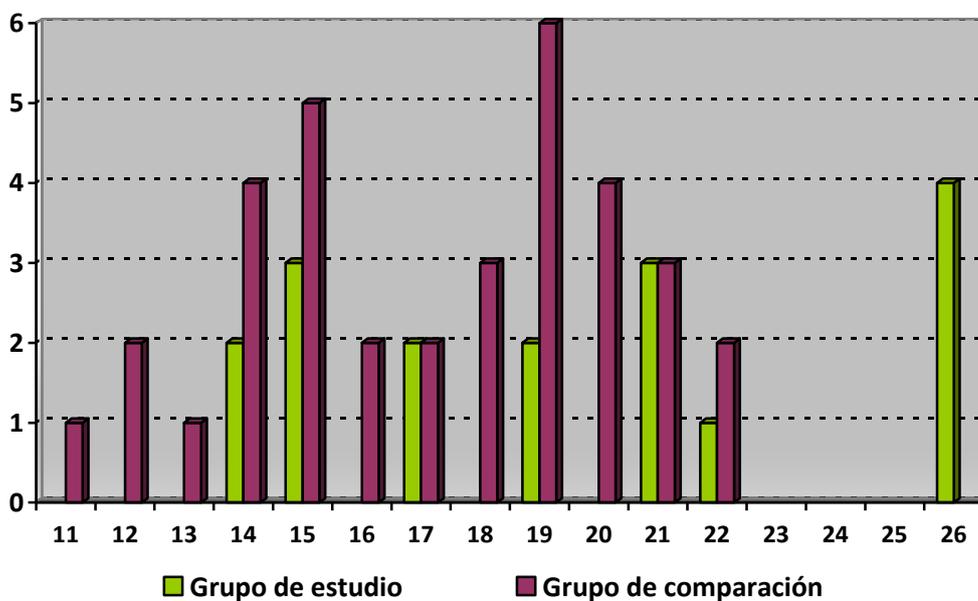
Tal como comentamos en la descripción del instrumento, el EPQ-J también incluye una escala de **Conducta Antisocial**, cuyos ítems son una mezcla de ítems dedicados únicamente a esta escala junto con otros que forman parte de las escalas de Neuroticismo, Extraversión y Dureza. Un total de 36 ítems conforman esta escala, por lo que la puntuación que puede obtener un sujeto es de 0 a 36 puntos. A continuación presentamos la distribución de las puntuaciones obtenidas en esta escala para ambos grupos (véase gráfica 12).

Como podemos observar, la distribución no se asemeja en ninguno de los grupos a una distribución normal, mostrándose mucha variabilidad en un rango muy amplio de puntuaciones entre 14 y 26 puntos en el grupo de estudio y entre 11 y 22 puntos en el grupo de comparación.

En el grupo de estudio siete menores (41,2%) obtuvieron entre 14 y 17 puntos en la escala de conducta antisocial, frente al grupo de comparación donde hubo trece chicos (37,1%) que mostraron puntuaciones dentro de ese rango. Seis niños y niñas del grupo de estudio (35,3%) mostraron entre 18 y 22 puntos en esta escala, mientras que el grupo de comparación fueron dieciocho sujetos (51,5%) los que mostraron una puntuación entre estos valores.

Por otro lado, solo cuatro niños obtuvieron entre 11 y 13 puntos siendo todos ellos pertenecientes al grupo de comparación y ocupando un 11,4% de su grupo. En el otro

extremos, la puntuación más elevada la mostraron otros cuatro sujetos con 26 puntos, todos ellos parte de la muestra de estudio y ocupando un 23,5% de su grupo.



Gráfica 12. Porcentajes de puntuaciones de la escala de Conducta Antisocial del EPQ-J para el grupo de estudio (n=17) y para el grupo de comparación (n=35)

En la tabla 12 se presenta las distribuciones y porcentajes de las puntuaciones obtenidas de ambos grupos para la escala de Conducta Antisocial.

	CONDUCTA ANTISOCIAL			
	Grupo de estudio		Grupo de comparación	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
11-13	-	-	4	11,4%
14-17	7	41,2%	13	37,1%
18-22	6	35,3%	18	51,5%
2	4	23,5%	-	-

Tabla 12: Frecuencias y porcentajes de la escala de Conducta Antisocial del EPQ-J para el grupo de estudio (n=17) y para el grupo de comparación (n=35)

6.1.2 Inventario de expresión y control de ira estado-rasgo en niños y adolescentes, STAXI-NA

El inventario de expresión y control de la ira, tal como comentamos anteriormente consta de varias partes; evalúa estado-ira, rasgo-ira, expresión de la ira y control de la ira. Cada dimensión consta de dos puntuaciones con 4 ítems cada una, así cada dimensión tiene 8 ítems en total. Cada ítem se puntúa de 1 a 3, por lo que la puntuación mínima es de 4 puntos para la sub-escala y de 8 puntos para la escala o dimensión, mientras que la puntuación máxima es de 12 puntos y 24 puntos para la sub-escala y la escala respectivamente.

En esta ocasión, hubo que eliminar 4 casos de la muestra de menores expuestos a violencia de género porque los cuestionarios estaban incompletos. Así pues, la muestra del grupo de estudio quedó en $n=16$ mientras que la muestra del grupo de comparación fue de $n=35$.

A continuación presentamos dos tablas donde se muestran las medias y desviaciones típicas que obtienen ambos grupos en las escalas y sub-escalas del STAXI-NA.

	<i>Estado Ira</i>				<i>Rasgo Ira</i>			
	<i>X</i>		<i>DT</i>		<i>X</i>		<i>DT</i>	
Grupo de estudio	10,31		3,281		14,25		4,865	
Grupo comparación	8,11		0,471		12,80		3,368	
	<i>Sentimiento de ira</i>		<i>Expresión verbal-física</i>		<i>Temperamento ira</i>		<i>Reacción de ira</i>	
	<i>X</i>	<i>DT</i>	<i>X</i>	<i>DT</i>	<i>X</i>	<i>DT</i>	<i>X</i>	<i>DT</i>
Grupo de estudio	5,69	2,272	4,63	1,258	6,50	2,366	7,75	2,910
Grupo comparación	4,11	0,471	4,00	0,000	5,51	1,755	7,29	2,270

Tabla 13: medias y desviaciones típicas de las escalas y sub-escalas de Estado-ira y Rasgo-ira del STAXI-NA para el grupo de estudio (n=16) y el grupo de comparación (n=35)

	<i>Experiencia de Ira</i>				<i>Control de la Ira</i>			
	<i>X</i>		<i>DT</i>		<i>X</i>		<i>DT</i>	
Grupo de estudio	15,26		4,701		17,06		4,404	
Grupo comparación	14,23		2,932		17,71		4,198	
	<i>Experiencia externa</i>		<i>Experiencia interna</i>		<i>Control externo</i>		<i>Control interno</i>	
	<i>X</i>	<i>DT</i>	<i>X</i>	<i>DT</i>	<i>X</i>	<i>DT</i>	<i>X</i>	<i>DT</i>
Grupo de estudio	7,13	2,500	8,13	2,778	8,13	2,527	8,94	2,407
Grupo comparación	6,46	1,421	7,77	2,116	8,63	2,353	9,09	2,582

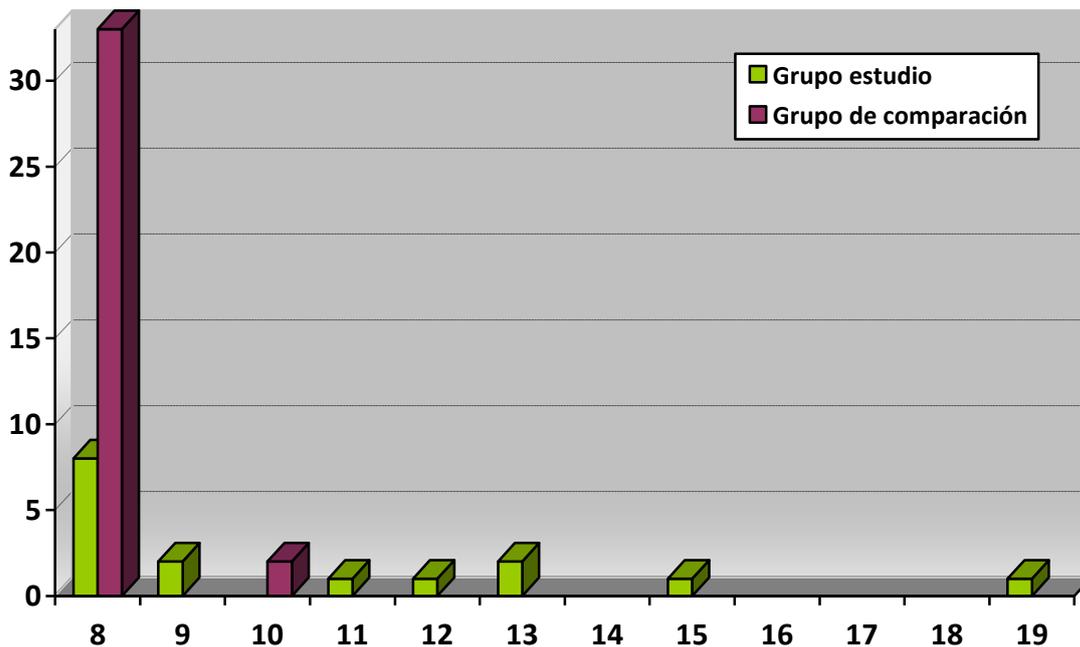
Tabla 14: medias y desviaciones típicas de las escalas de Experiencia-ira y Control-ira del STAXI-NA para el grupo de estudio (n=16) y el grupo de comparación (n=35)

Para la evaluación del **estado-ira**, el cuestionario contiene dos sub-escalas; sentimiento de ira y expresión verbal y física de la ira. En las siguientes gráficas se muestra en primer lugar los porcentajes de las puntuaciones que nuestra muestra de

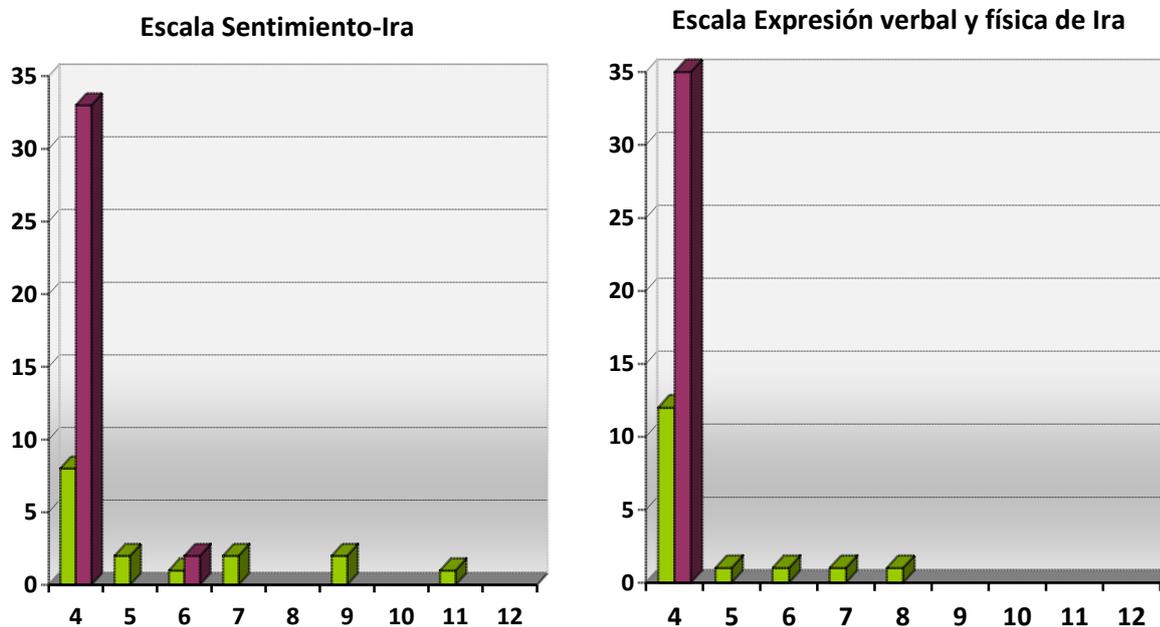
estudio ha obtenido en la escala estado-ira (gráfica 13), y en segundo lugar, los porcentajes de las puntuaciones para cada sub-escala que conforman dicha dimensión (gráfica 14 y 15).

Como podemos observar, casi la totalidad del grupo de comparación mostró la puntuación más baja en la dimensión Estado –Ira (94,3%). Este mismo porcentaje de de casos obtuvieron la puntuación mínima en la sub-escala de sentimiento de Ira (4 puntos), mientras que dos de los menores obtuvieron 6 puntos en esta escala, lo que hace que estos dos niños puntúen finalmente en la escala Estado-Ira, 10 puntos. Por otro lado, en la sub-escala de Expresión el 100% de los niños de la muestra de comparación mostraron la puntuación más baja de la escala. Así, la mayoría de la muestra del grupo de comparación transmitió sentirse totalmente calmados y relajados en el momento en el que pasamos el cuestionario.

Por otro lado, en el grupo de estudio ocho de los menores (50%) obtuvo la puntuación más baja en dicha escala, cuatro de los menores de este grupo obtuvieron entre 9-12 puntos, ocupando un 25% de la muestra de su grupo. Otros tres niños (18,8%) obtuvieron puntuaciones elevadas en la escala de estado-ira (entre 13 y 15 puntos) y un último caso de este grupo, obtuvo una puntuación de 19, mostrando así un estado de ira actual muy elevado.



Gráfica 13. Frecuencias de las puntuaciones en la escala Estado-Ira del STAXI-NA para el grupo de estudio(n=16) y para el grupo de comparación (n=35)



Gráfica 14 y 15. Frecuencias de las puntuaciones en las sub-escalas de sentimiento-ira y expresión física y verbal de ira, del STAXI-NA para el grupo de estudio (n=16) y el grupo de comparación (n=35)

En la tabla 15 se presentan las frecuencias y porcentajes de las puntuaciones en la escala de Ira-Estado.

Puntuaciones	ESTADO-IRA			
	Grupo de estudio		Grupo de comparación	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
8	8	50%	33	94,3%
9-12	4	25%	2	5,7%
13-15	3	18,8%	-	-
19	1	6,2%	-	-

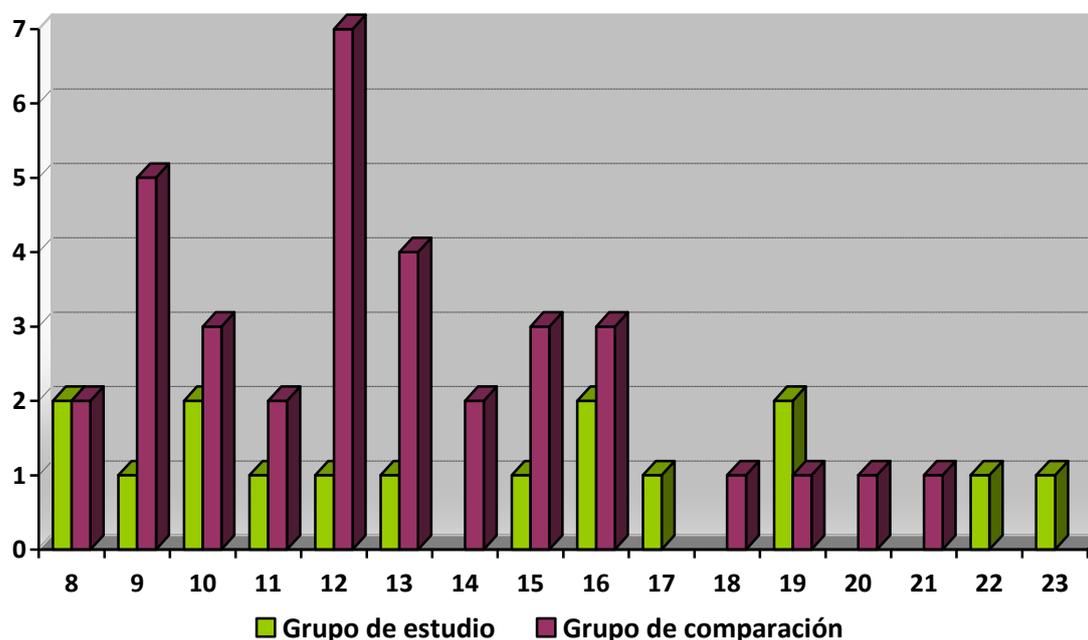
Tabla 15: Frecuencias y porcentajes de la escala Estado-ira del STAXI-NA para el grupo de estudio (n=16) y el grupo de comparación (n=35)

En cuanto a la escala **Rasgo-Ira**, también consta de 8 ítems que se divide en dos sub-escalas de 4 ítems cada una; la sub-escala de Temperamento-ira y Reacción ira. A continuación se presenta la gráfica 16 con la distribución de las puntuaciones en dicha escala tanto en el grupo de estudio (n=16) como en el grupo de comparación (n=35).

Como podemos observar las puntuaciones obtenidas por el grupo de estudio están muy dispersas, tanto que prácticamente hay un caso y en algunas ocasiones dos sujetos por cada valor por lo que no existe una tendencia clara en cuanto al Rasgo de Ira que presenta nuestro grupo de estudio. La mitad de la muestra obtiene resultados bajos o moderados entre los 8 y los 13 puntos, mientras que los ocho niños restantes, (50%) obtuvieron resultados más elevados en esta escala, entre los 12 y los 23 puntos. Sin embargo, al observar las dos sub-escalas que componen la escala Rasgo-Ira, vemos que

once de los menores obtienen puntuaciones bajas en la escala de Temperamento Ira (68,75%) concretamente entre 4 y 6 puntos. Mientras que los otros cinco niños (31,25%) puntuaron entre 8 y 11 puntos, mostrando pues un Temperamento de Ira bastante o muy elevado. Por otro lado, en la escala de Reacción-Ira, hay mayor porcentaje de niños que obtuvo puntuaciones elevadas. Siete de los menores (43,75%) obtuvieron entre 4 y 6 puntos en esta escala, sin embargo, los nueve chicos restantes (56,25%) obtuvieron entre 8 y 12 puntos, mostrando un nivel de reacción de ira de bastante a muy elevado.

Por otro lado, en el grupo de comparación sí que se puede observar una tendencia mayoritaria hacia las puntuaciones más bajas, habiendo veintitrés niños (65,71%) que obtuvieron resultados entre los 8 y los 13 puntos para la escala de Rasgo-Ira. Ocho menores de este grupo (22,86%) puntuaron entre 14-16, mientras que los cuatro restantes (11,43%) presentaron una puntuación en Rasgo-Ira elevada, con valores entre 18-21 puntos.



Gráfica 16. Frecuencias de las puntuaciones en la escala de Rasgo-ira del STAXI-NA para el grupo de estudio (n=16) y para el grupo de comparación (n=35)

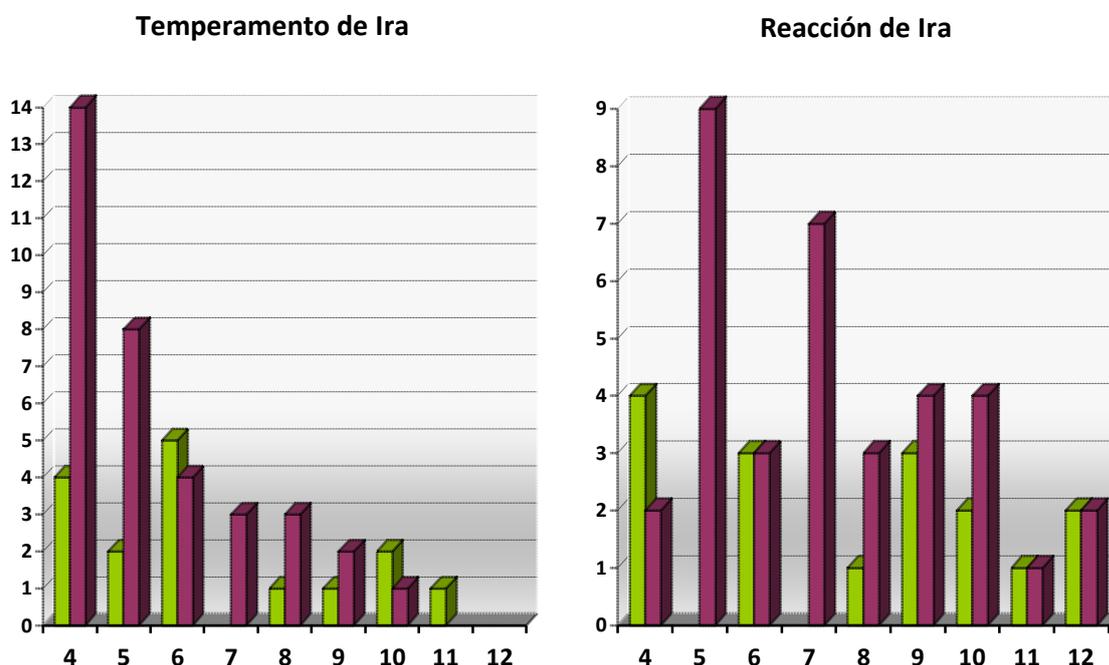
A continuación presentamos tabla 16 con un resume de las frecuencias y porcentajes de las puntuaciones en la escala de Estado-Ira del grupo de estudio y del grupo de comparación.

Puntuaciones	RASGO-IRA			
	Grupo de estudio		Grupo de comparación	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
8-10	5	31,25%	10	28,57%
11-13	3	18,75%	13	37,14%
14-16	3	18,75%	8	22,86%
17-23	5	31,25%	4	11,43%

Tabla 16: Frecuencias y porcentajes de la escala Rasgo-ira del STAXI-NA para el grupo de estudio (n=16) y para el grupo de comparación (n=35)

Si observamos ambas sub-escalas que componen la escala Rasgo-Ira (véase gráfica 17 y 18) vemos que en la escala de Temperamento-Ira esta tendencia hacia valores inferiores es todavía más acusada en el grupo de comparación habiendo catorce menores con 4 puntos, ocho menores con 5 puntos y cuatro menores con 6 puntos. En total, 26 niños (74,29%) que obtuvieron entre 4 y 6 puntos en la escala de Temperamento-Ira, mientras que en el grupo de estudio once menores (68,75%) obtuvo una puntuación entre estos valores. Seis niños del grupo de comparación (17,14%) obtuvieron entre 7 y 8 puntos y tres menores (8,57%) presentaron puntuaciones entre 9 y 10. Por otro lado, cinco menores del grupo de estudio (31,25%) obtuvo entre 8 y 11 puntos en esta escala.

En cuanto a la escala de Reacción-Ira, el grupo de comparación presenta el porcentaje más elevado entre los valores 5 y 7 habiendo un total de diecinueve menores en dicho rango (54,29%). Once chicos obtuvieron entre 8 y 10 puntos, mostrando una elevada reacción de Ira (31,43%), mientras que otros tres menores obtuvieron entre 11 y 12 puntos, mostrando una reacción de ira muy elevada. En este caso, solo dos menores (5,71%) obtuvieron los valores más bajos para esta escala.



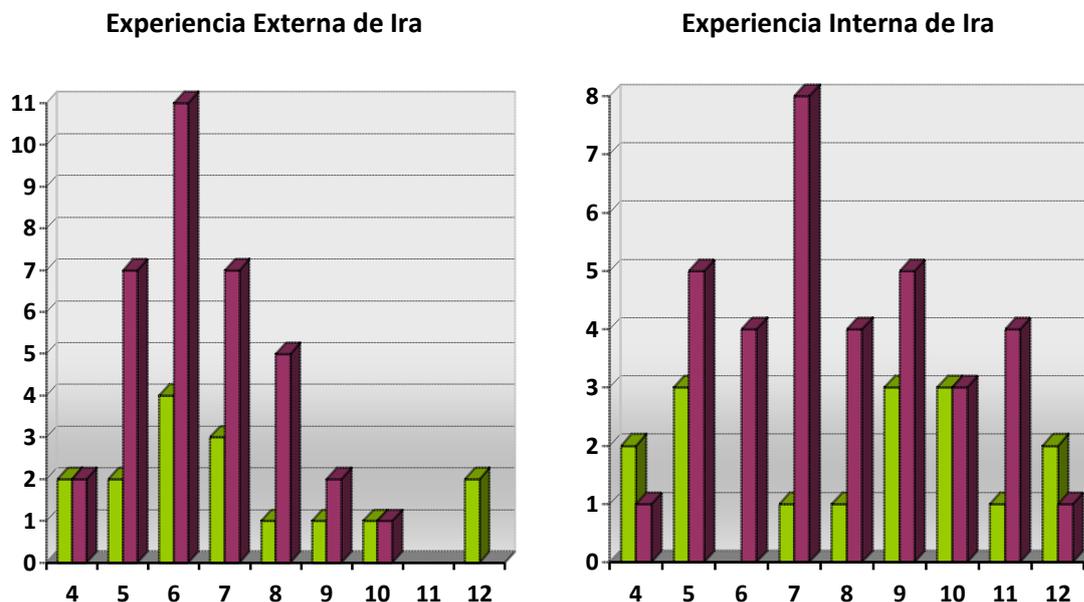
Gráficas 17 y 18: Frecuencias de las puntuaciones en las sub-escalas de temperamento-ira y reacción-ira en el STAXI-NA para el grupo de estudio (n=16) y para el grupo de comparación (n=35)

En cuanto a la escala de **experiencia interna de ira** y la escala de **experiencia externa de ira**, en las gráficas 19 y 20 podemos ver las frecuencias de las respuestas para cada uno de los grupos que componen la muestra de este estudio.

Tal como podemos observar en las gráficas, la mayoría de niños evaluados presentan puntuaciones más bajas en experiencia externa de ira que en experiencia interna, tanto en el grupo de estudio como en el grupo de comparación. En el grupo de estudio, la mitad de los niños han obtenido entre 4 y 6 puntos, cuatro de los menores (25%) obtuvieron entre 7 y 8 puntos y otros $\frac{1}{4}$ parte de la muestra indicó tener un nivel de experiencia externa de ira muy elevado, entre 9 y 12 puntos. Por otro lado, en el grupo

de comparación veinte de los menores (57,14%) obtuvieron entre 4 y 6 puntos en esta escala, doce chicos (34,29%) obtuvo entre 7 y 8 puntos, mientras que solo tres menores (8,57%) indicaron tener un índice de experiencia externa de ira algo más elevado, obteniendo entre 9 y 10 puntos.

Respecto a la escala de experiencia interna, vemos que en el grupo de estudio cinco niños y niñas (31,25%) obtuvieron valore entre los 4 y 5 puntos. Solo dos menores (12,5%) obtuvieron entre 7 y 8 puntos en dicha escala, mientras que más de la mitad de los chicos (56,25%) obtuvieron valores elevados en experiencia interna de ira, obteniendo entre 9 y 12 puntos. Por otro lado, en el grupo de comparación fueron diez los menores que obtuvieron entre 4 y 6 puntos ocupando un 28,57% de la muestra. Doce chicos (34,29%) obtuvieron entre 7 y 8 puntos mientras que los trece restantes (37,14%) obtuvieron puntuaciones elevadas en la escala de experiencia interna de ira, con valores entre los 9 y los 12 puntos.



Gráfica 19 y 20. Frecuencias de las puntuaciones en experiencia interna de ira y experiencia externa de ira del STAXI-NA para el grupo de estudio (n=16) y para el grupo de comparación (n=35)

A continuación presentamos una tabla con el resumen de las frecuencias y porcentajes de las puntuaciones obtenidas en la escala de experiencia interna de ira y experiencia externa de ira en ambos grupos.

Puntuaciones	EXPERIENCIA EXTERNA DE IRA			
	Grupo de estudio		Grupo de comparación	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
4-6	8	50%	20	57,14%
7-8	4	25%	12	34,29%
9-10	2	12,5%	3	8,57%
11-12	2	12,5%	-	-

Tabla 17. Frecuencias y porcentajes de las puntuaciones en experiencia externa de ira del STAXI-NA del grupo de estudio (n=16) y del grupo de comparación (n=35)

Puntuaciones	EXPERIENCIA INTERNA DE IRA			
	Grupo de estudio		Grupo de comparación	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
4-6	5	31,25%	10	28,57%
7-8	2	12,5%	12	34,29%
9-10	6	37,5%	8	22,86%
11-12	3	18,75%	5	14,29%

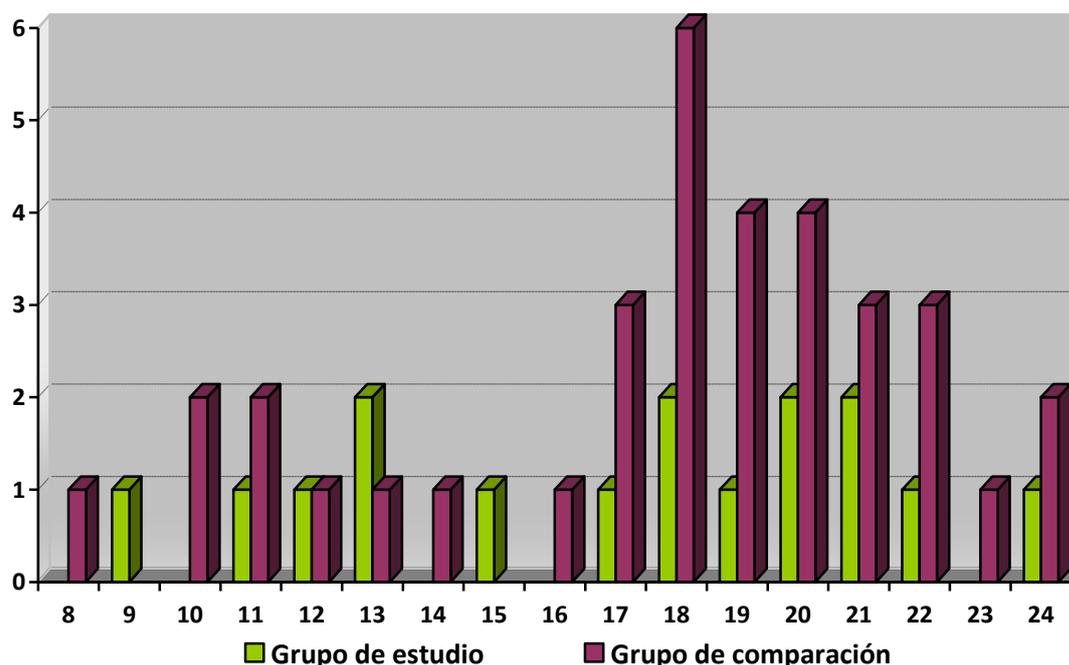
Tabla 18. Frecuencias y porcentajes de las puntuaciones en experiencia interna de ira del STAXI-NA del grupo de estudio (n=16) y del grupo de comparación (n=35)

La última escala de STAXI-NA es el *Control-Ira* también tiene dos sub-escalas; *Control Interno* y *Control Externo*. En la gráfica 21 se presenta las frecuencias de las puntuaciones obtenidas en la escala de control de la ira en ambos grupos de nuestro.

Como podemos observar, la mayoría de los menores incluidos en este estudio obtienen puntuaciones altas en la escala de control-ira. El 70,6% de los menores (36 chicos) obtienen una puntuación igual o superior a 17 en dicha escala, y así, algo menos de ¼ parte de la muestra total obtiene puntuaciones bajas en control de la ira, concretamente entre 9 y 15 puntos. No obstante, la mayoría de las puntuaciones elevadas en la escala de control de la ira pertenecen al grupo de comparación. Un total de veinticinco menores de dicho grupo (71,43% de la muestra de comparación) obtuvo entre 17 y 24 puntos en la escala de Control-Ira, frente a diez niños (un 62,5% de la muestra del grupo de estudio) que obtuvo puntuaciones entre dichos valores.

