



**Universitat Autònoma  
de Barcelona**

Programa de Doctorado de Psicopatología de Niños,  
Adolescentes y Adultos

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud

## TESIS DOCTORAL

Historia de victimización materna y su impacto sobre  
la salud mental de los menores en entornos  
de violencia de pareja

Presentada por:

Maria Jesús Tarragona Oriols

Dirigida por:

Dra. Lourdes Ezpeleta Ascaso

Bellaterra, 2016



**Universitat Autònoma  
de Barcelona**

Programa de Doctorado de Psicopatología de Niños,  
Adolescentes y Adultos

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud

TESIS DOCTORAL

Historia de victimización materna y su impacto sobre  
la salud mental de los menores en entornos  
de violencia de pareja

Presentada por: M<sup>a</sup> Jesús Tarragona Oriols

Dirigida por: Dra. Lourdes Ezpeleta Ascaso

Bellaterra, 2016



*“La felicidad para mi consiste en gozar de buena salud,  
en dormir sin miedo y despertarme sin angustia”.*

*(Françoise Sagan)*

*A mis padres por su amor y consejos.*

*A Xavi por tantas muestras de cariño, paciencia, y confianza.*



## AGRADECIMIENTOS

---

Quisiera poder plasmar aquí mis agradecimientos a todas aquellas personas que han hecho que la realización de esta investigación haya sido posible.

En primer lugar, quiero agradecer a la Doctora Lourdes Ezpeleta, su confianza por haber iniciado conmigo este proyecto de investigación de menores expuestos a situaciones de victimización en el ámbito de la relación de pareja (IPV). Sin su ayuda, no hubiera podido llevar a cabo el presente estudio. Gracias por compartir ideas y conocimientos, y también por permitirme aprender más sobre este tema. Pero sobre todo, gracias por nuestra amistad.

A la Dra. Eva Penelo, a quien tuve la suerte de conocer gracias a la Dra. Lourdes Ezpeleta, deseo agradecerle, su tiempo y su ayuda en el análisis de los resultados de esta investigación, y su accesibilidad y amabilidad en todo momento.

A mis compañeras de trabajo en la “Regidoria de Polítiques de Gènere” del Ayuntamiento de Terrassa (Barcelona), que me animaron en esta nueva trayectoria de aprendizaje.

A toda mi familia, pareja, y amistades, por su apoyo y palabras de aliento en todo momento.

Finalmente, y de forma muy especial, gracias a todas aquellas mujeres supervivientes que con sus hijos e hijas han contribuido a que este trabajo se haya llevado a cabo, y que luchan día a día por salir de situaciones de violencia en el ámbito de la pareja, vivir sin angústia, y por poder ser felices.



## TABLA DE CONTENIDOS

---

<i>RESUMEN</i> .....	15
<i>SUMMARY</i> .....	17
<i>INTRODUCCIÓN</i> .....	19

---

### *PARTE I - MARCO TEÓRICO*.....25

#### *CAPÍTULO 1- LA VICTIMIZACIÓN EN LA INFANCIA*.....27

1. CONCEPTO, TIPOLOGÍAS Y ETIOLOGÍA .....	29
1.1. Concepto de victimización infantil y tipología de Finkelhor. ....	29
1.2. Etiología de las victimizaciones infantiles. ....	31
1.3. Factores de riesgo y factores de protección para el maltrato infantil .....	34
2. PREVALENCIA DEL MALTRATO INFANTIL .....	40
2.1. Estimaciones de prevalencia del maltrato infantil en E.E.U.U y en Europa.....	40
2.2. Prevalencia de maltrato infantil en España.....	43
3. EFECTOS ADVERSOS DE LA VICTIMIZACIÓN AGUDA EN LA INFANCIA.....	46
3.1. Efectos adversos del maltrato en la infancia a corto y largo plazo.....	46
3.2. Revisión de los efectos adversos del maltrato infantil en la edad adulta.....	47
3.2.1. Problemas de salud física.....	47
3.2.2. Problemas de salud mental .....	49
3.2.3. Revictimización.....	53
3.2.4. Actos violentos y actividades delictivas. ....	56
3.2.5. La transmisión intergeneracional de la violencia.....	56

#### *CAPÍTULO 2- LA IPV*.....61

1. CONCEPTO Y TIPOS DE IPV.....	63
1.1. Concepto de IPV .....	63
1.2. Tipos de IPV.....	64
2. PREVALENCIA DE LA IPV.....	67

3.	CAUSAS DE LA IPV.....	71
4.	FACTORES DE RIESGO DE LA IPV.....	75
5.	LA DINÁMICA DE LA IPV.....	77
6.	PERMANENCIA EN LAS RELACIONES DE PAREJA CON IPV.....	79
7.	EFFECTOS DE LA IPV SOBRE LA SALUD.....	85
	7.1. Consecuencias en la salud física.....	87
	7.2. Consecuencias en la salud mental.....	88
	7.2.1. TEPT.....	89
	7.2.2. Efectos sobre la depresión.....	92
	7.2.3. Otros Trastornos de Ansiedad.....	95
	7.2.4. Efectos sobre la autoestima.....	95
	7.2.5. Cogniciones Postraumáticas.....	96
	7.2.6. Déficit en solución de problemas.....	97
	7.2.8. Suicidio o ideación suicida.....	97
	7.2.9. Problemas de adaptación.....	98
	7.2.10. Síndrome de la Mujer Maltratada.....	98
8.	EFFECTOS DE IPV SOBRE EL EJERCICIO DE LA MARENTALIDAD.....	100

### ***CAPÍTULO 3- LA EXPOSICIÓN DE MENORES A IPV..... 103***

1.	MENORES EXPUESTOS A IPV.....	105
2.	PREVALENCIA DE LA EXPOSICIÓN A IPV EN MENORES.....	107
3.	CONSECUENCIAS DE IPV EN LA SALUD DE LOS HIJOS E HIJAS.....	111
4.	FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS EFECTOS DE LA EXPOSICIÓN A IPV.....	116
	4.1. La edad.....	117
	4.2. El género.....	118
	4.3. La etnia.....	120
	4.4. Otros factores individuales.....	120
	4.5. El nivel socioeconómico.....	121
	4.6. La coocurrencia de otras experiencias adversas.....	122
	4.7. La influencia de la familia.....	124
	4.8. La crianza positiva.....	125
	4.9. La historia de victimización de las madres.....	126
	4.10. La depresión materna y la salud mental de la madre.....	127
	4.11. El abuso de sustancias psicoactivas por parte de los padres.....	128
	4.12. La influencia de una red social positiva.....	128

<b>PARTE II - ESTUDIO DE CAMPO .....</b>	<b>131</b>
1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS .....	133
1.1. Objetivos .....	133
1.2. Hipótesis.....	134
2. MÉTODO.....	135
2.1. Participantes .....	135
2.2. Instrumentos .....	138
2.3. Procedimiento.....	143
2.4. Análisis estadístico .....	144
3. RESULTADOS .....	147
3.1. Madres.....	147
3.1.1. Resultados descriptivos de las variables de estudio .....	147
3.1.2. Comparaciones en las puntuaciones de depresión entre los distintos grupos de victimización materna .....	149
3.1.4. Efecto conjunto de las variables sociodemográficas maternas y la gravedad y duración de IPV .....	153
3.1.5. Síntesis de los resultados de las madres .....	155
3.2. Hijos e hijas.....	158
3.2.1. Resultados descriptivos de las variables de estudio.....	158
3.2.2. Comparación de la psicopatología infanto-juvenil según los tipos de victimizaciones maternas .....	159
3.2.3. Efecto conjunto de la gravedad, duración y tipo de victimización, la depresión materna y la psicopatología de los hijos .....	166
3.2.4. Síntesis de resultados de los menores.....	170
4. DISCUSIÓN .....	173
4.1. Implicaciones de la investigación.....	183
4.2. Limitaciones del estudio.....	186
5. CONCLUSIONES .....	189
6. REFERENCIAS .....	193



## INDICE DE TABLAS

---

<b>Tabla 1.</b>	Factores de riesgo para el maltrato infantil.....	37
<b>Tabla 2.</b>	Factores de protección para el maltrato infantil.....	39
<b>Tabla 3.</b>	Encuestas Nacionales de exposición de menores a violencia .....	41
<b>Tabla 4.</b>	Prevalencia (%) de los distintos tipos de maltrato por sexo y edad .....	44
<b>Tabla 5.</b>	Consecuencias a corto y largo plazo del maltrato en menores.....	47
<b>Tabla 6.</b>	Conductas de maltrato psicológico .....	66
<b>Tabla 7.</b>	Factores de riesgo para IPV .....	75
<b>Tabla 8.</b>	Consecuencias de IPV en la salud de las mujeres.....	86
<b>Tabla 9.</b>	Consecuencias de IPV en la salud de las hijas e hijos .....	113
<b>Tabla 10.</b>	Características sociodemográficas de las madres .....	137
<b>Tabla 11.</b>	Características sociodemográficas de los y las menores.....	138
<b>Tabla 12.</b>	Grupos en función de distintos tipos de victimización materna.....	147
<b>Tabla 13.</b>	Valores descriptivos de las variables de victimización y depresión materna ( $N = 84$ ) .....	148
<b>Tabla 14.</b>	Depresión materna en función del subtipo de victimización materna en la infancia (ETI) .....	149
<b>Tabla 15.</b>	Depresión materna en función del tipo de victimización materna en la infancia y en la edad adulta (ETI e ISA) .....	149
<b>Tabla 16.</b>	Variables sociodemográficas de las madres según el subtipo de victimización materna en infancia (ETI).....	151
<b>Tabla 17.</b>	Variables sociodemográficas en madres según la historia de victimización materna total.....	153
<b>Tabla 18.</b>	Asociación entre variables sociodemográficas y victimización adulta y gravedad de la IPV de tipo físico y psicológico (ISA) .....	154
<b>Tabla 19.</b>	Asociación entre variables sociodemográficas, victimización adulta y la duración IPV.....	155
<b>Tabla 20.</b>	Medias y desviaciones de las escalas del CBCL (puntuaciones T).....	158
<b>Tabla 21.</b>	Psicopatología de los hijos con presencia/ausencia de victimización materna en la infancia-adolescencia (ETI).....	159
<b>Tabla 22.</b>	Psicopatología de los hijos con presencia/ausencia de victimización de la madre durante la infancia-adolescencia de tipo físico (ETI) .....	160
<b>Tabla 23.</b>	Psicopatología de los hijos con presencia/ausencia de victimización de la madre durante la infancia-adolescencia de tipo emocional (ETI).....	160
<b>Tabla 24.</b>	Psicopatología de los hijos con presencia/ausencia de victimización de la madre durante la infancia-adolescencia de tipo sexual (ETI) .....	161
<b>Tabla 25.</b>	Psicopatología de los hijos con presencia/ausencia de diferentes tipos de victimización materna en la infancia-adolescencia (ETI).....	162
<b>Tabla 26.</b>	Psicopatología de los hijos con presencia/ausencia de historia de victimización materna de tipo físico en la pareja (ISA-P).....	163
<b>Tabla 27.</b>	Psicopatología de los hijos con presencia/ausencia de historia de victimización materna de tipo psicológico en la pareja (ISA-NP) .....	164
<b>Tabla 28.</b>	Psicopatología de los hijos con presencia/ausencia de historia de victimización materna de tipo psicológico y físico en la pareja (ISA-total) .....	164
<b>Tabla 29.</b>	Psicopatología de los hijos con presencia/ausencia de historia de victimización materna acumulada en la infancia-adolescencia y en la adultez (ETI e ISA).....	165
<b>Tabla 30.</b>	Problemas psicopatológicos en menores por tipo de victimización materna.....	166
<b>Tabla 31.</b>	Problemas psicopatológicos en menores por tipo de victimización y depresión materna.....	169



## LISTA DE ABREVIATURAS QUE APARECEN EN EL TEXTO

---

<b>ADIMA:</b>	Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato.
<b>ADN:</b>	Ácido desoxirribonucleico
<b>BDI-II:</b>	Inventario de Depresión de Beck- segunda edición.
<b>CBCL:</b>	El Cuestionario Child Behavior Checklist de Achenbach.
<b>CE:</b>	Comunidad europea.
<b>CES-D:</b>	Siglas en inglés de Center for Epidemiologic Studies Depression Scale o Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos.
<b>CIS:</b>	Centro de Investigaciones Sociológicas.
<b>CSMIJ:</b>	Centro de Salud Mental Infantojuveniles.
<b>CTS:</b>	Escala de Tácticas de conflicto.
<b>DSM-IV:</b>	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en su cuarta edición).
<b>EEUU:</b>	Estados Unidos de América.
<b>ETI:</b>	Inventario de traumatización o victimización temprana de Bremner, Vermetten, y Mazure o Early Trauma Inventory Self Report-Short Form.
<b>IC:</b>	Intervalo de confianza en estadística.
<b>ICAN:</b>	Interagency council on child abuse and neglect o Consejo Interinstitucional sobre el maltrato de menores en Estados Unidos.
<b>IPV:</b>	Violencia en el ámbito de la pareja.
<b>INE:</b>	Instituto Nacional de Estadística.
<b>IRES:</b>	Instituto de Reinserción Social.
<b>ISA:</b>	Escala sobre el abuso de la pareja o Index of Spouse Abuse de Hudson y McIntosh.
<b>NatSCEV:</b>	Encuesta Nacional de la exposición de los/as niños/as a la violencia en Estados Unidos.
<b>NAWH:</b>	Siglas en inglés de la Asociación Nacional para la Salud de las Mujeres (National Association for Women's Health).
<b>NCADV:</b>	Coalición Nacional contra la Violencia Doméstica de Estados Unidos.
<b>NISVS:</b>	Encuesta Nacional sobre violencia sexual y de pareja en Estados Unidos.
<b>NSPCC:</b>	Siglas en inglés de la National Society for the Prevention of Cruelty to Children o Sociedad Nacional para la Prevención de la Crueldad contra los/as Niños/as en Estados Unidos.
<b>NVAWS:</b>	Encuesta Nacional de violencia contra la mujer, realizada en Estados Unidos.
<b>OMS:</b>	Organización Mundial de la Salud.
<b>ONU:</b>	Organización de las Naciones Unidas.
<b>PTSD:</b>	Post-traumatic Stress Disorder o Siglas en inglés del TEPT.
<b>SIAD:</b>	Servei d'Informació i Atenció a Dones o Servicio de Información y atención a mujeres.
<b>SES:</b>	Nivel socioeconómico
<b>SIDA:</b>	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
<b>SNC:</b>	Sistema nervioso central.
<b>SNS:</b>	Sistema Nacional de Salud.
<b>TBI:</b>	Lesiones cerebrales traumáticas.
<b>TEPT:</b>	Trastorno de estrés postraumático.
<b>UNESCO:</b>	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
<b>UNICEF:</b>	United Nations Children's Fund o Fondo de las Naciones Unidas para La Infancia.
<b>VIH:</b>	Virus de inmunodeficiencia humana.



## RESUMEN

---

**Antecedentes y objetivos.** La victimización en la infancia y en la adolescencia supone un factor de riesgo para la revictimización en la edad adulta. Además, en la última década, han empezado a aparecer estudios que asocian la historia de victimización materna con sintomatología depresiva, determinadas variables sociodemográficas y con peores resultados psicopatológicos de sus hijos. En este trabajo se estudia el perfil psicopatológico de los hijos y las hijas de mujeres con distintas historias de victimización en la infancia, adolescencia, y en la edad adulta en su relación de pareja.

**Método.** La muestra estuvo formada por 113 menores, de entre 6 y 17 años, hijos e hijas de 84 mujeres con distintas historias de victimización en la infancia, adolescencia y en la edad adulta en su relación de pareja en el último año asistidas en un servicio de psicología de un centro de atención a mujeres víctimas de violencia de género. Se utilizaron modelos GEE (ecuaciones de estimación generalizadas) para estudiar la relación conjunta de diferentes aspectos como variables demográficas, la historia de victimización materna, su duración y la depresión materna y el perfil psicopatológico de los menores.

**Resultados.** Las madres que han sufrido distintos tipos de victimización a lo largo de la vida no difieren entre sí en el grado de sintomatología depresiva, tienen un menor nivel educativo y permanecen menos tiempo en relación de pareja. En cuanto a los menores, mayores puntuaciones de maltrato psicológico en la pareja fue el principal factor de riesgo para la manifestación de más problemas interiorizados ( $B = 0.40$ ,  $p < 0.001$ ) y exteriorizados ( $B = 0.23$ ,  $p = 0.001$ ). Además los hijos e hijas de madres con historias de victimización general en la relación de pareja mostraron más problemas interiorizados de ansiedad/depresión y quejas somáticas ( $p \leq .042$ ) y problemas de pensamiento ( $p = .032$ ), mientras que mayores puntuaciones de depresión materna se asociaron con más problemas exteriorizados ( $p \leq .040$ ).

**Conclusiones.** La violencia psicológica en la pareja se asocia con diversos problemas interiorizados y exteriorizados de hijos e hijas, mientras que la depresión en las madres constituye un factor de riesgo de padecer problemas exteriorizados en sus hijos.

**Palabras Clave.** Menores expuestos a la violencia de pareja. Psicopatología. Victimización materna. Violencia en la pareja.



## SUMMARY

---

**Background and aims.** Victimization in childhood and adolescence is a risk factor for victimization in adulthood. Moreover, in the last decade, several studies have linked maternal history of victimization with depressive symptoms, certain sociodemographic and worst psychopathological outcomes of their children. In this work the psychopathological profile of siblings of women with different stories of victimization in childhood, adolescence, and adulthood in their intimate partner relationship is studied.

**Method.** The sample consisted of 113 children aged between 6 and 17 years, children of 84 women with different stories of victimization in childhood, adolescence and adulthood in their intimate partner relationship over the last year. Women were receiving psychological help in a public service for women victims of gender violence. GEE models (generalized estimating equations) were used to study the joint relationship of demographic variables, maternal history of victimization, maternal depression and psychopathological profile of children.

**Results.** Mothers who have suffered various types of victimization throughout life did not differ in the degree of depressive symptoms, were less educated and spent less time in the intimate partner relationship. As for children, higher scores of psychological abuse in the couple was the main risk factor for the manifestation of more internalizing problems ( $B = 0.40, p < 0.001$ ) and externalizing problems ( $B = 0.23, p = 0.001$ ). In addition, children of mothers with higher scores in global current victimization in the intimate partner relationship showed higher internalizing problems of anxiety/depression and somatic complaints ( $p \leq .042$ ) and thinking problems ( $p = .032$ ), whereas higher maternal's depression scores were associated with externalizing problems ( $p \leq .040$ ).

**Conclusions.** Intimate partner violence showing psychological abuse to the mother is associated with internalizing and externalizing problems in children, whereas depression in mothers is a risk factor for externalizing problems in children.

**Keywords.** Children exposed to intimate partner violence. Intimate partner violence. Maternal victimization. Psychopathology.



## INTRODUCCIÓN

---

En la actualidad la violencia contra las mujeres es reconocida internacionalmente como un grave problema social, que atenta contra los derechos a la vida, la seguridad, la libertad, la dignidad, la integridad física y psíquica, y que constituye no sólo la vulneración más extendida de los derechos humanos en el mundo (Hawkins y Humes, 2002), sino también un importante problema de salud pública (Blanco, Ruiz-Jarabo, García de Vinuesa y Martín-García, 2004; Koss y Hoffman, 2000; Krug, Mercy, Dahlberg y Zwi, 2002; Larizgoitia, 2006). Sin embargo, la invisibilización histórica de esta forma de violencia, acompañada de un proceso paralelo de naturalización de la misma, ha contribuido a dificultar su identificación, a la vez que ha permitido que se fuera implantando de forma silenciosa en las distintas culturas y que llegue a constituir un problema difícil de erradicar (Lorente, 2001).

En el reconocimiento de la violencia contra las mujeres como grave problema social, han tenido un papel fundamental, a nivel internacional, tanto la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 18 de diciembre de 1979, como las conferencias de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) de los años 1993 y 1995, en las que se trató y definió este problema. En ellas, la ONU declaró la violencia contra las mujeres como “*una violación de los derechos humanos*”, y estableció el carácter prioritario del problema. Fruto de esta declaración pública y siguiendo la línea marcada por este organismo, en el año 1995 se creó la Plataforma de Acción de Beijing, en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Dicha Plataforma apoyada por 189 países, mostró la consolidación de los avances hacia el reconocimiento de la violencia contra la mujer como relevante problema social que atenta contra la integridad y los derechos humanos de las mujeres.

A nivel europeo, el problema de la violencia contra la mujer fue considerado por primera vez por el Parlamento Europeo en 1984, con la creación de la Comisión de Derechos de la Mujer. Desde entonces, el Parlamento Europeo se ha ocupado del tema en numerosos informes, resoluciones, recomendaciones, y campañas encaminadas a la sensibilización y eliminación de las distintas formas de violencia contra las mujeres.

Asimismo, la violencia contra la mujer ha venido siendo abordada, igualmente, por el Consejo de Europa; el cual recientemente a través de sus Estados miembros consideró que era necesario un tratado legalmente vinculante sobre todas las formas de violencia ejercida contra las mujeres y de violencia doméstica. El Convenio de Estambul del Consejo de Europa, que entró en vigor en nuestro país en agosto de 2014, es el instrumento internacional más exhaustivo de carácter vinculante en el ámbito europeo en materia de violencia contra la mujer y la violencia doméstica, y es el tratado internacional de mayor alcance para hacer frente a esta grave violación de los derechos humanos, estableciendo una tolerancia cero con respecto a la violencia hacia la mujer. Además, este convenio establece el reconocimiento de que los y las menores que viven situaciones de violencia en su hogar, son víctimas directas de esa violencia; al igual que ya venía haciendo el Consejo de Europa, a través de la Resolución 1714 (2010), en donde se reconoció que estar expuesto a la violencia perpetrada contra la madre era una forma de abuso psicológico contra los y las menores, con consecuencias potencialmente muy graves.

En el Estado Español, en los últimos años, la violencia contra la mujer se ha convertido en una de las formas de violencia que más atención social e institucional ha recibido, debido tanto al impacto que ha producido en la sociedad, como a la realización de numerosos informes y estudios publicados por distintos organismos nacionales e internacionales destacando el aumento continuado de este tipo de violencia (Watts y Zimmerman, 2002). Y entre los avances que se han producido en el trabajo de erradicación de este grave problema social, habría que destacar la aprobación de diversas leyes, los planes de igualdad de oportunidades para las mujeres, la adopción de medidas dirigidas a combatir la violencia de género, y las medidas contempladas dentro de un marco general de lucha por la protección de las víctimas.

La Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre (B.O.E. núm. 313, de 29 de diciembre), de medidas de protección integral contra la violencia de género, supone un paso más en la lucha contra la violencia de género al tratar de aunar esfuerzos y otorgar a esta cuestión toda la relevancia que socialmente merece. Dicha Ley tiene por objeto actuar contra la violencia de género en cualquiera de sus formas (física, psicológica y sexual), estableciéndose medidas de protección integral con la finalidad de prevenir, sancionar y erradicar la violencia y prestar asistencia a las víctimas; y también establece, como

novedad, la consideración de violencia de género, la ejercida sobre las personas dependientes de una mujer cuando se agrede a las mismas con ánimo de causarles perjuicio. En este sentido, aquí quedarían por primera vez contemplados como víctimas de violencia de género los y las menores, hijos e hijas de mujeres víctimas de la violencia de género, que son también y a veces de forma directa, víctimas desprotegidas e instrumentalizadas por los agresores para agravar y ahondar en el padecimiento de sus madres.

A nivel de comunidad autónoma, la aprobación por unanimidad del Pleno del Parlamento de Cataluña, el 16 de abril de 2008, de la Ley del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista (Ley 5/2008, de 24 de abril) representó, en Cataluña, un hito de trascendencia histórica en el recorrido para erradicar la más resistente y grave de las situaciones que atentan contra la integridad, la seguridad y la libertad de las mujeres. Dicha ley afianza conceptos, garantiza los derechos, consolida los recursos y fija las pautas para la detección precoz, la atención integral, la recuperación y reparación de las mujeres y para prevenir la violencia machista en Cataluña.

Paralelamente a todo ello, durante la 49ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró la violencia contra las mujeres como una prioridad internacional para los servicios sanitarios, debido tanto a sus graves consecuencias en la salud (Krug, Mercy, Dahlber y Zwi, 2002), como al importante impacto económico que supone e instó a los Estados miembros a evaluar la dimensión del problema en su territorio.

El contexto en el que se sitúa con mayor frecuencia la violencia contra las mujeres es la familia, siendo la que proviene de la pareja actual o anterior la forma más común (OMS, 1998; Watts y Zimmerman, 2002).

La IPV no sólo genera problemas en el momento presente, sino que supone también un lastre en el futuro, ya que la violencia ejercida contra la mujer tiene unas repercusiones mucho mayores que el daño inmediato causado a la víctima. Como refleja el Estudio multipaís de la OMS (2005) sobre salud de la mujer y violencia contra la mujer, la violencia de género tiene consecuencias devastadoras en la salud física, psíquica y social de las mujeres que la experimentan, y un efecto traumático para los menores que la

presencian, en particular los niños y las niñas, víctimas invisibles de la violencia de género en este ámbito (Osofsky, 1995). Ser testigo, por parte de un o una menor, de cualquier incidente de violencia o de abuso (psicológico, físico, sexual, financiero o emocional) entre los adultos que son, o han sido parejas íntimas, o miembros de una familia, se define como una forma de maltrato infantil (Gilbert et al., 2009), y en el contexto de este trabajo, se contemplará como una forma de victimización que puede afectar la salud a corto y largo plazo.

Asimismo, la revictimización materna parece ser un problema muy frecuente en las muestras de alto riesgo. Así se ha observado que las mujeres que han experimentado diversas formas de abuso infantil de tipo físico, sexual, o psicológico, tienden a sufrir más abusos a lo largo de su vida en diferentes ámbitos, según diferentes estudios de polivictimización, y también a experimentar mayormente situaciones de IPV en su edad adulta (Cannon, Bonomi, Anderson, Rivara y Thompson, 2010; Renner y Slack, 2006).

Además, la revictimización se asocia con mayores consecuencias perjudiciales para la salud mental y depresión (Dubowitz et al., 2001; Koverola, Papas, Pitts, Murtaugh, Black y Dubowitz, 2005; Lang, Gartstein, Rodgers y Lebeck, 2010) y también con mayor prevalencia de problemas interiorizados y exteriorizados en hijos e hijas (Dubowitz et al., 2001; Koverola et al., 2005; Lang et al., 2010; Litrownik, Newton, Hunter, English y Everson, 2003; Min, Singer, Minnes, Kim y Short, 2013; Miranda de la Osa, Granero y Ezpeleta, 2011; Morrel, Dubowitz, Kerr y Black, 2003; Thompson, 2007). A su vez, existen investigaciones que indican que en este tipo de poblaciones, la depresión materna es un importante predictor de los problemas psicológicos de tipo interiorizados y exteriorizados de los hijos e hijas (Graham-Bermann, DeVoe, Mattis, Lynch y Thomas, 2006; Graham-Bermann, Gruber, Howell y Girz, 2009; Koverola et al., 2005; Lang, Gartstein, Rodgers y Lebeck, 2010; Miranda, de la Osa, Granero y Ezpeleta, 2011; Miranda, de la Osa, Granero y Ezpeleta, 2013a,b; Morrel, Dubowitz, Kerr y Black, 2003).

## **JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO**

Estudios recientes sugieren la necesidad de entender las historias de trauma en la vida de las madres que buscan ayuda para problemas psicopatológicos de sus hijos e hijas; y también la contemplación de estudios analíticos y explicativos sobre la interrelación de distintas formas de exposición a IPV y otros factores del entorno en la manifestación de

problemas psicopatológicos en los hijos e hijas. Tales estudios aportarían valiosa información para la prevención y la intervención (Herrenkohl, Sousa, Tajima, Herrenkohl y Moylan, 2008).

En este sentido, la finalidad de esta investigación, es profundizar en el conocimiento de cómo los distintos tipos de revictimización materna (victimizaciones maternas físicas, sexuales y emocionales en la infancia, adolescencia y/o en la edad adulta en forma de victimizaciones físicas, emocionales, y sexuales en el ámbito de la relación de pareja) pueden afectar al estado psicopatológico de sus hijos e hijas; y a su vez estudiar circunstancias de la historia de victimización materna relevantes para la detección de la mayor gravedad psicopatológica de los menores. De igual manera, también pretende ser un elemento más de reflexión en el trabajo clínico con los y las menores expuestos a situaciones de violencia en el ámbito de la pareja.



*PARTE I*  
*MARCO TEÓRICO*

---



*CAPÍTULO 1*  
*LA VICTIMIZACIÓN EN LA INFANCIA*

---



# 1. CONCEPTO, TIPOLOGÍAS Y ETIOLOGÍA

---

## 1.1. Concepto de victimización infantil y tipología de Finkelhor.

La victimización es el proceso por el que una persona sufre las consecuencias de un hecho traumático (Tamarit, 2006). Es decir, la victimización hace referencia a un conjunto más amplio de acontecimientos que el maltrato, siendo éste una de las posibles formas de victimización.

Finkelhor y Dzuiba-Leafherman (1994) acuñan el término de victimología infantil, entendiéndolo por tal el estudio de la diversidad de victimizaciones que niños y niñas pueden experimentar a lo largo de las diversas fases de la infancia. La victimización infantil se refiere al estudio de la diversidad de victimizaciones que los y las menores pueden experimentar a lo largo de las diversas fases de su infancia y/o adolescencia.

El estudio de la victimización, en tanto que fenómeno complejo, obliga a considerar tanto los factores (individuales, sociales y culturales) que condicionan o modulan el modo de vivir la experiencia referida, como las distintas fases de dicho proceso (la victimización primaria que deriva directamente del hecho violento, la victimización secundaria que surge de la relación con el sistema jurídico-penal y la victimización terciaria que se puede dar por problemas derivados de la lentitud de la justicia y su burocratización, o por consecuencias de un estigma que se puede llevar a lo largo de la vida, sufriendo rechazo de la sociedad aún después de cumplir una condena o de haber llevado a cabo un proceso de rehabilitación).

En esta investigación, tan sólo se contemplará la victimización primaria, considerada como el proceso por el cual una persona sufre, de modo directo o indirecto, daños físicos o psíquicos derivados de un hecho delictivo o acontecimiento traumático, y que refleja la experiencia individual de la víctima y las primeras consecuencias perjudiciales, físicas, psicológicas, económicas o sociales. Además, en este trabajo, dicha modalidad de victimización se contemplará también, y de forma indistinta, bajo el nombre de maltrato en la infancia y/o adolescencia.

Las tipologías de victimización primaria en la infancia, tienen que ver con acuerdos arbitrarios de profesionales e investigadores que se ocupan de la explicación de este

fenómeno, con una clara finalidad sistemática. La diferenciación no implica necesariamente que los distintos tipos de victimización que los niños y las niñas padecen sean excluyentes; de hecho, es frecuente, que ocurran varios tipos de victimización simultáneamente.

La tipología tripartita simple que plantea Finkelhor (1995) para hablar de los distintos tipos de victimización que sufren los niños y las niñas, es una de las que abarca mayores situaciones de incidencia, frecuencia y amplitud de la violencia e incluye como modalidades de victimización:

**1. *Victimizaciones extraordinarias:*** son aquellas que les suceden a un número muy reducido de menores, pero que atraen mucho la atención de políticos, medios de comunicación, y de la sociedad en general, pues los datos muestran lamentablemente unas cifras escalofriantes. Estas victimizaciones incluyen los homicidios, secuestros, violaciones a manos de extraños, la explotación laboral, el uso de menores soldados en algunos lugares, la servidumbre infantil y nuevos tipos de esclavitud, la venta y explotación sexual de menores y el asesinato de niños y niñas de la calle.

**2. *Victimizaciones pandémicas.-*** son el tipo de victimizaciones que les ocurren a la mayoría de menores en el curso de su desarrollo. Incluyen la agresión a manos de iguales y de hermanos y hermanas, el castigo físico, el hurto y el vandalismo.

**3. *Victimizaciones agudas.-*** Son las más frecuentes. Les ocurren a una minoría considerable de menores y cada vez se les presta más atención. Entre ellas figuran como subtipos: el maltrato físico activo, el abandono o negligencia como maltrato físico pasivo o por omisión, el maltrato emocional, el secuestro familiar, el abuso sexual y el ser testigo de la violencia doméstica. En esta tesis, se considerará maltrato infantil cualquier acción u omisión, no accidental, por parte de los padres o cuidadores que comprometa la satisfacción de las necesidades básicas de los menores.

Desde el ámbito de la victimología, el estudio de la victimización infanto-juvenil no ha sido foco de interés hasta fechas recientes, en que se ha producido una mayor sensibilización social, una formación más especializada por parte de profesionales y un importante desarrollo de programas de detección e intervención ante estos casos. Esta mayor formación especializada por parte de los y las profesionales ha permitido la creación

del concepto de victimología del desarrollo (Finkelhor, 2007). La victimología del desarrollo defiende que niños y niñas pueden sufrir las mismas formas de victimización que las personas adultas y que, al mismo tiempo, se encuentran en una posición de mayor riesgo para la vivencia (directa o indirecta) de muchas otras victimizaciones (Finkelhor, 1995; Finkelhor, Ormrod y Turner, 2007; Higgins, 2004; Pereda, Abad y Guilera, 2012) por su dependencia de otras personas adultas. Ello les lleva a ser considerados el grupo de edad más vulnerable en el ámbito victimológico. Como afirma Finkelhor (2007), es necesario ser conscientes de que para algunos y algunas menores la experiencia de victimización acaba convirtiéndose en una “condición”, más que en un “acontecimiento aislado”, siendo entonces los menores multivictimizados o polivictimizados los que suelen presentar peores efectos en todos sus contextos de desarrollo (Finkelhor, Ormrod y Turner, 2007; Pereda, Abad y Guilera, 2012) y una mayor atribución de culpa (Finkelhor et al., 2007).

Si bien todas las formas de victimización infantil tienen repercusiones sobre el área psicológico-emocional del menor y de la menor, resulta de gran importancia la diferenciación de las distintas formas de victimización infantil vivenciadas, dado que algunos estudios constatan la existencia de diferentes consecuencias psicológicas asociadas a distintos tipos de victimizaciones acontecidas (Finkelhor et al., 2007; Pereda, Abad y Guilera, 2012).

## 1.2. Etiología de las victimizaciones infantiles.

La investigación internacional sobre la etiología del maltrato infantil, ha confirmado que ni las razones de tipo psiquiátrico, ni las de tipo socioeconómico son necesarias ni suficientes para provocar situaciones de victimización o maltrato infantil, tal como habían sugerido los primeros estudios de tipo unicausal del maltrato. Esto hace que surjan los modelos etiológicos de tipo psicosocial y socio-interaccional, en los que se trata de integrar los aspectos psiquiátricos y psicológicos con los aspectos sociales y culturales, convirtiéndose en este campo en los primeros estudios de tipo multicausal del maltrato infantil.

Bronfenbrenner (1979) desarrolló un modelo ecológico para el análisis psicológico del desarrollo humano, que fue retomado por Belsky (1993) para el análisis del maltrato

infantil. El trabajo de Belsky (1980) se convirtió en la referencia de los modelos ecosistémicos. En cada caso concreto la integración de variables de diferentes niveles ecológicos se consideró como el aspecto esencial en la explicación del maltrato y el abandono infantil. El modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979) se representa mediante círculos concéntricos de mútua influencia divididos en tres contextos principales: *el macrosistema, el exosistema y el microsistema*.

El *macrosistema* es el nivel más amplio y en el se incluirían esencialmente tres tipo de variables: socioeconómicas, estructurales y psicosociales o culturales. Entre las primeras se incluyen todas aquellas cuestiones relacionadas con los recursos económicos de una sociedad, su distribución, las crisis económicas, las tasas de empleo, etc. Las variables de tipo estructural se relacionan con aquellos aspectos de organización y funcionamiento concreto de una sociedad o colectivo que afectan a las posibilidades de cada individuo de acceder a los recursos asistenciales y de ser protegido por un entramado de normas y recursos en momentos de necesidad o crisis. El tercer tipo de variables se relaciona con las actitudes y valores predominantes en cada momento histórico sobre aspectos en la forma de educar a niños y niñas, de satisfacer sus necesidades, de comprender el papel de cada miembro de la familia, etc.

El segundo nivel es el *exosistema*, conformado por el sistema de relaciones más próximas de las personas, enmarcadas por las instituciones que median entre la cultura y el nivel individual, como la escuela, los organismos judiciales, las instituciones de seguridad y la iglesia. En el *exosistema* se incluyen todos aquellos aspectos que rodean al individuo y a la familia y que les afectan de manera directa; y aquí se incluyen dos grandes bloques de variables: las relaciones sociales y el ámbito de trabajo. Siendo el aspecto más estudiado el desempleo. Esta variable explicaría situaciones de maltrato o abandono por las frustraciones derivadas de la ausencia de recursos económicos y por su efecto en la autoestima de las personas. Con respecto a las relaciones sociales, se supone que la ausencia de apoyo social y el aislamiento con respecto a los sistemas de apoyo, provoca una reducción de la tolerancia al estrés que dificulta el afrontar de manera competente la interacción cotidiana y el cuidado adecuado de los hijos e hijas.

El tercer nivel lo conforma el *microsistema*, compuesto por las relaciones más próximas de las personas, el cual está caracterizado fundamentalmente por la familia, y

donde Belsky (1980) agregó el nivel del “*ontosistema*” incluyendo los factores individuales tanto de los niños y niñas maltratados como de las personas adultas que maltratan. En el *microsistema* se estudian todas aquellas variables que implican comportamientos concretos de los distintos miembros de la familia nuclear, así como el efecto de las propias características de la composición familiar. Se incluyen en este nivel tanto las características psicológicas y comportamentales de cada uno de los progenitores, como las de los hijos e hijas. Dentro de este nivel, adquiere especial importancia el estudio de la interacción entre los diferentes miembros del sistema familiar. La interacción entre ambos padres y la interacción de dichos progenitores con sus hijos e hijas serían la base sobre la que se irían instalando las posibles situaciones de maltrato. Determinados atributos de los progenitores (escasa capacidad empática, poca tolerancia al estrés, síntomas depresivos, alteraciones de la personalidad, etc.) y de su relación (desajuste marital, violencia de pareja), en interacción con variables temperamentales y comportamentales de los hijos e hijas, serían entendidos como desencadenantes del maltrato. El desarrollo *ontogenético*, representa las variables relativas a la propia historia de crianza de los padres. La relación con los propios progenitores y el tipo de cuidado y atención recibidos en su infancia, condicionarían la capacidad para el desarrollo del rol de padre o madre y para cuidar, atender, y educar adecuadamente a los propios hijos e hijas.

Con el apoyo de los diversos sistemas propuestos, este modelo ecológico permite ordenar de forma coherente, en cuatro niveles de análisis, los factores y procesos explicativos que se ha considerado que contribuyen a la etiología del maltrato infantil; y así llevar a cabo un análisis holístico de las causas y consecuencias del maltrato infantil (Emery y Laumann-Billings, 1998).

Posteriormente, Cicchetti y Lynch (1993) propusieron un modelo ecológico transaccional del maltrato infantil, el cual argumenta que los factores potenciadores y los factores protectores ocurren en todos los niveles de la ecología; es decir, en el microsistema, en el exosistema y en el macrosistema. Bajo estas condiciones el maltrato ocurre cuando los factores potenciadores (los factores que incrementan la probabilidad del maltrato) sobrepasan a los factores compensadores (factores que reducen el riesgo del maltrato). Por tal razón, a partir del modelo ecológico se pueden estudiar las causas y

consecuencias del maltrato infantil y los mecanismos de riesgo y los factores protectores implicados.

Estos dos modelos se han complementado en un modelo integral que, a partir de la estructuración ecológica, ha incorporado la dimensión temporal y de riesgo propuesta en el modelo transaccional (Kaufman y Zigler, 1989). Aquí los modelos compensatorios actuarían según un modelo de afrontamiento (“coping model”), impidiendo que los factores estresores que se producen en las familias desencadenen respuestas agresivas hacia sus miembros. La progresiva disminución de estos factores estresores, podrían explicar la espiral de violencia intrafamiliar que se produce en el fenómeno del maltrato infantil (Browne, 1986). Y a pesar de que la integración del modelo ecológico con el modelo transaccional ha permitido una visión global del fenómeno, contemplando su aspecto temporal de riesgo, todavía resulta necesario determinar las relaciones que existen entre los factores que componen cada uno de los diferentes niveles ecológicos (Cicchetti y Lynch, 1993), al igual que adaptar dicho modelo a las características sociodemográficas correspondientes de cada comunidad.

### 1.3. Factores de riesgo y factores de protección para el maltrato infantil

Según Costa, Jessor y Turbin (1999), los factores de riesgo son condiciones o variables que se asocian con una mayor probabilidad de consecuencias negativas de la exposición al riesgo, en este caso el maltrato infantil. Los factores de protección, en cambio, serían moderadores positivos de riesgo o de adversidad (Masten y Wright, 1998).

La contemplación del estudio de los factores de riesgo y de protección del maltrato infantil, desde la perspectiva del modelo ecológico (Bronfenbrenner, 1979), toma como punto de partida la interacción entre las dimensiones ambientales y las dimensiones individuales; entendiéndose que, el ambiente dentro del cual tiene lugar la conducta de una persona es considerado clave a la hora de predecir su funcionamiento individual.

Cicchetti y Lynch (1993) propusieron un modelo ecológico transaccional del maltrato infantil, el cual argumenta que los factores de riesgo y los factores protectores ocurren en todos los niveles de la ecología, es decir, en el microsistema, en el exosistema y en el macrosistema. Bajo estas condiciones el maltrato ocurre cuando los factores de riesgo (o factores que incrementan la probabilidad del maltrato) sobrepasan a los factores

protectores (que actuarían según un modelo de afrontamiento, impidiendo que los factores potenciadores o factores de riesgo que se producen en las familias, desencadenen una respuesta agresiva hacia sus miembros y reduciendo así el riesgo de maltrato). La progresiva disminución de los factores compensadores o factores de protección, tales como las condiciones en los niños y las niñas, en las familias y en las comunidades, que cuando están presentes aumentan la salud y el bienestar de los menores y las menores y de sus familias y modifican una trayectoria negativa, podría explicar la espiral de violencia intrafamiliar que se produce en el fenómeno del maltrato infantil (Soriano Faura, 2005).

A partir de este modelo se pueden estudiar las causas y consecuencias del maltrato infantil y los mecanismos de resiliencia o resultado del equilibrio entre los factores de riesgo y los factores de protección, a través de los niveles de macrosistema, exosistema y microsistema (Fraser, Kirby y Smokowski, 2004).

Actualmente, existe un creciente interés en la comprensión de las formas complejas en que estos factores de riesgo y de protección interactúan dentro del contexto de la familia, la comunidad y la sociedad de un niño, y cómo afectan a la incidencia y a las consecuencias del abuso y la negligencia.

La investigación internacional ha identificado una combinación de factores individuales, relacionales, de la comunidad y otros factores sociales que contribuyen al riesgo de maltrato infantil.

El maltrato de menores es más probable que surja de la interacción de numerosos factores de riesgo (Bromfield, Lamont, Parker y Horsfall, 2010). Por ejemplo, las investigaciones han asociado de manera consistente el maltrato infantil con la coocurrencia de mal uso o el abuso de sustancias por parte de los padres y de enfermedad mental (es decir, el diagnóstico dual) de los padres con la violencia doméstica (Bromfield, et al., 2010). También hay evidencia de que los efectos acumulativos de la exposición a múltiples riesgos influye fuertemente en los resultados de procesos adaptativos de los y las menores y en los malos tratos (Begle, Dumas y Hanson, 2010; MacKenzie, Kotch y Lee, 2011). Por ejemplo, en un estudio longitudinal que siguió díadas madre-hijo/a durante los primeros 16 años de vida del niño o la niña, los investigadores informaron que a la edad de 1, 4 y 16 años, el mejor predictor de maltrato infantil, por encima y más allá de cualquier factor de

riesgo individual, era el nivel acumulativo de la exposición al riesgo (basado en el número de exposiciones a diferentes factores de riesgo) (MacKenzie et al., 2011).

La familia es la influencia más importante para un niño o niña, aunque otras influencias ambientales, como sus compañeros y compañeras, el ambiente de la escuela y el barrio también son importantes para configurar el desarrollo de los y las menores (Irenyi, Bromfield, Beyer y Higgins, 2006).

Asimismo, diferentes factores de riesgo también pueden tener un impacto mayor en ciertos tipos de abuso y/o negligencia. Por ejemplo, los progenitores que han sido maltratados físicamente en su infancia y/o adolescencia, pueden ser más propensos a abusar físicamente de sus propios hijos e hijas (Lamont, 2010; Pears y Capaldi, 2001); mientras que la negligencia infantil puede ser más prominente en las familias encabezadas por un progenitor o progenitora con una enfermedad mental (Cowling, 2004).

En la Tabla 1 se resumen los factores de riesgo más comunes en la literatura que pueden aumentar la incidencia de abuso y negligencia siguiendo el modelo de desarrollo ecológico

**Tabla 1. Factores de riesgo para el maltrato infantil**

MODELO ECOLÓGICO	LOS FACTORES DE RIESGO
<i>Factores individuales</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Menor requiere mucha atención por haber nacido prematuramente</li> <li>▪ Discapacidad (física, cognitiva y emocional)</li> <li>▪ Enfermedad física o mental grave y/o crónica</li> <li>▪ Problemas médicos reiterados o retrasos en el desarrollo</li> <li>▪ Temperamento difícil</li> <li>▪ Comportamiento agresivo</li> <li>▪ Déficit de atención</li> <li>▪ Insatisfacción de las expectativas de los padres (sexo, salud, atractivo físico...)</li> <li>▪ Menor no deseado</li> <li>▪ Menor ha nacido de un parto múltiple, y padres con dificultades para atenderlo</li> <li>▪ Tiene un hermano o hermana (con edad cercana) que acaparan atención padres</li> </ul>
<i>Factores familiares</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abuso de sustancias por parte de alguno de los progenitores o cuidadores</li> <li>▪ Participación en actividades delictivas o violentas en el ámbito comunitario</li> <li>▪ Conflictividad familiar y/o violencia</li> <li>▪ Problemas de salud mental y/o problemas de salud física</li> <li>▪ Inexistencia de red de apoyo que ayude en las situaciones difíciles o tensas</li> <li>▪ Historia de abuso y negligencia infantil</li> <li>▪ Incapacidades de los padres (de tipo físicas, cognitivas, o emocionales)</li> <li>▪ Familias numerosas</li> <li>▪ Baja tolerancia al estrés por parte de los padres o cuidadores</li> <li>▪ Pobre interacción entre padres e hijos o hijas, o inexistencia de vínculos</li> <li>▪ Estilo de disciplina de padres excesivamente laxo o excesivamente punitivo</li> <li>▪ Separación/divorcio</li> <li>▪ Baja autoestima</li> <li>▪ Padres jóvenes o adolescentes</li> <li>▪ Familia monoparental</li> <li>▪ Bajo nivel de educación de los padres o cuidadores</li> <li>▪ Uso del castigo corporal</li> <li>▪ Problemas de ludopatía, drogodependencias, o alcoholismo</li> <li>▪ Estilo comportamental y conceptual rígido</li> <li>▪ Pocas habilidades para resolver conflictos y problemas</li> <li>▪ Poca cohesión familiar</li> <li>▪ Falta de expectativas realistas respecto capacidades de hijos o hijas</li> <li>▪ Desconocimiento de las necesidades infantiles</li> <li>▪ Estilo perceptivo de los padres con respecto a los hijos o hijas distorsionado</li> </ul>
<i>Factores sociocomunitarios</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desventaja socioeconómica</li> <li>▪ Desempleo de los padres</li> <li>▪ Aislamiento social</li> <li>▪ Vivienda inadecuada o falta de vivienda</li> <li>▪ Cambios de entorno frecuentes</li> <li>▪ Falta de acceso a escuelas con recursos adecuados</li> <li>▪ Falta de apoyo social</li> <li>▪ Falta de acceso a servicios asistenciales y/o servicios sociales</li> <li>▪ Exposición a racismo y/o discriminación</li> <li>▪ Aprobación social violencia como método resolver problemas de relación</li> <li>▪ Defensa extrema del valor de la privacidad de la familia</li> <li>▪ Valores y actitudes negativos hacia la mujer, la infancia, y a la paternidad</li> <li>▪ Otros eventos estresantes (pobreza, venta estupefacientes entorno cercano,...)</li> </ul>

Fuentes: Adaptación de Brown, Cohen, Johnson y Salzinger (1998), Butchart, Phinney Harvey, Mian, Fűrmiss y Kahane (2009), Stith et al. (2009).

La investigación también ha identificado una serie de factores de protección que se asocian con una menor incidencia de abuso y negligencia infantil. Para las familias vulnerables que sufren múltiples factores de riesgo, factores protectores como tener un fuerte apego entre padres e hijos e hijas, o las buenas redes de apoyo social, pueden aumentar la capacidad de recuperación de los niños y las niñas y de las familias. Los padres que son emocionalmente fuertes, es probable que tengan una actitud positiva, son capaces de resolver problemas de manera creativa, y eficaz frente a los problemas, y tienen menos posibilidades de dirigir la ira y la frustración hacia sus hijos e hijas (Gilligan, 2001). Los factores de protección más comunes, según la bibliografía sobre el tema, que pueden ayudar a reducir la incidencia del abuso y de la negligencia, siguiendo el ya citado modelo de desarrollo ecológico, se resumen a continuación en la Tabla 2.

**Tabla 2. Factores de protección para el maltrato infantil**

MODELO ECOLÓGICO	FACTORES DE PROTECCIÓN
<i>Factores Individuales</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Buena capacidad intelectual</li> <li>▪ Buena salud</li> <li>▪ Redes sociales fuertes y positivas</li> <li>▪ Relaciones positivas con compañeros y compañeras</li> <li>▪ Apego seguro con alguno de los progenitores</li> <li>▪ Habilidades y talentos especiales</li> <li>▪ Habilidades sociales</li> <li>▪ Disposición actitudinal positiva</li> <li>▪ Independencia</li> <li>▪ Elevada autoestima</li> <li>▪ Tener hobbies o aficiones</li> <li>▪ Relación afectuosa/de apoyo de progenitor respetuoso</li> <li>▪ Alejamiento círculos de delincuencia/abuso sustancias</li> </ul>
<i>Factores familiares</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relación cuidador/a-menor positiva</li> <li>▪ Ambiente familiar de apoyo</li> <li>▪ Redes familiares amplias</li> <li>▪ Alto nivel de educación de los padres</li> <li>▪ Apoyo del cónyuge o pareja</li> <li>▪ Habilidades de afrontamiento de problemas</li> <li>▪ Empatía</li> <li>▪ Conocimiento etapas de desarrollo del niño o la niña</li> <li>▪ Tener hijos o hijas físicamente sanos</li> <li>▪ Seguridad económica</li> <li>▪ Ausencia de tensiones causadas por abusos</li> <li>▪ Buena atención de los padres durante la infancia</li> </ul>
<i>Factores sociocomunitarios</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Redes sociales fuertes y positivas</li> <li>▪ Fuentes de apoyo social informal</li> <li>▪ Vivienda estable</li> <li>▪ Empleo</li> <li>▪ Expectativas familia conducta prosocial</li> <li>▪ Disponer de escuelas con buenos recursos</li> <li>▪ Acceso dispositivos de salud y servicios sociales</li> <li>▪ Buena comunidad con servicios</li> <li>▪ Ausencia de sucesos estresantes</li> <li>▪ Normas culturales opuestas al uso de la violencia</li> </ul>

Fuentes: Adaptación de Counts, Buffington, Chang-Ríos, Rasmussen y Preacher (2010), Butchart, Phinney Harvey, Mian, Fűrnisss y Kahane (2009).

## 2. PREVALENCIA DEL MALTRATO INFANTIL

---

### 2.1. Estimaciones de prevalencia del maltrato infantil en E.E.U.U y en Europa

Desde la década de 1990 se han utilizado, mayormente, encuestas de autoinforme, y encuestas informadas por los padres para medir el maltrato infantil (Andrews, Corry, Slade, Issakidis y Swanston, 2004; Zolotor, Robinson, Runyan, Barr y Murphy, 2011), puesto que se observó que los datos obtenidos de estadísticas oficiales subestimaban seriamente la aparición del maltrato infantil.

Los estudios que miden el maltrato físico en niños y niñas, utilizan preferentemente los informes de padres y los autoinformes de adolescentes (Fergusson, Horwood y Woodward, 2000). La medición de abusos sexuales se basa en autoinformes retrospectivos sobre episodios de dichos abusos que se recuperan años después por parte de adolescentes y/o de personas adultas.

Pocos estudios han examinado la prevalencia del maltrato psicológico. El maltrato psicológico y la negligencia son más difíciles de medir en encuestas. Además, la medición de la negligencia dentro de la comunidad, es más difícil que el maltrato manifiesto, debido en parte, a que existen múltiples aspectos diferentes en la provisión de cuidados que son dañinos o pueden situar a un menor o una menor en riesgo de sufrir daños. Y a su vez, porque otro problema que no es poco común, es que los padres no sean conscientes de su comportamiento negligente, razón probablemente explicativa del porqué la negligencia ha recibido tan poca atención en los estudios de informes de padres, al margen de que sea la categoría de maltrato infantil más frecuente entre las registradas por los distintos Servicios de Protección Infantil (Gilbert et al., 2009). De todas maneras, las entrevistas que han utilizado preguntas retrospectivas (May-Chahal y Cawson, 2005), y los autoinformes retrospectivos con personas jóvenes adultas, han resultado una forma eficiente de estimar esta clase de abuso, así como de todas las otras formas de maltrato en población infantil con edad por encima de los 5 años.

Estas encuestas han posibilitado conocer la prevalencia de una amplia gama de situaciones de victimización infantil, por medio de estudios transversales que han utilizado

metodologías casi idénticas, incluyendo el uso del cuestionario de “Victimización de Menores” de Finkelhor, Hamby, Ormrod y Turner (2005a), que fue completado por los cuidadores (informe de padres) en los casos de los niños y las niñas más pequeños (menores de 10 años en los EE.UU, o menores de 11 años en el Reino Unido) y por los propios menores (autoinformes) desde edades preadolescentes (10-17 años en EE.UU, o 11 a 17 años en el Reino Unido).

Veamos a continuación en la Tabla 3 el resumen de las principales encuestas nacionales de exposición de los y las menores a la violencia realizadas en E.E.U.U y en el Reino Unido.

