



Universidad
de Alcalá

ESCUELA DE DOCTORADO
Servicio de Estudios Oficiales de
Posgrado

DILIGENCIA DE DEPÓSITO DE TESIS.

Comprobado que el expediente académico de D./D^a _____
reúne los requisitos exigidos para la presentación de la Tesis, de acuerdo a la normativa vigente, y habiendo
presentado la misma en formato: ☐ soporte electrónico ☐ impreso en papel, para el depósito de la
misma, en el Servicio de Estudios Oficiales de Posgrado, con el nº de páginas: _____ se procede, con
fecha de hoy a registrar el depósito de la tesis.

Alcalá de Henares a _____ de _____ de 20____



Fdo. El Funcionario



Universidad de Alcalá

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

**IMPACTO EN EL SISTEMA DE CREENCIAS BÁSICO Y ESTRATEGIAS
DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES AFECTADOS
POR CONTEXTOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

Tesis doctoral presentada por

MARÍA VERGARA CAMPOS

Directores:

DR. ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA

DR. PAU PÉREZ-SALES

DRA. YANET IVETTE QUIJADA INOSTROZA

Alcalá de Henares, 2017



Universidad
de Alcalá

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y
ESPECIALIDADES MÉDICAS**

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Campus Científico Tecnológico

Ctra. Madrid-Barcelona, km.33,600

28805 Alcalá de Henares (Madrid)

Teléfono: 918854533 - 4707 - 4790

e-mail: dpto.medez@uah.es

D. Melchor Alvarez de Mon Soto, Director del Departamento de Medicina y
Especialidades Médicas de la Universidad de Alcalá,

CERTIFICA:

Que el trabajo titulado *"IMPACTO EN EL SISTEMA DE CREENCIAS BÁSICO
Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES AFECTADOS
POR CONTEXTOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR"*, ha sido realizado por
D^a María Vergara Campos en el Departamento de Medicina y Especialidades
Médicas de la Universidad de Alcalá, y reúne los requisitos científicos de
originalidad y rigor metodológicos suficientes para ser defendido en calidad de
Tesis Doctoral ante el tribunal que corresponda.

Y para que así conste, expide y firma el presente certificado en Alcalá de
Henares, a diecinueve de abril de dos mil diecisiete.

DON ALBERTO FERNANDEZ LIRIA Doctor en Medicina, Psiquiatra, Profesor Asociado del Departamento de Medicina y Especialidades Médicas de la Universidad de Alcalá de Henares.

HACE CONSTAR:

Que DOÑA MARÍA VERGARA CAMPOS
Licenciada en Psicología ha realizado bajo mi dirección el trabajo titulado **Impacto en el sistema de creencias y estrategias de afrontamiento en adolescentes afectados por contextos de violencia intrafamiliar**, y que este trabajo reúne, en mi opinión, los criterios de calidad, originalidad y metodología adecuados y suficientes para optar al grado de doctor.

Y para que surta los efectos oportunos, autorizo la presentación de esta Tesis Doctoral en la Universidad de Alcalá de Henares.

En Madrid a 05 de abril del 2017.



Hospital Universitario
Príncipe de Asturias
SaludMadrid

Dr Alberto Fernández Liria

DON PAU PEREZ SALES Doctor en Psiquiatría y Facultativo Especialista del Hospital Universitario La Paz.

HACE CONSTAR:

Que DOÑA MARÍA VERGARA CAMPOS
Licenciada en Psicología ha realizado bajo mi co-dirección el trabajo titulado **IMPACTO EN EL SISTEMA DE CREENCIAS BÁSICO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES AFECTADOS POR CONTEXTOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**, y que este trabajo reúne, en mi opinión, los criterios de calidad, originalidad y metodología adecuados y suficientes para optar al grado de doctor.

Y para que surta los efectos oportunos, autorizo la presentación de esta Tesis Doctoral en la Universidad de Alcalá de Henares.

En Tres Cantos, a 11 de abril del 2017.

Fdo.





UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DOÑA YANET IVETTE QUIJADA INOSTROZA Doctor en Psicopatología en niños, adolescentes y adultos, Profesor Asistente de la Facultad de Psicología de la Universidad San Sebastián.

HACE CONSTAR:

Que DOÑA MARÍA VERGARA CAMPOS
Licenciada en Psicología ha realizado bajo mi co-dirección el trabajo titulado LA VISIÓN DEL MUNDO, EL AUTO-CONCEPTO, LA IDENTIDAD, Y EL SISTEMA DE CREENCIAS EN ADOLESCENTES SUPERVIVIENTES DE CONTEXTOS DE VIOLENCIA INTERPERSONAL, y que este trabajo reúne, en mi opinión, los criterios de calidad, originalidad y metodología adecuados y suficientes para optar al grado de doctor.

Y para que surta los efectos oportunos, autorizo la presentación de esta Tesis Doctoral en la Universidad de Alcalá de Henares.

En Madrid a 05 de abril del 2017.

Fdo.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha sido un viaje de largo recorrido, en el que me he cruzado con muchas personas que han aportado su granito de arena para que este proyecto saliera adelante. No puedo dejar de mencionar:

A mis directores de tesis, porque han sido un pilar fundamental. A Alberto Fernández Liria, por confiar en mis posibilidades, incluso en los momentos de silencio. A Pau Pérez-Sales, porque consigue que parezca fácil lo imposible, y además por ser el responsable de que me lanzara a hacer una tesis. Con especial cariño a Yanet Quijada, por ser un referente del trabajo riguroso y minucioso. Con su presencia, consistencia, y dedicación ha conseguido guiar este estudio hasta en los momentos más agrios. Los tres me han demostrado que es posible y necesario unir dos mundos: la clínica y la investigación.

A mi familia, por apoyarme siempre con mis proyectos e ideas. Y en estos últimos años, por enseñarme a convertir el dolor de la pérdida en fortaleza para seguir creciendo.

A Mitch, por su energía contagiosa y el tiempo robado.

A mis compañeros del proyecto VIVO: Fran, Pablo y Elena, con ellos comencé a entusiasarme por la investigación compartiendo horas y horas de análisis estadísticos, cábalas, frustraciones e ilusiones. La deuda es impagable.

A Jorge y Maryorie, por aportarme sus conocimientos y experiencia sobre el impacto del trauma temprano en la infancia y por ser un ejemplo de determinación para aliviarlo. Gracias por aceptar mis ausencias y permitirme la flexibilidad necesaria para aunar las terapias y la investigación.

A mis compañeras de batalla en el Centro Exil, Vero, María, Angels y Bea, por sus risas, su energía y por el apoyo logístico en los momentos de mayor carga laboral.

A Emilia, por su tiempo y generosidad para compartir sus ideas siempre brillantes.

A Claudio Bustos un verdadero maestro en el análisis de datos que ha conseguido hacer más humana y accesible la estadística.

A Ester Cañadas por agilizar los vericuetos de la burocracia y abrirme las puertas de su territorio. A los directores y directoras de los centros, Josep Maria Beltrán, Josep Maria Borrull, Cinta, Marta y Núria, por hacer muy fácil el camino hasta los adolescentes.

Muy especialmente, a los chicos y chicas que aceptaron compartir sus vivencias sobre una de las injusticias más terribles. Todos ellos nos muestran, con sus esfuerzos diarios, el valor de la resistencia.

*Dedicado a mis padres Luis y Lola,
la cuna de mis creencias.*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	10
MARCO TEÓRICO.....	17
1. Aproximación conceptual al maltrato infantil intrafamiliar.....	18
1.1. Desafíos en el estudio del maltrato infantil.....	21
1.2. Hacia una definición comprehensiva.....	32
1.3. Dimensiones y características.....	39
1.4. La magnitud del fenómeno: datos y estadísticas.....	53
1.5. El maltrato infantil en la legislación.....	62
2. Aportes de los enfoques cognitivo-constructivistas en el estudio del trauma relacional.....	69
2.1. La necesidad de ampliar la mirada.....	69
2.2. El estudio de las creencias básicas en la violencia intrafamiliar.....	74
2.3. Evidencia empírica sobre el impacto de la violencia intrafamiliar.....	80
3. Los contextos de la investigación.....	110
3.1. El sistema de protección infantil en España y Cataluña.....	110
3.2. El acogimiento residencial como objeto de investigación.....	119
3.3. Estudios sobre el impacto del acogimiento residencial.....	126
3.3.1. Evaluación de programas y resultados.....	126
3.3.2. Salud mental y bienestar psicosocial.....	133
3.3.3. La opinión de los adolescentes.....	141
3.4. Características de los centros de acogimiento residencial de nuestro estudio.....	145
4. Los modelos mixtos en investigación.....	151
MARCO METODOLÓGICO.....	158
1. Objetivos e hipótesis.....	159
2. Diseño y método.....	161
3. Muestra y participantes.....	163
4. Instrumentos.....	168
5. Procedimientos.....	179
6. Análisis de datos.....	185