En el grupo de estudio, seis de los chicos obtuvieron entre 9 y 15 puntos ocupando el 37,5% de su grupo. Cuatro menores (25%) obtuvieron entre 17 y 19 puntos en dicha escala mientras que los seis restantes (37,5%) obtuvieron valores altos en control de la ira, entre 20 y 24 puntos.

Por otro lado, en el grupo de comparación, hubo ocho chicos, un 22,86% que obtuvieron puntuaciones bajas o muy bajas en control de la ira (entre 8 y 14 puntos). Catorce menores (40%) obtuvieron entre 16 y 19 puntos en dicha escala, mientras que los trece niños restantes (37,14%) obtuvieron puntuaciones altas o muy altas en control de la ira, con resultados entre los 20 y los 24 puntos.



Gráfica 21. Porcentajes de las puntuaciones de la escala de Control total de la ira del STAXI-NA para el grupo de estudio (n=16) y para el grupo de comparación (n=35)

A continuación presentamos una tabla con las frecuencias y los porcentajes de las puntuaciones que los menores del estudio de ambos grupos han obtenido en la escala de *Control-Ira*.

Puntuaciones	CONTROL-IRA			
	Grupo de estudio		Grupo de comparación	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
8-15	6	31,25%	8	22,86%
16-19	4	18,75%	14	40%
20-24	6	31,25%	13	37,14%

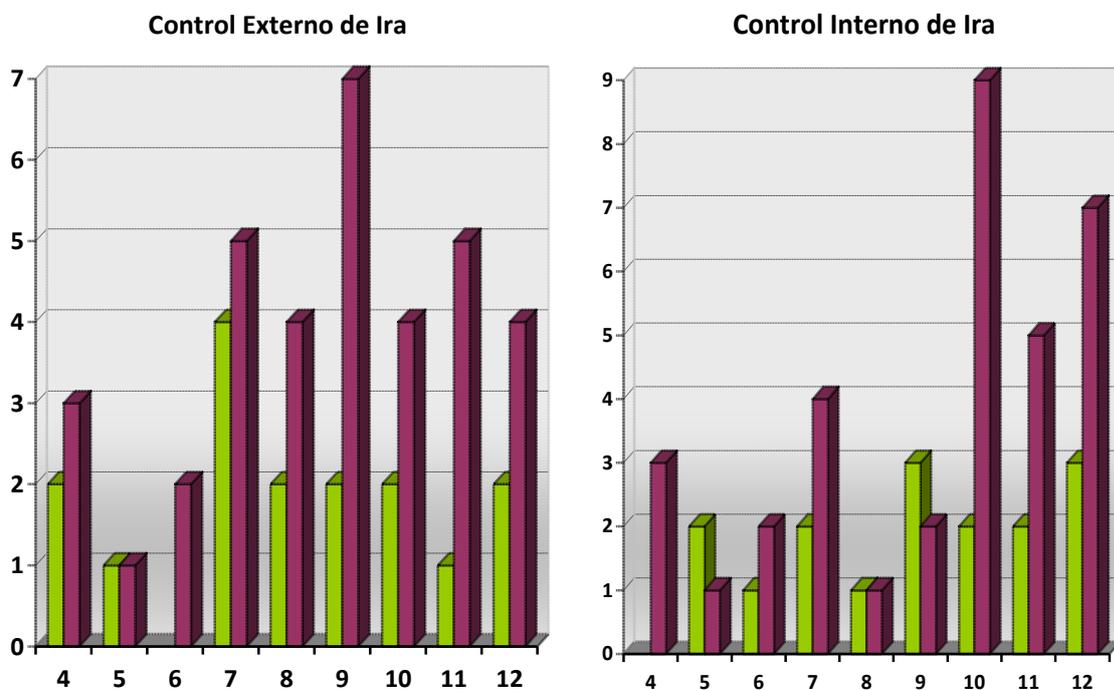
Tabla 19: frecuencias y porcentajes de la escala de Control total de la ira del STAXI-NA del grupo de estudio (n=16) y del grupo de comparación (n=35)

A continuación presentamos las gráficas 22 y 23 donde se muestran las frecuencias de las puntuaciones obtenidas en las sub-escalas de control externo de la ira y control interno de la ira también para ambos grupos de la investigación.

Tal como podemos observar, existe una mayor tendencia hacia valores elevados en la escala de control interno de la Ira, sobre todo por el grupo de comparación, ya que veintitrés de los menores que componen este grupo (65,7%) obtuvo las máximas puntuaciones en esta escala (entre 9 y 12 puntos). De igual modo, diez de los chicos del grupo de estudio (62,5%) obtuvo puntuaciones entre dichos valores.

Por otro lado, en la escala de control externo de ira, aunque también hay tendencia a puntuaciones elevadas, el porcentaje de niños con puntuaciones altas es algo inferior en ambos grupos. En el grupo de comparación veinte niños (57,14%) obtuvo entre 9 y 12

puntos en esta escala y en el grupo de estudio fueron siete los menores representados en dicho intervalo (43,75%).



Gráfica 22 y 23: Porcentajes de las puntuaciones de las sub-escalas de control interno y control externo de la ira del STAXI-NA para el grupo de estudio (n=16) y para el grupo de comparación (n=35)

6.1.3 Cuestionario de Empatía o Índice de Reactividad Interpersonal IRI.

Tal como comentamos anteriormente el IRI consta de 4 escalas; dos de ellas evalúan aspectos cognitivos de la empatía y las otras dos las reacciones emocionales que se activan cuando somos empáticos. En este caso, la muestra del grupo de estudio se

redujo a 15 niños/as porque hubo que eliminar cinco casos por presentar respuestas ambiguas o incompletas.

A continuación se presenta la tabla 20 con la comparación de medias y desviaciones típicas de las distintas escalas del Índice de Reactividad Interpersonal, del grupo de estudio y del grupo de comparación.

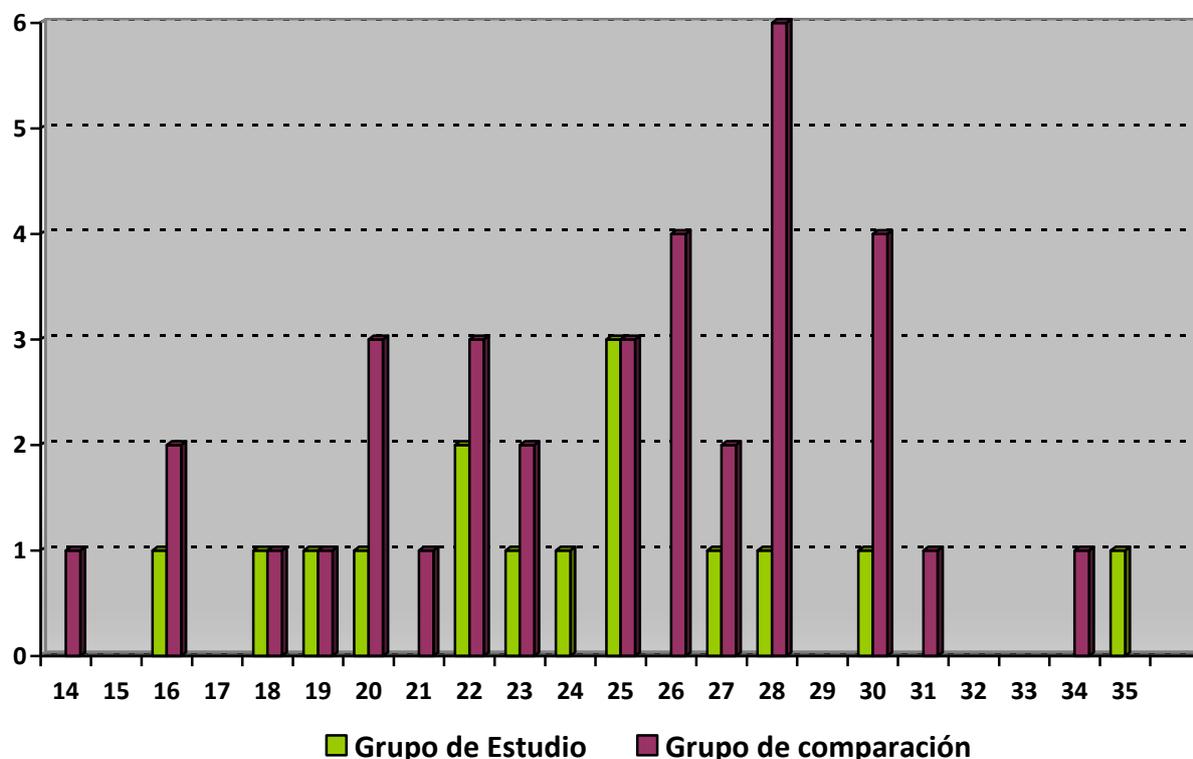
	<i>Toma Perspectiva</i>		<i>Fantasía</i>		<i>Preocupación Empática</i>		<i>Malestar Personal</i>	
	<i>X</i>	<i>DT</i>	<i>X</i>	<i>DT</i>	<i>X</i>	<i>DT</i>	<i>X</i>	<i>DT</i>
Grupo de estudio	23,93	4,891	22,67	6,137	23,27	4,803	20,07	5,548
Grupo comparación	24,63	4,766	20,14	4,864	24,23	4,145	20,20	4,677

Tabla 20: Medias y desviaciones típicas de las sub-escalas del IRI del grupo de estudio (n=15) y del grupo de comparación (n=35)

En primer lugar, se presenta la gráfica 24 con las frecuencias de las puntuaciones en la escala de **Toma de Perspectiva** en ambos grupos del presente estudio (grupo de estudio y grupo de comparación). Esta es una de las escalas que evalúa aspectos cognitivos de la actitud empática.

Como podemos observar en la siguiente gráfica, las puntuaciones obtenidas en cada grupo no presentan una distribución demasiado dispersa. En ambos grupos la media ronda sobre 24 puntos con una desviación típica muy similar, 4,8 aproximadamente. El grupo de estudio concentra casi la mitad de sus frecuencias entre las puntuaciones 22-25, concretamente un 46,66% de sus casos (siete menores). El resto de casos del grupo de estudio, presenta mucha dispersión. Cuatro chicos (26,66%) mostraron puntuaciones

entre 16-20 y cuatro menores más (26,66%) mostraron puntuaciones entre 26-35 puntos en la escala *Toma de Perspectiva*. En el grupo de comparación, más de la mitad de los casos se concentran entre los 25-30 puntos, ocupando el 54,3% de la muestra del grupo. Un 40% de los menores puntuaron en esta escala entre los 14 y los 23 puntos, mientras que dos de los menores del grupo obtuvieron puntuaciones bastante elevadas, 31 y 34 puntos respectivamente.



Gráfica 24. Frecuencias de las puntuaciones de la escala de Toma de perspectiva del cuestionario IRI para el grupo de estudio (n=15) y para el grupo de comparación (n=35)

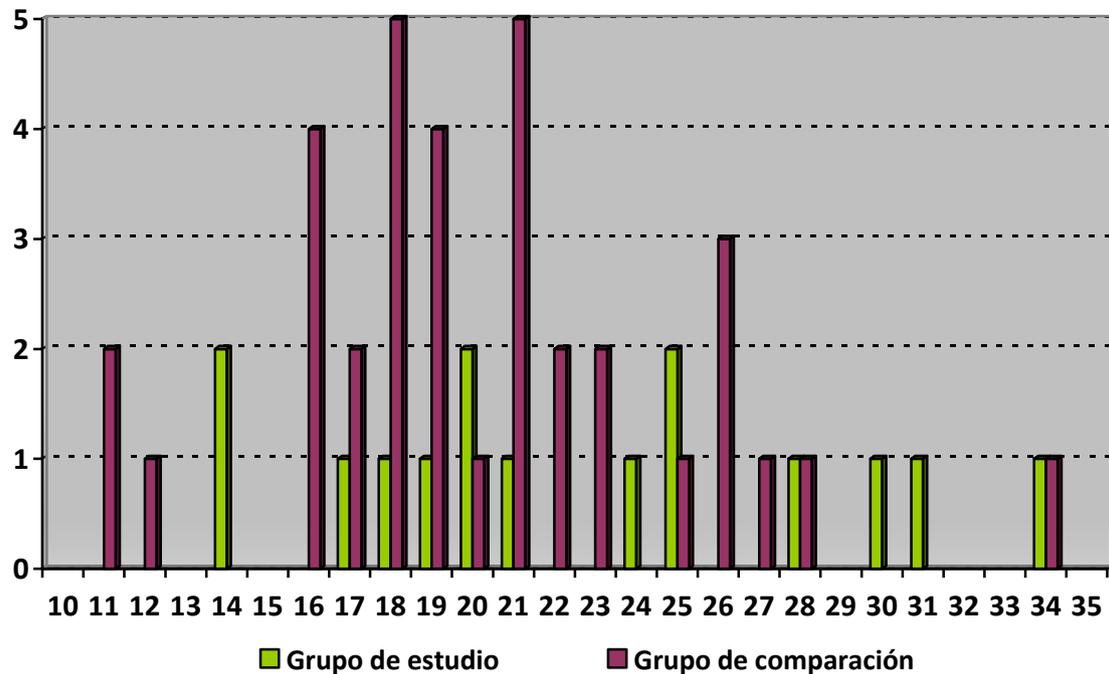
A continuación presentamos la tabla 21 con el resumen de las frecuencias y porcentajes obtenidos en la escala de Toma de Perspectiva del IRI por ambos grupos.

Puntuaciones	TOMA DE PERSPECTIVA			
	Grupo de estudio		Grupo de comparación	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
14-19	3	20%	5	14,29%
20-24	5	33,33%	9	25,71%
25-30	6	40%	19	54,29%
31-35	1	6,66%	2	5,71%

Tabla 21: Frecuencias y porcentajes de las puntuaciones de la escala de Toma de perspectiva del cuestionario IRI para el grupo de estudio (n=15) y para el grupo de comparación (n=35)

La otra escala que evalúa factores cognitivos de la empatía, es la escala de **Fantasía**. En la gráfica 25 encontramos las frecuencias de las puntuaciones de ambos grupos en dicha escala.

Tal como podemos observar, en el grupo de estudio seis de los menores (40%) obtuvieron puntuaciones entre 17 y 21 puntos en esta escala. Siete de los menores (46,66%) obtuvo entre 24 y 34 puntos, mientras que en el otro extremo, dos niños obtuvieron 14 puntos (13,33%), presentando así supuestas dificultades para imaginarse e identificarse con las vivencias de personajes ficticios. Por otro lado, en el grupo de comparación, la mayoría de niños se concentran entre los 16-21 puntos, un total de 21 menores (60%). Once de los menores de este grupo (31,43%) mostraron puntuaciones entre los 22-34 puntos, mientras que tres niños (8,57%) obtuvieron entre 11-12 puntos en la escala de *Fantasía*.



Gráfica 25: Frecuencias de respuesta de la escala de Fantasía del cuestionario IRI para el grupo de estudio (n=15) y para el grupo de comparación (n=35)

En la tabla 22 se presenta un resumen de las frecuencias y porcentajes de las puntuaciones obtenidas en la escala de fantasía del IRI por ambos grupos.

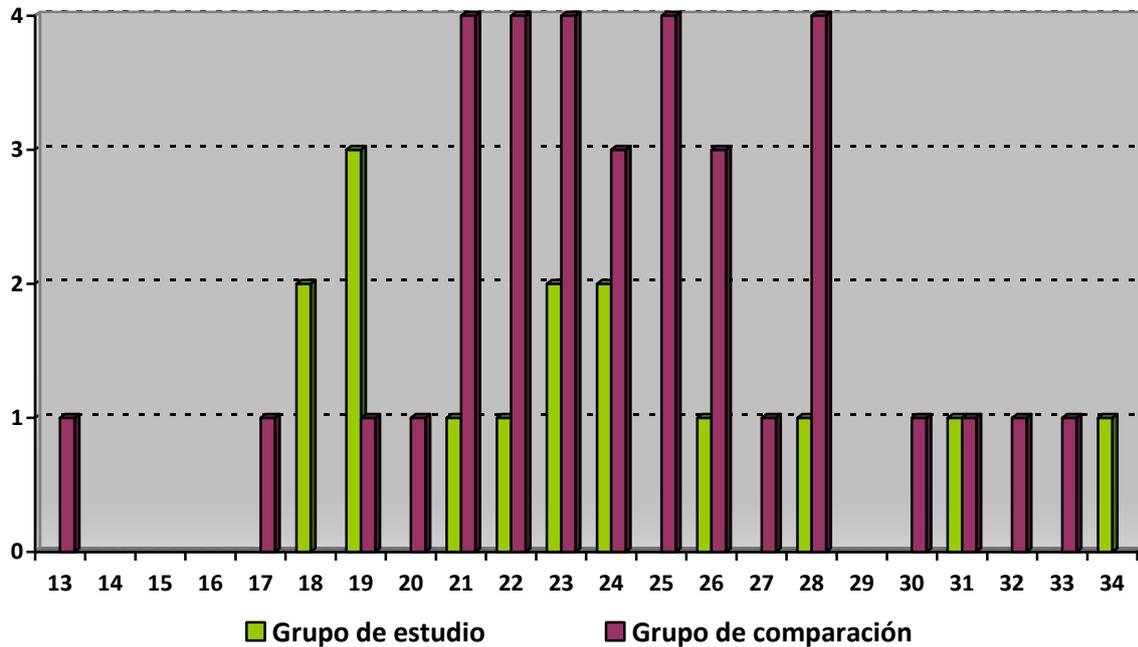
Puntuaciones	FANTASÍA			
	Grupo de estudio		Grupo de comparación	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
11-15	2	13,33%	3	8,57%
16-21	6	40%	21	60%
22-26	3	20%	8	22,86%
27-34	4	26,66%	3	8,57%

Tabla 22. Frecuencias y porcentajes de respuesta de la escala de Fantasía del cuestionario IRI para el grupo de estudio (n=15) y para el grupo de comparación (n=35)

A continuación presentaremos el análisis de las frecuencias de respuesta obtenidas en las escalas que evalúan reacción emocional de la empatía: la escala de *preocupación empática* y la escala de *distrés o malestar personal*.

En la gráfica 26, se muestran las frecuencias de las puntuaciones que los niños y niñas de esta de ambos grupos obtuvieron en la escala de **Preocupación Empática**. Como podemos observar, dentro del grupo de estudio, la mayoría de los niños (40%) obtuvieron entre 21 y 24 puntos en esta escala, mostrando niveles moderados en preocupación empática. Cinco niños obtuvieron entre 18-19 puntos en dicha escala ocupando el 33,33% de la muestra. Por otro lado, cuatro de los niños, el 26,66% de la muestra, obtuvieron entre 26 y 34 puntos, mostrando elevados índices de preocupación hacia el malestar y las desgracias de los demás.

Por otro lado, los niños del grupo de comparación obtuvieron entre 21 y 28 puntos en esta escala ocupando el 77,14% de la muestra, por lo que un elevado porcentaje del grupo presenta de moderados a altos niveles de preocupación empática. Cuatro de los niños (11,43%) obtuvieron puntuaciones muy altas en esta escala entre 30-33 puntos. Tres de los menores obtuvieron valores entre los 17-20 puntos, mientras que un caso extremo, obtuvo solamente 13 puntos, presentando así casi nula preocupación frente al malestar de los demás.



Gráfica 26. Frecuencias de las puntuaciones en la escala de Preocupación Empática del cuestionario IRI para el grupo de estudio (n=15) y para el grupo de comparación (n=35)

En la tabla 23 se presenta un resumen de las frecuencias y porcentajes de las puntuaciones obtenidas en la escala de Preocupación Empática del IRI por ambos grupos.

Puntuaciones	PREOCUPACIÓN EMPÁTICA			
	Grupo de estudio		Grupo de comparación	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
13-20	5	33,33%	4	11,43%
21-24	6	40%	15	42,85%
25-28	2	13,33%	12	34,29%
30-34	2	13,33%	4	11,43%

Tabla 23. Frecuencias de las puntuaciones en la escala de Preocupación Empática del IRI para el grupo de estudio (n=15) y para el grupo de comparación (n=35)

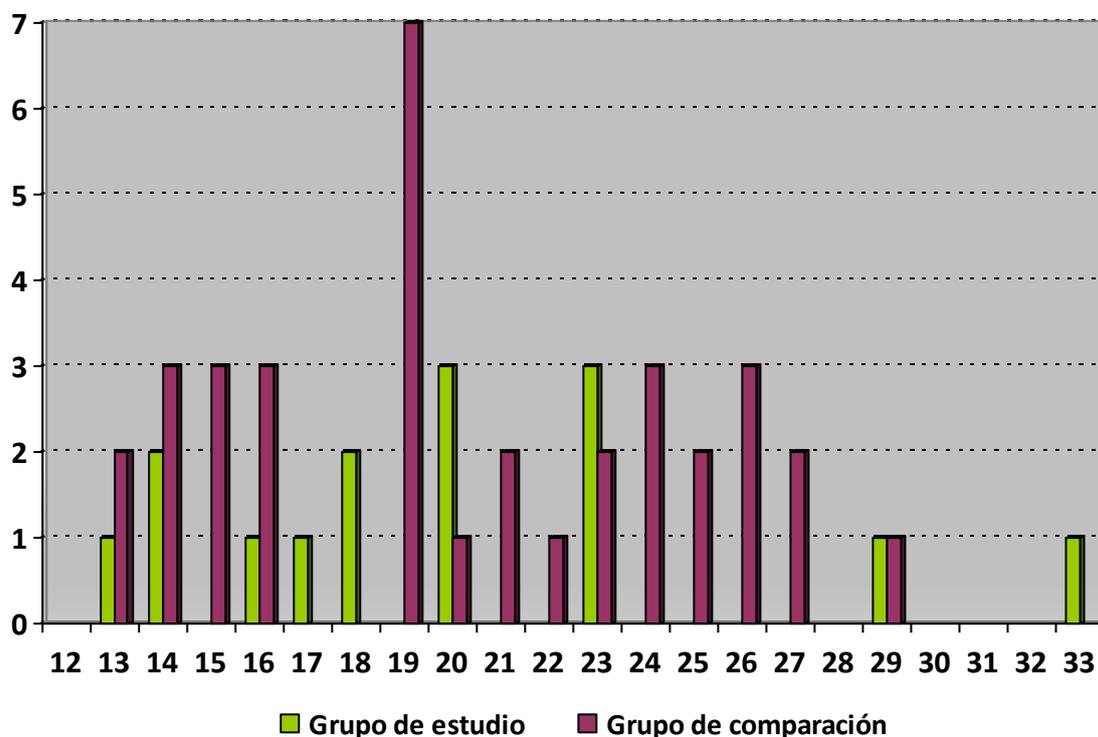
Por otro lado, la escala de **Distrés o malestar personal** es la segunda escala que conforman las medidas de reacción emocional de empatía. En este caso, se evalúa si el sujeto experimenta ansiedad o malestar cuando ve a alguien en una situación desfavorable. A continuación presentamos la gráfica 27 con las frecuencias de las puntuaciones obtenidas por ambos grupos.

Tal como se puede observar, las puntuaciones que los niños del grupo de estudio obtuvieron en esta escala oscilan entre 13-23 puntos, a excepción de dos casos extremos que obtuvieron 29 y 33 puntos respectivamente, mostrando un nivel muy elevado de ansiedad y malestar personal frente a las experiencias negativas de los demás. Por otro lado, los niños del grupo de comparación mostraron resultados entre los 13 y los 27 puntos, a excepción también de un caso que obtuvo 29 puntos en esta escala.

En el grupo de estudio, ocho de los menores (53,33%) obtuvieron entre 18 y 23 puntos en esta escala. No hubo ningún caso entre los 24 y los 27 puntos, mientras que como dijimos anteriormente, dos menores (13,33%) obtuvieron puntuaciones muy elevadas en esta escala; 29 y 33 puntos. Por el otro extremo, cinco de los chicos de este grupo (33,33%) presentaron puntuaciones entre 13-17, mostrando así poca ansiedad frente al malestar de los demás.

Por otro lado, en el grupo de comparación, trece de los menores (37,14%) obtuvieron puntuaciones entre 19-23. Otro porcentaje importante (28,57%) mostró entre 24 y 27 puntos en esta escala, así como un caso extremo con 29 puntos (2,86%). Así pues,

parece que un porcentaje importante del grupo de comparación (68,57%) suele sentir ansiedad y malestar personal frente a las desgracias de los demás. No obstante, en el otro extremo también hay una parte importante de la muestra representada, ya que once de los chicos (31,43%) presentaron entre 13 y 16 puntos, mostrando así, poco o nulo malestar personal frente al malestar ajeno.



Gráfica 27. Frecuencias de las puntuaciones en la escala de distrés o malestar personal del IRI para el grupo de estudio (n=15) y el grupo de comparación (n=35)

En la tabla 24 se sintetizan las frecuencias y porcentajes de las puntuaciones obtenidas en la escala de Distrés o malestar personal del IRI por ambos grupos.

Puntuaciones	DISTRÉS O MALESTAR PERSONAL			
	Grupo de estudio		Grupo de comparación	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
13-17	5	33,33%	11	31,43%
18-23	8	53,33%	13	37,14%
24-27	-	-	10	28,57%
29-33	2	13,33%	1	2,86%

Tabla 24. Frecuencias de las puntuaciones en la escala de distrés o malestar personal del cuestionario IRI para el grupo de estudio (n=15) y para el grupo de comparación (n=35)

6.1.4 Cuestionario de Autoconcepto CAG.

El cuestionario de Autoconcepto (CAG) tal como comentamos anteriormente se divide en 6 subescalas: Autoconcepto físico, Autoconcepto social, Autoconcepto familiar, Autoconcepto intelectual, Autoconcepto personal y Autocontrol. En este apartado vamos a comentar algunos de los resultados relativos a las frecuencias y porcentajes de respuesta obtenidos en cada escala por cada uno de los grupos.

A continuación se presenta la tabla 25 con la comparación de medias y desviaciones típicas de las distintas escalas de Autoconcepto del grupo de estudio y del grupo de comparación.

	<i>A. Físico</i>		<i>A. Social</i>		<i>A. Familiar</i>		<i>A. Intelect.</i>		<i>A. Personal</i>		<i>A. control</i>	
	<i>X</i>	<i>DT</i>	<i>X</i>	<i>DT</i>	<i>X</i>	<i>DT</i>	<i>X</i>	<i>DT</i>	<i>X</i>	<i>DT</i>	<i>X</i>	<i>DT</i>
Grupo de estudio	30,40	7,28	31,20	5,38	28,65	7,18	28,05	5,95	29,10	5,95	26,40	5,95
Grupo comparación	29,86	5,45	29,86	5,80	34,09	4,45	31,54	5,29	33,00	3,96	28,29	4,43

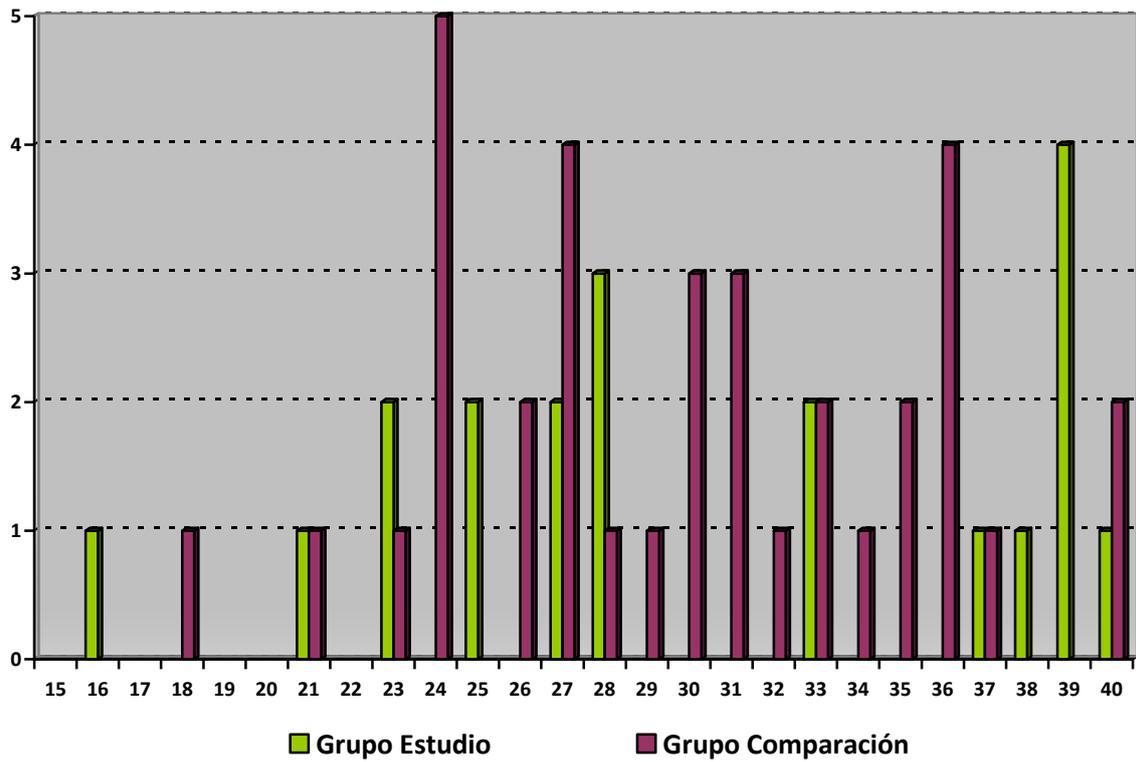
Tabla 25. Medias y desviaciones típicas de las sub-escalas del CAG del grupo de estudio (n=20) y del grupo de comparación (n=35)

En primer lugar tenemos la escala de **Autoconcepto Físico**. Como podemos ver en la gráfica 28, las frecuencias de las puntuaciones en esta escala están muy dispersas en ambos grupos, por lo que no parece que exista un nivel de autoconcepto físico estándar para ninguno de los dos grupos.

En los baremos del CAG, la puntuación media en esta escala oscila entre 27 y 33 puntos dependiendo de la edad del sujeto. En el grupo de estudio siete niños y niñas (35%) obtuvieron puntuaciones entre estos valores, mientras que el grupo de comparación fueron 15 los menores que se encontraron dentro de este intervalo (42,86%).

En el grupo de estudio, otros siete menores obtuvieron puntuaciones muy elevadas en autoconcepto físico (35%). Mientras que seis niños obtuvieron valores bajos en esta escala, sobretodo uno que solo obtuvo 16 puntos. Por otro lado, en el grupo de comparación, diez de los chicos obtuvieron valores por encima del intervalo considerado como media, es decir, un 28,57% obtuvo entre 34 y 40 puntos, mostrando

así un autoconcepto físico muy elevado. También un 28,57% de la muestra obtuvo puntuaciones por debajo del rango medio habiendo también un caso extremo con 18 puntos, con lo que a priori presentan un autoconcepto físico más pobre.



Gráfica 28. Frecuencias de las puntuaciones en la escala de autoconcepto físico del CAG del grupo de estudio (n=20) y del grupo de comparación (n=35)

En la tabla 26 se presenta un resumen de las frecuencias y porcentajes de las puntuaciones obtenidas en la escala de Autoconcepto Físico del CAG.