**Tabla 3. Encuestas Nacionales de exposición de menores a violencia**

ENCUESTA EN LOS E.E.U.U	RESULTADOS DE INCIDENCIA Y DE PREVALENCIA
<b>NatSCEV I (National Survey of Children's Exposure to Violence, Finkelhor, Turner, Ormrod, y Hamby, 2009), incluyó informes de 4.549 menores hasta los 17 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bullying: 8%-22% último año y 20%- 29% hasta los 17 años.</li> <li>• Maltrato físico por cuidadores: 1%-5% último año y 5%-19% hasta los 17 años.</li> <li>• Maltrato emocional por cuidadores: 4%-6% último año y 9%-11% hasta los 17 años.</li> <li>• La violencia de pareja: 1%-6% último año y 2-9% hasta los 17 años.</li> <li>• Abuso sexual por cuidadores: 1%-5% último año y 3-11% hasta los 17 años.</li> <li>• Presenciar la IPV: 5%-8% último año y 13-27% hasta los 17 años.</li> </ul>
<b>NatSCEV II (National Survey of Children's Exposure to Violence II, Finkelhor, Turner, Hamby y Ormrod, 2011a), incluyó informes sobre 4.503 menores hasta los 17 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bullying: 17,9% en el último año, y sobre un 27,8% hasta los 17 años.</li> <li>• Maltrato físico por cuidadores: 3,7% en el último año, y 9,6% hasta los 17 años.</li> <li>• Maltrato emocional por cuidadores: 8% en el último año, y 14,9% hasta los 17 años.</li> <li>• La violencia de pareja: 3,2% en el último año, y 4,9% hasta los 17 años.</li> <li>• Abuso sexual por cuidadores: 0,1% en el último año, y 0,5% hasta los 17 años.</li> <li>• Presenciar la IPV: 6,1% en el último año, y 17,3% hasta los 17 años.</li> </ul>
ENCUESTA EN EL REINO UNIDO	RESULTADOS DE INCIDENCIA Y DE PREVALENCIA
<b>NSPCC (National Society for the Prevention of Cruelty to Children, Radford et al., 2011), incluyó informes sobre 2.275 menores hasta los 17 años.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bullying: 12-22% último año y 19%-33% hasta los 17 años.</li> <li>• Maltrato físico por cuidadores: 1%-3% último año y 1%-7% hasta los 17 años.</li> <li>• Maltrato emocional por cuidadores: 6% último año y 18 % hasta los 17 años.</li> <li>• La violencia de pareja: 5% último año y 8%-13% hasta los 17 años.</li> <li>• Abuso sexual por cuidadores: 1%-2% último año y 1%-11% hasta los 17 años.</li> <li>• Presenciar la violencia la IPV: 3% último año y 14% hasta los 17 años</li> </ul>

Fuentes: NatSCEV I (Finkelhor, Turner, Ormrod, y Hamby, 2009); NatSCEV II (Finkelhor, Turner, Hamby y Ormrod, 2011a); NSPCC (Radford et al., 2011)

Las victimizaciones sexuales fueron más frecuentes en las chicas, y se concentraron mayormente en edades adolescentes. Por otro lado, los y las menores de mayor edad,

informaron de frecuencias significativamente más elevadas tanto de maltrato físico como de maltrato psicológico.

Gilbert et al. (2009) llevaron a cabo una revisión exhaustiva de los estudios poblacionales realizados en países desarrollados y llegaron a la conclusión de que, entre el 4-16% de los y las menores fueron abusados físicamente cada año, aunque esta cifra ascendió entre 5- 35% en el conjunto del período de toda la infancia. Aproximadamente entre el 5-30% de menores fueron abusados sexualmente durante su niñez (y entre el 1-10% de los abusos sexuales fueron con penetración), mientras que entre el 10-20% había sido testigo de situaciones de violencia doméstica. Gilbert et al. (2009), en esta revisión, observaron algunas diferencias en las prevalencias entre diferentes países, pero se abstuvieron de sacar conclusiones definitivas, dada una amplia variación en los resultados, debido a las inconsistencias en las definiciones entre distintos países y estudios, instrumentos de medición y los diseños de los estudios.

Las tasas de maltrato físico parecen ser similares para las niñas y los niños en los países de altos ingresos (Andrews, Corry, Slade, Issakidis y Swanston, 2004), pero se han encontrado tasas más elevadas de abuso físico entre chicos en países de bajos ingresos (Pinheiro, 2006). Asimismo, Kessler et al. (2010) encontraron tasas más elevadas de abuso físico (pero no siempre con proporciones similares para cada género) en los países de ingresos de renta media, y de renta media-baja, en comparación con los países de altos ingresos, en un amplio estudio de la OMS con un número elevado de menores (N = 51.945). Además, en él también se vió como menores que tenían padres con ingresos bajos y más bajas calificaciones académicas, vivían con mayor propensión en entornos con mayor exposición a malos tratos; si bien tales resultados fueron inconsistentes en los casos de mayores tasas de abuso físico o sexual (Hussey, Chang y Kotch, 2006; May-Chahal y Cawson, 2005; Sidebotham, Heron, Golding y ALSPAC Study Team, 2002).

Informes de testigos de la violencia psicológica en el ámbito doméstico, durante la infancia, han demostrado que la vivencia de tal tipo de victimización parecía ser más común entre las personas cuyos padres tenían bajos niveles de educación (Koenen, Roberts, Stone y Dunn, 2010); si bien, el análisis de datos en la misma población de Estados Unidos no encontró diferencias significativas por niveles de educación en los casos de exposición a maltrato físico o sexual en el ámbito doméstico. Koenen et al. (2010)

también reportaron frecuencias más elevadas de exposición a violencia doméstica en el ámbito de la pareja entre los grupos étnicos minoritarios en los EE.UU. En estos estudios, sin embargo, cabe destacar que resulta difícil separar la privación socioeconómica, y la exposición a otras experiencias traumáticas subyacentes a la propia condición de minoría étnica, por lo cual conviene tener presente que estas posibles diferencias étnicas deben ser interpretadas con precaución extrema.

Otros avances en nuestra comprensión del maltrato infantil provienen de los estudios de seguimiento a largo plazo de los y las menores maltratados. Estos estudios han demostrado que el maltrato infantil es a menudo una condición crónica, pues los menores y las menores que están expuestos a un incidente de violencia física y sexual, presentan mayor propensión a la experiencia múltiples tipos de victimización, o poli-victimización (Finkelhor, Ormrod, Turner y Hamby, 2005b), durante la infancia y la adolescencia (Gilbert et al., 2009). Y también que, la exposición previa a maltrato puede aumentar el riesgo de maltrato repetido en un futuro próximo (Finkelhor, Ormrod y Turner, 2007; Hindley, Ramchandani y Jones, 2006). Alrededor de una quinta parte de menores de una gran encuesta de EE.UU, habían estado expuestos a 4 o más tipos de victimización (principalmente el abuso físico o sexual, el acoso, y el haber sido testigos de violencia doméstica en el ámbito de la pareja) en un solo año (Finkelhor, Ormrod, Turner y Hamby, 2005b). Otros estudios han sugerido que entre el 30-60% de los y las menores que han sido testigos de violencia doméstica en el ámbito de la pareja, también eran más propensos a experimentar otras modalidades de maltrato (Appel y Holden, 1998; Herrenkohl, Sousa, Tajima, Herrenkohl y Moylan, 2008).

## 2.2. Prevalencia de maltrato infantil en España.

En España, el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia ha desarrollado el Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el ámbito familiar, ofreciendo los datos sobre la incidencia y prevalencia del maltrato en la familia.

El informe del Centro Reina Sofía (2011) sobre una muestra de 898 menores entre 8 y 17 años, 769 familiares de menores de 18 años y 802 psicopedagogos y responsables de guarderías y colegios, indicó que el 59.68% de las víctimas sufrieron maltrato físico, el

37.10% negligencia, el 17.74% maltrato psicológico y el 4.84% abuso sexual. Teniendo en cuenta el sexo, los chicos tienen mayor riesgo de sufrir maltrato físico (2,4%), mientras que las chicas sufren mayores prevalencias de maltrato psicológico (2,7%), abuso sexual (1,1%) y negligencia (0,9%) (Tabla 4). Además este estudio también ha puesto de manifiesto que la prevalencia de maltrato es más alta en los menores de menor edad, esto es, cuanto más pequeño es el menor o la menor, más riesgo de maltrato intrafamiliar; hallándose prevalencias de 8 a 11 años del 5,1%, de 12 a 17 años del 3,8% (vease Tabla 4). Esto es así para todos los tipos de maltrato, haciéndose más notable en el caso del abuso sexual y la negligencia, en que se observan valores iguales de prevalencia para el abuso sexual y la negligencia de 1,2% en chicos y 2,0% en chicas entre edades de 8 a 11 años (vease Tabla 4).

**Tabla 4. Prevalencia (%) de los distintos tipos de maltrato por sexo y edad**

EDAD	SEXO	
	Chicos	Chicas
<b>Maltrato físico</b>		
8 a 11 años	2,41	2,65
12 a 17 años	2,41	1,72
8 a 17 años	2,41	2,04
<b>Maltrato psicológico</b>		
8 a 11 años	3,01	2,65
12 a 17 años	1,37	2,76
8 a 17 años	1,97	2,72
<b>Abuso sexual</b>		
8 a 11 años	1,20	1,99
12 a 17 años	0,34	0,69
8 a 17 años	0,66	1,13
<b>Negligencia</b>		
8 a 11 años	1,20	1,99
12 a 17 años	0,34	0,34
8 a 17 años	0,66	0,91

Fuente: [http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/malt2011v4\\_total\\_100\\_acces.pdf](http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/malt2011v4_total_100_acces.pdf).

En el año 2006, un informe de Unicef y la empresa Body Shop, estimó que en España había 188.000 menores que padecían la violencia contra sus madres, anualmente.

Más recientemente, los datos proporcionados por la Macroencuesta de Violencia de Género 2011, indican que 840.000 menores de edad están expuestos a la violencia de

género que sufren sus madres (éstos representan el 10.1% del total de menores de edad residentes en España) y también que 517.000 menores sufren violencia directa en situaciones de violencia de género, representando el 6.2% de los menores de edad residentes en España (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

Así mismo, en el año 2013 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad incorporó en los datos estadísticos sobre violencia de género las víctimas mortales menores de edad, habiéndose contabilizado desde entonces hasta principios de septiembre (04/09/2015) de 2015 trece niños y niñas asesinados y asesinadas.

### 3. EFECTOS ADVERSOS DE LA VICTIMIZACIÓN AGUDA EN LA INFANCIA

---

#### 3.1. Efectos adversos del maltrato en la infancia a corto y largo plazo.

El maltrato infantil se ha relacionado con una variedad de consecuencias para la salud a corto y largo plazo, como la mala salud física y mental, los cambios neuroanatómicos y neurofisiológicos en la arquitectura y el desarrollo cerebral, los factores biológicos alterados, la disminución de la capacidad cognitiva y el rendimiento escolar, y los problemas de funcionamiento psicosocial (Leeb, Lewis y Zolotor 2011; Middlebrooks y Audage, 2008; Shonkoff, Boyce y McEwen, 2009).

Entre estos cambios neuroanatómicos y neurofisiológicos, descritos en la literatura, se incluyen modificaciones en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (sistema de respuesta al estrés), pérdida del volumen general del hipocampo, cuerpo caloso y cortex prefrontal, alteraciones en la simetría cortical del lóbulo frontal, del giro superior temporal y del flujo sanguíneo en el vermis cerebelar, y reducciones en la densidad neuronal del cíngulo anterior (McCrary, de Brito y Viding, 2011; Mitchell y Beech, 2011; Teicher, 2007). Estos efectos pueden causar problemas en los principales sistemas de neuroregulación, con consecuencias neuroconductuales (Anda et al., 2006), deficiencias en el desarrollo del lenguaje y las capacidades cognitivas, así como aumento de la vulnerabilidad frente a los estresores y modificación de la capacidad de resolución de conflictos (Henry, 2007), y alteración de la expresión genética en una etapa sucesiva de la vida del niño o niña (McCrary et al., 2010).

Entre los problemas de funcionamiento social, podemos encontrar dificultades en el trabajo (altas tasas de desempleo y el empleo en trabajos de servicios de bajo nivel), más problemas de salud pública y en cuestiones de seguridad (prostitución masculina y femenina, problemas de alcohol en las mujeres) (Widom y Maxfield, 2001), más problemas de vivienda, y otros muchos y complejos problemas sociales y económicos y de perpetuación del ciclo intergeneracional de la violencia (ver Tabla 5).

**Tabla 5. Consecuencias a corto y largo plazo del maltrato en menores**

<b>CONSECUENCIAS PARA LA SALUD FÍSICA</b>		
Lesiones abdominales o torácicas	Fracturas	Desgarros y abrasiones
Lesiones cerebrales	Quemaduras	Lesiones oculares
Moretones e hinchazón	Lesiones sistema nervioso central	Discapacidad
<b>CONSECUENCIAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS</b>		
Problemas de salud reproductiva	Enfermedades de transmisión sexual, como la infección por el VIH	
Disfunción sexual	Embarazos no deseados	
<b>CONSECUENCIAS PSICOLÓGICA</b>		
Abuso de alcohol y otras drogas	Hiperactividad	Trastornos de la alimentación y el sueño
Disminución capacidad cognoscitiva	Incapacidad para relacionarse	Trastornos psicósomáticos
Comportamientos delictivos, y violentos	Desempeño escolar deficiente	Trastorno por estrés postraumático
Depresión y ansiedad	Falta de autoestima	Comportamiento suicida y daño autoinfligido
Retraso del desarrollo	Sentimientos de vergüenza y culpa	
<b>OTRAS CONSECUENCIAS DE SALUD A LARGO PLAZO</b>		
Cáncer	Cardiopatía isquémica	
Enfermedad pulmonar crónica	Enfermedad hepática	
Síndrome del colon irritable	Problemas de salud reproductiva, como la esterilidad	
<b>CONSECUENCIAS ECONÓMICAS</b>		
Costos directos	Tratamiento, visitas al médico de hospital y otros servicios de salud	
Costos indirectos	Productividad perdida, discapacidad, menor calidad de vida y muerte prematura	
Costos para el sistema de justicia penal y otras instituciones	Gastos relacionados con detener y procesar a infractores. Costos para organizaciones de bienestar social, hogares sustitutos, sistema educativo, y costos para el sector de empleo.	

*Fuente:* Runyan, Wattam, Ikeda, Hassan y Ramiro (2002). Maltrato y descuido de los menores por los padres u otras personas a cargo. En E.G. Krug et al. (Eds) (2002), *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud* (pp. 63-94). Washington DC, Organización Panamericana de la Salud.

Los efectos adversos del maltrato infantil a menudo surgen en la infancia y la adolescencia y pueden continuar en la edad adulta, llegando a afectar diferentes áreas del desarrollo físico, cognitivo, emocional y del comportamiento de la persona (Lamont, 2010; Miller-Perrin y Perrin, 2007). A continuación, se revisarán algunas de las consecuencias del maltrato infantil a largo plazo.

## 3.2. Revisión de los efectos adversos del maltrato infantil en la edad adulta.

### 3.2.1. Problemas de salud física

Las personas adultas con un historial de abuso y/o negligencia en su infancia o adolescencia, son más propensos a tener problemas de salud física y síntomas o trastornos de dolor crónico (Davis, Luecken y Zautra, 2005; Sachs-Ericsson, Cromer, Hernández y

Kendall-Tackett, 2009). La investigación indica que los adultos supervivientes de maltrato infantil, tienen más problemas de salud que los adultos de población general, incluyendo entre dichos problemas de salud: la diabetes, problemas gastrointestinales, artritis, dolores de cabeza, problemas ginecológicos, derrame cerebral, hepatitis, enfermedades del corazón (Sachs-Ericsson et al., 2009; Springer, Sheridan, Kuo y Carnes, 2007), fibromialgia (Boisset-Pioro, Esdaile y Fitzcharles, 1995), síndrome de fatiga crónica, síndrome del intestino irritable (Drossman et al., 2000), y otros síndromes caracterizados por múltiple sintomatología física como asma, bronquitis, presión alta, y alergias (Springer, Sheridan, Kuo y Carnes, 2007). Asimismo, son varios los estudios que han encontrado que, son diversos los sistemas corporales que se han visto afectados en mujeres víctimas de violencia en la infancia y/o adolescencia, tales como el respiratorio, el nervioso, el reproductor, el muscular (Farley y Patsalides, 2001; Hulme, 2000), el digestivo (Hulme, 2000), el dermatológico y el urinario (Farley y Patsalides, 2001).

La exposición al abuso y/o a la negligencia en la infancia y la adolescencia, también puede contribuir al desarrollo de trastornos de dolor crónico en la edad adulta (Davis, Luecken y Zautra, 2005; Sachs-Ericsson et al., 2009). En un metaanálisis realizado por Davis, Luecken y Zautra (2005), que evaluaba la historia de abusos y la negligencia en pacientes con dolor crónico, indicaban que los y las pacientes tenían más probabilidades de haber sido maltratados o descuidados en su infancia y/o a adolescencia que los controles sanos.

Algunos investigadores sugieren que los problemas de salud en las personas adultas supervivientes de abusos y/o de negligencia infantil, pueden deberse a los efectos que el estrés tiene en los primeros años de vida sobre el sistema inmune, o a la mayor propensión de estas personas supervivientes adultas a participar en comportamientos de alto riesgo (por ejemplo, el tabaquismo, el alcohol, el abuso y la conducta sexual de riesgo) (Sachs-Ericsson et al., 2009; Watts-English, Fortson, Gibler, Hooper y De Bellis, 2006; Wegman y Stetler, 2009).

Finalmente, añadir que varios estudios llevados a cabo con mujeres con TEPT asociado a la vivencia de violencia física y/o sexual vivida en la infancia o en la adolescencia, han puesto de manifiesto alteraciones en el funcionamiento del sistema inmune, encontrando una mayor activación de linfocitos T (Lemieux, Coe y Carnes, 2008), así como un aumento

en la respuesta de hipersensibilidad retardada (Altemus, Cloitre, y Dhabhar, 2003) en comparación con las mujeres que no cuentan con tal historia de victimización.

Como consecuencia de este deterioro en el estado de salud, las mujeres víctimas de violencia en la infancia y/o adolescencia, hacen un uso frecuente de los servicios de salud durante la edad adulta (Cannon, Bonomi, Anderson, Rivara y Thompson, 2010; Farley y Patsalides, 2001; Spertus, Yehuda, Wong, Halligan y Seremetis, 2003); tales como visitas a servicios de atención primaria (Hulme, 2000), centros de especialidades médicas (Chartier, Walker y Naimark, 2010), y urgencias médicas (Chartier, Walker y Naimark, 2010; Farley y Patsalides, 2001). Además, hacen un mayor uso de prescripciones médicas (Farley y Patsalides, 2001), y cuentan con un mayor número de intervenciones quirúrgicas (Hulme, 2000) que las mujeres sin historial de victimización. Todos estos estudios, subrayan en conjunto el impacto negativo, a largo plazo, de las experiencias de victimización tempranas sobre la respuesta inmunitaria en la edad adulta.

### **3.2.2. Problemas de salud mental**

La persistencia de problemas de salud mental en las personas adultas es una consecuencia común de la vivencia de abusos y/o negligencia durante la infancia o la adolescencia. Son numerosos los estudios que apuntan la elevada correlación existente entre experiencias de victimización traumática durante la infancia y la adolescencia y psicopatología en la edad adulta (Dalenberg y Palesh, 2004; McEwen, 2003; Mertin y Mohr, 2002; Nemeroff, 2004). Mayores cargas de estrés en la infancia, debidas a victimización temprana, se han relacionado con el desarrollo de posterior patología psiquiátrica en la edad adulta. Además, recientemente, un estudio realizado a nivel nacional en los EE.UU, informó que aquellas personas que tenían experiencias de maltrato físico infantil estaban en mayor riesgo de poder padecer una serie de trastornos psiquiátricos en la edad adulta, que las personas que no informaron de dichas situaciones de victimización (Sugaya et al., 2012). Y paralelamente, el mismo estudio destacó que muchas personas adultas que informaron de vivencia de maltrato físico durante su infancia y/o adolescencia, también expresaron vivencia de situaciones de abuso sexual infantil y de negligencia. Por otro lado, este mismo estudio también encontró una relación “dosis-respuesta” estadísticamente significativa; es decir que las personas que experimentaron una mayor frecuencia de todos estos abusos o formas de maltrato infantojuvenil, se

encontraban en mayor riesgo de padecer un trastorno psiquiátrico que aquellas personas cuyos informes revelaron menor frecuencia de vivencia de abusos.

Los principales problemas de salud mental asociados con historias de victimización infantojuvenil, incluyen: a) trastornos de la personalidad, b) el TEPT, c) los trastornos disociativos, d) la depresión, e) los trastornos de ansiedad, y e) la psicosis (Afifi, Boman, Fleisher y Sareen, 2009; Cannon et al., 2010; Clark, Caldwell, Power y Stansfeld, 2010; Herman, Perry y van de Kolk, 1989; Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011; Maniglio, 2012; McQueen, Itzin, Kennedy, Sinason y Maxted, 2009). Pero también el pánico, la ira, los trastornos afectivos, y el llamado síndrome de déficit de atención e hiperactividad (De Bellis y Thomas, 2003; Springer et al., 2007; Teicher, 2007).

El trastorno de estrés post-traumático complejo en la vida adulta, sería el reflejo de haber vivido un trauma complejo en la infancia, con alteraciones que pudieran suponer un empeoramiento de la regulación emocional, ausencia de apegos seguros y establecimiento de vínculos patológicos y de problemas de relaciones sociales (Courtios, Ford, Van de Kolk y Herman, 2009).

Los síntomas disociativos podrían formar parte de la sintomatología del 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 (McLean y Gallop, 2003).

La depresión es una de las consecuencias más comunes de las vivencias de abusos o maltrato infanto-juvenil (Kendall-Tackett, 2002). En un estudio estadounidense realizado por Afifi et al. (2009), las personas adultas que habían experimentado abusos en la infancia o en la adolescencia, tuvieron dos veces y media más de probabilidades de tener depresión mayor y seis veces más de probabilidades de tener un TEPT, en comparación con aquellas otras personas adultas que no habían experimentado abusos, o maltrato en su infancia y/o adolescencia. Y a su vez, la probabilidad de darse tales consecuencias, aumentó sustancialmente si dichas personas adultas, habían experimentado otras formas de abuso o maltrato infantojuvenil, junto con el divorcio de sus padres. En otro estudio longitudinal prospectivo, realizado en los Estados Unidos, Widom, DuMont y Czaja (2007) encontraron que los niños y las niñas que habían experimentado varios tipos de abusos, se hallaban en

mayor riesgo de presentar un trastorno depresivo mayor en la adultez temprana. Y en muestras de adultos jóvenes, a más largo plazo, se observó que el maltrato infanto-juvenil incrementaba la probabilidad de sufrir en algún momento de la vida, principalmente, cinco tipos de trastornos: TEPT, distimia, trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo, y abuso y dependencia de sustancias (Scott, Smith y Ellis, 2010).

Gilbert et al. (2009) llevó a cabo un metaanálisis de varios estudios retrospectivos, en los que se grabaron los recuerdos de los eventos traumáticos pasados de las personas participantes, y halló una fuerte asociación entre las vivencias de abusos y de negligencias en la infancia y la adolescencia y el intento de suicidio en la edad adulta. Los estudios prospectivos sobre el tema, con el rastreo de experiencias de sucesos traumáticos en las personas participantes durante varios años, indican una relación más moderada. Estas frecuencias mayores de conductas suicidas en personas adultas supervivientes de abusos y de situaciones de negligencia infanto-juvenil, se han atribuido a una mayor probabilidad de sufrir problemas de salud mental. Entre dichas personas adultas también se detectan más problemas de revictimización (Mouzos y Makkai, 2004; Widom, Czaja y Dutton, 2008), de abuso de sustancias (De Bellis, 2002; Reed, Anthony y Breslau, 2007), de conductas suicidas (Felitti et al., 1998), de cuadros de somatización (Florenzano, Fullerton y Acuña, 2002), y de los trastornos de la alimentación (Behar, 2000). En los y las menores testigos de IPV, el TEPT está presente en el 35% de los casos (Viola Marchisio, 2010).

Varios estudios han concluido que los niños y las niñas que han sufrido abuso o negligencia en su infancia y/o adolescencia, tienen por lo menos un 25% más de probabilidades de meterse en problemas de delincuencia (English, Widom y Brandford, 2004), de drogas (Dube, Anda, Felitti, Croft, Edwards y Giles, 2001), de tener bajo rendimiento académico, de tener más probabilidades de arriesgarse sexualmente al llegar a la adolescencia, y de contraer una enfermedad de transmisión sexual (Johnson, Rew y Sternglanz, 2006), e incluso de embarazo adolescente.

Asimismo, llegados a este punto destacar también que las personas adultas que han experimentado abusos en su infancia o adolescencia, en particular el abuso sexual infantil, son más propensas a involucrarse en comportamientos sexuales de alto riesgo. Esto puede llevar a una amplia gama de enfermedades de transmisión sexual, o a situaciones de embarazo precoz (Hillis, Anda, Felitti, Nordenberg y Marchbanks, 2000; Young,

Deardorff, Ozer y Lahiff, 2011). Utilizando una muestra aleatoria de población en Suecia, Steel y Herlitz (2005), encontraron que una historia de abuso sexual en la infancia y/o en la adolescencia, se asoció con una mayor frecuencia de embarazos no deseados, la edad más joven en un primer diagnóstico de una enfermedad de transmisión sexual, mayor probabilidad de participación en el sexo en grupo y una mayor probabilidad de involucrarse en la prostitución. Y en otro estudio retrospectivo bastante grande, realizado en los Estados Unidos, se evidenció cómo la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual era tres veces y media mayor en los hombres y las mujeres que estuvieron expuestos a numerosas experiencias de victimización en la infancia y/o en la adolescencia (entre 3 y 5), en comparación con las personas adultas que no tenían experiencias adversas de abusos o de maltrato en su infancia y/o adolescencia (Hillis et al., 2000).

En otros estudios, se han establecido asociaciones entre el abuso y la negligencia en la infancia y/o adolescencia y el abuso de sustancias en la edad adulta (Simpson y Miller, 2002; Widom, White, Czaja y Marmorstein, 2007). Cerdá, Tracy, Sánchez 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 recibido exposición a situaciones de maltrato 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, y III) 2000-2002. Los autores encontraron que, la exposición a las distintas formas de violencia en la adolescencia se asoció con una mayor probabilidad de presentar trastornos de conducta y consumo de drogas en la vida adulta, pero en este estudio no encontraron datos relevantes en cuanto a la depresión. Las tasas más altas de problemas de abuso de sustancias entre las personas adultas supervivientes de situaciones de abuso y/o negligencia infantojuvenil, podrían deberse, en parte, a la necesidad de su mayor evitación (mediante el mayor consumo de sustancias) de los síntomas de trauma, y de los recuerdos intrusivos causados por la historia de abusos (Whiting, Simmons, Havens, Smith y Oka, 2009), y la depresión (Bradley et al., 2008). Sin embargo, cabe decir también aquí que, un reciente meta-análisis de 124 estudios sobre el maltrato infantil físico, psicológico y la negligencia, ha informado de la no existencia de pruebas sólidas de una asociación entre estos tipos de maltrato y un mayor riesgo de consumo de drogas (Norman et al., 2012).

Por otro lado, la investigación prospectiva, igualmente ha demostrado que los trastornos de la alimentación y la obesidad son comunes entre las personas adultas que han sufrido abusos y/o formas de negligencia en su infancia o adolescencia (Gilbert et al., 2009; Kendall-Tackett, 2002; Thomas, Hyppönen y Power, 2008). En un estudio, Johnson, Cohen, Kasen y Brook (2002), encontraron que los y las adolescentes y personas adultas jóvenes, con antecedentes de abuso sexual infantil o de negligencia, presentaron cinco veces más de probabilidades de tener un trastorno de la alimentación, en comparación con las personas que no tenían un historial de abusos. En otro estudio longitudinal prospectivo en el Reino Unido, los resultados indicaron que las formas graves de adversidad en la infancia y la adolescencia, tales como el abuso físico, el ser testigo de violencia doméstica y el abandono, se asociaron con mayor riesgo de obesidad en la edad adulta media, en un 20% -40% (Thomas et al., 2008). Así también, Rohde et al. (2008), en un estudio con una gran muestra poblacional encontraron que tanto el abuso sexual, como el abuso físico, producidos en la infancia y/o la adolescencia, duplicaron las probabilidades de obesidad en mujeres de mediana edad. El estrés y los problemas de salud mental como la depresión, pueden aumentar la probabilidad de las personas adultas con antecedentes de abusos y/o negligencia de convertirse en obesas, o tener un trastorno de la alimentación (Rodríguez-Srednicki y Twaite, 2006).

### **3.2.3. Revictimización**

La revictimización, o experiencia de presentar un mayor riesgo de sufrir victimización en algún momento de la vida adulta, tras haber sufrido algún proceso de victimización en la infancia o la adolescencia (Cannon et al., 2010; Mouzos y Makkai, 2004; Whiting, Simmons, Havens, Smith y Oka, 2009; Widom et al., 2008), supone una mayor vulnerabilidad a formas graves y duraderas de angustia psicológica (Finkelhor, Ormrod, Turner y Hamby, 2011b) y a presentar problemas de salud mental (Thoresen, Myhre, Wentzel-Larsen, Aakvaag y Hjemdal, 2015).

Los estudios de comorbilidad epidemiológica en victimización repetida sugieren que, la exposición a la violencia en edad temprana sirve como un factor de riesgo específico para la violencia física y sexual en la edad adulta, con una prevalencia de la victimización de las mujeres estadounidenses de un 12% (Kimerling, Alvarez, Pavao, Kaminski y Baumrind, 2007). Ello podría ser debido a que, las mujeres que sufren

violencia en la infancia y/o la adolescencia, o que han sido testigos de la violencia de sus padres, podrían estar en mayor riesgo de ser víctimas en la edad adulta por ser más propensas a tener baja autoestima y haber podido aprender que el comportamiento violento es una respuesta normal para lidiar con el conflicto (Mouzos y Makkai, 2004).

Renner y Slack (2006), detectaron que en mujeres adultas con una historia infantil y juvenil vejatoria de índole física, se multiplicaba por 2,6 (IC 95%: 1, 8-3,8) veces el riesgo de experimentar IPV, en comparación con las mujeres sin historia de victimización en su infancia y/o adolescencia. Después de controlar por las características de la familia de origen se demostró que tanto el abuso sexual como el abuso físico en la infancia y/o en la adolescencia, se relacionaban de forma significativa con las experiencias de las mujeres adultas de victimización en la pareja. El abuso sexual infanto-juvenil aumentaba el riesgo de maltrato en la pareja en un 300%; mientras que el abuso físico infanto-juvenil, aumentaba el riesgo de IPV en un 260%. Para las participantes, el abandono por parte de sus cuidadores durante la infancia y/o la adolescencia no se asoció con el abuso de la pareja. Y en una muestra grande, basada en población general, con 11.056 mujeres de California, Kimerling et al. (2007), informaron que las mujeres que habían experimentado abuso físico o sexual en su infancia y/o adolescencia, eran 5,8 veces más propensas a experimentar abusos físicos o abusos sexuales en la edad adulta.

Crawford y Wright (2007) llevaron a cabo un estudio sobre las relaciones entre el maltrato psicológico en la infancia y/o adolescencia, los esquemas interpersonales, y la posterior revictimización en la edad adulta. En él contaron con 301 hombres y mujeres, estudiantes de universidad, que completaron cuestionarios que evaluaban la historia de abuso en la infancia y/o adolescencia, los esquemas desadaptativos actuales, la victimización de pareja en la edad adulta y la perpetración de agresiones en la relación de pareja. Se observó que el maltrato psicológico predijo tanto la perpetración de posteriores situaciones de victimización, como la revictimización. Y que los esquemas de desconfianza, autosacrificio, y de inhibición emocional, mediaban significativamente la relación entre el maltrato psicológico en la infancia y/o adolescencia y la posterior revictimización en la edad adulta. Los esquemas de desconfianza, de derecho o justicia, de inhibición emocional, y de autocontrol insuficiente mediaban significativamente la relación

entre el maltrato psicológico en la infancia y/o adolescencia y la posterior perpetración de IPV en la edad adulta.

Pero también la victimización en la pareja, parece estar asociada con un mayor riesgo de ser objeto de violencia por parte de otra pareja (Krishnan, Hilbert y Pase, 2001). Las experiencias recurrentes de IPV en diferentes relaciones, se asocian con apego inseguro (Kuijpers, Van der Knaap y Winkel, 2012), y con experiencias de múltiples traumas en la infancia y/o la adolescencia, como la exposición a IPV entre sus progenitores, y el abuso sexual en la infancia y/o la adolescencia (Alexander, 2009).

Por otro lado, a su vez, igualmente, ha confirmado la hipótesis de que el TEPT aumenta la vulnerabilidad de revictimización (Messman-Moore, Brown y Koelsch, 2005; Messman-Moore, Ward y Brown, 2009). Los investigadores están intentando determinar si los aspectos particulares del TEPT se asocian con mayor riesgo de revictimización; pero hasta el presente no se ha proporcionado aún consenso en cuanto a dichos resultados. Ahora bien, sí se ha evidenciado que la mayor gravedad de síntomas de estrés postraumático correlaciona con una mayor revictimización en las nuevas relaciones de pareja (Kuijpers, van der Knaap y Lodewijks, 2011; Kuijpers et al., 2012). También la gravedad y la frecuencia de la IPV parecen ser igualmente fuertes factores predictores del establecimiento de nuevas relaciones de pareja abusivas.

En un estudio reciente de Becker, Stuewig y McCloskey (2010) se investigó cómo varios tipos de IPV (violencia psicológica, violencia física, y el abuso sexual) y tres formas de victimización en la infancia y/o adolescencia (la violencia física, el abuso sexual, y el ser testigo de violencia doméstica en la pareja) influyeron en la sintomatología del TEPT. Encontraron que en las pruebas bivariadas, todas las formas de IPV, y todas las formas de victimización infanto-juvenil, mostraron asociaciones independientes con la sintomatología de TEPT. La prueba para ver si IPV moderó la relación entre la victimización infanto-juvenil y el TEPT, sólo representó el 1% de la varianza. Sin embargo, los autores encontraron que el impacto del abuso físico en la infancia y la adolescencia, mediaba el mayor impacto de la IPV. Las mujeres con historias de violencia física en su infancia y/o adolescencia eran más propensas a experimentar IPV, lo que a su vez resultaba en un aumento de las puntuaciones de TEPT. Por lo tanto, la historia de trauma previo,

específicamente la victimización infanto-juvenil como el abuso físico, sexual y/o psicológico pueden influir en la relación ente IPV y TEPT.

Finalmente, comentar que en otro estudio prospectivo también reciente de Kuijpers et al. (2012), realizado con 74 mujeres víctimas de IPV que buscaban ayuda profesional, se investigaron los mecanismos psicológicos implicados en la explicación del riesgo de experimentar revictimización en la pareja. Se encontró que la violencia cruzada entre víctima y agresor y un estilo de apego evitativo, en particular en las víctimas con niveles altos y medios de ira, son factores de riesgo importantes para la revictimización física y psicológica de IPV.

#### **3.2.4. Actos violentos y actividades delictivas.**

La violencia, actividades delictivas y el comportamiento criminal son otras de las consecuencias que a largo plazo pueden presentar personas adultas que han vivido situaciones de abusos y negligencia en su infancia y/o adolescencia, sobre todo en los casos de las que han experimentado abuso físico o han presenciado situaciones de violencia doméstica en el ámbito de la relación de pareja (Gilbert et al, 2009; Kwong, Bartholomew, Henderson y Trinke, 2003; Miller-Perrin y Perrin, 2007). Widom (1989) comparó una muestra de personas adultas con antecedentes de abusos y/o negligencia infantojuvenil en los Estados Unidos, con una muestra de personas adultas sin historial de abusos y/o de negligencia infantojuvenil; encontrando que las personas con una historia de abusos y/o de negligencia infantojuvenil tuvieron una mayor probabilidad de arrestos, de criminalidad adulta, y de comportamientos violentos. Chapple (2003), sugiere que las personas con historial de abuso físico infanto-juvenil, o que fueron testigos de violencia doméstica en el ámbito de la relación de pareja, podrían involucrarse mayormente en actos violentos o en actividades delictivas, por haber aprendido que la violencia es un método apropiado para responder a la tensión, o a la resolución de conflictos.

#### **3.2.5. La transmisión intergeneracional de la violencia.**

La transmisión intergeneracional de la violencia, sostiene que los y las menores que son víctimas de violencia por parte de sus padres y/o testigos de la violencia de los padres, aprenderán que la violencia es apropiada en el plano interpersonal, y tenderán a imitar estas lecciones aprendidas sobre la violencia en su primera infancia en sus posteriores relaciones adultas (Kwong et al., 2003; Mouzos y Makkai, 2004; Pears y

Capaldi, 2001; Renner y Slack, 2006), bajo formas de padres o parejas abusivas, o incluso de padres descuidados que son también más propensos a la negligencia de sus propios hijos e hijas (Mouzos y Makkai, 2004). Y además, este mismo proceso de aprendizaje se aplicará de igual forma al comportamiento de mala adaptación psicológica (Fergusson, Boden y Horwood, 2006), la cual permitirá explicar, entre otras variables, la coocurrencia de la transmisión intergeneracional de la violencia y del maltrato infantil.

Entre los estudios que se han centrado en analizar cómo los y las menores expuestos a situaciones de violencia en su entorno familiar en su infancia y/o adolescencia han desarrollado más relaciones violentas en su edad adulta, cabe destacar:

a) Aquellos que han observado el desarrollo de patrones de violencia en la edad adulta en relaciones interpersonales en general (Kwong et al., 2003).

b) Aquellos en los que los padres que habían experimentado violencia física en su infancia y/o adolescencia fueron significativamente más propensos a involucrarse en comportamientos abusivos hacia sus propios hijos e hijas (Pears y Capaldi, 2001). Ertem, Leventhal y Dobbs (2000) en un metaanálisis encuentran evidencia de que existe continuidad intergeneracional del abuso infantil, (riesgo relativo de transmisión del abuso de una generación a otra: 12,6 (IC 95%: 1,8 - 87,2). La evidencia sugiere de la misma forma que las personas adultas que son abusadas o descuidadas en su infancia y/o adolescencia, son también más propensas a abusar o descuidar a sus propios hijos e hijas (Kwong et al, 2003; Mouzos y Makkai, 2004; Pears y Capaldi, 2001). Y se estima que aproximadamente una tercera parte de los y las menores que han sufrido abuso y/o negligencia, causarán daño a sus propios hijos o hijas (Prevent Child Abuse New York, 2003). Kwong et al. (2003) determinaron que al crecer en una situación de maltrato se puede enseñar a un menor o a una menor que, el uso de la violencia y la agresión es un medio viable para hacer frente a los conflictos interpersonales, lo que puede aumentar la probabilidad de que el ciclo de violencia continúe cuando este o esta menor llega a la edad adulta. El estar expuesto o expuesta a la violencia en el hogar, hace que los niños y las niñas 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.

c) Y los que han sugerido que presenciar violencia en la infancia y/o adolescencia produce un impacto exponencial en el grado en que una persona va a participar en relaciones de pareja violentas en la edad adulta, y de manera similar, en la experiencia íntima de victimización en la pareja (Ehrensaft, Cohen, Brown, Smailes, Chen y Johnson, 2003; Whitfield, Anda, Dube y Felitti, 2003). En un estudio con 36 hombres que tenían historial de violencia doméstica en la pareja, Bevan y Higgins (2002) encontraron que el maltrato infantojuvenil (sobre todo la negligencia infantil) y la baja cohesión familiar, se asociaron con mayor violencia conyugal de tipo físico. Ser testigo de violencia doméstica en el ámbito de la pareja, se asoció con la violencia psicológica en la pareja y con síntomas postraumáticos. Así también, la investigación de Stith, Rosen, McCollum y Thomsen (2004) halló que menores que crecieron en familias abusivas tenían una mayor tendencia a agredir a sus parejas en la edad adulta, en comparación con aquellos que no habían sufrido abusos en su infancia

Para McClellan y Killeen (2000), la ocurrencia de la transmisión intergeneracional de la violencia familiar, incluyendo el maltrato infanto-juvenil, se explicaría por: a) el enfoque de desarrollo disfuncional de la teoría del apego entre progenitores-bebés y niños o niñas en este ámbito de estudio; b) la psicopatología materna; c) la psicopatología del desarrollo; y d) la teoría del aprendizaje social.

Mizuki, Fujiwara y Okuyama (2015), en un estudio en el que se pretendió investigar el impacto independiente de la historia de victimización materna infanto-juvenil, después de controlar otros aspectos del pasado materno, la forma de crianza materna, la crianza pasada paterna, y la salud mental de la madre, sobre los problemas de apego de menores que viven en Japón en casas de acogida con sus madres; encontraron que la historia materna de abuso infanto-juvenil, se asoció significativamente y de forma independiente a IPV con problemas de apego de los menores. Este hallazgo sugiere la continuidad intergeneracional del maltrato infantil.

Algunos estudios señalan que el comportamiento agresivo se trasmite por aprendizaje, o por imitación (Salas Bahamón, 2005; Pollak, 2004). 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 todas las personas que de pequeñas han sido maltratadas, o han vivido en un contexto de violencia familiar, acaban maltratando a sus hijos e hijas. Se estima que entre un 5% y un 34% de sujetos maltratados llegan a perpetrar malos tratos contra sus hijos e hijas, frente a un 5% de población general (Kaufman y Zigler, 1987).

Algunos estudios sugieren que para estos y estas menores, podría considerarse como un factor de alta protección, recordando el modelo de trauma complejo y el modelo de resiliencia, el lograr establecer un vínculo sano y seguro con la madre. Si bien es cierto que, teniendo en cuenta la propia historia de victimización materna, en muchas ocasiones resulta extremadamente complicado el establecer un apego seguro con sus hijos e hijas. Sin embargo, siempre que ello fuera posible, la restauración del apego con la madre debería ser uno de los principales objetivos en la intervención temprana con estos y estas menores.

A pesar de todo lo anteriormente comentado, todavía queda mucho para entender los factores que aumentan de la transmisión intergeneracional de la violencia y por ejemplo, son pocos los estudios que se han centrado en el abuso o maltrato psicológico (LaViolette y Barnett, 2013), pocos han incluido a las víctimas masculinas (Gover et al., 2008) y en general no se han controlado suficientemente los factores más allá de las características de la familia de origen, la ideología de género, las actitudes hacia las mujeres, y la masculinidad (Gover et al., 2008).



# *CAPÍTULO 2*

*LA IPV*

---



# 1. CONCEPTO Y TIPOS DE IPV.

---

## 1.1. Concepto de IPV

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de 2002, aportó una definición específica de violencia de pareja, entendiéndola como “aquellas agresiones físicas, como los golpes o las patadas, las relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual, los malos tratos psíquicos, como la intimidación y la humillación, y los comportamientos controladores, como aislar a una persona de su familia y amistades, o el restringir su acceso a la información y la asistencia” (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2002).

El término IPV (en inglés, “Intimate partner violence”, o IPV), ha sido elegido, más recientemente en los ámbitos científicos nacionales e internacionales, para designar la “violencia del compañero íntimo” y para describir no sólo una amplia gama de relaciones abusivas, sino también incluir varios tipos de conductas abusivas. La IPV, también describe un patrón de comportamiento en vez de actos individuales. En esta tesis se utilizará indistintamente el concepto de IPV para referirse a la violencia entre las parejas dentro de los límites de una relación afectiva, así como las otras formas de violencia en el hogar o doméstica donde se aplica la violencia de pareja.

La IPV, o los maltratos en la relación de pareja con sus diferentes formas de victimización (por violencia física, sexual, o psicológica), son una forma de conducta socialmente aprendida que se refuerza ideológicamente y culturalmente y se puede cambiar, reducir y prevenir (Cantera, 2007). Además, IPV constituye la forma de violencia hacia la mujer más frecuente y también el motivo más común de sufrimiento psicológico en las mujeres; y supone la principal causa de reducción de la calidad de vida (Soler, Barreto y González, 2005) conllevando, además, importantes problemas de salud mental (Golding, 1999).

## 1.2. Tipos de IPV

La IPV generalmente se clasifica en: a) violencia física, b) violencia psicológica (psíquica o emocional) y c) violencia sexual, en función de la naturaleza de los actos ocurridos durante los episodios de violencia (Ruiz-Pérez, Plazaola-Castaño y Vives-Cases, 2007).

El maltrato físico supone el uso de la fuerza con la intención de infligir daño (Koss y Hoffman, 2000). Comúnmente, en él el contacto físico supone empujar, asfixiar o estrangular, dar golpes con los puños, patear, dar tirones de pelo, lanzar objetos, o incluso el uso de armas (Walby y Allen, 2004). El abuso sexual incluye las conductas dirigidas a forzar un acto de intimidad sexual no deseado ya sea mediante el uso de la fuerza, de amenazas, intimidación, o la coacción (Gosselin, 2007). Es difícil identificar todas las conductas que pueden utilizarse para ejercer la violencia psicológica. Sin embargo, se puede considerar que se produce maltrato emocional o psicológico, cuando se dan patrones que pueden incluir el control de las actividades cotidianas, así como las decisiones importantes de la vida (Campbell, Sullivan y Davidson, 1995), daños a la propiedad o los animales domésticos, amenazas de daño a la propia víctima o a sus seres queridos, los ataques verbales y no verbales que se utilizan para amenazar, aterrorizar, intimidar, menospreciar, controlar y disminuir y/o destruir la autoestima y el bienestar emocional de una persona (Saltzman, Fanslow, McMahon, y Shelley, 2002) y la humillación, con especial énfasis puesto en la vulnerabilidad, y la manipulación (Gosselin, 2007). Asimismo, Blázquez, Moreno y García (2009), informan que varios estudios han considerado como categorías diferenciales del maltrato psicológico formas de violencia tales como: a) El maltrato económico, que consiste en el control absoluto de los recursos económicos de la víctima; b) El maltrato estructural, que alude a las diferencias y relaciones de poder que generan y legitiman la desigualdad; c) El maltrato espiritual, que sugiere la destrucción de las creencias culturales o religiosas de la víctima o a obligarla a que renuncie a sus creencias personales y acepte un sistema de creencias determinado; y d) El maltrato social, que se refiere al bloqueo social de la víctima, al aislamiento de sus relaciones interpersonales y la degradación de éstas.

Si bien en una relación en la que se de IPV puede tener lugar tanto la violencia física, como psicológica, como la sexual (García-Linares et al., 2005; Kramer, Lorenzon, y

Mueller, 2004; Thompson et al., 2006), los estudios existentes se han centrado principalmente en analizar el impacto de la violencia física, seguidas por el impacto de la violencia sexual concomitante a la violencia física, el impacto de los tres tipos de violencia, el impacto de la violencia física y psicológica y por último el impacto de la violencia psicológica sola. A este respecto, numerosos estudios transversales ponen de manifiesto la existencia de concomitancia entre la violencia física y la violencia sexual (Campbell y Soeken, 1999; Pico-Alfonso et al., 2006), así como entre la violencia psicológica y la violencia sexual (García-Linares et al., 2005; Pico-Alfonso et al., 2006); incrementándose el impacto negativo sobre la salud de las mujeres cuando la violencia sexual coexiste con otro tipo de violencia (Pico-Alfonso et al., 2006). Por otro lado, está también bien documentado el hecho de que la violencia psicológica acompaña frecuentemente a otras formas de violencia (García-Linares et al., 2005; Pico-Alfonso et al., 2006; Sabina y Straus, 2008), aunque puede aparecer, a su vez, de forma independiente (Pico-Alfonso et al., 2008; Ruiz-Pérez et al., 2006). En cualquier caso, la violencia psicológica ejerce un impacto en la salud tan devastador como la violencia física (Kramer et al., 2004; O’Leary, 1999; Pico-Alfonso et al., 2008; Pico-Alfonso et al., 2006), y de hecho, muchas mujeres supervivientes de IPV, consideran que el maltrato psicológico resulta ser más dañino que la violencia física (Street y Arias, 2001), e indican que “los moratones se desvanecen con el tiempo, las palabras no”. A pesar de todo ello, como predictor de la salud mental todavía recibe menos atención que otras formas de violencia en el ámbito de la relación de pareja dentro de la investigación (Pico-Alfonso et al., 2006).

Además, la investigación sugiere que la violencia psicológica, que mantiene en la persona que la sufre sentimientos interiorizados de duda y miedo, puede causar una mayor permanencia dentro de una relación abusiva y, a su vez, con ello también un mayor impacto en la salud mental (Lagdon, Armour y Stringer, 2014). Asimismo, la investigación ha señalado que los componentes de dominancia, intimidación y menosprecio de la violencia psicológica son predictores únicos significativos del trastorno de estrés postraumático y de otros trastornos psicopatológicos de ansiedad y depresión comórbidos (Norwood y Murphy, 2012). La violencia psicológica puede crear un entorno en el que la persona espera con anticipación temerosa a que el próximo acto violento que se produzca. Por otro lado, la violencia psicológica igualmente puede dar lugar a la restricción del

apoyo social, lo que puede ocasionar más problemas de identidad, de control emocional (Escribá-Aguir et al., 2010) y mayor aparición de síntomas de TEPT. El apoyo social, es un factor protector conocido en la relación entre IPV psicológica y posterior desarrollo de los síntomas de TEPT (Karstoft, Armour, Elklit, y Salomón, 2013).

La violencia psicológica es más difícil de identificar y evaluar, por lo que se sugiere que su severidad se estime en función de la frecuencia con que se da y el impacto subjetivo que supone para la mujer (McAllister, 2000; Walker, 1979).

En la Tabla 6 se describe la caracterización de maltrato psicológico de Labrador, Rincón, De Luis, Fernández-Velasco (2004), por ser considerada bastante completa.

**Tabla 6. Conductas de maltrato psicológico**

<b>ABUSO ECONÓMICO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hacer preguntas constantes sobre el dinero.</li> <li>- Controlar el dinero de la pareja.</li> <li>- Coger el sueldo o el dinero de la pareja.</li> <li>- No permitir el acceso al dinero familiar.</li> <li>- Impedir que consiga o conserve un trabajo.</li> </ul>
<b>AISLAMIENTO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlar lo que hace la pareja, a quién mira y habla, qué lee, dónde va, etc.</li> <li>- Limitar los compromisos de la pareja fuera de casa o de la relación de pareja.</li> <li>- Usar los celos para justificar las acciones.</li> </ul>
<b>INTIMIDACIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infundir miedo usando miradas, acciones o gestos.</li> <li>- Romper cosas.</li> <li>- Destruir la/s propiedad/des de la pareja</li> <li>- Mostrar armas.</li> </ul>
<b>NEGACIÓN, MINIMIZACIÓN Y CULPABILIZACIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afirmar que el abuso no está ocurriendo.</li> <li>- Reconocer el abuso y no preocuparse por la seriedad de éste.</li> <li>- Responsabilizar a la pareja por lo ocurrido.</li> </ul>
<b>USO DE AMENAZAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hacer amenazas de infligir lesiones o daño físico.</li> <li>- Amenazar con la realización de un acto suicida.</li> <li>- Amenazar con abandonar o tener una aventura con otra persona.</li> <li>- Amenazar con echar a la pareja de casa</li> </ul>
<b>USO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amenazar con quitar la custodia de los niños e hijas en caso de que la víctima denuncie.</li> <li>- Amenazar con maltratar a los hijos e hijas en caso de denuncia por parte de la víctima.</li> <li>- Usar a los hijos e hijas para enviar mensajes.</li> <li>- Usar las visitas (en caso de divorcio o separación) para acosar u hostigar al otro miembro de la pareja.</li> <li>- Tratar de llevarse a los hijos e hijas cuando no está pactado.</li> </ul>

Fuente: Labrador, Rincón, De Luis, y Fernández-Velasco (2004)

## 2. PREVALENCIA DE LA IPV.

---

Durante las últimas décadas, organizaciones internacionales, gobiernos, sociedades científicas y organizaciones no gubernamentales han puesto en marcha programas y políticas con el objetivo de conocer el alcance de esta problemática, disminuir su incidencia y paliar sus efectos (García-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise y Watts, 2006). El informe recientemente publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), titulado “Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud”, supone el primer estudio sistemático de los datos mundiales sobre la prevalencia de la violencia contra las mujeres ejercida tanto por la pareja como por otras personas, y evidencia que cerca del 35% de todas las mujeres experimentarán hechos de violencia ya sea en la pareja o fuera de ella en algún momento de sus vidas. También muestra que la violencia de pareja es el tipo más común de violencia contra la mujer afectando, a lo largo de su vida, al 30% de las mujeres en todo el mundo (WHO, 2013).

En los EEUU, los resultados de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (NVAWS), llevada a cabo por Tjaden y Thoennes (2002), y reconocida probablemente como uno de los mejores estudios epidemiológicos de violencia llevado a cabo en el país, mostraron que un 22,1% de las mujeres había sido agredida físicamente y un 7,7% sexualmente en algún momento de su vida. Igualmente, en la NVAWS se evidenció que alrededor de 1,5 millones de mujeres son violadas y/o agredidas físicamente por su pareja cada año (Tjaden y Thoennes, 2000). Y según una Encuesta Nacional sobre IPV y Violencia Sexual (NISVS), aproximadamente, el 29% de mujeres tienen experiencia de violación u otro tipo de maltrato sexual, violencia física y/o acoso por parte de su pareja (Black et al., 2011). Así también, 1 de cada 4 mujeres mayores de 18 años en los Estados Unidos han sido víctimas de violencia física severa por parte de su pareja a lo largo de su vida (Black et al., 2011) y casi el 15% de las mujeres, han resultado heridas a lo largo de su vida como consecuencia de la violencia en su relación de pareja (Black et al., 2011).

En Europa, los datos de prevalencia derivados de estudios epidemiológicos nacionales, así como de estudios clínicos y regionales, ponen de manifiesto que entre el 4% y el 30% de mujeres han sufrido violencia física y/o sexual por la pareja en algún momento

de sus vidas. Y entre el 4% y el 20% de las mujeres han sido víctimas de violencia sexual, entre el 19 y el 42% lo han sido de violencia psicológica, y entre el 6% y el 25% de violencia física (Martínez y Schröttle, 2006).

En 2014, el informe del estudio realizado por la Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA) sobre la violencia de género en Europa, a 42.000 mujeres en los 28 países de la UE, aporta las siguientes conclusiones: 1) una de cada tres europeas de entre 18 y 74 años de edad ha sufrido violencia física o sexual desde los 15 años; 2) el 22% de las mujeres que han tenido una relación de pareja con un hombre ha experimentado violencia física o sexual por su parte; 3) el 5% de las europeas mayores de 15 años -una de cada 20- ha sido violada; 4) sólo una de cada tres mujeres que sufrieron agresiones físicas por parte de su pareja denunció el caso; 5) el 43% de las mujeres ha sufrido alguna forma de violencia psicológica por parte de su actual pareja masculina o una anterior; 6) el 55% de las mujeres mayores de 15 años ha sufrido alguna forma de acoso sexual, lo que equivale a 100 millones de mujeres; 7) el 33% tiene experiencias infantiles de violencia física o sexual a manos de un adulto, y el 12% que tuvo experiencias de violencia sexual en la infancia y/o adolescencia. En este mismo informe se destaca que un 12% de las españolas declaran haber sufrido violencia física por parte de su pareja (actual o pasada) alguna vez en su vida desde que tenían 15 años, frente al 20% de la media europea. Y también que el 4% de las mujeres españolas afirman haber sufrido violencia sexual por parte de su pareja (actual o pasada), el 33% violencia psicológica por parte de su pareja (actual o pasada) el 30% violencia física, sexual o psicológica en su infancia (antes de cumplir 15 años de edad), el 11% violencia sexual en su infancia (antes de cumplir 15 años de edad) y el 50% acoso sexual en algún momento de su vida desde los 15 años

En España, el referente más utilizado por las personas expertas en relación con la magnitud de la violencia contra la mujer, lo constituyen las llamadas Macroencuestas de violencia contra la mujer, que se vienen desarrollando cada cuatro años desde el año 1999. La Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015, se ha realizado en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). En ella ha participado una muestra de 10.171 mujeres de 16 y más años, representativas de la población femenina residente en España. El 12,5% de las mujeres mayores de 16 años que viven en España ha sufrido

violencia física o sexual de sus parejas o exparejas a lo largo de su vida. Si se extrapola este porcentaje a la población femenina de esa edad que recoge el Instituto Nacional de Estadística (INE), serían unos 2,5 millones de mujeres. Además, una de cada 4 mujeres sufre control psicológico (unos 5 millones de mujeres dicen sufrir el control de sus parejas o exparejas sobre diversos aspectos de su libertad). Todas estas cifras suben si la mujer es discapacitada o joven. Un 23% de mujeres con 33% o más de discapacidad ha padecido o padece violencia física o sexual. Mientras que este porcentaje baja al 15,1% en mujeres sin discapacidad. Y la violencia psicológica, de control, en el último año, se dispara si hablamos de chicas entre 16 y 19 años (25%) respecto a la media general (9,2%).