RESULTADOS.....	190
1. Características sociodemográficas de los participantes.....	191
2. La experiencia de violencia familiar: características por grupos.....	193
3. Resultados obtenidos mediante el inventario de experiencias extremas (IEE).....	196
4. Resultados obtenidos mediante el cuestionario VIVO.....	198
4.1. Estado psicológico de los participantes.....	198
4.2. Comparación del cuestionario VIVO según grupos de adolescentes.....	199
4.2.1. Comparación entre adolescentes con y sin violencia familiar en población general.....	199
4.2.2. Comparación para adolescentes de población general con y sin violencia familiar y adolescentes de la muestra de contraste.....	203
4.3. Comparación del cuestionario VIVO entre violencia familiar y eventos extremos no relacionales.....	207
4.4. Comparación del cuestionario VIVO entre violencia familiar y pérdidas.....	212
4.5. Efecto de variables objetivas y subjetivas en el cuestionario VIVO.....	219
5. Resultados obtenidos mediante entrevistas focalizadas.....	223
DISCUSIÓN.....	249
CONCLUSIONES.....	288
BIBLIOGRAFÍA.....	290
ANEXOS.....	315

INTRODUCCIÓN

LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La violencia intrafamiliar pone de manifiesto un trastorno importante de las relaciones de cuidado y de respeto entre los miembros de la familia, y específicamente el maltrato infantil se refiere a los actos u omisiones de los cuidadores que causan un daño físico o psicológico en los niños. Este estudio aborda las principales manifestaciones del maltrato infantil en el ámbito de la familia (negligencia, abandono, violencia física/psíquica y presencia de violencia doméstica). Aunque el abuso sexual suele incluirse en esta clasificación, para los objetivos de esta investigación se ha excluido a efectos comparativos por tratarse de un tipo de violencia física con procesos traumatogénicos muy particulares (John Briere, 2002; Finkelhor, Shattuck, Turner, & Hamby, 2014).

La aceptación de la existencia de niños maltratados por los adultos ha sido el resultado de un largo proceso de transformación de las creencias que impedían la emergencia de este fenómeno a la conciencia social (Cantera, 2002). En la actualidad se considera un problema grave de salud pública, aunque detectarlo sigue siendo complejo, por lo que resulta difícil obtener cifras epidemiológicas exactas. En España se calcula que el porcentaje de maltrato infantil intrafamiliar es en torno al 15 % de las personas menores de edad, con un aumento progresivo en la última década (Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia, 2013; Centro Reina Sofía, 2011; Panchón, Costa & Gil, 2006). Parece que es problema de carácter internacional ya que las cifras españolas son similares a la de otros países en Estados Unidos y Europa (Hussey, Chang, & Kotch, 2006; Sahana & Lux, 2012).

Creer en contextos familiares donde existe violencia es un factor de riesgo que se ha asociado con distintos problemas emocionales, cognitivos y de conducta que afectan al desarrollo del niño (Barbosa, Irigaray, Werlang, Tiellet, & de Lima, 2014; Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg, & Van Ijzendoorn, 2010; Hultmann & Broberg, 2015; Norman et al., 2012; Springer, Sheridan, Kuo, & Carnes, 2007; Verdolini et al., 2015). Sin embargo, los datos sobre afectación no son concluyentes y muestran que la realidad del maltrato infantil es mucho más complicada. Meta-análisis recientes señalan un grado de asociación bajo-moderado entre la exposición a la violencia familiar y el desarrollo de sintomatología psiquiátrica (Chan & Yeung, 2009; Kitzmann, Gaylord, Holt, & Kenny, 2013; Wolfe, Crooks,

Lee, McIntyre-Smith, & Jaffe, 2003) y otro meta-análisis encontró efectos similares con niños testigos de violencia en la pareja (Evans, Davies & Di Lillo, 2008). A la heterogeneidad de sintomatología asociada al maltrato infantil se añaden los casos donde la exposición a la violencia intrafamiliar no ha generado trastornos conductuales violentos (Fernández-Molina, Del Valle, Fuentes, Bernedo & Bravo, 2011). Así mismo la violencia intrafamiliar parece tener matices más allá de la simple asociación con un trastorno, por ejemplo cuando se compara el maltrato infantil con otras experiencias traumáticas hay evidencias acumuladas que señalan que la violencia perpetuada por los cuidadores tiene consecuencias más severas y nocivas a largo plazo que las agresiones cometidas por extraños u otro tipo de experiencias traumáticas no relacionales tales como los accidentes de tráfico o las catástrofes naturales (Margolin & Vickerman, 2007; Rossman, Hughes, & Rosenberg, 2000).

El impacto diferencial del maltrato intrafamiliar, así como la heterogeneidad de la sintomatología asociada, ha provocado que en los últimos años se haya puesto en valor teorías explicativas que hacen un mayor hincapié en los factores moduladores de tipo cognitivo. Para las víctimas de maltrato intrafamiliar, el daño puede ser más penetrante que el solo acto de la agresión y la intersección de factores cognitivos como la percepción subjetiva de la experiencia y el significado asociado a la misma, genera un patrón de impacto y recuperación que es más complejo de lo que ha tenido en cuenta la literatura tradicional sobre el trauma.

A lo largo de los años, varios autores han utilizado conceptos similares para proponer la existencia de un sistema de creencias básicas o expectativas inconscientes sobre cómo funciona el mundo y lo que podemos esperar de los otros y de uno mismo. Parkes, (1975) usó el término “assumptive world”; Bowlby (1969, 1973) se refirió a los “modelos internos de trabajo”, y Marris (1996) empleó en sus escritos las “estructuras de significado”. Este sistema de creencias (o *worldviews*) incluye supuestos que pueden ser probados o imposibles de demostrar, pero que proporcionan los fundamentos epistemológicos y ontológicos a los valores, ideas y actuaciones del ser humano (Koltko-Rivera, 2004a). Los seres humanos vamos creando nuestro sistema básico de creencias, o representaciones de la realidad, a través de la evaluación y reevaluación de los significados sociales personales y colectivos influidos por nuestras experiencias vitales primarias y

posteriores (Rimé, 2008). La teoría de las creencias (*The Shattered Assumptions Theory*; Janoff-Bulman, 1992) plantea que las experiencias traumáticas que movilizan afectivamente a la persona tiene el potencial de alterar profundamente estas creencias básicas. Cuando las características del evento traumático cuestionan de manera fundamental nuestras creencias básicas, las personas nos enfrentamos —a nivel inconsciente— con la difícil tarea de bien adaptar la interpretación del acontecimiento traumático para que sea coherente con nuestra visión del mundo o revisar y ajustar nuestras creencias para acomodar la experiencia traumática (Horowitz, 1976; Janoff-Bulman, 1992).

Algunos de las creencias básicas que son susceptibles de verse alteradas incluyen: la visión del mundo como benevolente y positivo (*“eso no me va a ocurrir a mí”*); la creencia que el mundo tiene sentido, que las cosas no ocurren por azar y que tenemos un cierto control sobre ellas (*“si eres buena persona, te ocurrirán cosas buenas”*); y la visión positiva sobre uno mismo como un ser eficaz y susceptible de ser querido (*“merezco que me quieran”*) (Epstein, 2003; Janoff-Bulman, 1992). Posteriormente otros autores han nutrido esta clasificación con supuestos que han resultado especialmente relevantes en el impacto de situaciones extremas como por ejemplo: el sentido de seguridad (Herman, 1992), la confianza en uno mismo y en los otros (Bowlby, 1973), previsibilidad y control (Kerry E Bolger, 2001), la vergüenza y la dignidad (Harman & Lee, 2010), o la intimidad (Davis, Petretic-Jackson, & Ting, 2001).

Las experiencias de malos tratos intrafamiliares pueden influir en la construcción de nuestras creencias básicas y el modo en que uno enfrenta la realidad. La exposición a experiencias despreciativas, o denigrantes por parte de las figuras de referencia puede llevar a los niños a concluir que un aspecto inherente a su identidad justifica su poca valía personal y la ausencia de cuidados ante sus necesidades. Este conjunto de creencias, donde se incluye la confianza, seguridad y protección, son supuestos básicos más nucleares a la identidad que por ejemplo las creencias sobre predictibilidad o sentido de justicia del mundo que se asocian a experiencias extremas como las catástrofes o los accidentes de tráfico. Desde esta perspectiva, el maltrato infantil tiene componentes cognitivos y emocionales (creencias básicas) diferentes a los que encontraríamos en otras experiencias traumáticas. Parece mucho más fácil de aceptar y adaptarse a vivir en un mundo donde

podemos tener un accidente de tráfico que vivir en un mundo donde las personas significativas son impredecibles, injustas y dañinas.