Puntuaciones	AUTOCONCEPTO FÍSICO			
	Grupo de estudio		Grupo de comparación	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
16 y 18	1	5%	1	2,86%
21-26	5	25%	9	25,71%
27-33	7	35%	15	42,86%
34-40	7	35%	10	28,57%

Tabla 26. Frecuencias y porcentajes de las puntuaciones en la escala de autoconcepto físico del CAG del grupo de estudio (n=20) y del grupo de comparación (n=35)

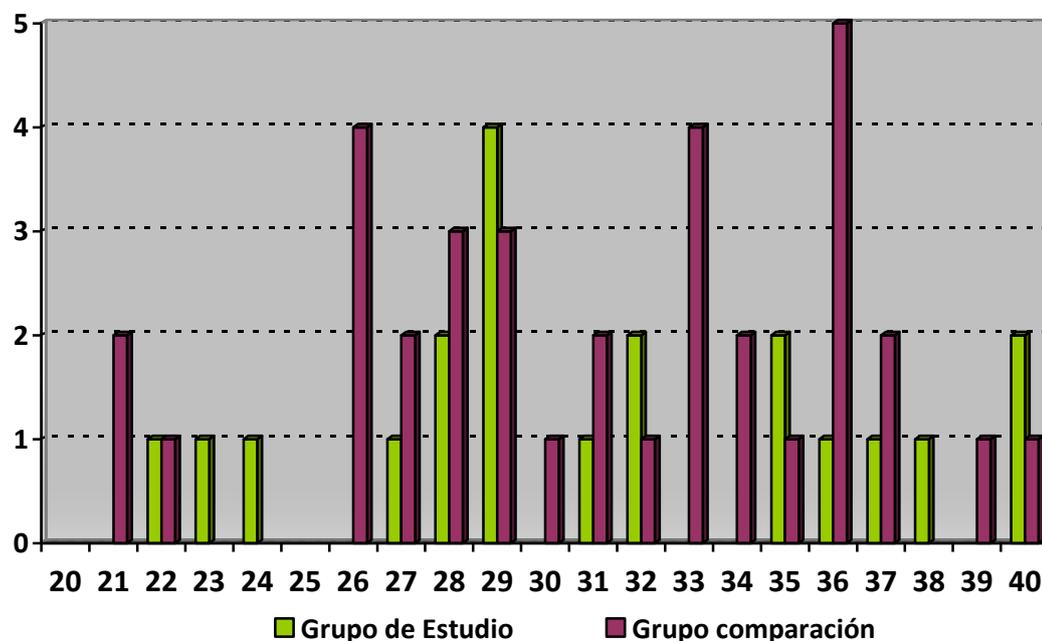
En segundo lugar se encuentra la escala de **Autoconcepto social**. Como podemos observar en la gráfica 29, la gran mayoría de los niños evaluados presentan un buen autoconcepto social, puesto que las puntuaciones en general son bastante altas. La mayoría de los menores de ambos grupos casi un 75% de la muestra total, mostraron entre 26 y 36 puntos en esta escala.

La puntuación media que recogen los baremos del cuestionario oscilan entre 29 y 31 puntos dependiendo de la edad de los sujetos. En nuestro grupo de estudio tenemos a cinco niños y niñas que se encuentran entre este intervalo de valores (25%), mientras que en el grupo de comparación se encuentran seis menores dentro de este rango (17,15%).

En el grupo de estudio, cuatro menores (20%) obtuvieron puntuaciones entre los valores 32-35 mostrando un autoconcepto social por encima de la media que indican los

baremos del CAG, mientras que otros cinco niños (25%) obtuvieron entre 36-40 puntos mostrando un autoconcepto social muy elevado. Por otro lado, tres menores del grupo de estudio, un 15% de la muestra obtuvieron 27 y 28 puntos, cercana del límite del intervalo medio, mientras que otros tres niños mostraron un autoconcepto social claramente bajo (entre 22-24 puntos).

En el grupo de comparación son ocho los menores situados entre el intervalo de 32-35 puntos, un 22,86%, mientras que nueve de los menores (25,71%) presentaron un autoconcepto social muy alto, mostrando puntuaciones entre 36-40. Otros nueve niños (25,71%) obtuvieron puntuaciones cercanas al límite inferior del intervalo medio, concretamente entre 26 y 28 puntos. Mientras que los últimos tres niños de este grupo (8,57%) obtuvieron claramente un autoconcepto social bajo (entre 21 y 22 puntos).



Gráfica 29. Frecuencias de las puntuaciones en la escala de Autoconcepto Social del CAG del grupo de estudio (n=20) y del grupo de comparación (n=35)

En la tabla 27 se presenta un resumen de las frecuencias y porcentajes de las puntuaciones obtenidas en la escala de Autoconcepto Social del CAG de ambos grupos.

Puntuaciones	AUTOCONCEPTO SOCIAL			
	Grupo de estudio		Grupo de comparación	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
21-24	3	15%	3	8,57%
26-28	3	15%	9	25,71%
29-31	5	25%	6	17,15%
32-35	4	20%	8	22,86%
36-40	5	25%	9	25,71%

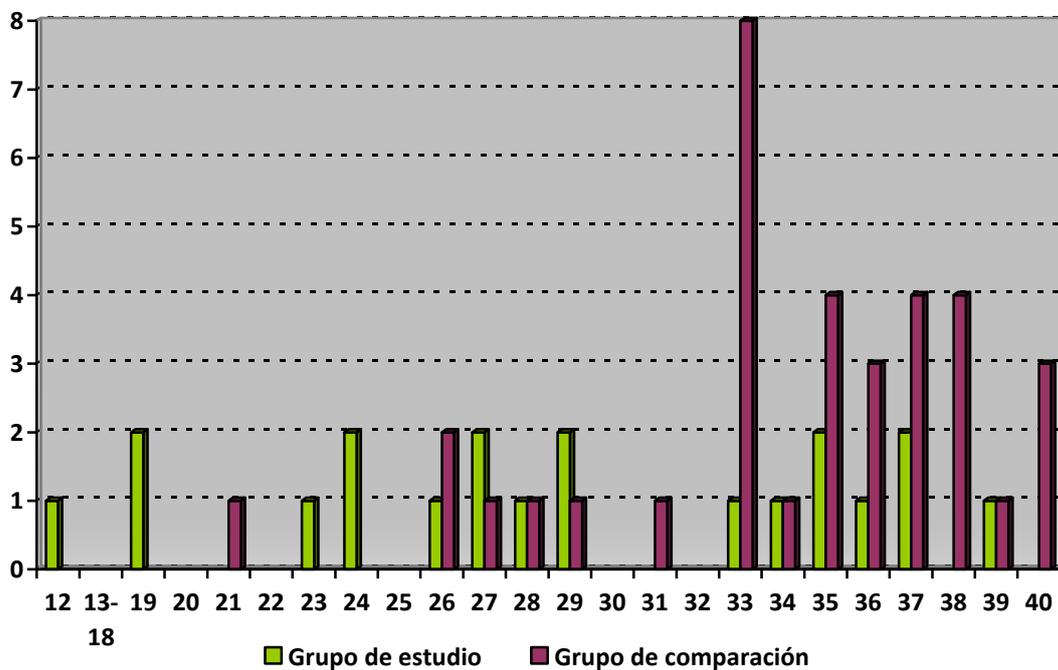
Tabla 27. Frecuencias y porcentajes de las puntuaciones en la escala de Autoconcepto Social del CAG del grupo de estudio (n=20) y del grupo de comparación (n=35)

A continuación se encuentra la escala de **Autoconcepto familiar** (Véase gráfica 30). Como podemos observar, las puntuaciones del grupo de estudio están muy dispersas, mientras que los menores del grupo de comparación obtuvieron en su mayoría puntuaciones altas en autoconcepto familiar, concretamente 28 chicos, 80% del grupo de comparación obtuvo entre 33 y 40 puntos.

La puntuación media de esta escala en los baremos del instrumento oscila, según la edad del sujeto evaluado, entre 28 y 33 puntos. Once de los chicos de este grupo (31,43%) obtuvieron una puntuación entre estos valores, por lo que podemos decir a priori que, 31 menores del grupo de comparación (88,57%) presenta un autoconcepto familiar bueno o muy bueno teniendo en cuenta los baremos del CAG. Por otro lado,

tres de los menores (8,57%) obtienen puntuaciones en el límite inferior de dicho intervalo, entre 26 y 27 puntos, mientras que solo un sujeto obtuvo un autoconcepto familiar bajo (21 puntos).

En el grupo de estudio, cuatro menores (20%) se sitúan dentro del rango medio que marcan los baremos del CAG para esta escala, mientras que siete de los niños y niñas de este grupo (35%) presentaron entre 34 y 39 puntos, mostrando un autoconcepto familiar muy alto. Por otro lado, tres de los menores (15%) se sitúan en el límite inferior de dicho intervalo, obteniendo entre 26 y 27 puntos en autoconcepto familiar. Por último, seis de los menores que componen la muestra (30%) presentan un autoconcepto familiar bajo (22-23 puntos) o muy bajo (12 y 19 puntos).



Gráfica 30. Frecuencias de las puntuaciones en la escala de Autoconcepto Familiar del CAG del grupo de estudio (n=20) y del grupo de comparación (n=35)

En la tabla 28 se presenta las frecuencias y porcentajes de las puntuaciones obtenidas en la escala de Autoconcepto Familiar del CAG para ambos grupos.

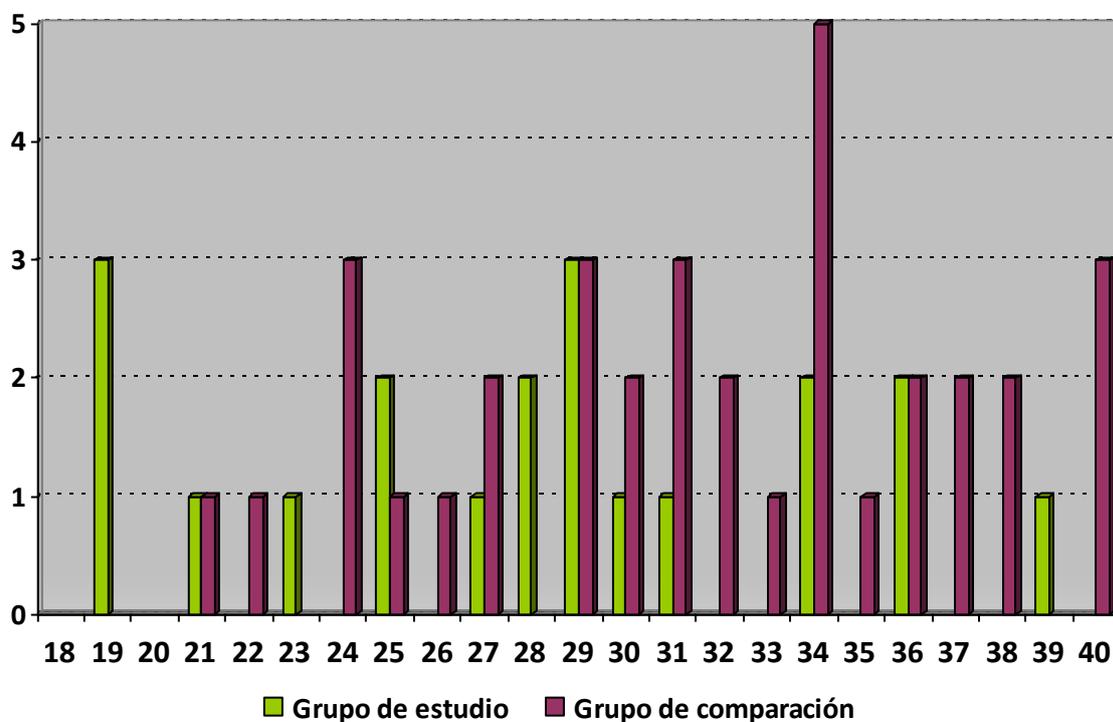
Puntuaciones	AUTOCONCEPTO FAMILIAR			
	Grupo de estudio		Grupo de comparación	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
12-24	6	30%	1	2,86%
26 y 27	3	15%	3	8,57%
28-33	4	20%	11	31,43%
34-40	7	35%	20	57,14%

Tabla 28. Frecuencias y porcentajes de las puntuaciones en la escala de Autoconcepto Familiar del CAG del grupo de estudio (n=20) y del grupo de comparación (n=35)

La cuarta escala de cuestionario evalúa el **Autoconcepto Intelectual** (véase gráfica 31). Las medias en los baremos del cuestionario oscilan entre 25 y 31 puntos según la edad del sujeto evaluado. En nuestra muestra del grupo de estudio, hay diez sujetos (50%) que obtienen una puntuación en esta escala entre estos valores, mostrando pues un buen autoconcepto intelectual. Mientras que en el grupo de comparación, son doce niños (34,28%) los que obtuvieron valores dentro de este intervalo.

En el grupo de estudio, cinco niños (25%) presentaron una puntuación por encima de la media de los baremos de CAG, entre 34 y 39 puntos. Mientras que en el grupo de comparación son dieciocho los menores que presentaron puntuaciones elevadas en esta escala, entre 32 y 40 puntos, mostrando todos ellos un autoconcepto intelectual de

bueno a muy bueno (51,43%). Por otro lado, en el límite inferior de dicho intervalo (de 22-24 puntos) el grupo de estudio encontramos un sujeto que obtuvo 23 puntos mientras que el grupo de comparación hubo cuatro sujetos (11,43%) dentro de este intervalo. Por otro lado, en el grupo de estudio cuatro niños (20%) obtuvieron puntuaciones bajas en esta escala (19-21 puntos) mientras que en el grupo de comparación solo uno de los menores obtuvo un resultado de 21 puntos en autoconcepto intelectual.



Gráfica 31. Frecuencias de las puntuaciones en la escala de Autoconcepto Intelectual del CAG del grupo de estudio (n=20) y del grupo de comparación (n=35)

En la tabla 29 se presenta un resumen de las frecuencias y porcentajes de las puntuaciones obtenidas en la escala de Autoconcepto Intelectual del CAG.

Puntuaciones	AUTOCONCEPTO INTELLECTUAL			
	Grupo de estudio		Grupo de comparación	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
19-21	4	20%	1	2,86%
22-24	1	5%	4	11,43%
25-31	10	50%	12	34,28%
32-40	5	25%	18	51,43%

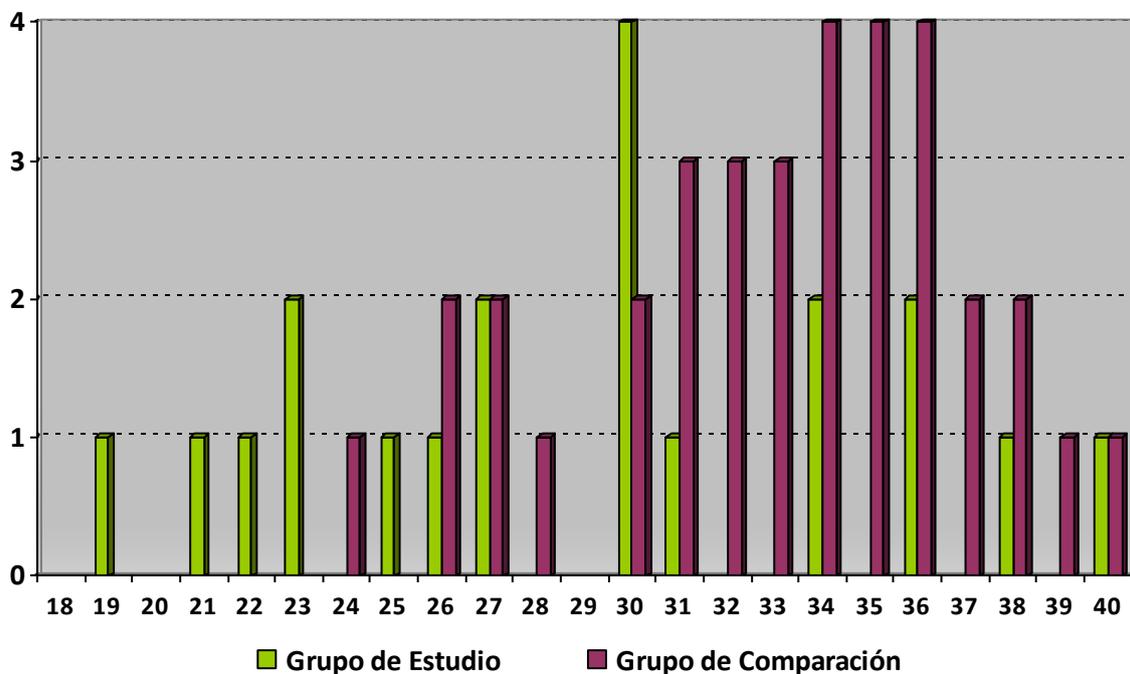
Tabla 29. Frecuencias de las puntuaciones en la escala de Autoconcepto Intelectual del CAG del grupo de estudio (n=20) y del grupo de comparación (n=35)

En la escala de **Autoconcepto personal** (véase gráfica 32) la distribución de las puntuaciones, tal como ocurre en el resto de escalas abarca un amplio rango de valores, desde 19 hasta el máximo, 40 puntos. No obstante, en este caso, la diferencia en la distribución de cada grupo se hace más visible, puesto que en el grupo de comparación, el 82,86% de la muestra obtuvo valores muy altos en autoconcepto personal (entre 30 y 40 puntos) siendo la puntuación más baja de este grupo la de un caso con 24 puntos. En cambio, en el grupo de estudio, poco más de la mitad de la muestra (55%) obtuvo valores entre los 30 y los 40 puntos, habiendo en este caso un total de 6 menores (30%) con valores muy bajos en esta escala (entre 18 y 25 puntos).

En este caso, el intervalo medio obtenido a través de los baremos del CAG fue de 30-33 puntos, por lo que el 25% del grupo de estudio y el 31,43% del grupo de comparación, se sitúan dentro de este intervalo. Como ya he comentado, hay un porcentaje más elevado de menores del grupo de comparación que obtiene puntuaciones

más elevadas, (entre 33-40 puntos). Concretamente el 51,43% de la muestra de comparación, mientras que en el grupo de estudio solo el 30% de la muestra obtiene puntuaciones entre estos valores.

Por otro lado, en el límite inferior del rango que corresponde a las puntuaciones medias (entre 26-28 puntos), el grupo de comparación representa el 14,28% de su grupo, mientras que los menores del grupo de estudio ocupa un 15% de los casos de su grupo. Por último, en el grupo de estudio hubo seis niños (30%) que obtuvieron puntuaciones bajas o muy bajas en autoconcepto personal, frente al grupo de comparación donde solamente un niño obtuvo una puntuación baja en dicha escala (24 puntos).



Gráfica 32. Frecuencias de las puntuaciones en la escala de Autoconcepto Personal del CAG del grupo de estudio (n=20) y del grupo de comparación (n=35)

En la tabla 30 se presenta un resumen de las frecuencias y porcentajes de las puntuaciones obtenidas en la escala de Autoconcepto Personal del CAG para ambos grupos.

Puntuaciones	AUTOCONCEPTO PERSONAL			
	Grupo de estudio		Grupo de comparación	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
19-25	6	30%	1	2,86%
26-28	3	15%	5	14,28%
30-33	7	35%	11	31,43%
34-40	4	20%	18	51,43%

Tabla 30. Frecuencias de las puntuaciones en la escala de Autoconcepto Personal del CAG del grupo de estudio (n=20) y del grupo de comparación (n=35)

Por último, tal como comentamos al principio, el cuestionario de autoconcepto GARLEY, incluye una última escala de **Autocontrol**. La media que indican los baremos de la prueba también depende de la edad del sujeto evaluado, sin embargo, a diferencia de lo que ocurre en otras escalas, las medias en autocontrol ofrecidas por los baremos del CAG no varían demasiado en función en las diferentes edades, es por ello la medias se sitúan para todas las edades entre los 27 y 28 puntos.

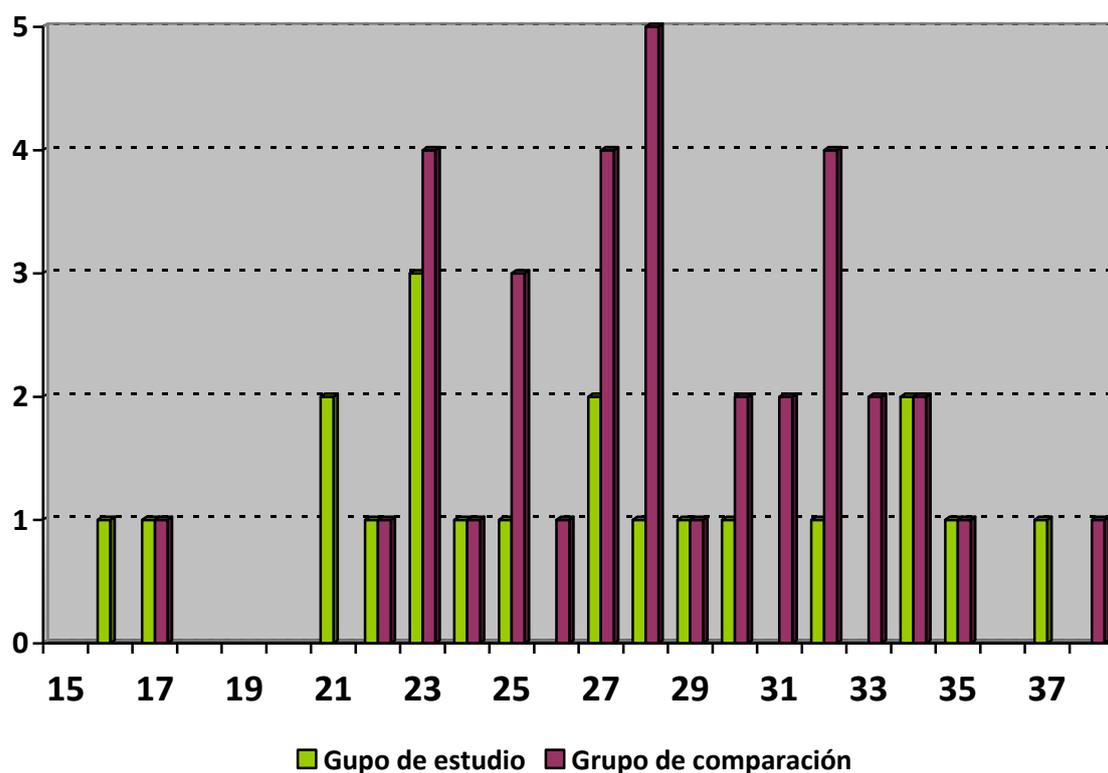
Existe una amplia variabilidad en las puntuaciones obtenidas por todos los menores de este estudio, existiendo casos que obtuvieron 16 puntos en autocontrol frente a otros niños que obtuvieron una puntuación en autocontrol de 38 (véase gráfica 33). Esto a priori parece ser bastante normativo, ya que si comparamos las medias de los baremos

estandarizados del cuestionario, podemos ver que la media en autocontrol es la más baja en comparación al resto de escalas en casi todas las edades (exceptuando a los adolescentes de 15 y 16 años, cuya media más baja aparece en autoconcepto intelectual; 25,72). Así, la escala de autocontrol parece ser la más débil cuando hablamos de autoconcepto en niños y adolescentes. Seguramente esto se deba a la poca, o incluso, nula sensación de control que los menores tienen respecto a decisiones importantes de su vida en edades tempranas, que en principio cabría esperar que en la vida adulta dicha percepción se modificara.

En nuestro grupo de estudio, tres de los menores (15%) obtuvo 27 o 28 puntos, mientras que en el grupo de comparación, fueron nueve los chicos que obtuvieron una de estas dos puntuaciones (25,71%). En el grupo de estudio, siete de los niños (35%) obtuvo una puntuación entre los valores 29 y 37, presentando un alto o muy alto autocontrol. Sin embargo, este porcentaje es más elevado en el grupo de comparación (42,86%), por lo que a priori, parece que los menores del grupo de comparación presenta un mayor autocontrol que el grupo de estudio.

Por otro lado, si nos fijamos en el límite inferior (entre 23 y 26 puntos), en el grupo de estudio hubo cinco casos entre estos valores (25%) mientras que el grupo de comparación hubo nueve niños que mostraron alguna de las puntuaciones del rango (25,71%), es decir, prácticamente el mismo porcentaje de niños de ambos grupos se sitúa entre estas puntuaciones limítrofes.

Por último, en el grupo de estudio encontramos cinco niños con puntuaciones bajas o muy bajas en autocontrol (25%), mientras que en el grupo de comparación, solo hay dos menores que presentan un autocontrol bajo un niño con 22 puntos y otro con 17 puntos (5,71%).



Gráfica 33. Frecuencias de las puntuaciones en la escala de Autocontrol del CAG del grupo de estudio (n=20) y del grupo de comparación (n=35)

En la tabla 31 se presenta un resumen de las frecuencias y porcentajes de las puntuaciones obtenidas en la escala de Autocontrol del CAG para ambos grupos.

Puntuaciones	AUTOCONTROL			
	Grupo de estudio		Grupo de comparación	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
16-22	5	25%	2	5,71%
23-26	5	25%	9	25,71%
27 y 28	3	15%	9	25,71%
29-38	7	35%	15	42,86%

Tabla 31. Frecuencias y porcentajes de las puntuaciones en la escala de Autocontrol del CAG del CAG del grupo de estudio (n=20) y del grupo de comparación (n=35)

6.1.5 Test de Clasificación de tarjetas de Wisconsin WSCT

En la administración y corrección del WSCT no existen escalas como en el resto de cuestionarios utilizados, sino que se evalúan parámetros indicativos del nivel de ejecución y de perseveración de la prueba. Así pues, a continuación se presenta la tabla 32 y 33 con la comparación de medias y desviaciones típicas en cada uno de los grupos, de los distintos apartados que se contemplan en la corrección y evaluación del WSCT los cuales pasaremos a comentar seguidamente.

	Intentos aplicados		Nº resp. Correctas		%Respuestas perseverativas		% de Errores		% Respuestas de nivel conceptual	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT
Grupo de estudio	116,56	20,3	72,11	10,8	22,09	10,64	36,49	12,38	51,15	16,03
Grupo comparación	105,46	20,5	72,60	6,69	13,85	6,93	28,87	12,68	63,40	17,46

Tabla 32. Medias y desviaciones típicas de algunos de los parámetros del WSCT para el grupo de estudio (n=18) y del grupo de comparación (n=35)

	% Errores Perseverativos		% Errores NO perseverativos	
	<i>X</i>	<i>DT</i>	<i>X</i>	<i>DT</i>
Grupo de estudio	19,206	8,406	17,006	7,980
Grupo comparación	12,726	5,795	16,060	8,797

Tabla 33. Medias y desviaciones típicas de los errores perseverativos y NO perseverativos del WSCT para el grupo de estudio (n=18) y del grupo de comparación (n=35)

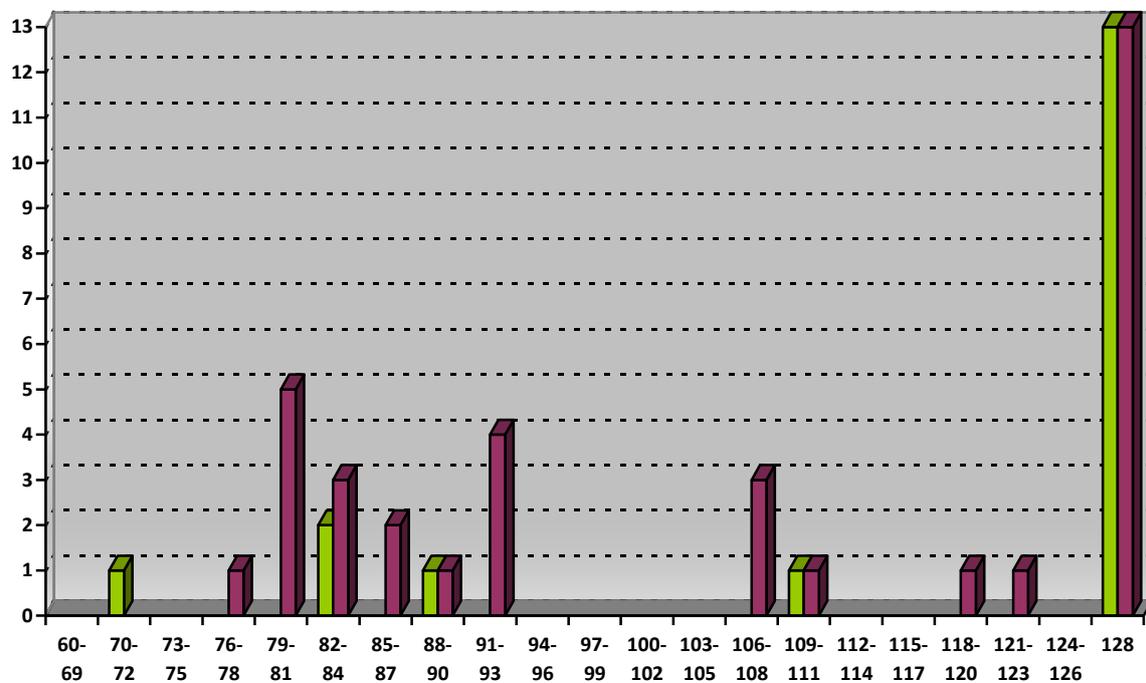
6.1.5.1 Número de Intentos Aplicados

Puesto que la prueba contiene dos bloques de tarjetas-respuesta con 64 tarjetas cada uno, el máximo número de intentos aplicados es de 128. Sin embargo, cuando el sujeto completa las 6 categorías (recordemos que una categoría se completaba tras 10 clasificaciones correctas consecutivas), la prueba finaliza, por lo que el mínimo de intentos aplicados no puede ser en ningún caso inferior a 60. El número de intentos aplicados nos dará información parcial del número de categorías completadas, ya que si un niño necesitó menos de 128 aplicaciones es porque terminó la prueba, por lo tanto, tuvo que conseguir completar las seis categorías. Sin embargo, si necesitó aplicar los 128 intentos, solo nos puede indicar que NO consiguió las 6 categorías que exige la prueba.

En este caso, solo pudimos contar con 18 casos en el grupo de estudio, puesto que los dos niños que faltan dejaron la casa de acogida antes de que les pudiésemos pasar el WSCT. A continuación, en la gráfica 34, se muestran las frecuencias en el número de

intentos aplicados en el WSCT para el grupo de estudio (n=18) y para el grupo de comparación (n=35).

Como podemos observar, veintiséis menores evaluados necesitaron utilizar todas las tarjetas, por lo que no completaron las 6 categorías. De estos veintiséis niños, trece corresponden al grupo de estudio y trece al grupo de comparación. En el grupo de comparación, estos trece menores representan el 72,23% de la muestra mientras que para el grupo de comparación solo el 37,14% de su muestra necesitó aplicar los 128 intentos. Así pues, esto indica que el 62,86% de la muestra del grupo de comparación completó las seis categorías del WSCT finalizando así la prueba antes de agotar todos los intentos disponibles, mientras que solo el 27,8% de la muestra del grupo de estudio, pudo finalizar la prueba habiendo completando las seis categorías necesarias.



Gráfica 34. Frecuencias del número de intentos aplicados en la prueba WSCT para el grupo de estudio (n=18) y para el grupo de comparación (n=35)

En la tabla 34 se presenta un resumen de las frecuencias y porcentajes del número de intentos aplicados en el Test de Clasificación de tarjetas de Wisconsin tanto para el grupo de estudio como para el grupo de comparación.