Además, a continuación se detallan porcentajes de distintos tipos de victimización, que aumentan respecto de la media general considerando también a las adolescentes de 16 y 17 años: a) el 19,6% de las mujeres residentes en España de 16 o más años han sufrido violencia física a lo largo de sus vidas de parejas, exparejas o terceros; b) el 13,7% de las mujeres residentes en España de 16 o más años han sufrido violencia sexual a lo largo de sus vidas de parejas, exparejas o terceros; c) el 3% de las mujeres residentes en España de 16 o más años han sufrido violencia física en los últimos 12 meses de parejas, exparejas o terceros; d) el 1,9% de las mujeres residentes en España de 16 o más años han sufrido violencia sexual en los últimos 12 meses de parejas, exparejas o terceros; e) en total, el 24,2% de las mujeres residentes en España de 16 o más años han sufrido violencia física y/o sexual a lo largo de sus vidas de parejas, exparejas o terceros; f) en total, el 4,3% de las mujeres residentes en España de 16 o más años han sufrido violencia física y/o sexual en los últimos 12 meses de parejas, exparejas o terceros.

Igualmente en este año 2015, se ha podido saber que un total de 576 chicas menores de edad tenían al finalizar el año 2014 una orden de protección o una medida cautelar dictada a su favor por violencia de pareja; lo que supone un aumento del 15,4% respecto del año anterior, según el balance anual del Registro de Violencia Doméstica y de Género del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Finalmente, en una reciente encuesta de violencia machista en Cataluña (2010), llevada a cabo por el “Departament d’Interior, Relacions Institucionals i Participació, de la “Generalitat de Catalunya”, el “Institut Català de les Dones (ICD)” y la “Regidoria de la Dona de l’Ajuntament de Barcelona”, se encontró que: a) un 9,4% de las mujeres

reconocían haber sufrido maltrato por parte de parejas y/o exparejas durante el último año; b) el 82,3% de mujeres que consideraban delictivas las agresiones sufridas no las denunciaron; c) se sitúan entorno a un 25% las mujeres que han tenido un episodio grave de violencia en su vida, ejecutado el 100% de las veces por un hombre, que en un 75% de las ocasiones, era de su entorno (familia, trabajo, red social) (Petit, 2014).

### 3. CAUSAS DE LA IPV.

---

Aunque la IPV ha existido durante siglos, no ha recibido la atención por parte de la investigación hasta poco antes de la década de 1970. En las últimas tres décadas, se ha tratado de destacar o evidenciar las causas y los factores subyacentes de la IPV (Tolan, Gorman-Smith y Henry, 2006).

En la actualidad no existe un consenso entre personas académicas y activistas en torno a un mismo modelo explicativo. El maltrato a la mujer por su pareja, en la investigación psicológica, se explica más a menudo por la convergencia de causas diversas y complementarias entre sí, siendo ampliamente aceptados los distintos modelos multicausales propuestos (Ferrer y Bosch, 2004). A continuación, siguiendo el trabajo de Brewster (2002), se va a realizar un breve recorrido por distintas teorías que se han formulado con el fin de explicar el fenómeno del maltrato a la mujer por parte de su pareja. Las primeras teorías que intentaron explicar IPV, fueron las teorías unicausales, que consideraban que la IPV tenía su origen en características individuales de las mujeres y/o de los varones (como la personalidad, la situación socioeconómica, o el estrés). Así, *las teorías psicológicas* atribuyen la causa del maltrato del hombre hacia su pareja a variables de tipo psicológico como pueden ser los trastornos de personalidad, psicopatologías, experiencias de abuso en la infancia, daño cerebral, consumo de sustancias, TEPT, etc (Brewster, 2002). Ciertas características de personalidad como la necesidad de control, la ira, o el comportamiento obsesivo, han sido señaladas, como favorecedoras de la conducta violenta del hombre (Dutton y Starzomski, 1993; Walker, 1994). De hecho existen investigaciones que indican una correlación entre cierta psicopatología del hombre y las conductas de maltrato hacia su pareja como señala Brewster (2002), dándose dicha relación con mucha menos frecuencia que lo que tradicionalmente se ha sugerido. Por ello, se hace necesario recurrir a otras perspectivas teóricas más globales que ayuden a explicar el fenómeno en toda su dimensión.

Posteriormente, otras teorías pasaron a manejar explicaciones más amplias sobre el tema, incluyendo también tanto teorías psicológicas (teoría del aprendizaje social, del intercambio, del estrés), como teorías sociológicas (como la perspectiva de la violencia o el conflicto familiar o la perspectiva feminista).

Las *teorías sociológicas* nacieron como respuesta al debate público que propició el movimiento feminista en relación al maltrato a la mujer por su pareja como fenómeno social con una alta prevalencia (Villavicencio y Sebastián, 2001). Dentro de este grupo de teorías, Brewster (2002) cita la “teoría familiar sistémica” que se fundamenta en la responsabilidad que todos los miembros de la familia tienen en la construcción y mantenimiento de dinámicas violentas, así como también resalta el valor de la transmisión intergeneracional de estos patrones aprendidos. La idea fundamental de esta teoría es que, tanto el hombre como la mujer son víctimas y culpables de la violencia marital establecida entre ellos (Villavicencio y Sebastián, 2001). Idea que ha sido ampliamente apoyada por los datos recogidos en gran cantidad de estudios que utilizaron como instrumento de medición el Conflict Tactics Scales (CTS) de Straus (1979), y que ofrecían índices de prevalencia muy similares entre las conductas violentas por parte de las mujeres y de los hombres. No obstante, este instrumento fue muy cuestionado, ya que como señalan Dobash y Dobash (1992), no alcanzaba a medir las conductas de dominación y control por parte del hombre, ni las consecuencias del maltrato.

Otro de los enfoques que Brewster (2002) incluye en este grupo de teorías sociológicas, las ideas sobre el aprendizaje social de Bandura, Ross y Ross (1963). Estos autores consideran que la transmisión intergeneracional de la violencia tiene un papel fundamental en el establecimiento de dinámicas violentas en la pareja. El maltrato, por tanto, sería una conducta que se aprende por observación y que se mantiene si es reforzada en términos de beneficios a corto plazo, tales como por ejemplo la sumisión de la pareja, y el bajo coste de las consecuencias, como puede ser la impunidad legal. La normalización de la violencia como forma de resolver conflictos en familias de pocos recursos, llevaría a que los patrones de conducta violentos y la transferencia de los mismos fuera más frecuentes en unas “subculturas” que en otras.

Por último Brewster (2002), incluye la “teoría del intercambio” en el grupo de teorías sociológicas del maltrato, la cual se basa en un sistema de costes y beneficios. Se trata de la aplicación al maltrato doméstico de la teoría social de Homans (1961), en la que se propone que todo sistema social estaría mediado por el intercambio de servicios y beneficios. Se plantea que una relación íntima, estaría fundamentada en una serie de beneficios, como pueden ser el amor, el afecto, el sexo, el dinero, etc., que se obtienen a

cambio de unos servicios o costes entre los miembros de la pareja que se establecerían de forma recíproca. El maltrato, por tanto, surgiría cuando uno de los miembros de la pareja intenta conseguir a la fuerza los beneficios que espera del otro, en tanto en cuanto percibe que esta es una estrategia eficaz para obtenerlo con un bajo coste. Y la mujer maltratada, accedería a satisfacer los deseos del otro, con el fin de evitar el castigo, facilitando el establecimiento de un patrón de refuerzo y castigo en la pareja basado en la violencia.

Las *teorías feministas* constituyen el último grupo de teorías que Brewster (2002) señala como modelo explicativo del maltrato a la mujer por su pareja. La idea principal de este enfoque es que, la causa del maltrato radica en la estructura social patriarcal que propicia la desigualdad entre hombres y mujeres, dando lugar a la perpetuación de la dominancia masculina y la supeditación y vulnerabilidad de la mujer. De esta forma, el hombre utilizaría el control para mantener esta superioridad sobre la mujer (Dutton, 1992). La crítica que hace la perspectiva feminista a las teorías sociológicas, es que tratan el fenómeno como un problema individual, tanto de las víctimas como de los agresores, y consideran la transmisión intergeneracional de la violencia como un proceso patológico, obviando la estructura social que los sustenta (Villavicencio y Sebastián, 2001). Se plantea que los roles de género tradicionales juegan un papel esencial en el mantenimiento de la desigualdad de poder entre hombres y mujeres (Chornesky, 2000), constituyendo la familia el entorno idóneo para reproducir estos estereotipos de género sexista (Yllö y Bograd, 1988). Y el maltrato físico y psicológico, sería la estrategia de control para mantener el status quo (Dobash y Dobash, 1979). En definitiva, la perspectiva feminista atiende a la necesidad de abordar el problema de la violencia contra las mujeres desde un punto de vista más global, que tiene sus raíces en unos valores sociales patriarcales, y no en la confluencia de una serie de factores circunstanciales incluyendo, además, la óptica de las propias mujeres víctimas.

Cada una de estas teorías aporta una pieza valiosa para comprender la violencia en las relaciones íntimas, pero todas ellas han sido criticadas por su incapacidad para predecir y explicar la heterogeneidad y complejidad de la violencia en las relaciones íntimas (Bell y Naugle, 2008). Y es que ninguna teoría de un solo factor puede explicar los diversos fenómenos de maltrato. Sólo teorías multifactoriales pueden dar información valiosa para

comprender y conceptualizar la dinámica interpersonal y otros factores subyacentes a IPV en una relación particular.

Las *teorías multicausales* de la IPV, o también denominadas de perspectiva ecológica, suponen un intento de englobar diversas variables psicológicas y sociales, que intentan explicar tanto el fenómeno del maltrato por parte del agresor, como la respuesta de la víctima a ese maltrato, con el fin de dar una explicación completa al fenómeno de IPV. Así por ejemplo, entre ellas, el modelo ecológico de Heise (1998), establece que en la génesis del maltrato se combinan los efectos de los siguientes factores: factores en el marco sociocultural, factores marco comunitario, factores en el marco familiar, factores en el marco individual.

En las diferentes teorías multicausales, los factores de riesgo para causar IPV (que se examinarán en el siguiente apartado), pueden ser individuales, familiares, sociales, o culturales. Des de la perspectiva ecológica (Bronfenbrenner,1979), es necesario tener en cuenta que ningún factor por sí solo explica por qué algunas personas tienen comportamientos violentos hacia otras, o por qué la violencia es más prevalente en algunas comunidades que en otras, sino que lo realmente importante es cómo esos factores interactúan y se influyen mutuamente.

## 4. FACTORES DE RIESGO DE LA IPV.

Una combinación de factores individuales, relacionales en el seno de la propia relación de pareja, de la comunidad y otros factores sociales, contribuyen al riesgo de convertirse en víctima o en perpetrador de IPV.

La Tabla 7 detalla algunos de los factores de riesgo más frecuentemente asociados con la victimización de la mujer en su relación de pareja.

**Tabla 7. Factores de riesgo para IPV**

MODELO ECOLÓGICO	LOS FACTORES DE RIESGO
<i>Factores individuales</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Baja autoestima</li> <li>▪ Bajos ingresos</li> <li>▪ Rendimiento académico bajo</li> <li>▪ Edad temprana</li> <li>▪ Mujer</li> <li>▪ Comportamiento agresivo o delincuente en la juventud</li> <li>▪ Consumo excesivo de alcohol y drogas</li> <li>▪ Depresión</li> <li>▪ Ira y hostilidad</li> <li>▪ Rasgos de personalidad antisocial</li> <li>▪ Rasgos de personalidad borderline</li> <li>▪ Historia de victimización</li> <li>▪ Tener pocas amistades, o poco o nulo apoyo social</li> <li>▪ Desempleo</li> <li>▪ Dependencia emocional e inseguridad</li> <li>▪ Creencia en los roles de género estrictos (por ejemplo, el dominio masculino y la agresión en las relaciones)</li> <li>▪ Deseo de poder y control en las relaciones</li> <li>▪ Ser víctima de abuso físico o psicológico</li> <li>▪ Historia de haber experimentado la mala crianza en la infancia</li> <li>▪ Historia de haber experimentado disciplina física en la infancia</li> <li>▪ Para los hombres, tener un origen étnico diferente de la pareja</li> <li>▪ Para las mujeres, tener un nivel de educación mayor que su compañero o pareja</li> </ul>
<i>Factores de la pareja</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conflicto, peleas maritales, tensión, y otras luchas</li> <li>▪ Inestabilidad, divorcios o separaciones matrimoniales</li> <li>▪ Dominio y control de la relación de una pareja sobre la otra persona</li> <li>▪ Celotipia masculina</li> <li>▪ Estrés económico</li> <li>▪ Las parejas con disparidades de ingresos, estados de educación, o de trabajo</li> <li>▪ Presencia de un mayor número de hijos o hijas</li> </ul>
<i>Factores sociocomunitarios</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Normas de género tradicionales (por ejemplo, las mujeres deben quedarse en casa, y ser sumisas, y los hombres apoyar a la familia y tomar las decisiones).</li> <li>▪ Factores de pobreza y asociados (por ejemplo, el hacinamiento)</li> <li>▪ Minorías raciales, étnicas y culturales</li> <li>▪ Falta de instituciones, relaciones y normas que conforman la calidad y la cantidad de las interacciones sociales de una comunidad</li> <li>▪ Sanciones comunitarias débiles contra IPV</li> <li>▪ Falta de voluntad del vecindario para intervenir en situaciones en las que sea testigo de la violencia en la pareja</li> </ul>

Fuentes: Bachman y Saltzman, 1995; Capaldi, Knoble, Shortt y Kim, 2012; Crandall, Nathens, Kernic, Holt y Rivara, 2004; Heise y García-Moreno, 2002; Stith, Smith, Penn, Ward y Tritt, 2004.

Todos estos factores de riesgo sólo indican un riesgo general de la IPV pero no el riesgo de un incidente específico. Resulta difícil establecer riesgos de incidentes específicos porque, en ocasiones, la violencia puede producirse incluso en ausencia de factores de riesgo identificados. De todas maneras, la identificación y comprensión de estos factores de riesgo a nivel general y según especificación multinivel (ontogenético que refleja las características del individuo, microsistema que refleja las variables que influyen directamente en la persona, ecosistema que refleja la comunidad, macrosistema que refleja las fuerzas sociales y culturales más amplias que influyen y son influidas por el resto de los niveles) para IPV, puede resultar muy interesante para la elaboración de políticas, y diseñar o mejorar programas de prevención de la IPV.

## 5. LA DINÁMICA DE LA IPV

---

Walker (1978) investigó a través de las teorías del aprendizaje social y de la indefensión aprendida por qué las mujeres maltratadas por su pareja no pueden visualizar alternativas de salida de tales relaciones y propuso una teoría, denominada la teoría del “Ciclo de la Violencia”, que explica la dinámica cíclica de la violencia conyugal y la razón por la cual muchas mujeres se quedan atrapadas en dicha relación violenta de pareja. Este ciclo está compuesto por tres fases distintas, que varían en tiempo e intensidad para cada pareja, y que son:

**1. Acumulación de tensiones:** Durante esta fase ocurren incidentes menores de agresión que van creando un clima de temor e inseguridad en la mujer, a partir de que la hostilidad de su marido o compañero va en aumento sin motivo aparente, ni comprensible. Se intensifica la violencia verbal y pueden aparecer los primeros indicios de violencia física. En general el comportamiento de la mujer es de negación y racionalización de lo ocurrido que se expresa en la justificación del comportamiento de su pareja, y en la creencia de la mujer de que tales episodios son hechos aislados, y que desaparecerán, pues ella todavía siente que puede controlarlos. Sin embargo, según algunas investigaciones las agresiones son independientes de lo que la mujer puede hacer o decir (Lasheras y Pires, 2003). Por ello, la tensión aumentará y se acumulará, y puede llevar a la mujer a frecuentes estados depresivos y de ansiedad, que la incapaciten para valorar lo que está sucediendo. La energía de la mujer en esta fase se focaliza en la evitación de un daño mayor.

**2. Explosión:** Las tensiones son descargadas a través de agresiones físicas, psicológicas y sexuales. Estas agresiones empiezan en un intento de dar una lección a la mujer; y finalizan cuando la pareja agresora considera que se ha aprendido tal lección, pudiendo comportar tal aprendizaje lesiones graves o de alto riesgo para la vida. Además, en esta fase, la mujer al ser golpeada, experimenta incertidumbre acerca de lo que sobrevendrá y enfrenta de forma anticipada la casi certeza de que será golpeada gravemente por cualquier acto o palabra que ella realice. Ante lo impredecible del momento, a veces suele darse un distanciamiento de la pareja que puede llevar a la mujer a

buscar ayuda profesional, irse de la casa, aislarse más, o en algunos casos cometer homicidio o suicidarse.

**3. Reconciliación:** En esta etapa la pareja agresora para evitar que la relación se rompa utiliza estrategias de manipulación afectiva (regalos, caricias, disculpas, promesas, etc). Con gestos inusuales de cariño se pretende compensar a la mujer y convencer a las personas conocedoras de lo sucedido de un arrepentimiento sincero. Aunque, también en ocasiones, se suele transferir la culpa del conflicto a la mujer, negando su responsabilidad. La ambivalencia afectiva de su pareja provoca en la mujer un profundo estado de confusión y distorsión de la realidad. Muestra apego a las vivencias de amor, se siente culpable de poder plantearse la ruptura de la relación de pareja, y se percibe a sí misma como la responsable del bienestar emocional de su pareja. La mujer, deseosa del fin de la violencia en su vida conyugal, sin necesidad de dejar la relación, cae fácilmente en la fantasía de creerse amada por su pareja y que éste nunca más volverá a golpearla. Y no es hasta que el ciclo de violencia se repite en numerosas ocasiones, que la mujer comienza a perder la confianza en las promesas amorosas de su marido o pareja, a reconocer el carácter abusivo y degradante de la relación de pareja, y cuando se plantea la posibilidad de buscar ayuda para romper el ciclo de violencia.

La duración de la fase de reconciliación no es precisa, no obstante, en algunos casos, se reduce a breves momentos y ni siquiera llega a aparecer el arrepentimiento y sólo consiste en un período de menor tensión. Ahora bien, sea como sea que se produzca, sin nada que marque el término de esta fase, bien de forma progresiva, o bien de forma más abrupta, el ciclo comenzará con un nuevo aumento de la tensión.

Según Walker (1978), la descripción del ciclo de la IPV permite entender mejor este fenómeno, pero es lógico pensar que las variaciones de éste, tanto en la duración como en la intensidad de las fases y de la escalada de la violencia (aparición de episodios de maltrato cada vez más intensos y peligrosos), pueden ser grandes, incluso dentro de una misma relación de pareja.

## 6. PERMANENCIA EN LAS RELACIONES DE PAREJA CON IPV

---

En los últimos once años se han realizado múltiples investigaciones para conocer los distintos factores relacionados con la permanencia de las mujeres en una relación de pareja violenta. A partir de la revisión bibliográfica de estas investigaciones, a continuación se detallarán diferentes factores que influyen en el mantenimiento de la mujer en una relación de pareja violenta.

### *a) Características de las mujeres*

Entre estos factores se han encontrado características genéricas, habitualmente presentes, en todas las mujeres que se encuentran en relaciones de pareja con IPV, entre ellas: a) creencias y actitudes tradicionales en cuanto al rol de la mujer y al compromiso moral que supone el matrimonio, b) baja autoestima, c) locus de control externo, d) presencia de apego ansioso, e) tendencia a culparse por la violencia sufrida o a exculpar al agresor de los episodios violentos, f) resistencia a usar los servicios comunitarios disponibles (casas de acogida, servicios de apoyo, etc.), g) haber sufrido abusos en la infancia, h) carecer de apoyo social o tener un nivel educativo y socioeconómico bajo (Amor y Echeburúa, 2010; Rhatigan, Street y Axsom, 2006; Rhodes y Baranoff, 1998).

Por otro lado, según lo declarado por las propias mujeres supervivientes al maltrato en pareja, el miedo, las preocupaciones de seguridad tanto de la propia mujer superviviente como la de sus seres queridos (Logan y Walker, 2004), la falta de recursos financieros (Anderson, 2003), dificultades para encontrar un trabajo para poder sustentarse por sus propios medios y ausencia de alternativas (Anderson, 2003), la falta de lugares donde vivir (Anderson, 2003), el temor de perder la custodia de los hijos o hijas (Logan y Walker, 2004), los obstáculos a buscar y recibir ayuda, el poco apoyo percibido por parte de familiares y amigos, de la policía, juzgados y/o profesionales de la medicina y de otros ámbitos (Moe, 2007), y las expectativas culturales, son algunas de las razones más importantes en la toma de decisiones para salir de relaciones de pareja violentas (Langhinrichsen-Rohling, 2005; Waldrop y Resick, 2004). Las mujeres pertenecientes a minorías étnicas, también son más reacias a comunicarse con la policía, u otros servicios

profesionales de prestación de ayuda, debido a la desconfianza y al miedo de trato racista tanto hacía sí mismas, como de sus parejas (El-Khoury, Dutton, Goodman, Engel, Belameric y Murphy, 2004).

También se han estudiado otros factores como tener un nivel educativo y socioeconómico bajo, y haber sufrido abusos en la infancia y/o adolescencia (Rhatigan et al., 2006; Mercado, Somarriba, Cuevas, Astudillo y Sánchez, 2011). Díaz (2011) expresa que haber pasado por una historia de trauma en la infancia es un factor que puede influir en la tolerancia al maltrato. Asimismo, Díaz (2011) también considera que las situaciones de violencia que padecen las mujeres son vivenciadas como traumáticas, y propone la experiencia misma de IPV como factor de permanencia en una relación, ya que cada situación afecta física y psíquicamente dejando secuelas severas en las víctimas, hasta llegar a paralizarla y así no poder actuar ante tal tipo de situación. Además, la experiencia de abuso, no sólo puede influir en la calidad de vida de una mujer durante la relación de abuso, sino también en años posteriores a la separación. Las consecuencias negativas del abuso, como la depresión, los síntomas de PTSD, y la autoimagen negativa en última instancia, podrían impedir a las mujeres su camino hacia el empoderamiento y la independencia. Una adecuada comprensión de los efectos de IPV podría arrojar luz sobre los modos u opciones más eficaces de tratamiento (Romito, 2008; Romito y Grassi, 2007).

### *b) Características de la relación de pareja*

Mujeres que vivencian niveles relativamente bajos o moderados de violencia aguantan más la convivencia con su pareja agresora y tienden más a buscar una justificación del maltrato del que son objeto o tratan de restablecer la relación de pareja armoniosa. En cambio, aquellas que sufren elevados niveles de violencia, o que observan en la pareja agresora comportamientos indicativos de violencia grave, son las que más desean abandonar la relación (Rhatigan et al., 2006) pero, al mismo tiempo, las que más temen hacerlo por los diferentes riesgos que supone tal decisión.

Otros factores relacionados con circunstancias de las parejas agresoras que hacen más probable tal permanencia son: a) tener empleo y ser la principal fuente de ingresos económicos para la familia (Amor, y Echeburúa, 2010), b) acudir a tratamiento psicológico para poder cambiar (Amor, y Echeburúa, 2010; Gondolf, 1988), c) estar comprometido con

el cambio (Amor, y Echeburúa, 2010), d) no tener problemas con el alcohol y no presentar rasgos patológicos de personalidad (Amor y Echeburúa, 2010; Strohine y Robinson, 2003).

### *c) Relación de pareja y otras variables contextuales*

Muchas investigaciones han destacado que uno de los factores más importantes para explicar la permanencia en las relaciones de pareja en donde se produce IPV, es la interacción entre la pareja. La permanencia de la mujer en una relación de pareja violenta puede estar basada en determinadas pautas de interacción, tales como el ciclo de la violencia (Walker, 1979), las contingencias de reforzamiento en función de un patrón cíclico de interacción consolidado temporalmente (Long y McNamara, 1989) y la intermitencia entre el buen y el mal trato (Dutton y Painter, 1993). Este tipo de interacciones o de circunstancias fomentaría un vínculo emocional que supondría una gran barrera para el abandono de la relación.

Por otra parte, la búsqueda de la relación ideal, o el esfuerzo por mantener la relación como lo que solía ser, puede ser un factor determinante en la decisión de una mujer para permanecer en una relación abusiva y/o violenta (Power, Koch, Kralik y Jackson, 2006). Deza (2012) enuncia que la violencia generada en una relación amorosa está asociada a los ideales sociales de amor romántico, que es inculcado por la sociedad o por el entorno familiar durante todas las etapas de crecimiento de las mujeres, haciendo hincapié en la infancia y la adolescencia.

Mercado et al. (2011) destacan como otros factores genéricos al apego paradójico producido en la mujer, el cual está relacionado al sentir compasión por el agresor y sus debilidades, otorgándole perdón por amor y culpa. Sintiendo culpa por la incapacidad de satisfacer las demandas del agresor y así evitar la violencia.

En un intento por comprender las etapas del modelo de cambio, entre llevar a cabo un esfuerzo por mantener la relación como lo que solía ser, y el poner fin a la relación de pareja con IPV, se ha empleado el modelo transteórico del cambio actitudinal (Burman, 2003; Edwards, Dunham, Ries y Barnett, 2006). Así, desde este modelo, las mujeres con parejas abusivas o violentas, atraviesan una serie de fases en sus intentos de resolver sus

problemas de relación, o de poner fin a su relación de pareja abusiva o violenta. La primera etapa, de precontemplación, es un período durante el cual una mujer puede negar, racionalizar, o minimizar el abuso como un problema grave. Durante la segunda etapa, la contemplación, las mujeres son conscientes de su problema y podrían reconocérselo a una amistad cercana, o a un miembro de la familia. En esta etapa, puede ser que se sientan ambivalentes entre cuidar sus sentimientos y el cuestionamiento de las conductas abusivas de su pareja. Además, también en esta etapa, las mujeres suelen acudir a los diferentes servicios asistenciales, de manera indirecta, a buscar ayuda e información (Edwards et al., 2006). En la tercera etapa o etapa de preparación, sin embargo, las mujeres que vivencian IPV son conscientes de tal situación de abusos y están decididas a tomar medidas, a menudo próximamente. En la cuarta etapa, de acción, las mujeres realizan el cambio para el cual se han preparado. Inseguridades y preocupaciones se enfrentan y se gasta elevada energía en el cumplimiento de la meta de cambiar la situación. En la quinta fase, de mantenimiento, la mujer superviviente a IPV, a menudo lucha con las adversidades de esta etapa (la pérdida de estabilidad financiera, de duelo por los aspectos positivos de la relación, y trata con el impacto negativo del abuso, como la depresión y los síntomas de estrés postraumático). El objetivo en este momento es prevenir una recaída. Una etapa final, la de terminación, ha sido recientemente considerada, y significa la terminación de la relación y la sensación de que la diferencia positiva se ha logrado, a pesar de las luchas en curso a largo plazo con la existencia de consecuencias negativas de su experiencia. Este modelo resulta beneficioso para la comprensión de las dificultades de las mujeres supervivientes a IPV en su salida de relaciones de violencia, y en la orientación de los y las profesionales de la salud hacia los enfoques de asesoramiento adecuado con ellas. Aunque la separación puede ser un largo proceso, es importante tener en cuenta que a pesar de grandes dificultades, en la mayoría de los casos, las mujeres terminan por abandonar sus relaciones de pareja abusivas y/o violentas (Langhinrichsen-Rohling, 2005; Logan y Walker, 2004).

Por otro lado, es más probable que las mujeres tengan más deseos de abandonar a la pareja agresora ante las siguientes circunstancias: a) insatisfacción con su relación de pareja y menor compromiso con la relación (Rhatigan et al., 2006); b) intentos fallidos para resolver conflictos (Bauserman y Arias, 1992); c) menor número de restricciones en el caso

de separarse, tanto objetivas (por ejemplo, ausencia de hijos y de propiedades compartidas) como subjetivas (por ejemplo, apoyo social y disponibilidad de alternativas) (Gordon, Burton y Porter, 2004); d) disponibilidad de más recursos económicos (Aguirre, 1985; Lesser, 1990); y e) padecimiento de la violencia con más intensidad y/o frecuencia y desde hace tiempo (Holtzworth-Munroe, Smultzer, Bates y Sandin, 1997).

Además entre otros factores psicosociales, que se ha encontrado que están asociados a la mayor o menor permanencia en este tipo de relaciones, también tendríamos la dependencia económica del agresor (Aguirre, 1985), las dificultades laborales (Anderson, 2003), la presencia de hijos pequeños a cargo, el aislamiento social y familiar, el desconocimiento de los recursos comunitarios existentes y la ausencia de alternativas reales en cuanto al empleo. Mercado et al. (2011) plantean que tener hijos a cargo y las responsabilidades asociadas con la maternidad son considerados factores externos que obstaculizan el abandono de la relación; al contrario, tener menor número de hijos, permite una mayor facilidad para salir adelante sin tener que depender tanto de la pareja. Así, en estas circunstancias, ante la presencia de hijos e hijas se hace más presente la necesidad de tolerar la violencia por la protección y el bienestar de los hijos e hijas y para evitar la crítica social al divorciarse de su pareja.

Un factor crítico, muy importante, que afecta los intentos de cambio por parte de la mujer de poner fin a una relación abusiva o violenta, es la respuesta que recibe de los organismos y de personas cercanas a ella (Grauweiler, 2008; Kocot y Goodman, 2003; Moe, 2007). Apoyo emocional, y sobre todo un apoyo tangible en forma de asistencia financiera, o de un lugar para quedarse, son cruciales en el intento de una mujer para dejar una relación abusiva o violenta (Anderson et al., 2003). Una adecuada red de familiares y amigos, no sólo puede aportar el apoyo necesario para dejar a una pareja violenta (Moe, 2007), sino que también es importante para el bienestar y la calidad de vida (Goodkind, Gillum, Bybee y Sullivan, 2003). Bybee y Sullivan (2005) sugieren que las mujeres con una falta de apoyo social, son más propensas a intentar suicidarse; mientras que el incremento del apoyo social se correlaciona con reducción de la depresión, información de mayor calidad de vida, y menos riesgo de revictimización. Además, muchas mujeres supervivientes a IPV, sienten vergüenza y culpa, lo que podría evitar que hablan con otras personas sobre el abuso padecido. Con frecuencia, los intentos de revelar la situación

a sus amistades o miembros de la familia no son productivos (Moe, 2007). Parece ser que, cuanto más grave es IPV, más aisladas socialmente podrían hallarse las mujeres que la padecen.

Dificultades en el acceso a la atención profesional, así como a los recursos de vivienda y legales, y falta de interés por parte de profesionales, así como de respuestas de incredulidad al revelar el abuso, especialmente al psicólogo o psicóloga, han sido referidos también con frecuencia como factores dificultadores de poder salir de relaciones con IPV (Logan y Walker, 2004; Moe, 2007).

Las casas de acogida no siempre están presentes como una opción viable para estas mujeres. A pesar de la necesidad de seguridad y de bienestar, la entrada en casa de acogida, en situaciones de emergencia es a menudo muy incómoda, y puede provocar estrés en las mujeres y los niños y las niñas (Grauweiler, 2008). Entrar en una casa de acogida, o en un piso tutelado, consiste en dejar un estilo de vida familiar, el medio ambiente y el contacto con familiares, amistades, o compañeros y compañeras de trabajo, para vivir en un ambiente nuevo e improvisado, a menudo bajo el estricto código de conducta o normativa de dicho recurso. Para algunas mujeres, entrar en una casa de acogida también significa perder el empleo y la posibilidad de encontrar un arrendamiento de vivienda asequible a su nombre (Grauweiler, 2008). Además, estos recursos de emergencia, no siempre están preparados para dar cabida a las minorías étnicas, y podría no haber traductores o intérpretes adecuados (Langton, 2011). A pesar de la toma de conciencia de que el abuso de drogas o alcohol puede ser una consecuencia de la experiencia de abusos y maltrato en el ámbito de la relación de pareja, muchos recursos residenciales excluyen a las mujeres con problemas de abuso de sustancias (Humpreys, Sharps y Campbell, 2005).

Por último, añadir que las mujeres que han tomado la decisión de separarse de su pareja abusiva o violenta pueden enfrentar un largo y arduo camino para sanar los efectos negativos de tales experiencias (Smith, 2003), aprender a sobrevivir de manera independiente y encontrar un sentido a la vida. Mientras que muchas mujeres supervivientes de IPV, pueden hacer frente a estos desafíos solas, otras requieren de servicios terapéuticos para ayudarlas a través de las distintas fases de su proceso de recuperación.

## 7. EFECTOS DE LA IPV SOBRE LA SALUD.

---

La violencia de pareja tiene múltiples efectos negativos sobre la salud las víctimas (Black, 2011; Breiding, Black y Ryan, 2008) y provoca multitud de problemas físicos, psicológicos, neurológicos y cognitivos (Campbell y Lewandowski, 1997; Valera y Berenbaum, 2003).

Diferentes estudios realizados en nuestro país han demostrado la repercusión psicopatológica de este tipo de violencia sobre las mujeres siendo principalmente: elevada ansiedad, baja autoestima, depresión y TEPT (Amor, Echeburúa, Corral, Sarasúa y Zubizarreta, 2001; Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasúa, 2002; Sarasúa, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 2007).

Un metaanálisis de Trevillion, Oram, Feder, y Howard (2012) que incluía cuarenta y un estudios informó que existe un mayor riesgo de experimentar IPV en la vida adulta entre mujeres con trastornos depresivos (OR 2.77, IC 95%: 1,96-3,92), trastornos de ansiedad (OR 4,08, IC 95%: 2,39-6,97), y TEPT (OR 7.34, IC 95%: 4.50–11.98), en comparación con mujeres sin trastornos mentales.

Además, IPV supone, claramente, un factor de riesgo para padecer gran cantidad de enfermedades en el futuro (Krug, Mercy, Dahlberg y Zwi, 2002). La Tabla 8 sintetiza las consecuencias de IPV, a corto y largo plazo en la salud.

**Tabla 8. Consecuencias de IPV en la salud de las mujeres**

<b>CONSECUENCIAS FÍSICAS</b>	<b>CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS Y CONDUCTUALES</b>
Daño abdominal/ torácico Hematomas y contusiones Síndromes de dolor crónico Discapacidad Fibromialgia Fracturas Trastornos gastrointestinales Colon irritable Laceraciones y abrasiones Daño ocular Reducción en el funcionamiento físico	Abuso de alcohol y drogas Depresión y ansiedad Trastornos alimentarios y del sueño Sentimientos de vergüenza y culpa Fobias y trastornos de pánico Inactividad física Baja autoestima TEPT Trastornos psicósomáticos Tabaquismo Conducta suicida y autodestructiva Conducta sexual insegura
<b>CONSECUENCIAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS</b>	<b>CONSECUENCIAS FATALES</b>
Trastornos ginecológicos Infertilidad Inflamación de la pelvis Complicaciones en el embarazo y/o aborto Disfunción sexual Enfermedades de transmisión sexual, incluido SIDA Aborto inseguro Embarazo no deseado	Mortalidad relacionada con SIDA Mortalidad materna Homicidio Suicidio

Fuente: Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002)

La experiencia de ser víctima de violencia física, psicológica y/o sexual por la pareja, supone vivir, en la mayoría de los casos, una situación estresante de larga duración (Amor et al., 2002; García-Linares et al., 2005, Kaysen et al., 2007; Matud, 2004), en la que la víctima está expuesta a sucesivos y repetitivos episodios agudos de violencia, generalmente impredecibles e incontrolables (Thompson et al., 2006). Dicha exposición prolongada en el tiempo genera en el organismo una respuesta fisiológica mantenida, con el consiguiente deterioro en la salud de las mujeres víctimas (Campbell, 2002; Plazaola-Castaño y Ruiz-Pérez, 2004). Diversas investigaciones han puesto de manifiesto que IPV tiene un impacto negativo en el estado general de salud, en la salud física y en la salud mental de las mujeres víctimas de dicho tipo de violencia (Bonomi et al., 2006), viéndose disminuida su calidad de vida (Alsaker, Moen, Nortvedt y Baste, 2006). Asimismo, varios estudios subrayan que estas consecuencias persisten a lo largo del tiempo, incluso cuando la violencia ha cesado (Ruiz-Pérez et al., 2007), observándose una recuperación de la salud de forma gradual y no inmediata (Matud, 2004). Colateralmente, las mujeres víctimas hacen un uso más frecuente de los servicios de salud que las mujeres en cuya relación de pareja no existe la violencia (Campbell, 2002; Plichta, 2004), consumen más

medicamentos (García-Linares et al., 2004; Matud, 2004) y pasan más días en cama (Ruiz-Pérez et al., 2007).

## 7.1. Consecuencias en la salud física

Las lesiones no son la consecuencia más común, ni la más importante, de la violencia de género en la salud física. Las consecuencias más comunes y graves son los denominados trastornos funcionales, como el colon irritable, la fibromialgia, los trastornos gastrointestinales y el síndrome de dolor crónico (Krug et al., 2002).

En las mujeres víctimas de violencia de pareja se da una elevada incidencia de dolor crónico (Campbell, 2002; Woods, Hall, Campbell y Angott, 2008), siendo mayor que en las mujeres sin este tipo de violencia (Ellsberg, Jansen, Heise, Watts, y Garcia-Moreno, 2008). Loxton, Schofield, Hussain y Mishra (2006) informaron de que el dolor crónico tenía una de las mayores asociaciones con IPV de todos los síntomas físicos estudiados. En un estudio canadiense de Wuest et al. (2008), el 35% de las mujeres encuestadas manifestaron experimentar altos niveles de dolor incapacitante a pesar de haber estado separadas de sus parejas maltratadoras durante una media de 20 meses. Otros estudios han informado de dolor de espalda crónico (Vives-Cases, Ruiz-Cantero, Escribà-Agüir y Miralles, 2011), dolor de cuello (Vives-Cases et al., 2011), calambres en el estómago (Scheffer Lindgren y Renck, 2008) y la cefalea crónica (Vives-Cases et al., 2011).

Otros problemas de salud crónicos que se han relacionado con la experiencia de la violencia de pareja incluyen problemas cardiovasculares y/o circulatorios (ataques al corazón, enfermedades del corazón, hipertensión, trombosis y accidentes cerebrovasculares) (Loxton et al., 2006; Nur, 2012; Schneider, Burnette, Ilgen y Timko, 2009; Vives-Cases et al., 2011), fatiga, alergias, problemas de audición y problemas de visión (Loxton et al., 2006), problemas respiratorios (como asma, enfisema, bronquitis) (Loxton et al., 2006; Ruiz-Pérez, Plazaola-Castaño y Río-Lozano, 2007), malas condiciones de los huesos y los músculos (incluyendo osteoporosis, la artritis y otros problemas en las articulaciones) (Loxton et al., 2006), diabetes (Loxton et al., 2006); bajo contenido de hierro (Ackerson y Subramanian, 2008; Loxton et al., 2006), desnutrición y

bajo peso (Ackerson y Subramanian, 2008), problemas intestinales (Loxton et al., 2006), gastrointestinales, endocrinos, y del sistema inmunológico, a través del estrés crónico u otros mecanismos (Black, 2011; Leserman y Drossman, 2007), trastornos somatomorfos y quejas psicósomáticas (Scheffer Lindgren y Renck, 2008) y problemas ginecológicos. Los resultados anormales de la prueba de Papanicolaou, mayores tasas de cáncer de cuello uterino y una mayor incidencia de infecciones de transmisión sexual (Schneider et al., 2009; Dude, 2011) también se han asociado positivamente con un historial de IPV (Loxton et al., 2006).

Según el Informe mundial de violencia y salud de la OMS, entre el 40% y el 72% de las mujeres que han experimentado violencia física por parte de sus parejas, resultan lesionadas en algún momento de su vida. Golpes repetidos en la cabeza, el cuello, y la cara, son comunes en el maltrato en la pareja (Sheridan y Nash, 2007), y también lo son los intentos de estrangulación (Kwako et al., 2011) que causan riesgo de lesiones cerebrales traumáticas (TBI). Un estudio encontró que, el 40% de las mujeres víctimas de IPV, tenían por lo menos un TBI debido a la pérdida de la conciencia (Jackson, Philp, Nuttall y Diller, 2002). Una revisión de las consecuencias neuropsicológicas en mujeres expuestas a IPV encontró que TBI a menudo resulta en síntomas como mareos, dolor de cabeza, irritabilidad, fatiga, depresión y ansiedad (Kwako et al., 2011). Diversos estudios han observado funciones reducidas en la memoria verbal, el aprendizaje y la flexibilidad cognitiva en las víctimas de IPV y con TBI (Kwako et al., 2011).

La peor consecuencia en la salud de las mujeres que experimentan situaciones de IPV es la muerte de la víctima. En España se estima que muere una mujer cada 5 días por violencia de género (Varela, 2002), y que entre un 20% y un 40% de las mujeres que cometen suicidio cada año han sufrido malos tratos por parte de su pareja (Lorente, 2001).

## 7.2. Consecuencias en la salud mental

Según Lorente (2001), el 60% de las mujeres maltratadas por sus parejas tienen trastornos psicológicos moderados o graves, como trastornos depresivos (Campbell, 2002; Cascardi, O'Leary y Schlee, 1999; Coker, Smith, McKeown y King, 2000; Valera y

Berenbaum, 2003), TEPT (Bennice, Resick, Mechanic y Astin, 2003), trastornos ansiosos (Amor, Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 2001; Bradley, Smith, Long y O'Dowd, 2002; Walker, 1984), disfunciones sexuales (Coker, 2007), problemas de la conducta alimentaria (Behar, 2000), uso y abuso de sustancias (Clark y Foy, 2000) o tentativas autolíticas (Campbell, 2002). No obstante, es el TEPT el que mejor parece caracterizar las consecuencias psicológicas que sufren estas mujeres (Campbell et al., 1995; Dutton, 1992; Labrador, Rincón, De Luis y Fernández-Velasco, 2004).

Por otra parte, estudios recientes, sugieren que la historia de trauma (en la infancia y/o adolescencia y/o en la edad adulta por IPV) puede estar relacionada con la etiología y el pronóstico del trastorno bipolar (Otto et al., 2004).

A continuación se revisan con mayor detalle algunas de estas principales consecuencias en salud mental.

#### **7.2.1. TEPT**

Es el tipo de diagnóstico que mejor caracteriza las consecuencias psicopatológicas que afectan a las víctimas de IPV y, también, que más frecuentemente aparece asociado a tal tipo de maltrato (Labrador et al., 2004).

El TEPT no recoge toda la especificidad de consecuencias clínicas y/o emocionales del maltrato en el ámbito de las relaciones de pareja, pero es una categoría diagnóstica habitualmente aplicable a tal situación (Dutton y Goodman, 1994). En un metaanálisis de diferentes estudios sobre TEPT y mujeres maltratadas efectuado por Golding (1999) se encontraron prevalencias de este trastorno que van desde el 31% al 84,4%, con una media ponderada de 63,8%.

La frecuencia y la intensidad (en especial la tensión subjetiva en el momento de vivir el maltrato), y no la duración de la violencia, son los factores que mejor predicen el desarrollo posterior del TEPT (Kemp, Rawlings y Green, 1991). En esta dirección, el metaanálisis realizado por Brewin, Andrews y Valentine (2000) señala que los tres principales factores de vulnerabilidad para la aparición del TEPT durante o después de la vivencia traumática y que son:

- a) Falta de apoyo social

- b) Estrés de vida adicional
- c) Gravedad del trauma.

En el metaanálisis de Ozer, Best, Lipssy y Weiss (2003) se encuentran como mejores predictores del riesgo de TEPT la amenaza para la vida durante el trauma, la escasez de apoyo social percibido y, sobre todo, la presencia de disociación durante el trauma.

Cattaneo (2007) investigó la relación de las variables de percepción del riesgo y el TEPT, evidenciando que, las mujeres que percibían mayores niveles de riesgo, también informaron más síntomas de TEPT y mayor grado de abuso psicológico.

Además otros estudios también han mostrado que las mujeres con un historial de IPV, tenían aproximadamente tres veces más de probabilidades de cumplir los criterios del TEPT, en comparación con las mujeres que no informaron de antecedentes de maltrato (Eshelman y Levendosky, 2012; Fedovskiy, Higgins y Paranjape, 2008; Houry, Kembal, Rhodes, Kaslow, 2006; Nerøien y Schei, 2008). Houry et al. (2006), informaron de que el riesgo relativo de sufrir síntomas de TEPT, aumentó con un mayor número de tipos de maltratos sufridos. Y así, las mujeres que habían sufrido tres tipos de abusos en el ámbito de sus relaciones de pareja, tenían nueve veces más de probabilidades de desarrollar el TEPT, en comparación con las mujeres que no tenían antecedentes de abusos en la pareja. Mientras que una mujer que experimentaba un sólo tipo de abuso, duplicaba la probabilidad de desarrollar el TEPT en comparación con una mujer no abusada o maltratada.

Asimismo, la experiencia de los síntomas de TEPT se ve influenciada por la frecuencia y la severidad de la violencia física y psicológica (Koopman et al., 2005; Watlington y Murphy, 2006), la experiencia de abuso sexual y de abuso físico de mayor gravedad y duración y la victimización de la mujer en su infancia (Dutton et al. 2006). En una muestra comunitaria de mujeres que presentaban IPV, Sullivan, Cavanaugh, Buckner, y Edmondson (2009), encontraron que la frecuencia de abuso sexual, físico y psicológico, estuvo relacionada con más prevalencia de TEPT; siendo mayor la relación con el maltrato psicológico. Pico-Alfonso (2005) halló la misma relación. Y en una muestra de mujeres latinas supervivientes de IPV, Fedovskiy et al. (2008) encontraron que la severidad de la

violencia física se asoció con los síntomas de TEPT y también que las mujeres que habían sufrido violencia física eran tres veces más propensas a presentar un TEPT que las mujeres que no habían sufrido violencia física. Duran et al. (2009) igualmente encontraron que la severidad de la violencia física se asoció con los síntomas de TEPT en una muestra de mujeres indias americanas y que, en dicha muestra, las mujeres que habían sufrido violencia física severa presentaban una propensión cinco veces mayor a desarrollar un TEPT que las mujeres que no habían experimentado IPV.

Mechanic, Weaver y Resick (2008), investigaron la contribución independiente de los cuatro tipos de maltrato en la sintomatología de TEPT, en una muestra de mujeres que sufrían IPV en población general. Encontraron que, el maltrato psicológico y el acoso, representaron el 16,8% de la varianza en la sintomatología de TEPT, incluso después de controlar por la violencia física, las lesiones y la coerción sexual. Además, uno de los componentes de maltrato psicológico, el abuso emocional/verbal, a través de comportamientos de acechar y de llevar a cabo comportamientos de acoso, surgió como predictor individual significativo de sintomatología de TEPT.

Estudios sobre sintomatología de TEPT y distintos estilos de afrontamiento de las situaciones de IPV, también empiezan a evidenciarse como de interés. En este sentido, mujeres supervivientes de IPV y de bajo afrontamiento emocional (Lilly y Graham-Bermann, 2010), se observó que las mujeres con alto afrontamiento evitativo tenían más síntomas de TEPT (Krause, Kaltman, Goodman y Dutton, 2008); mientras que altos niveles de afrontamiento centrado en el problema, se asociaron positivamente con síntomas de TEPT en las mujeres con bajo apoyo social (Kocot y Goodman, 2003).

En cuanto al apoyo social, los investigadores han encontrado que el apoyo social percibido como alto o elevado, está relacionado con menores niveles de sintomatología de TEPT en mujeres supervivientes a situaciones de IPV. Así, en un estudio reciente de los participantes estadounidenses en su mayoría africanos, (Babcock, Roseman, Green, y Ross, (2008).

Finalmente, y a modo de conclusión de este apartado, destacar que el punto central y fundamental para la recuperación de la mayor parte de las víctimas de violencia de

género debe ser la superación del TEPT. Superado el TEPT podrán abordarse con mayor eficacia los otros problemas.

### **7.2.2. Efectos sobre la depresión**

La literatura sugiere la existencia de comorbilidad entre los trastornos de depresión y de TEPT en contextos de IPV (Biehn et al., 2013; Contractor et al., 2014), con tasas de comorbilidad notablemente altas, alcanzando un valor del 50% (Cascardi et al., 1999; Stein y Kennedy, 2001).

Después del TEPT, la depresión es el tipo de diagnóstico más frecuente en las mujeres víctimas de violencia de género. El metaanálisis de Golding (1999) encuentra una prevalencia de este cuadro clínico entre 15% y 83%, con una media ponderada de 47,6%. Otros estudios informan valores entre 50% (Riggs, Caulfield y Street, 2000; Walby y Allen, 2004) y 60% (Barnett, 2000).

La mayor gravedad de las experiencias traumáticas de IPV se asocian a depresión mayor (Campbell, Kub, Belknap y Templin, 1997; Cascardi y O'Leary, 1992; Follette, Polusny, Bechtle y Naugle, 1996). Dutton (2003) encontró que el aumento de la gravedad y la inclusión de la violencia sexual en el patrón de IPV, así como la continuidad de IPV durante el transcurso de un año, se asociaron con unos mayores niveles de depresión. Houry et al. (2005) encontraron una mayor tendencia a la depresión en mujeres que experimentaron un maltrato en la pareja más grave y más duradero, y también presentaron mayores síntomas de TEPT. Pico-Alfonso et al. (2006) declararon en su estudio que, la incidencia de TEPT, sin más patología asociada fue escasa o rara, obteniendo en las mujeres maltratadas estudiadas comorbilidad de TEPT con síntomas depresivos. Esta relación también fue destacada por Fedovskiy et al. (2008) quienes indicaron que las mujeres con TEPT eran diez veces más propensas a tener puntuaciones más elevadas de depresión y sugirieron que la comorbilidad del TEPT y del trastorno depresivo mayor podía ser un resultado de la superposición de síntomas (especialmente los síntomas de anhedonia, trastornos del sueño, y dificultades de concentración). En nuestro país, en el estudio de Rincón (2003), el 42% de las víctimas de IPV con TEPT, presentaban diagnóstico de depresión grave.

Otros factores de riesgo asociados con la depresión en las mujeres maltratadas por sus parejas son:

a) la edad temprana. Las mujeres más jóvenes (entre 30 y 50 años), son más propensas a informar de depresión (Hazen, Connelly, Soriano y Landsverk, 2008; Wrangle, Fisher y Paranjape, 2008). Algunos informan una relación en forma de U que indica que a las edades más jóvenes y más mayores aumentan los síntomas depresivos (Kasen, Cohen, Chen y Castille, 2003; Mirowsky y Ross, 1992).

b) el menor nivel socioeconómico. La dependencia económica entre las mujeres de nivel socioeconómico bajo reduce su capacidad de salir de IPV, y puede causar sentimientos de desesperanza que deriven en el desarrollo de la posterior depresión.

c) el nivel bajo de educación (Carlson, McNutt, Choi y Rose, 2002; Newcomb y Carmona, 2004; Wong, Tiwari, Fong, Humphreys y Bullock, 2011). Las mujeres con menores niveles educativos tienen menos conocimientos sobre IPV y tienen menos información sobre las maneras de protegerse de ella. Ello derivaría en una mayor percepción de no control de las situaciones de abusos y consecuentemente en mayores posibilidades de desarrollo de depresión.

d) el mayor nivel desempleo (Campbell et al., 1997; Mburia-Mwalili, Clements-Nolle, Lee, Shadley y Yang, 2010) ya que limita a las mujeres maltratadas el acceso a los recursos de la comunidad, lo que las hace mucho más vulnerables y dependientes de sus relaciones de pareja abusivas.

e) la historia de abusos en la infancia y/o adolescencia, que puede estar relacionada con el TEPT que presentan algunas mujeres que experimentan IPV en la edad adulta (Petersen, Moracco, Goldstein, Clark, 2004), y todo ello con la depresión. Además, recientemente, ha ido surgiendo evidencia de una variaciones en el genoma de menores maltratados que se relaciona con personas adultas con depresión (Bradley et al., 2008; Nikulina, Widom y Brzustowicz, 2012). Este nuevo hallazgo mejoraría nuestra comprensión de por qué algunos y algunas menores con un historial de abusos desarrollarían depresión en la edad adulta, mientras que otros y otras no lo harían.

f) la experiencia de abuso (tipo, frecuencia y severidad). Aunque algunos estudios sugieren que el abuso físico, o el sexual, en el ámbito de la relación de pareja constituyen predictores más fuertes de depresión (Ali, Israr, Ali y Janjua, 2009; Campbell, et al., 1997); otros, sin embargo, sugieren que el abuso psicológico es un predictor más fuerte de depresión en las mujeres maltratadas en su relación de pareja (Follingstad, 2007; Pico-Alfonso et al., 2006; Wong et al., 2011). Hazen et al. (2008) examinaron el impacto de los diferentes tipos de maltrato psicológico en la salud mental de las mujeres maltratadas por sus parejas. Y encontraron que dominancia-aislamiento se asociaron significativamente con depresión en mujeres con experiencias de IPV, pero no así el abuso emocional-verbal. Wong et al. (2011) revelaron que la frecuencia de abuso psicológico se asoció significativamente con los niveles más elevados de depresión en mujeres chinas, pero no así ni el abuso físico, ni el sexual. . Finalmente destacar que algunos estudios encuentran que la repetición de relaciones de pareja abusivas o maltratadoras también se asocia con mayores tasas de depresión (Lindhorst y Beadnell, 2011).

g) El apoyo social. Las mujeres maltratadas por sus parejas son particularmente vulnerables a la depresión si carecen de apoyo social (Campbell et al., 1997; Mburia-Mwalili, et al., 2010; Wong et al., 2011). Sin apoyo social, las mujeres maltratadas por sus parejas, se verán atrapadas psicológicamente en relaciones abusivas y tenderán a desarrollar depresión.

h) y los estilos de afrontamiento de evitación (Haden y Scarpa, 2008). La capacidad para hacer frente activamente a los factores de estrés que se dan en el contexto de IPV resulta muy importante para un mejor ajuste emocional.

Finalmente, y a modo de conclusión de este apartado, destacar que el punto central y fundamental para la recuperación de la mayor parte de las víctimas de violencia de género debe ser la superación del TEPT. Superado el TEPT podrán abordarse con mayor eficacia los otros problemas.