Los adolescentes supervivientes de malos tratos intrafamiliares pueden sostener visiones del mundo y sobre sí mismos particulares, que son difíciles de comprender y entender para el resto de las personas, y que influyen sus estrategias de afrontamiento y procesos de adaptación post-trauma. Se han documentado distintas estrategias de afrontamiento, siendo algunas más resilientes que otras. En el estudio de McGee, Wolfe, & Wilson, (1997a), aquellos adolescentes que presentaban una tendencia a minimizar la severidad de los malos tratos sufridos (en contraste con los informes objetivos de los servicios sociales), así como una visión de los cuidadores agresores como referentes protectores presentaban mayores problemas de conducta, agresividad y dificultades de adaptación social. Varios autores encuentran que la exposición a ambientes familiares disfuncionales está asociada con creencias más negativas sobre la benevolencia en el mundo y la valía personal (Lewis & Vanecek, 2000; S. R. Ornduff, 1997). La creencia en la valía personal parece ser un elemento que requiere análisis más profundos. Saltzman-Gorn (2003) en su tesis con estudiantes de grado afectados por distintos tipos de violencia (comunitaria, familiar y escolar) concluyó que la creencia de los adolescentes en su capacidad para conseguir lo que se proponen fue la variable más significativa en la predicción de las respuestas adaptativas post-trauma. En España, los estudios de Amaia Bravo y Jorge Del Valle (2003; 2001) con adolescentes en acogimiento residencial señalan la percepción de los otros como figuras de confianza como variables clave en el pronóstico de integración social.

Por tanto, una posible explicación para el impacto más severo del maltrato infantil sería que estas experiencias provocan el cuestionamiento de creencias esenciales para el desarrollo de la identidad, la sensación de seguridad y confianza en las personas. Debido a la naturaleza de la violencia intrafamiliar, podemos presuponer que además estas creencias se instalan desde el "origen" (mental o constitucional) de la persona por lo que pueden ser más reacias al cambio y persistir durante años posteriores.

Aunque sospechamos de la existencia de estos patrones y existen trabajos clínicos que sugieren que la alteración de las representaciones o creencias planteados por el maltrato intrafamiliar juegan un papel determinante en la capacidad de recuperación y adaptación post-trauma (Blaustein & Kinniburgh, 2011; John Briere, 2002; Ziegler, 2011),

hay muy pocos estudios empíricos que abordan esta cuestión de forma sistemática. En nuestro conocimiento, ninguna investigación hasta la fecha ha abordado de forma global el abanico de supuestos que conforman el sistema básico de creencias en los adolescentes afectados por el maltrato infantil intrafamiliar, sus relaciones, y el efecto diferencial que pudieran jugar como elementos clave para comprender el desarrollo de respuestas de resistencia o vulnerabilidad.

El presente trabajo busca ampliar el conocimiento sobre las creencias básicas relacionadas con la vivencia personal y las estrategias de afrontamiento que poseen los adolescentes víctimas de violencia intrafamiliar. Para lograr dicho objetivo la investigación se ha dividido en dos fases secuenciales. En la primera fase se analizará el perfil de impacto en el sistema de creencias, la visión de sí mismos y el mundo a través del Cuestionario VIVO en una amplia muestra on line con población general de adolescentes que refieren haber sido afectados por la violencia familiar y compararlo con un grupo de referencia de adolescentes que han vivido experiencias traumáticas de naturaleza no relacional. El cuestionario VIVO (Pérez Sales et al., 2013) es un instrumento específico que explora nueve creencias básicas (seguridad, confianza, plenitud, responsabilidad, confianza en los demás, comunicación, intimidad, predictibilidad, y propósito) e incluye indicadores de las principales respuestas emocionales y de afrontamiento inmediatas y posteriores. Se exploran los perfiles de impacto controlando las variables que han demostrado tener una influencia en el patrón de respuestas (duración de la experiencia, estado de ánimo y género). Esta primera fase tiene un carácter exploratorio, lo que permite obtener un perfil de respuestas general e identificar variables clínicas para orientar un análisis en profundidad posterior. La segunda fase conlleva una exploración en detalle de las variables clave a través de entrevistas focalizadas con adolescentes con una medida de protección por antecedentes de malos tratos en la familia que se encuentran en hogares de convivencia en la Comunidad Autónoma de Catalunya. El análisis de las respuestas de tipo cualitativo permite profundizar particularmente las creencias básicas sobre los otros y la visión de sí mismos, así como identificar las estrategias de afrontamiento que han sido útiles para manejar sus experiencias.

ANTECEDENTES RELEVANTES. EL PROYECTO VIVO

El presente proyecto de investigación se inserta dentro de los ejes de actuación del proyecto VIVO, en el que participa un equipo multidisciplinar de profesionales del ámbito sanitario y académico. El proyecto VIVO es un espacio de investigación que busca definir conceptos y herramientas de trabajo para valorar el impacto de las experiencias extremas en los mapas de creencias básicas, los factores de vulnerabilidad y resistencia y el crecimiento post-trauma tanto en población general como de supervivientes. Uno de los objetivos principales del proyecto fue la elaboración del cuestionario VIVO (Pérez Sales et al., 2013), diseñado y validado con varios propósitos: (1) disponer de una escala que pueda ser administrada tanto a población general como a supervivientes de experiencias extremas permitiendo tener datos comparativos; (2) partir en su elaboración de un abanico muy amplio y ecléctico de respuestas del ser humano a situaciones extremas; (3) poder administrarlo a grandes muestras de población pertenecientes a diferentes medios culturales; (4) evitar el anclaje en una experiencia; (5) trabajar con perfiles de respuesta más que con sumatorios. El modelo conceptual propone que existen nueve creencias básicas que podrían transformarse dependiendo de la naturaleza de la experiencia traumática y las características personales del superviviente: seguridad, confianza en sí mismo, plenitud, responsabilidad, confianza en los demás, comunicación, intimidad, predictibilidad, y propósito.

A lo largo de los últimos diez años, el cuestionario VIVO ha permanecido en la página web del proyecto (www.psicosocial.info) donde han accedido de forma voluntaria casi cinco mil personas, que habiendo pasado por experiencias extremas o no, han dado a través del VIVO su visión del mundo y los demás y los modos en que enfrentan adversidades.

MARCO TEÓRICO

1. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL AL MALTRATO INFANTIL INTRAFAMILIAR

Cuando al comienzo de este estudio nos planteamos el desarrollo del marco teórico sobre la violencia intrafamiliar, y en concreto el maltrato infantil, lo primero que descubrimos fue la complejidad que suponía definir y contextualizar este fenómeno. Como punto de partida decidimos adoptar la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS; 2002), pues aborda los distintos conceptos relacionados con la violencia. La OMS define la violencia contra los menores como: “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. El estudio del experto independiente Paulo Pinheiro (2006) para las Naciones Unidas determina que la violencia contra los niños y niñas puede presentarse en la familia, en la escuela, en los sistemas de protección y de justicia, en el lugar de trabajo y en la comunidad. A partir de esta investigación se estableció de manera más genérica la violencia en tres grandes categorías, utilizando como criterio clasificatorio quién es el autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva. A su vez, la violencia interpersonal presenta dos subcategorías:

a) Violencia intrafamiliar. Es la que se produce entre miembros de la familia y suele acontecer en el hogar, aunque no exclusivamente. Abarca los fenómenos de violencia en la pareja, la violencia filio-parental, el maltrato de ancianos y el maltrato infantil.

b) Violencia comunitaria. Es la que se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no. Acontece generalmente fuera del hogar. En este grupo se incluyen la violencia juvenil, las violaciones y las agresiones sexuales por parte de extraños y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y residencias de ancianos.

Desde una perspectiva clínica, algunos autores hacen la distinción y consideran que, mientras que la violencia familiar pone de manifiesto un trastorno importante de las relaciones de cuidado y de respeto entre los miembros de la familia, el maltrato infantil se refiere específicamente a los comportamientos nocivos de los cuidadores que causan un

daño físico o psicológico en los niños (Barudy, 1998). En este sentido, el maltrato infantil puede considerarse una de las manifestaciones más dramática de la violencia intrafamiliar. A efectos de este estudio, y siguiendo la propuesta de las Naciones Unidas, utilizaremos ambos términos (maltrato infantil y violencia familiar o intrafamiliar) para referirnos a las experiencias de violencia ejercida sobre los niños y niñas en el ambiente familiar. En concreto, este estudio aborda las principales manifestaciones de la violencia familiar (negligencia, abandono, violencia física/psíquica y presencia de violencia doméstica). Aunque el abuso sexual suele incluirse en esta clasificación, para los objetivos de esta investigación se ha excluido a efectos comparativos, por tratarse de un tipo de violencia con procesos traumatogénicos muy particulares (John Briere, 2002; Finkelhor, Turner, Shattuck, Hamby, & Kracke, 2015).

Una vez ubicada la violencia familiar dentro de un marco conceptual amplio, el siguiente paso lógico es aportar una definición clara y operativa del fenómeno, pues dicha definición es la base para comprenderlo y la plataforma que nos permite abordarlo en toda su complejidad. Sin embargo, definir el maltrato infantil familiar resulta una tarea bastante más compleja de lo que puede parecer a primera vista. Este fenómeno provoca intensas emociones y rechazo moral (de Paúl y San Juan, 1992). A medida que nos adentramos en la tarea de describir en concreto qué se considera un comportamiento negligente hacia un hijo, este mismo rechazo se va convirtiendo en confusión y duda.