	NÚMERO DE INTENTOS APLICADOS			
	<i>Grupo de estudio</i>		<i>Grupo de comparación</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
70-81	1	5,55%	6	17,14%
82-93	3	16,67%	10	28,57%
106-123	1	5,55%	6	17,14%
128	13	72,23%	13	37,14%

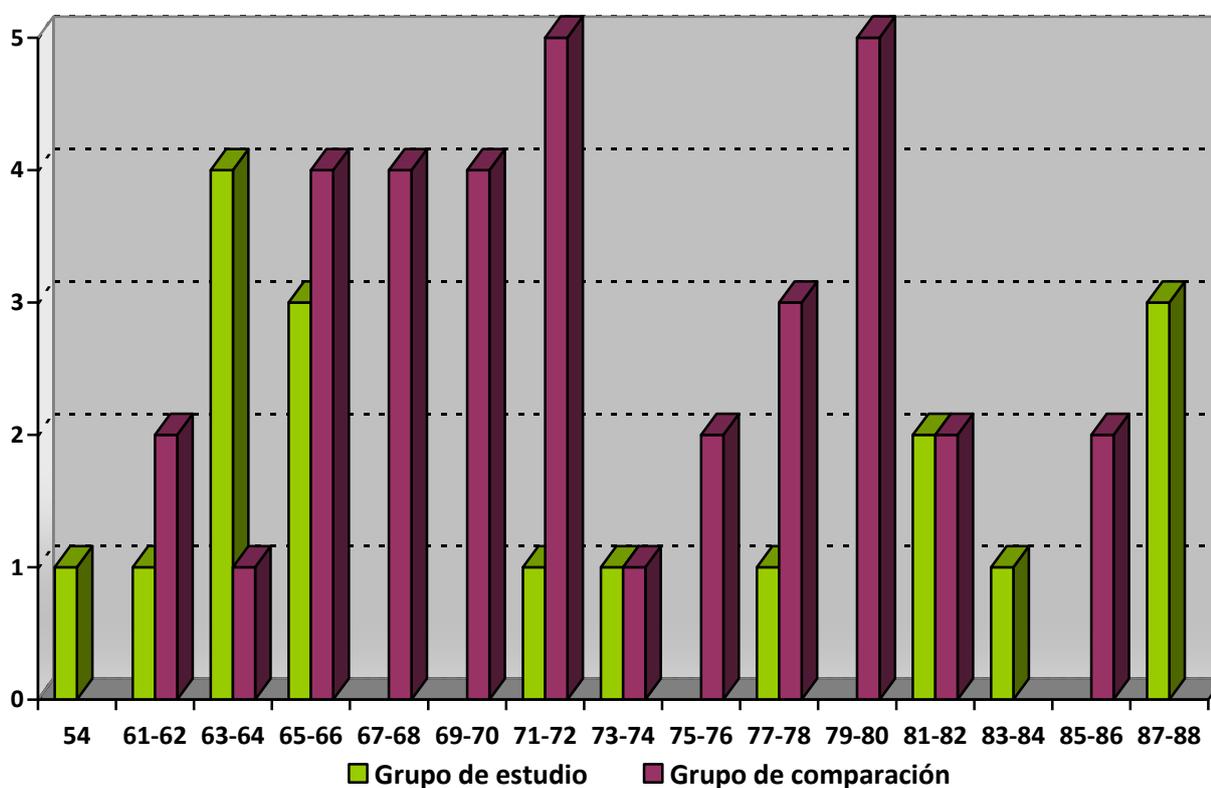
Tabla 34. Frecuencias y porcentajes del número de intentos aplicados en la prueba WSCT en el grupo de estudio (n=18) y en el grupo de comparación (n=35)

6.1.5.2 Total de Respuestas Correctas

Consideramos el total de respuestas correctas al total de tarjetas clasificadas correctamente, es decir, siguiendo el criterio de clasificación pertinente en cada caso. A continuación presentamos en la gráfica 35 las frecuencias del número de respuestas correctas que obtuvieron ambos grupos del estudio.

Como podemos observar en la gráfica, los menores de nuestro estudio consiguieron entre 54 y 88 respuestas correctas en el WSCT. La mitad de los niños del grupo de estudio, obtuvieron solo entre 54 y 66 respuestas correctas. Tres niños consiguieron entre 71 y 78 respuestas correctas, otros tres llegaron a clasificar correctamente entre 81 y 84 tarjetas, mientras que otros tres chicos consiguieron contestar el mayor número de

respuestas de la muestra total, entre 87 y 88 respuestas correctas. Por otro lado, en el grupo de comparación siete de los niños (20%) obtuvieron entre 61 y 66 respuestas correctas. Trece menores (37,14%) consiguieron clasificar entre 67 y 72 tarjetas. Otros seis chicos (17,14%) consiguieron entre 73 y 78 respuestas correctas. Mientras que los nueve menores restantes (25,72%) consiguieron clasificar 79 y 86 tarjetas correctamente.



Gráfica 35. Frecuencias del número de respuestas correctas en la prueba WSCT del grupo de estudio (n=18) y del grupo de comparación (n=35)

En la tabla 35 se presenta un resumen de las frecuencias y porcentajes de respuestas correctas obtenidas en el WSCT según el grupo de estudio y el grupo de comparación.

	NÚMERO DE RESPUESTAS CORRECTAS			
	<i>Grupo de estudio</i>		<i>Grupo de comparación</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
54-66	9	50%	7	20%
67-72	1	5,55%	13	37,14%
73-78	2	11,11%	6	17,14%
79-88	6	33,33%	9	25,72%

Tabla 35. Frecuencias y porcentajes del número de respuestas correctas en la prueba WSCT según el grupo de estudio (n=18) y el grupo de comparación (n=35)

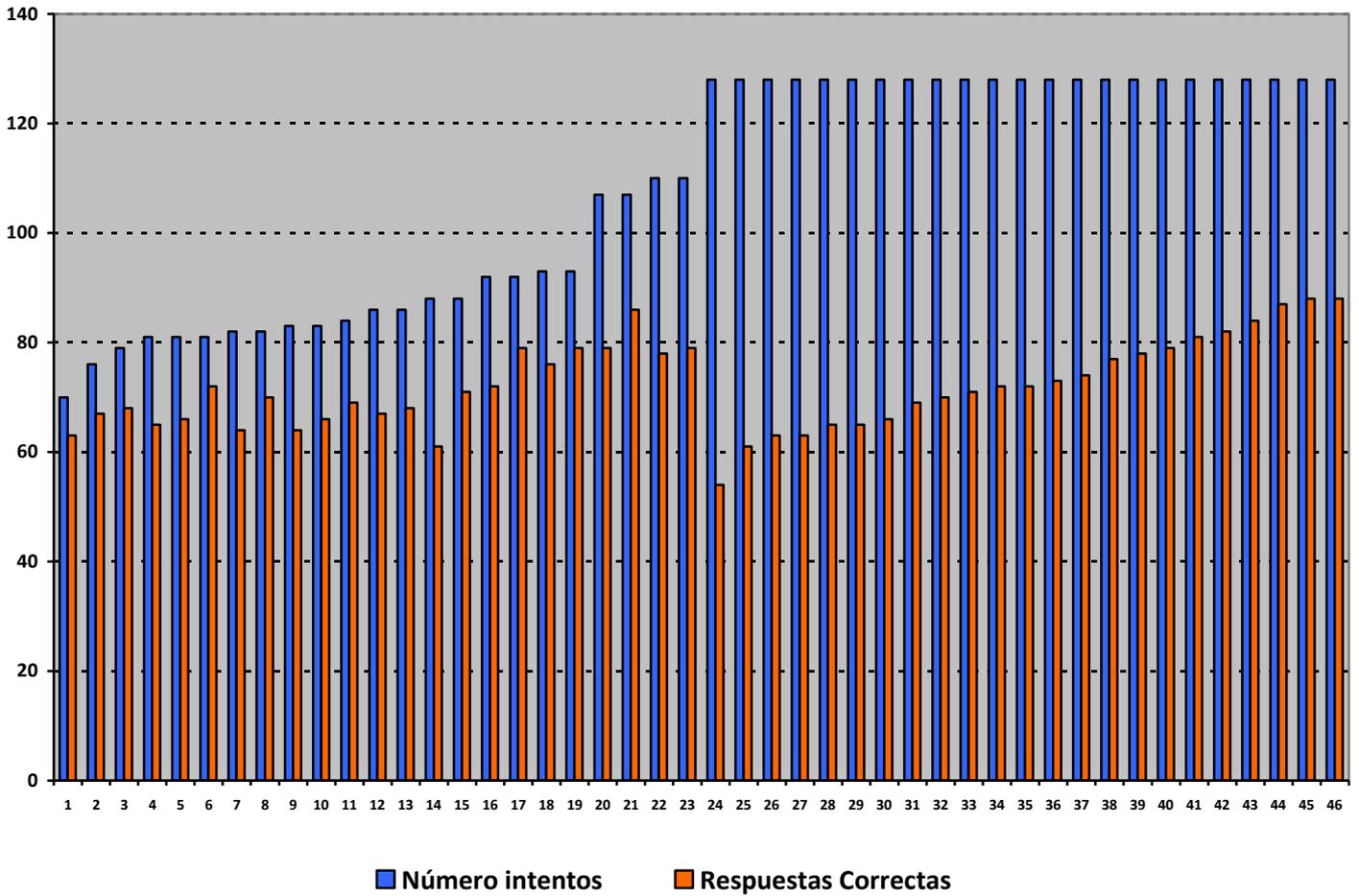
Obviamente, hay que tener en cuenta que el número de respuestas correctas por sí solo no es un buen indicativo de que un sujeto haya obtenido un buen rendimiento en la ejecución de esta prueba, ya que a mayor número de aplicaciones pueden existir también un mayor número de aciertos, pero si no se completan las 6 categorías, se requiere utilizar todas las tarjetas hasta lograr dicho objetivo.

A continuación a modo de ejemplo se presenta la gráfica 36 donde se refleja la relación de intentos aplicados y respuestas correctas de algunos de los casos del estudio. Como podemos observar en la gráfica, la niña que solo necesitó 70 intentos para completar la prueba, obtuvo 63 respuestas correctas (n° 1 de la gráfica), así pues, solo erró en la clasificación de siete tarjetas. Por otro lado, el sujeto número 37 de la gráfica, obtuvo el mismo número de respuestas correctas (n=63), pero utilizó todas las tarjetas para finalizar la prueba, es decir, las 128 tarjetas-respuesta. Así pues, aún teniendo el

mismo número de respuestas correctas que la niña nº1, el sujeto nº37 obtuvo 65 errores, por lo que realizó una ejecución notablemente inferior al sujeto nº1.

Por otro lado, la niña que utilizó 76 intentos para completar las 6 categorías, obtuvo 67 respuestas correctas (nº2 de la gráfica), errando en nueve de los intentos. Del mismo modo, el sujeto número 6 de la gráfica, utilizó 81 intentos para completar la prueba, de los cuales consiguió clasificar correctamente 72 tarjetas y erró el mismo número de tarjetas que el sujeto nº 2. Así, aunque estos dos sujetos hayan utilizado más o menos tarjetas, han cometido el mismo número de errores, siendo esto un valor muy bajo, por lo que ambos han realizado una buena ejecución de la prueba.

Sin embargo, otra niña que consiguió 87 respuestas correctas, es una de los 23 menores que expiraron las 128 tarjetas (nº 44 de la gráfica) al igual que ocurre con los dos menores que consiguieron 88 respuestas correctas (número 45 y 46 de la gráfica). Así, aunque estos tres sujetos hayan conseguido más respuestas correctas que el resto de la muestra, han necesitado un número mayor de intentos para realizar la prueba, por lo que también ha aumentado el número de errores; 41 y 42 errores respectivamente. Así pues, relativizando los resultados, estos menores, aún teniendo mayor número de respuestas correctas, obtienen una puntuación global más negativa en la ejecución de la prueba.



Gráfica 36. Frecuencias del número de intentos aplicados y del número de respuestas correctas del WSCT de algunos de los casos del estudio

6.1.5.3 Total de Errores y porcentaje de Errores

En la evaluación del Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin se señalan el número total de errores que el sujeto a cometido y el porcentaje de errores en función del número total de intentos aplicados. Lo mismo ocurre con el número de respuestas perseverativas, de errores perseverativos, errores no perseverativos y las respuestas de

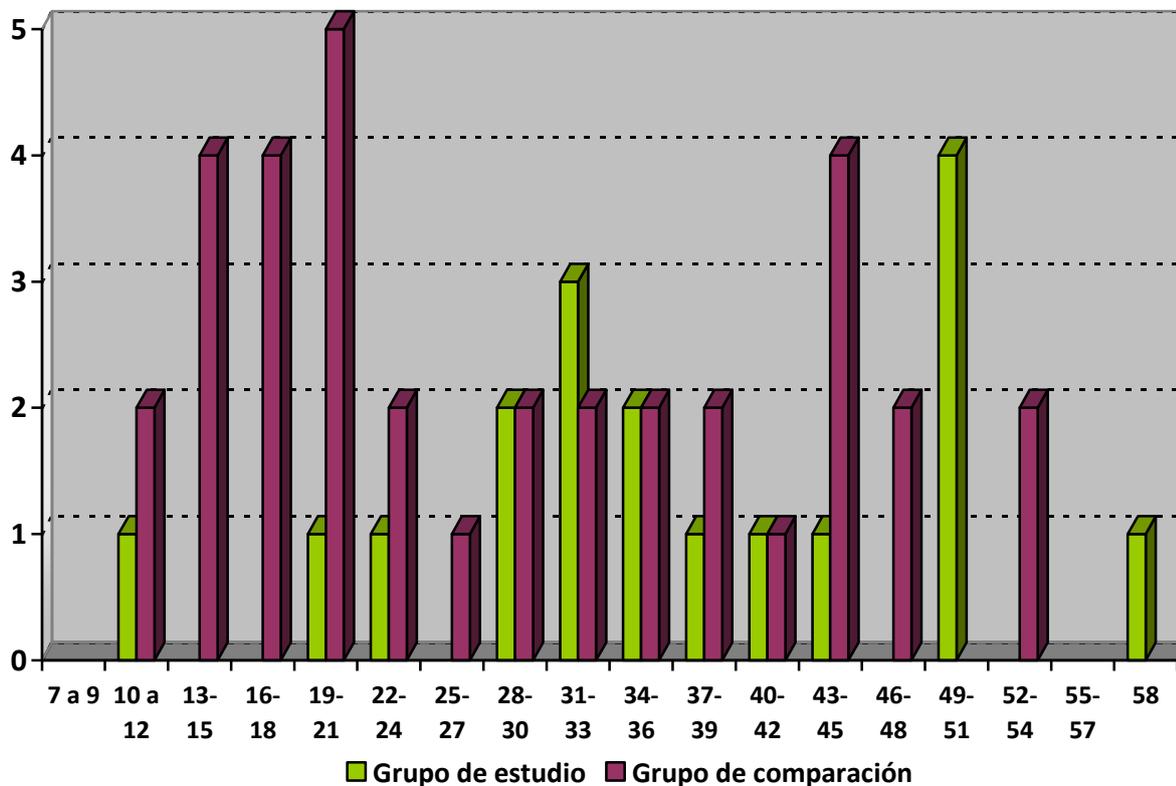
nivel conceptual. En todos estos casos, se calcula el porcentaje equivalente teniendo en cuenta el número total de intentos aplicados:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de errores} \times 100}{\text{Intentos aplicados}} .$$

Teniendo en cuenta que los porcentajes relativos al número de intentos aplicados ofrece mayor información sobre la ejecución de cada sujeto, vamos a hacer referencia a los porcentajes cuando describamos cada uno de los parámetros comentados.

A continuación presentamos la gráfica 37 con las frecuencias de los porcentajes de error que han obtenido los menores del grupo de estudio y del grupo de comparación. Como podemos observar, la mayoría de los menores del grupo de estudio, once chicos (61,11%) obtuvieron un porcentaje de error entre 19% y 45%. Cuatro menores (22,22%) obtuvieron un porcentaje de error entre 49-51%, mientras que un niño obtuvo el mayor porcentaje, un porcentaje de 58% de error, y otro niño consiguió el menor porcentaje de error, solo un 10% de error.

Por otro lado, en el grupo de comparación la mayoría de los chicos obtuvo un porcentaje de error de entre 10% y 24%, concretamente 17 chicos, ocupando un 48,57% de la muestra del grupo de comparación. Diez de los menores (28,57%) obtuvo un porcentaje de entre 25% y 42%, mientras que los ocho chicos restantes obtuvieron un porcentaje de error de entre 43% y 54%, ocupando un 22,86% del grupo de comparación.



Gráfica 37. Frecuencias del porcentaje de errores en la prueba WSCT para el grupo de estudio (n=18) y para el grupo de comparación (n=35)

A continuación presentamos la tabla 36 con las frecuencias de los porcentajes de error y los porcentajes que dichas frecuencias de cada uno de los grupos de este estudio.

	PORCENTAJES DE ERRORES			
	<i>Grupo de estudio</i>		<i>Grupo de comparación</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
10%-24%	3	16,66%	17	48,57%
25%-42%	9	50%	10	28,57%
43%-58%	6	33,33%	8	22,86%

Tabla 36. Frecuencias y porcentajes de los porcentajes de error en la prueba WSCT según el grupo de estudio (n=18) y el grupo de comparación (n=35)

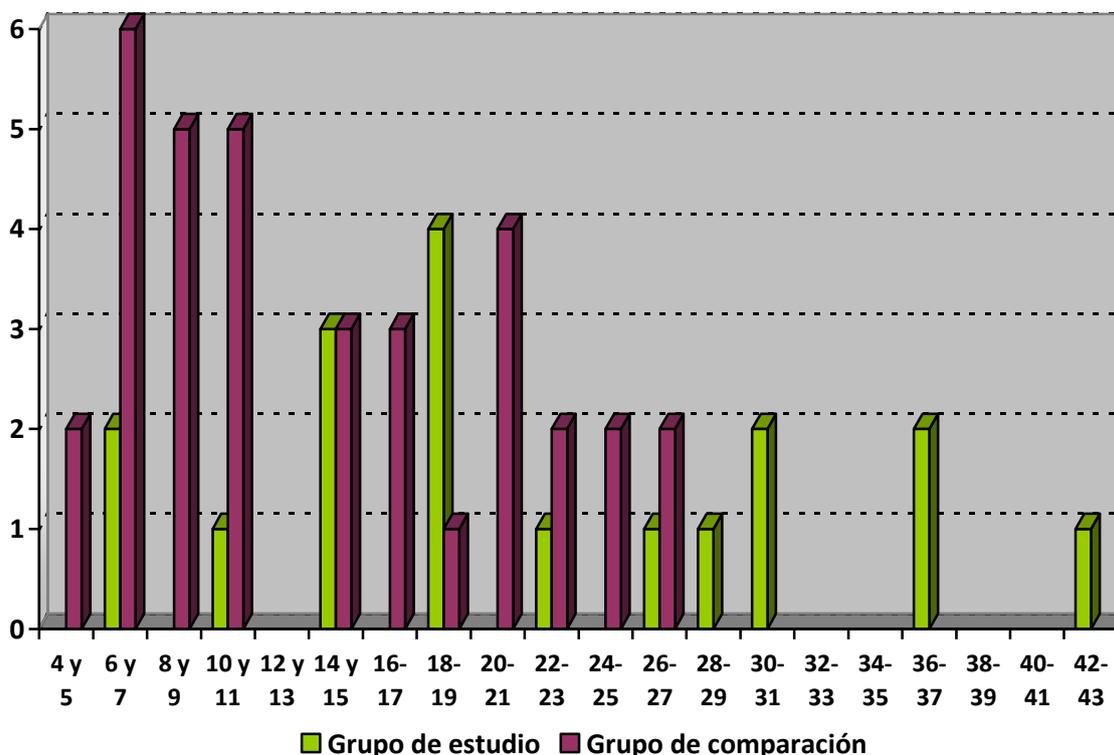
6.1.5.4 Porcentaje de respuestas perseverativas

Las respuestas perseverativas son aquellas que aún indicando que el criterio de clasificación que está utilizando es erróneo, el sujeto sigue clasificando bajo el mismo criterio. Inicialmente, para asegurarnos que esta clasificando bajo el criterio perseverativo, tiene que tratarse de un error no ambiguo (es decir, que solo se clasifique bajo un criterio, y no bajo la combinación de dos o tres criterios de clasificación). Sin embargo, pueden haber respuestas perseverativas ambiguas (clasificadas según dos criterios, de los cuales uno siempre será el criterio perseverativo) dentro de un intervalo de tarjetas clasificadas donde la primera y la última siguen el criterio de clasificación perseverativo no ambiguo. Así, puede haber respuestas correctas que se puntúan también como respuestas perseverativas, ya que aun habiendo acertado, está siguiendo un criterio perseverativo que se ve enmarcado por dos clasificaciones perseverativas no ambiguas (por ejemplo, una respuestas que engloba dos criterios puede ser correcta si el criterio no perseverativo es la regla de esa categoría, sin embargo, se puntuará como perseverativa, si contiene el criterio perseverativo que antecede y precede dicha respuesta).

En la gráfica 38 se presentan los porcentajes de las respuestas perseverativas que han obtenido el grupo de estudio y el grupo de comparación. Como podemos ver, los porcentajes de respuestas perseverativas es más elevado en el grupo de estudio que en el grupo de comparación, puesto que el grupo de comparación tiene su valor más elevado en el 27% de respuestas perseverativas, mientras que en el grupo de estudio llega hasta el 42% de respuestas perseverativas en el caso más extremo.

En el grupo de estudio la mitad de la muestra obtuvo un porcentaje de respuestas perseverativas entre 14% y 27%. Seis de los chicos (33,33%) obtuvieron un porcentaje de respuestas perseverativas más elevado, entre el 28% y el 43%, mientras que solo tres niños (16,66%) obtuvieron un porcentaje de respuestas perseverativas entre el 6% y el 10%.

En el grupo de comparación, la mayoría de los casos obtuvieron un porcentaje de respuestas perseverativas bastante menor que el grupo de estudio. Dieciocho de los chicos (51,43%) obtuvo un porcentaje de respuestas perseverativas de entre 4% y 10%, mientras que los 17 niños restantes (48,57%) obtuvieron un porcentaje de entre 14% y 27% en respuestas perseverativas. En este caso, no hubo ningún niño que obtuviera un porcentaje de respuestas perseverativas más elevado, con lo que un porcentaje de 27% fue el más alto en este grupo.



Gráfica 38. Porcentajes de respuestas perseverativas del WSCT para el grupo de estudio (n=18) y para el grupo de comparación (n=35)

En la tabla 37 se presenta un resumen de las frecuencias y porcentajes del porcentaje de respuestas perseverativas obtenido en el Test de Clasificación de tarjetas de Wisconsin en cada uno de los grupos de este estudio

	PORCENTAJES RESPUESTAS PERSEVERATIVAS			
	<i>Grupo de estudio</i>		<i>Grupo de comparación</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
4%-10%	3	16,66%	18	51,43%
14%-27%	9	50%	17	48,57%
28%-43%	6	33,33%	-	-

Tabla 37. Frecuencias y porcentajes de los porcentajes de respuestas perseverativas en la prueba WSCT según el grupo de estudio (n=18) y el grupo de comparación (n=35)

6.1.5.5 Porcentaje de errores perseverativos

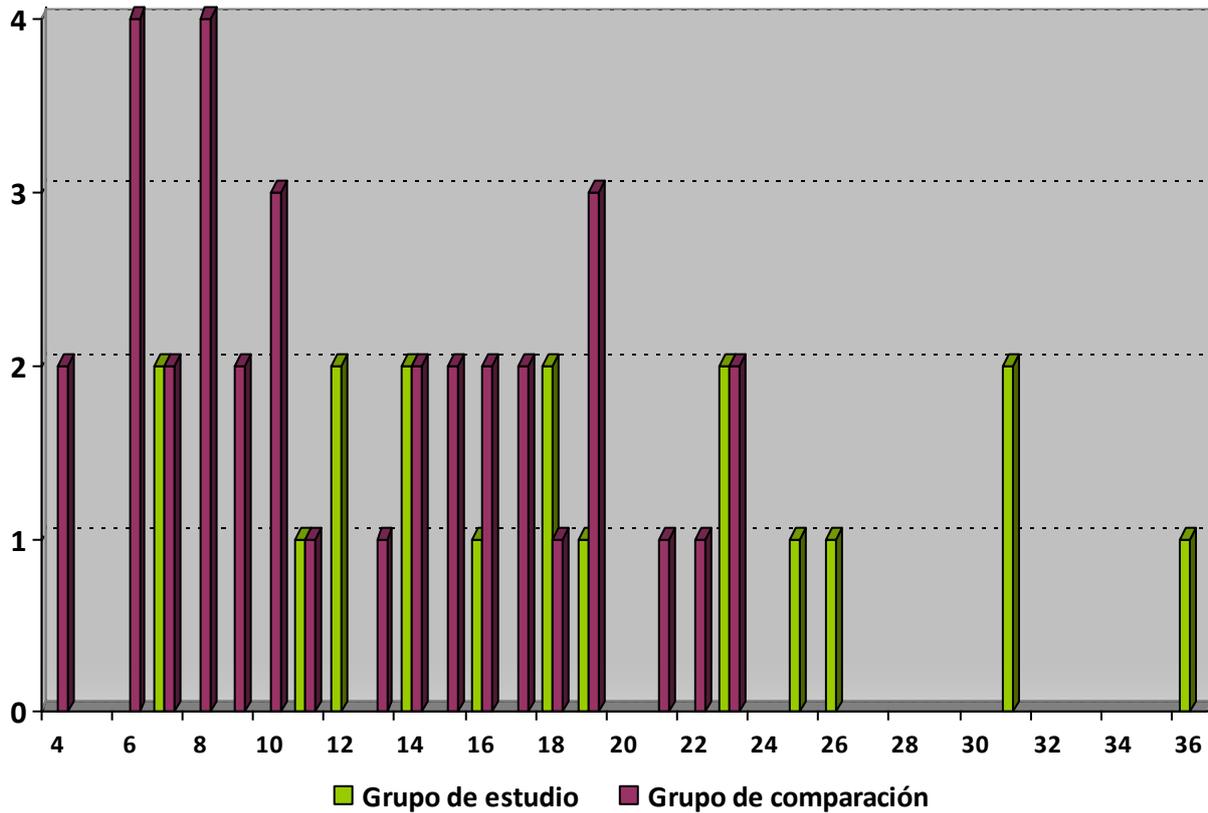
Después de comentar el porcentaje de errores y el porcentaje de respuestas perseverativas, pasamos a describir las frecuencias de los porcentajes de errores perseverativos (véase gráfica 39).

La distribución de los porcentajes de errores perseverativos se asemeja al porcentaje de respuestas perseverativas, pues la mayoría de las respuestas perseverativas suelen ser errores.

Como podemos observar, el grupo de estudio presenta mayores porcentajes de errores perseverativos, mientras que el grupo de comparación tiene los mayores índices en porcentajes bajos. En el grupo de estudio, la mayoría de casos obtuvieron entre un 11% y un 19% de errores perseverativos, ocupando el 50% de la muestra del grupo de estudio. Un 38,89% obtuvo un porcentaje de errores perseverativos elevado, entre 23% y 36%, mientras que solo hubo dos niños (11,11%) que consiguieron un porcentaje de error del 7%.

Por otro lado, si observamos los casos del grupo de comparación, vemos que la mayoría de niños y niñas obtuvieron un porcentaje de errores perseverativos de bajo a muy bajo. Dieciocho menores (51,43%) obtuvieron un porcentaje de entre el 4% y el 11%. Trece menores (37,14%) obtuvieron entre un 13% y un 19%, mientras que cuatro

niños (11,43%) obtuvieron los porcentajes más elevados que siguen siendo bastante inferiores a los más elevados del grupo de estudio, entre un 21 y un 23%.



Gráfica 39. Porcentajes de los errores perseverativos en el WSCT para el grupo de estudio (n=18) y para el grupo de comparación (n=35)

En la tabla 38 se presenta un resumen de las frecuencias y porcentajes del porcentaje de errores perseverativos obtenido en el Test de Clasificación de tarjetas de Wisconsin por ambos grupos.

	PORCENTAJES ERRORES PERSEVERATIVOS			
	<i>Grupo de estudio</i>		<i>Grupo de comparación</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
4%-10%	2	11,11%	17	48,57%
11%-16%	6	33,33%	8	22,86%
17%-23%	5	27,78%	10	28,57%
25%-36%	5	27,78%	-	-

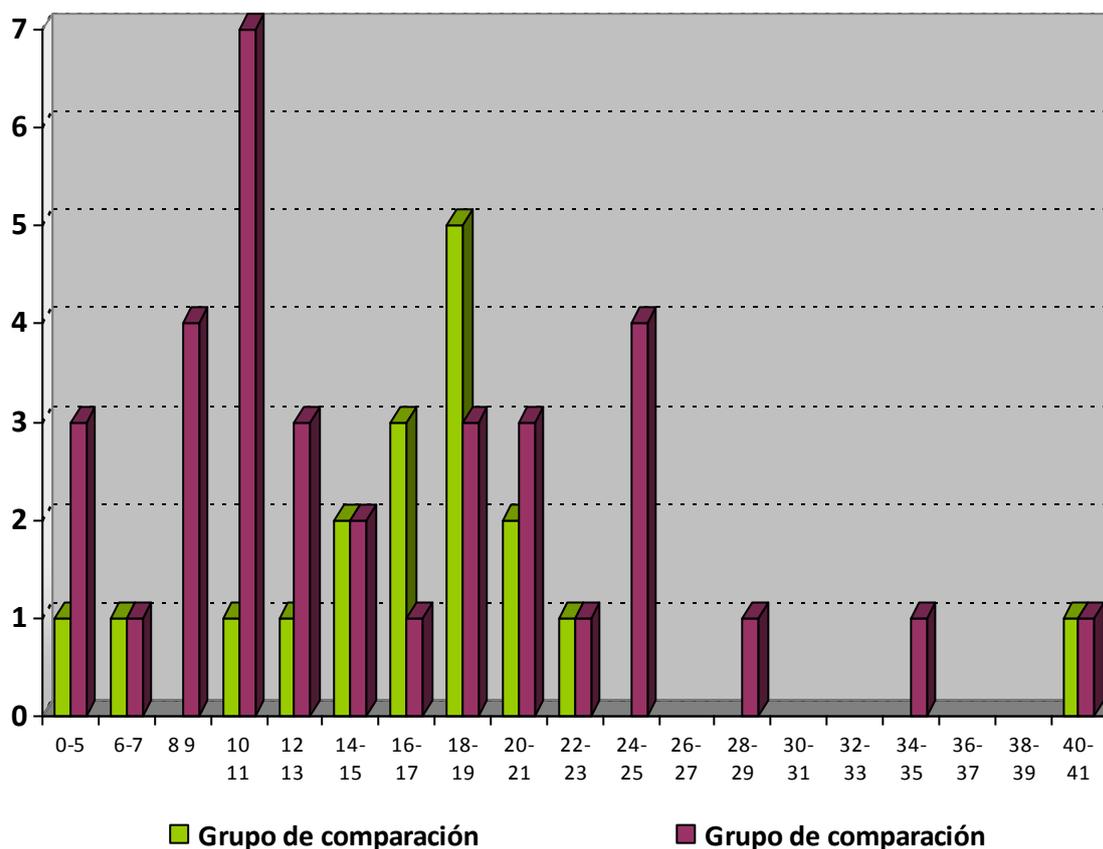
Tabla 38. Porcentajes de los errores perseverativos en el WSCT para el grupo de estudio (n=18) y para el grupo de comparación (n=35)

6.1.5.6 Porcentaje de errores no perseverativos

A continuación presentamos la gráfica 40 con los porcentajes de error No perseverativos que ha obtenido nuestra muestra de estudio (n=18) y nuestra muestra del grupo de comparación (n=35). Como podemos ver, en este caso no es habitual obtener un porcentaje mayor del 25% en errores no perseverativos, a excepción de cuatro menores.