Según Labrador (1992), la percepción de una situación amenazadora, junto con la percepción de no disponer de recursos de afrontamiento (muchas situaciones de estrés más indefensión aprendida), puede también facilitar el desarrollo de trastornos depresivos. Las

teorías cognitivas plantean que la depresión puede estar facilitada por la desesperanza aprendida y que en la medida en que una persona aprende que no tiene control sobre los acontecimientos y que los eventos negativos se repetirán sin que pueda evitarlos, desarrollará depresión, baja autoestima, apatía y déficit en la solución de problemas (Campbell, Kub y Rose, 1996; Clements y Sawhney, 2000).

En síntesis, IPV puede ser un evento estresante y significar la pérdida de una relación afectiva importante, desencadenando un cuadro depresivo, que se ve mantenido por la percepción de la víctima de falta de control sobre los acontecimientos, por la pérdida progresiva de autoestima, las condiciones de aislamiento a las que se ve sometida con la pérdida de actividades gratificantes que ello conlleva, los sentimientos de culpa y la falta de proyección de futuro debido al clima de maltrato en que vive.

A continuación, y siguiendo la obra de Labrador et al. (2008), en Encinas (2008), con título *Protocolos de atención psicológica a mujeres víctimas de violencia de género* (volumen 1, *Marco teórico y fundamentos básicos*), se detallan otros problemas psicopatológicos frecuentes en mujeres con IPV.

### **7.2.3. Otros Trastornos de Ansiedad**

Aunque muchas referencias avalan la frecuente presencia de trastornos de ansiedad de todo tipo entre estas víctimas, es difícil aportar datos precisos sobre la incidencia o prevalencia de estos problemas. Gleason (1993), en un estudio epidemiológico encontró que la fobia específica, la agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo compulsivo y el TEPT tenían una prevalencia vida significativamente mayor en la muestra de mujeres maltratadas en el ámbito de la relación de pareja que en la muestra de la población general.

### **7.2.4. Efectos sobre la autoestima**

Prácticamente la totalidad de las mujeres que han sufrido maltrato, con independencia de que sea físico o psicológico, presentan problemas de autoestima (Arias y Pape, 1999; Campbell y Soeken, 1999; Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua, y Zubizarreta, 1997; Katz, Arias y Beach, 2000; Rincón, Labrador, Arinero y Crespo, 2004), en algunos casos con puntuaciones extremadamente bajas. Una explicación posible al desarrollo de una baja autoestima en las mujeres víctimas de violencia de IPV se relaciona con las

constantes críticas y descalificaciones del agresor, así como con el frecuente aislamiento social, que priva de otras opiniones o relaciones, y con la tendencia de estas mujeres a culparse por lo sucedido (Lynch y Graham-Bermann, 2000). Factores relacionados con el nivel de autoestima son el tipo y frecuencia del abuso sufrido,(Aguilar y Nightingale, 1994) y también el apoyo recibido de familiares y de amistades con el paso del tiempo (Aguilar y Nightingale, 1994). En cualquier caso, las mujeres supervivientes de IPV, presentan una mayor propensión a presentar una imagen negativa y distorsionada de sí mismas, incluso después de que la relación abusiva haya terminado (Wolkenstein y Sterman, 1998).

#### **7.2.5. Cogniciones Postraumáticas**

La violencia de género es una experiencia incompatible con los “esquemas personales” con que una persona se enfrenta a su medio (“El mundo es un lugar agradable, la familia es algo muy bueno, mi pareja es una persona amable y en quien confiar, mi hogar es mi sitio de seguridad”,...) y por ello la víctima se siente desorientada e indefensa (Taylor, Magnusem y Amundson, 2001). Los principales esquemas cognitivos alterados por una experiencia traumática son según Dutton, Burghardt, Perrin, Chrestman y Halle (1994):

- a) Percepción de inseguridad o vulnerabilidad.
- b) Expectativas de repetición del trauma en el futuro o aumento en su severidad.
- c) Autopunición por lo sucedido.
- d) Percepción de incontrolabilidad en relación al suceso traumático.
- e) Percepción de falta de alternativas disponibles para salir de la situación adversa.
- f) Incremento en la tolerancia de la violencia.
- g) Cambio en las creencias acerca de los demás (desconfianza, miedo).
- h) Percepción de falta de significado.

Beck et al. (2011) exploraron la asociación de la vergüenza y la culpa con el TEPT en 63 mujeres que habían sufrido IPV. Los resultados indicaron que la vergüenza, la angustia relacionada con la culpa, y las cogniciones relacionadas con la culpa en situaciones asociadas a vivencias de IPV, mostraron asociaciones significativas con el TEPT. Asimismo, cuando se examinaron la vergüenza y la culpa en el contexto del maltrato psicológico en la pareja, se observó que altos niveles de abuso emocional/verbal y de dominación/aislamiento interactuaron con altos niveles de vergüenza y TEPT. Estos

datos parecen apoyar la conceptualización de que la vergüenza, la angustia asociada a la culpa y las cogniciones de culpa ante situaciones de IPV, parecen ser características relevantes en el desarrollo del TEPT.

#### **7.2.6. Déficit en solución de problemas**

Con frecuencia se ha señalado una menor habilidad de las mujeres maltratadas para la solución de problemas, en concreto generan menos alternativas de solución y soluciones menos eficaces y seleccionan alternativas de acción menos efectivas (Claerhout, Elder y Janes, 1982; Launius y Jensen, 1987). Por el contrario, suelen presentar más soluciones evitativas o de tipo dependiente. La desvalorización y castigo de las alternativas de acción autónomas por el agresor, que muchas veces llega a hacerles pensar que son incapaces de afrontar sus problemas, está subyaciendo a este déficit. Por otro lado, la presencia de respuestas emocionales intensas sin duda puede bloquear las respuestas racionales. Es posible también que algunas mujeres no hayan desarrollado, previamente al maltrato, habilidades de solución de problemas que les permitan lidiar con problemas cotidianos, en especial el de la violencia de género.

#### **7.2.7. Abuso o dependencia de sustancias**

Existe una fuerte relación entre la historia de victimización en las mujeres y el abuso de sustancias y trastornos de dependencia (Covington, Burke, Keaton y Norcott, 2008). La prevalencia de abuso o dependencia del alcohol en víctimas de violencia de género oscilaba entre el 6,6% y el 44% con una media ponderada de 18,5%. Para otras drogas la media ponderada es de 8,9% (Golding, 1999). El abuso o dependencia de sustancias (fármacos, alcohol, drogas ilegales, etc.), con frecuencia se utiliza como recurso para poder “soportar”, o para hacer frente a las situaciones de violencia y las negativas consecuencias asociadas. Por razones de facilidad de acceso suelen ser las sustancias legales, en especial el alcohol o los ansiolíticos, los más frecuentemente utilizados.

#### **7.2.8. Suicidio o ideación suicida**

La ideación suicida y el suicidio se explicarían en las mujeres maltratadas como la única alternativa que ven para terminar con la situación que están viviendo. El estudio de Golding (1999) encuentra prevalencias de suicidio que oscilan entre un 4,6% y un 77% entre mujeres víctimas de violencia de género, con una media ponderada de 17,9%. El

TEPT y la dependencia de sustancias se asocian con mayores tasas de autolesiones, pensamientos suicidas, e intentos de suicidio. (Harned, Najavits, y Weiss, 2006).

### **7.2.9. Problemas de adaptación**

La situación de violencia de género facilita la inadaptación global de la víctima debido a factores como:

- a) Aparición de cuadros clínicos, como el TEPT, que conlleva una importante desorganización emocional.
- b) Alteración de las relaciones familiares, tanto con los hijos e hijas como con la familia extensa.
- c) Reducción de actividades lúdicas y de ocio.
- d) Aislamiento social propiciado por el maltratador y aceptado, en ocasiones, por la víctima.
- e) Bajo rendimiento laboral, absentismo laboral, aislamiento de los compañeros y compañeras de trabajo o pérdida del mismo, que conduce a inadaptación laboral.

Si se ha tenido que escapar o abandonar el hogar y las personas y lugares de referencia, es lógico que se necesiten recursos y tiempo para adaptarse a nuevas condiciones de vida, personas, ambientes y demandas. El estudio de Rincón et al. (2004) pone asimismo de manifiesto problemas de adaptación de las mujeres maltratadas en todos los ámbitos considerados: laboral, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. Datos similares aparecen en el estudio de Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta (1996).

### **7.2.10. Síndrome de la Mujer Maltratada**

Walker (1989) formuló este síndrome para describir las secuelas psicológicas de la violencia de género partiendo de la teoría de la indefensión aprendida. La caracterización de este síndrome incluiría la mayoría de los síntomas que se presentan en el TEPT (Dutton, 1993, llega a considerarlos equivalentes). Sin embargo, quienes defienden la existencia de este síndrome aseguran que es más complejo que el TEPT y que no sólo incluye los síntomas de dicho trastorno, básicamente reexperimentación, hiperactivación, y evitación, sino también sentimientos de depresión, rabia, culpa, baja autoestima y rencor, quejas

somáticas, disfunciones sexuales, conductas adictivas, problemas para establecer relaciones (por excesiva dependencia o por evitación absoluta de intimidad) (Dutton, 1993), temor e incluso pánico ante cualquier tipo de cambio, no percepción de control sobre su vida, trastornos de la alimentación, y también la experiencia del ciclo de la violencia y la indefensión por creer que no merecen ayuda ni hay quien pueda o quiera ayudarla (Walker y Lenore, 2009).

Finalmente, comentar que también es frecuente la presencia de trastornos disociativos y de trastornos de la alimentación (Villavicencio, 2000).

## 8. EFECTOS DE IPV SOBRE EL EJERCICIO DE LA MARENTALIDAD

---

Las mujeres que experimentan IPV, tienden a presentar más problemas psicológicos como la ansiedad, el miedo, la baja autoestima y el aislamiento social (Briere y Jordan, 2004; Woods, 2005) por lo que se podría llegar a la conclusión de que IPV podría tener efectos negativos sobre la marentalidad, reduciendo las capacidades de las madres y haciendo más difícil su funcionamiento diario.

De igual manera, existen investigaciones que ponen de manifiesto que las madres con experiencias de maltrato en la infancia, adolescencia y/o experiencias de IPV en la edad adulta, pueden haber reducido su disponibilidad emocional y la capacidad de prestación de cuidados hacia sus hijos e hijas (George y Solomon, 2008; Krishnakumar y Buehler, 2000), o incluso pueden ver limitadas sus capacidades de proporcionar a sus hijos e hijas una buena crianza y apoyo útil (DiLillo, Tremblay y Peterson, 2000; Hall, Sachs y Rayens, 1998). Según George y Solomon (2008) las experiencias de IPV pueden llevar a desarrollar en las mujeres que las han sufrido cuidados desregulados o restringidos. Los cuidados desregulados en madres se caracterizan por mostrarse las cuidadoras abrumadas por el temor, y los sentimientos de impotencia para proteger o cuidar a sus hijos e hijas, de vulnerabilidad, de pérdida de control, y de incapacidad para proporcionar confort (George y Solomon, 2008). Por otro lado, el cuidado de las madres de tipo restringido, se caracteriza por evitar pensar en la relación de cuidado-apego, retirarse de situaciones de cuidado, la inversión de roles y la fusión con los hijos y las hijas (George y Solomon, 2008).

Los estudios acerca de la maternidad de mujeres que sufren IPV denotan que esta vivencia afecta adversamente a su funcionamiento maternal reduciendo su capacidad para atender a sus hijos e hijas, la implicación en sus vidas, su disponibilidad física y emocional, así como el uso de métodos disciplinarios inapropiados como el castigo corporal (Peled y Gil, 2011) u otros comportamientos abusivos hacia sus hijos e hijas (Holt, 2003). Boeckel, Wagner y Grassi-Oliveira (2015), en un estudio transversal llevado a cabo con dos grupos: a) con días IPV (n = 36) que comprendía madres que vivían situaciones de IPV y a sus hijos también expuestos a IPV, y b) con días control (n = 27)

con madres no maltratadas en su relación de pareja y sus hijos; encontraron mediante análisis de correlación una asociación positiva entre la gravedad de IPV, la gravedad de los síntomas de TEPT en los menores, y las dificultades de regulación emocional en las madres. También una asociación negativa entre IPV y la calidad del vínculo materno. Por otra parte, los modelos de regresión de este estudio demostraron que la exposición a IPV sexual, dificultades maternas en la regulación emocional y la menor edad de la madre eran importantes predictores de peor calidad del vínculo materno. Además, una menor calidad de vínculo maternal se asoció con mayores síntomas de TEPT entre estos menores.

Sin embargo, los hallazgos al respecto son poco consistentes y no todos apoyan categóricamente esta suposición. Así por ejemplo, Levendosky, Huth-Bocks, Shapiro y Semel (2003) informan que las habilidades de las madres víctimas de IPV pueden ser muy efectivas y capaces de formar vínculos afectivos adecuados con sus hijos e hijas. En un estudio longitudinal de cinco años de duración en familias canadienses se comprobó que las madres de hijos e hijas expuestos a IPV, muestran a lo largo del tiempo un mayor incremento en disciplina positiva e iguales comportamientos afectuosos y reguladores comparadas con madres no expuestas a la violencia de sus parejas (Letourneau, Fedick, Willms, Stewart y White, 2007). Ello evidencia la existencia de madres expuestas a situaciones de IPV, probablemente con mayores recursos de resiliencia, en las que la experiencia de la vivencia de IPV no tendría impacto sobre su parentalidad. Levendosky, Lynch y Graham-Bermann (2000) en un estudio de las percepciones de mujeres maltratadas sobre el efecto del maltrato en sus capacidades parentales, encontraron que una cuarta parte de las participantes pensaban que la violencia no tenía impacto en su parentalidad. Las dificultades parentales mencionadas eran sustancialmente similares a las mencionadas por mujeres que no eran víctimas de IPV, y una tercera parte mencionó que su parentalidad sería exactamente la misma que si no hubiese IPV. El resto, no obstante, creían que la ausencia de IPV mejoraría su parentalidad e incrementaría su disponibilidad emocional con sus hijos e hijas.



# *CAPÍTULO 3*

## *LA EXPOSICIÓN DE MENORES A IPV*

---



## 1. MENORES EXPUESTOS A IPV

---

Entender las experiencias de niños y niñas que conviven con la violencia contra sus madres, es todavía una cuestión pendiente. Como muestra de ello, algunas de las múltiples denominaciones que esta población recibe: menores expuestos a violencia doméstica o de pareja (children exposed to domestic/or partner violence), menores testigos de violencia (children witnesses to violence), hijos e hijas de mujeres maltratadas (children of battered women), ser testigo de IPV, verse “obligados a vivir IPV” (Goddard y Bedi, 2010), que tienen “experiencia de IPV” (Överlien, 2010), o ser “sometidos” a IPV (Eriksson, 2010). Pero, ¿qué quiere decir “estar expuesto a IPV”? La respuesta a esta pregunta ha conocido una importante evolución, puesto que en ella se ha pasado de considerar dónde se encontraban los y las menores cuando la violencia ocurría, que era lo que determinaba que fueran o no parte de ella, a visibilizarles como sujetos de las dinámicas de la violencia. Así que, en los inicios, los propios investigadores e investigadoras, se limitaron a situar a los niños y las niñas en el escenario de situaciones de IPV como espectadores (Wolak y Finkelhor, 1998), o como activos protectores de la figura materna (Rudo y Powell, 1996), dos perspectivas, éstas, que no reflejaban toda la variabilidad posible. Posteriormente, se ha dado un avance en la definición y en un esfuerzo por ampliar la comprensión de las vivencias de estos y estas menores, y por crear un lenguaje común a investigadores e investigadoras y a clínicos y clínicas, Holden (2003) propuso la acepción de “menores expuestos a IPV” para unificar este campo. Esta denominación es, paralelamente, la más inclusiva y desarrolla una taxonomía con 10 tipos de exposición posibles: a) perinatal (por violencia física o psicológica hacia la mujer durante el embarazo), b) intervención (por ejemplo, cuando los niños y las niñas intentan hacer o decir algo para proteger a la víctima, en este caso a la madre), c) victimización (ser objeto de violencia psicológica o física en una agresión entre las personas adultas), d) participación (por ejemplo vigilar a la madre a petición de la persona agresora, colaborar en las desvalorizaciones hacia ella), e) ser testigo presencial (durante la agresión los y las menores están en el mismo cuarto, o en ocasiones en la puerta, observando), f) escucha (por ejemplo, desde otra habitación), g) observación de consecuencias inmediatas a la agresión (ver moratones y heridas, objetos y mobiliario rotos, ambulancias y policía, reacciones emocionales intensas en las personas adultas del entorno), h) experimentar las secuelas (síntomatología materna a consecuencia de la

violencia, separación y fin de la convivencia, y cambios de residencia), i) escuchar sobre lo sucedido (por ejemplo, cuando los y las menores habiendo, o no, presenciado la agresión, pueden tener conocimiento sobre el alcance de las consecuencias, y hechos concretos de la violencia, al oír conversaciones entre las personas adultas), y j) ignorar los acontecimientos (porque sucedieron en ausencia de los y las menores, o lejos de la residencia familiar).

Holden (2003) también expone que, los y las menores pueden experimentar varias de estas categorías para un mismo acontecimiento violento; y a su vez que, a lo largo de la historia familiar, la escalada de la violencia puede llevar a que, por ejemplo, pasen de observar los hechos a tratar de intervenir para detenerlos. Además, en algunos estudios, se ha encontrado que los y las menores más pequeños tienen mayores probabilidades de estar expuestos a IPV (Clements et al., 2008).

Toda la disparidad de posibilidades y de criterios no es motivo de sorpresa, si situamos histórica y socialmente a los hijos e hijas en el discurso o posicionamiento más amplio de la violencia de género, que no se nombró hasta que el movimiento feminista, en los años setenta y en occidente, se hizo cargo de atender, cuidar, proteger y defender a las mujeres maltratadas (Emerson y Dobash, 1987).

## 2. PREVALENCIA DE LA EXPOSICIÓN A IPV EN MENORES

---

El Informe del Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los y las menores, titulado “Informe Mundial sobre la Violencia contra los Niños y Niñas” (Pinheiro, 2006), estima que, cada año, entre 133 y 275 millones de niños y niñas son testigos de violencia frecuente entre sus padres.

En Estados Unidos, se estima que, entre 2,3 y 10 millones de menores son testigos de IPV cada año (Rossman, Hughes y Rosenberg, 2000). Además, en este país, en el año 2008, se realizó la primera Encuesta Nacional de la exposición de los niños y las niñas a la violencia (NatSCEV I, 2008), que fue un esfuerzo conjunto de la Oficina de Justicia Juvenil y Prevención de la Delincuencia y de los Centros para el Control de Enfermedades para detectar la incidencia y la prevalencia de la exposición de los y las menores a la violencia. Dicha encuesta, que incluyó a 4.500 niños y niñas, examinó los cambios en el espectro de la violencia, el abuso, el maltrato, y la victimización sexual. En el año 2011, se llevó a cabo la NatSCEV II, como una continuación de los datos de 2008. Esta encuesta, completada en 2011, con una nueva cohorte de 4.500 niños y niñas, ofrece una actualización de las tendencias para la exposición infantil a la violencia en general. Hamby, Finkelhor, y Turner (2012) afirman que en la NatSCEV II "presenciar violencia de pareja puede ser un componente clave en la creación de condiciones que conducen a malos tratos". Además, esta investigación mostró que la exposición a IPV en el último año, se asoció significativamente con el maltrato infantil y la exposición a otras formas de violencia en la familia, como por ejemplo ser testigo de abusos físicos entre hermanos, y otros abusos familiares. También este estudio mostró que, el 34% de los y las menores que habían sido testigos de IPV, a su vez, habían sido objeto de malos tratos directos en el último año (incluido el abuso físico, el abuso psicológico, la negligencia, la interferencia de custodia, y el abuso sexual por parte de un adulto conocido) en comparación con un 9% de los que no habían presenciado la violencia en el ámbito de la pareja. Igualmente, se observó que, más de la mitad de estos y estas menores (57%) que habían presenciado IPV a lo largo de su vida también fueron objeto de malos tratos, en comparación con el 11%

que no habían presenciado en ningún momento de sus vidas situaciones de violencia en el ámbito de la relación de pareja.

En nuestro país, es imprescindible señalar que no existe un seguimiento estadístico centralizado de este tipo de victimizaciones desde el Consejo General del Poder Judicial, ni de las órdenes de protección en relación a hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género. Tan sólo disponemos de datos a nivel de comunidades autónomas que mencionan a los y las menores que están con sus madres en casas de acogida. En los últimos años, diversas organizaciones no gubernamentales están realizando estudios al respecto en población española. Así, por ejemplo, el informe elaborado por Unicef (2006) junto con Bodyshop, que aportó la primera cifra de menores expuestos a IPV en nuestro país, e indicó que alrededor de 188.000 niños y niñas padecen, anualmente, la violencia contra sus madres, especialmente bebés y menores de 3 años. Otra forma de averiguar la prevalencia de menores expuestos a violencia de pareja en nuestro medio es, haciendo deducciones indirectas a través de los datos obtenidos en las diferentes macroencuestas sobre la incidencia de violencia de género realizadas. En la macroencuesta realizada por el Instituto de la Mujer en el año 2006 se estimaba en un 9,6 % el porcentaje de mujeres mayores de 18 años “técnicamente maltratadas”, que correspondería a más de un millón y medio de mujeres. A través de ellas se conocía que en el 40% al 80% de los casos de maltrato de género, los niños y las niñas presenciaron directa o indirectamente escenas de violencia en el hogar (según diversas encuestas realizadas en casa de acogida). Contando que sólo la mitad de dichas mujeres tenían hijos e hijas y utilizando la media de un hijo o hija por familia, se puede afirmar que al menos entre 700.000 y 800.000 niños y niñas en nuestro país están expuestos a violencia de género en su ámbito familiar. De igual manera, según la macroencuesta de 2011, la proporción de mujeres víctimas de violencia de género que tienen hijos o hijas es del 77% y la media de hijos e hijas menores por mujer maltratada es de 2. Así pues, realizando estimaciones similares se extrapolan los datos y cifra en 840.000 los menores que han estado expuestos a la violencia en el último año y en 517.000 los hijos e hijas que han sufrido agresiones físicas directas dentro de un contexto de violencia de género.

Otro dato más reciente es el que se dió a conocer en el Día Internacional contra la Violencia de género (25 de noviembre de 2009) por Save the Children y la Fundación

Instituto de Reinserción Social (IRES). Estos organismos estimaron que, aproximadamente 800.000 menores, sufren en sus hogares violencia de género, unos 200.000 serían hijos e hijas de mujeres que habían recibido órdenes de protección. Se calcula que tan sólo el 4% del total recibió atención especializada.

También diversos estudios sacan a la luz estadísticas realizadas tanto con menores de población general, como con menores hijos e hijas de mujeres que están residiendo en casas de acogida por haber sufrido IPV. Entre los primeros, se destacan los datos obtenidos en el III Informe Internacional de Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja realizado en España (Centro Reina Sofía, 2010). En él, se evidencia que: a) un 40,2% de los menores habían observado directamente este tipo de violencia; b) un 21,3% habían sido víctimas de maltrato infantil; y c) que un 29,3% habían sido víctimas y observado los efectos directos del maltrato. El 9,2% de las mujeres maltratadas afirmaron que sus hijos e hijas no habían sido nunca víctimas, ni testigos de IPV. Un 11,8% de los hijos y las hijas estaban presentes en los feminicidios de pareja ocurridos en España durante el año 2008.

Varios estudios han demostrado que los y las menores, con frecuencia, se encuentran en la misma habitación donde se produce el abuso o maltrato en la pareja (Almqvist y Broberg, 2004; Edleson, 1999; Holden, 2003). En total, el 95% de los niños y niñas participantes en una investigación de la policía, basada en población de E.E.U.U, informó haber visto o escuchado IPV mientras que el 75% de estos y estas niños y niñas más mayores se vió involucrado directamente en esta forma de violencia (Fusco y Fantuzzo, 2009). En otro estudio de Gewirtz y Medhanie (2008) se encontró que los niños y niñas mayores, solían ser más propensos a participar directamente en los episodios de IPV, sobre todo en episodios con utilización de cuchillos, o armas de fuego.

Entre los estudios realizados en España sobre hijos e hijas de mujeres que están residiendo en centros de acogida por sufrir violencia de género se destaca el estudio llevado a cabo por Corbalán y Patró (2003), en el cual el 85% de estos y estas menores fueron testigos de la violencia ejercida sobre sus madres, y en un 66,6% de los casos también fueron maltratados a nivel físico y psicológico.

En la macroencuesta de 2015, el 63,6% de las mujeres entrevistadas afirman que sus hijos o hijas presenciaron o escucharon episodios de malos tratos, y de éstas, un 92,5%

asegura que tenían menos de 18 años cuando se produjeron los hechos. Dentro de este porcentaje superior al 90% sobresale un dato: el 64,2% de las mujeres víctimas que tenían hijos menores de 18 años manifiestan que los malos tratos también se cometieron sobre ellos.

Con tantos y tantas menores expuestos a violencia doméstica en el ámbito de la relación de pareja con consecuencias emocionales y conductuales graves, como se verá a continuación, es importante que se preste especial atención a la detección de estos niños y niñas expuestos a IPV, teniendo en cuenta las muchas y diferentes formas en que dichos y dichas menores pueden verse afectados.

### 3. CONSECUENCIAS DE IPV EN LA SALUD DE LOS HIJOS E HIJAS.

---

Estudios longitudinales sugieren que los y las menores expuestos a IPV, tienen un mayor riesgo de a) problemas interiorizados y exteriorizados (Bedi y Goddard, 2007; Evans, Davies y DiLillo, 2008; Moylan, et al., 2010; Sternberg, Baradaran, Abbott, Lamb y Guterman, 2006; Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith y Jaffe, 2003); b) retrasos en el desarrollo neurológico (Carpenter y Stacks, 2009); c) síntomas de trauma o TEPT (Bedi y Goddard, 2007; Evans et al., 2008); d) problemas de desarrollo (Chan y Yeung, 2009; Herrenkohl et al., 2008; Holt, Buckley y Whelan, 2008); e) problemas académicos; f) problemas sociales (Fowler y Chanmugam, 2007); g) trastornos en los modelos de apego infantil (Zeanah, Danis, Hirshberg, Benoit, Miller y Scott Heller, 1999); h) trastornos psicosomáticos (Saltzman, Holden y Holahan, 2005) y i) problemas de perpetración de violencia en la pareja en la edad adulta (Sternberg, Baradaran, Abbott, Lamb, y Guterman, 2006). Y estos niños hacen un mayor uso de servicios de salud (Bair-Merritt, Blackstone y Feudtner, 2006).

Tanto en estudios longitudinales como transversales, se ha visto que las consecuencias de la exposición de los menores a IPV pueden darse tanto a nivel de salud física, como psicoemocional. Entre las primeras se encuentran diferentes síntomas de trastornos somáticos (dolor de cabeza, estómago, asma, etc.), retraso en el crecimiento y en el peso, alteraciones en el sueño, en la alimentación y conductas regresivas. De igual modo, se ha evidenciado que en los menores expuestos a IPV, se pone en riesgo el correcto desarrollo del cerebro y del sistema nervioso central, pues en etapas infanto-juveniles es cuando todos los factores, también los ambientales, juegan un rol especial en el desarrollo cerebral y del sistema nervioso central. Asimismo, se ha evidenciado que menores expuestos a IPV sufren alteraciones en el A.D.N. responsables del envejecimiento celular precoz, ictus, cáncer y cardiopatías. A nivel psicoemocional las secuelas son igual de importantes. Los menores pueden presentar síntomas de TEPT, disregulación emocional (dificultades a la hora de expresar e interpretar emociones propias o ajenas, confusión, rabia, tristeza, vergüenza, culpa o frustración) o generar una baja autoestima, angustia, ansiedad y sintomatología depresiva. Además, se ve afectada el área social (insuficiente

empatía, escasas habilidades sociales, dificultad para interpretar el lenguaje no verbal, etc.) y el rendimiento académico (problemas con atención, concentración y memoria) (Mohand, Cortiñas y Torres, 2014). Y el aprendizaje de comportamientos agresivos es especialmente notable y, en ocasiones estos comportamientos van dirigidos hacia sus madres (Izaguirre y Calvete, 2015). Algunos estudios publicados en Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y Australia han evidenciado que la extensión de la transmisión intergeneracional de la violencia, en estos menores, resulta atribuible en un 30-37% de los casos a la exposición a IPV (Tomison y Poole, 2000).

Según Alcántara, López-Soler, Castro y López (2013), los datos obtenidos en su estudio transversal, confirman la magnitud y gravedad de las consecuencias de la exposición de los y las menores a IPV; y además en él, para la mayoría de síndromes clínicos, tanto de tipo interiorizados como exteriorizados, la prevalencia de éstos era de 5 veces superior a la registrada en población normal, y en algún síndrome, como retraimiento, hasta 10 veces superior.

Según Wolak y Finkelhor (1998), en estos menores, no se observa un único patrón de respuesta, ni en el caso del maltrato directo ni en el de la exposición a IPV, sino que pueden verse afectadas múltiples áreas de funcionamiento comportamental, emocional, social, cognitivo y físico. Las reacciones emocionales, conductuales y/o físicas de dichos menores dependerán de muchos factores: edad, sexo, longitud de la exposición, tipo y gravedad del maltrato, características individuales de cada menor, etc.

A continuación, y a modo de resumen, se presentan las consecuencias más relevantes y graves que puede tener la exposición a IPV para un niño o niña (ver Tabla 9).

**Tabla 9. Consecuencias de IPV en la salud de las hijas e hijos**

<b>CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA</b>	<b>CONSECUENCIAS EN LA SALUD PSICOSOCIAL</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Daño y lesiones</li> <li>• Riesgo de alteración del desarrollo integral: retraso del crecimiento, disminución de las habilidades motoras, retraso del lenguaje, síntomas regresivos</li> <li>• Síndrome de dolor crónico</li> <li>• Alteraciones del sueño y de la alimentación</li> <li>• Mayor frecuencia de enfermedades psicósomáticas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad, depresión, baja autoestima</li> <li>• TEPT</li> <li>• Déficit de atención y concentración, hiperactividad</li> <li>• Dificultades de aprendizaje y socialización, habilidades sociales escasas, bajo rendimiento escolar</li> <li>• Problemas de conducta social: adopción de comportamientos de sumisión o de violencia con sus compañeros y compañeras</li> <li>• Comportamientos de riesgo</li> <li>• Inhibición y aislamiento</li> <li>• Adicciones</li> <li>• Parentalización. Asunción de roles de protección de hermanos y hermanas, o de la madre</li> </ul>
<b>CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO O VIOLENCIA TRANSGENERACIONAL</b>	<b>CONSECUENCIAS FATALES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conductas agresivas de hijos varones hacia las madres, aprendidas de los hombres violentos del propio contexto familiar</li> <li>• Maltrato a sus parejas en las edades adultas en los varones</li> <li>• Mayor tolerancia al maltrato en las mujeres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muerte por homicidio, o como resultado de interponerse entre la persona agresora y la madre para intentar frenar la IPV</li> </ul>

Fuente: Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2012)

La literatura confirma que 35% a 45% de los niños y las niñas que están expuestos y expuestas a IPV demuestran sintomatología clínicamente significativa (Bayarri et al., 2011). Y las consecuencias a largo plazo de la salud mental para los niños y las niñas que están expuestos a IPV no son significativamente diferentes de los resultados para los niños y niñas víctimas directas de maltrato (Bayarri et al., 2011; Gewirtz y Edleson, 2004; Lamers-Winkelmann, Willemen, et al., 2012).

En cuanto a los problemas psicológicos presentados por los y las menores expuestos a IPV, Cummings y Davies (2010) encontraron que éstos fueron de cinco a siete veces más propensos a sufrirlos, sobretodo por lo que respecta a la depresión, la ansiedad, la agresividad, la inseguridad, los problemas de apego y de baja autoestima, que los y las menores de hogares no violentos. Además, casi el 50% por ciento de los y las menores expuestos a IPV muestran síntomas de TEPT (Fainsilber Katz, Stettler y Gurtovenko, 2015). La presencia de síntomas postraumáticos es una de las consecuencias más presentes (Fowler y Chanmugam, 2007). La aparición de este tipo de sintomatología está mediada por la percepción de la amenaza y de control que los niños y niñas tengan de los acontecimientos (Graham-Bermann et al., 2006).

Por otra parte, entre los trabajos que en España han recogido información sobre el porcentaje de niñas y niños que presentaban dificultades por haber estado expuestos a violencia de género se encuentra el de Corbalán y Patró (citados en Patró y Limiñana, 2005). Estos autores preguntaron a mujeres maltratadas residentes en centros de acogida acerca de las dificultades de los hijos y las hijas a su cargo y encontraron que un 10% de los niños y niñas tenía problemas de conflictividad en la escuela, un 7,5% había huido del hogar, el 53% presentaba comportamientos violentos hacia sus iguales, un 22,5% era violento o violenta con su madre, un 25% tenía bajo rendimiento escolar, el 32,5% síntomas de ansiedad, otro 30% sentimientos de tristeza y aislamiento, y el 27,5% miedo a la persona maltratadora. Los datos obtenidos por Alcántara, López-Soler, Castro y López (2013) confirman la magnitud y gravedad de las consecuencias de la exposición de los y las menores a IPV, para la mayoría de síndromes clínicos, tanto de tipo interiorizados como exteriorizados. La prevalencia encontrada era de 5 veces superior a la registrada en población normal y, en algún síndrome, hasta 10 veces superior (retraimiento).

Seguidamente se presentan los resultados de un informe de Save the Children (2011), que destaca de forma detallada algunas de las principales alteraciones emocionales y psicopatológicas que pueden presentar estos menores:

**A) Síntomas depresivos:**

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

**B) Síntomas de Ansiedad y Miedos:**

- Miedos no específicos
- Preocupación constante respecto al futuro
- Miedo a perder a la madre
- Miedo a perder al padre

**C) Problemas de socialización:**

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

**D) Alteraciones del sueño:**

- Pesadillas
- Miedo a dormir solo
- Terrores nocturnos

**E) Síntomas regresivos:**

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

**F) Problemas 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

**G) 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

#### H) Tendencia a normalizar el sufrimiento y la agresión como modos naturales de relación:

- Aprendizaje de modelos violentos y posibilidad de repetirlos, tanto de la víctima como del 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

#### I) Síntomas de estrés postraumático:

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

#### J) Parentalización de los niños y niñas:

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

Por último, además, añadir que lamentablemente en los casos más extremos, los casos de violencia de género en la pareja puede comportar la muerte de hijos e hijas. (Save the Children, 2011).

#### 4. FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS EFECTOS DE LA EXPOSICIÓN A IPV

---

La gran mayoría de estudios de investigación cuantitativa sobre la IPV y su impacto en los y las menores expuestos a ella se han basado, mayoritariamente, en las madres como informadoras del funcionamiento adaptativo general de dichos niños y niñas y de su salud mental o psicopatológica (Överlien, 2010). Cuando está disponible la información aportada por los progenitores y por sus hijos e hijas sobre sus problemas interiorizados y exteriorizados el acuerdo resulta, a menudo en estos casos, de débil a moderado (De Los Reyes y Kazdin, 2004; Gresham, Elliott, Cook, Vance y Kettler, 2010). Además, parece ser que los padres, tienden a subestimar la exposición general de los niños y las niñas a la violencia, así como su exposición a IPV (Clements, Oxtoby y Ogle, 2008). Alrededor de un tercio de los niños y niñas expuestos a IPV y sus madres, no estaban de acuerdo sobre si el menor o la menor había estado realmente expuestos a IPV (Hungerford, Ogle y Clements, 2010). Tanto cuidadores, como los y las menores expuestos a IPV, probablemente tienen puntos de vista y experiencias diferentes, y sus respuestas pueden ser vistas como la adición de información complementaria, de modo que con la información conjunta se obtienen más y mejor información que con la información individual de cualquiera de las partes (Lanktree et al., 2008.).

De igual modo, aunque la mayor parte de investigaciones evidencian que los y las menores expuestos a IPV presentan problemas tanto interiorizados como exteriorizados clínicamente significativos, y que alrededor de un 40% de ellos mostrarían problemas de adaptación en diversas áreas (Graham-Bermann et al., 2009), también existen evidencias de aproximadamente un 60% de menores sin dichas manifestaciones clínicas (Graham-Bermann et al., 2009), ni otras secuelas emocionales (Grych, Jouriles, Swank, McDonald y Norwood, 2000; Hughes, Graham-Bermann, y Gruber, 2001), seguramente debido tanto a sus mayores recursos de resiliencia (Hughes, Graham-Bermann y Gruber, 2001; Martínez-Torteya, Anne Bogat, Von Eye y Levendosky, 2009), como a otros factores que influyen en la manifestación de los efectos de la exposición a IPV en menores.

Ante toda esta complejidad, es importante identificar posibles factores tanto de riesgo como de protección, en tanto que éstos permitieran predecir resultados de mayor o menor

afectación clínica de menores expuestos a IPV. A continuación se revisan los más importantes.

#### 4.1. La edad

Los resultados sobre el rol moderador de la edad en los efectos de la exposición a IPV son contradictorios. Ninguno de los metaanálisis realizados sobre este tema, ha encontrado diferencias estadísticamente significativas de los efectos de la exposición a IPV por la edad del o de la menor (Chan y Yeung, 2009; Davis et al., 2005; Jacobus, 2005; Kitzmann, Gaylord, Holt y Kenny, 2003; Wolfe et al., 2003). Pero, en el megaanálisis de Sternberg et al. (2006), sí se encontró que la edad podía moderar el efecto de la exposición a IPV en los síntomas exteriorizados, pero no en síntomas interiorizados. Así, la asociación entre la exposición a IPV en los y las menores y los problemas de tipo exteriorizados, era más débil en los niños y las niñas de entre 7 y 14 años de edad que en los y las menores más jóvenes o en los de mayor edad.

Además, algunas investigaciones han informado de que a medida que aumentaba la edad los síntomas postraumáticos disminuyen (Spilsbury, J.C., Kahana, S., Drotar, D., Creedon, R., Flannery, D.J. y Friedman, S., 2008; Sternberg et al., 2006). Probablemente el nivel de habilidades de afrontamiento de un o una menor y/o los cambios en la percepción de IPV cambia en función del nivel de desarrollo y, por lo tanto, estos síntomas postraumáticos pueden manifestarse de forma diferente en niños y niñas en diferentes etapas de desarrollo (Evans et al., 2008). Se necesitan más estudios para investigar cómo el patrón de estos síntomas postraumáticos puede cambiar con el tiempo desde la infancia a la adolescencia y en la edad adulta.

Por otra parte, en el metaanálisis de Evans et al. (2008), no hubo diferencias significativas por edad, ni en la interacción entre edad y sexo, y tampoco se encontraron diferencias por etapas evolutivas de preescolar, escolar, y adolescencia. Tampoco un metaanálisis reciente ha encontrado indicios de que los niños y las niñas de menor edad fueran más vulnerables a las consecuencias negativas de IPV que los y las menores en edad adolescente (Chan y Yeung, 2009). Igualmente, en el estudio de Bayarri, Ezpeleta y Granero

(2011) todos los niños y niñas, independientemente de la edad, tenían aproximadamente la misma cantidad de riesgo para desarrollar problemas psicológicos.

La mayoría de los estudios incluidos en estos metaanálisis y megaanálisis son de corte transversal y, por lo tanto, no se sabe si el impacto es diferente a largo plazo dependiendo de la edad y del nivel de desarrollo.

Los estudios longitudinales sugieren que los y las menores expuestos a IPV, tienen un mayor riesgo en la adolescencia de: a) problemas de comportamiento interiorizados (Moylan, Herrenkohl, Sousa, Tajima, Herrenkohl y Russo, 2010); b) problemas exteriorizados (Moylan, et al., 2010); y c) comportamiento antisocial (Herrera y McCloskey, 2001). Estos estudios también sugieren que los y las menores expuestos y expuestas a la violencia doméstica en la pareja tienen un mayor riesgo en la edad adulta de perpetración de IPV (Sternberg et al., 2006).

Cerdá et al. (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 expuesto o expuesta a IPV desde la adolescencia hasta la edad adulta. Los y las preadolescentes tenían entre 12 y 15 años. Hallaron que la exposición a IPV 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.

## 4.2. El género

El género como variable moderadora del impacto de la exposición de los y las menores a IPV, ha presentado hasta ahora resultados poco concluyentes.

Kitzmann et al. (2003) llevó a cabo un metaanálisis utilizando 118 estudios sobre los resultados psicosociales en menores relacionados con IPV. Los autores hallaron tamaños del efecto comparables para niños y niñas. Wolfe et al. (2003) también realizaron un metaanálisis utilizando 41 estudios sobre los efectos de la exposición a la violencia doméstica y llegaron a conclusiones similares. El metaanálisis de Chan y Yeung (2009) tampoco encontraron efectos del género sobre los problemas de conducta de tipo interiorizados o exteriorizados que

manifestaban los y las menores expuestos a IPV. Otros estudios tampoco encontraron diferencias de género, ni en los problemas de tipo interiorizados (Bayarri, Ezpeleta y Granero, 2011; Evans et al., 2008; Tonelli, 2002), ni en los de tipo exteriorizados (Evans et al., 2008; Tonelli, 2002). Tonelli (2002), además, también encontró que no había diferencias por sexo para los síntomas postraumáticos.

El metaanálisis de Sternberg et al. (1993) encontró que las niñas expuestas a IPV se encontraban en mayor riesgo que los varones, de manifestar tanto problemas interiorizados y exteriorizados. Alcántara et al. (2013), coincidiendo con los resultados del estudio Lemmy, McFarlane, Willson y Malecha (2001) y Sternberg et al. (1993); encontraron que fueron las niñas las que presentaron mayor afectación de problemas interiorizados y exteriorizados, si bien las diferencias sólo fueron estadísticamente significativas en el síndrome empírico de problemas sociales.

Otras investigaciones, no obstante, sí señalan ciertas diferencias de género en los y las menores expuestos a IPV. Así, en el metaanálisis de Evans et al. (2008) se encontró que los tamaños del efecto de los problemas de conducta exteriorizados fueron significativamente mayores para los niños expuestos a IPV que para las niñas también expuestas a ella. Asimismo, se informó las niñas suelen desarrollar problemas más de tipo interiorizados (Evans et al., 2008; Paulussen-Hoogeboom, Stams, Hermanns, Peetsma y van den Wittenboer, 2008). En esta misma línea se halla el estudio de Bourassa (2007), que pretendió contemplar en 490 jóvenes (de edades comprendidas entre 15 y 19 años) el impacto de haber sido testigos de IPV y/o maltratados y maltratadas directamente, utilizando el YSR. Se encontraron diferencias de género para los problemas interiorizados en la misma línea que en investigaciones anteriores. Sin embargo, no se encontraron diferencias en los problemas de tipo exteriorizado. Por último, Spilsbury et al. (2008) encontraron que las niñas y/o adolescentes expuestas a IPV presentaban más problemas de conducta, síntomas postraumáticos y problemas interiorizados.

Así pues, por lo general, la investigación parece no apuntar de forma clara a la existencia de diferencias significativas entre niños y niñas expuestos a IPV, en la manifestación de problemas interiorizados y exteriorizados (Fowler, Chanmugam, 2007; Spilsbury et al., 2008).

### 4.3. La etnia

La investigación sobre los posibles efectos de la etnia en el desarrollo de síntomas clínicos en los y las menores expuestos a IPV ha mostrado resultados mixtos. Así por ejemplo, Leech, Larkby, Day y Day (2006) encontraron que ser afroamericano fue un predictor de mayores niveles de depresión y ansiedad. Por otro lado, también se ha encontrado una mayor incidencia de depresión y problemas de comportamiento en los niños y niñas blancos, en comparación con los y niñas niños de minorías (Gerard y Buehler, 2004). Spilsbury et al. (2007) informaron que los niños y niñas de raza blanca exhibieron más problemas exteriorizados y síntomas postraumáticos en comparación con niños y niñas afroamericanos.

En otros estudios con otras minorías raciales se han detectado mayores dificultades de adaptación general. Las minorías culturales, también se encuentran con factores de estrés adicionales, tales como el racismo, los prejuicios y la discriminación (Arrington y Wilson, 2000), que pueden agravar el estado emocional de los y las menores pertenecientes a ellas. Por lo tanto, los niños y las niñas de minorías culturales, expuestos a situaciones de IPV, pueden tener más factores de riesgo y más factores de estrés que sus homólogos de culturas mayoritarias, aumentando las probabilidades de resultados psicopatológicos negativos. La raza sería pues, un estresante más que se sumaría a IPV (Mullender et al., 2002).

### 4.4. Otros factores individuales

Hay varios factores individuales que se han relacionado con la resistencia de los y las menores ante situaciones de riesgo del tipo exposición a IPV (Fraser et al., 2004; Iwaniec, 2006). Howard, Dryden y Johnson (1999), realizando una revisión de la literatura sobre la capacidad de recuperación en la infancia, encontraron varios factores internos que llevaban a mejores resultados, incluyendo habilidades para resolver problemas, la autonomía, la competencia social y un sentido de propósito y futuro.

La revisión de la literatura en menores expuestos a IPV, evidencia los siguientes factores individuales entre los más importantes:

a) el funcionamiento intelectual. Estudios con muestras de niños y niñas expuestos a IPV, aunque escasos, sugieren que el cociente intelectual se asocia negativamente con la manifestación de problemas de conducta (Kolbo, 1996). Así mismo, unas habilidades cognitivas verbales bien desarrolladas pueden facilitar la mediación verbal del conflicto y, por lo tanto, dar lugar a más opciones apropiadas de comportamiento y a una amplia gama de estrategias de afrontamiento (Buckner, Mezzacappa y Beardslee, 2003).

b) una relación fuerte con el progenitor no maltratador u otros adultos de confianza (Masten y Coatsworth, 1998).

c) la orientación proactiva que se considera un factor de protección que los niños y las niñas resilientes tienen, e incluye cosas tales como la autoeficacia, iniciativa, pensamiento optimista y la motivación interna (Alvord y Grados, 2005).

d) la autorregulación o autocontrol. Los niños y las niñas que pueden autorregularse son más capaces de calmarse a sí mismos, de obtener respuestas positivas de los demás y de participar en relaciones sociales sanas (Alvord y Grados, 2005).

Otros factores individuales de interés que también han sido identificados son: a) la culpabilidad (las personas que no se culpan a sí mismos tienden a ser más resistentes que los que lo hacen), y b) un temperamento fácil se ha demostrado que se asocia con mayor resistencia al estrés (Friedman y Chase-Lansdale, 2002).

De todas maneras, a pesar de las muchas características internas vinculadas a la resiliencia, la mayoría de la investigación sostiene que no se trata tan sólo de contemplar los rasgos individuales, sino la dinámica de tales rasgos o factores internos combinados con factores externos que conducen a resultados globales de una mayor capacidad de resiliencia (Fraser et al., 2004).

#### 4.5. El nivel socioeconómico

Los niños y las niñas de familias pobres, son más propensos a desarrollar problemas de conducta y emocionales, que los niños y las niñas de familias con ingresos medios y altos (Bradley y Corwyn, 2002). Los bajos ingresos socioeconómicos parecen estar asociados con

una prevalencia, relativamente alta, de otros factores de riesgo, como problemas psiquiátricos de la madre, el estrés, y la crianza ineficaz (McLoyd, 1998).

La pertenencia a una determinada minoría cultural, así como a familias con un nivel socioeconómico más bajo, pueden significar, al igual que en el caso de la pertenencia a una determinada raza, una mayor dificultad de adaptación general, pues estas variables serían estresantes que se sumarían a IPV (Grych, Wachsmuth-Schlaefel y Klockow, 2002; McEwen y Gianaros, 2011).

#### 4.6. La coocurrencia de otras experiencias adversas

El aumento de la frecuencia y la gravedad de IPV se ha vinculado a mayores problemas psicológicos (Edleson, 1999; Grych y Fincham, 1993). La cantidad de violencia en el ámbito de la relación de pareja a que un menor o una menor han estado expuestos, se relaciona con dificultades de adaptación (Kilpatrick y Williams, 1998; Wolfe et al., 2003). También se ha encontrado que es la historia de la exposición a IPV y el número de parejas violentas al que se ha estado expuesto o expuesta lo que determina la mayor cantidad de efectos negativos en estos y estas menores (Bogat, Levendosky, Theran, von Eye y Davidson, 2003; Litrownik et al., 2003).

Por otro lado, a parte de una mayor prevalencia de abuso infantil entre los niños y niñas expuestos a IPV (Holt et al., 2008), los estudios han demostrado que, a menudo, una exposición de victimización es acompañada por otras (Dube, Anda, Felitti, Edwards, y Williamson, 2002). Cuando los y las menores son testigos de IPV y, además, se abusa de ellos (doble exposición), presentan mayores problemas de comportamiento (Hughes, Parkinson y Vargo, 1989; Kernic, Wolf, Holt, McKnight, Huebner y Rivara, 2003; Grych et al., 2000; McCloskey y Walker, 2000). Los niños y niñas expuestos a IPV tienen un mayor riesgo de experimentar tanto violencia física (Appel y Holden, 1998; Black, Slep y Heyman, 2001), como abuso sexual (McCloskey, Figueredo y Koss, 1995; Smith, Berthelsen y O'Connor, 1997). Una investigación de 30 estudios empíricos realizados por Appel y Holden (1998) indicaron que en muestras clínicas entre el 30% y el 60% de los hijos e hijas de mujeres maltratadas también habían sufrido abuso físico. McCloskey et al. (1995) encontraron que el 10% de madres informaron que sus hijos e hijas habían sido objeto de abusos sexuales por

parte de sus parejas. Otro estudio encontró que el 4% de las madres informaron que sus hijos e hijas habían sido víctimas de abusos sexuales por parte de sus padres (Smith et al., 1997).

En muestras comunitarias de menores norteamericanos se obtiene un solapamiento del 56,8% entre la exposición a violencia familiar y cualquier otra forma de victimización directa por parte de las personas cuidadoras (Hamby, Finkelhor, Turner y Ormrod, 2010).

Por otra parte, un estudio reciente realizado por Moylan et al. (2010) destacó que los y las jóvenes expuestos a distintas formas de abuso infantil, IPV, o ambos tipos de violencia, tenían niveles más altos de problemas interiorizados y exteriorizados que adolescentes que no fueron expuestos a cualquier tipo de violencia.

Turner, Finkelhor y Ormrod (2010), con una muestra nacional de menores con edades comprendidas entre los 2 y los 17 años de los EE.UU, se analizó la exposición a diferentes tipos de abusos (polivictimización) a lo largo de la vida. El estudio concluyó que la polivictimización estuvo más fuertemente relacionada con los síntomas de trauma o postraumáticos, que la exposición repetida a un único tipo de abuso. Un resultado similar se encontró en otro estudio longitudinal de dos años, realizado por Finkelhor et al. (2007) y en el que, además, se evidenció la necesidad de aconsejar la realización de evaluaciones detalladas de la exposición a la IPV y a otros tipos de abusos, tanto desde servicios sociales, servicios de psiquiatría infantojuvenil, y también en la investigación sobre menores expuestos a IPV.

Los hallazgos sugieren que la exposición a IPV y otras formas de abuso infantil, aumentan la probabilidad de tener más problemas de salud mental (Herrenkohl et al., 2008; Hughes et al., 1989). Así, el metaanálisis de Wolfe et al. (2003), indicó que había una tendencia en el sentido de doble golpe, pero esta misma tendencia no se observó en el metaanálisis de Kitzmann et al. (2003). Wolfe et al. (2003) encontraron un aumento en el tamaño del efecto de problemas interiorizados y exteriorizados en los niños y niñas que habían sufrido además de observación de situaciones de IPV, experiencias de abuso físico. Por otra parte, según informaciones de sus madres, en los y las menores expuestos a IPV, los eventos vitales estresantes son un predictor significativo de problemas de comportamiento, y de una menor competencia social (Levendosky et al., 2003).

Por último, mencionar que una revisión de estudios sobre factores de riesgo en menores expuestos a IPV halló que el aumento de los niveles de riesgo, también comportó el

aumento de peores resultados psicopatológicos en ellos (Gewirtz y Edleson, 2004). Es decir que, menores que fueron expuestos a dos riesgos, fueron más propensos a manifestar resultados negativos a nivel psicopatológico que los que estuvieron expuestos a un sólo riesgo.

#### 4.7. La influencia de la familia

Tanto estilo de crianza adecuado como las relaciones de apego seguras con los cuidadores constituyen predictores de resistencia en los niños y niñas (Iwaniec, 2006). Al margen de la relación con los padres, la conexión a una red familiar extensa, también se ha demostrado que parece predecir la mayor capacidad de resistencia en los y las menores (Masten y Coatsworth, 1998).

La investigación que se ha centrado específicamente en las fortalezas y habilidades de afrontamiento de las familias, ha hallado que existen varios factores importantes en las familias resistentes que no experimentan IPV (McCubbin, McCubbin, Thompson, y Thompson, 1998). Los puntos fuertes más importantes y habilidades de afrontamiento de estas familias resistentes serían las interrelaciones equilibradas que pueden contribuir a resolver los conflictos sin violencia, las celebraciones de ocasiones especiales, los miembros sanos de la familia, las formas de pasar el tiempo libre, la aceptación de los diferentes rasgos de personalidad, una red de apoyo de amigos y familiares, las rutinas tales como las comidas en familia o las tareas domésticas y las tradiciones familiares. Sin embargo, la investigación también indica que esto puede variar, entre los diferentes grupos étnicos y en función del valor o importancia que en cada uno de ellos se da a estos aspectos. Así pues, es importante reconocer fortalezas de dichas familias con el fin de identificar formas de aumentar la capacidad de resiliencia en situaciones familiares donde IPV está implicada.

Otro factor interesante, que ha tenido poca atención en la literatura, es cómo la presencia de los hermanos y las hermanas podría moderar los efectos asociados con la exposición a la IPV. Se estima que el 79% de las personas crecen en un hogar con al menos un hermano o hermana (Kreider y Ellis, 2011). Las relaciones entre hermanos pueden proporcionar una fuente importante de continuidad a lo largo de la vida de un o una menor. Por ello, existe un creciente cuerpo de literatura que documenta su potencial efecto como factor amortiguador ante acontecimientos vitales negativos (Gass, Jenkins y Dunn, 2007;

Sandler, 1980) como IPV u otros. Asimismo, recientemente, Taylor, Stewart-Tufescu y Piotrowski (2015) han hallado que, en familias con IPV, los síntomas de trauma de los hermanos mayores parecen estar relacionados con los síntomas del trauma de los hermanos menores cuando se dan elevados niveles de estrés materno.

Por último, destacar que en el estudio de Fusco (2015) se ha encontrado que la relación entre la exposición infantil a IPV y los problemas socioemocionales de los menores estaba mediada por tres factores familiares y sociales: la fuerza del apego madre-hijo, el funcionamiento general de la familia, y el nivel de apoyo emocional de las madres. Estos hallazgos revelan la heterogeneidad entre las familias con IPV y ponen de relieve la necesidad de realizar intervenciones centradas en modelos ecológicos de actuaciones profesionales.