En 1993, el Consejo Nacional de Investigación Americano (National Research Council, NRC) resumió los principales desafíos en el estudio del maltrato infantil. Ocho años más tarde, la revista *Development Psychopathology* dedica todo un volumen (nº 13) a examinar las razones por las que este proceso está siendo tan engorroso, a pesar del reconocimiento de la necesidad de lograr definiciones claras y operativas. Los principales obstáculos que se mencionan son los siguientes:

- a) Existe una falta de consenso social sobre qué prácticas parentales son aceptables y cuáles son peligrosas o inaceptables para el desarrollo normo-saludable de los hijos. Las variaciones a través de la historia y las diferencias transculturales respecto a la crianza infantil complica todavía más las dificultades de una definición universal. Diversos autores defienden que este consenso comunitario, social y mundial es necesario para poder comparar estudios entre profesionales,

comunidades y países, y construir una base sólida de conocimiento para la prevención y la reparación.

b) Otra controversia de largo recorrido se refiere a la confusión que resulta de la existencia de diferentes definiciones dependiendo del ámbito y propósito de las mismas (Portwood, 1999; Runyan et al., 2005). Por ejemplo, la definición orientada a la penalización y condena de los actos de maltrato desde el ámbito jurídico es diferente de la empleada por los servicios sociales o la utilizada por los sistemas de salud pública. Parte del dilema recae en el hecho de si es razonable esperar que profesionales de varias disciplinas lleguen a un acuerdo en una definición única, cuando la utilización de cada una de las definiciones tiene propósitos diferentes.

c) Todavía existe cierta incertidumbre sobre si se debe definir el maltrato basándose en las características de comportamiento de los adultos, del impacto producido en los niños o como resultado de alguna combinación entre ambos. En el centro de este debate se encuentra la cuestión sobre si la intencionalidad de los padres debe ser considerada para determinar si un acto de maltrato ha ocurrido o no. Así, por ejemplo, si un padre perjudica gravemente a un niño con sus actos, pero el padre no tenía la intención de infligir dicho daño, ¿el acto constituye una situación de maltrato infantil?

d) Finalmente, una cuestión de especial importancia para la investigación de este fenómeno son los desafíos en cuanto a la metodología, entre los que destacan la necesidad de muestras representativas suficientemente grandes de niños afectados por el maltrato frente a los no afectados, el desarrollo de medidas de recolección de datos apropiadas y adaptadas culturalmente, y la importancia de examinar los efectos a lo largo del tiempo en estudios longitudinales. Otro reto metodológico incluye el desarrollo de instrumentos para valorar y cuantificar aspectos tan importantes como el criterio de gravedad de los actos.

1.1. Desafíos en el estudio del maltrato infantil

Atendiendo a los puntos anteriores, parece claro que la investigación sobre la violencia intrafamiliar implica al menos cinco desafíos principales con un objetivo común: definir el maltrato infantil de forma que abarque el conjunto de actos perjudiciales. Se debe reconocer también el impacto multidimensional en las víctimas, pero sin que la definición resulte tan amplia que pierda el sentido, ni tan precisa que psicopatologice los desafíos naturales en la crianza de los niños. Una definición que sea fácil de operativizar y poner en práctica, que permita el análisis entre estudios y que no reduzca las posibilidades de comprender el fenómeno.

Desafío 1: La fina línea que separa lo que es maltrato y lo que no

Arruabarrena y de Paúl (1996) plantean que, si hiciéramos una encuesta nacional y preguntáramos a cada una de las personas cómo definiría de manera concreta lo que entiende por maltrato infantil, lo más probable es que encontraríamos una multitud de criterios diferentes. La variabilidad en los criterios de valoración, muy dependientes del contexto social y cultural del que emergen, es uno de los principales problemas en la investigación del maltrato infantil. Definir maltrato infantil implica un juicio de valor sobre qué conductas parentales son adecuadas y cuáles no. Si nos referimos al colectivo, la mayoría de experiencias parentales que podrían considerarse como maltrato implican violaciones de normas sociales que no tienen estándares claros ni definiciones acordadas sobre cuál es el comportamiento apropiado (Jody Todd Manly, 2005). Si nos referimos al individuo, cada sujeto, en función de su forma de entender la educación, la infancia y las relaciones familiares, tiene unos criterios particulares con los que definir lo que entiende por malos tratos (Fallon et al., 2010). Sin embargo, no todas las agresiones ni descuidos en la atención a las necesidades de los niños en su familia constituyen maltrato. Consideremos por un momento el rol parental como un continuo: en un extremo se sitúan los comportamientos idóneos respecto a las necesidades de los niños; en el otro extremo, aquellos comportamientos extremadamente dañinos, ya sea en términos físicos o psicológicos. El primer extremo, el ideal en el comportamiento parental, es inalcanzable, de la misma forma que la perfección humana resulta inconquistable. Así pues, todos los padres, como seres humanos, tienen equivocaciones y puede que en ocasiones cometan agresiones físicas o psicológicas sobre sus hijos, o que no atiendan correctamente a sus

necesidades. Pero estas situaciones, aun siendo inadecuadas, no necesariamente se consideran maltrato.

El siguiente ejemplo puede ilustrar estas reflexiones. No hace muchos años, un neuropediatra español de renombre popularizó en nuestro país una técnica educativa para enseñar a dormir a los bebés y recién nacidos, que incluía entre sus principales prácticas animar a los padres a no coger en brazos al bebé y dejarle llorar en el momento de ir a acostarlo, para que, fruto del agotamiento, aprendiera a dormir solo. Hoy en día hay suficiente evidencia empírica que respalda la importancia fundamental del contacto físico parental positivo en el desarrollo cerebral y la adquisición de los ritmos biológicos básicos, como es el sueño-vigilia (Cowell, Cicchetti, Rogosch, & Toth, 2015; R. Kumsta et al., 2015; D. y Siegel & Payne Bryson, 2012). A la luz de los avances científicos, ¿deberíamos considerar dicha técnica educativa como maltrato infantil? ¿Dónde está la línea que señala lo que constituyen prácticas parentales inadecuadas y lo que son comportamientos negligentes y que requieren la intervención de un sistema de protección y reparación para el menor?

La respuesta a esta pregunta se ha ido gestando a lo largo de la última década, con la consideración de nuevos criterios científicos y un cambio de enfoque grande. Sin minimizar la importancia de comprender los valores y representaciones sociales, existe la necesidad de incorporar y utilizar los conocimientos y avances científicos sobre cuáles son las circunstancias o condiciones que suponen un daño para el desarrollo saludable de los niños (Herrenkohl, 2005).

Wolfe & McIsaac, (2011) recientemente publicaron una revisión de la literatura científica y profesional, buscando hacer una distinción entre los métodos parentales pobres o deficientes y los métodos emocionalmente abusivos y negligentes, y su impacto en el desarrollo del niño. Las recomendaciones que emergen del estudio se centran en directrices prácticas para evaluar el riesgo: (a) las acciones parentales y el riesgo real o relativo de daño al niño son los factores fundamentales para definir y distinguir el maltrato emocional infantil de otras formas de paternidad pobre; (b) los métodos parentales deficitarios, aunque no se consideren maltrato, deben ser objeto de intervención y acompañamiento, con el fin de reducir la incidencia posterior del maltrato; y (c) el maltrato infantil puede definirse basándonos en comportamientos cualitativamente más extremos

y potencialmente más perjudiciales que el de los métodos de crianza deficientes. Observamos que la literatura sobre el maltrato emocional infantil ha avanzado más allá de la fase descriptiva del concepto de maltrato y se centra en identificar principios y criterios prácticos para distinguir el maltrato de otras formas de parentalidad deficientes.

En España, nos encontramos en una fase similar. La evolución de los estudios y las investigaciones sociales ha determinado la situación actual, en la que las definiciones de maltrato se basan en las necesidades y derechos de la infancia (De Paúl & Arruabarrena, 1981; Fernández J. Bravo A., 2002). Coincidimos con De Paúl (1992, pág 16) cuando, en un interesante texto sobre la representación social de los malos tratos infantiles, afirma que: “Es probable que en la actualidad se esté produciendo en nuestro país (...) un cambio de actitudes en el sentido de priorizar los derechos de los niños sobre los derechos de los padres. De una actitud social favorable a la privacidad de la familia, al derecho de educar a los propios hijos como uno considerara oportuno, etc., se ha pasado a una actitud social que defiende los derechos del niño desde un punto de vista que pudiera etiquetarse como liberacionista para el niño e intervencionista para el Estado”.

Desafío 2: ¿Resulta pertinente una definición única de maltrato infantil?

El maltrato infantil puede adoptar distintos significados según el contexto. Contrario a lo que la mayoría pensábamos, no es un concepto unívoco ni global. Tradicionalmente existen tres perspectivas que han influido en cómo se ha definido y cómo se ha tratado de medir el maltrato infantil: el enfoque médico-diagnóstico, el enfoque jurídico y el enfoque sociológico (Barnett & Cicchetti, 1993).