En el grupo de estudio solo tres menores (22,22%) obtuvieron entre 0% y 11% de errores no perseverativos, mientras que fueron 15 menores del grupo de comparación 42,86% los que obtuvieron un porcentaje dentro de ese mismo intervalo. Once chicos del grupo de estudio (61,11%) obtuvo un porcentaje en esta escala del 12% al 19% mientras que por otro lado, fueron nueve (25,71%) los menores del grupo de comparación que obtuvieron un porcentaje de errores no perseverativos entre el 12% y

el 19%. Tres de los menores del grupo de estudio (22,22%) obtuvieron un porcentaje de errores no perseverativos de entre el 20 y el 25%, mientras que este mismo rango de porcentajes de errores no perseverativos se vio representado en el grupo de comparación por el 22,86%, ocho de los menores. Por último, en el rango más elevado de porcentaje de errores no perseverativos encontramos un niños en el grupo de estudio (5,55%) y tres menores (8,57%) en el grupo de comparación, mostrando un porcentaje de errores no perseverativos entre 28% y 41%.



Gráfica 40. Porcentajes de los errores No perseverativos del WSCT para el grupo de estudio (n=18) y para el grupo de comparación (n=35)

En la tabla 39 se presenta un resumen de las frecuencias y porcentajes del porcentaje de errores NO perseverativos obtenido en el Test de Clasificación de tarjetas de Wisconsin en ambos grupos.

	PORCENTAJES de ERRORES NO PERSEVERATIVOS			
	<i>Grupo de estudio</i>		<i>Grupo de comparación</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
0%-11%	3	16,67%	15	42,86%
12%-19%	11	61,11%	9	25,71%
20%-25%	3	16,67%	8	22,86%
28%-41%	1	5,55%	3	8,57%

Tabla 39. Porcentajes de los errores No perseverativos del WSCT para el grupo de estudio (n=18) y para el grupo de comparación (n=35)

6.1.5.7 Porcentaje de respuestas de nivel conceptual

Las respuestas de nivel conceptual son todas aquellas que presentan una sucesión mínima de 3 aciertos consecutivos, puesto que se considera que cuando existen tres respuestas correctas consecutivas el sujeto está aplicando algún criterio en dicha clasificación y es poco probable que los tres o más aciertos se deba al azar. En cambio cuando aparece uno o dos aciertos aislados, no se puede asegurar que la persona esté utilizando ningún criterio y es más probable que el acierto haya sido cuestión de suerte. Así, en esta puntuación se incluyen todas las respuestas correctas exceptuando aquellas que se hayan acertado probablemente por azar.

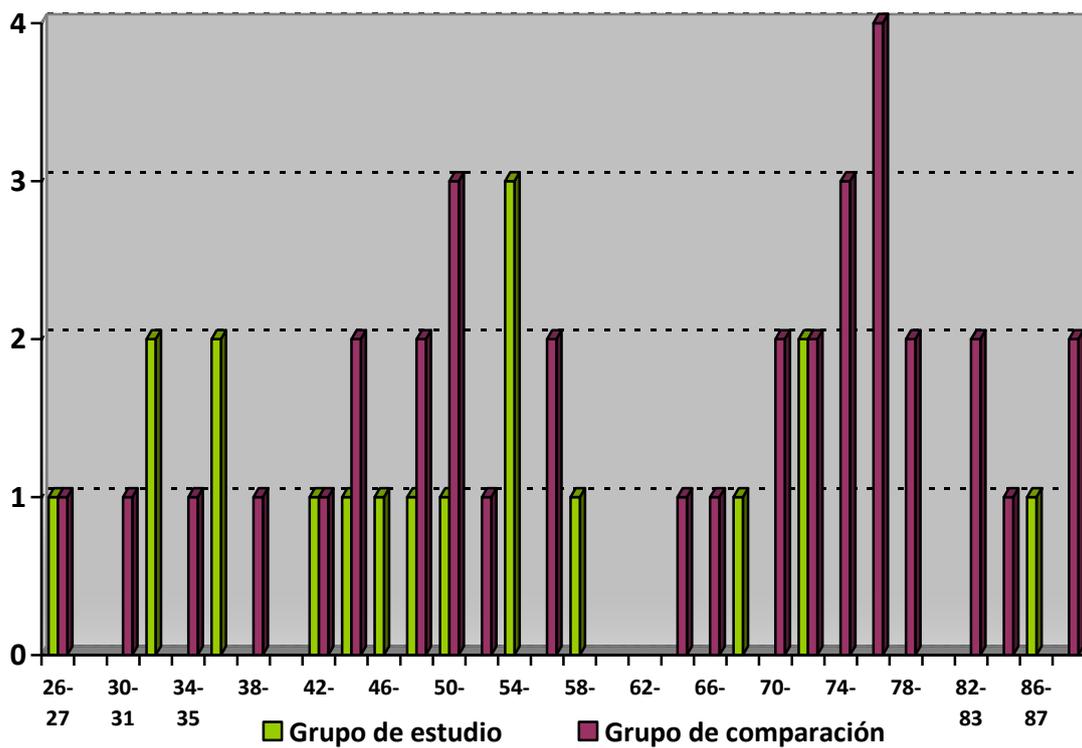
Hay que señalar que, a diferencia de lo que ocurre con las escalas de errores, respuestas perseverativas, errores perseverativos y errores no perseverativos, en este caso un porcentaje alto indica una mejor ejecución que un porcentaje bajo.

Como podemos observar en la gráfica 41, el grupo de estudio se sitúa en porcentajes de respuestas de nivel conceptual inferiores al grupo de comparación puesto, del 26% al 59% de respuestas de nivel conceptual, el grupo de estudio ocupa el 77,78% de su muestra mientras que el grupo de comparación ocupa para este intervalo, el 42,86% de su muestra.

Del mismo modo, en el grupo de estudio solo el 22,22% de la muestra obtuvo un porcentaje de respuestas de nivel conceptual entre el 64% y el 88%, mientras que en el grupo de comparación el 57,14% de la muestra obtuvo un porcentaje de nivel conceptual dentro de este rango, mostrando así mejores resultados.

De manera más concreta, en el grupo de estudio fueron cinco los chicos (27,78%) que obtuvieron un porcentaje de respuestas de nivel conceptual entre el 26% y el 37% mientras que en el grupo de comparación fueron solamente tres niños, un 8,57%. Nueve niños del grupo de estudio obtuvieron un porcentaje de respuestas de nivel conceptual entre el 38% y el 59%, mientras que en el grupo de comparación fueron doce menores (34,29%) los que se situaron dentro de este intervalo. Tres menores del grupo de estudio (16,67%) obtuvieron entre el 64% y el 74% mientras que fueron nueve (25,71%) en el

grupo de comparación. Por último, el rango de porcentaje más elevados de respuestas de nivel conceptual, entre el 76% y el 88%, fue representado por un único caso en el grupo de estudio (5,55%) y once menores (31,43%) en el grupo de comparación.



Gráfica 41. Frecuencias y porcentajes de las respuestas de nivel conceptual del WSCT para el grupo de estudio (n=18) y para el grupo de comparación (n=35)

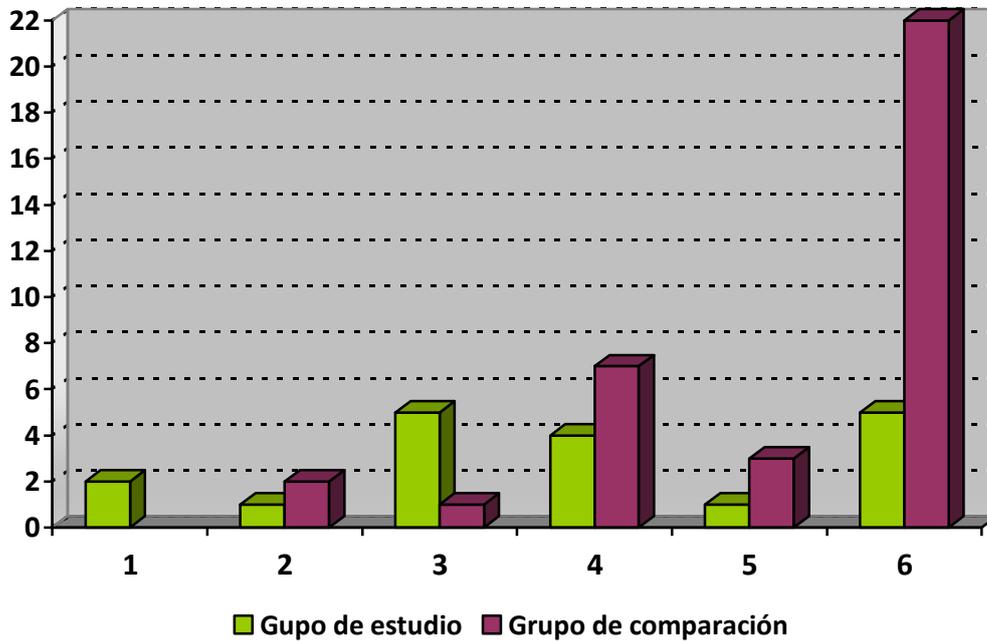
En la tabla 40 se presenta un resumen de las frecuencias y porcentajes del porcentaje de respuestas de nivel conceptual obtenido en el WSCT por ambos grupos.

	RESPUESTAS DE NIVEL CONCEPTUAL			
	<i>Grupo de estudio</i>		<i>Grupo de comparación</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
26%-37%	5	27,78%	3	8,57%
38%-59%	9	50 %	12	34,29%
64%-74%	3	16,67%	9	25,71%
76%-88%	1	5,55%	11	31,43%

Tabla 40. Frecuencias y porcentajes de las respuestas de nivel conceptual del WSCT para el grupo de estudio (n=18) y para el grupo de comparación (n=35)

6.1.5.8 Número de categorías completadas

A continuación, en la gráfica 42 presentamos los datos descriptivos del número de categorías completadas por ambos grupos del estudio. Como podemos observar, la distribución dentro del grupo de estudio es bastante homogénea habiendo cinco casos (27,78%) que completaron tres categorías, cuatro chicos (22,22%) que completaron cuatro categorías y otros cinco niños (27,78%) que completaron las seis categorías. Sin embargo, en el grupo de comparación hay una clara tendencia hacia el máximo de categorías completadas, siendo veintidós menores (62,86%) los que consiguieron clasificar las seis categorías, siete chicos (20%) consiguieron clasificar correctamente las cuatro primeras categorías y otros tres chicos (8,57%) consiguieron cinco de las categorías del test. Así, el 77,78% de los menores del grupo de estudio consiguieron entre 4 y 6 categorías, mientras que en el grupo de comparación el 91,43% de los chicos consiguieron clasificar correctamente entre 4 y 6 categorías.



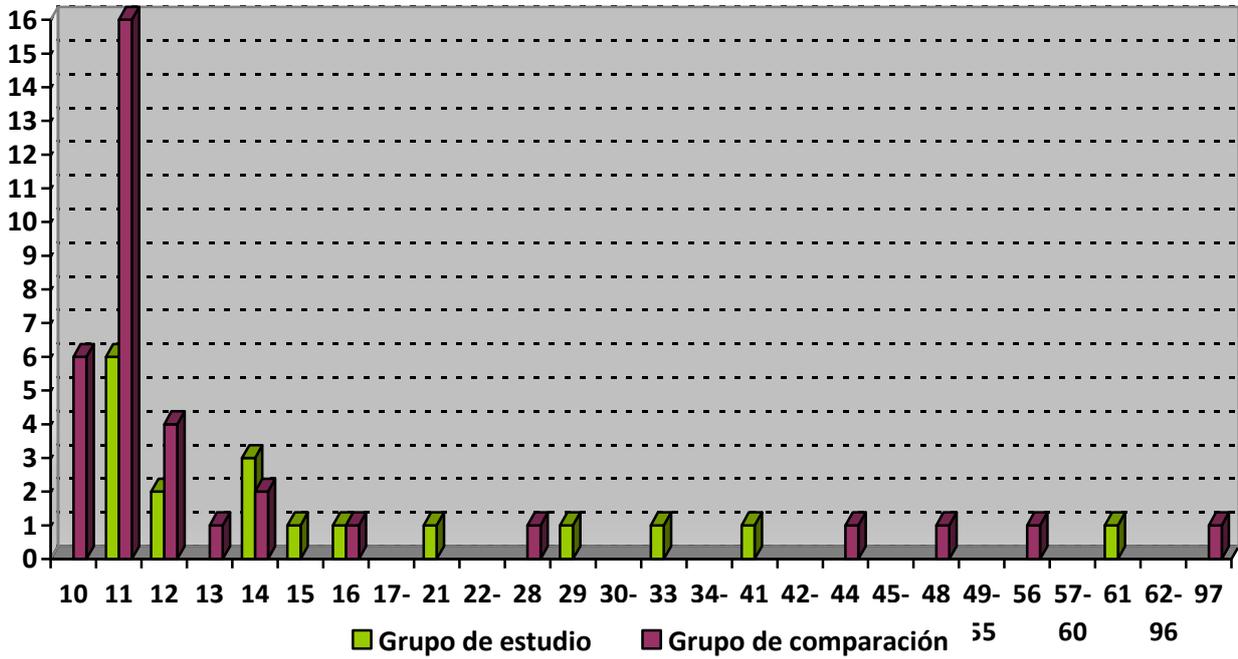
Gráfica 42. Porcentajes del número de Categorías completadas en el WSCT por el grupo de estudio (n=18) y por el grupo de comparación (n=35)

6.1.5.9 Intentos para completar la 1ª categoría

En este punto vamos a describir el número de intentos que los menores han utilizado para completar la primera de las categorías bajo el criterio *Color*. Recordemos que una categoría corresponde a 10 clasificaciones correctas y consecutivas según uno de los tres criterios del test; color, forma o número, por lo tanto, utilizar 10 tarjetas para completar la primera categoría es el mínimo de intentos posible, y corresponde a una ejecución perfecta para esta primera categoría.

Tal como podemos observar en la gráfica 43, la dispersión en el número de intentos que cada niños necesitó para completar la primera categoría varía muchísimo, desde chicos que necesitaron solo 10 intentos (que es lo mínimo) hasta algunos chicos que necesitaron 48, 56, 61 o 97 intentos para completar la primera categoría. No obstante, la mayoría de los menores de ambos grupos necesitaron entre 10 y 16 intentos para completar la primera categoría. En el grupo de estudio, trece menores (72,22%) se sitúan dentro de este intervalo, mientras que en el grupo de comparación fueron 30 menores (85,71%) los que necesitaron entre 10 y 16 intentos para completar la categoría *color*.

Por otro lado, los niños que necesitaron entre 21 y 41 intentos fueron, en el grupo de estudio cuatro caso (22,22%) mientras que en el grupo de comparación solo un caso (2,86%). Por otro lado, los niños que necesitaron un número de intentos superior fueron, un único caso en el grupo de estudio (5,55%) y cuatro de los menores del grupo de comparación, ocupando el 11,43% de la muestra.



Gráfica 43. Porcentajes del número de intentos utilizados para completar la 1ª Categoría en el WSCT T por el grupo de estudio (n=18) y por el grupo de comparación (n=35)

En la tabla 41 se presenta un resumen de las frecuencias y porcentajes del porcentaje de intentos utilizados para completar la categoría 1 obtenido por ambos grupos en el Test de Clasificación de tarjetas de Wisconsin.

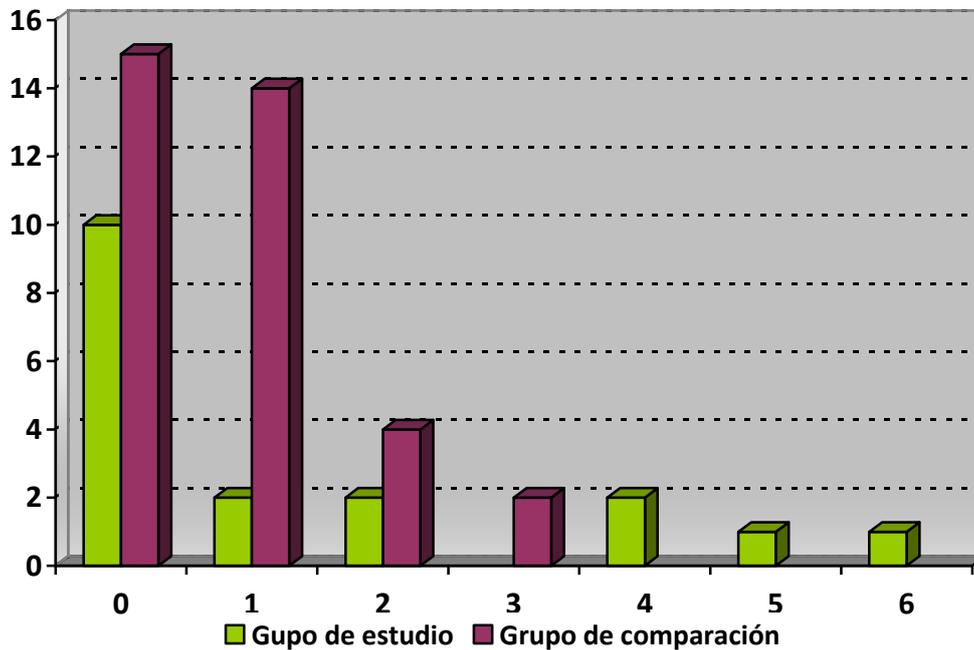
	INTENTOS PARA COMPLETAR 1ª CATEGORÍA			
	Grupo de estudio		Grupo de comparación	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
10-16	13	72,22%	30	85,71%
21-41	4	22,22 %	1	2,86%
44-97	1	5,55%	4	11,43%

Tabla 41. Frecuencias y porcentajes de el número de intentos aplicados para completar la 1ª categoría del WSCT para el grupo de estudio (n=18) y para el grupo de comparación (n=35)

6.1.5.10 Fallos para mantener la actitud

Los fallos para mantener la actitud hacen referencia a aquellos fallos que aparecen después de, al menos cinco clasificaciones consecutivas correctas. Pretende dar información de la capacidad de los menores para seguir con el criterio que están clasificando, pues se supone, que después de al menos cinco intentos correctos, el sujeto esta clasificando según el criterio que de manera implícita se le exige y no por azar. El mínimo de fallos posibles es cero y el máximo podría ascender en el peor de los casos a 25 fallos.

Tal como podemos ver en la gráfica 44, aunque un número de casos elevados en el grupo de estudio no obtuviera ningún fallo para mantener la actitud, si que hubo algunos casos de este grupo que presentaron entre cuatro y seis fallos para mantener la actitud, sin embargo, en el grupo de comparación la mayoría de los casos no tuvieron ningún fallo de actitud o tuvieron uno solo, mientras que los niños que más fallos de actitud presentaron nunca superaron los tres fallos para mantener la actitud.



Gráfica 44. Porcentajes de los fallos para mantener la actitud en el WSCT para el grupo de estudio (n=18) y para el grupo de comparación (n=35)

En la tabla 42 se presenta un resumen de las frecuencias y porcentajes del porcentaje de fallos para mantener la actitud obtenido en el Test de Clasificación de tarjetas de Wisconsin para ambos grupos de este estudio.

	FALLOS PARA MANTENER LA ACTITUD			
	<i>Grupo de estudio</i>		<i>Grupo de comparación</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
0-1	12	66,67%	29	82,86%
2-3	2	11,11 %	6	17,14%
4-6	4	22,22%	-	-

Tabla 42. Porcentajes de los fallos para mantener la actitud en el WSCT para el grupo de estudio (n=18) y para el grupo de comparación (n=35)

6.1.6 Torre de Londres TOL

A continuación presentamos la tabla 43 con las medias y desviaciones típicas del número de problemas resueltos, del número de movimientos realizados, del tiempo de ejecución, de las veces que excedieron el tiempo y que incumplieron alguna de las dos reglas básicas de la prueba.

	<i>Problemas resueltos</i>		<i>Nº Movimientos</i>		<i>Tiempo de ejecución</i>		<i>Time violations</i>		<i>Rules violations</i>	
	<i>X</i>	<i>DT</i>	<i>X</i>	<i>DT</i>	<i>X</i>	<i>DT</i>	<i>X</i>	<i>DT</i>	<i>X</i>	<i>DT</i>
Grupo de estudio	2,63	0,957	41,06	17,01	275,4	108,4	1,13	1,15	1,38	2,39
Grupo comparación	3,63	1,26	31,71	11,63	215,3	63,99	0,74	0,88	0,31	0,90

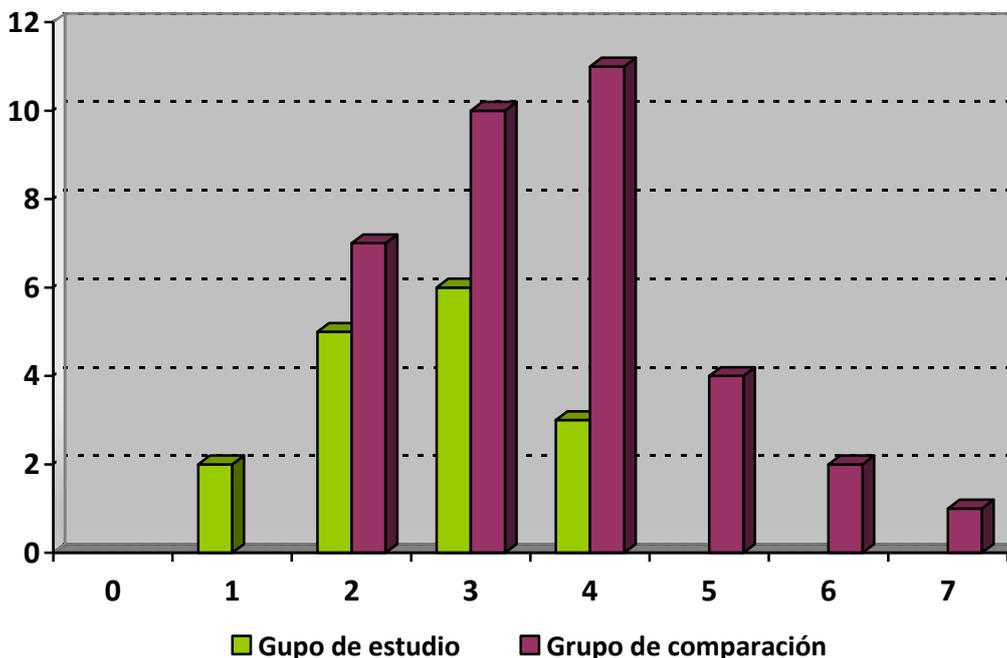
Tabla 43: Medias y desviaciones típicas del número de problemas resueltos, número de movimientos, tiempo de ejecución, el exceso de tiempo y la alteración de las reglas del TOL para el grupo de estudio (n=16) y para el grupo de comparación (n=35)

6.1.6.1 Número total de problemas resueltos correctamente

En este apartado vamos a presentar los análisis descriptivos del número de problemas resueltos correctamente, con el mínimo de movimientos necesarios para solucionarlos. Puesto que el test está formado por 10 problemas, cada niño o niña puede obtener una puntuación máxima de 10 puntos si resuelve correctamente cada problema únicamente con el número de movimientos necesarios, o una puntuación de 0 si no resuelve el problema o si lo hace con movimientos extra.

Ninguno de los menores evaluados consiguió resolver más de siete problemas con el mínimo de movimientos necesarios para hacerlo, ni tampoco hubo ningún menor que no consiguiera al menos solucionar uno de los problemas de manera correcta (véase gráfica 45). Sin embargo, los únicos niños que consiguieron entre cinco y siete resoluciones correctas eran parte del grupo de comparación, ocupando un 20% de su grupo. Por otro lado, siete menores del grupo de comparación resolvieron correctamente solo entre uno y dos de los problemas planteados, ocupando así también un 20%. Por lo tanto 3/5 partes de la muestra de comparación consiguió resolver correctamente entre tres y cuatro problemas, ocupando así el 60% de la muestra.

Por otro lado, en el grupo de estudio, también fueron siete menores los que consiguieron resolver entre 1 y 2 problemas con el menor número de movimientos totales, pero teniendo en cuenta que el grupo de estudio en esta prueba era de $n=16$, estos siete chicos ocuparon casi la mitad de la muestra, un 43,8%. El resto de menores, un total de nueve sujetos (56,2%) resolvió entre 3 y 4 problemas sin necesidad de movimientos extra.



Gráfica 45. Porcentajes del número de problemas resueltos con el mínimo de movimientos necesarios en el TOL para el grupo de estudio (n=16) y para el grupo de comparación (n=35)

En la tabla 44 se presenta un resumen de las frecuencias y porcentajes del número total de problemas resueltos correctamente en la Torre de Londres para ambos grupos.

	NÚMERO DE PROBLEMAS RESULTOS CORRECTAMENTE			
	<i>Grupo de estudio</i>		<i>Grupo de comparación</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
1-2	7	43,8%	7	20%
3-4	9	56,2%	21	60%
5-7	-	-	7	20%

Tabla 44. Porcentajes del número de problemas resueltos con el mínimo de movimientos necesarios en el TOL para el grupo de estudio (n=16) y para el grupo de comparación (n=35)

6.1.6.2 Número total de movimientos extra

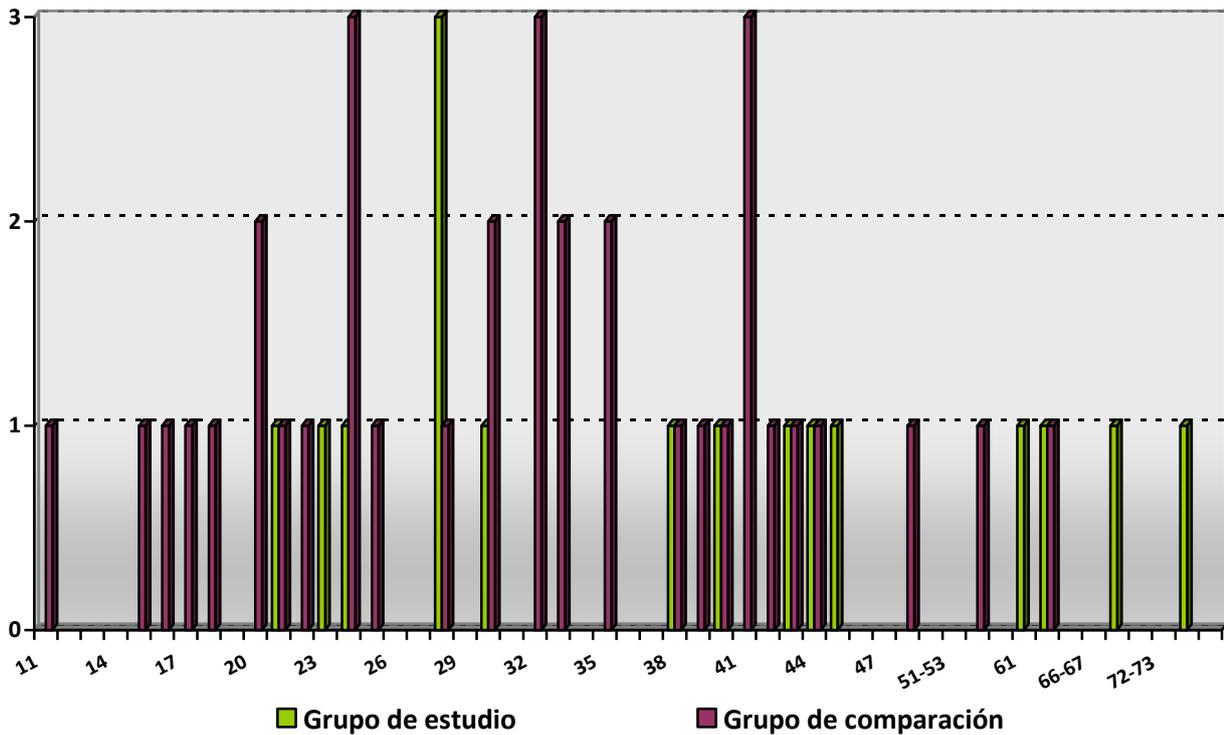
En este apartado presentamos el análisis descriptivo del total de movimientos extra utilizados para resolver los 10 problemas que conforman la prueba para ambos grupos del estudio. Como es lógico a menor número de movimientos se considera una mejor ejecución en esta prueba.

Como podemos ver en la gráfica 46, el número de movimientos que los menores necesitaron para completar los diez problemas de la prueba difiere mucho de unos a otros, abarcando desde un niño que necesitó 11 movimientos hasta otro menor que no pudo completar la prueba con menos de 74 movimientos.

A priori parece que los menores del grupo de estudio hayan necesitado mayor número de movimientos que el grupo de comparación. Siete menores del grupo de estudio (43,8%) necesitaron entre 21 y 30 movimientos para completar la prueba. Otros cinco chicos (31,2%) necesitaron entre 38 y 45 movimientos para resolver todos los problemas y por último, cuatro menores de este grupo (25%) necesitaron muchos más movimientos que sus compañeros, concretamente entre 61 y 74 movimientos.

En el grupo de comparación, siete menores, un 20% del grupo, necesitó menores números de movimientos que cualquier niño del grupo de estudio (entre 11 y 20 movimientos). Nueve chicos (25,7%) necesitaron entre 21 y 30 movimientos para completar la prueba. Otros siete menores (20%) necesitó entre 32 y 35 movimientos,

otros diez sujetos (28,6%) necesitó un número mayor para finalizar la prueba (entre 38 y 48 movimientos) mientras que solo dos sujetos necesitaron 54 y 62 movimientos respectivamente.



Gráfica 46. Frecuencias del número de movimientos extra utilizados en el TOL para el grupo de estudio (n=16) y para el grupo de comparación (n=35)

En la tabla 45 se presenta un resumen de las frecuencias y porcentajes del número total de movimientos utilizados para ambos grupos.

	NÚMERO DE MOVIMIENTOS			
	<i>Grupo de estudio</i>		<i>Grupo de comparación</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
11-20	-	-	7	20%
21-30	7	43,8%	9	25,7%
32-35	-	-	7	20%
38-48	5	31,2%	10	28,6%
54-74	4	25%	2	5,7%

Tabla 45. Frecuencias del número de movimientos extra utilizados en el TOL para el grupo de estudio (n=16) y para el grupo de comparación (n=35)

6.1.6.3 Tiempo total de inicio

En este apartado mostramos el tiempo que tardaron en iniciar el primer movimiento para el total de los diez problemas que plantea la prueba. La variabilidad en el tiempo total que los menores necesitaron antes de empezar el primer movimiento es muy amplia, ya que hubo desde un niño con un alto nivel de impulsividad que solo puntuó 5 segundos para el tiempo total de inicio de los 10 problemas, mientras que otro de los menores sumó un total de 98 segundos en el tiempo total de inicio de los 10 problemas.

En la tabla 46 se presentan las frecuencias y porcentajes del número total de segundos utilizados antes de empezar la resolución de los diez problemas de la prueba para ambos grupos del estudio.