#### 4.8. La crianza positiva

Las investigaciones indican que la IPV aumenta la probabilidad de la depresión materna y el abuso de sustancias y, asimismo, que puede afectar a los estilos de crianza tanto materna como paterna. Un estudio de mujeres maltratadas y sus hijos e hijas, encontró que la IPV era un predictor de peores habilidades sociales de padres y madres (Levendosky y Graham-Bermann, 2001). En comparación con las madres que no han sido maltratadas, las madres maltratadas son más propensas a modificar su crianza en presencia de su pareja abusiva, establecer menos límites con sus hijos e hijas, ser menos sensibles a las necesidades de sus hijos e hijas, y a participar en más conflictos con sus hijos e hijas (Holden et al., 1998; Rossman y Rea, 2005), tienen un mayor potencial de abuso infantil (Casanueva y Martin, 2007) y son más hostiles y menos cálidas con sus hijos e hijas durante sus interacciones (Levendosky, Leahy, Bogat, Davidson y von Eye, 2006).

Rossmann y Rea (2005) encontraron que las madres que experimentaron los mayores niveles de violencia verbal y física, y como resultado de ello manifestaron más síntomas de ansiedad y de tipo postraumático, llevaban a cabo estilos de crianza más inconsistentes. En cambio, las madres que habían experimentado niveles más bajos de maltrato verbal y físico, con menores síntomas de ansiedad y de trauma, desarrollaban estilos de crianza más asertivos, y se mostraron más sensibles en la crianza de sus hijos e hijas, propiciando un desarrollo social y emocional más sano de estos y estas menores. Además, se ha visto que en menores

expuestos a IPV, la crianza efectiva se asocia con una disminución de problemas de tipo exteriorizado (Levendosky et al., 2003).

#### 4.9. La historia de victimización de las madres

Las mujeres que reportan una historia de abuso infantil, o victimización en la edad adulta, tienen un mayor riesgo de repetir situaciones de IPV (Arias, 2004; Bensley, Van Eenwyk y Simmons, 2003; Desai et al., 2002). Además, la historia de victimización anterior, acaecida durante la infancia y/o adolescencia, se considera un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología cuando las víctimas se enfrentan con una nueva experiencia de violencia (Messman-Moore y Long, 2003). Consecuentemente, la historia de victimización materna debería ser considerada tanto al valorar la salud mental de la mujer, como sobre la psicopatología de sus hijos e hijas (Arias, 2004; Desai et al., 2002). Sin embargo, la historia de victimización materna, se ha tenido en cuenta en pocos estudios que evalúan el impacto de IPV en la salud física y mental de las mujeres (Campbell et al., 1997; Messman-Moore y Long, 2003) y de sus hijos e hijas (Dubowitz et al., 2001), si bien es sabido que la revictimización materna: a) se asocia con efectos perjudiciales para la salud mental de los hijos e hijas, su crianza, y con depresión materna (Dubowitz et al. (2001), b) se relaciona con problemas tanto exteriorizados como interiorizados en los hijos e hijas (Claridge, Lettenberger-Klein, Farineau, Wojciak y McWey, 2014; Koverola et al., 2005; Litrownik et al., 2003), c) se ha asociado a depresión materna (Koverola et al., 2005; Miranda, de la Osa, Granero y Ezpeleta, 2013a) y a prácticas de crianza menos eficaces y de mayor conflictividad (Graham-Bermann y Levendosky 1998; Morrel et al., 2003), y d) se ha asociado con bajos niveles de apoyo social materno y con bajos niveles de socialización de estos menores (Koverola et al., 2005).

En el estudio de Koverola et al. (2005), se observó cómo los efectos de la historia de victimización materna en los problemas de conducta de tipo interiorizados y en la socialización, eran mediados por los síntomas depresivos maternos. Los efectos de los síntomas depresivos maternos sobre los problemas de conducta exteriorizados, la socialización, y la ira, también resultaban mediados por el apoyo social materno (o grado de mayor o menor apoyo social recibido por la madre).

Gage y Silvestre (2010) encontraron que la historia de victimización física en la infancia y/o adolescencia de las madres, una mayor variedad de la violencia emocional en la pareja y la experiencia de victimización física en la pareja, aumentaron significativamente la probabilidad de que estas madres usaran el castigo físico con sus hijos e hijas, incluso después de controlar los factores o variables de confusión.

Las intervenciones dirigidas a aumentar el apoyo social, la reducción de los trastornos psicológicos (sobre todo síntomas disociativos y depresivos), la realización de terapia con las madres sobre la historia de victimización en la infancia y/o adolescencia y la separación de las parejas violentas, podrían ser formas efectivas para mejorar la calidad de la crianza de los hijos y las hijas (Fujiwara, Okuyama, y Izumi, 2012) y también constituir formas de intervención válidas para promover la competencia y la resiliencia de estos menores (Min et al., 2013). Además, una mayor calidad relacional madre-adolescente (medida preguntando sobre el nivel de cercanía, comprensión, confianza, toma de decisiones compartidas, cuidado, y llevarse bien entre la cuidadora y el o la adolescente) podría mediar significativamente la relación entre la historia de victimización materna y la menor manifestación de problemas interiorizados y exteriorizados de los y las adolescentes (Claridge, Lettenberger-Klein, Farineau, Wojciak y McWey, 2014).

#### 4.10. La depresión materna y la salud mental de la madre

La depresión materna se ha asociado con adaptación negativa en menores expuestos a IPV. Levendosky et al. (2006) encontraron que la psicopatología materna (TEPT, depresión, y otros problemas de ansiedad y autoestima) mediaba la relación entre la exposición a IPV y los problemas exteriorizados de los niños y las niñas en edades preescolares. La falta de disponibilidad de una madre deprimida puede llevar a su hijo o hija a esperar el rechazo y a sentirse impotente. Las madres deprimidas también pueden modelar estrategias desadaptativas de regulación de las emociones. Kliewer et al. (2004) encontraron que las madres que no eran capaces de gestionar eficazmente sus propios sentimientos de tristeza, tenían hijos e hijas con más problemas interiorizados. La depresión materna se asocia también con retrasos de desarrollo infantil, problemas de apego inseguro (Cicchetti, Rogosch y Toth, 1998; Martins y Gaffan, 2000), dificultades en el aprendizaje, así como con una menor interacción de las

madres con sus hijos e hijas. A edades preescolar y escolar, la depresión materna se relaciona con el apego inseguro y evitativo de los y las menores y con mayor propensión a expresar el afecto negativo, como la crítica y el comportamiento de culpa inducida. En la adolescencia, las madres deprimidas fueron menos positivas y más críticas con sus hijos e hijas (Oyserman, Mowbray, Meares y Firminger, 2000) que las madres sin depresión. Igualmente, se ha evidenciado que la exposición a IPV y la depresión de las madres, se ha relacionado tanto con más problemas de conducta, como con mal funcionamiento en la escuela (Silverstein et al., 2006). Recientemente, se ha informado que la exposición a IPV y la depresión de los padres antes de los 3 años de edad, se ha asociado con la aparición de TDAH en etapa preescolar (Bauer, Gilbert, Carroll, y Downs, 2013).

#### 4.11. El abuso de sustancias psicoactivas por parte de los padres

De acuerdo con Morewitz (2004), las víctimas de abuso físico son más propensas a consumir drogas múltiples en comparación con las personas no maltratadas. Diferentes estudios han indicado resultados de mal pronóstico psicosocial para los niños y las niñas expuestos al consumo de alcohol (Richter y Richter, 2001). El mayor consumo de alcohol en estas muestras se ha asociado con pobres habilidades cognitivas en los niños y niñas, el riesgo de retraso mental, y discapacidades de aprendizajes. Así mismo, la investigación indica que el abuso de sustancias por parte de los padres, puede causar un daño físico y cognitivo en los niños y las niñas, así como incrementar la probabilidad de sufrir abuso o negligencia infantil (Richter y Richter, 2001). Además, la investigación también ha evidenciado que el uso de alcohol y drogas por parte de los padres aumenta (multiplica por dos) la situación de riesgo de abuso sexual y/o físico en menores expuestos a situaciones de IPV en su entorno familiar (Walsh, MacMillan y Jamieson, 2003).

#### 4.12. La influencia de una red social positiva

Los maestros y todo el personal escolar pueden fomentar la resiliencia de menores expuestos a situaciones de IPV proporcionando una relación social positiva que mejora su red social (Alvord y Grados, 2005). Las relaciones entre compañeros y compañeras también son importantes fuera de la escuela. La resiliencia se ha relacionado con relaciones fuertes y

sólidas con otros compañeros y compañeras (competencia social) en múltiples contextos (Masten y Coatsworth, 1998). De hecho, la investigación ha demostrado que cualquier tipo de relación positiva y de apoyo fuera de la familia, es de gran ayuda en la promoción de la resiliencia (Alvord y Grados, 2005). Estas relaciones pueden proporcionar el apoyo que el y la menor no pueden estar recibiendo en su familia. La investigación sostiene que el apoyo entre las familias, la escuela y la comunidad es uno de los aspectos más importantes para el desarrollo de la resiliencia en estos y estas menores.

Así pues, y a modo de síntesis, decir que entre los principales factores de riesgo psicosociales para provocar mayor psicopatología en los y las menores expuestos a IPV estarían: la menor edad, la pertenencia a minorías culturales, la pertenencia a familias con un más bajos ingresos, una menor autonomía y competencia social, la coocurrencia de otras experiencias adversas, las relaciones de no apego seguro con los progenitores, la falta de conexión a una red familiar extensa, la falta de participación por parte de los padres en la vida de los hijos e hijas, peores historias de victimización materna, la depresión materna, el abuso de sustancias por parte de los padres y la falta de una red social positiva.

Como puede apreciarse, resulta de gran interés la realización de investigaciones que contemplen el estudio de perfiles de riesgo y de protección en el contexto de menores expuestos a IPV. De esta forma se podrían identificar los y las menores con funcionamiento positivo frente a aquellos con funcionamiento negativo (Masten, 2001) y así propiciar mejores y más eficaces intervenciones terapéuticas y/o profesionales en general en este ámbito de actuación.



*PARTE II*  
*ESTUDIO DE CAMPO*

---



# 1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

---

## 1.1. Objetivos

El objetivo marco de esta tesis doctoral es estudiar cómo determinados tipos de maltrato infantil y/o de IPV (psicológica, física o sexual) sufridos por la madre, se asocian con sintomatología depresiva materna, determinadas variables sociodemográficas, así como con problemas de conducta interiorizados y exteriorizados en los hijos e hijas.

Este objetivo marco se ha desglosado en los siguientes objetivos específicos:

1. Estudiar la relación entre la historia de victimización de la madre en la infancia y/o adolescencia y en la edad adulta por IPV y la sintomatología depresiva materna.

2. Estudiar la asociación entre variables sociodemográficas y la historia de victimización materna en la infancia y/o adolescencia y en la edad adulta por IPV, y la mayor gravedad de IPV en el último año, tanto de forma bivariada como conjunta.

3. Estudiar la salud mental de los hijos e hijas en función del tipo de victimización que padece la madre.

4. Estudiar la asociación entre la presencia (*vs.* ausencia), el nivel de gravedad y duración de cada tipo de victimización y la depresión materna y el perfil psicopatológico de los hijos e hijas.

## 1.2. Hipótesis

Las hipótesis planteadas fueron:

1. Las madres con experiencias de victimización en la infancia y/o adolescencia, y posterior victimización en la edad adulta en la pareja, presentarán mayores niveles de depresión.

2. Determinados factores sociodemográficos, como la edad, un nivel educativo inferior, bajos ingresos económicos, el hecho de tener pareja, un mayor número de hijos o hijas, existencia de victimización previa por IPV (de tipo físico, psicológico, o sexual) y un período más largo de convivencia con la pareja agresora, se asociarán con mayor riesgo de historia de victimización o victimización acumulada, y mayor gravedad de IPV en el último año.

3. La salud mental de los y las menores se hallará inversamente relacionada con la presencia de historia de victimización materna, tanto en la infancia y/o adolescencia como en la edad adulta por IPV.

4. Los hijos e hijas de mujeres con mayor duración de su historia de victimización y con formas más graves de historias de victimización, presentarán más problemas emocionales y de comportamiento.

5. La historia de victimización materna en la infancia y/o adolescencia y en la edad adulta por IPV y la depresión materna se asociarán con más psicopatología de los hijos e hijas.

## 2. MÉTODO

---

### 2.1. Participantes

La muestra incluyó 84 mujeres víctimas de violencia de pareja durante el último año y sus hijos ( $N = 113$ ) de entre 6 y 17 años.

Se pidió colaboración a las mujeres que estaban siendo atendidas en el Servicio de Psicología del “Servei d’Informació i Assessorament a Dones” (SIAD) de la “Regidoria de Polítiques de Gènere” del Ayuntamiento de Terrassa (Barcelona), entre los años 2007 y 2008. Este servicio público ofrece apoyo y tratamiento psicológico clínico, asesoramiento jurídico y de medidas de protección y también asesoramiento en la búsqueda de recursos socioeconómicos a mujeres empadronadas en la ciudad de Terrassa (Barcelona).

Las profesionales de este SIAD valoran la necesidad de que los hijos e hijas de estas mujeres que presenten dificultades emocionales y/o comportamentales sean derivados a servicios asistenciales de salud mental de menores y/o a servicios de atención psicológica para menores víctimas de violencia de género. Por ello, en esta investigación, todos aquellos y aquellas menores que participaron en el estudio y que manifestaron dificultades emocionales y/o comportamentales fueron derivados al Centro de Salud Mental Infante Juvenil (CSMIJ) de la ciudad de Terrassa.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: a) la madre del niño o niña debía tener una historia de victimización en la edad adulta en su relación de pareja durante el año anterior al presente estudio, b) las mujeres participantes debían tener hijos o hijas en el rango de edad del estudio (de 6 a 17 años de edad), c) las mujeres debían ser mayores de 18 años, y d) las mujeres debían haber tenido pareja en el último año. Como criterios de exclusión se consideraron: a) la patología psiquiátrica incapacitante en las madres, b) discapacidad intelectual de la madre o de los hijos o hijas, y c) la existencia de trastornos generalizados del desarrollo en los menores, y d) que la madre no supiera leer y escribir en castellano. Se incluyeron en el estudio aquellos casos que finalizaron el proceso de evaluación de la situación de victimización materna, de la situación de violencia vivida en el ámbito de la pareja, y del estado psicopatológico de los hijos e hijas. Se descartaron 16 casos de mujeres

extranjeras, 7 de ellas marroquíes y 9 de ellas sudamericanas, por no hablar bien el español (7 casos), presentar dificultades emocionales de elevado temor que imposibilitaron la participación en el estudio (1 de ellas) y dificultades horarias a nivel laboral que impidieron también la participación en este estudio (8 restantes).

La selección de esta muestra ha pretendido paliar algunas limitaciones de otros estudios al trabajar con mujeres e hijos e hijas de población general que no han requerido servicios especiales del tipo casas de acogida, y con menores que no necesariamente han sufrido maltrato directo, aunque todos han estado expuestos a IPV, lo que constituye una forma de maltrato psicológico.

### *Características sociodemográficas de la muestra*

La Tabla 10 presenta las características sociodemográficas de las 84 madres participantes. Las madres tenían una media de edad de 37.51 años, habían alcanzado mayoritariamente estudios primarios, pertenecían a un nivel socioeconómico bajo y/o medio bajo, tenían trabajo con contrato, más de la mitad tenían dos hijos o hijas, y en su mayoría no estaban viviendo una relación de pareja o se encontraban en trámites de separación.

**Tabla 10. Características sociodemográficas de las madres**

Características sociodemográficas		Madres (N = 84)	
		N	%
Nivel Educativo	Primarios	34	40.5
	Secundarios	31	36.9
	Universidad	19	22.6
Nivel Socio Económico (SES3)	Desconocido	4	4.8
	Alto y Medio alto	22	26.2
	Medio	20	23.8
	Bajo y Medio bajo	38	45.2
Situación Laboral	Trabaja con contrato	50	59.5
	Trabaja sin contrato	7	8.3
	No trabaja	26	31.0
	Incapacitación	1	1.2
Estado Civil	Soltera	10	11.9
	Casada	19	22.6
	Pareja de hecho con agresor	3	3.6
	En trámites de separación	20	23.8
	Separada	14	16.7
	Divorciada	18	21.4
Madre tiene pareja (agresora)	Sí	24	28.6
	No	60	71.4
Número Hijos/as	1	25	29.8
	2	46	54.8
	>2	13	15.4
		<b>M</b>	<b>DE</b>
Edad (23-51 años)		37.51	5.64

En la Tabla 11 se presentan las características sociodemográficas de los hijos/ hijas. De los 113 menores participantes, el 60.2% (68) eran de sexo masculino, y el 39.8% (45) del femenino. La media de edad fue de 9.5 años y en la gran mayoría de los casos el/la menor participante era el mayor entre los hermanos.

**Tabla 11. Características sociodemográficas de los y las menores**

Otras características descriptivas generales		Menores (N = 113)	
		N	%
Sexo	Masculino	68	60.2
	Femenino	45	39.8
Orden de los hermanos	Primero	70	61.9
	Segundo	36	31.9
	Tercero	6	5.3
	Cuarto	1	0.9
		M	DE
Edad (6-17 años)		9.48	3.07

## 2.2. Instrumentos

Para el estudio se han registrado las variables de la historia de victimización materna en la infancia y/o adolescencia, la violencia en la pareja, las características sociodemográficas, la depresión materna y la psicopatología de los y las menores, a través de entrevista y autoinformes. Todas las informaciones referentes a las distintas medidas fueron reportadas por las madres.

### **A-VARIABLES RELACIONADAS CON LA VICTIMIZACIÓN MATERNA**

#### *A.1) Tipología de victimización*

La historia de victimización materna se conceptualizó según seis tipos de situaciones: 1) victimización emocional en la infancia y/o adolescencia, 2) victimización física en la infancia y/o adolescencia, 3) victimización sexual en la infancia y/o adolescencia, 4) victimización emocional en la pareja, 5) victimización física en la pareja, y 6) victimización sexual en la pareja.

Para la medición de la historia de victimización en la infancia y/o adolescencia de las madres se han utilizado los siguientes instrumentos:

- *Early Trauma Inventory Self Report-Short Form (ETI-SF)* (Bremner, Bolus, Mayer, 2007). El ETI-SF es un inventario de 27 ítems que evalúa la victimización vivida durante la infancia y/o adolescencia y hasta el inicio de la edad adulta (18 años). Consta de una

subescala de trauma general (con 11 ítems) que evalúa la ocurrencia de traumas del tipo: a) "eventos aleatorios", incluyendo los desastres naturales, accidente grave, lesiones graves de un amigo, y ver a alguien asesinado; b) "eventos familiares disfuncionales", con la separación de los padres, ser testigo de la violencia familiar, y de padres alcohólicos; c) y de "accidentes de familia", con lesiones graves de padres, hermanos y la enfermedad mental de algún miembro de la familia. También consta de tres subescalas que evalúan el abuso físico (5 ítems), el emocional (5 ítems) y el sexual (6 ítems) y una puntuación global que contempla los distintos tipos de vivencias traumáticas acontecidas hasta los 18 años. Se completa en unos 5 minutos; el formato de respuesta a los ítems es dicotómico (0 = *No*, 1 = *Sí*). En un estudio reciente en nuestro país, el ETI-SF ha demostrado ser un instrumento válido y fiable para la evaluación del trauma infantil en mujeres después del parto (Plaza et al., 2011). Estos autores encontraron que el análisis de la consistencia interna de la ETI-SF mostró para la escala global ETI-SF, un coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de .72, mientras que los valores para las distintas subescalas oscilaron entre .42 y .72. El ETI-SF tuvo buena fiabilidad test-retest en todas las subescalas; tanto para la escala global ICC = .91 (IC 95%, .78-.96), como para la subescala de abuso físico ICC = .94 (IC 95%, .85-.98), como para la subescala de abuso emocional ICC = .84 (IC 95%, .61-.94), y para la subescala de abuso sexual ICC = .96 (IC 95%, .90-.98). Con respecto a su validez, el valor del AUC para la escala global ETI-SR fue de .78 (IC 95%, .72-.85), lo cual indica una validez adecuada para detectar traumas de la infancia.

- *Index of the Spouse Abuse (ISA*, Hudson, y McIntosh, 1981). Es una medida de autoinforme diseñada para evaluar la magnitud de la violencia contra la mujer por parte de su pareja. Se compone de 30 preguntas que pueden ser contestadas oralmente o de forma escrita en aproximadamente 5 minutos. Cada uno de los ítems presenta una conducta de la pareja hacia la mujer. Ésta ha de indicar la frecuencia de cada una de estas conductas, en una escala tipo Likert de 1 a 5, siendo 1 *nunca* y 5 *muy frecuentemente*. Para obtener la puntuación de cada participante en la escala total del ISA y en las subescalas, se emplea el método propuesto en la versión original (Hudson y McIntosh, 1981), ajustado por los valores ponderales obtenidos en la muestra con la versión española del ISA de Torres et al. (2010). El resultado de la corrección proporciona una puntuación general y dos puntuaciones correspondientes a las subescalas ISA-P y ISA-NP. La subescala ISA-P indica la gravedad del abuso físico y la subescala ISA-NP la gravedad del abuso psicológico. En su validación se obtuvieron

excelentes propiedades psicométricas, con coeficientes de consistencia interna mediante el  $\alpha$  de Cronbach de .88 para la subescala ISA-P, de .98 para la subescala ISA-NP, y de .98 para la escala ISA total. El valor del AUC para la puntuación de ISA global fue de .99 (IC 95%, .98-.99), lo que indica una excelente validez para detectar situaciones de IPV. Para la puntuación ISA total o global, 12 fue el valor del punto óptimo de corte para la detección de IPV, con una sensibilidad de 95.1% (95% IC, 91.6 a 98.5), y una especificidad del 94.8% (95% IC, 91.6-98.0). Para las subescalas del ISA (ISA-P y ISA-NP), los valores de AUC oscilaron entre .90 (IC 95% IC, .86 a .93) para ISA-P y .98 (95% IC, .98-.99) para ISA-NP, lo que indica una validez excelente para detectar situaciones de maltrato o violencia física y psicológica en el ámbito de la relación de pareja. El punto de corte para la subescala ISA-NP fue el 14, alcanzando una sensibilidad de 94.5% (IC 95%, 90.0 a 98.1) y una especificidad de 93.3% (95% IC, 89.8 a 96.8); y para la subescala ISA-P el 7, alcanzando una sensibilidad de 92.2% (IC 95%, 84.8 a 99.5) y una especificidad de 78.0% (IC 95%, 73.5 a 82.5). Estos puntos de corte han sido los utilizados en el presente estudio.

- *Entrevista diagnóstica de malos tratos de la pareja.* Se tomó como referencia la entrevista contenida en la "Macroencuesta realizada por el Instituto de la Mujer" (Instituto de la Mujer, 1999), que tenía como objetivo estimar la prevalencia de la violencia doméstica en el ámbito de la pareja en España. Se incorporaron a dicha entrevista preguntas necesarias para el diagnóstico del maltrato en la pareja en el último año, tanto del tipo de maltrato (físico, psíquico, sexual), como de su duración, y de otras formas de maltrato en la pareja en algún momento de la vida (y el número de parejas maltratadoras) con sus períodos temporales totales de duración (en meses cumplidos). Se preguntaba por situaciones de abusos en la pareja que permitieran detectar una violencia sistemática e instrumental, con aislamiento de la familia, las amistades y otros recursos, y con demandas de sumisión, en el contexto de una relación asimétrica (Tolman, 1989).

En esta entrevista se consideraron tres medidas de la duración de la vivencia de la situación de IPV. La primera medida consistió en el tiempo total (en meses) de los diferentes tipos de maltrato (físico, psicológico y sexual) vivido en la relación de pareja violenta. La segunda medida fue el tiempo total (en meses) de convivencia con la pareja violenta. Y la última de ellas fue el tiempo total (en meses) que la mujer conocía a su pareja maltratadora.

### A.2) Depresión

-*Inventario para la Depresión de Beck-Segunda Edición* (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996). El BDI-II es un autoinforme de 21 ítems para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en personas adultas y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems, la persona tiene que elegir entre un conjunto de cuatro alternativas (de 0 a 3 puntos) ordenadas de menor a mayor gravedad la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas. La adaptación y validación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (Sanz, Perdigón, y Vázquez, 2003) se realizó con una muestra de 305 pacientes ambulatorios con diversos diagnósticos psicopatológicos según el DSM-IV. El coeficiente alfa de consistencia interna fue de .89. Las correlaciones con otras medidas autoaplicadas y heteroaplicadas de depresión fueron elevadas y significativamente mayores que la correlación con una medida de ansiedad, lo que proporciona evidencias a favor de la validez convergente y discriminante del BDI-II, respectivamente. Respecto a la validez de criterio, los resultados demostraron que los y las pacientes diagnosticados con un trastorno depresivo mayor tenían puntuaciones más elevadas en el BDI-II que los y las pacientes de otros grupos diagnósticos, aunque no hubo diferencias con los y las pacientes con trastornos de personalidad. Esta prueba, que se contesta en unos 10 minutos, tiene una buena sensibilidad (94%) y una especificidad moderada (92%) para el tamizaje de depresión para el punto de corte 18. A partir de 18 puntos se considera que la sintomatología de depresión es moderada, y por encima de 30 puntos que la sintomatología es grave.

### A.3) Variables sociodemográficas

Para la recogida de las variables sociodemográficas se empleó un cuestionario sociodemográfico creado *ad hoc* para este estudio. Los datos sociodemográficos de las madres recogidos en dicho cuestionario fueron: la nacionalidad, la edad (en años cumplidos), la situación actual de pareja (3 niveles: convive, no convive, sin pareja), el estado civil, el número de personas residentes en el domicilio, el número de hijos e hijas, el nivel de estudios (3 niveles: primarios o sin estudios, secundarios, universitarios), la situación laboral materna (0 = *no*, 1 = *sí*) y el nivel de ingresos o nivel socioeconómico (3 niveles: bajo y medio-bajo, medio, y medio-alto y alto). Estos valores se calcularon considerando niveles bajos aquellos inferiores a 600 euros mensuales o sin ingresos, niveles medio-bajos de los 600 hasta los 1000 euros mensuales, niveles medios alrededor de los 1000 euros mensuales, niveles medio-altos

de los 1000 a los 1350-1400 euros mensuales y niveles altos aquellos de más del doble de los niveles medios de alrededor de los 1000 euros mensuales.

### **B- Problemas emocionales y de comportamiento en los y las menores**

Para evaluar los problemas emocionales y de comportamiento de estos y estas menores expuestos a violencia de pareja, se empleó el:

- *Child Behavior Checklist/6-18*, (CBCL/6-18; Achenbach y Rescorla, 2001), evalúa problemas de conducta y emocionales en los últimos 6 meses en niños de 6 a 18 años [traducción castellana: Unidad de Epidemiología y Diagnóstico en Psicopatología del Desarrollo (UED) de la Universidad Autónoma de Barcelona, 2013]. Consta de 113 ítems con 3 alternativas de respuesta (0 = *no es cierto*, 1 = *frecuentemente cierto*, 2 = *muy cierto*).

La valoración del apartado de problemas de conducta permite obtener puntuaciones en 8 síndromes empíricos y 2 escalas de segundo orden (trastornos interiorizados y trastornos exteriorizados), además de la puntuación total. Los trastornos o problemas interiorizados englobarían las escalas de ansiedad/depresión, retraimiento, y quejas somáticas. Y los problemas exteriorizados englobarían las escalas de romper reglas y de conducta agresiva. Por otro lado, dentro de la escala del total de problemas del CBCL se incluirán, además de las escalas de problemas interiorizados y problemas exteriorizados, las restantes tres subescalas que no cargaron en los factores de segundo orden: problemas de atención, problemas sociales y problemas de pensamiento. A continuación se ofrece una breve descripción de cada una de estas escalas:

(1) *Ansiedad/Depresión*: hace referencia a conductas tales como estar nervioso/a, ansioso/a o tenso/a, sentirse poco querido o querida, llorar frecuentemente, sentir que se debe ser perfecto o perfecta, mostrarse demasiado dependiente o apegado a los adultos, tener miedo a ciertas situaciones, animales o lugares diferentes de la escuela, tener miedo a ir a la escuela, y en general mostrar mayor preocupación.

(2) *Retraimiento*: hace referencia a características tales como ser tímido o tímida, o estar triste, o aburrido o aburrida.

(3) Quejas somáticas: agrupa síntomas somáticos como dolores de cabeza, estreñimiento, náuseas o vómitos, sin que tengan su base en una enfermedad específica.

(4) Problemas sociales: hace referencia a signos de soledad, dependencia, preferencia a estar con niños o niñas menores, o temor a ser rechazado por sus iguales.

(5) Problemas de pensamiento: agrupa síntomas tales como oír sonidos extraños, presentar comportamientos poco comunes, sonambulismo, o mostrar una incapacidad para apartar ciertos pensamientos de la mente.

(6) Problemas de atención: hace referencia a la incapacidad para concentrarse, a la dificultad para mantenerse sentado o sentada, y del control de impulsos.

(7) Romper normas: se refiere a conductas de sacar malas calificaciones, ser irresponsable, ser desordenado o desordenada, jugar en clase o en casa cuando no se debe, otras transgresiones de reglas, y consumo de alcohol y tabaco.

(8) Conducta agresiva: se refiere a ser desobediente, mentir, discutir mucho, atacar a otras personas, y tener peleas frecuentemente o ser temperamentales.

En el CBCL las puntuaciones directas de las escalas se transforman a puntuaciones T a partir de los datos normativos. Aquellas puntuaciones T que se encuentran entre 65 y 70 se consideran valores fronterizos, mientras que las superiores a 70 se consideran clínicamente significativas.

La fiabilidad de consistencia interna del CBCL fue examinada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, que mostró una elevada consistencia para todas las medidas, con valores que oscilaron entre .84 y .94.

### 2.3. Procedimiento

Se siguieron los principios éticos y recomendaciones que se indican en la “Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en su 52ª Asamblea General de 2000” (Manzini, 2000); y así de acuerdo con la misma, la preocupación por el bienestar de las personas participantes ha tenido primacía sobre los intereses científicos.

El procedimiento específico seguido para la obtención de toda esta información se dió de la siguiente forma: 1) después de proporcionar una descripción completa del estudio a las mujeres que acudían a consulta en la “Regidoria de Polítiques de Gènere” del Ayuntamiento de Terrassa (y cumplían los criterios de inclusión), se solicitaba de forma individual su colaboración. 2) Se obtuvo el consentimiento por escrito de las madres que aceptaron participar. 3) Aquellas mujeres incluidas en el estudio eran citadas en grupos de evaluación, de 2-4 personas, por una psicóloga especialista en Violencia de Género de la Regidoria de Polítiques de Gènere del Ayuntamiento de Terrassa (Barcelona). Si la mujer acudía con la pareja masculina, ésta no estaba presente en el momento de la evaluación. 4) En el grupo de evaluación se explicaba el objetivo del estudio y se administraba el cuestionario sociodemográfico y el Index of the Spouse Abuse. 5) Seguidamente, y en las mismas dependencias de este Servicio, se entrevistaba a cada mujer individualmente mediante la entrevista diagnóstica de malos tratos de pareja, con la finalidad de establecer la presencia de maltrato en la pareja; y en caso positivo, se recogían los datos referentes a dicho maltrato, y también referentes a otras posibles formas de victimización en su infancia y/o adolescencia con el Early Trauma Inventory Self Report-Short Form. 6) La psicóloga que realizaba la entrevista desconocía las puntuaciones del cuestionario ISA para evitar posibles sesgos de la observadora. 7) Posteriormente, otra psicóloga llevó a cabo la aplicación del Inventario para la Depresión de Beck, mediante entrevista con las madres, en la cual la entrevistadora leía las preguntas y registraba las respuestas orales de la mujer. 8) Finalmente, un psicólogo o psicóloga con experiencia en psicología clínica infantil llevó a cabo la aplicación del CBCL, que respondieron las madres sobre sus hijos.

## 2.4. Análisis estadístico

Para estudiar la relación entre la victimización materna y la depresión materna (objetivo 1) y las variables sociodemográficas (objetivo 2), se utilizó la prueba ji-cuadrado para las variables dependientes categóricas y la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para la comparación de medias de las variables métricas, dado el tamaño de algunos de los grupos (< 30). Para ambos objetivos, la victimización materna se abordó de dos formas. Por un lado, se consideraron ocho grupos correspondientes a la combinación de las diferentes formas de victimización en la infancia y/o adolescencia de dichas madres, en función de si las

puntuaciones de las madres en las tres escalas del ETI superaban o no los puntos de corte establecidos. Y por otro lado, se consideraron cuatro grupos de victimización en la infancia y/o adolescencia (ETI) y en la edad adulta (ISA), atendiendo a si las puntuaciones proporcionadas por las madres superaron o no los puntos de corte establecidos para las puntuaciones totales de ambos cuestionarios.

Además, para analizar la relación conjunta de los diferentes aspectos sociodemográficos de la madre y la gravedad del maltrato en la edad adulta por IPV en el último año y la duración del maltrato físico, psicológico, sexual y el tiempo de convivencia (objetivo 2), se emplearon modelos GEE (ecuaciones de estimación generalizadas) con la instrucción GENLIN de SPSS. Como predictores de la gravedad del maltrato se consideraron el nivel de estudios (categoría de referencia: estudios universitarios), el nivel socioeconómico (categoría de referencia: bajo y medio-bajo) el tipo de relación con la pareja (categoría de referencia: sin pareja), si no tiene trabajo, y el número de hijos o hijas. Y como predictores de la duración del maltrato se consideraron los mismos predictores excepto el tipo de relación con la pareja. Estos modelos GEE son un procedimiento análogo a una regresión lineal múltiple, con la ventaja que tienen en cuenta la estructura anidada de la matriz de datos, puesto que en la presente muestra 59 de las madres que participaron en el estudio tienen más de 1 hijo o hija.

Para abordar el objetivo 3 y comparar las puntuaciones de psicopatología de los hijos obtenidos con el CBCL en función de la presencia o ausencia de cada tipo de historia de victimización materna, tanto en la infancia y la adolescencia como en la edad adulta, se usó la prueba t-Student o la prueba no paramétrica de U-Mann-Whitney en caso de un bajo tamaño muestral de alguno de los dos grupos considerados. Y para las comparaciones entre más de dos grupos (definidos tal como se ha expuesto antes para los objetivos 1 y 2) se usó la prueba no paramétrica de comparación de medias de Kruskal-Wallis.

Finalmente, para estudiar la relación conjunta de diferentes aspectos como la historia de victimización materna, su duración y la depresión materna y el perfil psicopatológico de sus hijos e hijas (objetivo 4) se usaron también modelos GEE. Se ajustó por el nivel socioeconómico para los modelos que consideran como predictores el grado de cada subtipo de victimización; y en el caso de los modelos que consideran como predictores únicamente la

presencia/ausencia de victimización general en la infancia/adolescencia y en la adultez también se ajustó por la duración del maltrato psicológico.

Todos los análisis se llevaron a cabo mediante el programa estadístico SPSS15.

### 3. RESULTADOS

---

#### 3.1. Madres

##### 3.1.1. Resultados descriptivos de las variables de estudio

###### *Historia de victimización materna*

Combinando la información obtenida tanto en las subescalas del ETI como del ETI e ISA total en la muestra de las 84 madres participantes se han obtenido los ocho y cuatro grupos que aparecen en la Tabla 12, respectivamente.

**Tabla 12. Grupos en función de distintos tipos de victimización materna**

<i>Medidas</i>	<i>Grupos</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Subescalas ETI	G1: No emocional, física o sexual	37	44.0
	G2: Sólo sexual	5	6.0
	G3: Sólo emocional	12	14.3
	G4: Sexual y emocional	4	4.8
	G5: Sólo física	6	7.1
	G6: Física y sexual	5	6.0
	G7: Física y emocional	8	9.5
	G8: Física, emocional y sexual l	7	8.3
Puntuación total ETI e ISA	no ETI total y no ISA total	17	20.2
	sí ETI total y no ISA total	18	21.4
	no ETI total y sí ISA total	23	27.4
	sí ETI total y sí ISA total	26	31.0

Entre las traumatizaciones acontecidas durante la infancia y/o adolescencia, las combinaciones más frecuentes fueron: a) la victimización emocional en la infancia y/o adolescencia (14.3%), b) la victimización física y emocional en la infancia y/o adolescencia (9.5%), c) la victimización física, emocional y sexual en la infancia y/o adolescencia (8.3%). Las puntuaciones medias en las diferentes subescalas del ISA superaron ampliamente los valores de los puntos de corte de cada subescala, sobre todo en el caso del maltrato psicológico ( $M = 53.7$ ) (Tabla 13). En el caso del 20.2% que no superaron los valores de los puntos de corte ni en la puntuación total del ETI ni del ISA, estaban recibiendo ayuda

profesional por vivencia de victimización menos grave en el ámbito de la relación de pareja durante el año anterior al presente estudio, no así por situaciones de victimización en su infancia y/o adolescencia.

En cuanto a la duración de la situación de maltrato vivido en el ámbito de la relación de pareja (Tabla 13), se evidencia mayor duración de los abusos psicológicos que son los que se suelen mantener, en estos casos, a lo largo de la relación de pareja. La duración media de la convivencia con la pareja agresora fue de 148.4 meses, que indica una situación de maltrato de larga evolución; no en vano, y al margen de que el rango es amplio, la duración media del maltrato era de 12.4 años.

### ***Depresión materna***

La puntuación media obtenida en el BDI-II fue de 24.5 ( $DE = 12.4$ ) lo cual indicaría, según los puntos de corte establecidos para este instrumento, un nivel de depresión moderada (Tabla 13).

**Tabla 13. Valores descriptivos de las variables de victimización y depresión materna ( $N = 84$ )**

<b>Medidas</b>	<b>Punto de corte</b>	<b>Media (DE)</b>
<i>Gravedad del abuso (ISA)</i>		
ISA TOTAL	12	15.34 (11.31)
ISA-NP (Psicológico)	14	53.70 (19.34)
ISA-P (Físico)	7	29.08 (19.10)
<i>Early Trauma Inventory(ETI)</i>		
ETI-físico	2	1.12 (1.20)
ETI-emocional	3	1.64 (1.83)
ETI-sexual	1	0.46 (0.99)
ETI-TOTAL	4	4.49 (4.14)
<i>Duración maltrato físico en la pareja(en meses)</i>		39.98 (65.83)
<i>Duración maltrato psicológico en la pareja (en meses)</i>		133.95 (78.32)
<i>Duración maltrato sexual en la pareja (en meses)</i>		19.27 (57.6)
<i>En convivencia con la pareja (en meses)</i>		148.36 (72.31)
<i>Depresión: BDI-II</i>	18	24.48 (12.44)

### 3.1.2. Comparaciones en las puntuaciones de depresión entre los distintos grupos de victimización materna

El primer objetivo de esta investigación pretendía estudiar la relación entre la historia de victimización de la madre en la infancia y/o adolescencia (ETI) y en la edad adulta por IPV (ISA) y la sintomatología depresiva materna. La Tabla 14 muestra que las puntuaciones del BDI-II no difirieron en función de los ocho grupos correspondientes a la combinación de las diferentes formas de victimización en la infancia y/o adolescencia de las madres ( $p = .256$ ), lo que indica que el grado de depresión de las madres que han sufrido distintos tipos de victimización es similar.

**Tabla 14. Depresión materna en función del subtipo de victimización materna en la infancia (ETI)**

Subtipo de victimización (subescalas del ETI)	Puntuaciones BDI-II		Comparación (prueba K-W)	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	$\chi^2$ (7)	<i>p</i>
No ETI emocional-físico-sexual (G1, $n = 37$ )	22.62	12.95	8.952	.256
Sólo sexual (G2, $n = 5$ )	21.00	11.47		
Sólo emocional (G3, $n = 12$ )	24.33	9.85		
Sexual y emocional (G4, $n = 4$ )	32.25	17.15		
Sólo física (G4, $n = 6$ )	22.83	10.94		
Física y sexual (G5, $n = 5$ )	20.60	13.39		
Física y emocional (G7, $n = 8$ )	25.13	11.92		
Física, emocional y sexual (G8, $n = 7$ )	36.00	9.63		

**Tabla 15. Depresión materna en función del tipo de victimización materna en la infancia y en la edad adulta (ETI e ISA)**

Victimización infancia/adolescencia y adultez (total ETI e ISA)	Puntuaciones BDI-II		Comparación (prueba K-W)	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	$\chi^2$ (3)	<i>p</i>
No ETI y No ISA ( $n = 17$ )	22.29	13.96	4.031	.258
Sólo ETI total ( $n = 18$ )	26.50	11.80		
Sólo ISA total ( $n = 23$ )	20.87	11.84		
Sí ETI y Sí ISA ( $n = 26$ )	27.69	11.90		

Por otro lado, en la Tabla 15 se puede observar cómo la comparación de las puntuaciones medias del BDI-II de las madres en función de los cuatro grupos de victimización en la infancia y/o adolescencia (ETI) y en la edad adulta por IPV (ISA)

contemplados de forma binaria, tampoco resultó significativa ( $p = .258$ ). Ahora bien, sí se observan mayores puntuaciones de sintomatología depresiva en los grupos de madres con victimización en la infancia/adolescencia y en las que sufrieron victimización en ambos períodos de la vida, con valores medios alrededor de 27 puntos.

### **3.1.3. Comparaciones en las puntuaciones de variables sociodemográficas y victimización en la infancia y en la edad adulta**

El objetivo 2 se centraba en estudiar la asociación entre variables sociodemográficas y la historia de victimización materna en la infancia y/o adolescencia, y en la edad adulta por IPV en el último año. La Tabla 16 muestra la distribución de frecuencias y las medias de las variables estudiadas en los distintos grupos.

Como se muestra en la Tabla 16, las madres con distintas historias de victimización en su infancia y/o adolescencia (definidas en ocho grupos) no presentaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a variables sociodemográficas como tener o no tener relación de pareja, nivel de estudios, número de hijos e hijas, tipo de trabajo, nivel socioeconómico o edad, así como tampoco en la duración del maltrato en cualquiera de sus formas.

Sin embargo, en esta misma Tabla 16, sí se observa que el grupo de las madres con victimizaciones de tipo emocional y sexual en su infancia y/o adolescencia, presentan mayores puntuaciones medias en el tiempo de duración del maltrato sexual por IPV en algún momento de su vida, pero la prueba global resultó estadísticamente no significativa ( $p = .886$ ).

**Tabla 16. Variables sociodemográficas de las madres según el subtipo de victimización materna en infancia (ETI)**

Victimización infancia/ adolescencia		No emocional, física o sexual ( <i>n</i> = 37) <i>n</i> (%)	Sólo sexual ( <i>n</i> = 5) <i>n</i> (%)	Sólo emocional ( <i>n</i> = 12) <i>n</i> (%)	Sexual y emocional ( <i>n</i> = 4) <i>n</i> (%)	Sólo física ( <i>n</i> = 6) <i>n</i> (%)	Física y sexual ( <i>n</i> = 5) <i>n</i> (%)	Física y emocional ( <i>n</i> = 8) <i>n</i> (%)	Física, emocional y sexual ( <i>n</i> = 7) <i>n</i> (%)	Comparación $\chi^2$ (7)	<i>p</i>
Trabajo	(sí)	25 (67.6)	3 (60.0)	6 (50.0)	2 (50.0)	5 (83.3)	3 (60.0)	4 (57.1)	2 (33.3)	4.820	.682
SES	Alto/medio-alto	8 (23.5)	2 (40.0)	3 (25.0)	0 (0.0)	3 (50.0)	0 (0.0)	3 (37.5)	3 (42.9)	17.798	.216
	Medio	11 (32.4)	0 (0.0)	3 (25.0)	1 (25.0)	2 (33.3)	2 (50.0)	0 (0.0)	1 (14.3)		
	Bajo/medio-bajo	15 (44.1)	3 (60.0)	6 (50.0)	3 (75.0)	1 (16.7)	2 (50.0)	5 (62.5)	3 (42.9)		
Estudios	Primarios o menos	11 (29.7)	1 (20.0)	8 (66.7)	3 (75.0)	0 (0.0)	3 (60.0)	3 (37.5)	5 (71.4)	20.998	.102
	Secundarios	17 (45.9)	2 (40.0)	2 (16.7)	0 (0.0)	3 (50.0)	1 (20.0)	5 (62.5)	1 (14.3)		
	Universitarios	9 (24.3)	2 (40.0)	2 (16.7)	1 (25.0)	3 (50.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	1 (14.3)		
Pareja	(sí)	11 (29.7)	2 (40.0)	3 (25.0)	4 (100.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	1 (12.5)	2 (28.6)	14.012	.051
Nº hijos/as	(> 1)	26 (70.3)	2 (40.0)	9 (75.0)	4 (100.0)	5 (83.3)	4 (80.0)	6 (75.0)	3 (42.9)	27.401	.158
		<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>		
Edad (en años)		37.76 (5.76)	33.40 (4.62)	38.17 (6.38)	42.25 (6.29)	39.00 (3.85)	37.40 (1.52)	34.00 (6.97)	38.14 (3.48)	7.601	.369
ISA4 sex		1.97 (1.28)	1.80 (1.79)	1.83 (1.19)	2.00 (0.82)	1.83 (1.60)	2.40 (1.95)	2.38 (1.69)	1.43 (0.53)	2.408	.934
ISA21 sex		1.92 (1.21)	1.80 (1.79)	1.75 (1.29)	1.50 (0.58)	2.17 (1.47)	2.80 (2.05)	2.25 (1.58)	2.00 (1.29)	2.841	.899
Tiempo maltrato físico		51.47 (65.56)	0.00 (0.00)	28.33 (57.82)	72.00 (144.00)	41.00 (91.89)	25.20 (34.51)	27.38 (38.73)	35.14 (67.57)	9.979	.190
Tiempo maltrato psicológico		118.27 (71.18)	101.20 (56.56)	152.08 (95.47)	198.00 (68.93)	163.00 (112.34)	143.60 (37.32)	115.63 (82.78)	161.71 (75.61)	8.195	.316
Tiempo maltrato sexual		17.78 (51.75)	0.00 (0.00)	19.00 (65.82)	72.00 (144.00)	24.17 (58.71)	4.00 (8.94)	12.50 (35.36)	25.71 (68.03)	2.991	.886

Por último añadir que, a lo largo de los grupos una cuarta parte tiene pareja, excepto en los grupos 4 y 5. Las madres del grupo 4, con vivencia de situaciones de victimización de tipo emocional y sexual en su infancia y/o adolescencia, se hallaban en relación de pareja en su totalidad. Y las madres del grupo 5, con vivencia de situaciones de victimización de tipo físico en su infancia y/o adolescencia, no tenían en el momento de realizar el estudio relación de pareja.

En la Tabla 17, se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas en la distribución de las variables sociodemográficas en los distintos grupos de victimización materna (en la infancia y edad adulta), a excepción de menores porcentajes de estudios universitarios ( $p = .039$ ) y de no permanencia en relación de pareja en la edad adulta ( $p = .029$ ) en los grupos con ambas historias de victimización. La Tabla 17 también muestra cómo la experiencia de abuso en la infancia y/o adolescencia se asocia con el abuso sexual en el ámbito de la relación de pareja posterior, evidenciándose en las respuestas a los ítems 4 y 21 del ISA ( $p < .001$  y  $p = .009$ , respectivamente). Los dos grupos con historia de victimización en la edad adulta (ISA = sí) se asociaron significativamente a mayores situaciones de victimización sexual en la pareja. En cuanto a la duración del maltrato físico, aunque la prueba global resultó estadísticamente significativa ( $p = .007$ ), no se hallaron diferencias al comparar los grupos; no obstante, se observa una duración menor en el segundo grupo (sí ETI y no ISA). Finalmente, no se hallaron diferencias en la edad en función de los distintos tipos de victimizaciones maternas.

**Tabla 17. Variables sociodemográficas en madres según la historia de victimización materna total**

Tipos victimización infancia/ adolescencia y adultez		No ETI y No ISA ( <i>n</i> = 17) <i>n</i> (%)	Sólo ETI ( <i>n</i> = 18) <i>n</i> (%)	Sólo ISA ( <i>n</i> = 23) <i>n</i> (%)	Sí ETI y Sí ISA ( <i>n</i> = 26) <i>n</i> (%)	Comparación $\chi^2$ (3) <i>p</i>	
Trabajo	(sí)	13 (76.5)	9 (50.0)	16 (69.6)	12 (50.0)	4.555	.207
SES	Alto/medio-alto	11 (50.0)	9 (50.0)	8 (34.8)	12 (48.0)	4.881	.559
	Medio	6 (50.0)	9 (50.0)	12 (52.2)	12 (48.0)		
	Bajo/medio-bajo	0 (0)	0 (0)	3 (13.0)	1 (4.0)		
Estudios	Primarios o menos	6 (35.3)	10 (55.6)	5 (21.7)	13 (50.0)	13.267	<b>.039</b>
	Secundarios	4 (23.5)	4 (22.2)	12 (52.2)	11 (42.3)		
	Universitarios	7 (41.2)	4 (22.2)	6 (26.1)	2 (7.7)		
Pareja	(sí)	8 (47.1)	8 (44.4)	3 (13.0)	5 (19.2)	9.002	<b>.029</b>
Nº hijos/as (> 1)		12 (70.6)	10 (55.6)	16 (69.6)	21 (80.8)	8.375	.497
		<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>		
Edad		38.59 (5.86)	36.56 (6.36)	37.83 (5.61)	37.19 (5.17)	1.509	.680
ISA4 sex		1.41 (1.00)	1.17 (0.38)	0.65 (1.43)	2.23 (1.42)	20.699	< <b>.001</b>
ISA21 sex		1.71 (1.10)	1.17 (0.38)	2.35 (1.47)	2.38 (1.50)	11.632	<b>.009</b>
Tiempo maltrato físico		50.75 (73.50)	7.72 (26.63)	58.43 (68.31)	39.35 (72.42)	11.978	<b>.007</b>
Tiempo maltrato psicológico		144.35 (89.47)	118.00 (77.18)	118.43 (67.90)	151.92 (79.47)	3.155	.368
Tiempo maltrato sexual		0.76 (2.91)	0.00 (0.00)	35.22 (67.61)	30.62 (78.22)	7.395	.060
Tiempo convive con pareja		130.76 (75.29)	141.00 (74.59)	148.70 (64.06)	164.65 (76.24)	2.640	.451
Tiempo conoce pareja		175.53 (99.11)	166.33 (74.99)	184.43 (77.12)	195.92 (82.93)	1.734	.629

### 3.1.4. Efecto conjunto de las variables sociodemográficas maternas y la gravedad y duración de IPV

A continuación, se presentan los resultados que permiten evaluar el efecto conjunto de las variables demográficas de la madre y la gravedad y duración de IPV en el último año, considerando como criterio las puntuaciones del ISA y la duración del maltrato, respectivamente.

En la Tabla 18 se observa una relación positiva entre haber cursado estudios secundarios respecto a universitarios ( $p = .001$ ) y tener un mayor número de hijos o hijas ( $p = .010$ ) con una mayor gravedad de la victimización física en la pareja a partir de las puntuaciones de ISA físico. El mayor número de hijos e hijas ( $p = .007$ ) también se relacionó directa y significativamente con la mayor victimización psicológica.

**Tabla 18. Asociación entre variables sociodemográficas y victimización adulta y gravedad de la IPV de tipo físico y psicológico (ISA)**

<b>Criterio</b>	<b>Predictor</b>	<b>B</b>	<b>IC 95%</b>		<b>p</b>
ISA físico	Estudios: primarios o inferior*	7.16	-2.43	16.75	.143
	Estudios secundarios*	13.76	5.61	21.91	<b>.001</b>
	Pareja sí, conviven**	-8.86	-18.50	0.78	.071
	Pareja sí, no conviven**	-6.83	-16.10	2.45	.149
	Sin trabajo	-4.08	-11.34	3.18	.271
	SES alto y medio-alto***	-3.07	-10.70	4.57	.431
	SES medio***	0.73	-8.85	10.31	.882
	Nº de hijos e hijas	4.85	1.17	8.53	<b>.010</b>
ISA psicológico	Estudios: primarios o inferior*	6.22	-3.20	15.64	.196
	Estudios secundarios*	5.08	-4.96	15.11	.321
	Pareja sí, conviven**	-6.59	-14.78	1.60	.115
	Pareja sí, no conviven**	0.94	-6.80	8.68	.812
	Sin trabajo	-0.88	-8.67	6.90	.824
	SES alto y medio-alto***	4.19	-4.78	13.16	.360
	SES medio***	3.54	-5.67	12.75	.451
	Nº de hijos e hijas	5.74	1.53	9.94	<b>.007</b>

Categoría de referencia: estudios universitarios\*; sin pareja \*\*; SES bajo y medio-bajo\*\*\*

La Tabla 19 muestra los modelos que consideran como criterio la duración de los diferentes tipos de maltrato y tiempo total de convivencia. El mayor número de hijos e hijas se asoció con una mayor duración del maltrato psicológico ( $p = .001$ ) y sexual ( $p = .016$ ) y mayor tiempo total de convivencia ( $p = .001$ ) en pareja. El hecho de no tener trabajo ( $p = .043$ ) se relacionó significativamente de forma inversa con la mayor duración del maltrato físico; es decir que las mujeres que no trabajan respecto a las que sí trabajan experimentaban una menor duración del maltrato físico. Y también el hecho de no trabajar se asoció con una menor duración del maltrato sexual ( $p = .004$ ).

**Tabla 19. Asociación entre variables sociodemográficas, victimización adulta y la duración IPV**

<b>Criterio</b>	<b>Predictor</b>	<b>B</b>	<b>IC 95%</b>		<b>p</b>
Duración maltrato físico	Estudios: primarios o inferior*	2.02	-31.11	35.14	.905
	Estudios secundarios*	22.06	-10.05	54.18	.178
	Sin trabajo	-28.62	-56.30	-0.95	<b>.043</b>
	SES alto y medio-alto**	-13.67	-41.06	13.71	.328
	SES medio**	27.00	-10.55	64.55	.159
	Nº de hijos e hijas	9.20	-0.74	19.14	.070
Duración maltrato psicológico	Estudios: primarios o inferior*	19.56	-20.87	59.99	.343
	Estudios secundarios*	-14.49	-56.05	27.07	.494
	Sin trabajo	23.42	-9.67	56.51	.165
	SES alto y medio-alto**	31.75	-5.68	69.19	.096
	SES medio**	21.69	-15.20	58.59	.249
	Nº de hijos e hijas	24.84	10.36	39.32	<b>.001</b>
Duración maltrato sexual	Estudios: primarios o inferior*	3.39	-24.01	30.79	.808
	Estudios secundarios*	5.42	-19.58	30.41	.671
	Sin trabajo	-36.43	-61.03	-11.84	<b>.004</b>
	SES alto y medio-alto**	-20.16	-42.90	2.57	.082
	SES medio**	-7.75	-36.06	20.57	.592
	Nº de hijos e hijas	14.29	2.71	25.87	<b>.016</b>
Tiempo total de convivencia	Estudios: primarios o inferior*	-6.46	-43.30	30.38	.731
	Estudios secundarios*	-25.83	-62.61	10.94	.169
	Sin trabajo	12.46	-19.85	44.77	.450
	SES alto y medio-alto**	38.28	-0.01	76.57	<b>.050</b>
	SES medio**	28.80	-1.12	58.73	.059
	Nº de hijos e hijas	26.63	11.33	41.93	<b>.001</b>

Categoría de referencia: estudios universitarios\*; SES bajo y medio-bajo\*\*

### 3.1.5. Síntesis de los resultados de las madres

Con respecto al perfil de maltrato o tipo de historia de victimización sufrida por las mujeres participantes en este estudio, evaluada mediante el ETI y el ISA, se ha encontrado que el 31% de las madres tienen una historia longitudinal de maltrato (ETI+ISA). Por otro lado, un 21.4% de ellas superaron el punto de corte del ETI pero no el del ISA. Es decir que un total de 52.4% de estas madres, poco más de la mitad perpetúan el maltrato, aunque este 21.4% que acuden a consulta por IPV no presenten valores de mayor gravedad de IPV, dado que no superen el punto de punto corte del ISA.