En el enfoque médico-diagnóstico, el maltrato se define a partir de las lesiones físicas o psicológicas en el niño. El objetivo es la comprensión del impacto del maltrato en el niño y lo que dicha experiencia ha significado para él, tanto en términos objetivos como subjetivos. Se busca la comprensión, más que la clasificación, y se priorizan modelos explicativos complejos y abiertos. En el enfoque legal, el objetivo es probar la existencia de los malos tratos en tanto éstos constituyen un delito. Desde este enfoque, la definición de maltrato sugiere que el daño (psicológico o físico) al niño debe ser cuantificado usando medidas de ajuste estandarizadas y normalizadas. En el enfoque sociológico, los actos de

maltrato son definidos por las creencias y los valores que sustenta la sociedad (J. Domínguez & Mohedano, 2014). La cultura genera un fondo común de creencias y comportamientos con los que la mayoría de la sociedad se siente identificada. En el caso del maltrato infantil, la cultura ayuda a definir los principios generalmente aceptados acerca de la crianza y el cuidado de los niños.

Los tres enfoques se interrelacionan y se retroalimentan. Existen situaciones que, en tanto no interesen al público en general, no son objeto del estudio e investigación del clínico, ni del académico o del legislador, y viceversa. El derecho también crea realidades sociales a partir de las normas y de las instituciones jurídicas, como en el caso del maltrato infantil. Aunque la práctica clínica y las comunidades legales han intentado desarrollar definiciones consistentes y uniformes sobre el maltrato infantil y sus subtipos, ninguna de ellas hasta la fecha parece adecuarse del todo para ambas disciplinas. Si bien es igualmente cierto, en la actualidad existen varios puntos de consenso entre las disciplinas, como el hecho de que los diferentes tipos de maltrato deben ser examinados por separado, ya que cada uno parece tener distintos antecedentes y consecuencias (English, Upadhyaya, et al., 2005; Litrownik et al., 2005; Manly, Kim, Rogosch, & Cicchetti, 2001). El problema surge cuando nos adentramos en aspectos más concretos con implicaciones más profundas, como por ejemplo la elección del sistema de clasificación para determinar la presencia o ausencia de malos tratos y subtipos de maltrato.

Desde el ámbito clínico se utiliza frecuentemente el “modelo de continuo”, que describe la gama de comportamientos parentales sobre una línea que va desde los positivos hasta los más negligentes (Barudy & Dantagnan, 2009; D. A. Wolfe & McIsaac, 2011). En el centro de este continuo se encuentran las formas más apropiadas y saludables de crianza que promueven el desarrollo infantil. Debido a que la mayoría de los padres (seres humanos) muestran en ocasiones cierto grado de insensibilidad a las necesidades de sus hijos, este modelo reconoce y aporta criterios para distinguir que tales acciones se sitúan cerca o lejos de métodos más abusivos y agresivos. Los métodos de crianza que ocupan el rango medio de este continuo reflejan un mayor grado de cuidado infantil irresponsable y potencialmente dañino. Los padres que se sitúan en esta franja a menudo necesitan apoyo externo, una monitorización y programas de apoyo familiar para el cuidado de los niños, que pueden estar en riesgo de maltrato. Por último, en el extremo

negativo de la línea continua se encuentran las prácticas de crianza que violan las necesidades básicas de los niños, y que coincidirían con la mayoría de las definiciones de maltrato infantil. El modelo de continuo permite a los profesionales médicos y clínicos identificar los límites de los métodos de crianza adecuados e inapropiados, con un mayor enfoque en estrategias saludables y menos énfasis en las violaciones del bienestar infantil. Este enfoque tiene relevancia principalmente para dirigir la intervención clínica, aproximarse a una comprensión global de la experiencia y poder identificar estrategias de tratamiento y reparación partiendo de las necesidades reales de los niños.

Por el contrario, desde el ámbito jurídico frecuentemente se utiliza el modelo categórico, que define el maltrato utilizando etiquetas amplias para clasificar a los niños. Este modelo ofrece una distinción entre los distintos tipos de malos tratos, utilizando criterios derivados de investigaciones y teorías (Slep, Heyman, & Snarr, 2011). Esencialmente, se acercaron a esta tarea de una manera similar a la utilizada para desarrollar y revisar el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders o DSM): los criterios diagnósticos iniciales se basan en el consenso de expertos y los resultados empíricos de las investigaciones se utilizan para refinar la fiabilidad y validez de los conceptos propuestos. Los criterios para definir las categorías se sustentan en la existencia de un tipo específico de acto (uso de la fuerza física para el criterio de maltrato físico) y la existencia de impacto significativo en el niño.

Las definiciones más concretas, propias del enfoque categórico, pueden percibirse como más objetivas desde la perspectiva del sistema judicial y de protección infantil, en la que los derechos de los padres biológicos están en juego. En estos casos, el proceso de evaluación es objetivo y exhaustivo en el sentido de que implica una descripción completa de los eventos, el contexto y los riesgos observados. Sin embargo, desde una perspectiva fenomenológica, este modelo tiene varias limitaciones. La crítica fundamental es que no existe un patrón de maltrato puro, sino que los niños sufren múltiples formas de maltrato de forma simultánea (Barnett & Cicchetti, 1993; Cicchetti & Manly, 2001; McGee, Wolfe, & Wilson, 1997). Por ejemplo, un niño no sólo recibe golpes, sino que también está expuesto a palabras hirientes, gestos humillantes o abandono. Las etiquetas utilizadas por el sistema judicial pueden ser a menudo una representación extremadamente inexacta y simplista

que reduce las posibilidades de comprender el fenómeno y el sufrimiento asociado de los niños y jóvenes.

Teniendo presente que la lógica clínica y de salud pública es y siempre será diferente de la lógica del sistema judicial, parece justo reconocer que ambos modelos se complementan y pueden llegar a resultar necesarios. La aceptación de estas diferencias no significa la exclusión de estos dos mundos.

Acabamos con algunas observaciones sobre el tercer enfoque determinante en la elaboración de las definiciones de maltrato infantil. Desde el punto de vista sociológico varios estudios apuntan hacia un acercamiento en la comprensión del maltrato infantil entre las distintas disciplinas y con población general (Leeb, Paulozzi, Melanson, Simon, 2008). Esto ocurre especialmente en lo que se refiere a los actos más graves de maltrato. En el informe del año 2012, la Sociedad Internacional para la Prevención del Abuso y la Negligencia contra los Niños (en inglés *International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect* o IPSCAN) comparó las definiciones de maltrato infantil de 69 países (10 encuestados de África, 10 de América, 27 de Asia, 20 de Europa y 2 de Oceanía) y encontró varios elementos en común sobre lo que se considera abusivo. La totalidad de países identifican el abuso físico y el abuso sexual como maltrato infantil. El 80 % de los encuestados consideraron también como categorías de maltrato infantil la falta de alimentación, la vestimenta o la vivienda adecuadas, el abandono por parte de uno de los padres o del cuidador, vivir en la calle, las palizas y los golpes por parte de un adulto, la mendicidad, la explotación laboral a menores de 12 años y el abuso o la negligencia en hogares de acogida. Resulta interesante que uno de los comportamientos que los encuestados mencionaron con menor frecuencia como abuso infantil fue el uso del castigo físico como disciplina educativa.

Resultados similares ha obtenido el estudio más reciente que se ha publicado al respecto (Calheiros, Monteiro, Patricio, & Carmona, 2016). Calheiros y su equipo compararon las opiniones sobre lo que consideraban maltrato infantil entre un grupo de profesionales del sistema de protección con otro grupo de profesionales ajenos al ámbito de la infancia. Los resultados mostraron que existía un consenso entre ambos grupos en la definición de los tipos y subtipos de maltrato (maltrato físico, maltrato psicológico, negligencia y abuso sexual), similar a la que encontramos en la literatura (D. J. English et al.,

2005; Trocmé et al., 2011) y que apunta hacia una comprensión multifacética del concepto. Además, ambos grupos incluían contenidos relacionados con el comportamiento de los padres (es decir, los actos y omisiones) y contenidos sobre el daño observado y el peligro potencial en relación con la salud física del niño. La mayor discrepancia se encontró en una contribución respecto al contenido y grado de especificidad de la información suministrada por cada uno de los grupos. El grupo de profesionales ajenos a la infancia no pudo aportar descripciones específicas para la mayoría de los subtipos, a excepción del abuso físico. El estudio también señaló la dificultad de llegar a un consenso sobre los distintos niveles de gravedad de los abusos en casi la mitad de los subtipos, especialmente con respecto al abuso psicológico.

A la luz de estos resultados, en los últimos años podríamos decir que están surgiendo posturas científicas más conciliadoras que defienden la necesidad de comprender las distinciones y los objetivos de los distintos enfoques, para diseñar canales de cooperación entre las disciplinas. El reto de las distintas disciplinas vinculadas al trabajo con menores en riesgo es el de establecer canales de diálogo, respetando las diferencias, que permitan la colaboración alrededor de una finalidad común: proteger el derecho de los niños.

Desafío 3: ¿Qué elementos definen el maltrato infantil?