	TIEMPO TOTAL DE INICIO			
	<i>Grupo de estudio</i>		<i>Grupo de comparación</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
5-16	-	-	3	8,6%
17-21	5	31,2%	4	11,4%
22-30	7	43,8%	13	37,1%
31-35	-	-	9	25,7%
39-49	2	12,5%	3	8,6%
57 y 63	2	12,5%	-	-
79-98	-	-	3	8,6%

Tabla 46: Frecuencias y porcentajes del tiempo total de inicio en el TOL para el grupo de estudio (n=16) y para el grupo de comparación (n=35)

6.1.6.4 Tiempo total de ejecución

El tiempo de ejecución se computa restando el tiempo de inicio al tiempo total. Tal como ocurre con el tiempo total de inicio, la variabilidad en el tiempo total que los menores de la muestra necesitaron para ejecutar los 10 elementos es muy amplia. El sujeto que menos tiempo de ejecución computó, necesitó 103 segundos mientras que el niño que más tiempo necesitó en la ejecución de la prueba computó 504 segundos.

Tal como podemos ver en la tabla 47, un porcentaje similar de niños en ambos grupos necesitó un tiempo total de ejecución de entre 103 y 153 segundos; un 18,8% en el grupo de estudio y un 20% en el grupo de comparación. No obstante, la mayoría del grupo de comparación, un 65,7% de la muestra, necesitó entre 154 y 294 segundos, habiendo un 14,3% que necesitó un poco más de tiempo para resolver toda la prueba.

Así pues, 85,7% de la muestra del grupo de comparación no necesitó más de 294 segundos para resolver todos los problemas.

Por otro lado, en el grupo de estudio esta algo más repartido. Como decíamos, un 18,8% necesitó entre 103 y 153 segundos, un 43,7% necesitó entre 154 y 294 segundos. Así, un 62,5% no necesitó más de 294 segundos para completar la prueba. No obstante, sigue quedando un porcentaje bastante elevando que necesitó una cantidad de segundos superior. Concretamente, hubo un 25% de casos que necesitaron entre 314 y 374 segundos y otros dos menores expiraron un total de 435 y 504 segundos respectivamente, ocupando en total, un 37,5% de la muestra que necesitó más de 294 segundos para completar la prueba.

	TIEMPO TOTAL DE EJECUCIÓN			
	<i>Grupo de estudio</i>		<i>Grupo de comparación</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
103-153	3	18,8%	7	20%
154-215	2	12,5%	12	34,3%
226-294	5	31,2% %	11	31,4%
314-374	4	25%	5	14,3%
435	1	6,3%	-	-
504	1	6,3%	-	-

Tabla 47: Frecuencias y porcentajes del tiempo total de ejecución en el TOL para el grupo de estudio (n=16) y para el grupo de comparación (n=35)

6.1.6.5 Tiempo total

El tiempo total es la suma del tiempo de inicio más el tiempo de ejecución. Como es lógico, si la variabilidad en el tiempo total de inicio y en el tiempo total de ejecución era muy amplia, en el tiempo total utilizado para la prueba, es si cabe, más amplio todavía. Así, el rango en el tiempo total va desde 146 segundos que necesitó el caso más rápido en completar la prueba, hasta 524 segundos que expiró el caso de la muestra más lento.

A continuación presentamos la tabla 48 donde podemos ver las frecuencias y porcentajes del tiempo total utilizado por ambos grupos. Como podemos ver, en el grupo de estudio los porcentajes de niños y niñas que necesitaron más o menos segundos está más repartido, mientras que en el grupo de comparación hay una gran porcentaje de menores que no necesitaron más de 300 segundos para finalizar la prueba. Concretamente 29 menores de la muestra de comparación (82,8%), mientras que en el grupo de estudio, solo siete niños (43,8%) terminó la prueba con menores de 300 segundos.

Por otro lado, los seis niños restantes del grupo de comparación (17,2%) necesitaron entre 301 y 404 segundos para terminar la prueba, mientras que la mitad de la muestra del grupo de estudio necesitó expirar entre 301 y 404 segundos antes de finalizar. Además, recordemos que en el grupo de estudio había dos casos extremos en la escala de tiempo de ejecución y que por lo tanto siguen reflejándose aquí, utilizando un tiempo total de 498 y 524 segundos respectivamente. Por lo tanto, fueron diez menores, un

62,3% del grupo de estudio, los que necesitaron consumir más de 300 segundos para terminar los problemas de la Torre de Londres.

	TIEMPO TOTAL			
	<i>Grupo de estudio</i>		<i>Grupo de comparación</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
146-226	4	25%	17	48,6%
227-300	3	18,8%	12	34,2%
301-350	4	25%	3	8,6%
351-404	4	25%	3	8,6%
498	1	6,3%	-	-
524	1	6,3%	-	-

Tabla 48: Frecuencias y porcentajes del tiempo total en el TOL para el grupo de estudio (n=16) y para el grupo de comparación (n=35)

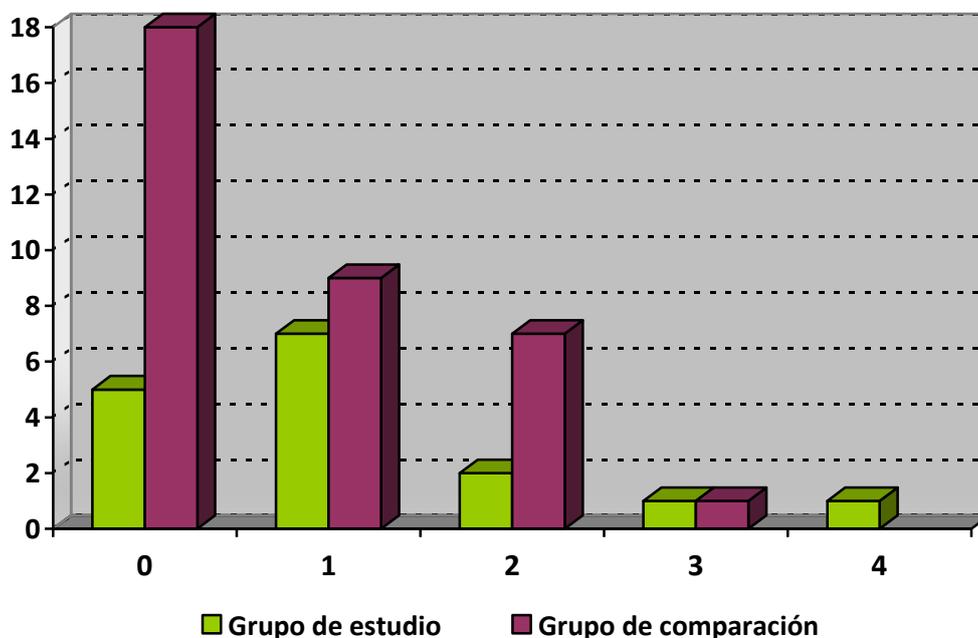
6.1.6.6 Número total de “time violations”

El este apartado se incluyen las frecuencias y porcentajes del número de *time violations*. Se considerará un exceso del tiempo cuando en uno de los problemas el sujeto evaluado excede los 60 segundos para resolverlo. Así, puesto que hay 10 problemas, el número máximo de excesos de tiempo es de 10, mientras que si un niño no exceden los 60 segundos en ningún problema se puntuaría cero en este apartado.

Tal como podemos observar en la gráfica 47, la mayoría de los menores se excedieron en el tiempo en dos de los problemas, en uno o en ninguno de ellos. Solo

tres casos del total de niños evaluados se excedieron en tres o cuatro problemas. Sin embargo, la distribución en cada uno de los grupos es distinta. En el grupo de comparación más de la mitad de la muestra (51,4%) no se excedió de 60 segundos en la resolución de ningún problema, mientras que solo un 25% de los niños del grupo de estudio finalizó la prueba sin ningún exceso de tiempo.

Por otro lado, prácticamente el mismo porcentaje de casos en cada grupo se excedió en uno o dos de los problemas, en el grupo de estudio nueve niños (45%) y en el grupo de comparación 16 chicos (45,7%). Por último, dos de los casos de grupo de estudio (10%) se excedieron más de 60 segundos en tres y cuatro de los problemas, mientras que en el grupo de comparación solo hubo un niño que se excedió en tres de los problemas (2,9%).



Gráfica 47. Frecuencias de los “time violations” o excesos de tiempo en el TOL para el grupo de estudio (n=16) y para el grupo de comparación (n=35)

En la tabla 49 se presenta un resumen de las frecuencias y porcentajes del “*time violations*” o excesos de tiempo cometidos en la Torre de Londres por ambos grupos.

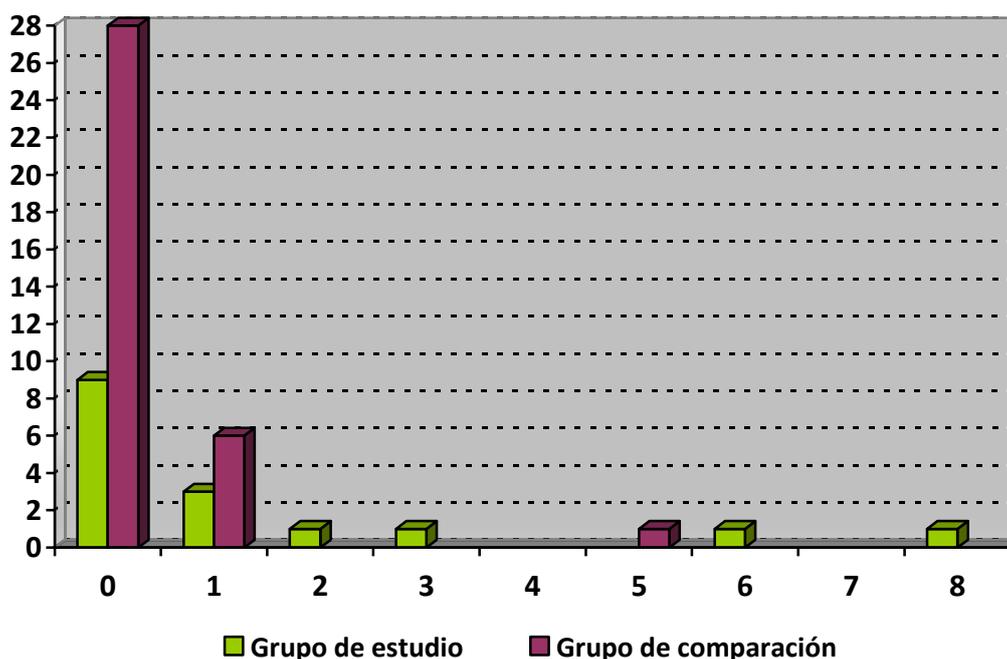
Nº de Problemas con exceso de tiempo	TIME VIOLANTIONS			
	Grupo de estudio		Grupo de comparación	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
0	5	25%	18	51,4%
1-2	9	45%	16	45,7%
3-4	2	10%	1	2,9%

Tabla 49: Frecuencias y porcentajes de los “*time violations*” o excesos de tiempo en el TOL para el grupo de estudio (n=16) y para el grupo de comparación (n=35)

6.1.6.7 Número total de “*rule violations*”

Como comentamos ya anteriormente, durante la ejecución de la prueba hay dos reglas que el sujeto evaluado tiene que tener en cuenta y no incumplir, pues si lo hace se computa en este apartado. Las dos reglas hacen referencia a; 1) No poner en las sticks más bolas de las que caben (recordemos que hay tres sticks y que son de distintos tamaños, uno pequeño donde solo cabe una bola, otro donde caben dos y un tercer stick donde caben las tres bolas. Cuando uno de los niños intenta poner mas bolas de las que caben en uno de los palos, se señala un “*rule violation*” o incumplimiento de la regla. 2) la otra regla consiste en que se muevan las bolas solo de una en una. Cuando uno de los niños intenta mover dos bolas a la vez, o dejar una fuera de los palos, se señala como un incumplimiento de esta regla. En este apartado, hemos considerado conjuntamente los incumplimientos de la regla 1 y de la regla 2.

Al observar la gráfica 48, vemos que la gran mayoría del grupo de comparación, un 80% no incumplió ninguna de las dos reglas. Mientras que menos de la mitad de los niños del grupo de estudio (45%) realizó la prueba sin incumplir ninguna regla. Por otro lado, el porcentaje de menores que incumplieron una de las reglas, una sola vez fue del 17,1% en el grupo de comparación y de un 15% en el grupo de estudio. Por último, solo un caso aislado en el grupo de comparación (2,9%) incumplió las reglas cinco veces, mientras que en el grupo de estudio dos niños (10%) las incumplieron dos y tres veces y otros dos menores (10%) las incumplieron seis y ocho veces.



Gráfica 48. Porcentajes de los incumplimiento de una o ambas reglas en el TOL para el grupo de estudio (n=16) y para el grupo de comparación (n=35)

A continuación presentamos la tabla 50 con las frecuencias y porcentajes del número de incumplimientos de las reglas de la Torre de Londres por ambos grupos.

Número de incumplimientos de las reglas	RULES VIOLATIONS			
	<i>Grupo de estudio</i>		<i>Grupo de comparación</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
0	9	45%	28	80%
1	3	15%	6	17,1%
2-3	2	10%	-	-
5	-	-	1	2,9%
6-8	2	10%	-	-

Tabla 50. Frecuencias y Porcentajes de los incumplimiento de una o ambas reglas en el TOL para el grupo de estudio (n=16) y para el grupo de comparación (n=35)

6.2 ANÁLISIS COMPARATIVOS

En el siguiente apartado vamos a presentar los análisis comparativos de las medias obtenidas en el grupo de menores acogidos en los centros residenciales expuestos a violencia de género y del grupo de comparación en las variables psicológicas propuestas en este estudio.

También compararemos las medias obtenidas en todos los instrumentos en función del tipo de maltrato, es decir; compararemos las medias de los menores que fueron expuestos a violencia de género pero no recibieron maltrato directo con las medias del grupo de niños que además de estar expuestos a violencia de género también recibieron maltrato directo.

En todos los casos se ha utilizado técnicas de análisis de varianza o no paramétricas. Concretamente se ha utilizado la prueba *U de Mann-Whitney* para muestras independientes.

Seguidamente comentamos los resultados de las correlaciones significativas entre las diferentes variables objeto de la presente investigación, teniendo en cuenta las correlaciones significativas al nivel ($p < 0.05$).

6.2.1 Comparación de medias del EPQ-J

6.2.1.1 Comparaciones del grupo de estudio y el grupo de comparación

Al comparar las principales dimensiones de personalidad de los menores expuestos a violencia de género acogidos en los centros residenciales, con las dimensiones de personalidad del grupo comparación, vemos que los menores expuesto a violencia de género presentan un nivel más elevado de inestabilidad emocional que el grupo de comparación ($p < .008$) (véase tabla 51). Esto parece ser lo esperable, puesto que al revisar la bibliografía sobre las consecuencias de la exposición a un trauma crónico (como es el caso de la exposición a violencia de género en el hogar) una de las principales alteraciones que se aprecian es la falta de regulación emocional y conductual, lo cual favorece que en el desarrollo de la personalidad prevalezcan cierta tendencia a la inestabilidad emocional.

Por otro lado, pensábamos que aparecerían diferencias significativas entre ambos grupos en la escala de Conducta Antisocial, y aunque no ha sido significativo al 0.05, si parece una diferencia que quizás con una muestra más amplia pudiese concretarse si esta es o no significativa.

Esperábamos encontrar diferencias significativas en ambas escalas, así que, se confirma parcialmente la hipótesis 1.

Por otro lado, en este estudio no hemos querido considerar la escala de extraversión porque, aunque la bibliografía sobre las consecuencias psicológicas de la exposición a la violencia de género en los menores afirma que suele existir un déficit en las relaciones y habilidades sociales, hay que señalar, que nuestro grupo de estudio residen en centros especializados donde existen otros niños con los que tienen que convivir, asisten a talleres y actividades que preparan las educadoras del centro por lo que tienen que relacionarse con los demás niños, además de llevar un seguimiento individualizado que asegura una buena adaptación al nuevo colegio o instituto al que acuden. Así pues, parece que el contexto en el que viven estos menores favorece la integración y las relaciones sociales, por lo que no podemos considerar que el ámbito social en el que se encuentra nuestro grupo de estudio sea representativo de la esfera social en la que se encuentran la mayoría de menores que están expuestos a violencia de género en sus hogares.

EPQ-J	<i>X Grupo de comparación</i>	<i>X Grupo de estudio</i>	<i>Sig. Prueba U de Mann-Whitney</i>
<i>Neuroticismo</i>	9,26	13,47	0,008
<i>Extraversión</i>	18,63	17,41	0,239
<i>Psicoticismo/Dureza</i>	2,34	2,94	0,207
<i>Conducta Antisocial</i>	17,14	19,65	0,086

Tabla 51: Comparación de medias del grupo de estudio y grupo de comparación en el cuestionario EPQ-J mediante la Prueba U de Mann-Whitney (n=52)

6.2.1.2 Comparaciones dentro del grupo de estudio según el tipo de maltrato.

Al comparar las medias obtenidas en el EPQ-J por los menores que fueron expuestos a violencia y los niños y niñas que además de esta exposición al sufrimiento materno, recibieron también maltrato directo, se encontramos diferencias significativas tanto en la dimensión de Neuroticismo como en la escala de Conducta Antisocial, tal como se puede ver en la tabla 52.

Los menores expuestos a violencia de género y maltratados directamente mostraron tener una media en neuroticismo significativamente superior a los menores que aún estando expuestos al sufrimiento de sus madres, no recibieron maltrato directo por parte del agresor ($p < .043$). Así pues, parece que a mayor gravedad del maltrato hay una peor estabilidad emocional. Por otro lado, los menores expuestos a violencia de género y maltratados directamente mostraron tener una media en Conducta Antisocial más elevada que los menores que aún estando expuestos a violencia en el hogar, no recibieron maltrato directo ($p < .048$). En este sentido, parece que los menores que además de estar expuestos a violencia de género han sufrido maltrato directo, tienen mayor tendencia a presentar conductas disruptivas y conflictivas con los demás. Se cumple por lo tanto la hipótesis 7.

EPQ-J	<i>X Grupo de expuestos a violencia</i>	<i>X Grupo de expuestos a violencia + maltrato directo</i>	<i>Sig. Prueba U de Mann-Whitney</i>
<i>Neuroticismo</i>	8,18	15,42	0,043
<i>Conducta Antisocial</i>	16,60	20,92	0,048

Tabla 52. Comparación de medias de los dos tipos de maltrato en el cuestionario EPQ-J mediante la Prueba U de Mann-Whitney (n=17)

6.2.2 Comparación de medias del STAXI-NA

6.2.2.1 Comparaciones del grupo de estudio y el grupo de comparación

Al comparar las medias del grupo de menores expuestos a violencia de género en el hogar y el grupo de comparación, en la dimensión del STAXI-NA, vemos que en Estado-Ira, y en las dos sub-escalas de esta dimensión encontramos diferencias significativas ($p < .000$) ($p < .000$) ($p < .002$) (véase tabla 53). Esto parece ser lo esperable, pues la situación en la que viven les hace estar enfadados con mayor frecuencia; algunos no están de acuerdo con estar en el centro, otros están enfadados con el padre y eso les hace estar más rabiosos, algunos están enfadados con las educadoras, las madres o otros niños. Es decir, el mismo contexto favorece que el estado de ira de los menores acogidos en los centros residenciales sea más elevado que el estado de ira de los niños y niñas del grupo de comparación.

Por otro lado, no parecen existir diferencias significativas en la escala de rasgo Ira, ni por supuesto en las sub-escalas que la componen (temperamento-ira y reacción-ira). Así pues, aunque los menores expuestos a violencia de género acogidos en los centros residenciales experimenten mayores sentimientos de ira y estén enfadados y furiosos con mayor frecuencia que el grupo de comparación, no parece existir una mayor predisposición a que esto se convierta en un rasgo de personalidad. De todos modos, objetivamente las medias del grupo de estudio en las variables de Rasgo-ira son más altas que en el grupo de comparación, por lo que sería necesario aumentar la muestra de estudio para corroborar o rechazar la ausencia de significación.

En cuenta a la experiencia interna y externa de ira, las medias del grupo de estudio son más altas que las del grupo comparación, pero no existen diferencias significativas.

En cuanto a las variables de control de la ira, vemos que las medias del grupo de comparación son más altas que las del grupo de estudio, pero en ninguna de las tres puntuaciones aparecen diferencias significativas. Así pues, igual que sucede en las demás dimensiones, también para el Control-Ira, parece necesario hacer una comparación entre muestras más grandes para poder saber si existen o no diferencias significativas entre ambos grupos.

Esperábamos encontrar diferencias significativas en estado-ira, en experiencia-ira y en control de la ira, y solo mostraron diferencias significativas en la escala y las sub-escalas de Estado Ira, por lo que se cumple solo una parte de la hipótesis 2.

STAXI-NA	<i>X Grupo de comparación</i>	<i>X Grupo de estudio</i>	<i>Sig. Prueba U de Mann-Whitney</i>
<i>Estado Ira</i>	8,11	10,31	0,000
<i>Sentimiento Ira</i>	4,11	5,69	0,000
<i>Expresión Fís/ Verb. Ira</i>	4,00	4,63	0,002
<i>Rasgo Ira</i>	12,80	14,25	0,364
<i>Temperamento Ira</i>	5,51	6,50	0,171
<i>Reacción Ira</i>	7,29	7,75	0,532
<i>Experiencia externa Ira</i>	6,46	7,13	0,419
<i>Experiencia interna Ira</i>	7,77	8,13	0,486
<i>Control externo Ira</i>	8,63	8,13	0,486
<i>Control interno Ira</i>	9,09	8,94	0,774
<i>Control total Ira</i>	17,71	17,06	0,698

Tabla 53. Comparación de medias del grupo de estudio y grupo de comparación en el cuestionario STAXI-NA mediante la Prueba U de Mann-Whitney (n=51)

6.2.2.2 Comparaciones dentro del grupo estudio según el tipo de maltrato.

Al comparar las medias obtenidas por el grupo de menores expuestos a violencia de género y aquellos que además recibieron maltrato directo, se encontraron también diferencias en la escala de estado-ira ($p < .069$) y en la sub-escala de sentimiento-ira ($p < .069$), mostrando los niños que recibieron un maltrato más severos, mayores estados de ira (véase tabla 54). No obstante, estas diferencias no resultan suficientemente significativas y por lo tanto, sería necesario replicar el estudio con una muestra más amplia para verificar este dato.

Por otro lado, si observamos la tabla 54 vemos que si que aparecen diferencias en una de las sub-escalas que evalúan Rasgo-ira: Temperamento-ira ($p < .017$). Así, los menores que recibieron maltrato directo además de estar expuestos a violencia de género, parecen tener más tendencia a un temperamento de ira más elevado que aquellos que solo estuvieron expuestos a violencia de género.

También encontramos diferencias significativas en la escala de control de la Ira ($p < .002$) y en ambas de sus sub-escalas: control interno ($p < .009$) y externo de la ira ($p < .014$). Estos resultados van en la línea de los hallazgos encontrados en otras investigaciones, donde se remarca que los menores expuestos a situaciones de violencia suelen tener una baja percepción de control, más todavía, si además de estar expuestos al sufrimiento de sus madres, son maltratados de forma directa. Así, según nuestros resultados, los menores que han estado expuestos a violencia en el hogar y que además

fueron maltratados de manera directa, mostraron tener un control de la Ira tanto interno como externo, significativamente menor que el grupo de niños y niñas que no recibieron maltrato físico. Por lo tanto, a mayor gravedad del maltrato si que aparece menor percepción de control emocional concretamente en control de la ira.

En cuanto a las escalas de expresión de la ira, vemos que los datos apuntan a una cierta diferencia en expresión externa de la ira entre ambos grupos ($p < .066$) siendo el grupo de menores que recibieron un maltrato más severo el que mayor puntuación obtiene en esta sub-escala.

En definitiva, aparecen diferencias significativas en todas las escalas de Control de la ira y en la escala de Temperamento, y aunque no llega a ser significativa, si que aparecen diferencias en escalas de estado-ira y en las escalas de experiencia de ira. Así pues, se cumple casi en su totalidad la hipótesis 8.

STAXI-NA	<i>X Grupo de expuestos a violencia</i>	<i>X Grupo de expuestos a violencia + maltrato directo</i>	<i>Sig. Prueba U de Mann-Whitney</i>
<i>Estado Ira</i>	8,20	11,27	0,069
<i>Sentimiento Ira</i>	4,20	6,36	0,069
<i>Temperamento Ira</i>	4,60	7,30	0,017
<i>Experiencia externa Ira</i>	5,40	7,91	0,066
<i>Control externo Ira</i>	10,40	7,09	0,014
<i>Control interno Ira</i>	11,20	7,91	0,009
<i>Control total Ira</i>	21,60	15,00	0,002

Tabla 54. Comparación de medias de los dos tipos de maltrato en el cuestionario STAXI-NA mediante la Prueba *U de Mann-Whitney* (n=16)

6.2.3 Comparación de medias del IRI

6.2.3.1 Comparaciones del grupo de estudio y el grupo de comparación

Los resultados obtenidos en el cuestionario IRI, tal como se observa en la tabla 55, no fueron lo que esperamos obtener. En las hipótesis 3 planteábamos que el grupo de comparación presentaría un mayor índice de empatía en cada una de las sub-escalas del cuestionario, considerando que mostraría mayor empatía cognitiva y empatía emocional que el grupo de estudio. Sin embargo, en ninguna de las escalas aparecen diferencias significativas entre ambos grupos, por lo que se rechazan las hipótesis 3.

IRI	<i>X Grupo de comparación</i>	<i>X Grupo de estudio</i>	<i>Sig. Prueba U de Mann-Whitney</i>
<i>Toma de Perspectiva</i>	24,63	23,93	0,425
<i>Fantasia</i>	20,14	22,67	0,152
<i>Preocupación Empática</i>	24,23	23,27	0,350
<i>Distrés o malestar personal</i>	20,20	20,07	0,815
<i>Empatía total</i>	89,20	89,93	0,789

Tabla 55. Comparación de medias del grupo de estudio y grupo de comparación en el cuestionario IRI mediante la Prueba U de Mann-Whitney (n=50)

6.2.3.2 Comparaciones dentro del grupo de estudio según el tipo de maltrato.

Al comparar las medias del grupo de estudio según la gravedad del maltrato recibido, encontramos diferencias significativas en escala de Distrés o Malestar personal, pero no en el resto de escalas (véase tabla 56). Los menores que fueron víctimas de exposición a violencia de género y además fueron maltratados de forma directa, mostraron un nivel de distrés o malestar personal significativamente superior al grupo que no recibió maltrato de manera directa ($p < .022$).

Esta escala, junto a la escala *preocupación empática*, pretenden ofrecer una medida de empatía emocional. Sin embargo, la escala de preocupación empática hace referencia a sentimientos orientados a los demás y destaca según Eisenberg (2000) el carácter autorregulador de la empatía. No obstante, la escala de *Distrés o Malestar personal* evalúa sentimientos y emociones orientadas hacia uno mismo y hace referencia a una emoción incontrolada. Por lo tanto, una diferencia significativa en esta escala podría indicar una dificultad en el control emocional de los niños que recibieron un maltrato más severo. Se cumple así la hipótesis 9.

IRI	<i>X Grupo de expuestos a violencia</i>	<i>X Grupo de expuestos + maltrato directo</i>	<i>Sig. Prueba U de Mann-Whitney</i>
<i>Distrés o malestar personal</i>	16,00	22,10	0,022

Tabla 56. Comparación de medias de los dos tipos de maltrato en el cuestionario IRI mediante la Prueba U de Mann-Whitney (n=15)

6.2.4 Comparación de medias del CAG

6.2.4.1 Comparaciones del grupo de estudio y el grupo de comparación

Al comparar las medias obtenidas en las seis dimensiones de autoconcepto por el grupo de menores de las casas de acogida y por el grupo de comparación, vemos que se perciben diferencias significativas en varias de sus formas (véase tabla 57).

En primer lugar, aparecen diferencias significativas en el Autoconcepto global ($p < .048$) entre ambos grupos, mostrando el grupo de comparación un autoconcepto más elevado. Además, tal como esperábamos aparecen diferencias significativas en el autoconcepto familiar entre el grupo de menores acogidos en los centros residenciales para víctimas del maltrato y el grupo de comparación ($p < .007$) además, siendo esta la significación más pronunciada de todas las dimensiones de autoconcepto. Así pues, los menores del grupo de estudio presentan un autoconcepto familiar muy inferior al que presenta el grupo de comparación.

Siguiendo con el análisis de las medias para el cuestionario de Autoconcepto, encontramos que también aparecen diferencias en el autoconcepto personal ($p < .012$) siendo éste significativamente inferior en nuestro grupo de estudio. Esta escala presenta un nivel de abstracción superior a las demás y es considerada como una medida de autoestima, puesto que recoge el grado de satisfacción global que el menor tiene sobre

sí mismo. Así pues, el grupo de menores expuestos a violencia de género presentan un nivel de satisfacción personal significativamente inferior al grupo de comparación.

Por otro lado, en el planteamiento inicial de las hipótesis consideramos que el grupo experimental presentaría un nivel significativamente menor en la escala de Autocontrol en comparación al grupo de niños y niñas con ausencia de maltrato, sin embargo los resultados no muestran diferencias significativas en dicha dimensión.

También encontramos diferencias significativas entre ambos grupos en el autoconcepto intelectual ($p < .035$). Esto parece lógico, pues los menores expuesto a violencia de género, generalmente presentan mayor absentismo escolar y mayores dificultades y problemas académicos, por lo que resulta esperable que los niños y niñas del grupo objeto de estudio se perciban a sí mismos de manera más negativa en el área intelectual que el grupo de comparación.

Así pues, aunque no han aparecido diferencias significativas en la escala de Autocontrol, si que se ha evidenciado un autoconcepto global significativamente inferior en el grupo de estudio, junto con un autoconcepto familiar, personal e intelectual más bajo. Así pues, se acepta casi en su totalidad la hipótesis 4.

CAG	<i>X Grupo de comparación</i>	<i>X Grupo de estudio</i>	<i>Sig. Prueba U de Mann-Whitney</i>
<i>Autoconcepto Físico</i>	29,86	30,40	0,752
<i>Autoconcepto Social</i>	29,86	31,20	0,813
<i>Autoconcepto Familiar</i>	34,09	28,65	0,007
<i>Autoconcepto Intelectual</i>	31,54	28,05	0,035
<i>Autoconcepto Personal</i>	33,00	29,10	0,012
<i>Autocontrol</i>	28,29	26,40	0,222
<i>Autoconcepto Total</i>	186,64	173,80	0,048

Tabla 57. Comparación de medias del grupo de estudio y grupo de comparación en el cuestionario CAG mediante la Prueba U de Mann-Whitney (n=55)

6.2.4.2 Comparaciones dentro del grupo de estudio según el tipo de maltrato.

Al comparar los resultados del cuestionario de Autoconcepto CAG entre los menores que fueron expuestos a violencia de género y aquellos que además de estar expuesto al sufrimiento de sus madres también sufrieron maltrato directo, encontramos algunos datos relevantes (véase tabla 58).

Si consideramos la puntuación total de las 6 escalas que conforman el cuestionario, también encontramos diferencias significativas entre ambos grupos de menores maltratados. Así el grupo de menores expuestos a violencia familiar y maltratados de manera directa presentaron un autoconcepto global significativamente inferior que el grupo de menores que no recibieron maltrato directo ($p < .025$).

Además, el autoconcepto familiar que ya presentaba una diferencia significativa importante entre el grupo de estudio y el grupo de comparación, de nuevo cuando comparamos las medias del grupo de menores expuestos a violencia intrafamiliar y menores expuestos a violencia y además maltratados de manera directa, sigue presentando diferencias significativas ($p < .035$). Así, aquellos niños que además de estar expuestos a violencia de género también han sido maltratados de manera directa presentan un autoconcepto familiar más pobre que el grupo de menores que supuestamente no recibieron maltrato directo.