Entre las madres que sufrieron victimización en la infancia y/o adolescencia, el 14.3% la tuvo sólo emocional, el 8.5% de tipo físico y emocional, y el 8.3% vivenció los tres tipos de abusos físico, emocional, y sexual.

Un 58.4% de estas madres sufrieron maltrato en la pareja en el último año, considerando que superaron el punto de corte del ISA total. La duración media del abuso físico por IPV fue de 3.3 años, el psicológico de 11.2 años y el sexual de 1.6 años. El tiempo medio de convivencia con la pareja abusadora fue de 12.4 años. Y la presencia de abuso en la infancia y/o adolescencia (sí ETI total) e IPV en el último año (sí ISA total) se asoció con el abuso sexual en la edad adulta.

Por otro lado, atendiendo a la inspección visual de los valores, se obtuvieron mayores puntuaciones medias de sintomatología depresiva en los grupos de madres con victimización en la infancia y/o adolescencia y en las que sufrieron victimización acumulada en ambos períodos de la vida, es decir victimización en la infancia y/o adolescencia y victimización en la edad adulta en la relación de pareja. Si bien tales diferencias de medias no resultaron ser estadísticamente significativas. Y en todos los grupos de victimización materna en la infancia y/o adolescencia (ETI) y de victimización materna en la infancia y/o adolescencia y/o en la edad adulta (ETI+ISA) se obtuvieron valores de puntuaciones medias en el BDI-II superiores al valor del punto de corte del BDI-II, y en todos los casos indicadores de niveles de depresión moderada. Sin embargo, también se halló que las madres que han sufrido distintos tipos de victimización en la infancia y/o adolescencia y/o en la edad adulta por IPV no difieren entre sí en el grado de sintomatología depresiva, ni tampoco de las que no han sufrido historia de victimización más grave.

Las madres que han sufrido distintos tipos de victimización en la infancia y/o adolescencia no difieren entre sí y ni tampoco de las que no han sufrido según el ETI total maltrato en su infancia y/o adolescencia en las variables sociodemográficas estudiadas. Asimismo, las madres que han sufrido distintos tipos de victimización a lo largo de la vida presentan menor nivel educativo y permanecen menos tiempo en relación de pareja.

Finalmente, destacar que al evaluar el efecto conjunto de las variables demográficas de la madre y la gravedad y duración de IPV en el último año, se encontraron como predictores sociodemográficos: a) del maltrato físico, el menor nivel de estudios medios respecto a universitarios, y un mayor número de hijos e hijas; b) del maltrato psicológico, el mayor número de hijos e hijas; c) de la mayor duración del maltrato físico, el hecho de estar trabajando; d) de la mayor duración del maltrato psicológico, el mayor número de hijos e hijas; e) de la mayor duración del maltrato sexual, tanto el hecho de trabajar como el mayor número de hijos e hijas; y f) del mayor tiempo tiempo de convivencia con la pareja abusadora, un nivel socioeconómico alto o medio-alto respecto a un nivel socioeconómico bajo y medio-bajo, y un mayor número de hijos e hijas.

## 3.2. Hijos e hijas

### 3.2.1. Resultados descriptivos de las variables de estudio

#### *Psicopatología*

En la Tabla 20 se presentan los estadísticos descriptivos de las puntuaciones de las diversas escalas de los síndromes empíricos del CBCL, así como de las escalas de banda ancha y el total. Las puntuaciones más altas, por orden, se obtuvieron en la escala de Problemas interiorizados, en los síndromes empíricos de Conducta Agresiva, Retraimiento y Ansiedad/Depresión, y en la escala de Problemas exteriorizados ( $T \geq 58$ ).

**Tabla 20. Medias y desviaciones de las escalas del CBCL (puntuaciones T)**

<b>Puntuaciones subescalas del CBCL (N = 92)*</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>
Ansiedad/Depresión	100	58.64	14.12
Retraimiento	102	58.77	16.74
Quejas somáticas	98	57.93	15.59
Problemas de Atención	103	56.80	12.79
Conducta Agresiva	102	59.36	15.14
Problemas Sociales	102	56.23	12.91
Problemas de Pensamiento	98	55.16	13.25
Romper normas	102	53.13	10.87
Problemas Interiorizados	100	60.03	15.54
Problemas Exteriorizados	102	57.97	14.16
CBCL Total	101	58.85	13.66

\* CBCL completo (de 92 menores sus madres completaron completamente el CBCL)

### 3.2.2. Comparación de la psicopatología infanto-juvenil según los tipos de victimizaciones maternas

La observación de las medias de las puntuaciones de la psicopatología de los niños según la historia de victimización de la madre evaluada con el ETI (Tabla 21) indica que, entre los niños y niñas expuestos a IPV que tenían madres con historias adicionales de victimización en su infancia y/o adolescencia (superaron el punto de corte de la puntuación ETI total), se encontraron mayores puntuaciones en quejas somáticas que en el caso de los y las menores que tenían madres sin historias de victimización en la infancia y/o adolescencia ( $p = .043$ ).

**Tabla 21. Psicopatología de los hijos con presencia/ausencia de victimización materna en la infancia-adolescencia (ETI)**

CBCL	Sí victimización infancia/adolescencia ( <i>n</i> = 59)		No victimización infancia/adolescencia ( <i>n</i> = 54)		Comparación	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	Ansiedad/Depresión	58.9	13.2	58.3	15.4	0.23
Retraimiento	60.3	17.2	57.0	16.1	1.01	.313
Quejas somáticas	61.0	15.5	54.6	15.2	2.05	<b>.043</b>
Problemas de Atención	57.2	11.8	56.4	13.9	0.31	.757
Conducta Agresiva	60.7	15.9	57.7	14.2	1.00	.321
Problemas Sociales	57.8	13.0	54.5	12.7	1.29	.199
Problemas de Pensamiento	55.9	12.2	54.3	14.4	.62	.539
Romper normas	54.2	10.7	51.9	11.0	1.04	.300
Problemas Interiorizados	61.8	15.4	58.0	15.6	1.21	.230
Problemas Exteriorizados	59.3	14.7	56.4	13.5	1.04	.303
CBCL Total	59.9	13.2	57.7	14.2	0.82	.416

En las Tablas 22, 23 y 24 se pueden observar las diferencias en las puntuaciones de psicopatología en los niños y las niñas cuyas madres habían sufrido distintos tipos de victimización (física, sexual, emocional) en la infancia y/o adolescencia en comparación con los niños y las niñas cuyas madres que no habían sufrido dicho tipo de victimización. No se encontraron diferencias en los grupos con historia de abuso físico (Tabla 22) o emocional (Tabla 23), pero los hijos de madres con historia de victimización materna de tipo sexual en la infancia y/o adolescencia puntuaron más alto en las escalas de Conducta agresiva ( $p = .038$ ) y de Problemas sociales ( $p = .040$ ) que los niños sin dicha historia de victimización materna (Tabla 24).

**Tabla 22. Psicopatología de los hijos con presencia/ausencia de victimización de la madre durante la infancia-adolescencia de tipo físico (ETI)**

CBCL	Sí victimización física (ETI)		No victimización física (ETI)		Comparación	
	(n = 38)		(n = 75)		t	p
	M	DE	M	DE		
Ansiedad/Depresión	57.5	12.3	59.3	15.2	-0.59	.554
Retraimiento	60.1	17.7	58.1	16.3	0.57	.571
Quejas somáticas	60.9	14.4	56.4	16.1	1.37	.173
Problemas Atención	57.1	12.1	56.6	13.3	0.20	.843
Conducta Agresiva	60.7	15.9	58.6	14.8	0.67	.506
Problemas Sociales	57.9	14.3	55.3	12.1	0.94	.347
Problemas Pensamiento	56.3	12.7	54.5	13.6	0.64	.524
Romper normas	55.9	10.7	51.6	10.7	1.96	.053
Problemas Internalizados	60.9	14.5	59.6	16.2	0.39	.698
Problemas Externalizados	59.9	14.5	56.8	14.0	1.06	.291
CBC Total	59.7	13.5	58.4	13.8	0.46	.646

**Tabla 23. Psicopatología de los hijos con presencia/ausencia de victimización de la madre durante la infancia-adolescencia de tipo emocional (ETI)**

CBCL	Sí victimización emocional (ETI)		No victimización emocional (ETI)		Comparación	
	(n = 43)		(n = 70)		t	p
	M	DE	M	DE		
Ansiedad/Depresión	57.1	13.3	59.6	14.8	-0.83	.409
Retraimiento	59.1	16.3	58.6	17.2	0.16	.876
Quejas somáticas	58.1	14.0	57.8	16.6	0.10	.920
Problemas Atención	55.7	12.1	57.5	13.3	-0.69	.491
Conducta Agresiva	59.9	16.0	59.0	14.7	0.29	.775
Problemas Sociales	55.9	11.8	56.4	13.6	-0.19	.853
Problemas Pensamiento	55.0	12.3	55.3	13.9	-0.08	.934
Romper normas	53.9	11.5	52.6	10.5	0.57	.567
Problemas Internalizados	59.3	14.5	60.5	16.3	-0.40	.693
Problemas Externalizados	58.7	15.0	57.5	13.7	0.41	.683
CBC Total	58.0	13.2	59.4	14.0	-0.50	.622

**Tabla 24. Psicopatología de los hijos con presencia/ausencia de victimización de la madre durante la infancia-adolescencia de tipo sexual (ETI)**

CBCL	Sí victimización sexual (ETI) (n = 30)		No victimización sexual (ETI) (n = 83)		Comparación	
	M	DE	M	DE	t	p
	Ansiedad/Depresión	60.4	12.6	58.0	14.8	0.73
Retraimiento	59.3	14.6	58.6	17.5	0.20	.841
Quejas somáticas	63.0	17.7	56.3	14.6	1.86	.066
Problemas Atención	58.7	12.5	56.1	12.9	0.92	.360
Conducta Agresiva	64.5	17.3	57.5	13.9	2.10	<b>.038</b>
Problemas Sociales	60.6	13.4	54.7	12.4	2.08	<b>.040</b>
Problemas Pensamiento	59.3	14.6	53.7	12.5	1.87	.065
Romper normas	55.6	11.6	52.3	10.5	1.36	.177
Problemas Internalizados	63.1	15.6	59.0	15.5	1.16	.247
Problemas Externalizados	62.5	16.0	56.3	13.2	1.98	.051
CBC Total	62.5	14.3	57.6	13.3	1.61	.111

La Tabla 25 presenta los descriptivos de las diversas medidas del CBCL en función de las ocho posibles combinaciones según la victimización materna infanto-juvenil evaluada con el ETI. Al hacer una inspección visual de los valores podemos observar que los hijos e hijas de madres que habían sufrido victimizaciones físicas, sexuales y psicológicas en su infancia y/o adolescencia mostraron puntuaciones medias más elevadas tanto para los problemas interiorizados como exteriorizados (pero en mayor medida de los primeros). No obstante, ninguna de las comparaciones alcanzó la significación estadística. Ello puede ser debido, en parte, al bajo tamaño muestral de alguno de los grupos.

**Tabla 25. Psicopatología de los hijos con presencia/ausencia de diferentes tipos de victimización materna en la infancia-adolescencia (ETI)**

Tipos victimización infancia y/o adolescencia	No emocional, física o sexual (n = 49)	Sólo sexual (n = 5)	Sólo emocional (n = 14)	Sexual y emocional (n = 7)	Sólo física (n = 8)	Física y sexual (n = 8)	Física y emocional (n = 12)	Física, emocional y sexual (n = 10)	Comparación (prueba K-W)	
	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	$\chi^2$ (7)	p
Ansiedad/Depresión	59.71 (15.74)	65.00 (14.28)	57.33 (16.01)	56.57 (12.75)	55.75 (15.60)	59.88 (9.33)	54.33 (9.25)	62.14 (16.12)	3.56	.829
Retraimiento	58.55 (17.00)	57.75 (11.73)	56.38 (16.72)	58.57 (16.25)	62.63 (24.97)	55.00 (12.51)	58.33 (16.41)	65.13 (17.10)	2.02	.959
Quejas somáticas	55.02 (15.88)	69.75 (23.63)	55.83 (10.40)	57.83 (21.12)	59.13 (14.10)	65.13 (16.76)	59.25 (14.73)	60.83 (13.69)	7.59	.370
Prob. Atención	57.74 (14.08)	57.75 (6.70)	50.38 (9.76)	60.57 (14.76)	54.00 (12.81)	59.50 (12.83)	57.83 (10.76)	56.88 (14.05)	4.79	.685
Cond. Agresiva	59.24 (14.03)	55.75 (5.44)	53.69 (15.20)	65.71 (20.81)	50.63 (13.00)	67.88 (19.33)	60.17 (11.98)	64.50 (17.30)	10.23	.176
Prob. Sociales	55.70 (12.97)	58.00 (4.00)	52.00 (12.14)	57.29 (10.26)	54.50 (16.60)	61.38 (17.68)	53.67 (7.82)	64.00 (15.21)	6.20	.516
Problemas Pensamiento	55.63 (15.00)	60.50 (13.18)	49.15 (8.07)	54.83 (12.58)	48.00 (6.66)	57.13 (13.01)	55.42 (7.25)	64.13 (18.89)	8.43	.296
Romper normas	52.43 (10.97)	51.75 (2.87)	48.46 (9.57)	52.29 (14.56)	50.88 (9.30)	55.88 (12.12)	56.67 (10.17)	60.00 (11.31)	9.56	.215
Problemas Interiorizados	59.51 (16.41)	67.50 (18.88)	57.69 (15.17)	59.00 (17.37)	60.00 (19.55)	62.75 (12.59)	57.75 (10.75)	65.00 (17.51)	2.77	.906
Problemas Exteriorizados	57.62 (13.44)	54.75 (4.50)	52.00 (13.61)	62.29 (20.03)	50.75 (11.94)	64.75 (17.32)	60.00 (11.69)	64.25 (15.81)	9.39	.226
CBC Total	59.33 (14.28)	61.75 (5.85)	53.08 (11.34)	60.71 (17.77)	53.75 (15.22)	64.13 (14.22)	58.83 (9.67)	63.00 (16.51)	5.56	.592

La Tabla 26 muestra el número de menores expuestos a las distintas formas de victimización en la pareja (vivenciadas por sus madres en el último año) y los descriptivos de las puntuaciones T de las distintas subescalas del CBCL. La forma más común de victimización por exposición a IPV experimentada fue el maltrato físico, vivenciado por 95 de estos y estas menores. Los menores que estuvieron expuestos a situaciones de maltrato físico en el ámbito de la relación de pareja de sus madres presentaron un nivel más alto de psicopatología interiorizada que los menores que no estuvieron expuestos a esta forma de victimización materna ( $p = .045$ ).

**Tabla 26. Psicopatología de los hijos con presencia/ausencia de historia de victimización materna de tipo físico en la pareja (ISA-P)**

CBCL	ISA-P		No ISA-P		Comparación (U M-W)	
	(n = 95)		(n = 18)		Z	p
	M	DE	M	DE		
Ansiedad/Depresión	59.90	14.81	52.47	8.89	-1.74	.083
Retraimiento	60.35	17.32	50.88	10.73	-1.96	.050
Quejas somáticas	58.95	16.38	53.06	10.28	-1.12	.261
Problemas Atención	57.31	13.02	54.18	11.56	-0.98	.326
Conducta Agresiva	60.48	15.90	53.76	8.99	-1.29	.199
Problemas Sociales	57.02	13.59	52.24	7.81	-1.22	.224
Problemas Pensamiento	56.05	13.67	50.63	9.92	-1.69	.092
Romper normas	53.81	11.20	49.71	8.55	-1.26	.207
Problemas Interiorizados	61.53	16.01	52.71	10.16	-2.00	<b>.045</b>
Problemas Exteriorizados	59.00	14.77	52.59	9.08	-1.41	.158
CBC Total	59.92	14.13	53.59	9.76	-1.62	.105

Los menores que estuvieron expuestos a situaciones de victimización de tipo psicológico o emocional en el ámbito de la relación de pareja de sus madres presentaron un mayor nivel de psicopatología en ansiedad-depresión, retraimiento, quejas somáticas, conducta agresiva, problemas interiorizados y exteriorizados y total ( $p \leq .018$ ) con respecto a los menores que no estuvieron expuestos a esta forma de victimización materna (Tabla 27). Si bien, estos resultados habría que interpretarlos con precaución, ya que el grupo de menores con quienes sus madres no mostraron una historia de victimización materna de tipo psicológico (ISA-NP) sólo contó con 4 participantes.

**Tabla 27. Psicopatología de los hijos con presencia/ausencia de historia de victimización materna de tipo psicológico en la pareja (ISA-NP)**

CBCL	ISA-NP		No ISA-NP		Comparación (U M-W)	
	(n = 109)		(n = 4)		Z	p
	M	DE	M	DE		
Ansiedad/Depresión	59.26	14.16	43.75	3.77	-2.41	<b>.016</b>
Retraimiento	59.50	16.68	41.00	0.00	-2.46	<b>.014</b>
Quejas somáticas	58.50	15.65	44.50	4.36	-2.36	<b>.018</b>
Problemas Atención	57.25	12.82	45.50	3.32	-1.93	.054
Conducta Agresiva	59.98	15.12	44.25	2.99	-2.36	<b>.018</b>
Problemas Sociales	56.64	12.97	46.00	5.16	-1.77	.076
Problemas Pensamiento	55.52	13.40	46.75	2.50	-1.22	.221
Romper normas	53.48	10.92	44.50	4.36	-1.78	.075
Problemas Interiorizados	60.79	15.38	41.75	3.86	-2.86	<b>.004</b>
Problemas Exteriorizados	58.50	14.14	44.00	3.56	-2.42	<b>.015</b>
CBC Total	59.51	13.53	43.00	2.83	-2.53	<b>.012</b>

Los menores que estuvieron expuestos a situaciones de victimización de tipo psicológico y físico en el ámbito de la relación de pareja de sus madres (ISA total) mostraron mayores puntuaciones de Ansiedad/Depresión ( $p = .028$ ) con respecto a los menores que no estuvieron expuestos a dichas formas de victimización materna (Tabla 28).

**Tabla 28. Psicopatología de los hijos con presencia/ausencia de historia de victimización materna de tipo psicológico y físico en la pareja (ISA-total)**

CBCL	ISA Total		No ISA Total		Comparación	
	(n = 68)		(n = 45)		t	p
	M	DE	M	DE		
Ansiedad/Depresión	61.10	16.41	55.24	9.66	2.24	<b>.028</b>
Retraimiento	60.02	18.22	57.00	14.40	0.89	.373
Quejas somáticas	59.62	17.05	55.48	13.01	1.30	.197
Problemas Atención	58.38	13.63	54.50	11.22	1.52	.131
Conducta Agresiva	60.58	16.81	57.62	12.38	1.03	.308
Problemas Sociales	57.63	14.44	54.21	10.16	1.40	.164
Problemas Pensamiento	57.30	14.75	52.20	10.25	1.91	.060
Romper normas	53.55	11.63	52.52	9.79	0.47	.641
Problemas Interiorizados	62.28	17.99	56.93	10.79	1.85	.067
Problemas Exteriorizados	58.93	15.58	56.50	11.87	0.89	.373
CBC Total	60.59	15.24	56.40	10.77	1.62	.109

En la Tabla 29 se presentan los descriptivos de los problemas psicopatológicos de los y las menores en función de las combinaciones resultantes del ETI total binario (sí/no) y del ISA total binario (sí/no). Se puede observar, tras su inspección visual, que los y las menores cuyas madres presentaban historias de victimización en la infancia/adolescencia y en la edad adulta presentaban mayores valores de medias de puntuaciones T en cada una de las escalas del CBCL. No obstante, la única comparación estadísticamente significativa que se aprecia fue en quejas somáticas ( $p = .047$ ): los hijos de madres victimizadas en ambos períodos de la vida obtuvieron puntuaciones más altas que los hijos de madres no victimizadas o victimizadas sólo en un momento de la vida.

**Tabla 29. Psicopatología de los hijos con presencia/ausencia de historia de victimización materna acumulada en la infancia-adolescencia y en la adultez (ETI e ISA)**

CBCL	no ETI		si ETI		no ETI		si ETI		Comparación (prueba K-W)		
	no ISA		no ISA		si ISA		si ISA		$\chi^2$ (3)	p	contrastes
	(n = 21)		(n = 24)		(n = 33)		(n = 35)				
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE			
Ansiedad /Depresión	56.05	11.74	54.57	7.75	59.82	17.54	62.30	15.49	2.99	.393	
Retraimiento	57.47	16.73	56.61	12.52	56.61	15.99	63.00	19.73	1.73	.630	
Quejas somáticas	54.16	13.82	56.67	12.46	54.93	16.32	64.00	16.81	7.94	<b>.047</b>	No ETI < ETI e ISA
Problemas atención	54.37	13.26	54.61	9.53	57.69	14.39	59.00	13.10	2.78	.426	
Conducta agresiva	57.05	11.60	58.09	13.23	58.21	15.84	62.66	17.59	1.15	.764	
Problemas sociales	54.05	12.03	54.35	8.61	54.76	13.30	60.32	15.15	3.41	.332	
Probl. pensamiento	51.84	10.71	52.50	10.09	56.00	16.52	58.47	13.14	4.92	.178	
Romper normas	52.21	10.14	52.78	9.72	51.71	11.76	55.16	11.46	2.35	.504	
Probl. interiorizados	57.00	13.39	56.87	8.39	58.70	17.24	65.39	18.32	3.55	.315	
Probl. exteriorizados	55.95	11.37	56.96	12.51	56.64	15.03	60.94	16.00	1.38	.711	
CBC Total	56.21	12.53	56.57	9.38	58.64	15.44	62.35	15.08	2.82	.420	

### 3.2.3. Efecto conjunto de la gravedad, duración y tipo de victimización, la depresión materna y la psicopatología de los hijos

La Tabla 30 muestra los resultados de los modelos GEE para evaluar la asociación entre los diferentes niveles de victimización materna vividos tanto en la infancia y/o adolescencia (ETI físico, emocional y sexual) como en el ámbito de la relación de pareja (ISA físico y psicológico), todos ellos considerados de forma cuantitativa, el tiempo de maltrato psicológico en meses y la depresión materna (BDI-II) con la psicopatología de sus hijos e hijas, ajustando por el nivel socioeconómico.

**Tabla 30. Problemas psicopatológicos en menores por tipo de victimización materna**

criterio (puntuación CBCL)	Predictor	B	IC 95%		p
Ansiedad/Depresión	ETI físico	-0.14	-2.53	2.25	.910
	ETI emocional	0.37	-1.25	1.99	.652
	ETI sexual	0.98	-2.08	4.04	.532
	ISA físico	-0.12	-0.27	0.03	.127
	ISA psicológico	0.37	0.22	0.51	< .001
	BDI depresión materna	0.06	-0.16	0.29	.596
	Tiempo maltrato psicológico	-0.02	-0.05	0.01	.235
Retraimiento	ETI físico	1.63	-1.64	4.91	.328
	ETI emocional	0.45	-1.49	2.39	.651
	ETI sexual	-1.01	-4.00	1.99	.510
	ISA físico	-0.12	-0.28	0.04	.143
	ISA psicológico	0.37	0.19	0.55	< .001
	BDI depresión materna	0.15	-0.10	0.39	.238
	Tiempo maltrato psicológico	-0.03	-0.07	0.01	.102
Quejas somáticas	ETI físico	1.80	-0.92	4.53	.194
	ETI emocional	0.15	-1.44	1.74	.850
	ETI sexual	1.13	-2.62	4.89	.554
	ISA físico	-0.05	-0.24	0.14	.589
	ISA psicológico	0.26	0.06	0.46	.009
	BDI depresión materna	0.02	-0.28	0.31	.914
	Tiempo maltrato psicológico	0.00	-0.04	0.03	.849
Problemas atención	ETI físico	0.56	-1.45	2.58	.583
	ETI emocional	0.07	-1.35	1.48	.928
	ETI sexual	-0.31	-3.11	2.48	.826
	ISA físico	-0.10	-0.23	0.04	.151
	ISA psicológico	0.25	0.10	0.41	.001
	BDI depresión materna	0.12	-0.08	0.31	.243
	Tiempo maltrato psicológico	-0.03	-0.06	0.00	.055

criterio (puntuación CBCL)	Predictor	B	IC 95%		p
Conducta agresiva	ETI físico	1.15	-1.51	3.81	.397
	ETI emocional	0.67	-1.23	2.56	.489
	ETI sexual	0.76	-2.39	3.91	.636
	ISA físico	-0.10	-0.23	0.04	.166
	ISA psicológico	0.27	0.13	0.42	< .001
	BDI depresión materna	0.17	-0.05	0.39	.137
	Tiempo maltrato psicológico	-0.01	-0.04	0.02	.545
Problemas sociales	ETI físico	0.36	-1.91	2.62	.758
	ETI emocional	0.73	-0.67	2.13	.305
	ETI sexual	1.68	-0.75	4.12	.175
	ISA físico	-0.06	-0.20	0.08	.396
	ISA psicológico	0.19	0.06	0.33	.004
	BDI depresión materna	0.08	-0.10	0.27	.382
	Tiempo maltrato psicológico	-0.03	-0.06	0.00	.074
Problemas pensamiento	ETI físico	0.26	-1.67	2.18	.794
	ETI emocional	0.23	-1.01	1.47	.719
	ETI sexual	3.13	0.02	6.24	.048
	ISA físico	-0.12	-0.27	0.02	.094
	ISA psicológico	0.27	0.11	0.44	.001
	BDI depresión materna	0.03	-0.21	0.27	.801
	Tiempo maltrato psicológico	-0.02	-0.05	0.00	.062
Romper normas	ETI físico	1.38	-0.47	3.24	.144
	ETI emocional	0.45	-0.93	1.83	.525
	ETI sexual	-0.21	-2.15	1.73	.832
	ISA físico	-0.02	-0.13	0.09	.722
	ISA psicológico	0.11	-0.02	0.23	.108
	BDI depresión materna	0.18	-0.02	0.39	.079
	Tiempo maltrato psicológico	-0.01	-0.04	0.02	.416
Problemas interiorizados	ETI físico	1.11	-1.59	3.81	.421
	ETI emocional	0.29	-1.45	2.04	.741
	ETI sexual	0.73	-2.74	4.20	.680
	ISA físico	-0.11	-0.27	0.05	.165
	ISA psicológico	0.40	0.23	0.57	< .001
	BDI depresión materna	0.11	-0.15	0.37	.394
	Tiempo maltrato psicológico	-0.02	-0.05	0.01	.249
Problemas exteriorizados	ETI físico	1.30	-1.14	3.75	.295
	ETI emocional	0.68	-1.10	2.45	.455
	ETI sexual	0.48	-2.46	3.41	.750
	ISA físico	-0.08	-0.21	0.05	.240
	ISA psicológico	0.23	0.09	0.38	.001
	BDI depresión materna	0.19	-0.03	0.41	.090
	Tiempo maltrato psicológico	-0.01	-0.05	0.02	.480

criterio (puntuación CBCL)	Predictor	B	IC 95%		p
Total	ETI físico	0.66	-1.59	2.91	.565
	ETI emocional	0.45	-1.02	1.91	.552
	ETI sexual	0.73	-2.22	3.68	.627
	ISA físico	-0.11	-0.25	0.02	.105
	ISA psicológico	0.33	0.19	0.47	<.001
	BDI depresión materna	0.16	-0.05	0.38	.139
	Tiempo maltrato psicológico	-0.03	-0.06	0.00	.071

Nota: modelos ajustados por SES

El maltrato psicológico en la pareja se evidenció como un factor de riesgo de psicopatología ( $p \leq .009$ ): a mayor puntuación de ISA psicológico, mayor psicopatología en todas las medidas del CBCL, excepto para la escala de Romper normas, con independencia de la duración de dicho maltrato psicológico, cuyo efecto resultó ser no significativo.

En la Tabla 31 se muestran los modelos análogos, pero considerando la presencia o ausencia de victimización materna en cada etapa a partir de los puntos de corte para las puntuaciones totales del ETI y del ISA y su posible interacción y también la depresión. La interacción entre ambas variables (consideradas de forma binaria) no resultó ser significativa para ninguna de los 11 modelos contemplados (puntuaciones del CBCL), por lo que el término de interacción ISA  $\times$  ETI no fue incluido en los modelos que se presentan a continuación. A su vez, los modelos presentados han sido ajustados por el nivel socioeconómico y la duración del maltrato psicológico.

**Tabla 31. Problemas psicopatológicos en menores por tipo de victimización y depresión materna**

<b>Criterio</b>	<b>Predictores</b>	<b>B</b>	<b>IC 95% B</b>		<b>p</b>
Ansiedad/Depresión	ETItotal (sí)	1.24	-5.15	7.63	.704
	ISAtotal (sí)	6.80	1.47	12.14	<b>.012</b>
	Depresión materna	0.09	-0.14	0.32	.427
Retraimiento	ETItotal (sí)	2.11	-5.28	9.50	.576
	ISAtotal (sí)	3.14	-3.24	9.51	.335
	Depresión materna	0.18	-0.08	0.45	.176
Quejas somáticas	ETItotal (sí)	6.28	-0.11	12.66	.054
	ISAtotal (sí)	5.86	0.23	11.50	<b>.042</b>
	Depresión materna	0.03	-0.03	0.40	.837
Problemas atención	ETItotal (sí)	0.38	-5.30	6.06	.897
	ISAtotal (sí)	4.40	-0.58	9.37	.083
	Depresión materna	0.15	-0.04	0.33	.123
Conducta agresiva	ETItotal (sí)	2.14	-0.04	7.83	.462
	ISAtotal (sí)	3.74	-2.01	9.49	.202
	Depresión materna	0.23	0.01	0.45	<b>.040</b>
Problemas sociales	ETItotal (sí)	2.31	-3.35	7.97	.424
	ISAtotal (sí)	4.07	-1.09	9.22	.122
	Depresión materna	0.14	-0.06	0.33	.170
Problemas pensamiento	ETItotal (sí)	2.75	-1.91	7.41	.247
	ISAtotal (sí)	5.50	0.48	10.51	<b>.032</b>
	Depresión materna	0.11	-0.14	0.35	.391
Romper normas	ETItotal (sí)	0.562	-4.26	5.39	.819
	ISAtotal (sí)	1.091	-3.02	5.20	.603
	Depresión materna	0.225	0.04	0.41	<b>.019</b>
Problemas interiorizados	ETItotal (sí)	3.221	-3.57	10.02	.353
	ISAtotal (sí)	6.408	0.73	12.09	<b>.027</b>
	Depresión materna	0.154	-0.11	0.42	.257

<b>Criterio</b>	<b>Predictores</b>	<b>B</b>	<b>IC 95% B</b>		<b>p</b>
Problemas exteriorizados	ETItotal (sí)	1.620	-3.93	7.17	.567
	ISAtotal (sí)	3.043	-2.35	8.43	.268
	Depresión materna	0.251	0.04	0.46	<b>.021</b>
CBCL Total	ETItotal (sí)	1.668	-4.18	7.52	.576
	ISAtotal (sí)	5.042	-0.17	10.26	.058
	Depresión materna	0.207	-0.01	0.42	.059

Nota: modelos ajustados por SES y duración del maltrato psicológico

La presencia de IPV (superar el punto de corte del ISA total) acontecida en el último año se asoció significativamente a que los hijos presentaran más problemas de Ansiedad/Depresión ( $p = .012$ ), Quejas somáticas ( $p = .042$ ), Problemas de pensamiento ( $p = .032$ ) y Problemas de tipo interiorizados ( $p = .027$ ). Además, mayores puntuaciones de depresión materna se asociaron con mayor psicopatología del tipo problemas exteriorizados ( $p = .021$ ), Problemas de conducta agresiva ( $p = .040$ ) y de Romper normas ( $p = .019$ ).

### 3.2.4. Síntesis de resultados de los menores

Se puede observar que el grupo de menores que tenían madres con historia de victimización en la infancia y/o adolescencia presentaron más Quejas somáticas que los hijos e hijas de madres sin historia de maltrato en la infancia y/o adolescencia.

Igualmente, se ha visto que la historia de abuso físico o emocional de la madre en la infancia y/o adolescencia no se asocia con diferencias en psicopatología en los niños y niñas, pero las madres con historia de abuso sexual infantil tienen hijos e hijas con más Problemas sociales y de Conducta agresiva que los hijos e hijas de madres sin abuso sexual infantil. Por otro lado, aunque la comparación estadística no alcanzó la significación estadística, los hijos e hijas de madres que habían sufrido victimizaciones físicas, sexuales y psicológicas en su infancia y/o adolescencia mostraron puntuaciones medias más elevadas tanto para los Problemas interiorizados como exteriorizados. Y se observó asociación entre haber padecido maltrato sexual en la infancia o adolescencia y

sintomatología de Ansiedad/Depresión, Quejas somáticas, y Problemas interiorizados; entre la presencia de maltrato emocional y sexual y Problemas de atención; entre la presencia de maltrato físico y sexual y Conducta agresiva, Problemas exteriorizados y Problemas en la escala total del CBCL; y entre la presencia de los tres tipos de maltrato físico, emocional y sexual y Problemas de retraimiento, Problemas sociales, Problemas de pensamiento, Romper normas y Problemas exteriorizados.

Asimismo, los hijos e hijas de madres con historia de victimización por IPV presentaron las puntuaciones de psicopatología más elevadas en Problemas interiorizados y de Conducta agresiva. Además, los menores expuestos a IPV de tipo físico presentan más Problemas interiorizados que los no expuestos, mientras que los menores expuestos a IPV de tipo psicológico presentan más problemas de Ansiedad-Depresión, Retraimiento, Quejas somáticas, Conducta agresiva, Problemas interiorizados y exteriorizados, y Problemas en la escala total del CBCL que los no expuestos. Así pues, se observa mayor afectación psicopatológica de estos menores por exposición a IPV de tipo psicológico que físico.

Los menores que estuvieron expuestos a situaciones de victimización materna más graves de tipo psicológico y físico en el ámbito de la relación de pareja (ISA total) presentan más problemas en Ansiedad/Depresión con respecto a los menores que no estuvieron expuestos a dichas formas de victimización materna.

También se encontró que considerando en conjunto todas las variables de victimización materna, la mayor gravedad del maltrato psicológico se asocia un aumento de toda la sintomatología del CBCL, excepto Romper normas.

Finalmente, al contemplar como predictores la presencia o ausencia de victimización materna en la infancia y/o adolescencia y en la edad adulta por IPV, su posible interacción y también la depresión, se halló que los hijos e hijas de madres victimizadas en ambos períodos de la vida, mostraron más Quejas somáticas. IPV predijo problemas de Ansiedad/Depresión, Quejas somáticas, Problemas de pensamiento y Problemas interiorizados. Y la depresión materna predecía mayores problemas de Conducta agresiva, Romper normas y Problemas exteriorizados.



## 4. DISCUSIÓN

---

En esta tesis doctoral se pretendía estudiar si determinados tipos de victimización materna en la infancia y/o adolescencia y en la edad adulta por IPV se asocian con sintomatología depresiva materna, determinadas variables sociodemográficas, así como con problemas de conducta interiorizados y exteriorizados en los hijos e hijas.

Más de la mitad de las madres participantes, habían sufrido diversas formas de victimización en su infancia y/o adolescencia, y mayoritariamente de tipo emocional. Poco más de la mitad perpetuaban el maltrato, si bien casi una cuarta parte de ellas que al igual que el resto seguían intervención profesional de tipo psicoterapéutico por IPV, no presentaron situaciones de gravedad de IPV definidas por superar el punto de corte del ISA.

Asimismo, se ha podido observar cómo las madres que han sufrido distintas historias de victimización en su infancia y/o adolescencia y/o en su edad adulta por IPV, no diferían entre sí en el grado de sintomatología depresiva, tenían en cuanto a las variables sociodemográficas un menor nivel educativo y permanecían menos tiempo en relación de pareja. Así también, se encontró una relación positiva directa entre un mayor número de hijos o hijas y la mayor gravedad y duración de la victimización por IPV. Y en relación a los menores, se evidenció que el maltrato psicológico en la pareja fue el principal factor de riesgo para la manifestación de problemas interiorizados y exteriorizados. Además, los hijos e hijas de madres con historias de victimización en la relación de pareja mostraron más problemas interiorizados, mientras que mayores puntuaciones de depresión materna se asociaron con más problemas exteriorizados.

A su vez, en esta tesis se observa cómo el abuso en la infancia y/o adolescencia predice el abuso sexual en la edad adulta, evidenciándose con ello, la congruencia de estos datos con los hallados en la bibliografía sobre revictimización sexual, donde se destaca que más de la mitad de las mujeres que sufren abuso sexual en su infancia y/o adolescencia vuelven a verse victimizadas sexualmente en algún momento de su vida adulta (Classen et al., 2005; Messman-Moore y Long, 2000), y que son seis veces más

propensas a ser víctimas de abuso sexual por parte de sus parejas (Desai et al., 2002). Otros estudios sobre revictimización también han encontrado asociaciones entre haber vivido violencia física, o abuso sexual en la niñez y experimentar IPV (Rivera-Rivera, Allen, Chávez-Alaya y Ávila-Burgos, 2006).

Más de la mitad de las mujeres habían sufrido situaciones de IPV graves en el último año, tal como define el punto de corte en el ISA, siendo mayor la duración de IPV en las relaciones de pareja con abusos de tipo psicológico, que son los que se suelen mantener, en estos casos, a lo largo de la relación de pareja. Además, la duración media de la convivencia con la pareja agresora, fue de 148.36 meses, que indica una situación de maltrato de larga evolución; no en vano, y al margen de que el rango es amplio, la duración media del maltrato era de 12.36 años.

### *Depresión materna*

Uno de los objetivos fue estudiar la relación entre la historia de victimización de materna y la sintomatología depresiva materna. En esta investigación no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni en los grupos de madres con victimización en la infancia y/o adolescencia, ni tampoco en las que sufrieron victimización en la infancia y/o adolescencia (ETI) y en la edad adulta por IPV (ISA) contempladas según combinaciones de distintos grupos realizadas de forma binaria.

En este trabajo puede observarse cómo la comparación de las puntuaciones medias del BDI-II de las madres en función de los cuatro grupos de victimización en la infancia y/o adolescencia (ETI) y en la edad adulta (ISA), contemplados de forma binaria, no resultó significativa, contrariamente a lo esperado y a lo sucedido en otros estudios (Kimerling et al., 2007; Miranda et al., 2013a, 2013b), muy probablemente debido al bajo tamaño muestral de estos grupos. Ahora bien, si se obtuvieron mayores niveles (o puntuaciones) de sintomatología depresiva en el grupo de madres con victimización en la infancia y/o adolescencia y en la edad adulta en la relación de pareja, que en los grupos de madres que tan sólo habían experimentado victimización en la infancia y/o adolescencia. Las madres polivictimizadas puntúan por encima del punto de corte del BDI-II, presentando por ello sintomatología depresiva clínicamente

significativa; si bien esta sintomatología depresiva no difiere si se considera el tipo de maltrato (el maltrato afecta por igual en los síntomas depresivos). El motivo de por qué las madres polivictimizadas se deprimen más pudiera ser debido a que la polivictimización se asocia con mayores niveles de ansiedad y estrés que la victimización interpersonal infantil de un sólo tipo aunque ésta sea crónica (Finkelhor, Ormond y Turner, 2007). Y estos mayores niveles de estrés que afectan a la biología, alteran a su vez, significativa y negativamente la concepción del mundo y de la vida, derivando ello mayormente en síntomas o trastornos depresivos.

### *Variables sociodemográficas*

Otro objetivo fue estudiar la asociación entre variables sociodemográficas de la madre y la historia de victimización materna en la infancia y/o adolescencia y en la edad adulta por IPV, y la mayor gravedad de IPV en el último año, tanto de forma bivariada como conjunta.

Actualmente, en el estudio de la historia de victimización materna y de sus efectos se está analizando cómo determinados factores sociodemográficos se asociarían a una mayor gravedad de IPV, una mayor permanencia en las relaciones de pareja con violencia, y también a un mayor riesgo de IPV en el último año (Perreault y Brennan 2010). En esta tesis se encontró una relación positiva directa entre los niveles medios de estudios y un mayor número de hijos o hijas y la mayor gravedad de la victimización física en la pareja (establecida por mayores puntuaciones en ISA-P o ISA físico).

La mayor duración del tiempo de convivencia en las relaciones de parejas violentas se asoció de forma positiva con un nivel socioeconómico alto o medio-alto respecto a bajo, un nivel de estudios más alto y un mayor número de hijos. Y la mayor duración del maltrato físico se relacionó significativamente de forma inversa con el hecho de tener trabajo; es decir que las mujeres que tenían trabajo y aportaban recursos al hogar se vieron maltratadas físicamente durante más tiempo que las que no tenían trabajo. Igualmente ocurría con el maltrato sexual, que también se relacionó significativamente con el hecho de tener trabajo, además de con tener mayor número de hijos e hijas.

En el trabajo profesional con mujeres que viven situaciones de IPV puede observarse como el hecho de que la mujer aporte recursos supone una amenaza para el autoconcepto del hombre machista, y ello en ocasiones deriva en el uso de diferentes tipos de estrategias para asegurar la permanencia en la relación de pareja. Asimismo, como la mayor formación puede predisponer a tener más recursos para mal soportar este tipo de relaciones. Así lo demuestra la experiencia clínica en que se evidencia que, aquellas mujeres con más recursos, más empáticas, con mayor miedo al qué dirán, a equivocarse, con determinados valores familiares, sociales, o religiosos más incompatibles con llevar a cabo procesos de ruptura de relaciones de pareja, que sentían que la relación era parte de su propia apuesta en la vida, y que, como madres, por sus hijos y para protegerlos mostraban mayor fuerza, suelen ser las que aguantan más tiempo dentro de relaciones con IPV.

Por otro lado decir que, en situaciones emocionalmente abusivas a más largo plazo y de mayor gravedad, la mujer tiene tan baja autoestima que a menudo siente que no puede salir de la relación con su pareja abusadora, e incluso en algunos casos que no son dignas de una relación no abusiva. Además, el abuso emocional a largo plazo puede llegar a producir pasividad y sensación de impotencia, a que se normalice la depresión debido a su duración, a disminuir la capacidad de la mujer para cuidar y mantener a sus hijos e hijas, y a propiciar menores tasas de participación en la fuerza laboral. En este contexto de situaciones en que las mujeres son más dependientes emocionalmente de la pareja y llevan a cabo procesos de recuperación psicopatológica a largo plazo, se explicaría el por qué en situaciones de victimización de tipo físico y sexual en el ámbito de la relación de pareja (en que se presupone que también existen situaciones de victimización de tipo psicológico), las mujeres suelen permanecer más tiempo en la relación abusiva (Bornstein, 2006; Fawole, 2008; Strube, 1988).

Únicamente el mayor número de hijos e hijas se relacionó de forma directa y significativa con la mayor victimización psicológica. En el maltrato psicológico se puede amenazar con quitar la custodia de los niños e hijas, o con maltratar a los hijos e hijas en caso de denuncia, y dichas amenazas pueden provocar por sí mismas potentes hechos que justifiquen la permanencia en situaciones de IPV de tipo psicológico. Además, la experiencia clínica evidencia, que en el caso de la mayor victimización

psicológica se da una mayor falta de empoderamiento de la mujer. Y en estos casos, si las madres reciben ayuda profesional para superar las secuelas del maltrato psicológico y poder empoderarse y cuentan con recursos económicos y sociales de apoyo, el hecho de que los hijos e hijas expuestos a IPV presenten psicopatología, es un predictor significativo de mayor toma de decisiones por parte de las madres para buscar apoyo formal ante IPV (Meyer, 2010) y poder salir lo antes posible de las relaciones de pareja abusivas. Ello debiera ser considerado, como de gran interés, en toda intervención con mujeres que sufren situaciones de IPV.

Al igual que en la investigación de Ruiz-Pérez y Plazaola-Castaño (2005), un factor asociado de forma independiente en ambos tipos de IPV (ISA-P e ISA-NP) fue el mayor número de hijos e hijas, el cual, no únicamente se mantuvo en los casos de mayor duración del tiempo de convivencia y por tanto, de mayor duración del maltrato psicológico (como se ha visto anteriormente), sino también en los de mayor gravedad de violencia física y psicológica. Tanto la presencia, como el mayor número de hijos e hijas, aumentan el estrés psicosocial en situaciones socioeconómicas de menores ingresos y estimulan la aparición de los conflictos relativos a los niveles de disciplina, los métodos y las filosofías de la educación de los hijos e hijas, suscitando violencia. También pueden relacionarse con mayor precariedad económica, con otros temores asociados a un futuro incierto de estos y estas menores, con la necesidad de asegurar su mayor seguridad, en ocasiones en estos casos igualmente con una menor educación, con una mayor dependencia emocional, mayor indefensión, con el menor acceso al control de la natalidad, y a la menor capacidad de la mujer para decidir sobre las relaciones sexuales.

En esta investigación, el nivel socioeconómico más bajo no resultó un factor de riesgo, pero hay que tener en cuenta que en los análisis se tuvieron en cuenta distintos factores sociodemográficos simultáneamente. Sin embargo, este resultado podría estar mediado por otros factores como el hecho de tener o no trabajo, el tipo de trabajo, y sobre todo por el mayor número de hijos e hijas. Y en este caso, el mayor número de hijos e hijas constituiría uno de los factores específicos del contexto que pueden influir en si la autonomía financiera a nivel familiar es una variable protectora, o asociada con un mayor riesgo de IPV (Vyas y Watts, 2009).

La edad no resultó ser una variable importante para la predicción de diferencias en los distintos tipos de victimizaciones maternas. El rango de edad de las participantes fue de 23 a 51 años, con una edad media de 37.51 años (DE = 5.64). Según la literatura el mayor riesgo tanto de IPV como de su gravedad se daría en edades más tempranas, y ello podría explicar la falta de asociación hallada. Así, Rivara et al. (2009) encontraron que las mujeres de 26 a 30 años (que se encontraban en plena edad reproductiva) tenían el riesgo más alto de cualquier forma de IPV y también que el riesgo disminuyó con la edad.

En cuanto a la convivencia con el agresor, decir que la mitad de las participantes no convivían con el agresor en el momento de la evaluación y se encontraban separadas, divorciadas, o solteras. El porcentaje de convivencia encontrado en este trabajo es similar al de otras investigaciones llevadas a cabo con población española, que se situaba alrededor del 50% (Amor et al., 2002; Fontanil et al., 2005). Igualmente, la convivencia con la pareja agresora resultó tener una media de poco más de 12 años. Esta prolongada duración de convivencia también es similar a la encontrada en otros trabajos llevados a cabo en España (Amor et al., 2002) y evidencia que se trata de situaciones de maltrato de larga evolución.

### *Psicopatología de los y las menores*

También se pretendía en esta tesis estudiar la psicopatología de los y las menores en relación con: 1) la historia de victimización de la madre en la infancia y/o adolescencia, 2) la presencia actual de victimización por IPV y, 3) la presencia de ambos tipos de victimización en ambos períodos de la vida de la madre. Además, en cada caso, se separó por el tipo de victimización recibida por la madre, lo que supone una aportación relevante en comparación con los estudios previos que, en su mayoría, no establecen diferencias en función del tipo de victimización recibida por la madre.

Como ya se ha revisado en los capítulos introductorios, la historia de victimización materna (tanto en la infancia y/o adolescencia como en la edad adulta), se ha asociado con efectos perjudiciales para la salud mental tanto de las madres, como de los hijos e hijas, su crianza, y la depresión materna (Dubowitz et al., 2001; Koverola et

al., 2005; Lang et al., 2010; Miranda et al., 2011; Miranda et al., 2013a, 2013b; Morrel et al., 2003; Thompson, 2007). Las investigaciones que han analizado la relación entre la historia de victimización materna y la psicopatología en madres e hijos e hijas han encontrado que la historia de victimización materna se relaciona con síntomas depresivos maternos actuales (Dubowitz et al, 2001; Miranda et al, 2013a, 2013b), así como con problemas interiorizados y exteriorizados de los hijos e hijas (Koverola et al., 2005; Miranda et al., 2011; Morrel et al., 2003).

En este trabajo se ha encontrado que los hijos e hijas de madres con historia de victimización materna en la infancia y/o adolescencia y en la edad adulta por IPV presentaban, en general, tanto puntuaciones medias más altas en todos los síndromes del CBCL, como en las subescalas de problemas interiorizados y exteriorizados, en comparación con los hijos e hijas de madres con tan sólo un tipo de historia de victimización (en su infancia y/o adolescencia, o en la edad adulta), o con madres sin historias de victimización. La presencia de IPV (superar el punto de corte en la escala ISAtotal) se asoció con problemas de Ansiedad/Depresión, Quejas somáticas, Problemas de pensamiento y Problemas de tipo interiorizado. Aquí, los resultados hallados no resultaron coincidentes con otros estudios que encontraron asociación entre victimización materna en la infancia y/o adolescencia y en la edad adulta, y en donde dicha asociación sí agrava los problemas psicopatológicos de los hijos e hijas, en el sentido de presentar mayores problemas interiorizados y exteriorizados (Dubovitz et al., 2001; Koverola et al., 2005; Miranda et al., 2011; Morrel et al., 2003).

De igual forma, se ha observado que existe una diferencia significativa entre las medias de los dos grupos, hijos de madres con historia de victimización materna en la infancia y/o adolescencia e hijos de madres sin historia de victimización materna en la infancia y/o adolescencia en la escala de Quejas somáticas, de manera que los hijos e hijas de madres con historia de victimización materna en la infancia y/o adolescencia presentaron mayores manifestaciones de Quejas somáticas que los hijos e hijas de madres sin historia de victimización materna en la infancia y/o adolescencia. También los hijos e hijas de madres con historia de victimización materna de tipo sexual, presentaron más Problemas sociales y de Conducta agresiva.

Asimismo, para algunas escalas del CBCL, superar el punto de corte de la escala ISA total indicador de vivencia de victimización materna en la edad adulta, era un factor de riesgo de psicopatología para la subescala total del CBCL; o dicho de otra manera, que la victimización en la pareja fue un predictor significativo de los Problemas de conducta interiorizados y exteriorizados en estos y estas menores expuestos a IPV. Por lo tanto, coincidiendo con otros estudios (Bair-Merritt et al., 2006; Emery, 2011; Evans et al., 2008; Hazen, Connelly, Kelleher, Barth y Landsverk, 2006; Kernick et al., 2003; Kitzmann et al., 2003; Margolin y Vickerman, 2007; Miranda et al., 2011; Miranda et al., 2013b; Sternberg et al., 2006; Ware et al., 2001; Wolfe et al., 2003) podemos decir que los problemas que presentan dichos menores, son tanto de tipo interiorizado como exteriorizado. Y en la mayoría de metaanálisis que estudian los efectos de menores expuestos a IPV llevados a cabo con grupo de control se ha encontrado que, menores expuestos a la victimización en la pareja de sus madres suelen presentar mayores tasas de problemas exteriorizados e interiorizados, por dicho orden, respectivamente (Kitzmann et al., 2003; Wolfe et al., 2003).

Por otro lado, la asociación entre IPV actual con cada una de las escalas del CBCL resultó ser tan sólo significativa para las escalas de Ansiedad/Depresión, Quejas somática, Problemas de pensamiento, y Problemas interiorizados. Ello podría interpretarse como que lo reciente de la victimización afecta sobretudo a los y las menores generando sintomatología interiorizada. Pero algunos estudios indican que, más importante que el hecho de si la victimización materna fue anterior o posterior, resulta la vivencia de trauma psicológico en el menor o la menor perpetrada por sus cuidadores (vivencia de violencia por parte del padre o de la pareja de la madre, vivencia de depresión materna con sus repercusiones asociadas) y cómo ella impacte negativamente en su autoestima, su regulación emocional y sus habilidades sociales (Charuvastra y Cloitre, 2008).

Contemplando la asociación entre el tipo de IPV con cada una de las escalas del CBCL se halló que los y las menores expuestos a que sus madres sufran maltrato psicológico en el ámbito de su relación de pareja, presentaban mayor afectación psicopatológica que los hijos e hijas de madres que sufrían IPV de tipo físico. Los menores y las menores expuestos a IPV de tipo psicológico presentan más problemas de

Ansiedad-Depresión, Retraimiento, Quejas somáticas, Conducta agresiva, Problemas interiorizados y exteriorizados, y Problemas en la escala total del CBCL que el resto de menores de la muestra; mientras que los y las menores expuestos a IPV de tipo físico tan sólo presentan más Problemas de tipo interiorizado.

Al evaluar la asociación entre el tipo de victimización materna por IPV, su duración, gravedad, la depresión materna y la psicopatología de los hijos e hijas, se encontró que el maltrato psicológico en la pareja se evidenció como un factor de riesgo de psicopatología que predice el aumento de toda la psicopatología evaluada con el CBCL, con excepción de la escala de Romper normas. La mayor gravedad de violencia psicológica en la pareja constituyó el principal factor de riesgo para problemas psicopatológicos de dichos niños y niñas. Estos resultados son coincidentes con los hallados en el estudio realizado por Clarke et al. (2007), en que se evidenció cómo la exposición al maltrato psicológico en la pareja aumentaba el riesgo de problemas interiorizados y exteriorizados en los y las menores (independientemente del maltrato físico) y que la asociación entre la agresión psicológica y los problemas conductuales del niño o la niña fue parcialmente mediada por la angustia materna. En esta misma línea de resultados de la Vega, de la Osa, Ezpeleta, Granero y Domènech (2011) informan que la exposición de menores al maltrato psicológico de sus madres suponía el mayor efecto global de psicopatología en los niños y niñas, ya que se asoció significativamente tanto con la interiorización, como con la exteriorización de problemas. Coker et al. (2002) proponen como explicación que las puntuaciones más elevadas de maltrato psicológico en la pareja se hallan más fuertemente asociadas con resultados de mala salud, es decir, con síntomas depresivos, uso de sustancias, enfermedades físicas crónicas, enfermedad mental crónica y lesiones.

Cabe decir que es posible que el maltrato psicológico por parte de los padres pueda ser más dañino que el maltrato físico, ya que podría ser más consistente y más indicativo de la calidad de la relación entre los padres y los hijos e hijas. Meston, Heiman y Trapnell (1999) sugieren que el abuso emocional puede ser tan traumático, si no más traumático, que el abuso físico, ya que puede frustrar la necesidad de amor, la autoestima y los sentimientos de pertenencia. También Ciesla y Roberts (2007), destacan que estos y estas menores expuestos a victimización psicológica infantil de

forma más cronicada (en este caso exposición al maltrato psicológico de sus madres de forma más cronicada), experimentarían pensamientos de desesperanza relacionados con síntomas de trauma mental, mayores tasas de depresión, ansiedad, niveles más bajos de autoestima, mayores consecuencias para su salud física, y mayor falta en general de desarrollo social-emocional. Y según Fletcher (2003), éstos supondrían un tercio de los y las menores expuestos a IPV, en comparación con el 12% de los y las menores que experimentarían un evento físico traumático agudo, quienes mayormente desarrollarían sentimientos de futuro pesimista.