En la década de los sesenta, la definición del maltrato infantil era esencialmente dicotómica. La mayoría de las investigaciones señalaban la presencia o la ausencia de maltrato en función de criterios médicos, es decir, según las consecuencias observables (físicas) en el niño. Posteriormente, el foco se centró en diferenciar las características de los actos inadecuados que provocaban que una conducta fuera considerada o no maltrato infantil. El maltrato infantil se definía a partir de criterios relativos al acto maltratante. La frecuencia, la cronicidad o la gravedad fueron las principales variables para valorar la existencia o no de maltrato infantil y definir el nivel de gravedad de la conducta. Ya no se trataba únicamente de distinguir entre niños maltratados y no maltratados, sino de incorporar toda aquella información que permitía comprender y diferenciar las distintas experiencias maltratantes (Manly et al., 2001).

El estudio de los comportamientos parentales inadecuados sacó a relucir importantes dilemas, como el de si la intención parental se debe o no tomar en cuenta para determinar si se ha producido maltrato infantil (McGee, Wolfe, & Olson, 2001). Por ejemplo, un cuidador puede tener la intención de golpear a un niño como castigo (es decir, el golpe al niño no es accidental o no intencionado), pero no la de hacer que el niño sufra una conmoción cerebral. En estos casos, si un niño resulta dañado debido a un comportamiento agresivo o negligente, pero el cuidador no tenía intención de hacerle daño, ¿se debía considerar este acto como maltrato infantil? Esta cuestión además movilizaba importantes desafíos metodológicos, ya que resulta mucho más difícil medir la intención del cuidador que sus comportamientos y asociar ambos con las secuelas observables e invisibles que provocan en el niño. Para algunos autores (Arruabarrena, 2009) este criterio permitía establecer ciertas diferencias entre casos de malos tratos, según eran producidos por:

- Intentos disciplinarios, calculados y premeditados, que tratan de "educar" al niño.
- Dirigidos a un niño no querido ni deseado y que expresan el desprecio hacia él.
- Con características patentes de sadismo o perversión y que tratan de satisfacer dichos impulsos.
- Como fruto del descontrol en un padre/madre que soporta un alto nivel de tensión y estrés, y que consiste en una descarga emocional incontrolada.

Las definiciones más recientes de maltrato infantil han resuelto en gran medida el dilema de la intencionalidad. El problema radicaba en el intento de definir el maltrato infantil mezclando las características de los actos y el impacto que estos tienen en los niños con los factores etiológicos que explican la existencia de dichos actos. Hoy en día existe suficiente evidencia para aceptar que el maltrato infantil no es un hecho, un acontecimiento aislado, sino que es un proceso que viene determinado por la interacción de varios factores (Cantera, 2002; Cicchetti & Toth, 2015; Pollak, 2015). Según Jorge Barudy (1999), la negligencia y el abandono de los niños puede ser el resultado de tres dinámicas que se entremezclan: una biológica, una cultural y una contextual. Pero el hecho de reconocer la presencia de tales dinámicas no resta dolor a la experiencia que padece el niño. Es decir, desde el punto de vista del niño, el maltrato tiene el mismo impacto cuando

se produce de forma intencional que cuando es consecuencia de una serie de factores psicosociales que impiden a los cuidadores cubrir las necesidades del niño. El daño puede ser, o no, la consecuencia esperada, pero en cualquier caso la intencionalidad de una conducta no define la existencia o no de maltrato.

Actualmente el maltrato infantil intrafamiliar se define a partir de la constatación de un comportamiento parental inadecuado —por acción u omisión, físico o psicológico— así como la existencia de impacto o un daño significativo en el niño, o el riesgo de que éste se produzca (Donovan & Brassard, 2011; Dubowitz et al., 2005; Leeb, Paulozzi, Melanson, Simon, 2008). Esta es la definición que encontraremos en los distintos ámbitos de intervención social, médica y legal, en organismos públicos y privados, y en territorios locales, nacionales e internacionales.

Puesto que la ciencia es dinámica y está en continuo movimiento, vale la pena hacer hincapié en las nuevas directrices conceptuales que están poco a poco incidiendo en el panorama actual. Durante los últimos años estamos presenciando otro nuevo proceso en la (re)conceptualización que implica la introducción de dos aspectos fundamentales en la definición del maltrato infantil. Por un lado, el aporte de las investigaciones sobre el desarrollo infantil puso el foco no tanto en lo patológico y el daño causado al niño, sino en cuáles eran las necesidades afectivas, cognitivas y sociales en un niño para que éste pueda desarrollarse de forma plena y saludable. Surgió así el enfoque del “buen trato” y las necesidades infantiles como aspecto crítico en la valoración sobre la existencia o no de maltrato infantil (Barudy, 1998; Barudy & Dantagnan, 2009). Este enfoque permite señalar y comprender las condiciones mínimas, desde el punto de vista del niño, que separan el bienestar infantil y las experiencias de malos tratos. Existen diversas propuestas y modelos que relacionan las necesidades infantiles con los subtipos de maltrato infantil y que han sido poco a poco incorporados en el sistema de protección infantil como instrumentos para definir las experiencias de maltrato. Entre estas propuestas destaca la de Félix López (1995) por resultar una de las clasificaciones más aceptadas y utilizadas para investigar las características comunes que hay entre las necesidades infantiles, los estadios evolutivos del niño y el impacto del maltrato.

Por otro lado, y de forma complementaria, las investigaciones comienzan a prestar más atención a la calidad del proceso relacional entre cuidadores y niños, y no únicamente

a las características formales de los actos parentales (si son más o menos frecuentes, o más o menos agresivos). Conviene recordar que ya en el año 1989 la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (en inglés American Psychiatric Association o APA) publicó el DSM-III que incluía como novedad el diagnóstico de “trastorno reactivo del vínculo de la infancia o de la niñez temprana”, para el caso de niños que han sufrido abandono, negligencia, abuso sexual o castigos. Este nuevo diagnóstico significaba un reconocimiento al rol fundamental de la relación primaria de apego (*attachment*) en el desarrollo saludable de los niños y el impacto de los trastornos del apego en los casos de maltrato infantil familiar. Versiones posteriores del DSM han modificado y ampliado este concepto.

Estos aportes desde corrientes como la teoría del apego o la neurobiología interpersonal, por mencionar algunos, se integraron e impulsan el enfoque de las necesidades, poniendo el foco en el estudio de cuáles son las “buenas prácticas” de crianza que cubren las necesidades fisiológicas, emocionales, sociales y cognitivas de los niños. Esa postura, cada vez más frecuente, supone minimizar el relativismo cultural y definir estas “buenas prácticas”, basándose en criterios objetivos sobre las necesidades vitales del niño para que éste se desarrolle plenamente. El análisis del entorno social y cultural, así como la valoración de las competencias parentales, nos puede servir a la hora de planificar los sistemas y los medios para la protección del menor y el apoyo a las familias. El dilema de intencionalidad de la conducta parental queda también resuelto desde esta perspectiva, puesto que el concepto intencional se refiere a una cierta voluntad en la conducta. Es decir, la intención de cometer un acto o no, de dirigirlo o no hacia una meta, implica cierto control sobre la propia conducta. Desde el enfoque de las competencias parentales, el criterio de intencionalidad se sustituye por el de capacidad para criar de forma adecuada. La pregunta clave pasa a ser cuál es el nivel de capacidad de este adulto para controlar o no sus comportamientos, y ponerlos al servicio de la crianza de su hijo. Comprender qué factores están influyendo en el mantenimiento de las conductas agresivas (biológicos, culturales, contextual) permitirá precisar el grado de recuperabilidad de estos padres y por lo tanto realizar una mejor planificación de las intervenciones de protección al niño.

Los nuevos paradigmas comienzan poco a poco a integrarse en los procesos de valoración y definición del maltrato infantil, aunque todavía queda un largo recorrido para que puedan verse reflejados en el sistema jurídico. Poco a poco, se opta por definiciones

que muestren el daño y el sufrimiento producido por conductas parentales inadecuadas y por necesidades infantiles no satisfechas.

1.2. Hacia una definición comprehensiva

Establecer una definición de maltrato no es accesorio; por el contrario, es la base no sólo para comprenderlo, sino sobre todo para poder cambiarlo.

JORGE BARUDY (1998)

Fariña, Seijo, & Novo, (2000), en su breve pero fantástico capítulo sobre desprotección infantil, señalan que el inicio de los procesos de sensibilización social acerca del bienestar infantil se puede establecer en la mitad del siglo XIX. Ocurren dos acontecimientos relevantes. El primero tiene lugar en 1860 en Francia, cuando Pardiou describe 32 casos de maltrato físico a niños, perpetrados por sus familias. Coetáneamente en Estados Unidos se produce un suceso conocido como “el caso de Mary Ellen Wilson”, una menor de nueve años víctima de un severo maltrato físico por parte de sus padres adoptivos. Sus vecinos, alarmados por la gravedad de las agresiones y las prácticas abusivas, intentaron denunciar la situación. El caso tardó en llegar a los tribunales, pues no existía ninguna legislación vigente que amparara el derecho a la protección de la menor. Finalmente, el caso pudo llevarse ante los tribunales, a través de la Sociedad Americana para la Prevención de la Crueldad hacia los Animales, quien en 1874 dictaminaba a favor de la menor. Este suceso, además de significar el primer caso de maltrato infantil denunciado, sirvió como punto de partida para un importante proceso de cambio social y legislativo. En el mismo año, y como consecuencia de este hecho, se fundó en EE. UU. la primera Sociedad para la Prevención de la Crueldad en los Niños. Pocos años después se constituye en Londres la Sociedad nacional para la prevención de la crueldad hacia los niños (en inglés, National Society for the Prevention of Cruelty to Children, NSPCC).