De igual forma que ocurrió cuando comparamos el autoconcepto personal entre el grupo de comparación y el grupo de estudio, también entre las medias de los niños expuestos a violencia y los niños expuestos y maltratados directamente existen diferencias significativas para esta escala ($p < .007$). Así, los menores que además de estar expuestos a violencia en el hogar también han recibido maltrato físico, presentan un autoconcepto personal significativamente inferior al grupo de menores que no fueron maltratados de manera directa.

Otro dato significativo es la diferencia existente entre ambos grupos para la escala de Autocontrol. Cuando comparamos las medias del grupo de estudio y el grupo de comparación, no aparecieron resultados significativos. Sin embargo, cuando comparamos las medias de los menores expuestos a violencia de género y aquellos que además sufrieron maltrato directo, sí encontramos diferencias significativas ($p < .025$). Así, los menores que además de estar expuestos al sufrimiento de sus madres también fueron maltratados de forma directa se perciben a sí mismo con menor control sobre su conducta, sobre los demás y sobre el entorno. Por lo tanto, parece existir una cierta relación donde una mayor severidad del maltrato podría relacionarse con una peor percepción de Autocontrol.

Esta vez, considerábamos encontrar diferencias significativas en el autoconcepto global, autoconcepto familiar, autoconcepto personal y autocontrol, y se ha evidenciado un nivel significativamente inferior en la muestra de menores que además de estar expuestos a violencia de género también fueron maltratados de forma directa en

comparación a los que no recibieron maltrato directo. Por lo tanto, se confirma la hipótesis 10.

CAG	<i>X Grupo menores expuestos a violencia</i>	<i>X Grupo menores expuestos + maltrato directo</i>	<i>Sig. Prueba U de Mann-Whitney</i>
<i>Autoconcepto Familiar</i>	33,50	26,77	0,035
<i>Autoconcepto Personal</i>	34,67	26,69	0,007
<i>Autocontrol</i>	31,33	24,38	0,025
<i>Autoconcepto Total</i>	196,50	162,69	0,025

Tabla 58. Comparación de medias de los dos grupos de maltrato en el cuestionario CAG mediante la Prueba *U de Mann-Whitney* (n=20)

6.2.5 Comparación de medias del Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin

6.2.5.1 Comparaciones del grupo de estudio y el grupo de comparación

Tras comparar las medias del grupo de menores expuestos a violencia de género y el grupo de comparación en el test de clasificación de tarjetas de Wisconsin, encontramos diferencias significativas en casi todos sus parámetros (véase tabla 59).

En primer lugar, la media en el número de intento aplicados para completar la prueba, muestra diferencias significativas entre ambos grupos del estudio ($p < .040$). Esto se explica, porque también existen diferencias significativas en el número de categorías completadas ($p < .003$). Puesto que la prueba termina al completar las seis categorías, es de esperar que el grupo comparación que casi en su totalidad consiguió completar las 6 categorías (media de 5,20 categorías completadas) también presentara un número de aplicaciones inferior al grupo de estudio, el cual presenta una media de categoría completadas de 3,89. Así, hay un mayor porcentaje de niños en el grupo de estudio que no logró completar las seis categorías y que por lo tanto, necesitó aplicar las 128 tarjetas-respuesta que contiene el test.

Por otro lado, la media de ambos grupos en el porcentaje de errores, también muestra diferencias significativas ($p < .046$). Esto tiene sentido si tenemos en cuenta los datos

anteriormente comentados, ya que si hay menos categorías completadas, pero más intentos aplicados, aumentará el número de tarjetas clasificadas erróneamente.

Por otro lado, vemos que la comparación de medias también indica diferencias significativas en el número de respuestas de nivel conceptual y porcentaje de respuestas de nivel conceptual ($p < .012$). Sin embargo, no existen diferencias significativas entre ambos grupos en el número total de respuestas correctas. Por lo tanto, aunque ambos grupos presenten una media de respuestas correctas similar, los menores del grupo de comparación presentan un número y un porcentaje de respuestas de nivel conceptual significativamente mayor que el grupo de estudio, lo cual indica que, del número total de respuestas correctas del grupo de estudio, un número significativamente superior fueron acertados al azar y no siguiendo un criterio o estrategia de clasificación concreto, a diferencia de lo que ocurre en el grupo de comparación, donde la mayoría de respuestas correctas siguieron un criterio concreto de clasificación, por ello presentan un mayor nivel conceptual.

Teniendo en cuenta estos resultados, podemos concluir que los menores del grupo de estudio realizaron una ejecución global en la tarea de planificación y clasificación de tarjetas del WSCT significativamente peor que el grupo de comparación. Se confirma así la hipótesis 5

Otro de los parámetros donde las medias de ambos grupos presentan una diferencia significativa es en número y porcentaje de respuestas perseverativas ($p < .011$) y ($p < .008$)

respectivamente. Los menores del grupo de estudio mostraron una media de respuestas perseverativas muy superior a los niños y niñas del grupo de comparación. Esta es una medida que ofrece información respecto a la rigidez vs flexibilidad mental y la capacidad para adaptarse a los cambios y al feedback ambiental. En este sentido, parece que los menores del grupo de estudio tienen mayor dificultad para adaptarse a los cambios y guiarse por el feedback ambiental que el grupo de menores de grupo de comparación, quienes parecen presentar mayor flexibilidad mental. Se cumple por lo tanto la hipótesis 6

WSCT	<i>X Grupo de comparación</i>	<i>X Grupo de estudio</i>	<i>Sig. Prueba U de Mann-Whitney</i>
<i>Nº intentos aplicados</i>	105,46	116,56	0,040
<i>Nº Respuestas Correctas</i>	72,60	72,11	0,632
<i>Nº de Errores</i>	32,77	44,39	0,052
<i>Porcentaje de nº Errores</i>	28,87	36,489	0,046
<i>Nº Respuestas Perseverativas</i>	15,77	27,00	0,011
<i>Porcentaje Respuestas Perseverativas</i>	13,85	22,094	0,008
<i>Nº Errores Perseverativos</i>	14,37	23,56	0,007
<i>Porcentaje de Errores Perseverativos</i>	12,73	19,206	0,007
<i>Nº Errores NO perseverativos</i>	18,40	20,67	0,392
<i>Porcentaje Errores NO perseverativos</i>	16,06	17,006	0,447
<i>Respuestas de nivel Conceptual</i>	63,91	57,11	0,012
<i>Porcentaje Respuestas de nivel Conceptual</i>	63,40	51,150	0,018
<i>Nº Categorías completadas</i>	5,20	3,89	0,003
<i>Nº intentos para completar 1ª categoría</i>	17,51	19,33	0,023
<i>Fallos en mantener la actitud</i>	0,80	1,39	0,904

Tabla 59. Comparación de medias del grupo de estudio y grupo de comparación en la prueba WSCT mediante la Prueba *U de Mann-Whitney* (n=53).

6.2.5.2 Comparaciones dentro del grupo de estudio según el tipo de maltrato.

Al comparar las medias obtenidas por el grupo de menores expuestos a violencia de género y el grupo de niños que además de esto recibieron maltrato directo, no encontramos diferencias significativas en ninguna de las puntuaciones del test WSCT. Rechazamos así las hipótesis 11 y 12.

6.2.6 Comparación de medias de la Torre de Londres

6.2.6.1 Comparaciones del grupo de estudio y el grupo de comparación

Al comparar las medias del grupo de estudio y el grupo de comparación en la Torre de Londres, encontramos los siguientes resultados (véase tabla 60).

En primer lugar, el número total de soluciones correctas es significativamente inferior en el grupo de estudio si lo comparamos con el grupo de comparación ($p < .010$) y por lo tanto, también las medias del número total de movimientos extra presenta diferencias entre ambos grupos ($p < .088$) aunque estas no llegan a ser significativas al nivel 0.05. Por otro lado, y unido a lo comentado anteriormente, el grupo de estudio necesitó un tiempo de ejecución significativamente superior al grupo de comparación ($p < .048$). Esto se explica porque al aumentar el número de movimientos para solucionar los problemas, también tiene que aumentar de manera inequívoca el tiempo de ejecución de la prueba.

Con todo esto, podemos concluir que los menores del grupo de comparación realizaron una ejecución significativamente mejor en la tarea de planificación y resolución de problemas del TOL que los menores del grupo de estudio, apoyando así los resultados obtenidos en el WSCT y reafirmandonos en la hipótesis 5.

Por otro lado, al comparar las medias en incumplimiento de las reglas (*rules violations*) encontramos diferencias entre ambos grupos también significativas ($p < .046$).

Así, el grupo de estudio infringió las dos reglas básicas de procedimientos para intentar resolver los problemas de la prueba en mayor ocasiones que el grupo de comparación, que en mayor medida busco soluciones alternativas en vez de perseverar en infringir las reglas para solucionar los problemas planteados. Así pues, esto apoya los resultados obtenidos en el WSCT por lo que reafirmamos la hipótesis 6.

TOL	<i>X Grupo de comparación</i>	<i>X Grupo de estudio</i>	<i>Sig. Prueba U de Mann-Whitney</i>
<i>Nº total de soluciones correctas</i>	3,63	2,63	0,010
<i>Nº total de movimientos</i>	31,71	41,06	0,088
<i>Tiempo total de inicio</i>	32,80	29,94	0,590
<i>Tiempo total de ejecución</i>	215,34	275,38	0,048
<i>Tiempo total</i>	248,60	305,31	0,079
<i>Nº total de “time violations”</i>	0,74	1,13	0,249
<i>Nº total de “rule violations”</i>	0,31	1,38	0,046

Tabla 60. Comparación de medias del grupo de estudio y grupo de comparación en de la torre de Londres TOL mediante la Prueba *U de Mann-Withney* (n=51)

6.2.6.2 Comparaciones dentro del grupo estudio según el tipo de maltrato.

Al comparar las medias obtenidas por el grupo de menores expuestos a violencia de género y el grupo de niños que además de esto recibieron maltrato directo, no encontramos diferencias significativas en ninguna de las puntuaciones de la Torre de Londres.

Así teniendo en cuenta que no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las dos pruebas que evalúan funciones ejecutivas, se descartan las hipótesis 11 y 12.

7. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

7.1 CONCLUSIONES

Al finalizar los análisis del presente estudio parece poder obtenerse las siguientes conclusiones:

- La mayoría de hipótesis planteadas se han cumplido en alguna medida en la dirección esperada. Un alto porcentaje de los menores que han estado expuestos a violencia de género en el hogar presentan un peor ajuste psicológico, inestabilidad emocional, pobre regulación de la ira, un autoconcepto negativo y déficit en funciones ejecutivas en comparación con niños de características sociodemográficas similares sin historia de maltrato familiar.
- Los menores expuestos a violencia de género mostraron niveles más elevados de **inestabilidad emocional** que los menores del grupo de comparación.
- Los menores expuestos a violencia de género y, además, víctimas también de maltrato directo presentan un nivel de **inestabilidad emocional** mayor que los menores que estuvieron expuestos a violencia de género pero que no recibieron maltrato directo. Es decir, a mayor gravedad del maltrato, mayor inestabilidad emocional.

- Los menores que, además de estar expuestos a violencia de género, recibieron maltrato directo presentaron mayores niveles de **Conducta Antisocial** que los menores que solo estuvieron expuestos a violencia de género.
- Los menores que han estado expuestos a violencia de género en el hogar, presentan un nivel en **estado-ira** significativamente mayor que los menores del grupo de comparación, así como un nivel significativamente mayor de **sentimientos de ira y expresión física y verbal de la ira** que el grupo de menores con ausencia de maltrato en sus familias.
- Los menores que han estado expuestos a violencia de género y que han recibido también maltrato directo mostraron puntuaciones más elevadas en **Temperamento-Ira** que los menores expuestos a violencia de género que no recibieron maltrato directo.
- Los menores que han estado expuestos a violencia de género y que han recibido también maltrato directo mostraron un **Control Total de Ira**, tanto en **Control Interno** como en **Control Externo**, significativamente inferior a los menores que estuvieron expuestos a violencia de género en el hogar pero no recibieron maltrato directo.
- Los menores expuestos a violencia de género presentaron un **autoconcepto general** más bajo que los menores del grupo control, siendo el **autoconcepto familiar** el área que resultó estar más afectada en el grupo de estudio. Además,

también presentaron un **autoconcepto intelectual** y un **autoconcepto personal** significativamente inferior al que mostró el grupo de comparación.

- Los menores expuestos a violencia de género y maltratados además de forma directa, presentaron una puntuación más baja en **autoconcepto global** que el grupo de menores que no recibió maltrato directo, pero también de manera más concreta presentaron un **autoconcepto familiar**, un **autoconcepto personal** y un **Autocontrol** más bajo que el grupo de menores expuesto a violencia de género pero que no recibió maltrato directo.
- Los menores expuestos a violencia de género mostraron una **peor ejecución en tareas de planificación y clasificación del WSCT** que el grupo de comparación. Además, presentaron **mayor rigidez mental** y mayor dificultad para guiarse por el feedback ambiental y cambiar de estrategia de clasificación, ya que presentaron un nivel significativamente superior de respuestas perseverativas.
- Los menores expuestos al maltrato también mostraron una **peor ejecución en las tareas de planificación y resolución de problemas** de la Torre de Londres en comparación al grupo de comparación. Además, **incumplieron en mayor medida las reglas básicas** que hay que tener en cuenta en la resolución de los problemas de la prueba. De este modo, pareciera que los niños y niñas expuestos a violencia de género presentan mayores dificultades para adaptarse y encontrar otras vías para la resolución de problemas, y tienen mayor probabilidad de

perseverar en una acción incorrecta con respecto a los niños y niñas del grupo de comparación.

7.2 DISCUSIÓN

Nuestro estudio, como primera aproximación a esta problemática, tiene una serie de *limitaciones* que, sin ninguna duda, moderan el potencial alcance de nuestras conclusiones, comentadas más arriba. En consecuencia, resulta necesario reflexionar sobre estas carencias y tenerlas en consideración en futuras investigaciones y en la divulgación de los resultados del presente trabajo.

- En primer lugar cabe destacar la complejidad de las acciones y actitudes que implican alguna forma de maltrato. Podemos asegurar que los menores del grupo objeto de estudio estuvieron expuestos a violencia de género en el hogar, pues residían junto a sus madres en los centros de atención a víctimas de violencia de género. Empero, lo que es difícil de delimitar, es el tipo de maltrato recibido y el alcance de éste. En este estudio se dividió el grupo de menores expuestos a violencia de género en dos sub-grupos que pretendían diferenciar el nivel de gravedad del maltrato sufrido (sólo exposición o exposición más maltrato directo). Sin embargo, la complejidad en la que el maltrato se puede dar no puede reducirse a estos dos grupos, ya que no podemos asegurar que un niño que únicamente estuvo expuesto al sufrimiento de su madre sin recibir maltrato directo, sufriese menos que otro que sí que recibiera maltrato directo, pues la forma de maltrato y agresión hacia la madre puede ser muy distinta y puede

presentar diversos niveles de gravedad que no hemos tenido en cuenta en este estudio.

- Otra limitación derivada de la anterior, es el sesgo informativo que pueden introducir la madre y/o el niño respecto a la experiencia del maltrato. La falta de información dada o la distorsión de ésta, puede ser consciente, con una intencionalidad clara de disculpar al agresor o puede ser inconsciente, cuando madre y/o hijos aceptan ciertas actitudes o conductas propias del maltrato como formas normales de relación. Así, la información aportada por madre e hijo/a/s no está exenta de sesgos, pudiendo no representar la realidad social del maltrato sufrido.

- El reclutamiento de la muestra lleva implícito un sesgo importante, ya que los menores que conforman el grupo de estudio, fueron niños y niñas acogidos en los centros residenciales y no una muestra representativa de aquellos menores que hayan sufrido o estén sufriendo la exposición al maltrato en sus casas sin contar con el recurso atencional de los centros de acogida. Así, los menores que conforman la muestra de estudio se han beneficiado de una intervención y un seguimiento que puede haber influido en los resultados de esta investigación.

- Una cuarta limitación hace referencia al tamaño de la muestra. El total de menores que conforman el grupo de estudio es muy pequeño por lo que los resultados que se derivan de esta investigación sólo pueden considerarse como

una primera aproximación a dicha problemática. Para el desarrollo de estudios posteriores, se pretende ampliar la muestra ya que un tamaño más grande de la N permitiría realizar más análisis y ofrecer resultados más fiables.

- Una quinta limitación consiste en que, al reclutar a los menores que formaron el grupo de comparación, se intentó controlar la variable *armonía familiar* o *ausencia de conflictos familiares* a través de un cuestionario de cribado de creación propia. No obstante, no se realizó una evaluación sobre la validez y fiabilidad del test que asegurara una buena detección de los casos que presentaban conflictos familiares y posible historia de malos tratos. Así, para una futura ampliación de este trabajo sería necesario mejorar las cualidades psicométricas y de contenido de este cuestionario.

- Otra limitación tiene que ver con las condiciones de administración de los cuestionarios que lamentablemente no fueron las mismas para todos los menores que participaron en este estudio. Por circunstancias ajenas a nuestro control, en diversas ocasiones varios niños y niñas fueron evaluados al mismo tiempo, proporcionándoles los cuestionarios para que los auto completaran. Este tipo de administración difería del preferentemente elegido, en el cual todas las pruebas eran cumplimentadas por la psicóloga investigadora, siendo esta quien leía los ítems en voz alta y señalaba las respuestas, con el objetivo de asegurar que los

niños comprendieran los ítems y que los más pequeños no se fatigaran con la lectura.

- Una séptima limitación puede resultar del hecho de que no se hayan controlado otras variables explicativas tales como el tiempo de exposición al maltrato, la actitud que los menores tienen hacia el agresor y, sobre todo, el tipo de vínculo establecido con la madre, pues la evidencia empírica indica que éste puede ser un factor modulador del impacto de la exposición al maltrato. En este estudio, sin embargo, no se ha controlado esta variable y se han incluido dentro del grupo de estudio tanto niños que presentaban una buena relación con sus madres, como a aquellos menores con una relación materno-filial conflictiva.

Por otra parte, a continuación se comentan algunos de los contenidos presentados en las conclusiones.

Los resultados de nuestra investigación parecen indicar que, en efecto, los menores expuestos a violencia de género, y en mayor medida, los menores que además de estar expuestos a violencia intrafamiliar sufrieron maltrato directo, presentan alguna de la sintomatología relacionada en lo expuesto en el marco teórico sobre el trauma complejo (Cook et al., 2005). Así, estos niños presentan mayores niveles de inestabilidad emocional, peores resultados para la regulación y control de la ira, una percepción más negativa de sí mismos y un deterioro significativo en algunas de las funciones ejecutivas.

En primer lugar, en cuanto a la **regulación-control emocional y conductual**, todo parece indicar una mayor dificultad en la regulación de los afectos en los menores expuestos a violencia de género en comparación al grupo de comparación, lo cual va en la línea de los estudios que apoyan la inclusión del Trauma complejo como entidad nosológica independiente (Cook et al 2005; D'Andrea et al, 2012; Herman 1992 a y b; Kinniburgh, Blaustein, Spinazzola, van der Kolk, 2005; Pelcovitz et al., 1997; Van de Kolk et al, 2005). Los menores del grupo objeto de estudio presentaron mayores niveles de inestabilidad emocional y parecen presentar estados emocionales, tales como la ira, de manera más habitual que los menores del grupo de comparación.

Además, parece existir un continuo de gravedad en función del maltrato sufrido. Así, nuestros resultados indican que los menores que además de haber estado expuestos a violencia de género, sufrieron maltrato directo, tienden a presentar una peor estabilidad emocional que los menores que han estado expuestos a violencia de género pero que no recibieron maltrato directo. Asimismo, este grupo de niños con un maltrato más severo, presentan más conductas antisociales, un temperamento hostil significativamente elevado, peores niveles de control de la ira, tanto en control interno como en control externo, y un nivel significativamente superior en distrés o malestar personal en comparación a los menores que, aún estando expuestos a episodios de violencia, no recibieron maltrato directo. En este sentido, tal como señalan Luxenberg, Spinazzola y van de Kolk (2001 a.), la presencia de trauma prolongado sumado a múltiples acontecimientos traumáticos (en nuestro estudio, de abuso directo e indirecto), agrava

considerablemente las alteraciones en la regulación emocional y afectiva así como el control conductual.

En efecto, parece que la regulación y el control emocional y conductual es significativamente menor en los niños y niñas expuestas a violencia de género frente a los del grupo de comparación y que dicha alteración empeora significativamente cuando hablamos del grupo de menores que, además de estar expuestos a violencia de género, también sufrieron maltrato directo; habiendo pues, un continuo de gravedad donde un maltrato más severo produce mayores alteraciones en la regulación y en el control emocional y conductual.

Nuestros resultados también apuntan a que los menores expuestos a violencia de género presentan una peor percepción de si mismos (Cook et al, 2005; D'Andrea et al, 2012). En efecto, los menores del grupo objeto de estudio obtuvieron un **Autoconcepto** global más bajo que los menores del grupo de comparación. De entre todas las facetas de autoconcepto, la dimensión familiar es notablemente la más afectada en nuestro grupo de estudio. Este dato revela que la situación familiar vivida por estos niños deja una huella importante en su autoconcepto lo cual puede comportar, igualmente, una peor percepción de sí mismos en otras dimensiones del autoconcepto. También existe una percepción más negativa en los menores expuestos a violencia de género en lo que se refiere al *autoconcepto intelectual* y al *autoconcepto personal* en comparación con el grupo de comparación. Esta última escala es la que presenta una medida más acorde a las escalas globales de Autoestima. Por ende, parece que los menores expuestos al

maltrato podrían presentar una autoestima más negativa que el grupo de comparación. Estos resultados van en la misma dirección de estudios anteriores sobre autoconcepto y autoestima, que consideraban que el trauma interpersonal crónico predecía problemas en la autoestima (Turner et al, 2010 a).

Asimismo, nuestros resultados indican que los menores que, además de estar expuestos a violencia de género han sufrido también maltrato directo, también presentan un autoconcepto global inferior al grupo de niños que estuvieron expuestos a violencia de género pero no recibieron maltrato directo. Tal como predecíamos, presentan una percepción más negativa en el autoconcepto familiar, personal y en el Autocontrol. Así pues, parece que nuevamente, una peor experiencia de maltrato conduce a un autoconcepto más negativo en términos absolutos. Este planteamiento va en la misma línea que los resultados obtenidos en el estudio de Kim y Cicchetti (2006), quienes concluyen que un maltrato más grave, como es el abuso físico y emocional conjunto, predecían una autoestima más negativa. Pero además, el autoconcepto familiar y personal, se ve más afectado todavía cuando mayor es la gravedad del maltrato. También este segundo grupo donde el maltrato parece ser más severo (exposición sumada a maltrato directo), refleja una puntuación significativamente inferior en la escala de Autocontrol. Este dato se podría relacionar en los resultados expuestos en el apartado anterior, donde concluimos que los menores expuestos a violencia de género y maltratados de forma directa presentaban una regulación y control emocional y

conductual significativamente inferior en comparación a los niños que no recibieron maltrato directo.

Por otro lado, las alteraciones cognitivas y el bajo rendimiento académico del que hablan los expertos del trauma complejo también incluye un peor dominio de las funciones ejecutivas (Cook *et al.*, 2005; López-Soler, 2008). Nuestros resultados indican que los menores que han estado expuestos a violencia de género presentan una peor capacidad y un mayor deterioro de las **funciones ejecutivas** de planificación, clasificación, flexibilidad mental y resolución de problemas que los niños y niñas del grupo de comparación. Estos resultados van en la misma línea de investigaciones anteriores que compararon el funcionamiento ejecutivo de menores maltratados y menores con ausencia de maltrato (Rieder y Cicchetti, 1989) concretamente, en test neuropsicológicos que evaluaban atención y concentración (Porten et al, 2005).

En el test de Clasificación de tarjetas de Wisconsin, los menores de las casas de acogida necesitaron aplicar mayor número de tarjetas para realizar la prueba, obtuvieron mayor número de errores, mayor número de respuestas perseverativas, mayor número de errores perseverativos, menos respuestas de nivel conceptual y consiguieron menos categorías completadas que los niños y niñas del grupo de comparación. En general, realizaron una peor ejecución de la prueba, con mayor tendencia a perseverar en las respuestas y dificultad para atender al feedback ambiental, mostrando así mayor rigidez mental que los menores del grupo de comparación.

En la misma línea, los resultados en la torre de Londres mostraron que los menores expuestos a violencia de género, necesitaron mayor número total de movimientos que los menores del grupo de comparación, obtuvieron menos soluciones correctas y necesitaron un tiempo mayor de ejecución. Así pues, los menores del grupo de estudio realizaron una ejecución global de la prueba más negativa y fallaron en estrategias de planificación previas, por lo que realizaron más número de movimientos y necesitaron más tiempo para realizar la prueba, mostrando así una peor capacidad para planificar y resolver problemas.

Por otro lado, el **funcionamiento social** no parece estar alterado en nuestro grupo de estudio, al menos teniendo en cuenta las medidas obtenidas en autoconcepto social del CAG y teniendo en cuenta la medida de empatía del IRI. La evidencia científica asume que la exposición a violencia de género influye también en las relaciones con los demás y en las habilidades sociales de los menores (Celedón y Sáleme 2009; Cook et al, 2005; D'Andrea et al, 2012; Herman 1992 a y b; López-Soler, 2008; Luxenberg, Spinazzola y van de Kolk et al 2001). No obstante, en nuestro estudio no se encontraron diferencias significativas en extraversión, en autoconcepto social, ni siquiera en las medidas de empatía, ni al comparar el grupo de menores expuestos a violencia de género con el grupo de comparación, ni tampoco al comparar ambos tipos de maltrato dentro del grupo de estudio. Esto podría explicarse en parte porque los menores acogidos en los centros se benefician de una atención y seguimiento que tiene como objetivo principal asegurar una buena integración social de los menores en el centro, en relación con los

demás niños y en el nuevo colegio, lo cual puede haber influido en los resultados de esta investigación. Además, el haber obtenido una buena puntuación en autoconcepto social, en extraversión y en empatía, no asegura en ningún caso que estos niños vayan a construir relaciones interpersonales estables y sanas durante la adolescencia y la vida adulta.

En general, existe **mayor deterioro en los menores que además de estar expuestos a violencia de género sufrieron maltrato directo**, en comparación con aquellos niños/as que no recibieron maltrato directo. Esto se puede explicar porque tal como comenta Cook et al. (2005), cuando el estímulo estresante se pueda predecir, *evitar* o controlar, la integridad biológica tendería a mejorar con mayor probabilidad. En este sentido, los menores que están expuestos al sufrimiento de sus madres no pueden controlar ni predecir la conducta agresiva del maltratador pero, en cierto modo, pueden encontrar alguna forma parcial de evadirse o evitar la situación (escondiéndose o marchándose de casa, por ejemplo). Por el contrario, en los menores que, además de exposición a violencia de género, sufren maltrato directo, la impotencia y la imposibilidad de evitación pueden comportar, tal como se muestra en nuestro estudio, una peor capacidad de autorregulación y de control emocional y conductual e, igualmente, un peor autoconcepto. Además, tal como señala D'Andrea et al., (2012) *el número y complejidad de los síntomas que pueden presentar los niños y adolescentes, aumenta en la medida en que son expuestos a varios tipos de eventos traumáticos* (p.188). En consecuencia, parece lógico que las alteraciones en los menores que sufrieron tanto maltrato directo como indirecto en nuestro estudio, sean más graves.

Por otra parte, atendiendo a datos descriptivos de la muestra, parece interesante señalar que en el grupo de menores expuestos a violencia de género, seis menores estuvieron expuestos a violencia de género pero no recibieron maltrato directo; mientras que otros trece menores, además de estar expuestos a violencia de género, recibieron maltrato directo durante el periodo de exposición. Por consiguiente, más de 2/3 de los niños acogidos en los centros sufrió además del maltrato indirecto de la exposición a violencia de género, alguna forma de maltrato directo, principalmente maltrato físico. Este dato va en la misma línea de varias revisiones que expusimos en el marco teórico sobre co-ocurrencia entre violencia de género y maltrato infantil que estiman que entre el 30 y el 60% de los niños expuestos a violencia de género, también son víctimas de maltrato directo (Edleson, 1998, 1999; Patró y Limiñana, 2005; Horno, en Save the Children, 2006; UNICEF, 2006). Así, parece que sufrir ambos tipos de maltrato resulta ser más la regla que la excepción en los hijos e hijas de mujeres maltratadas y, por lo tanto, esta condición de maltrato más severo parece ser la más representativa en los menores expuestos a violencia de género.

En resumen, según nuestros resultados, los menores expuestos a violencia de género presentan más alteraciones y dificultades tanto en el área de regulación emocional, control conductual y autoconcepto pero que, sobretodo, dentro de nuestro grupo de estudio, aquellos niños que además de estar expuestos al maltrato hacia sus madres, sufrieron también maltrato directo, presentan muchas más dificultades y alteraciones en

las tres áreas evaluadas. Así, siguiendo el modelo de Trauma Complejo, parece evidente a la vista de nuestros resultados, que un maltrato más severo comporta mayores alteraciones en la regulación de los afectos, control conductual y en el autoconcepto.

El análisis de las funciones ejecutivas también ofrece evidencia de que los menores expuestos a violencia de género presentan mayores problemas en tareas de planificación, clasificación y resolución de problemas, siendo más rígidos mentalmente y mostrando más dificultades en la búsqueda de vías alternativas para solucionar los problemas.

Por otro lado, en el área social no parecen existir diferencias significativas entre nuestro grupo de estudio y nuestro grupo de comparación, ni tampoco al comparar ambas tipologías de maltrato recibido. Esto podría deberse, al menos en parte, a que los menores que conforman el grupo de estudio son algunos de los menores que se benefician de los servicios especializados de atención a víctimas del maltrato.

En cualquier caso y dada las limitaciones que señalábamos al principio de este apartado, cualquier conclusión es provisional. Esperamos que, en un futuro, la solución de algunos problemas de base, el aumento en el tamaño de la muestra y el desarrollo de análisis estadísticos más potentes permita arrojar luz adicional sobre estas cuestiones. No obstante, confiamos en que nuestro trabajo constituya una pequeña contribución a un área de estudio aún en desarrollo y que permita contribuir a hacer visible la realidad

evolutiva, psicológica y social de los menores expuestos a violencia de género en el seno familiar.

En vista de investigaciones posteriores, se podrían tener en cuenta a futuro las siguientes *líneas de investigación*:

- La alteración en el vínculo afectivo que el menor establece con su madre parece ser uno de los principales problemas en los menores que sufren sintomatología compleja (Cook et al 2005; Courtios et al., 2009; Kinniburgh, et al, 2005; Pearlman y Courtios, 2005) pero del mismo modo, puede convertirse en un factor de protección muy potente que favorezca la resiliencia en menores en situación de riesgo (Lázaro 2009; Masten y Reed 2002). Además, existen teorías contemporáneas sobre la funcionalidad de apego seguro, como mecanismo de auto-regulación que podría extenderse a nuestro objeto de estudio. En este sentido, sería de gran interés evaluar el tipo de apego que los menores tienen con sus madres y valorar si este contribuye a modular la sintomatología evaluada en esta investigación.
- La evidencia científica asume que en muchas ocasiones la exposición a la violencia de género en los menores no supone la aparición de las alteraciones que se describen en el trauma complejo. En ese sentido, sería especialmente relevante conseguir aislar aquellos factores protectores que facilitan que algunos

niños sean más resistentes que otros ante acontecimientos amenazantes y crónicos, con el objetivo de contribuir a mejorar la efectividad de las intervenciones.