El maltrato psicológico en la pareja, como forma de maltrato más crónica, podría suponer más elevados niveles de estrés psicosocial que agravaran los efectos psicopatológicos de estos y estas menores. Por ello, no es particularmente sorprendente que la violencia física en este estudio no aumentara las probabilidades de que los y las menores experimentasen peores resultados psicopatológicos, porque a menos que la madre hubiese sido agredida recientemente, los signos de la violencia física en el momento de la realización del estudio no estaban presentes (de hecho, en atención profesional con estas mujeres, se evidencia que cuando empieza a manifestarse mayormente el maltrato físico en la pareja, es cuando antes las madres toman conciencia de su repercusión negativa en el estado emocional de sus hijos e hijas, y a su vez cuando mayormente ponen fin a sus relaciones de pareja violentas).

Por otra parte, los peores resultados psicopatológicos de hijos e hijas de madres con victimización psicológica en la pareja, apoyarían el supuesto de que es la violencia más reciente y habitual la que puede tener una mayor influencia en los resultados de salud mental de los hijos e hijas de madres con distintas historias de victimización.

La depresión materna en menores hijos e hijas de madres con diferentes historias de victimización, en su infancia y/o adolescencia y/o edad adulta en el ámbito de la relación de pareja, es una variable predictora de mayor psicopatología del tipo Problemas exteriorizados, Problemas de conducta agresiva y de Romper normas. Ello refleja, al igual que en otros estudios, cómo la depresión materna está asociada con la disminución en el funcionamiento emocional adaptativo de los y las menores expuestos a situaciones de IPV (English, Marshall y Stewart, 2003). En el estudio de Morrel et al. (2003), la relación entre la historia de victimización de las madres y los resultados de

los problemas de interiorización y exteriorización de conducta en los hijos e hijas, estaba mediada tanto por la depresión materna, como por las prácticas disciplinarias (agresión verbal) maternas. De igual manera, otros estudios informaron que IPV afectó tanto la interiorización, como la exteriorización de problemas de los y las menores a través de la depresión materna (Koverola et al., 2005; Miranda et al., 2013a). Contrariamente, la buena salud mental de la madre proporciona una función de protección para los niños y niñas de familias donde se producen situaciones de IPV (Levendosky et al., 2006).

Finalmente, mencionar también en este apartado que todas las madres fueron informadas de los resultados de la evaluación de sus hijos e hijas y de la conveniencia de derivación posterior a un servicio de salud mental en aquellos casos en que se consideró necesario, y según se había establecido a través del acuerdo previo con estas mujeres participantes en el estudio.

#### 4.1. Implicaciones de la investigación

Considerando que: 1) las mujeres que han experimentado situaciones de victimización en su infancia y/o adolescencia, pueden presentar un mayor riesgo de sufrir violencia interpersonal en el ámbito de la pareja en la edad adulta y 2) que la historia de victimización materna se asocia con síntomas de depresión materna y con mayores problemas psicopatológicos de los hijos e hijas, se desprende la necesidad de explorar la historia de victimización materna y su salud mental cuando se estudie el impacto de IPV tanto sobre la salud mental de la mujer como sobre la de los hijos e hijas. Igualmente, al valorar los problemas psicopatológicos de los hijos e hijas se deberían realizar estudios analíticos y explicativos sobre la interrelación de distintas formas de exposición a IPV y de otros factores del entorno (como las formas de interacción entre madres/padres y menores, sus estilos de crianza, el temperamento infantil, la psicopatología de los progenitores, las actitudes de los niños y las niñas hacia las relaciones violentas o ante las interacciones agresivas, y sus estrategias de afrontamiento).

Por otro lado, destacar que los organismos que prestan servicios de atención psicoterapéutica para mujeres afectadas por IPV deben estar preparados para poder

también llevar a cabo la identificación y el tratamiento de los traumas infantiles, puesto que la historia de victimización materna infantil o en edad adolescente, además de IPV, y de la psicopatología materna, son determinantes importantes de la crianza de los hijos e hijas y del temperamento infantil de éstos y éstas.

Desde los servicios asistenciales de apoyo, la identificación temprana de las madres que sufrieron violencia, principalmente a través de la detección de la historia de victimización materna, así como la intervención temprana que reduzca los síntomas depresivos y promueva prácticas de crianza positivas, pueden ayudar a reducir el riesgo de problemas psicopatológicos de los niños y niñas de estas poblaciones (Koverola et al., 2005). El tratamiento de los síntomas de salud mental, sobre todo los síntomas depresivos, la terapia sobre la historia de victimización en la infancia y/o adolescencia, y la separación de las parejas violentas, podrían ser formas efectivas para mejorar la calidad de la crianza de los hijos y las hijas.

También en este estudio se ha puesto de relieve la importancia de separar los efectos de los diferentes tipos de IPV sobre la salud mental de los y las menores expuestos a tal forma de violencia. En él se ha visto como la violencia psicológica en la pareja afecta significativamente a los resultados de psicopatología en menores expuestos a IPV. Por ello, cabe considerar que el maltrato psicológico resulta muy perjudicial y tiene por sí mismo consecuencias muy negativas para el bienestar y la salud mental tanto de las mujeres víctimas de IPV (O'Leary, 1999; Pico-Alfonso et al., 2006; Stark, 2007), como de sus hijos e hijas expuestos a ella (Clarke et al., 2007).

Asimismo, sabiendo que IPV reviste un carácter multidimensional y que como tal requiere un enfoque integral en la contemplación de la diversidad de factores asociados a sus consecuencias en menores expuestos a IPV, futuras investigaciones que pretendan comprender mejor su impacto diferencial, deberían contemplar: a) las diferentes formas de maltrato (tipos, intensidad, frecuencia, gravedad, etc), b) la intervención de las figuras parentales en la IPV, y c) los factores influyentes en el impacto del trauma de la violencia en la pareja en estos y estas menores. Más investigaciones son necesarias para identificar factores psicosociales concurrentes de las madres y sus hijos e hijas, y sus efectos. Así por ejemplo, estudios futuros podrían

examinar el grado en que diferentes contextos familiares, socioeconómicos, culturales, y con diferentes grados de apoyo social, pueden contextualizar todas estas relaciones.

Igualmente, a modo de reflexión personal, después de todo lo tratado en este trabajo quisiera añadir que, al evaluar la capacidad de una mujer para cuidar a sus hijos e hijas, los servicios y organismos deben ser sensibles a las posibles repercusiones de estas vivencias traumáticas en las madres. El impacto del trauma constante y abrumador en la infancia se ha demostrado que afecta a las experiencias de algunas mujeres como madres, a pesar de sus mejores intenciones subyacentes para proteger y criar a sus hijos e hijas. El desafío para los servicios profesionales asistenciales en este campo es, a la vez que proteger y cuidar a los niños y niñas maltratados, garantizar que se está prestando la atención adecuada a sus madres. Para ello, se requieren más investigaciones que se centren en la victimización acumulada a lo largo de la vida de las madres, sus asociaciones con características biopsicosociales de las madres y el funcionamiento familiar (por ejemplo, con las prácticas de crianza de los hijos e hijas, el apoyo social, etc.) y los mecanismos que podrían explicar los resultados emocionales y/o psicopatológicos de sus hijos e hijas. También se requieren prácticas y políticas de todos los sectores y organismos intervinientes en este ámbito de trabajo para incorporar una mayor comprensión de las implicaciones de largo alcance de la victimización en la infancia y/o adolescencia y la posterior revictimización en la vida adulta, ya que afecta la capacidad de crianza materna. Los servicios y centros asistenciales a los que acuden las mujeres y los menores expuestos a IPV deberían ofrecer programas específicos de intervención integral con madres e hijos e hijas; y estos programas necesitan compromiso financiero en curso para paliar y/o remediar este problema, que a menudo se encuentra en el contexto más amplio de la exclusión social y la desventaja. A su vez, se requiere de iniciativas políticas que busquen realmente hacer frente a IPV y al maltrato psicológico de los y las menores que la experimentan al estar expuestos a ella. A este respecto, la investigación indica que hay una serie de estrategias que puedan dar una respuesta eficaz a este problema, que deberían ser más estudiadas, y que incluyen: a) una mayor conciencia de la exposición de los niños y las niñas a IPV como una forma de maltrato infantil; b) la intervención temprana, que ha sido identificada como crucial para la interrupción de la transmisión intergeneracional de la IPV (Bunston, 2008;

Humphreys, 2008); c) enfoques holísticos y multidisciplinarios que involucren profesionales de diferentes ámbitos, y también d) políticas al respecto de mayor prestación de servicios (Tomison, 2000).

## 4.2. Limitaciones del estudio

Una de las principales limitaciones de esta investigación es debida a los tamaños de las distintas submuestras, que en algunos análisis han resultado relativamente pequeños, lo que puede haber impedido el que este estudio tenga un poder adecuado para detectar pequeñas diferencias entre algunas variables, y también limita la posibilidad de realizar un análisis más detallado mediante la comparación de los subgrupos de dichas mujeres en función de su mayor exposición a violencia en su historia de victimización. Esto también ha limitado la posible subdivisión del grupo de menores por sexo, edad, u otras variables de interés.

El material disponible, cuestionarios y entrevistas en lengua castellana o catalana, han impedido la inclusión de mujeres inmigrantes de lengua no española. Los resultados de este estudio son generalizables a la población de mujeres castellano o catalano parlantes expuestas a IPV en el último año que estén recibiendo ayuda psicológica por violencia de género.

A su vez, el uso de medidas de autoinforme para obtener la historia de victimización materna, tanto en la infancia y/o adolescencia como en la edad adulta, puede ser una limitación, ya que las medidas de autoinforme están sujetas a cuestiones tales como la distorsión, las dificultades de recuerdos retrospectivos, y los prejuicios; sobre todo por parte de las mujeres que habían sufrido varios tipos de violencia, o el mismo tipo de violencia en varias ocasiones. Sin embargo, el ETI-SF y el ISA, son medidas de autoinforme bien establecidas que se utilizan a menudo para medir las experiencias de victimización en la infancia y/o adolescencia, y la victimización en la relación de pareja.

También constituye otra limitación en esta investigación, el hecho de ser este un estudio transversal y como tal, de presentar una incapacidad para establecer el orden

temporal de la relación entre las variables independientes y los problemas de conducta o resultados de salud negativos de los y las menores; y también, para determinar si las experiencias de los diferentes tipos de maltrato fueron previas a la sintomatología depresiva materna, o si ésta influyó en las diferentes experiencias de maltrato. Además, en el caso de la victimización por IPV en el último año, no hay manera de determinar si los resultados de conducta negativos de los y las menores existían ya antes de este tipo de victimización informada por sus madres.



## 5. CONCLUSIONES

---

Se ha observado que más de la mitad, un 52.4%, de las madres participantes en este estudio, evaluadas mediante el ETI y el ISA, perpetraban la vivencia del maltrato acumulado, si bien un 21.4% del total que acudían a recibir ayuda profesional o consulta por IPV no presenten situaciones de mayor gravedad de IPV (no superen el punto de corte del ISA). Por otro lado, la experiencia de abuso en la infancia y/o adolescencia (sí ETItotal) e IPV en el último año en las madres (sí ISAtotal) se asocia con el abuso sexual en la edad adulta. Además, la duración media del abuso físico por IPV fue de 3.3 años, el psicológico 11.2 años y el sexual 1.6 años. El tiempo medio de convivencia con la pareja abusadora fue de 12.4 años. Suponiendo todo ello que estamos ante una muestra con vivencia de grave situación de IPV, sobretodo de tipo psicológico; y también con tiempo de permanencia en la relación abusiva de más de diez años, como suelen indicar la mayoría de estudios (Fontanil, Ezama y Fernández, 2002; Matud, 2005).

Se obtuvieron puntuaciones medias de sintomatología depresiva más altas en los grupos de madres con victimización en la infancia y/o adolescencia y en las que sufrieron victimización acumulada en ambos períodos de la vida (victimización en la infancia y/o adolescencia y victimización en la edad adulta en la relación de pareja). La revictimización parece repercutir en mayor sintomatología depresiva. En todos los grupos de victimización materna en la infancia (ETI) y de victimización materna en la infancia y en la edad adulta (ETI+ISA), se obtuvieron valores de puntuaciones medias en el BDI-II superiores al valor del punto de corte del BDI-II, y en todos los casos indicadores de niveles de depresión moderada. No obstante, probablemente debido al tamaño de la muestra no se encontraron diferencias significativas en puntuaciones de depresión entre los grupos, lo que sugiere que todos los tipos de maltrato afectan por igual a la sintomatología depresiva.

Al evaluar el efecto conjunto de las variables demográficas de la madre y la gravedad y duración de IPV en el último año, se encontraron como predictores sociodemográficos: a) del maltrato físico, el menor nivel de estudios, y un mayor número de hijos e hijas; b) del maltrato psicológico, el mayor número de hijos e hijas; c)

de la mayor duración del maltrato físico, el hecho de estar trabajando; d) de la mayor duración del maltrato psicológico, el mayor número de hijos e hijas; e) de la mayor duración del maltrato sexual, tanto el hecho de trabajar como el mayor número de hijos e hijas; y f) del mayor tiempo de convivencia con la pareja abusadora, un nivel socioeconómico alto o medio-alto, un nivel de estudios universitarios y un mayor número de hijos e hijas. Así pues, esta y otras investigaciones se ha encontrado que en entornos violentos se observa una mayor propensión a tener mayor número de hijos e hijas que en los hogares no violentos (Bedi y Goddard, 2007; Zerk, Mertin y Proeve, 2009; Stöckl, Heise, y Watts, 2011). Ello podría deberse a que el mayor número de hijos e hijas y las responsabilidades asociadas con la maternidad son factores externos que dificultan escapar de la violencia, y suponen mayores dificultades para salir adelante y probablemente menor aceptación de los roles femeninos.

La presencia de maltrato en la pareja más grave (superar el punto de corte del ISAtotal) en el último año se asoció significativamente a que los hijos e hijas presentaran más problemas de Ansiedad/Depresión ( $p = .012$ ), Quejas somáticas ( $p = .042$ ), Problemas de pensamiento ( $p = .032$ ) y Problemas de tipo interiorizados ( $p = .027$ ). Así pues, la mayor puntuación de las madres en el ISAtotal se asoció con la presencia de síntomas interiorizados en los hijos e hijas.

El maltrato psicológico en la pareja se evidenció como un factor de riesgo de psicopatología en los hijos e hijas. La violencia psicológica contempla mejor la duración de la variable de victimización en el ámbito de la pareja, y por ello puede ser vista como una medida de la mayor dosis de violencia capaz de agravar los efectos psicopatológicos de estos y estas menores, y de predecir pues con mayor fiabilidad los problemas interiorizados o exteriorizados en menores expuestos a este tipo de victimización.

Además, en esta investigación, la depresión en las madres se asociaría con mayor psicopatología exteriorizada. La investigación ha encontrado asociaciones entre IPV y los problemas interiorizados y exteriorizados de los y las menores expuestos a ella (Holmes, 2013; Miranda et al., 2013a; Morrel et al., 2003), mediadas por la depresión materna.

Los resultados presentados en esta tesis ayudan a visibilizar la compleja trama que entrelaza distintos tipos de violencia contra las mujeres y contra sus hijos e hijas y los factores de riesgo asociados. Por ello, se evidencia la necesidad de llevar a cabo procesos de evaluación integral, que tengan en cuenta tanto la contemplación de los factores de riesgo, como de los factores protectores en cada familia, para diseñar y realizar las intervenciones más adecuadas. Todas estas nuevas aportaciones contribuyen a conocer necesidades prioritarias en el contexto del campo asistencial y de la práctica clínica sobre este tema en España. Sólo con este conocimiento más específico de dicha realidad, se podrán planificar con acierto los recursos que permitan asegurar respuestas adecuadas y eficaces a las necesidades específicas, que presentan estas madres con distintas historias de victimización y sus hijos e hijas, en los distintos ámbitos de intervención profesional. Además, una mayor comprensión de esta problemática puede ayudar a fortalecer los esfuerzos en la prevención y la erradicación de IPV.



## 6. REFERENCIAS

---

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Ackerson, L. K., & Subramanian, S. V. (2008). Domestic violence and chronic malnutrition among women and children in India. *American Journal of Epidemiology*, *167*, 1188-1196.
- Afifi, T. O., Boman, J., Fleisher, W., & Sareen, J. (2009). The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse & neglect*, *33*, 139-147.
- Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea - FRA (2014). *Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE*. Recuperado el 22 de noviembre de 2015, de: [http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14\\_es.pdf](http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_es.pdf).
- Aguilar, R. J. & Nightingale, N. N. (1994). The impact of specific battering experiences on the self-esteem of abused women. *Journal of Family Violence*, *9*, 35-46.
- Aguirre, B. E. (1985). Why do they return? Abused wives in shelters. *Social Work*, *30*, 350-354.
- Alcántara, M. V., López-Soler, C., Castro, M., & López, J. J. (2013). Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: prevalencia y diferencias de género y edad. *Anales de psicología*, *29*(3), 741-747.
- Alexander, P. C. (2009). Childhood trauma, attachment, and abuse by multiple partners. *Psychological trauma: Theory, research, practice, and policy*, *1*, 78.
- Ali, F. A., Israr, S. M., Ali, B. S., & Janjua, N. Z. (2009). Association of various reproductive rights, domestic violence and marital rape with depression among Pakistani women. *BMC psychiatry*, *9*(1), 77.
- Almqvist, K. & Broberg, A. (2004). *Barn som bevittnat våld mot mamma—en studie om kvinnor och barn som vistas på Kvinnojourer i Göteborg*. Göteborg: Göteborgs stad, Lundby stadsdelsförvaltning.
- Alsaker, K., Moen, B. E., Nortvedt, M. W., & Baste, V. (2006). Low health-related quality of life among abused women. *Quality of life research*, *15*, 959-965.
- Altemus, M., Cloitre, M., & Dhabhar, F. S. (2003). Enhanced cellular immune response in women with PTSD related to childhood abuse. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 1705-1707.
- Alvord, M. K., & Grados, J. J. (2005). Enhancing Resilience in Children: A Proactive Approach. *Professional psychology: research and practice*, *36*, 238.
- Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. & Zubizarreta, I. (2001). Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología & Psicología Clínica*, *6*, 167-178.

- Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 227-246.
- Amor, P. J., & Echeburúa, E. (2010). Claves psicosociales para la permanencia de la víctima en una relación de maltrato. *Clínica*, 1(2), 97-104.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., ... Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 174-186.
- Anderson, D. J. (2003). The impact on subsequent violence of returning to an abusive partner. *Journal of Comparative Family Studies*, 34, 93-112.
- Anderson, M. A., Gillig, P. M., Sitaker, M., McCloskey, K., Malloy, K., & Grigsby, N. (2003). "Why doesn't she just leave?": A descriptive study of victim reported impediments to her safety. *Journal of Family Violence*, 18, 151-155.
- Andrews, G., Corry, J., Slade, T., Issakidis, C., & Swanston, H. (2004). "Child sexual abuse." In Ezzati, M., A.D. Lopez, A. Rodgers and C.J.L. Murray (eds.). Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors. *World Health Organization*, 2, 1851-1940.
- Appel, A. E., & Holden, G. W. (1998). The co-occurrence of spouse and physical child abuse: A review and appraisal. *Journal of family psychology*, 12(4), 578.
- Arias, I., & Pape, K. T. (1999). Psychological abuse: Implications for adjustment and commitment to leave violent partners. *Violence and victims*, 14(1), 55-67.
- Arias, I. (2004). Report from the CDC. The Legacy of Child Maltreatment: Long-Term Health Consequences for Women. *Journal of Women's Health*, 13, 468-473.
- Arinero, M. (2006). *Análisis de la eficacia de un programa de intervención psicológica para víctimas de violencia doméstica* (Doctoral dissertation, Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid). Recuperado el 22 de noviembre de 2015, de: <http://eprints.ucm.es/tesis/psi/ucm-t29611.pdf>.
- Arrington, E. G., & Wilson, M. N. (2000). A re-examination of risk and resilience during adolescence: Incorporating culture and diversity. *Journal of Child and Family Studies*, 9, 221-230.
- Babcock, J. C., Roseman, A., Green, C. E., & Ross, J. M. (2008). Intimate partner abuse and PTSD symptomatology: examining mediators and moderators of the abuse-trauma link. *Journal of Family Psychology*, 22, 809.
- Bachman, R., & Saltzman, L. E. (1995). National crime victimization survey. Violence against women: Estimates from the redesigned survey.

- Bahamon, L. M. S. (2005). *Transmisión intergeneracional de la violencia intrafamiliar evidencia para las familias Colombianas*. Universidad de los Andes.
- Bair-Merritt, M. H., Blackstone, M., & Feudtner, C. (2006). Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: a systematic review. *Pediatrics, 117*, 278-290.
- Bandura, A., Ross, D., & Ross, S. A. (1963). Vicarious reinforcement and imitative learning. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 67*(6), 601.
- Barnett, O. W. (2000). Why battered women do not leave, part 1 external inhibiting factors within society. *Trauma, Violence, & Abuse, 1*(4), 343-372.
- Bauer, N. S., Gilbert, A. L., Carroll, A. E., & Downs, S. M. (2013). Associations of early exposure to intimate partner violence and parental depression with subsequent mental health outcomes. *JAMA pediatrics, 167*(4), 341-347.
- Bauserman, S. A. K., & Arias, I. (1992). Relationships among marital investment, marital satisfaction, and marital commitment in domestically victimized and nonvictimized wives. *Violence and victims, 7*(4), 287-296.
- Bayarri, E., Ezpeleta, L., & Granero, R. (2011). Exposure to intimate partner violence, psychopathology, and functional impairment in children and adolescents: Moderator effect of sex and age. *Journal of Family Violence, 26*, 535-543.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). BDI-II. *Beck Depression Inventory-Second Edition manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, J. G., McNiff, J., Clapp, J. D., Olsen, S. A., Avery, M. L., & Hagewood, J. H. (2011). Exploring negative emotion in women experiencing intimate partner violence: shame, guilt, and PTSD. *Behavior therapy, 42*(4), 740-750.
- Becker, K. D., Stuewig, J., & McCloskey, L. A. (2010). Traumatic stress symptoms of women exposed to different forms of intimate partner violence and childhood victimization. *Journal of Interpersonal Violence, 25*, 1699-1715.
- Begle, A. M., Dumas, J. E., & Hanson, R. F. (2010). Predicting child abuse potential: An empirical investigation of two theoretical frameworks. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 39*(2), 208-219.
- Behar, R. (2000). Trastornos de la alimentación. En: Correa E, Jadresic E (editores). *Psicopatología de la mujer*. Santiago de Chile: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, 115-41.
- Bell, K. M., & Naugle, A. E. (2008). Intimate partner violence theoretical considerations: Moving towards a contextual framework. *Clinical psychology review, 28*, 1096-1107.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist, 35*, 320-335.

- Bennice, J. A., Resick, P. A., Mechanic, M., & Astin, M. (2003). The relative effects of intimate partner physical and sexual violence on post-traumatic stress disorder symptomatology. *Violence and Victims, 18*, 87-94.
- Bensley, L., Van Eenwyk, J., & Simmons, K. W. (2003). Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *American journal of preventive medicine, 25*(1), 38-44.
- Bevan, E., & Higgins, D. J. (2002). Is domestic violence learned? The contribution of five forms of child maltreatment to men's violence and adjustment. *Journal of family violence, 17*, 223-245.
- Biehn, T. L., Contractor, A., Elhai, J. D., Tamburrino, M., Fine, T. H., Prescott, M. R., ... & Galea, S. (2013). Relations between the underlying dimensions of PTSD and major depression using an epidemiological survey of deployed Ohio National Guard soldiers. *Journal of affective disorders, 144*(1), 106-111.
- Boeckel, M. G., Wagner, A., & Grassi-Oliveira, R. (2015). The Effects of Intimate Partner Violence Exposure on the Maternal Bond and PTSD Symptoms of Children. *Journal of Interpersonal Violence, 0886260515587667*.
- Bornstein, R. F. (2006). The complex relationship between dependency and domestic violence: Converging psychological factors and social forces. *American Psychologist, 61*(6), 595-606.
- Black, D. A., Slep, A. M. S., & Heyman, R. E. (2001). Risk factors for child psychological abuse. *Aggression and Violent Behavior, 6*(2), 189-201.
- Black, M. C. (2011). Intimate Partner Violence and Adverse Health Consequences: Implications for Clinicians. *American journal of lifestyle medicine, 5*(5), 428-439.
- Black, M. C., Basile, K.C., Breiding, M. J., Smith, S.G., Walters, M.L., Merrick, M.T., Chen, J., & Stevens, M.R. (2011). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Blanco, P., Ruiz-Jarabo, C., García de Vinuesa, L., & Martín-García, M. (2004). Partner violence and women's health. *Gaceta Sanitaria, 18* (1), 182-188.
- Blázquez, M., Moreno, J. M., & García, M. E. (2009). Estudio del maltrato psicológico en las relaciones de pareja en jóvenes universitarios.
- Bogat, G. A., Levendosky, A. A., Theran, S., Von Eye, A., & Davidson, W. S. (2003). Predicting the Psychosocial Effects of Interpersonal Partner Violence (IPV) How much does a Woman's History of IPV Matter?. *Journal of Interpersonal Violence, 18*(11), 1271-1291.
- Boisset-Pioro, M. H., Esdaile, J. M., & Fitzcharles, M. A. (1995). Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatism, 38*(2), 235-241.

- Bonomi, A. E., Thompson, R. S., Anderson, M., Reid, R. J., Carrell, D., Dimer, J. A., & Rivara, F. P. (2006). Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *American Journal of Preventive Medicine, 30*, 458-466.
- Bourassa, C. (2007). Co-occurrence of interparental violence and child physical abuse and its effect on the adolescents' behavior. *Journal of Family Violence, 22*, 691-701.
- Bradley, F., Smith, M., Long, J., & O'Dowd, T. (2002). Reported frequency of domestic violence: Cross sectional survey of women attending general practice. *British Medical Journal, February, 324*, 271-275.
- Bradley, R. G., Binder, E. B., Epstein, M. P., Tang, Y., Nair, H. P., Liu, W., Gillespie, C.F, Berg, T., Evces, M., Newport, J., Stowe, Z.N, Heim, C.M, Nemeroff, C.B, Schwartz, A., Cubells, J.F, & Ressler, K. J. (2008). Influence of child abuse on adult depression: moderation by the corticotropin-releasing hormone receptor gene. *Archives of general psychiatry, 65*, 190-200.
- Bradley, R. H., & Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual review of psychology, 53*, 371-399.
- Bedi, G., & Goddard, C. (2007). Intimate partner violence: What are the impacts on children?. *Australian Psychologist, 42*(1), 66-77.
- Begle, A. M., Dumas, J. E., & Hanson, R. F. (2010). Predicting child abuse potential: An empirical investigation of two theoretical frameworks. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 39*(2), 208-219.
- Breiding, M. J., Black, M. C., & Ryan, G. W. (2008). Prevalence and risk factors of intimate partner violence in eighteen US states/territories, 2005. *American journal of preventive medicine, 34*, 112-118.
- Bremner, J. D., Bolus, R., & Mayer, E. A. (2007). Psychometric properties of the early trauma inventory-self report. *The Journal of nervous and mental disease, 195*, 211.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*(5), 748.
- Brewster, M. (2002). Domestic Violence Theories, Research, and Practice Implications. In A. Roberts (ed.), *Handbook of Domestic Violence Intervention Strategies*. Oxford and New York: Oxford University Press.
- Briere, J., & Jordan, C. E. (2004). Violence against women outcome complexity and implications for assessment and treatment. *Journal of interpersonal violence, 19*(11), 1252-1276.
- Bromfield, L., Lamont, A., Parker, R., & Horsfall, B. (2010). Issues for the safety and wellbeing of children in families with multiple and complex problems: The co-occurrence of domestic violence, parental substance misuse and mental health problems. Natinal Child Protection Clearinghouse. *Child Abuse Prevention Issues, 33*.

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J., & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child abuse & Neglect*, 22, 1065-1078.
- Browne, D. H. (1986). The role of stress in the commission of subsequent acts of child abuse and neglect. *Journal of Family Violence*, 1, 289-297.
- Buckner, J. C., Mezzacappa, E., & Beardslee, W. R. (2003). Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development and psychopathology*, 15, 139-162.
- Bunston, W. (2008). Baby lead the way: Mental health group work for infants, children and mothers affected by family violence. *Journal of Family Studies*, 14(2-3), 334-341.
- Burman S. (2003). Battered women: Stages of change and other treatment models that instigate and sustain leaving. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3, 83-98.
- Butchart, A., Phinney Harvey, A., Mian, M., Fürniss, T., & Kahane, T. (2009). *Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias*. Organización Mundial de la Salud y Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y Abandono de Niños. Recuperado el 22 de noviembre de 2015, de: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243594361\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243594361_spa.pdf).
- Bybee, D., & Sullivan, C. M. (2005). Predicting re-victimization of battered women 3 years after exiting a shelter program. *American journal of community psychology*, 36, 85-96.
- Campbell, R., Sullivan, C. M., & Davidson, W. S. (1995). Women who use Domestic Violence Shelters Changes in Depression Over Time. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 237-255.
- Campbell, J. C., Kub, J. E., & Rose, L. (1996). Depression in battered women. *JAMWA*, 51(3), 106-111.
- Campbell, J. C., & Lewandowski, L. A. (1997). Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 353-374.
- Campbell, J. C., Kub, J., Belknap, R. A., & Templin, T. N. (1997). Predictors of depression in battered women. *Violence Against Women*, 3, 271-293.
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359, 1331-1336.
- Campbell, J. C., & Soeken, K. L. (1999). Forced Sex and Intimate Partner Violence Effects on Women's Risk and Women's Health. *Violence against women*, 5, 1017-1035.
- Cannon, E. A., Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Rivara, F. P., & Thompson, R. S. (2010). Adult health and relationship outcomes among women with abuse experiences during childhood. *Violence and Victims*, 25, 291-305.
- Cantera, L.M. (2007). *Casais e violência: Um enfoque além do gênero*. Porto Alegre: Dom Quixote.

- Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Shortt, J. W., & Kim, H. K. (2012). A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner abuse, 3*(2), 231.
- Carlson, B. E., McNutt, L. A., Choi, D. Y., & Rose, I. M. (2002). Intimate partner abuse and mental health the role of social support and other protective factors. *Violence against women, 8*(6), 720-745.
- Carpenter, G. L., & Stacks, A. M. (2009). Developmental effects of exposure to intimate partner violence in early childhood: A review of the literature. *Children and Youth Services Review, 31*(8), 831-839.
- Casanueva, C. E., & Martin, S. L. (2007). Intimate partner violence during pregnancy and mothers' child abuse potential. *Journal of interpersonal violence, 22*(5), 603-622.
- Cascardi, M., & O'Leary, K. D. (1992). Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame in battered women. *Journal of family Violence, 7*(4), 249-259.
- Cascardi, M., O'Leary, K. D., & Schlee, K. A. (1999). Co-occurrence and correlates of posttraumatic stress disorder and major depression in physically abused women. *Journal of Family Violence, 14*, 227-249.
- Cattaneo, L. B. (2007). Contributors to assessments of risk in intimate partner violence: How victims and professionals differ. *Journal of Community Psychology, 35*, 57-75.
- Cerdá, M., Tracy, M., Sánchez, B. N., & 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*, 651-659.
- Coker, A. L. (2007). Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse, 8*(2), 149-177.
- Coker, A. L., Smith, P. H., McKeown, R. E., & King, M. J. (2000). Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. *American journal of public health, 90*(4), 553.
- Comisión Contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2012). *Consecuencias de la exposición de la IPV en la salud de las hijas e hijos*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid .
- Contractor, A. A., Durham, T. A., Brennan, J. A., Armour, C., Wutrick, H. R., Frueh, B. C., & Elhai, J. D. (2014). DSM-5 PTSD's symptom dimensions and relations with major depression's symptom dimensions in a primary care sample. *Psychiatry Research, 215*(1), 146-153.
- Corbalán, J., & Patró, R. (2003). Consecuencias psicológicas de la violencia familiar: mujeres maltratadas e hijos de hogares violentos. En: *Conferencia impartida en II Jornadas sobre Mujer y Salud: Interacción de los contextos familiar y laboral*. Murcia.

- Counts, J., Buffington, E., Chang-Rios, K., Rasmussen, H., & Preacher, K. (2010). The development and validation of the protective factors survey: A self-report measure of protective factors against child maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 34*, 762-772.
- Cowling, V. (2004). *Children of parents with mental illness 2: Personal and clinical perspectives*. Melbourne: ACER Press.
- Crandall, M. L., Nathens, A. B., Kernic, M. A., Holt, V. L., & Rivara, F. P. (2004). Predicting future injury among women in abusive relationships. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery, 56*(4), 906-912.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2010). *Children, emotional security and marital conflict*. New York: Guilford.
- Chan, Y., & Yeung, J. W. (2009) Children living with violence within the family and its sequel: a meta-analysis from 1995–2006. *Aggression and violent behavior, 14*, 313–322.
- Chapple, C. L. (2003). Examining intergenerational violence: Violent role modeling or weak parental controls?. *Violence and Victims, 18*(2), 143-162.
- Chartier, M. J., Walker, J. R., & Naimark, B. (2010). Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child Abuse & Neglect, 34*, 454-464.
- Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology, 59*, 301-328.
- Chornesky, A. (2000). The dynamics of battering revisited. *Affilia, 15*, 480-501.
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: consequences for children's development. *Psychiatry, 56*, 96-118.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (1998). Maternal depressive disorder and contextual risk: Contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. *Development and psychopathology, 10*(02), 283-300.
- Ciesla, J. A., & Roberts, J. E. (2007). Rumination, negative cognition, and their interactive effects on depressed mood. *Emotion, 7*, 555.
- Claerhout, S., Elder, J., & Janes, C. (1982). Problem solving skills of rural battered women. *American Journal of Community Psychology, 10*, 605-612.
- Claridge, A. M., Lettenberger-Klein, C. G., Farineau, H. M., Wojciak, A. S., & McWey, L. M. (2014). Maternal history of victimization and adolescent behaviors: Protective function of relationship quality among at-risk mother-adolescent dyads. *Journal of Family Violence, 29*(5), 473-482.
- Clark, A. H., & Foy, D. W. (2000). Trauma exposure and alcohol use in battered women. *Violence Against Women, 6*, 37-48.

- Clark, C., Caldwell, T., Power, C., & Stansfeld, S. A. (2010). Does the influence of childhood adversity on psychopathology persist across the lifecourse? A 45-year prospective epidemiologic study. *Annals of epidemiology, 20*(5), 385-394.
- Clarke, S. B., Koenen, K. C., Taft, C. T., Street, A. E., King, L. A., & King, D. W. (2007). Intimate partner psychological aggression and child behavior problems. *Journal of traumatic stress, 20*, 97-101.
- Classen, C. C., Palesh, O. G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual Revictimization A Review of the Empirical Literature. *Trauma, Violence, & Abuse, 6*, 103-129.
- Clements, C. M., & Sawhney, D. K. (2000). Coping with domestic violence: Control attributions, dysphoria, and hopelessness. *Journal of traumatic stress, 13*(2), 219-240.
- Clements, C. M., Oxtoby, C., & Ogle, R. L. (2008). Methodological issues in assessing psychological adjustment in child witnesses of intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse, 9*, 114-127.
- Costa, F. M., Jessor, I., & Turbin, M. S. (1999). Transition into adolescent problem drinking: The roles of psychosocial risk and protective factors. *J. Stud. Alcohol., 60*, 480-490.
- Courtois, C., Ford, J., Herman, J., van der Kolk, B. (2009). Treating complex traumatic stress disorders: *An evidence-based guide*. New York: Guilford Press.
- Crawford, E., & Wright, M. O. D. (2007). The impact of childhood psychological maltreatment on interpersonal schemas and subsequent experiences of relationship aggression. *Journal of Emotional Abuse, 7*(2), 93-116.
- Covington, S. S., Burke, C., Keaton, S., & Norcott, C. (2008). Evaluation of a trauma-informed and gender-responsive intervention for women in drug treatment. *Journal of Psychoactive Drugs, 40*(5), 387-398.
- Dalenberg, C. J., & Palesh, O. G. (2004). Relationship between child abuse history, trauma, and dissociation in Russian college students. *Child abuse & neglect, 28* (4), 461-474.
- Davis, D. A., Luecken, L. J., & Zautra, A. J. (2005). Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood?: a meta-analytic review of the literature. *The Clinical journal of pain, 21*, 398-405.
- De Bellis, M. D. (2002). Developmental traumatology: a contributory mechanism for alcohol and substance use disorders. *Psychoneuroendocrinology, 27*, 155-170.
- De Bellis, M. D., & Thomas, L. A. (2003). Biologic findings of post-traumatic stress disorder and child maltreatment. *Current Psychiatry Reports, 5*, 108-117.
- de Europa, C. (2010). Resolución 1714 del Consejo de Europa. Recuperado el 22 de noviembre de 2015, de: <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta10/ERES1714.htm>.

- de Europa, C. (2011). Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. *Council of Europe Treaty Series N° 210*.
- De la Vega, A., de la Osa, N., Ezpeleta, L., Granero, R., & Domènech, J. M. (2011). Differential effects of psychological maltreatment on children of mothers exposed to intimate partner violence. *Child abuse & neglect, 35*, 524-531.
- De Los Reyes, A., & Kazdin, A. E. (2004). Measuring informant discrepancies in clinical child research. *Psychological assessment, 16*, 330.
- Desai, S., Arias, I., Thompson, M. P., & Basile, K. C. (2002). Childhood victimization and subsequent adult revictimization assessed in a nationally representative sample of women and men. *Violence and victims, 17*, 639-653.
- Deza, S. (2012). ¿Por qué las mujeres permanecen en relaciones de violencia?. Recuperado el 22 de noviembre de 2015, de: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/avances2012/sabinadeza.pdf>.
- Díaz, M. D. (2011). Mecanismos psíquicos implicados en la tolerancia de las mujeres al maltrato. Un enfoque de subtipos de mujeres maltratadas. *Aperturas Psicoanalíticas, 37*.
- DiLillo, D., Tremblay, G. C., & Peterson, L. (2000). Linking childhood sexual abuse and abusive parenting: The mediating role of maternal anger. *Child Abuse & Neglect, 24*(6), 767-779.
- Dobash, R. E., & Dobash, R. (1979). Violence against wives: A case against the patriarchy (pp. 179-206). New York: Free Press.
- Dobash, Rebecca E./Dobash, Russell P. (1992): Women, Violence and Social Change. London/New York: Routledge.
- Drossman, D. A., Leserman, J., Li, Z., Keefe, F., Hu, J. B., & Toomey, T. C. (2000). Effects of coping on health outcome among women with gastrointestinal disorders. *Psychosomatic Medicine, 62*, 309-317.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Croft, J. B., Edwards, V. J., & Giles, W. H. (2001). Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child abuse & neglect, 25*, 1627-1640.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., & Williamson, D. F. (2002). Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence and victims, 17*, 3-17.
- Dubowitz, H., Black, M. M., Kerr, M. A., Hussey, J. M., Morrel, T. M., Everson, M. D., & Starr, R. H. (2001). Type and timing of mothers' victimization: effects on mothers and children. *Pediatrics, 107*, 728-735.
- Dude, A. M. (2011). Spousal Intimate Partner Violence is Associated with HIV and other STIs among Married Rwandan Women. *AIDS Behavior, 15*, 142-152.

- Dutton, M. A. (1992). *Empowering and healing the battered woman*. Nueva York: Springer.
- Dutton, D. G. (1993). Borderline personality in perpetrators of psychological and physical abuse. *Violence and Victims, 8*(4), 327-337.
- Dutton, D. G. & Painter, S. (1993). The battered woman syndrome: Effects of severity and intermittency of abuse. *American Journal of Orthopsychiatry, 63*, 614-622.
- Dutton, D. G., & Starzomski, A. J. (1993). Borderline personality in perpetrators of psychological and physical abuse. *Violence and Victims, 8*, 327-337.
- Dutton, M. A., Burghardt, K. J., Perrin, S. G., Chrestman, K. R., & Halle, P. M. (1994). Battered women's cognitive schemata. *Journal of traumatic Stress, 7*(2), 237-255.
- Dutton, M. A., & Goodman, L. A. (1994). Posttraumatic stress disorder among battered women: Analysis of legal implications. *Behavioral sciences & the law, 12*, 215-234.
- Dutton, M. A. (2003). *Longitudinal patterns of intimate partner violence*. Paper presented at the 8th International Family Violence Research Conference, Portsmouth, NH.
- Dutton, M. A., Green, B. L., Kaltman, S. I., Roesch, D. M., Zeffiro, T. A., & Krause, E. D. (2006). Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. *Journal of Interpersonal Violence, 21*, 955-968.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Análisis y modificación de conducta, 22*(85), 628-54.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de psicopatología y Psicología Clínica, 2*(1).
- Edleson, J. L. (1999). Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of interpersonal violence, 14*, 839-870.
- Ehrensaft, M. K., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., Chen, H., & Johnson, J. G. (2003). Intergenerational transmission of partner violence: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 741-753.
- Edwards, C., Dunham, D., Ries, A., & Barnett, J. (2006). Symptoms of traumatic stress and substance use in a nonclinical sample of young adults. *Addictive Behaviors, 31*, 2094-2104.
- El-Khoury, M. Y., Dutton, M. A., Goodman, L. A., Engel, L., Belamaric, R. J., & Murphy, M. (2004). Ethnic differences in battered women's formal help-seeking strategies: a focus on health, mental health, and spirituality. *Cultural diversity and ethnic minority psychology, 10*, 383.

- Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H., & Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*, *371*, 1165-1172.
- Emerson, R. & Dobash, R. P. (1987). The Response of the British and American Women's Movements to Violence Against Women. In Hanmer, J., & Maynard, M. Women, Violence and Social Control. *Explorations in Sociology*, 169-179. British Sociological Association: London: MacMillan Press LTD.
- Emery, R., & Lauman-Billings, L. (1998). An overview of the nature, causes, and consequences of abusive family relationships. *American Psychologist*, *53*, 121-135.
- Emery, C. R. (2011). Controlling for selection effects in the relationship between child behavior problems and exposure to intimate partner violence. *Journal of interpersonal violence*, *26*(8), 1541-1558.
- Encinas, F. J. L. (2008). 1. Marco teórico y fundamentos básicos.
- English, D. J., Marshall, D. B., & Stewart, A. J. (2003). Effects of family violence on child behavior and health during early childhood. *Journal of family violence*, *18*, 43-57.
- English, D. J., Widom, C. S., & Brandford, C. (2004). Another look at the effects of child abuse. *National Institute of Justice Journal*, *251*, 23-24.
- Eriksson, M. (2010). Children Who 'Witness' Violence as Crime Victims and Changing Family Law in Sweden. *Journal of Child Custody*, *7*(2), 93-116.
- Ertem, I. O., Leventhal, J. M., & Dobbs, S. (2000). Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence?. *The Lancet*, *356*(9232), 814-819.
- Eshelman, L., & Levendosky, A. A. (2012). Dating violence: mental health consequences based on type of abuse. *Violence and victims*, *27*, 215-228.
- España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Macroencuesta de violencia sobre la mujer 2015*. Recuperado el 22 de noviembre de 2015, de: <http://www.thefamilywatch.org/doc/doc-0539-es.pdf>.
- España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). *Por una sociedad libre de violencia de género*. Recuperado el 22 de noviembre de 2015, de: <https://www.violenciagenero.msssi.gob.es/laDelegacionInforma/2013.htm>.
- España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Macroencuesta de violencia de género*. Recuperado el 22 de noviembre de 2015, de: <https://www.usc.es/export/sites/default/gl/servizos/oix/descargas/AvanceMacroencuesta2011.pdf>.
- 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.

- Fainsilber Katz, L., Stettler, N., & Gurtovenko, K. (2015). Traumatic Stress Symptoms in Children Exposed to Intimate Partner Violence: The Role of Parent Emotion Socialization and Children's Emotion Regulation Abilities. *Social Development*.
- Farley, M., & Patsalides, B. M. (2001). Physical symptoms, posttraumatic stress disorder, and healthcare utilization of women with and without childhood physical and sexual abuse. *Psychological Reports*, *89*, 595-606.
- Fawole, O. I. (2008). Economic Violence To Women and Girls Is It Receiving the Necessary Attention?. *Trauma, Violence, & Abuse*, *9*(3), 167-177.
- Fedovskiy, K., Higgins, S., & Paranjape, A. (2008). Intimate partner violence: how does it impact major depressive disorder and post traumatic stress disorder among immigrant Latinas?. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *10*(1), 45-51.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, *14*(4), 245-258.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Woodward, L. J. (2000). The stability of child abuse reports: A longitudinal study of young adults. *Psychological Medicine*, *30*, 529-544.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2006). Examining the intergenerational transmission of violence in a New Zealand birth cohort. *Child abuse & neglect*, *30*, 89-108.
- Ferrer, V. A. & Bosch, E. (2004). Violencia contra las mujeres. En Barbera, E. & Martínez-Benlloch, I. (coordas.). *Psicología y Género*, 241-270. Madrid. Pearson Prentice Hall.
- Finkelhor, D., & Dziuba-Leatherman, J. (1994). Children As Victims of Violence. *A National Survey of Pediatrics*, *94*, 413-420.
- Finkelhor, D. (1995). The victimization of children in a developmental perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, *65*(2), 177-193.
- Finkelhor, D., Hamby, S. L., Ormrod, R., & Turner, H. (2005). The Juvenile Victimization Questionnaire: reliability, validity, and national norms. *Child abuse & neglect*, *29*(4), 383-412.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Hamby, S. L. (2005). The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child maltreatment*, *10*(1), 5-25.
- Finkelhor, D. (2007). Developmental victimology. *Victims of crime*, 9-34.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization trauma. *Child Abuse and Neglect*, *31*, 7-26.
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., & Hamby, S. L. (2009). Violence, abuse and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics*, *124*, 1-13.

- Finkelhor, D., Turner, H., Hamby, S. L., & Ormrod, R. (2011). Polyvictimization: Children's Exposure to Multiple Types of Violence, Crime, and Abuse. *National Survey of Children's Exposure to Violence*.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Hamby, S. (2011). School, police, and medical authority involvement with children who have experienced victimization. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 165(1), 9-15.
- Fletcher, K. E. (2003). Childhood posttraumatic stress disorder. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology*, 330-371. New York City: Guilford Press.
- Florenzano, R., Fullerton, C., Acuña, J., & Escalona, R. (2002). Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40, 47-55.
- Follette, V. M., Polusny, M. A., Bechtle, A. E., & Naugle, A. E. (1996). Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. *Journal of traumatic stress*, 9(1), 25-35.
- Follingstad, D. R. (2007). Rethinking current approaches to psychological abuse: conceptual and methodological issues. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 439-458.
- Fontanil, Y., Ezama, E., & Fernández, R. (2002). Tipología del maltrato emocional desde el punto de vista de las cualificaciones relacionales. In *Actas del XIII Congreso Nacional de Terapia Familiar*.
- Fontanil, Y., Ezama, E., Fernández, R., Gil, P., Herrero, F. J. & Paz, D. (2005). Prevalencia del maltrato de pareja contra las mujeres. *Psicothema*, 17, 90-95.
- Fowler, D. N., & Chanmugam, A. (2007). A critical review of quantitative analyses of children exposed to domestic violence: Lessons for practice and research. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 7, 322.
- Fraser, M. W., Kirby, L. D., & Smokowski, P. R. (2004). Risk and resilience in childhood. In M. W. Fraser (Ed.). *Risk and resilience in childhood: An ecological perspective*, 13-66. Washington, DC: NASW Press.
- Friedman, R. J., & Chase-Lansdale, P. L. (2002). Chronic adversities. *Child and adolescent psychiatry*, 4, 261-276.
- Fujiwara, T., Okuyama, M., & Izumi, M. (2012). The impact of childhood abuse history, domestic violence and mental health symptoms on parenting behaviour among mothers in Japan. *Child: care, health and development*, 38, 530-537.
- Fusco, R. A. y Fantuzzo, J. W. (2009). Domestic violence crimes and children: A population-based investigation of direct sensory exposure and nature of involvement. *Children and Youth Services Review*, 31, 249-256.
- Fusco, R. A. (2015). Socioemotional Problems in Children Exposed to Intimate Partner Violence Mediating Effects of Attachment and Family Supports. *Journal of interpersonal violence*, 0886260515593545.

- Gage, A. J., & Silvestre, E. A. (2010). Maternal violence, victimization, and child physical punishment in Peru. *Child Abuse & Neglect, 34*(7), 523-533.
- Garbarino, J. (1994) Emotional maltreatment of children. National Committee for Prevention of Child Abuse.
- García-Linares, M. I., Picó-Alfonso, M. A., Sánchez-Lorente, S., Savall-Rodríguez, F., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., & Martínez, M. (2005). Assessing physical, sexual, and psychological violence perpetrated by intimate male partners toward women: a Spanish cross-sectional study. *Violence and victims, 20*(1), 99-123.
- Gass, K., Jenkins, J., & Dunn, J. (2007). Are sibling relationships protective? A longitudinal study. *Journal of child psychology and psychiatry, 48*(2), 167-175.
- George, C., & Solomon, J. (2008). The caregiving system: A behavioral systems approach to parenting. In Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 833-856). New York: Guilford Press.
- Gerard, J. M., & Buehler, C. (2004). Cumulative environmental risk and youth maladjustment: The role of youth attributes. *Child development, 75*, 1832-1849.
- Gewirtz, A., & Edleson, J. (2004). Young children's exposure to adult domestic violence: Toward a developmental risk and resilience framework for research and intervention.
- Gewirtz, A. H., & Medhanie, A. (2008). Proximity and risk in children's witnessing of intimate partner violence incidents. *Journal of Emotional Abuse, 8*, 67-82.
- Gilbert, R., Kemp, A., Thoburn, J., Sidebotham, P., Radford, L., Glaser, D., & MacMillan, H. L. (2009). Recognizing and responding to child maltreatment. *The Lancet, 373*, 167-180.
- Gilligan, R. (2001). *Promoting Resilience: A Resource Guide on Working with Children in the Care System*. London: British Agencies for Adoption and Fostering (BAAF).
- Gleason, W. J. (1993). Mental disorders in battered women: An empirical study. *Violence and Victims, 8*(1), 53-68.
- Goddard, C. & Bedi, G. (2010) Intimate Partner Violence and Child Abuse: A Child-Centred Perspective. *Child Abuse Review, 19*, 5-20.
- Golding, J. (1999). Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Family Violence, 14*(2), 99-132.
- Gondolf, E. W. (1988). Who are these guys? Toward a behavioral typology of batterers. *Violence and Victims, 3*, 187-203.
- Goodkind, J. R., Gillum, T. L., Bybee, D. I., & Sullivan, C. M. (2003). The impact of family and friends' reactions on the well-being of women with abusive partners. *Violence Against Women, 9*, 347-373.

- Gordon, K. C., Burton, S., & Porter, L. (2004). Predicting the intentions of women in domestic violence shelters to return to partners: Does forgiveness play a role?. *Journal of Family Psychology, 18*(2), 331.
- Gosselin, D. K. (2007). Forms of Intimate Partner Violence. In N. A. Jackson (Ed.), *Encyclopedia of Domestic Violence*, 408-415. New York: Routledge.
- Gover, A. R., Kaukinen, C., & Fox, K. A. (2008). The relationship between violence in the family of origin and dating violence among college students. *Journal of Interpersonal Violence, 23*, 1667-1693.
- Graham-Bermann, S. A., & Levendosky, A. A. (1998). Traumatic stress symptoms in children of battered women. *Journal of Interpersonal Violence, 13*, 111-128.
- Graham-Bermann, S. A., & Hughes, H. M. (2003). Intervention for children exposed to interparental violence (IPV): Assessment of needs and research priorities. *Clinical Child and Family Psychology Review, 6*(3), 189-204.
- Graham-Bermann, S. A., DeVoe, E. R., Mattis, J. S., Lynch, S., & Thomas, S. A. (2006). Ecological predictors of traumatic stress symptoms in Caucasian and ethnic minority children exposed to intimate partner violence. *Violence Against Women, 12*, 1-30.
- Graham-Bermann, S. A., Gruber, G., Howell, K. H., & Girz, L. (2009). Factors discriminating among profiles of resilience and psychopathology in children exposed to intimate partner violence (IPV). *Child abuse & neglect, 33*, 648-660.
- Grauweiler, P. (2008). Recent trends in intimate violence: Theory and intervention. *Children and Youth Services Review, 30*, 311-322.
- Gresham, F. M., Elliott, S. N., Cook, C. R., Vance, M. J., & Kettler, R. (2010). Cross-informant agreement for ratings for social skill and problem behavior ratings: An investigation of the Social Skills Improvement System—Rating Scales. *Psychological assessment, 22*, 157.
- Grych, J. H., & Fincham, F. D. (1993). Children's Appraisals of Marital Conflict: Initial Investigations of the Cognitive-Contextual Framework. *Child development, 64*(1), 215-230.
- Grych, J. H., Jouriles, E. N., Swank, P. R., McDonald, R., & Norwood, W. D. (2000). Patterns of adjustment among children of battered women. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*, 84.
- Grych, J. H., Wachsmuth-Schlaefler, T., & Klockow, L. L. (2002). Interparental aggression and young children's representations of family relationships. *Journal of Family Violence, 16*, 259-272.
- Haden, S. C., & Scarpa, A. (2008). Community Violence Victimization and Depressed Mood The Moderating Effects of Coping and Social Support. *Journal of interpersonal violence, 23*(9), 1213-1234.
- Hall, L. A., Sachs, B., & Rayens, M. K. (1998). Mothers' potential for child abuse: The roles of childhood abuse and social resources. *Nursing Research, 47*(2), 87-95.