En los años 60 se abre una nueva etapa, marcada por la intervención de la Asamblea de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1959. Entonces aprueba la Declaración de los Derechos del Niño. A partir de estos años se recoge un aumento de la sensibilidad hacia la infancia y el tema de los malos tratos comienza a despertar interés en distintos ámbitos. En Europa, el médico forense francés Ambroise Tardieu centró su trabajo en el estudio de

las malas condiciones de trabajo de los niños. Documentó por primera vez el síndrome del niño golpeado basándose en el análisis de las autopsias de niños golpeados o quemados hasta la muerte. Desafortunadamente, el trabajo de Tardieu tuvo poco impacto en la comunidad médica francesa y el maltrato infantil siguió siendo un problema social en gran medida ignorado. El pleno reconocimiento del abuso infantil no se completó hasta que el doctor C. Henry Kempe y sus colegas describieron por primera vez el síndrome del niño maltratado. Kempe definió este síndrome como un cuadro clínico que se manifiesta en niños pequeños que han recibido agresiones físicas severas, las cuales podían causarles lesiones permanentes e incluso provocarles la muerte. Posteriormente otros autores ampliaron el concepto al indicar que los niños podían ser agredidos no sólo de forma física sino también de forma emocional o por negligencia, de modo que poco a poco se fue sustituyendo el término “golpeado” por el de “maltratado”. En este periodo las investigaciones comenzaron a dar cuenta no sólo de las implicaciones de las agresiones físicas en los niños, sino también del impacto “invisible”.

Con este reconocimiento surgió la creencia de que la sociedad debe intervenir para proteger a los niños y prevenir el maltrato infantil. Un nuevo paso verdaderamente importante en materia de reconocimiento de derechos públicos y de protección de los menores se da en 1989. La aprobación de la Convención de Derechos de la Infancia en la Asamblea General de Naciones Unidas en 1989 supuso un paso importante en el reconocimiento de los derechos de protección de los menores. Conforme cada país ratifica la convención, ésta pasa a integrarse en su derecho interno como si fuera una ley aprobada por el propio parlamento. La Convención sobre los Derechos del Niño de 1991 señalaba de forma inequívoca que los países estaban jurídicamente obligados a hacer frente al maltrato infantil en todas sus vertientes. Sus obligaciones al respecto se exponen en el artículo 19, sección 1, de dicha convención: “Los Estados partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”.

Antes del final de los años 60, muchas legislaturas estatales aprobaron leyes de protección a la infancia, criminalizando el comportamiento abusivo y negligente de los

padres y especificando procedimientos para que los profesionales señalaran los casos sospechosos de maltrato, especialmente de maltrato físico o sexual. La primera ley integral de maltrato infantil surge en Estados Unidos y se conoce como Ley de Prevención y Tratamiento del Abuso Infantil (en inglés Child Abuse Prevention and Treatment Act o CAPTA). Fue una legislación innovadora que proporcionó a los Estados fondos para desarrollar programas de prevención de abandono y abuso infantil. En el año 1981, el Centro Nacional de Abuso y Negligencia Infantil (en inglés National Center on Child Abuse and Neglect, NCCAN), creado por el CAPTA, definía el niño maltratado como “aquel cuyo bienestar físico o mental resulta dañado o bien exista la amenaza de que lo sea, debido a acciones u omisiones de sus padres u otra persona responsable de su cuidado”.

El NCCAN con esta definición establecía seis formas principales de maltrato infantil: abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, negligencia física, negligencia educativa y negligencia afectiva. Además realizaba una distinción a partir de las dimensiones activo-pasivas. Esta definición asume por primera vez que el maltrato infantil incluye lo que se hace (acción), lo que se deja de hacer (omisión) y lo que se realiza de forma inadecuada (negligencia). El maltrato por acción se define como *“las palabras o acciones que causan daño, daño potencial o amenaza de daño a un niño”*. El maltrato por omisión se define como *“el hecho de desatender o no cubrir las necesidades físicas, emocionales o educativas básicas de un niño, o fallar en su protección o daño potencial”*.

La definición del Parlamento Europeo en 1985 siguió unas líneas similares. Definió los malos tratos a los niños como *“toda violencia, no accidental, contra la integridad física o psíquica del niño, o la privación de cuidados, por parte de sus padres o cuidadores, que conlleve perjuicio hacia el niño: herirle, dificultar su desarrollo o inducirlo a la muerte”*.

En 1999, la Consulta de la OMS sobre Prevención del Abuso Infantil redactó la siguiente definición: “El maltrato infantil o el maltrato constituyen todas las formas de malos tratos físicos o emocionales, abuso sexual, negligencia o trato negligente, explotación comercial o de otra índole que ocasione un daño real o potencial a la salud del niño, comprometa su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) aporta la siguiente definición:

El maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002).

Los acontecimientos de los veinte últimos años en materia de derechos humanos, legislación, medicina y salud pública han otorgado un mayor protagonismo internacional al problema del maltrato infantil. Hay una mayor conciencia del problema y una presión creciente sobre los gobiernos para que adopten medidas preventivas. Prueba de ello es la multitud de estudios empíricos y análisis globales generados por organismos internacionales específicamente dirigidos al análisis del maltrato infantil y sus consecuencias.

Igualmente cabe destacar el esfuerzo de los organismos, las organizaciones de movimientos sociales e instituciones internacionales que están dedicadas a investigar y consensuar definiciones operativas sobre el maltrato infantil.

En Estados Unidos, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (en inglés Centers for Disease Control and Prevention o CDC), en su informe de 2008 titulado “Vigilancia de maltrato infantil: definiciones uniformes para la salud pública y elementos de datos recomendados”, realizó un notable avance al intentar unificar la definición de maltrato infantil desde el sector de la salud. Su guía de recomendaciones está siendo incorporada en la mayoría de las investigaciones. Definen el maltrato infantil como: “Cualquier acto o serie de actos por acción u omisión de un padre u otro cuidador que se traduce en un daño, amenaza o daño potencial a un niño”. La tabla 1 resume la definición de los tipos básicos de maltrato infantil que establece el CDC.

A modo de resumen, podríamos decir que, a pesar de la existencia de matices y detalles, que varían según el autor, la disciplina y el propósito, la mayoría de las definiciones aceptadas en todo el mundo incluyen los siguientes aspectos clave:

a) Se refiere a un fenómeno que ocurre en el marco de una relación entre el cuidador principal (frecuentemente el padre o la madre) y su hijo. El foco está en las características y la calidad de la relación más que en la constatación de una serie o repetición de actos que ocurren en dicha relación.

b) En el marco de dicha relación se producen comportamientos inadecuados por parte de los adultos encargados de cuidar al niño.

c) Estos comportamientos pueden ser por acción u omisión.

d) Como resultado existan unas consecuencias negativas, visibles o invisibles, que afecten al desarrollo físico o psicológico o que prive a los niños de cuidados, derechos y libertades que impidan su pleno desarrollo.

Tabla 1. Definición y características de los tipos de maltrato infantil

ACTOS DE ACCIÓN	ACTOS DE OMISIÓN	
	NEGLIGENCIA AL NO PROPORCIONAR	FALTA DE SUPERVISIÓN
	Si un cuidador no cumple con las necesidades, emocionales, médicos / dentales, o educativas o una combinación de las mismas.	Incumplimiento por parte del cuidador para asegurar la seguridad del niño dentro y fuera de la casa dada las necesidades emocionales y de desarrollo del niño
Abuso físico: uso intencional de la fuerza física contra un niño que resulta en, o tiene el potencial de resultar en lesión física. Incluye actos físicos que van desde aquellos que no dejan marcas físicas en el niño a actos físicos que causan discapacidad permanente, desfiguración o muerte. El abuso físico puede resultar de la disciplina o el castigo físico. Pueden incluir golpear, patear, apuñalar, morder, empujar, tirar, arrastrar, soltar, sacudir, ahogar, sofocar, quemar y envenenar. Abuso psicológico: comportamiento intencional del cuidador (acto de comisión) que transmite a un niño la idea de que él o ella es inútil, defectuoso, no amado, no deseado, o no valorado. Puede incluir culpar, despreciar, degradar, intimidar, aterrorizar, aislar, restringir, confinar, corromper, explotar, despreciar o comportarse de manera perjudicial, potencialmente perjudicial o insensible al desarrollo psicológico o emocional del niño	Negligencia física: Incapacidad de un cuidador para proporcionar nutrición, higiene u hogar adecuados. Negligencia emocional: El cuidador ignora al niño o niega la capacidad de respuesta emocional o el acceso adecuado a la atención de salud mental (por ejemplo, el cuidador no responde a los llantos infantiles o a los intentos de interacción). Negligencia Médica / Dental El cuidador no proporciona un acceso adecuado al cuidado médico, de la vista o dental del niño: no administra los medicamentos recetados; se niega a llevar al niño a la atención médica necesaria o a buscar atención médica oportuna Negligencia educativa El cuidador no proporciona acceso a una educación adecuada: permite al niño faltar a 25 o más días escolares en un año académico sin excusa; no inscribe al niño en la escuela; alienta a un niño (menor de 16 años de edad) a abandonar la escuela.	Supervisión inadecuada Incumplimiento por el cuidador para asegurar que el niño se involucra en actividades seguras; asegurar que el niño no esté expuesto a peligros innecesarios. Incluye ocasiones en las que un cuidador, a sabiendas, no protege a un niño de los malos tratos perpetrados por un cuidador sustituto. Bajo tales condiciones, el comportamiento del cuidador principal se consideraría negligente sólo si el maltrato fue reconocido y se permitió que ocurriera. Exposición a entornos violentos El cuidador intencionalmente falla en tomar medidas para proteger al niño de la violencia generalizada dentro del hogar, vecindario o comunidad. Por ejemplo, un cuidador que vende drogas ilícitas fuera del hogar del niño expone al niño a un ambiente violento; o un conductor de autobús escolar (cuidador temporal) que permite que un estudiante sea victimizado rutinariamente por otro estudiante mientras monta en el autobús sin tomar medidas para intervenir (por ejemplo, notificar a los administradores escolares) también expone a un niño a un ambiente violento.