- Sería necesario ampliar la muestra para poder tener en consideración algunas variables que puedan resultar importantes en la sintomatología evaluada en este estudio, tales como el período de tiempo de exposición a violencia de género y la actitud de los menores hacia el padre. También habría que ampliar la muestra para averiguar la relevancia de factores demográficos tales como la edad y el sexo.

- Sería interesante también desarrollar, implantar y evaluar, programas de intervención en estos menores que incluyera la prevención y tratamiento de las alteraciones que pueden aparecer en las distintas áreas de desarrollo psicológico que, siguiendo el modelo de Trauma Complejo, resultan ser más vulnerables en estos niños. Principalmente, utilizando técnicas de regulación emocional y conductual (De Zulueta 2008; Ford et al, 2005), aunque también se podría evaluar el efecto de la intervención en habilidades sociales, en actitud empática y en el establecimiento de un autoconcepto más positivo y realista.

IV. REFERENCIAS

Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. (1974). *Infant-mother attachment and social development*. In M. P. Richards (Ed.), *The introduction of the child into a social world* (pp.99-135). London: Cambridge University Press.

Alcántara López, M.V. (2010) *Las víctimas invisibles: Afectación psicológica en menores expuestos a violencia de género*. Tesis Doctoral dirigida por; García Montalvo, C., López García, J.J. y López Soler, C. Universidad de Murcia, Facultad de Psicología, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.

American Psychiatric Association (APA) (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-III*. Madrid: Masson.

American Psychiatric Association (APA) (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Madrid: Masson.

Amor, P.J., Echeburúa, E., Loizan, I. (2009) ¿Se puede establecer una clasificación tipológica de los hombres violentos contra su pareja? *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol. 9 (3): pp. 519-539.

Amor P.J., Echeburúa, E., Corral P., , Zubizarreta, y Sarasua, (2002) Repercusión psicopatológica de la violencia domestica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 2 : pp. 227-246

Asamblea General de la ONU, Convención sobre los Derechos del Niño, 20 de Noviembre del 1989, Naciones Unidas, Treaty Serie, Vol. 1577, p.3.

Asensi L.F., y Araña, M (2006) TEPT complejo en violencia de género. *Interpsiquiquis*.

- Atenciano Jiménez, B. (2009) Menores Expuestos a Violencia contra la Pareja: Nota para una práctica Clínica Basada en la Evidencia. *Clínica y Salud*, Vol. 20 (3): pp. 261-272.
- Ayoub, C. C., O'Connor, E., Rappolt-Schlichtmann, G., Fischer, K.W., Rogosch, F. A., Toth, S. L., & Cicchetti, D. (2006). Cognitive and emotional differences in young maltreated children: A translational application of dynamic skill theory. *Development and Psychopathology*, Vol.18: pp. 679–706.
- Azar, S.T., Barnes, K.T. y Twentyman, C.T. (1988). Developmental outcome in physically abused children: Consequence of parental abuse or the effects of a more general breakdown in caregiving behaviors. *The Behavior Therapist*, Vol. 1 (1): pp. 27-32
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Benamen S., White K. (2008) *Trauma and Attachment*. London: Karnac Books.
- Benlloch A., Sandin B., y Ramos F: (2009) *Manual de Psicopatología. Volumen II*. Madrid: McGraw Hill
- Blanca, P., Ballesteros, de V., Angarita, J. M. Cortés, O. F. y Parra, G. (2003). *Relación entre historia, juicio socio-moral y aplicación de contingencias en la crianza de los hijos por parte de los padres con la conducta social de estrato social bajo*. Aba, Colombia.
- Bonilla J., y Fernandez-Guinea S. (2006) Neurobiología y Neuropsicología de la Conducta Antisocial. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, Vol. 6. Pp. 67-81.

- Bourassa, C. (2007). Co-ocurrence of interparental violence and child pshysical abuse and it's effect on the adolescent's behavior. *Journal of Family Violence*, Vol. 22: pp. 691-701.
- Bowlby, J. (1969) Attachment and loss: Vol.1: Attachment. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1976) La separación afectiva. Buenos Aires: Paidós Editores.
- Bowlby, J. (1990). El vínculo afectivo. Buenos Aires: Paidós Editores.
- Briere, J., & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5) 401-412.
- Briere J., y Jordan C.E. (2009) Childhood Maltreatment, Intervening Variables, and Adult Psychological Difficulties in Women: An overview. *Trauma Violence Abuse*. 10 (4) 375-388.
- Cabello,C.G. (2005). *El maltrato infantil y su incidencia en la autoestima en niños de 3º grado de primaria*. Monografía Institución Educativa Belén
- Cabrera Espinosa, M., y Granero Alted, MJ. (2011) Enfermería, Maltrato de género y presencia de menores: Redescubriendo nuestro papel. *Revista de Enfermería Global*, (22).
- Carlson, E.B (1997) *Trauma Assessments: A Clinician's guide*. Nueva York: Wiley.
- Carlson, B.E. (2000) Children Exposed to Intimate Partner Violence: Research Finding and Implications for Intervention. *Trauma violence Abuse*,. 1: p 321.

- Carmen, E.H., Rieker, P.P. y Mills, T. (1984). Victims of violence and psychiatry illness. *American Journal of Psychiatry*, 141: 378-383.
- Castro Sáez, M (2011) *Trastorno por estrés post-traumático en menores que han sufrido maltrato familiar: Directo y exposición a violencia de género*. Tesis Doctoral dirigida por; López Soler, C. y López García, J.J Universidad de Murcia, Facultad de Psicología, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
- Cazabat E. (2001) Trastorno por Estrés Postraumático. Criterios Diagnósticos. *II congreso virtual de psiquiatría*.
- Celedón Rivero, José C. y Sáleme Negrete, Yadith (2009). Efectos del maltrato infantil en la inteligencia emocional y el desarrollo del juicio moral en niños. Estudio cualitativo. *Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia*, 5 (8) 23-32.
- Cerdá, M., Tracy, M., Sanchez, B.N. y Sandro Galea, S. (2011). Comorbidity Among Depression, Conduct Disorder, and Drug Use From Adolescence to Young Adulthood: Examining the Role of Violence Exposures. *Journal of Traumatic Stress*, 24 (6) 651–659.
- Cerezo Domínguez, AI (2000) *El homicidio en la pareja*. Madrid: Tirant lo Blanch.
- Cloitre, M. (2005) Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictor of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*, 36: 119-124.
- Cloitre, M., Stolbach, B.C., Herman, J.L, van de Kolk, B.A., Pynoos, R., Wang, J., y Petkova, E. (2009) A development approach to complex PTSD: Childhood and

adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22: 399-408.

Cohen, J.A., Berliner L. y March J.S (2003) *Tratamiento de los niños y adolescentes*. En Foa E.B., Keane T.M., y Friedman M.T. (Edit.) *Tratamiento del Estrés Postraumático*. pp. 131-176. Barcelona: Ariel

Cohen F.S. y Densen-Gerber, J. (1982). A study of the relationship between child abuse and drug addiction in 178 patients: preliminary results. *Child Abuse and Neglect*, 6: 382-387.

Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liataud, J., Mallah, K., Olafson, E., y Van de Kolk, B. (2005) Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*, 35 (5) 390-398.

Courtios C.A (1988) *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy*. New York: Norton.

Courtois, C.A. (1996). *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy*. New York: W.W. Norton.

Courtios C.A (2004) Complex Trauma, Complex Reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41: 412-425.

Courtios C.A., Ford, J.D., Van de Kolk B.A., y Herman J.L (2009) *Treating Complex Traumatic Stress Disorders (Adults): An Evidence-Based Guide*. Nueva York: Guilford.

- Culbertson, W.C. y Zillmer, E.A. (2005) *Tower of London – Drexel University, 2nd Edition. TOLdx. Toronto: MHS, Multi-Health Systems*
- D' Andrea W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., y van der Kolk, B.A. (2012). Understanding Interpersonal Trauma in Children: Why We Need a Developmentally Appropriate Trauma Diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82 (2) 187–200.
- Daining, C. y DePanfilis, D. (2007). Resilience of Routh in transition from out-of-home care to adulthood. *Children and Youth Services Review*, 29: 1158-1178.
- Daigneault, I., He´bert, M., & Tourigny, M. (2006). Attributions and coping in sexually abused adolescents referred for group treatment. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15 (3) 35–59.
- Davis, M.H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10 (85) 1-17.
- Davis, M.H. (1983). Measuring individual Differences in Empathy: Evidence for a Multidimensional Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1) 113-126.
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Shifflett, H., Iyengar, S., Beers, S.R., Hall, J., & Moritz, G. (2002). Brain structures in pediatric maltreatment- related posttraumatic stress disorder: A sociodemographically matched study. *Biological Psychiatry*, 52: 1066–1078.
- De Jong, K., van der Kam, S., Swarthout, T., Ford, N., Mills, C., Yun, O. y Kleber, R.J. (2011). Exposure to Violence and PTSD Symptoms Among Somali Women. *Journal of Traumatic Stress*, 24 (6) 628–634.

Del Barrio, V (1997) *Depresión Infantil. Concepto, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ariel.

Del Barrio, V (2000). *Trastornos depresivos*. En Gonzalez-Barrón,R (coord) *Psicopatología del niño y del adolescente.*, pp. 229-262. Madrid: Pirámide.

Del Barrio, V., Spielberger, C.D., y Aluja, A. (2005) *Inventario de Expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes, STAXI-NA*. Madrid: TEA Ediciones.

De Zulueta F (2008). *Developmental trauma in adults: a response to Bessel van de Kolk*. En Benamen S., White K. (Coord.) *Trauma and Attachment*. 61-63. London: Karnac Books.

De Zulueta F (2006 a) The treatment of PTSD from attachment perspective. *Journal of Family Therapy*, 28: 334-351.

De Zulueta F (2006 b) Inducing traumatic attachments in adults with a history of child abuse: forensic applications. *British Journal of Forensic Practice*, 8: 4-15.

Echeburúa, E., Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.

Echeburúa E., y Corral P. (2009) *Trastorno de Estrés Postraumático*. En Benlloch A., Sandin B., y Ramos F: (Coord.) *Manual de Psicopatología Volumen II*. pp. 137-148. Madrid: McGraw Hill

Edleson J. y Eisikovits Z. (1998) *Violencia doméstica: La mujer golpeada*. Argentina: Granica.

- Egeland, B., Sroufe, L.A., y Erikson, H. (1993). The developmental consequences of different patterns of maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 7: 459-469.
- Elmer, E., y Martin, J. (1987) Adult outcome of childhood abuse. Trabajo presentado en la tercera National Family Violence Research Conference, Durham, NH.
- Emerson, R y Dorbash, R.P. (1987). The response of the British and American Women's Movement to Violence Against Women. En J. Hanner y M. Maynard, Women, Violence and Social Control. *Explorations in Sociology* 169-179. Brithis Sociological Asociation: London: MacMillan.
- Evans, S. E., Davies, C., & DiLillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior*, 13: 131-140.
- Eysenck H.J y Eysenck S.B.G (2004) 11º Edición *EPQ: Cuestionario de personalidad para niños (EPQ-J) y Adultos (EPQ-A)*. Madrid: Ediciones TEA
- Farnós de los Santos, T., Sanmartín Esplugues, J (2005) *Menores Víctimas de violencia de género*. En Ezpeleta Ascaso, L. (coord.), Factores de riesgo es psicopatología del desarrollo, pp. 257-290. Barcelona: Masson
- Félix, V. (2005) Perspectivas recientes en la Evaluación Neuropsicológica y Comportamental del Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad. *Revista electrónica de Investigación Psicoeducativa*. 3 (7).
- Finkelhor D. (1999) *Victimología Infantil*. En Sanmartín J (eds.) *Violencia contra los niños*. Ariel, Centro Reina Sofia para el estudio de la Violencia. 147-171.

- Foa E, Johnson K.M, Feeny N.C, y Treadwell, K.R. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30: 376-384.
- Foa E.B., Keane T.M., y Friedman M.T. (2003) *Tratamiento del Estrés Postraumático*. Barcelona: Ariel
- Fonagy, P. (1999) Persistencias transgeneracionales del apego: Una nueva teoría. *Apertura psicoanalítica*, (3).
- Ford, J.D (1999) Disorders of extreme stress following war-zone military trauma: Associated features of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndrome? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67: 3-12.
- Ford, J.D Ford, J. D. (2005). Treatment implications of altered neurobiology, affect regulation and information processing following child maltreatment. *Psychiatric Annals*, 35: 410–419.
- Ford, J.D., Courtois, C.A., Steele, K., van der Hart, O. y Nijenhuis, E.R.S. (2005) Treatment of Complex Posttraumatic Self-Dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5) 437–447.
- Ford, J. D., Hartman, J. K., Hawke, J., & Chapman, J. C. (2008). Traumatic victimization posttraumatic stress disorder, suicidal ideation and substance abuse risk among juvenile justice-involved youths. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 1: 75–92.
- Garaigordobil, M y García de Galdeano, P (2006). Empatía en niños de 10 a 12 años. *Psicothema*. 18 (2) 180-186.

- García Fuster, Enrique. (2002). *Las víctimas invisibles de la violencia familiar. El extraño iceberg de la violencia doméstica*. Ed. Paidós.
- García Torres (2001) GARLEY, CAG. *Cuestionario de Autoconcepto (Versión 1.0)*. Madrid: Editorial EOS.
- Giménez-Prado, J; Pérez-Arjona, E; Dujovny, M y Díaz F.G (2007). *Secuelas neurológicas del maltrato infantil. Revisión bibliográfica*. State University. Detroit (MI). USA. *Revista de Neurocirugía*, 18: 95-100.
- Goodman, M. (2012) Complex PTSD is on the Trauma Spectrum: Comment on Resick et al. (2012). *Journal of Traumatic Stress* Vol. 25 (3) 254–255.
- Graham-Bermann, S.A., Castor, L.E., Miller, L.E., y and Howell, K.H. (2012) The Impact of Intimate Partner Violence and Additional Traumatic Events on Trauma Symptoms and PTSD in Preschool-Aged Children. *Journal of Traumatic Stress*, 25 (4) 393–400.
- Guerra, L.R. (2012) Acción Terapéutica y Cambio. Nuevos Conceptos en Psicoterapia Psicoanalítica para el siglo XXI. *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (3) 528-547.
- Guevara-Ortiz, N.G. (2012) *Influencia del maltrato en la formación de rasgos predominantes de personalidad en niños de 6 a 12 años que acuden al Centro de Protección de Derechos del INFA “Puyo” En el periodo de agosto diciembre del 2009*. Trabajo final de grado dirigido por Dr. Marco Albán. Universidad Técnica de Ambato. Facultad de ciencias de la Salud. Carrera de Psicología Clínica.

- Haskett, ME., Nears, K., Sabourin, C., y McPherson, A. (2006) Diversity in adjustment of maltreated children: Factors associated with resilient functioning. *Clinical Psychology Review*, 26: 796-812.
- Heaton, R., Chelune, G., Talley, J., Kay, G., Curtiss, G., (1993), Wisconsin Card Sorting Test. Adaptado al español por Cruz López, M.V (2001) *Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin, 2ª Edición*. Madrid: TEA Ediciones
- Herman, J.L., Perry, J.C y Van de Kolk, B.A (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146: 490-495.
- Herman, J. L. (1992 (a)). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Herman, J. L. (1992 (b)). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5 (3) 377-391.
- Holden, G. W (2003) Children Exposed to Domestic Violence and Child Abuse: Terminology and Taxonomy. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6 (3) 151-160.
- Horno, J -Coord.- (2006) Atención a los niños y niñas víctimas de la violencia de género. Análisis de la atención a los hijos e hijas de las mujeres víctimas de violencia de género en el sistema de protección a la mujer. *Madrid: Save the Children*.
- Jaffee, S.R., Caspi, A., Moffitt, T.E., Polo-Tomas, M. y Taylor, A. (2007) Individual, family and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: Accumulative stressors model. *Child Abuse Negl*, 31 (3) 231-253.

- Kaplan, H. (1999). *Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models*. In M. Glantz & J. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations*. pp. 17–83. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Kaufman, J., y Zigler, E. (1987). Do abused children become abusive parents? *American Journal of Orthopsychiatry*, 57: 186-192.
- Kessler R., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., y Nelson, C. (1995) Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52: 1048-1060.
- Kilpatrick, D.G., (2005) A Special Section on Complex Trauma and a Few Thoughts About the Need for More Rigorous Research on Treatment Efficacy, Effectiveness, and Safety. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5) 379–384.
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2006). Longitudinal trajectories of self-system processes and depressive symptoms among maltreated and nonmaltreated children. *Child Development*, 77: 624–639.
- Kimberly, A. (2008) Children's Responses to Interparental Conflict: A Meta-Analysis of Their Associations With Child Adjustment. *Article first published online: 18 NOV 2008*.
- Kinniburgh, K.J., Blaustein, M., Spinazzola, J., van der Kolk, B.A. (2005) Attachment, Self-Regulation, and Competency. *Psychiatric Annals*, 35 (5) 424-430.
- Krug, E.G., Mercy, J., Dahlberg, L y Zwi, A (2002) El informe mundial sobre la violencia y la salud. *Revista Biomédica*, 22 (2) 327-336.

- Lázaro, S. (2009) Resiliencia en niños y adolescentes: revisión teórica e implicaciones para la intervención psicoeducativa en situación de maltrato familiar. *Estudios de Psicología*, 30 (1) 89-104.
- Lázaro, S. y López, F (2010) Continuidad de los efectos del maltrato durante la infancia en adolescentes acogidos en los centros de protección. *Infancia y Aprendizaje*, 33 (2) 255-268.
- Leeb RT, Paulozzi L, Melanson C, Simon T, Arias I.(2008) *Child Maltreatment Surveillance: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements, Version 1.0*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- LEY ORGÁNICA 1/2004 de 28 de diciembre de *Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*.
- López-Soler, C. (2008) Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El Trauma Complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 (3) 159-174.
- Luxenberg, T., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: Assessment [Electronic version]. *Directions in Psychiatry*, 21 (25) 373-392.
- Luxenberg, T., Spinazzola, J., Hidalgo, J., Hunt, C., & van der Kolk, B. A. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) part two: Treatment [Electronic version]. *Directions in Psychiatry*, 21 (26) 395-414.

- Main, M., y Georges, C. (1985). Responses of abused and disadvantaged toddlers to distress in agemates: a study in the daycare setting. *Developmental Psychology*, 21: 407-412.
- Mancieaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. y Cyrulnik, B. (2003). *La resiliencia: estado de la cuestión*. En M. Manciau (Ed.), *La resiliencia: resistir y rehacerse*, 17-27. Barcelona: Gedisa.
- Martinez-Torteya C., Bogat G.A., Von Eye A. y Levensky A.A (2009) Resilience Among Children Exposed to Domestic Violence: The Role of Risk and Protective Factors. *Child Development*, 80 (2) 562-577.
- Masten A.S., y Reed M.G. (2002) Resilience in development. En C. R. Snyder & S. J. López (Eds.), *Handbook of positive psychology*, 74-88. Nueva York: Oxford University Press.
- McGloin, JM., y Spatz, C (2001) Resilience among abused and neglected children brown up. *Development and Psychopathology*, 13: 1021-1038.
- Mesa-Gresa, P y Moya-Albiol, L. (2010) Neurobiología del maltrato infantil: el “ciclo de la violencia”. *Revista de Neurología*, 51.
- Mestre Escrivá, V., Frías Navarro, MD., y Samper García, P (2004) La medida de empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16 (2) 255-260.
- Moya, L (2011) La violencia: la otra cara de la empatía. *Mente y cerebro*, 47: 14-23.
- Olaya, P., Tarragona, M.J., de la Osa, N. y Ezpeleta, L. (2008) Protocolo de Evaluación de niños y adolescentes víctimas de violencia doméstica. *Papeles del Psicólogo*, 29 (1) 123-135.

Osofsky, J.D. (1995) Children who witness Domestic Violence: The invisible victims. *Social Policy Report. Society for Research in Child Development*, 9 (3).

Osofsky, J. (1999) The impact of violence on Children. *The Future of Children DOMESTIC VIOLENCE AND CHILDREN*, 9 (3) 33-49.

Patró Hernández, R. y Limiñana Gras, RM. (2005) Víctimas de Violencia Familiar, Consecuencias Psicológicas en Hijos de Mujeres Maltratadas. *Anales de Psicología*, 21 (1) 11-17.

Patró Hernández, R., Corbalán Berná, FJ y Limiñana Gras, RM (2007) Depresión en mujeres maltratadas: relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales de psicología*, 23 (1) 118-124.

Pedreira Massa JL. (2003) *La infancia en la familia con violencia: Factores de riesgo y contenidos psicopatológicos*, 7 (4).

Pearlman, L. (1998). Trauma and the self: A theoretical and clinical perspective. *Journal of Emotional Abuse*, 1 (3) 7-25.

Pearlman, L. A., & Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5) 449-459.

Pearlman, L.A (2001). *The treatment of persons with complex PTSD and other trauma-related disruptions of the self*. En J.P. Wilson, M. Friedman, y J. Lindy (Eds.) *Treating psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.

- Pelcovitz, D., Van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10 (1) 3–16.
- Pérez de Albeniz, A., de Paúl, J., Exteberría, J., Montes. MP., y Torres, E. (2003) Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*, 15 (2) 267-272.
- Pérez de Albeniz Iturriaga, A (2006) *Empatía y riesgo para el maltrato infantil. Tesis Doctoral*. Universidad del País Vasco. ISBN 978-84-693-5260-1.
- Peters, R. S. (1984). *Desarrollo moral y educación moral*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Pino, M. J y Herruzo, J (2000). Consecuencias de los malos tratos sobre el desarrollo psicológico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32 (2) 253-275. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá, Colombia.
- Porter, C., Lawson, J. S., & Bigler, E. D. (2005). Neurobehavioral sequelae of child sexual abuse. *Child Neuropsychology*, 11: 203–220.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexualabuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42: 269–278.
- Resick, P.A., Bovin, M.J., Calloway, A.L. Dick, A.M., King, M.W., Mitchell, K.S. Suvak, M.K., Wells, S.Y, Stirman, S.W., y Wolf, E.J (2012) A Critical Evaluation of the Complex PTSD Literature: Implications for *DSM-5*. *Journal of Traumatic Stress*, 25 (3) 241–251.

- Richaud de Minzi M.C. (2008) Evaluación de la empatía en población infantil Argentina. *Revista de investigación en psicología.*, 11 (1) 101-116.
- Rieder, C., & Cicchetti, D. (1989). Organizational perspective on cognitive control functioning and cognitive-affective balance in maltreated children. *Developmental Psychology*, 25: 382–393.
- Riera, R. (2011) *La conexión emocional. Cómo se forma nuestra manera espontánea y no voluntaria de reaccionar emocionalmente, cómo podemos cambiar esta forma automática de emocionarnos y cuál es el papel de la conexión emocional en estos procesos*. Barcelona: Octaedro.
- Riera, R. (2010) Sección especial: el cambio psíquico. Una breve introducción a las aportaciones del grupo de Boston. *Clínica e Investigación Relacional*, 4 (2) 315-320.
- Rosa-Alcázar, A.I., Sánchez-Meca, J. y López-Soler, C. (2010) Tratamiento psicológico del maltrato físico y negligencia en niños y adolescentes: un meta-análisis. *Psicothema*, 22 (4) 627-633.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., Van de Kolk, B.A., y Mandel, E.S. (1997) Complez 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.
- Rutten, M. (2007) Resilience, competence and coping. *Child Abuse and Neglect*, 31: 205-209.
- Sauceda Garcia, J M (2002) *La salud mental y la violencia familiar dirigida al menor*. *Revista de Gaceta Médica de México*, 138 (2) 164-168.

- Sanmartin Esplugues, J (285009) *Violencia contra niños*. En Etxeberria Balerdi, F. (Coord.) Educación y menores en riesgo, 135-164. Sello editorial.
- Salas Bahamón L.M (2005) Trasmisión intergeneracional de la Violencia intrafamiliar. Evidencia para las familias Colombianas. (47). Edición electrónica.
- Save the Children (2006). *Atención a los Niños y Niñas Víctimas de Violencia de Género. Análisis de la atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género en el sistema de protección a la mujer*. Madrid: Save the Children España.
- Save the Children (2008) *Manual de atención a niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar*. Madrid: Save the Children España.
- Save the Children (2011) *Atención a los Niños y Niñas Víctimas de Violencia de Género. En la violencia de género no hay una sola víctima*. Save the Children España.
- Sepúlveda García de la Torre, A (2006) La violencia de género como causa de maltrato infantil. *Cuaderno de Medicina Forense*, 12 (43-44) 149-164.
- Seligman, M.E.P. (1983). *Indefensión*. Madrid: Editorial Debate.
- Silvern, L. y Kaersvang, L. (1989). The traumatized children of violent marriages. *Child Welfare*, 68: 421-436.
- Slachevsky, A., Pérez, C., Silva, J., Orellana, G., Prenafeta, M.L., Alegria, P. y Peña, M. (2005) Córtex Prefrontal y trastornos del comportamiento: Modelos explicativos y métodos de evaluación. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 43 (2) 109-121.

- Soprano, A.M. (2003) Evaluación de las funciones ejecutivas en niños. *Revista de Neurología*, 37 (1) 44-50.
- Spinazzola J., Blaustein M. y Van de Kolk, B.A (2005) Posttraumatic Stress Disorder Treatment Outcome Research: The Study of Unrepresentative Sample? *Jornal of Traumatic Stress*, 18 (5) 425-436.
- Spinazzola, J., Ford, J. D., Zucker, M., van der Kolk, B. A., Silva, S., Smith, S. F., & Blaustein, M. (2005). Survey evaluates complex trauma exposure, outcome, and intervention among children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35: 433–439.
- Spitzer, R., Kaplan, S., y Pelcovitz, D. (1989) Victimitation disorder: A needed addition to DSM-IV. Proceeding of the 142nd Annual Meeting of the American Psychiatric Association Summary, 14: 234.
- Stern, D. N., Sander, L.W., Nahum, J.P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschiweilerstern, N & Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in Psychoanalytic Therapy: The “Something More“ Than interpretation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 79: 903-921
- Stolorow R. D. (2012) De la Mente al Mundo, de la Pulsión al Afecto: Una perspectiva Fenomenológico-contextual en Psicoanálisis. *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (3) 381-395.
- Straus MA., y Gelles RJ (1979) Violence in the American Family. *Journal of Social Issues*, 35 (2) 15-39.

- Straus MA., y Gelles RJ (1986) Societal change and change in Family Violence from 1975 to 1985 as Revealed by Two National Surveys. *Journal of Marriage and Family*, 48: 465-479.
- Touza Garma, C. (1996) *Consecuencias del maltrato y abandono en el desarrollo socio-emocional de niños y adolescentes institucionalizados*. Tesis Doctotal dirigida por: Díaz- Aguado Jalón, M.J. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología; Departamento de Psicología Evolutiva y Educación.
- Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010a). The effects of adolescent victimization on self-concept and depressive symptoms. *Child Maltreatment*, 15: 76–90.
- UNICEF (2006) *Venid closed doors. The impact of domestic violence on children. Editorial Unicef. Nueva York/Londres.*
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., y Steele, K. (2005) Dissociation: An Insufficiently Recognized Major Feature of Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5) 413-423.
- Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., & Herman, J. (1996). Dissociation, affect dysregulation and somatization: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal Psychiatry*, 153: 83-93.
- Van der Kolk, B. A. (2002). Beyond the talking cure: Somatic experience and subcortical imprints in the treatment of trauma. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*, pp.57-83. Washington, DC: American Psychological Association.

- Van de Kolk, B.A (2003) The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Clinics of North America*, Vol. 12 (2): pp. 293-317.
- Van de kolk, B.A. y Courtois, C.A (2005) Editorial Comments: Complex Developmental Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5) 385–388.
- Van de Kolk, B., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., y Spinazzola, J. (2005) Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of Complex Adaptation to Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5) 389-399.
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35: 401–408.
- Van de Kolk, B. (2008) *The John Bowbly Memorial Lecture 2006. Developmental Trauma Disorder: A new, rational diagnosis for children with complex trauma histories*. En Benamen S., White K. (Coord.) *Trauma and Attachment*. pp. 45-60. London: Karnac Books
- Villanueva, L., Górriz, A., y Cuervo, K. (2009) Cuando el menor es víctima de la violencia. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 12 (32-33).
- Weiss, D.S. (2012) Introduction to the Special Feature on Complex PTSD *Journal of Traumatic Stress*, 25 (3) 239–240.
- Wolfe, D.A (1995) Child abusive parent: An empirical review and analysis. *Psychological Bulletin*, 97: 462-482.

Wolfe D.A., Crooks C.V., Lee V., Alexandra McIntyre-Smith, A. y Jaffe, P. (2003) The Effects of Children's Exposure to Domestic Violence: A Meta-Analysis and Critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6 (3) 171-187.

Zelaya de Migliorisi, L., González, E. y Piris de Almirón, L. (2009) Maltrato Infantil: Experiencia Multidisciplinar Unidad de Salud Mental Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Nú". *Revista de Pediatría, (Asunción)*, 36 (3) 190-194.

V. ANEXO

NOMBRE: _____ FECHA ACTUAL: ___/___/_____

EDAD: _____ CURSO ESCOLAR: _____ FECHA de NACIMIENTO: ___/___/_____

A continuación presentamos una serie de afirmaciones sobre la familia y cada uno de sus miembros. Deberá marcar una cruz (X) sobre la graduación que mejor se aplique en tu caso.

No existen respuestas correctas o incorrectas, por lo que te animamos a que no pienses demasiado las respuestas, solo marca aquello que creas que mejor te describen a ti y a tu familia. Por favor, contesta con sinceridad.

	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>Bastante</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Siempre</i>
1. Me siento respetado por mis padres					
2. En mi casa siempre se dialoga todo					
3. Mi padre suele escuchar las opiniones de mi madre					
4. Me siento a gusto en mi casa					
5. Mis padres se respetan mutuamente					
6. A veces hay empujones entre mis padres cuando discuten					
7. Creo que mis padres son una pareja ejemplar					
8. Mi madre llora frecuentemente					
9. Mis padres se respetan el uno al otro					
10. Mi madre no suele opinar, las decisiones importantes siempre las toma mi padre					
11. Es normal escuchar gritos en mi casa					
12. Alguna vez me han pegado mi padres					
13. Cuando mis padres discuten, se insultan mutuamente muy fuerte					
14. Generalmente es mi padre quien insulta y le falta el respeto a mi madre					
15. Creo que mi madre es muy impulsiva					
16. Creo que mi padre es muy impulsivo					
17. Prefiero estar en la calle que en mi casa					
18. Alguna vez he pensado en marcharme de casa					
19. Mi padre se pone nervioso muy fácilmente					
20. Mi madre se pone nerviosa muy fácilmente					
21. Mi padre suele dar portazos y romper cosas cuando se enfada					
22. En alguna ocasión mi padre a pegado a mi madre					
23. Creo que mis padres no deberían estar juntos					
24. A veces he sentido miedo de estar en casa					
25. Mi madre esta triste la mayor parte del tiempo					
26. Cuando era pequeño/a escuchaba sus discusiones temeroso					
27. Mis padres discuten frecuentemente					
28. Siento que en mi familia falta comunicación					
29. Mis padres se llevan muy bien entre ellos					
30. Mi padre es muy autoritario					
31. Me gusta mi familia tal y como es					