- Hamby, S., Finkelhor, D., Turner, H., & Ormrod, R. (2010). The overlap of witnessing partner violence with child maltreatment and other victimizations in a nationally representative survey of youth. *Child abuse and neglect, 34*, 734-741.
- Hamby, S., Finkelhor, D., & Turner, H. (2012). Teen dating violence: Co-occurrence with other victimizations in the National Survey of Children's Exposure to Violence (NatSCEV). *Psychology of violence, 2*, 111.
- Harned, M. S., Najavits, L. M., & Weiss, R. D. (2006). Self-harm and suicidal behavior in women with comorbid PTSD and substance dependence. *American journal on addictions, 15*(5), 392-395.
- Hawkins, D., & Humes, M. (2002). Human rights and domestic violence. *Political Science Quarterly, 117*, 231-257. DOI: 10.2307/798182.
- Hazen, A. L., Connelly, C. D., Kelleher, K. J., Barth, R. P., & Landsverk, J. A. (2006). Female caregivers' experiences with intimate partner violence and behavior problems in children investigated as victims of maltreatment. *Pediatrics, 117*(1), 99-109.
- Hazen, A. L., Connelly, C. D., Soriano, F. I., & Landsverk, J. A. (2008). Intimate partner violence and psychological functioning in Latina women. *Health Care for Women International, 29*(3), 282-299.
- Heise, L. L. (1998). Violence against women an integrated, ecological framework. *Violence against women, 4*(3), 262-290.
- Heise, L., & Garcia-Moreno, C. (2002). Intimate partner violence. *World report on violence and Health*, 89-121. Geneva: World Health Organization.
- Henry, K.L. (2007). Who's skipping school: Characteristics of truants in 8th and 10th grade. *Journal of School Health, 77*, 29-35.
- Herman, J. L., Perry, J. C, Van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry 146* (4), 490-495.
- Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., & Moylan, C. A. (2008). Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma, Violence, & Abuse, 9*, 84-99.
- Herrera, V. M., & McCloskey, L. A. (2001). Gender differences in the risk for delinquency among youth exposed to family violence. *Child abuse & neglect: International Journal 25*, 1037-1051.
- Higgins, D. J. (2004). Differentiate between the experiences of child abuse. *Family Matters, 50*.
- Hillis, S. D., Anda, R. F., Felitti, V. J., Nordenberg, D., & Marchbanks, P. A. (2000). Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: A retrospective study. *Pediatrics, 106*, E11.
- Hindley, N., Ramchandani, P. G., & Jones, D. P. (2006). Risk factors for recurrence of maltreatment: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood, 91*(9), 744-752.

- Holden, G. W., Geffner, R. E., & Jouriles, E. N. (1998). Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues. *American Psychological Association*.
- Holden, G.W. (2003). Children Exposed to Domestic Violence and Child Abuse: Terminology and Taxonomy. *Clinical Child and Family Psychology Review, 6*, 151-160.
- Holmes, M. R. (2013). Aggressive behavior of children exposed to intimate partner violence: An examination of maternal mental health, maternal warmth and child maltreatment. *Child abuse & neglect, 37*(8), 520-530.
- Holt, S. (2003). Child protection social work and men's abuse of women: An Irish study. *Child & Family Social Work, 18*, 53-65.
- Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child abuse & neglect, 32*, 797-810.
- Holtzworth-Munroe, A., Smutzler, N., Bates, L. y Sandin, E. (1997). Husband violence: Basic facts and clinical implications. *Clinical handbook of marriage and couples interventions*. Hoboken, NJ US: John Wiley & Sons Inc.
- Homans, G. (1961). *Social Behavior*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Houry, D., Kaslow, N. J., & Thompson, M. P. (2005). Depressive symptoms in women experiencing intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence, 20*, 1467-1477.
- Houry, D., Kemball, R., Rhodes, K. V., & Kaslow, N. J. (2006). Intimate partner violence and mental health symptoms in African American female ED patients. *The American journal of emergency medicine, 24*, 444-450.
- Howard, S., Dryden, J., & Johnson, B. (1999). Childhood resilience: Review and critique of literature. *Oxford Review of education, 25*(3), 307-323.
- Hudson, W. W., & McIntosh, S. R. (1981). The assessment of spouse abuse: two quantifiable dimensions. *Journal of Marriage and the Family*.
- Hughes, H. M., Parkinson, D., & Vargo, M. (1989). Witnessing spouse abuse and experiencing physical abuse: A "double whammy"? *Journal of family violence, 4*, 197-209.
- Hughes, H. M., Graham-Bermann, S. A., & Gruber, G. (2001). Resilience in children exposed to domestic violence.
- Hulme, P. A. (2000). Symptomatology and health careutilization of women primary care patients who experienced childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 24*, 1471-1484.
- Humphreys, J. (2008). The First Step Begins Within Each of Us. *Journal of midwifery & women's health, 53*, 491-492.
- Humphreys, J., Sharps, P. W., & Campbell, J. C. (2005). What we know and what we still need to learn. *Journal of Interpersonal Violence, 20*, 182-187.

- Hungerford, A., Ogle, R. L., & Clements, C. M. (2010). Children's exposure to intimate partner violence: relations between parent-child concordance and children's adjustment. *Violence and victims, 25*, 185-201.
- Hussey, J. M., Chang, J. J., & Kotch, J. B. (2006). Child maltreatment in the United States: Prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics, 118*, 933-942.
- Instituto de la Mujer. (1999). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *La violencia contra las mujeres. Resultados de la Macroencuesta*. Madrid: Sigma Dos S.A., 2000.
- Instituto Nacional de Estadística. (2015). *Estadística de violencia doméstica y violencia de género*. Recuperado el 22 de noviembre de 2015, de: <http://www.ine.es/prensa/np906.pdf>.
- Irenyi, M., Bromfield, L., Beyer, L., & Higgins, D. (2006). Child maltreatment in organisations: Risk factors and strategies for prevention. *ISSUES, 25*, 2.
- Iwaniec, D. (2006). *The emotionally abused and neglected child: identification, assessment and intervention: a practice handbook*. John Wiley & Sons.
- Izaguirre, A., & Calvete, E. (2015). Children who are exposed to intimate partner violence: Interviewing mothers to understand its impact on children. *Child abuse & neglect*.
- Jackson, H., Philp, E., Nuttall, R.L., Diller, L. (2002). Traumatic brain injury: A hidden consequence for battered women. *Professional Psychology: Research and Practice, 33*, 39-45.
- Jacobus. L. (2005). The effects of exposure to domestic violence on child outcomes: A meta-analysis. Dissertation Abstracts International: *Section B: The Sciences and Engineering, 65*, 6707.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry, 159*, 394-400.
- Johnson, R. J., Rew, L., & Sternglanz, R. W. (2006). The relationship between childhood sexual abuse and sexual health practices of homeless adolescents. *Adolescence, 41*.
- Karstoft, K. I., Armour, C., Elklit, A., & Solomon, Z. (2013). Long-term trajectories of posttraumatic stress disorder in veterans: the role of social resources. *The Journal of clinical psychiatry, 74*(12), 1163-8.
- Kasen, S., Cohen, P., Chen, H., & Castille, D. (2003). Depression in adult women: age changes and cohort effects. *Am J Public Health, 93*(12), 2061-2066.
- Katz, J., Arias, I., & Beach, S. R. (2000). Psychological abuse, self-esteem, and women's dating relationship outcomes: A comparison of the self-verification and self-enhancement perspectives. *Psychology of women quarterly, 24*, 349-357.
- Kaufman, J., & Zigler, E. (1987). Do abused children become abusive parents?. *American journal of orthopsychiatry, 57*(2), 186.

- Kaufman, J., & Zigler, E. (1989). The Intergenerational Transmission of Child Abuse. In Cicchetti, D., & Carlson, V. (Eds.). *Child Maltreatment: Theory and Research on the causes and consequences of child abuse and neglect*, 129-150. Cambridge. Cambridge: University Press.
- Kaysen, D., Dillworth, T. M., Simpson, T., Waldrop, A., Larimer, M. E., & Resick, P. A. (2007). Domestic violence and alcohol use: Trauma-related symptoms and motives for drinking. *Addictive behaviors*, 32, 1272-1283.
- Kemp, A., Rawlings, E. I., & Green, B. L. (1991). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in battered women: A shelter sample. *Journal of Traumatic Stress*, 4(1), 137-148.
- Kendall-Tackett, K. (2002). The health effects of childhood abuse: Four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse & Neglect*, 26, 715-729.
- Kernick, M. A., Wolf, M. E., Holt, V. L., McKnight, B., Huebner, C. E., & Rivara, F. P. (2003). Behavioral problems among children whose mothers are abused by an intimate partner. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1231-1246.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... & Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378-385.
- Kilpatrick, K. L., & Williams, L. M. (1998). Potential mediators of post-traumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence. *Child Abuse & Neglect*, 22(4), 319-330.
- Kimerling, R., Alvarez, J., Pavao, J., Kaminski, A., & Baumrind, N. (2007). Epidemiology and consequences of women's revictimization. *Women's health issues*, 17, 101-106.
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., & Kenny, E. D. (2003). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 339-352.
- Kliewer, W., Cunningham, J.N, Diehl, R., Parrish, K.A., Walker, J.M., Atiyeh, C., Neace, B., Duncan, L., Taylor, K., & Mejia, R. (2004). Violence exposure and adjustment in inner-city youth: Child and caregiver emotion regulation skill, caregiver-child relationship quality, and neighborhood cohesion as protective factor. *Journal of Clinical and Adolescent Psychology*, 33, 477-487.
- Kocot, T., & Goodman, L. (2003). The roles of coping and social support in battered women's mental health. *Violence against women*, 9(3), 323-346.
- Koenen, K. C., Roberts, A. L., Stone, D. M., & Dunn, E. C. (2010). The epidemiology of early childhood trauma. *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*, 13-24.
- Kohn, A., Jaffee, S. R., Odgers, C. L., & Gallop, R. (2008). Effects of family violence on psychopathology symptoms in children previously exposed to maltreatment. *Child development*, 79, 1498-1512.

- Kolbo, J. R. (1996). Risk and resilience among children exposed to family violence. *Violence and Victims, 11*, 113-128.
- Koopman, C., Ismailji, T., Holmes, D., Classen, C. C., Palesh, O., & Wales, T. (2005). The effects of expressive writing on pain, depression and posttraumatic stress disorder symptoms in survivors of intimate partner violence. *Journal of Health psychology, 10*, 211-221.
- Koss, M., & Hoffman, K. (2000). Survivors of violence by male partners. In R. Eisler, and Hersen, M. (Eds.), *Handbook of gender, culture, and health*, (pp 471-489). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Koverola, C., Papas, M. A., Pitts, S., Murtaugh, C., Black, M. M., & Dubowitz, H. (2005). Longitudinal investigation of the relationship among maternal victimization, depressive symptoms, social support, and children's behavior and development. *Journal of Interpersonal Violence, 20*, 1523-1546.
- Kramer, A., Lorenzon, D., & Mueller, G. (2004). Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. *Women's Health Issues, 14*, 19-29.
- Krause, E. D., Kaltman, S., Goodman, L. A., & Dutton, M. A. (2008). Avoidant coping and PTSD symptoms related to domestic violence exposure: A longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 83-90.
- Kreider, R. M., & Ellis, R. (2011). *Number, Timing, and Duration of Marriages and Divorces, 2009*. US Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, US Census Bureau.
- Krishnakumar, A., & Buehler, C. (2000). Interparental conflict and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Family Relations, 49*, 25-44.
- Krishnakumar, A., & Buehler, C. (2000). Interparental conflict and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Family Relations, 49*, 25-44.
- Krishnan, S. P., Hilbert, J. C., & Pase, M. (2001). An examination of intimate partner violence in rural communities: Results from a hospital emergency department study from southwest United States. *Family & community health, 24*, 1-14.
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L.L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The lancet, 360* (9339), 1083-1088.
- Kuijpers, K. F., van der Knaap, L. M., & Lodewijks, I. A. (2011). Victims' influence on intimate partner violence revictimization: A systematic review of prospective evidence. *Trauma, Violence, & Abuse, 12*, 198-219.
- Kuijpers, K. F., van der Knaap, L. M., & Winkel, F. W. (2012). Risk of revictimization of intimate partner violence: The role of attachment, anger and violent behavior of the victim. *Journal of family violence, 27*, 33-44.

- Kwako, L. E., Glass, N., Campbell, J., Melvin, K. C., Barr, T., & Gill, J. M. (2011). Traumatic brain injury in intimate partner violence: a critical review of outcomes and mechanisms. *Trauma, Violence, & Abuse, 12*, 115-126.
- Kwong, M. J., Bartholomew, K., Henderson, A. J., & Trinke, S. J. (2003). The intergenerational transmission of relationship violence. *Journal of Family Psychology, 17*, 288.
- Labrador, F. J. (1992). *Estrés. Nuevas Técnicas para su Control*. Temas de hoy. Madrid.
- Labrador, F. J., Rincón, P. P., De Luis, P., Fernández-Velasco, R. (2004). Mujeres víctimas de la violencia doméstica. Programa de actuación. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lagdon, S., Armour, C., & Stringer, M. (2014). Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: A systematic review. *European journal of psychotraumatology, 5*.
- Lamers-Winkelmann, F., Willemsen, A. M., & Visser, M. (2012). Adverse childhood experiences of referred children exposed to intimate partner violence: Consequences for their wellbeing. *Child abuse & neglect, 36*(2), 166-179.
- Lamont, A. (2010). The Effects of Child Abuse and Neglect for Children and Adolescents (NCPC Resource Sheet). *Melbourne: National Child Protection Clearinghouse, Australian Institute of Family Studies*.
- Lang, A. J., Gartstein, M. A., Rodgers, C. S., & Lebeck, M. M. (2010). The impact of maternal childhood abuse on parenting and infant temperament. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 23*, 100-110.
- Langhinrichsen-Rohling, J. (2005). Top 10 greatest “hits” important findings and future directions for intimate partner violence research. *Journal of Interpersonal Violence, 20*, 108-118.
- Langton, L. (2011). *Use of Victim Service Agencies by Victims of Serious Violent Crime, 1993-2009*. U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, Special Report.
- Lanktree, C. B., Gilbert, A. M., Briere, J., Taylor, N., Chen, K., Maida, C. A., & Saltzman, W. R. (2008). Multi-informant assessment of maltreated children: Convergent and discriminant validity of the TSCC and TSCYC. *Child Abuse & Neglect, 32*, 621-625.
- Larizgoitia, I. (2006). La violencia también es un problema de salud pública. *Gaceta Sanitaria, 20*, 63-70.
- Lasheras, M. L. y Pires, M. (Eds.). (2003). La violencia hacia las mujeres considerada como un problema de salud pública: Documento de apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas. *Documento técnico de Salud Pública, 86*. Madrid: Servicio de Promoción de Salud. Instituto de Salud Pública.
- Launius, M. H., & Jensen, B. L. (1987). Interpersonal problem-solving skills in battered, counseling, and control women. *Journal of Family Violence, 2*(2), 151-162.
- LaViolette, A. D., & Barnett, O. W. (2013). *It could happen to anyone: Why battered women stay*. SAGE Publications, Incorporated.

- Lee, H. (2015). Effects of Three Types of Intimate Partner Violence on Preschool-Aged Children's Behavioral and Cognitive Outcomes: Do Maternal Depression, Parental Stress, and Harsh Parenting Mediate the Effects?. In *Fall Conference: The Golden Age of Evidence-Based Policy*. Appam.
- Leeb, R. T., Lewis, T., & Zolotor, A. J. (2011). A review of physical and mental health consequences of child abuse and neglect and implications for practice. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5(5), 454-468.
- Leech, S. L., Larkby, C. A., Day, R., & Day, N. L. (2006). Predictors and correlates of high levels of depression and anxiety symptoms among children at age 10. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 223-230.
- Lemieux, A., Coe, C. L., & Carnes, M. (2008). Symptom severity predicts degree of T cell activation in adult women following childhood maltreatment. *Brain, behavior, and immunity*, 22, 994-1003.
- Lemmy, D., McFarlane, J., Willson, P., & Malecha, A. (2001). Intimate partner violence. Mothers' perspectives of effects on children. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 26, 98-103.
- Lesser, B. (1990). Attachment and situational factors influencing battered women's return to their mates following a shelter program. *Research explorations in adult attachment* (pp. 81-128). New York, NY US: Peter Lang Publishing.
- Leserman, J., & Drossman, D. A. (2007). Relationship of abuse history to functional gastrointestinal disorders and symptoms some possible mediating mechanisms. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(3), 331-343.
- Letourneau, N., Fedick, C. B., Willms, J. D., Stewart, M., & White, K. (2007). Longitudinal study of social-environmental predictors of behavior: Children of adolescent and older mothers compared. *Canadian Studies in Population*, 34(1), 1-27.
- Levendosky, A. A., Lynch, S. M., & Graham-Bermann, S. A. (2000). Mothers' perceptions of the impact of woman abuse on their parenting. *Violence Against Women*, 6(3), 247-271.
- Levendosky, A. A., & Graham-Bermann, S. A. (2001). Parenting in battered women: The effects of domestic violence on women and their children. *Journal of Family Violence*, 16, 171-192.
- Levendosky, A. A., Huth-Bocks, A. C., Shapiro, D. L., & Semel, M. A. (2003). The impact of domestic violence on the maternal-child relationship and preschool-age children's functioning. *Journal of Family Psychology*, 17, 275.
- Levendosky, A. A., Leahy, K. L., Bogat, G. A., Davidson, W. S., & von Eye, A. (2006). Domestic violence, maternal parenting, maternal mental health, and infant exteriorizing behavior. *Journal of Family Psychology*, 20, 544.
- Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. B.O.E., 313, de 29 de diciembre de 2004. Recuperado el 22 de noviembre de 2015, de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>.

- Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. Recuperado el 22 de noviembre de 2015, de: [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/CCAA/ca-15-2008.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/ca-15-2008.html).
- Lilly, M. M., & Graham-Bermann, S. A. (2010). Intimate partner violence and PTSD: The moderating role of emotion-focused coping. *Violence and victims, 25*, 604-616.
- Lindhorst, T., & Beadnell, B. (2011). The long arc of recovery: characterizing intimate partner violence and its psychosocial effects across 17 years. *Violence against women, 17*(4), 480-499.
- Litrownik, A. J., Newton, R., Hunter, W. M., English, D., & Everson, M. D. (2003). Exposure to family violence in young at-risk children: A longitudinal look at the effects of victimization and witnessed physical and psychological aggression. *Journal of Family Violence, 18*, 59-73.
- Logan, T. K. & Walker, R. (2004). Separation as a risk factor for victims of intimate partner violence: Beyond lethality and injury: A response to Campbell. *Journal of Interpersonal Violence, 19*, 1478-1486.
- Long, G.M. y McNamara, J.R. (1989). Paradoxical punishment as it related to the battered women syndrome. *Behavior modification, 13*, 192-205.
- Lorente Acosta, M. (2001): Mi marido me pega lo normal. Agresión a la mujer; realidades y mitos. Editorial Ares y Mares. Barcelona.
- Loxton, D., Schofield, M., Hussain, R., & Mishra, G. (2006). History of domestic violence and physical health in midlife. *Violence against women, 12*, 715-731.
- Lynch, S. M., & Graham-Bermann, S. A. (2000). Woman Abuse and Self-Affirmation Influences on Women's Self-Esteem. *Violence against women, 6*(2), 178-197.
- MacKenzie, M. J., Kotch, J. B., & Lee, L. C. (2011). Toward a cumulative ecological risk model for the etiology of child maltreatment. *Children and Youth Services Review, 33*(9), 1638-1647.
- Maniglio, R. (2012). The role of parent-child bonding, attachment, and interpersonal problems in the development of deviant sexual fantasies in sexual offenders. *Trauma, Violence, & Abuse, 13*(2), 83-96.
- Manzini, J. L. (2000). Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta bioethica, 6*(2), 321-334.
- Margolin, G., & Vickerman, K. A. (2007). Post-traumatic stress in children and adolescents exposed to domestic violence: Overview and issues.
- Martínez, M., & Schröttle, M. (2006). *Comparative reanalysis of prevalence of violence against women and health impact data in Europe-obstacles and possible solutions*. Testing a comparative approach on selected studies. European CM(2008)128 addendum.
- Martins, C., & Gaffan, E. A. (2000). Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*(06), 737-746.

- Martinez-Torteya, C., Anne Bogat, G., Von Eye, A., & Levendosky, A. A. (2009). Resilience among children exposed to domestic violence: The role of risk and protective factors. *Child development, 80*, 562-577.
- Masten, A. S., & Wright, M. O. D. (1998). Cumulative risk and protection models of child maltreatment. In B. B. R. Rossman & M. S. Rosenberg (Eds.), *Multiple victimization of children: Conceptual, developmental, research and treatment issues* (pp. 7-30). Binghamton, NY: Haworth.
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American psychologist, 53*, 205.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist, 56*, 227-238.
- Matud, M. P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema, 16*, 397-401.
- Matud, M. P. (2005). Diferencias de género en los síntomas más comunes de salud mental en una muestra de residentes en canarias, España. *Revista Mexicana de Psicología, 22*(2), 395-403.
- May-Chahal, C., & Cawson, P. (2005) Measuring child maltreatment in the United Kingdom: A study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect, 29*, 969-984.
- Mburia-Mwalili, A., Clements-Nolle, K., Lee, W., Shadley, M., & Yang, W. (2010). Intimate partner violence and depression in a population-based sample of women: Can social support help?. *Journal of Interpersonal Violence, 25*(12), 2258-2278.
- McAllister, M. (2000). Domestic violence: A life-span approach to assessment and intervention. *Lippincott's Primary Care Practice, 4*(2), 174-189.
- McClellan, A. C., & Killeen, M. R. (2000). Attachment theory and violence toward women by male intimate partners. *Journal of nursing scholarship, 32*, 353-360.
- McCloskey, L.A., Figueredo, A.J., & Koss, M.P. (1995). The effects of systemic family violence on children's mental health. *Child Development, 66*, 12239-1261.
- McCloskey, L. A., & Walker, M. (2000). Posttraumatic stress in children exposed to family violence and single-event trauma. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(1), 108-115.
- McCloskey, L. A. (2011). The impact of intimate partner violence on adolescents.
- McCrory, E., De Brito, S. A., & Viding, E. (2011). The impact of childhood maltreatment: a review of neurobiological and genetic factors. *Frontiers in Psychiatry, 2*.
- McCubbin, H. I., McCubbin, M. A., Thompson, A. I., & Thompson, E. A. (1998). Resiliency in ethnic families: A conceptual model for predicting family adjustment and adaptation. *Resiliency in Native American and immigrant families, 2*, 3-48.

- McEwen, B. S. (2003). Early life influences on life-long patterns of behavior and health. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 9(3), 149-154.
- McEwen, B. S., & Gianaros, P. J. (2011). Stress-and allostasis-induced brain plasticity. *Annual review of medicine*, 62, 431.
- McQueen, D., Itzin, C., Kennedy, R., Sinason, V., & Maxted, F. (2009). *Psychoanalytic psychotherapy after child abuse. The treatment of adults and children who have experienced sexual abuse, violence, and neglect in childhood*. London: Karnac Books Ltd.
- McLean, L. M., & Gallop, R. (2003). Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 369-371.
- McLoyd, V. C. (1998). Socioeconomic disadvantage and child development. *American psychologist*, 53, 185.
- Mechanic, M. B., Weaver, T. L., & Resick, P. A. (2008). Mental health consequences of intimate partner abuse a multidimensional assessment of four different forms of abuse. *Violence Against Women*, 14, 634-654.
- Mercado, D., Somarriba, L. A., Cuevas, C. M., Astudillo, C. I., & Sánchez, M. (2011). Permanencia femenina en la situación de violencia de pareja: Fortalezas y factores de riesgo. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 2(1), 21-32.
- Mertin, P., & Mohr, P. B. (2002). Incidence and correlates of posttrauma symptoms in children from backgrounds of domestic violence. *Violence and Victims*, 17(5), 555-567.
- Messman-Moore, T. L., & Long, P. J. (2000). Child sexual abuse and revictimization in the form of adult sexual abuse, adult physical abuse, and adult psychological maltreatment. *Journal of interpersonal violence*, 15, 489-502.
- Messman-Moore, T. L., & Long, P. J. (2003). The role of childhood sexual abuse sequelae in the sexual revictimization of women: An empirical review and theoretical reformulation. *Clinical psychology review*, 23, 537-571.
- Messman-Moore, T. L., Brown, A. L., & Koelsch, L. E. (2005). Posttraumatic symptoms and self-dysfunction as consequences and predictors of sexual revictimization. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 253-61.
- Messman-Moore, T. L., Ward, R. M., & Brown, A. L. (2009). Substance use and PTSD symptoms impact the likelihood of rape and revictimization in college women. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 499-521.
- Meston, C. M., Heiman, J. R., & Trapnell, P. D. (1999). The relation between early abuse and adult sexuality. *Journal of Sex Research*, 36, 385-395.
- Meyer, S. (2010). Responding to intimate partner violence victimisation: Effective options for help-seeking. *Trends & Issues in Crime and Criminal Justice*, 389. Canberra: Australian Institute of Criminology.

- Middlebrooks, J. S., & Audage, N. C. (2008). The effects of childhood stress on health across the lifespan.
- Miller-Perrin, C. L., & Perrin, R. D. (2007). *Child maltreatment* (2n edition). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Min, M. O., Singer, L. T., Minnes, S., Kim, H., & Short, E. (2013). Mediating links between maternal childhood trauma and preadolescent behavioral adjustment. *Journal of interpersonal violence, 28*, 831-851.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Macroencuesta de violencia sobre la mujer 2015*. Recuperado el 22 de noviembre de 2015, de: <http://www.thefamilywatch.org/doc/doc-0539-es.pdf>.
- Miranda, J. K., de la Osa, N., Granero, R., & Ezpeleta, L. (2011). Maternal experiences of childhood abuse and intimate partner violence: psychopathology and functional impairment in clinical children and adolescents. *Child abuse & neglect, 35*, 700-711.
- Miranda, J. K., de la Osa, N., Granero, R., & Ezpeleta, L. (2013a). Maternal Childhood Abuse, Intimate Partner Violence, and Child Psychopathology. The Mediator Role of Mothers' Mental Health. *Violence against women, 19*(1), 50-68. doi:[http:// dx.doi.org/10.1177/1077801212475337](http://dx.doi.org/10.1177/1077801212475337).
- Miranda, J. K., de la Osa, N., Granero, R., & Ezpeleta, L. (2013b). Multiple mediators of the relationships among maternal childhood abuse, intimate partner violence, and offspring psychopathology. *Journal of interpersonal violence, 28*(14), 2941-2965.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1992). Age and depression. *Journal of Health and Social Behavior, 187-205*.
- Mitchell, I. J., & Beech, A. R. (2011). Towards a neurobiological model of offending. *Clinical psychology review, 31*, 872-882.
- Mizuki, R., Fujiwara, T., & Okuyama, M. (2015). Impact of maternal childhood abuse history on child's attachment problems.
- Moe, A. M. (2007). Silenced voices and structured survival: battered women's help seeking. *Violence Against Women, 13*, 676-699.
- Mohand, L. M., Cortiñas, S. C., & Torres, L. H. (2014). Impacto de la violencia de género en el estado de salud física y psicoemocional de los hijos. *Dedica. Revista de Educação e Humanidades, (6)*, 73-84.
- Morewitz, S. J. (2004) *Domestic Violence and Maternal and Child Health: New Patterns of Trauma, Treatment and Criminal Justice Responses*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Morrel, T. M., Dubowitz, H., Kerr, M. A., & Black, M. M. (2003). The effect of maternal victimization on children: A cross-informant study. *Journal of Family Violence, 18*(1), 29-41.

- Mouzos, J., & Makkai, T. (2004). Women's experiences of male violence: findings from the Australian component of the International Violence Against Women Survey (IVAWS). *Research and Public Policy Series, 56*. Australian Institute of Criminology, Canberra.
- Moylan, C. A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., & Russo, M. J. (2010). The effects of child abuse and exposure to domestic violence on adolescent interiorizing and exteriorizing behavior problems. *Journal of Family Violence, 25*, 53-63.
- Mullender, A., Hague, G., Imam, U. F., Kelly, L., Malos, E., & Regan, L. (2002). *Children's perspectives on domestic violence*. Sage.
- Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 1995. Recuperado el 22 de noviembre de 2015, de: <http://www.un.org/womenwatch/daw/.../Beijing%20full%20report%20S.pdf>.
- Naciones Unidas. Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Viena, 1993. Recuperado el 22 de noviembre de 2015, de: <http://www.ohchr.org> > OHCHR > Español > Noticias y eventos > OHCHR20.
- Nemeroff, C. B. (2004). Neurobiological consequences of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Newcomb, M. D., & Carmona, J. V. (2004). Adult trauma and HIV status among Latinas: effects upon psychological adjustment and substance use. *AIDS and Behavior, 8*(4), 417-428.
- Nikulina, V., Widom, C. S., & Brzustowicz, L. M. (2012). Child abuse and neglect, MAOA, and mental health outcomes: a prospective examination. *Biological Psychiatry, 71*(4), 350-357.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis.
- Norwood, A. & Murphy, C. (2012). What forms of abuse correlate with PTSD symptoms in partners of men being treated for intimate partner violence? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy, 4*(6), 596-604. doi: 10.1037/a0025232
- Nur, N. (2012). The Effect of Intimate Partner Violence on Mental Health Status Among Women of Reproductive Ages A Population-Based Study in a Middle Anatolian City. *Journal of Interpersonal Violence, 27*, 3236-3251.
- O'Leary, K. D. (1999). Psychological abuse: A variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and Victims, 14*, 3-23.
- Osofsky, J. D. (1995). The effect of exposure to violence on young children. *American Psychologist, 50*, 782.
- Otto, M. W., Perlman, C. A., Wernicke, R., Reese, H. E., Bauer, M. S., & Pollack, M. H. (2004). Posttraumatic stress disorder in patients with bipolar disorder: a review of prevalence, correlates, and treatment strategies. *Bipolar Disorders, 6*(6), 470-479.

- Överlien, C. (2010). Children exposed to domestic violence: conclusions from the literature and challenges ahead. *Journal of Social Work, 10*, 80-97.
- Oyserman, D., Mowbray, C. T., Meares, P. A., & Firminger, K. B. (2000). Parenting among mothers with a serious mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry, 70*, 296-315.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsy, T. L., & Weiss, D. L. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129*, 52-71.
- Patró, R., & Limiñana, R. M. (2005). Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas.
- Paulussen-Hoogeboom, M. C., Stams, G. J. J., Hermanns, J. M., Peetsma, T. T., & van den Wittenboer, G. L. (2008). Parenting style as a mediator between children's negative emotionality and problematic behavior in early childhood. *The Journal of Genetic Psychology, 169*(3), 209-226.
- Pears, K. C., & Capaldi, D. M. (2001). Intergenerational transmission of abuse: a two-generational prospective study of an at-risk sample. *Child abuse & neglect, 25*, 1439-1461.
- Peled, E., & Gil, I. B. (2011). The mothering perceptions of women abused by their partner. *Violence Against Women, 17*(4), 457-479.
- Pereda, N., Abad, J., & Guilera, G. (2012). Victimología del desarrollo. *Incidencia y repercusiones de la victimización y la polivictimización en jóvenes catalanes*. Generalitat de Catalunya. Departamento de Justicia. Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada.
- Perreault, S., & Brennan, S. (2010). La victimisation criminelle au Canada, 2009. *Juristat, 30*(2), 85-002.
- Petersen, R., Moracco, K. E., Goldstein, K. M., Clark, K. A. (2004). Moving Beyond Disclosure: Women's Perspectives on Barriers and Motivators to Seeking Assistance for Intimate Partner Violence. *Women & Health, 63-76*.
- Petit, R. M. (2014). Primera encuesta de violencia machista en Cataluña. Notas metodológicas y algunos logros y resultados principales. *Boletín criminológico, 152*, 5.
- Pico-Alfonso, M.A. (2005). Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 29*, 181-193.
- Pico-Alfonso, M. A., Echeburúa, E., & Martínez, M. (2008). Personality disorder symptoms in women as a result of chronic intimate male partner violence. *Journal of Family Violence, 23*, 577-588.
- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E., & Martínez, M. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of Women's Health, 15*, 599-611.

- Pinheiro, P. S. (2006). Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas. Recuperado el 22 de noviembre de 2015, de: [http://www.unicef.org/lac/Informe\\_Mundial\\_Sobre\\_Violencia\\_1](http://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1) (1). pdf.
- Plaza, A., Torres, A., Martin-Santos, R., Gelabert, E., Imaz, M. L., Navarro, P., ... & Garcia-Esteve, L. (2011). Validation and test-retest reliability of early trauma inventory in Spanish postpartum women. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(4), 280.
- Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Med Clin.*, 122, 461-7.
- Plichta, S. B. (2004). Intimate partner violence and physical health consequences policy and practice implications. *Journal of interpersonal violence*, 19, 1296-1323.
- Pollak, R. A. (2004). An intergenerational model of domestic violence. *Journal of Population Economics*, 17, 311-329.
- Power, C., Koch, T., Kralik, D., & Jackson, D. (2006). Lovestruck: Women, romantic love, and intimate partner violence. *Contemporary Nurse*, 21, 174-185.
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C., Fisher, H., Bassett, C., Howat, N., & Collishaw, S. (2011). Child abuse and neglect in the UK today.
- Rhatigan, D.L., Street, A.E. y Axsom, D.K. (2006). A critical review of theories to explain violent relationship termination: Implications for research and intervention. *Clinical Psychology Review*, 26, 321-345.
- Rea, J. G., & Rossman, B. R. (2005). Children exposed to interparental violence: Does parenting contribute to functioning over time?. *Journal of emotional abuse*, 5, 1-28.
- Reed, P. L., Anthony, J. C., & Breslau, N. (2007). Incidence of drug problems in young adults exposed to trauma and posttraumatic stress disorder: do early life experiences and predispositions matter?. *Archives of General Psychiatry*, 64, 1435-1442.
- Renner, L. M., & Slack, K. S. (2006). Intimate partner violence and child maltreatment: Understanding intra- and intergenerational connections. *Child Abuse & Neglect*, 30, 599-617.
- Richter, L., & Richter, D. M. (2001). Exposure to parental tobacco and alcohol use: Effects on children's health and development. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(2), 182-203.
- Riggs, D. S., Caulfield, M. B., & Street, A. E. (2000). Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of clinical psychology*, 56, 1289-1316.
- Rincón, P. (2003). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación y programas de intervención*. Recuperado el 22 de noviembre de 2015, de: [http://www.ucm.es/BUCM/tesis/psi/ucm\\_26887.pdf](http://www.ucm.es/BUCM/tesis/psi/ucm_26887.pdf).
- Rincón, P. P., Labrador, F.J., Arinero, M. y Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 105-116.

- Rivera-Rivera L, Allen, B., Chávez-Ayala, R., Avila-Burgos, L. (2006). El abuso físico y sexual durante la niñez y revictimización durante la edad adulta en las mujeres mexicanas. *Salud Pública de México, 48*, 268-78.
- Rivara, F. P., Anderson, M. L., Fishman, P., Reid, R. J., Bonomi, A. E., Carrell, D., & Thompson, R. S. (2009). Age, period, and cohort effects on intimate partner violence. *Violence and victims, 24*(5), 627-638.
- Rhodes, N.R. y Baranoff, E.C. (1998). Why do battered women stay?: three decades of research. *Aggression and Violent Behavior, 4*, 391-406.
- Rodriguez-Srednicki, O., & Twaite, J. A. (2006). *Understanding, assessing, and treating adult victims of childhood abuse*. Jason Aronson Incorporated.
- Rohde, P., Ichikawa, L., Simon, G. E., Ludman, E. J., Linde, J. A., Jeffery, R. W., & Operskalski, B. H. (2008). Associations of child sexual and physical abuse with obesity and depression in middle-aged women. *Child abuse & neglect, 32*(9), 878-887.
- Romito, P. (2008). *A Deafening silence: Hidden Violence Against Women and Children*. The Policy Press. Bristol.
- Romito, P., & Grassi, M. (2007). Does violence affect one gender more than the other? The mental health impact of violence among male and female university students. *Social Science & Medicine, 65*(6), 1222-1234.
- Rossman, B. R., & Rea, J. G. (2005). The relation of parenting styles and inconsistencies to adaptive functioning for children in conflictual and violent families. *Journal of Family Violence, 20*, 261-277.
- Rossman, B. B. R., Hughes, H. M., & Rosenberg, M. S. (2000). *Children and interparental violence: the impact of exposure*. Philadelphia: Taylor and Francis.
- Rudo, Z. H. y Powell, D. S. (1996). *Family violence: a review of the literature*. Florida Mental Health Institute. University of South Florida. Recuperado el 22 de noviembre de 2015, de: <http://www.fmhi.usf.edu/institute/pubs/rudo-powell-violence.html>.
- Ruiz-Pérez, I., & Plazaola-Castaño, J. (2005). Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. *Psychosomatic medicine, 67*, 791-797.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Blanco-Prieto, P., González-Barranco, J. M., Ayuso-Martín, P., & Montero-Piñar, M. I. (2006). La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gaceta Sanitaria, 20*, 202-208.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., & del Río-Lozano, M. (2007). Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. *European Journal of Public Health, 17*, 437-443.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., & Vives-Cases, C. (2007). Methodological issues in the study of violence against women. *Journal of epidemiology and community health, 61*, 26-31.

- Runyan, D., Wattam, C., Ikeda, R., Hassan, F., & Ramiro, L. (2002). Child abuse and neglect by parents and other caregivers.
- Sabina, C., & Straus, M. A. (2008). Polyvictimization by dating partners and mental health among US college students. *Violence and victims, 23*(6), 667-682.
- Sachs-Ericsson, N., Cromer, K., Hernández, A., & Kendall-Tackett, K. (2009). Childhood abuse, health and pain-related problems: the role of psychiatric disorders and current life stress. *Journal of Trauma and Dissociation, 10*, 170-188.
- Saltzman, L. E., Fanslow, J. L., McMahon, P. M., & Shelley, G. A. (2002). Intimate partner violence surveillance: *Uniform definitions and recommended data elements, version 1.0*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Saltzman, K. M., Holden, G. W., & Holahan, C. J. (2005). The psychobiology of children exposed to marital violence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*(1), 129-139.
- Sandler, I. N. (1980). Social support resources, stress, and maladjustment of poor children. *American Journal of Community Psychology, 8*(1), 41-52.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*.
- Sarasúa, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E., & De Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema, 19*(3), 459-466.
- Save the Children y la Fundación Instituto de Reinserción Social-IRES. (2010). Menores víctimas de la violencia de género. *Día Internacional contra la violencia de género*. Recuperado el 22 de noviembre de 2015 de: [https://www.procuradordelcomun.org/archivos/informesespeciales/1\\_1274874164.pdf](https://www.procuradordelcomun.org/archivos/informesespeciales/1_1274874164.pdf).
- 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.
- Scheffer Lindgren, M., & Renck, B. (2008). 'It is still so deep-seated, the fear': psychological stress reactions as consequences of intimate partner violence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15*, 219-228.
- Schneider, R., Burnette, M. L., Ilgen, M. A., & Timko, C. (2009). Prevalence and correlates of intimate partner violence victimization among men and women entering substance use disorder treatment. *Violence and victims, 24*, 744-756.
- Scott, K. M., Smith, D. R., & Ellis, P. M. (2010). Prospectively ascertained child maltreatment and its association with DSM-IV mental disorders in young adults. *Archives of general psychiatry, 67*, 712-719.
- Serbin, L., & Karp, J. (2003). Intergenerational studies of parenting and the transfer of risk from parent to child. *Current Directions in Psychological Science, 12*, 138-142.

- Sheridan, D. J., & Nash, K. R. (2007). Acute injury patterns of intimate partner violence victims. *Trauma, Violence, & Abuse, 8*, 281-289.
- Shonkoff, J. P., Boyce, W. T., & McEwen, B. S. (2009). Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *Jama, 301*(21), 2252-2259.
- Sidebotham, P., Heron, J., Golding, J., & ALSPAC Study Team. (2002). Child maltreatment in the "Children of the Nineties:" deprivation, class, and social networks in a UK sample. *Child abuse & neglect, 26*(12), 1243-1259.
- Silverstein, M., Augustyn, M., Cabral, H., & Zuckerman, B. (2006). Maternal depression and violence exposure: double jeopardy for child school functioning. *Pediatrics, 118*, 792-800.
- Simpson, T. L., & Miller, W. R. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems: A review. *Clinical Psychology Review, 22*, 27-77.
- Smith, J., Berthelsen, D., & O'Connor, L. (1997). Child adjustment in high conflict families. *Child: Care, Health and Development, 23*(2), 113-133.
- Smith, M. E. (2003). Recovery from intimate partner violence: A difficult journey. *Issues in Mental Health Nursing, 24*(5), 543-573.
- Sofía, C. R. (2010). *III Informe Internacional sobre violencia contra la mujer en las relaciones de pareja*. Estadísticas y legislación, Valencia, Centro Reina Sofía. Informe redactado por José Sanmartín, Isabel Iborra, Yolanda García y Pilar Martínez.
- Sofía, C. R. (2011). *Maltrato infantil en la familia en España*. Valencia, Centro Reina Sofía y Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, Informe coordinado por Ángela Serrano.
- Soler, E., Barreto, P., & González, R. (2005). Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y sexual. *Psicothema, 17*, 267-274.
- Soriano Faura, F. J. (2005). Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de la salud. *PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia*.
- Spertus, I. L., Yehuda, R., Wong, C. M., Halligan, S., & Seremetis, S. V. (2003). Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child abuse & neglect, 27*, 1247-1258.
- Spilsbury, J.C., Kahana, S., Drotar, D., Creeden, R., Flannery, D.J. y Friedman, S. (2008). Profiles of Behavioral Problems in Children Who Witness Domestic Violence. *Violence and Victims, 23*, 3-17.
- Springer, K. W., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect, 31*, 517-530.

- Stark, E. (2007). *Coercive control: The entrapment of women in personal life*. Oxford, NY: Oxford University Press.
- Steel, J., & Herlitz, C. (2005). The association between childhood and adolescent sexual abuse and proxies for sexual risk behavior: A random sample of the general population of Sweden. *Child Abuse & Neglect, 29*, 1141–1153.
- Stein, M. B., & Kennedy, C. (2001). Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *Journal of affective disorders, 66*(2), 133-138.
- Sternberg, K. J., Lamb, M. E., Greenbaum, C., Cicchetti, D., Dawud, S., Cortes, R. M., Krispin, O., & Lorey, F. (1993). Effects of domestic violence on children's behavior problems and depression. *Developmental Psychology, 29*, 44-52.
- Sternberg, K. J., Baradaran, L. P., Abbott, C. B., Lamb, M. E., & Guterman, E. (2006). Type of violence, age, and gender differences in the effects of family violence on children's behavior problems: A mega-analysis. *Developmental Review, 26*(1), 89-112.
- Stith, S. M., Rosen, H., McCollum, E. E., & Thomsen, C. J. (2004). Treating intimate partner violence within intact couple relationships: Outcomes of multi-couple versus individual couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 30*, 305-318.
- Stith, S. M., Smith, D. B., Penn, C. E., Ward, D. B., & Tritt, D. (2004). Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. *Aggression and violent behavior, 10*, 65-98.
- Stith, S., Liu, T., Davies, C., Boykin, E., Alder, M., Harris, J. M. et al. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior, 14*(1), 13-29.
- Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., ... & Dees, J. E. M. E. G. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and violent behavior, 14*(1), 13-29.
- Stöckl, H., Heise, L., & Watts, C. (2011). Factors associated with violence by a current partner in a nationally representative sample of German women. *Sociology of health & illness, 33*, 694-709.
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics Scales. *Journal of Marriage and Family, 41*, 75-88.
- Street, A. E., & Arias, I. (2001). Psychological abuse and posttraumatic stress disorder in battered women: Examining the roles of shame and guilt. *Violence and victims, 16*, 65-78.
- Stroshine, M. y Robinson, A. (2003). The decision to end abusive relationships: The role of offender characteristics. *Criminal Justice and Behavior, 30*(1), 97-117.
- Strube, M. J. (1988). The decision to leave an abusive relationship: Empirical evidence and theoretical issues. *Psychological Bulletin, 104*, 236-250.

- Sugaya, L., Hasin, D. S., Olfson, M., Lin, K. H., Grant, B. F., & Blanco, C. (2012). Child physical abuse and adult mental health: a national study. *Journal of traumatic stress, 25*(4), 384-392.
- Sullivan, T. P., Cavanaugh, C. E., Buckner, J. D., & Edmondson, D. (2009). Testing posttraumatic stress as a mediator of physical, sexual, and psychological intimate partner violence and substance problems among women. *Journal of traumatic stress, 22*, 575-584.
- Tailor, K., Stewart-Tufescu, A., & Piotrowski, C. (2015). Children exposed to intimate partner violence: Influences of parenting, family distress, and siblings. *Journal of family psychology, 29*(1), 29.
- Tamarit, J. (2006). La Victimología: Cuestiones conceptuales y metodológicas. En E. Baca & E. Echeburúa & J.M. Tamarit (Coords.), *Manual de Victimología* (1a.ed., pp. 15-36). Valencia, España: Tirant Lo Blanch.
- Taylor, W.J., Magnussen, L. y Amundson, M.J. (2001). The lived experience of battered women. *Violence Against Women, 7*, 563-585.
- Teicher, M. H. (2007). *Childhood abuse, brain development and impulsivity*. En Masoc/Matsa Joint Conference, Marlborough, MA, USA.
- Thomas, C., Hyppönen, E., & Power, C. (2008). Obesity and type 2 diabetes risk in midadult life: the role of childhood adversity. *Pediatrics, 121*, 1240-1249.
- Tomison, A. (2000). Exploring family violence: Links between child maltreatment and domestic violence. *Issues in Child Abuse Prevention, 13*. Melbourne: Australian Institute of Family Studies.
- Tomison, A. M., & Poole, L. (2000). Preventing child abuse and neglect: *Findings from an Australian audit of prevention programs*. Australian Institute of Family Studies.
- Thompson, R. (2006). Exploring the link between maternal history of childhood victimization and child risk of maltreatment. *Journal of Trauma Practice, 5*, 57-72.
- Thompson, R. S., Bonomi, A. E., Anderson, M., Reid, R. J., Dimer, J. A., Carrell, D., & Rivara, F. P. (2006). Intimate partner violence: Prevalence, types, and chronicity in adult women. *American journal of preventive medicine, 30*(6), 447-457.
- Thompson, R. (2007). Mothers' violence victimization and child behavior problems: Examining the link. *American journal of orthopsychiatry, 77*(2), 306-315.
- Thoresen, S., Myhre, M., Wentzel-Larsen, T., Aakvaag, H. F., & Hjemdal, O. K. (2015). Violence against children, later victimisation, and mental health: a cross-sectional study of the general Norwegian population. *European journal of psychotraumatology, 6*.
- Tjaden, P., & Thoennes, N. (2000). Prevalence and consequences of male-to-female and female-to-male intimate partner violence as measured by the National Violence Against Women Survey. *Violence against women, 6*, 142-161.
- Tolan, P., Gorman-Smith, D., & Henry, D. (2006). Domestic Violence Prevalence Family Violence, *Annual Review of Psychology, 57*, 557-583.

- Tolman, R.. (1989). The Development of a Measure of Psychological Maltreatment of Women by Their Male Partners. *Violence and Victims*, 4, 159-177.
- Tonelli, K. (2002). Are there gender differences in self-report symptomatology of children and adolescents exposed to domestic violence? *Dissertation Abstracts International*, 63 (5-B).
- Torres, A., Navarro, P., García-Esteve, L., Tarragona, M. J., Ascaso, C., Herreras, Z., Gelabert, E., Imaz, M. L., Roca, A., Subirà, S., y Matín-Santos, R. (2010). Detecting domestic violence: Spanish exterior validation of the Index of Spouse Abuse. *Journal of Family Violence*, 25, 275-286.
- Trevillion, K., Oram, S., Feder, G., & Howard, L. M. (2012). Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 7(12), e51740.
- Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010). Poly-victimization in a national sample of children and youth. *American journal of preventive medicine*, 38 (3), 323-330.
- Unicef & The body Shop International (2006). *Behind Closed Doors: The Impact of Domestic Violence on Children*. Londres: UNICEF (Child Protection Section) & The Body Shop International Plc. Recuperado el 22 de noviembre de 2015, de: <http://www.unicef.org/protection/files/BehindClosedDoors.pdf>.
- Unitat d'Epidemiologia i de Diagnòstic en Psicopatologia del Desenvolupament -UAB- y Servicio de Psicología Aplicada -UNED (2010). *Baremos para CBCL 6-182001. Población española*. Recuperado el día 22 de noviembre de 2015, de: [http://www.ued.uab.cat/pub/Baremos\\_espanoles\\_CBCL618.pdf](http://www.ued.uab.cat/pub/Baremos_espanoles_CBCL618.pdf).
- Valera, E. M., & Berenbaum, H. (2003). Brain injury in battered women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71, 797.
- Varela, N. (2002). *Íbamos a ser reinas: mentiras y complicidades que sustentan la violencia contra las mujeres*. Ediciones B. Barcelona.
- Villavicencio, P. (2000). Violencia doméstica: estrategias. *Las mujeres en el Año 2000: Hechos y Aspiraciones. Seminario Organizado por el Instituto de la Mujer, 11 y 12 de Mayo de 2000*. Ponencias y Conclusiones, 77-88.
- Villavicencio, P., & Sebastián, J. (2001). *Violencia Doméstica: su impacto en la Salud Física y Mental de las Mujeres*. Ed. Instituto de la Mujer. Madrid.
- Viola Marchisio, L. M. (2010). Repercusión de la violencia doméstica en la salud mental infantil: valoración del daño psíquico. *Rev. psiquiatr. Urug*, 74(1), 73-86.
- Vives-Cases, C., Ruiz-Cantero, M. T., Escribà-Agüir, V., & Miralles, J. J. (2011). The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. *Journal of Public Health*, 33(1), 15-21.

- Walby, S., & Allen, J. (2004). *Inter-Personal Violence: Findings from the 2003. British Crime Survey*. Home Office Research Study, 276.
- Waldrop, A. E., & Resick, P. A. (2004). Coping among adult female victims of domestic violence. *Journal of Family Violence, 19*, 291-302.
- Walker, L. E. (1978). Battered women and learned helplessness. *Victimology, 2*, 525-534.
- Walker, L.E. (1979). *The Battered Woman*. New York: Harper & Row.
- Walker, L. E. A. (1989). Psychology and violence against women. *American Psychologist, 44*, 695–702.
- Walker, L. E. (1994). *Abused women and survivor therapy: A practical guide for the psychotherapist*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Walker, L. E., & Lenore, E. (2009). *The battered woman syndrome*. Springer publishing company.
- Walsh, C., MacMillan, H. L., & Jamieson, E. (2003). The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: findings from the Ontario Health Supplement. *Child abuse & neglect, 27*, 1409-1425.
- Ware, H. S., Jouriles, E. N., Spiller, L. C., McDonald, R., Swank, P. R., & Norwood, W. D. (2001). Conduct problems among children at battered women's shelters: Prevalence and stability of maternal reports. *Journal of Family Violence, 16*, 291-307.
- Watlington, C. G., & Murphy, C. M. (2006). The roles of religion and spirituality among African American survivors of domestic violence. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 837-857.
- Watts, C., & Zimmerman, C. (2002). Violence against women: global scope and magnitude. *The Lancet, 359*, 1232-1237.
- Watts-English, T., Fortson, B. L., Gibler, N., Hooper, S. R., & De Bellis, M. D. (2006). The psychobiology of maltreatment in childhood. *Journal of Social Issues, 62*, 717-736.
- Wegman, H. L., & Stetler, C. (2009). A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. *Psychosomatic medicine, 71*(8), 805-812.
- Whitfield, C. L., Anda, R. F., Dube, S. R., Felitti, V. J. (2003). Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults: assessment in a large health maintenance organization. *J Interpersonal Violence, 18*, 166–185.
- Whiting, J. B., Simmons, L. A., Havens, J. R., Smith, D. B., & Oka, M. (2009). Intergenerational transmission of violence: The influence of self-appraisals, mental disorders and substance abuse. *Journal of Family Violence, 24*(8), 639-648.
- Wong, J. Y. H., Tiwari, A., Fong, D. Y. T., Humphreys, J., & Bullock, L. (2011). Depression among women experiencing intimate partner violence in a Chinese community. *Nursing Research, 60*(1), 58-65.

- World Health Organization, & World Health Organization. (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe*. Recuperado el 22 de noviembre de 2015, de: [https:// www.who.int/iris/handle/10665/43390](https://www.who.int/iris/handle/10665/43390).
- World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. World Health Organization.
- Widom, C. S. (1989). Does Violence Beget Violence? A Critical Examination of the Literature. *Psychological Bulletin*, 106, 3–28.
- Widom, C. S. (1998). Childhood victimization: Early adversity and subsequent psychopathology. In: Dohrenwend BP, editor. *Adversity, stress, and psychopathology*. New York: Oxford University Press.
- Widom, C., & Maxfield, M. (2001). *An update on the "Cycle of Violence"*. Research in Brief, Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice.
- Widom, C., White, H., Czaja, S., & Marmorstein, N. (2007). Longterm effects of child abuse and neglect on alcohol use and excessive drinking in middle adulthood. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 317–325.
- Widom, C. S., DuMont, K., & Czaja, S. J. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of general psychiatry*, 64(1), 49-56.
- Widom, C. S., Czaja, S. J., & Dutton, M. A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child abuse & neglect*, 32, 785-796.
- Woods, S. J., Hall, R. J., Campbell, J. C., & Angott, D. M. (2008). Physical health and posttraumatic stress disorder symptoms in women experiencing intimate partner violence. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(6), 538-546.
- Wolak, J. y Finkelhor, D. (1998). Children exposed to family violence. In Jasinski, J.L., & Williams, L. M (Eds.). *Partner violence: a comprehensive review of 20 years of research*, 73-112. Thousands Oaks: Sage.
- Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., & Jaffe, P. G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical child and family psychology review*, 6, 171-187.
- Wolkenstein, B., & Serman, L. (1998) Unmet needs of older women in a clinic population: the discovery of possible long-term sequelae of domestic violence professional psychology. *Research and Practice* 29, 341–348.
- Woods, S. J. (2005). Intimate Partner Violence and Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms in Women What We Know and Need to Know. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(4), 394-402.

- Woods, S. J., Hall, R. J., Campbell, J. C., & Angott, D. M. (2008). Physical health and posttraumatic stress disorder symptoms in women experiencing intimate partner violence. *Journal of Midwifery & Women's Health, 53*(6), 538-546.
- Wrangle, J., Fisher, J. W., & Paranjape, A. (2008). Ha sentido sola? Culturally competent screening for intimate partner violence in Latina women. *Journal of Women's Health, 17*(2), 261-268.
- Wuest, J., Merritt-Gray, M., Ford-Gilboe, M., Lent, B., Varcoe, C., & Campbell, J. C. (2008). Chronic pain in women survivors of intimate partner violence. *The Journal of Pain, 9*, 1049-1057.
- Vyas, S., & Watts, C. (2009). How does economic empowerment affect women's risk of intimate partner violence in low and middle income countries? A systematic review of published evidence. *Journal of international Development, 21*(5), 577-602.
- Yllö, K. E., & Bograd, M. E. (1988). *Feminist perspectives on wife abuse*. In National Conference for Family Violence Researchers, 2nd, 1984, U of New Hampshire, NH, US. Sage Publications, Inc.
- Young, M., Deardorff, J., Ozer, E., & Lahiff, M. (2011). Sexual abuse in childhood and adolescence and the risk of early pregnancy among women ages 18-22. *Journal of Adolescent Health, 49*(3), 287-293.
- Zeanah, C. H., Danis, B., Hirshberg, L., Benoit, D., Miller, D., & Scott Heller, S. (1999). Disorganized attachment associated with partner violence: A research note. *Infant Mental Health Journal, 20*(1), 77-86.
- Zerk, D., Mertin, P., & Proeve, M. (2009). Domestic violence and maternal reports of young children's functioning. *Journal of Family Violence 24*, 423-432.
- Zolotor, A. J., Robinson, T. W., Runyan, D. K., Barr, R. G., & Murphy, R. A. (2011). The emergence of spanking among a representative sample of children under 2 years of age in North Carolina. *Frontiers in psychiatry, 2*.