Abuso sexual: cualquier acto sexual, contacto sexual abusivo o explotación (interacción sexual sin contacto) consumada o no terminada a un niño por un cuidador.

a) Acto sexual: Incluye el contacto que implica la penetración, aunque leve, entre la boca, el pene, la vulva, o el ano del niño y de otra persona. También incluyen la penetración, por leve que sea, de la apertura anal o genital con una mano, un dedo u otro objeto.

b) Contacto sexual abusivo: Incluye el contacto intencional, ya sea directamente a través de la ropa, de las partes privadas (genitales, ano, pecho, muslo interno, nalgas). El contacto sexual abusivo no incluye el contacto físico requerido para el cuidado normal o atención a las necesidades diarias del niño.

c) Abuso sexual sin contacto. Incluye:

Actos que exponen a un niño a actividades sexuales: pornografía, voyerismo, exposición al exhibicionismo.

Filmación de un niño de una manera sexual.

Acoso sexual de un niño: crear un ambiente hostil por comentarios o atenciones de naturaleza sexual.

La prostitución de un niño: emplear, usar, persuadir, inducir, atraer, alentar, o permitir que un niño participe o ayude a cualquier otra persona a involucrarse en prostitución o tráfico sexual.

La exposición de un niño a la violencia entre cuidadores en el hogar también se incluye, particularmente si los cuidadores no toman las medidas disponibles para proteger al niño de la violencia. Sin embargo, en los casos en que el proveedor de cuidados está siendo victimizado por un compañero, y no existen alternativas para proteger al niño, el cuidador no está maltratando al niño.

Tabla adaptación del Informe *Child Maltreatment Surveillance: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements*, Centro Nacional para el Control y la Prevención de Enfermedades (CBC) (en Leeb et al., 2008)

En nuestro país, existen múltiples publicaciones que contienen definiciones sobre el maltrato infantil (Barudy, 1998; De Paúl & Arruabarrena, 1981; Díaz-Aguado, 2001; Fernández & Bravo, 2002, entre otras). A pesar de que hay matices que varían dependiendo del autor y del propósito, la mayoría de las definiciones siguen las directrices internacionales. Con el objetivo de mejorar los mecanismos de coordinación interinstitucional para la prevención y atención al maltrato infantil, en el 2007 el Observatorio de la Infancia elaboró un protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil para garantizar la aplicación en todo el territorio español de los derechos reconocidos por las Naciones Unidas. En el año 2014 se publicó la última versión actualizada. En este marco se establece el maltrato infantil como: “Cualquier acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño o la niña de sus derechos y su bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”.

Cada comunidad autónoma ha diseñado su propio protocolo de actuación ante el maltrato infantil. En el caso de Catalunya, el protocolo marco incluye la siguiente definición: *"Un niño es maltratado cuando es objeto de violencia física, psíquica o sexual, de hecho o por omisión, por parte de las personas o instituciones de las que depende en su correcto desarrollo o por parte de cualquier otra persona"*.

1.3. Dimensiones y características

Las dimensiones del maltrato infantil no forman parte de la definición sino que describen características de la experiencia. Entre las principales dimensiones se consideran los subtipos, la frecuencia/cronicidad, la gravedad y la edad de inicio del maltrato. La valoración de estas dimensiones puede ayudar a comprender mejor lo que los niños experimentan, activar las medidas de protección necesarias y definir medidas de reparación más efectivas (Muela, 2008). A continuación presentamos un breve resumen de estas dimensiones.

Tipos y subtipos de maltrato infantil intrafamiliar

Existe un amplio consenso en todo el mundo sobre las cuatro tipologías básicas del maltrato infantil. Son: maltrato físico, negligencia-abandono, maltrato psicológico y abuso sexual. En España, tanto en el marco legislativo estatal como en el autonómico, se adoptan las mismas cuatro tipologías básicas. Desde perspectivas más clínicas o a efectos de investigación, algunos autores manejan clasificaciones más complejas y exhaustivas, incorporando en la definición de maltrato infantil situaciones tales como la explotación laboral, la corrupción de menores, la mendicidad, la incapacidad de controlar la conducta del menor, el maltrato prenatal, el retraso no orgánico en el desarrollo, el síndrome de Münchhausen por poderes y el maltrato institucional (De Paúl & Arruabarrena, 1981). Fariña, Seijo y Novo (2000) añaden el maltrato infantil en procesos de separación o divorcio como una nueva tipología.

Maltrato físico

Se define como “toda acción no accidental de un adulto que provoca sufrimiento físico o enfermedad en el niño o niña, o que lo pone en riesgo como consecuencia de negligencia intencionada”. El abuso físico incluye actos físicos que van desde aquellos que no dejan marcas visibles a los que causan discapacidad permanente, desfiguración o muerte (Barnett & Cicchetti, 1993). Una de las principales características del maltrato físico es que, en la mayoría de los casos, se trata de agresiones “no instrumentales”, es decir, realizadas directamente por el adulto sin ayuda de ningún objeto lesivo. En un completo artículo sobre el síndrome del niño maltratado, Lachica (2010) señala las principales manifestaciones clínicas por violencia física, entre las que incluye:

- Lesiones cutáneas de naturaleza muy variada (equimosis, excoriaciones, hematomas, heridas, cicatrices, quemaduras, alopecias). Aparecen en el 90 % de los casos de malos tratos.
- Los hematomas afectan principalmente a la cabeza, la cara y el cuello, aunque pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo.

- Las bofetadas o los pellizcos repetidos se pueden detectar por la erosión que provocan en los labios, acompañada de laceración de la cara interior de los mismos y desgarro del frenillo superior, que aparece separado de la encía por un desgarro.
- Las lesiones figuradas se refieren a la reproducción de las huellas dejadas por la mano adulta al ejercer presión, en la zona del tórax principalmente.

Otras posibilidades (entre tantas otras), resultan de la tendencia médico-clínica a construir síndromes a partir de síntomas concretos. A pesar de las controversias éticas de estas clasificaciones, algunos autores consideran dentro del maltrato físico infantil dos especificidades:

- a. Síndrome del bebe sacudido (SBS): El Center for Disease Control and Prevention (CDC) identifica el SBS como una lesión en el cráneo o contenidos intracraneales de un bebé o niño pequeño, menor de 5 años de edad, debido a un impacto contundente o una sacudida violenta. En el 2009, la Academia Americana de Pediatría recomendó el uso del término traumatismo craneal abusivo como sustituto de SBS.
- b. El síndrome de Münchausen por poderes es la simulación de enfermedades físicas del niño o niña que implica exponerlos a múltiples exploraciones médicas y a ingresos hospitalarios, suministrándoles incluso sustancias para alterar los resultados de análisis. Una parte importante de la comunidad científica critica la falta de evidencia empírica que respalde la existencia de este síndrome.

En la mayoría de las clasificaciones, la distinción entre abuso físico y otros subtipos resulta compleja y ambigua, especialmente cuando se trata de lesiones físicas como resultado directo de la interacción sexual (por ejemplo, desgarros vaginales). En algunas clasificaciones, se codifican únicamente como abuso sexual, mientras que en otros sistemas predomina el criterio de maltrato físico (English & LONGSCAN, 1997).

Negligencia y abandono

Es aquella situación en la que las necesidades físicas (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación o

cuidados médicos) y cognitivas básicas del menor no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño (Arruabarrena & De Paúl, 2011). Los indicadores que pueden aparecer en el niño son:

- Alimentación: no se le proporciona la alimentación adecuada. Está hambriento.
- Vestido: vestuario inadecuado con el tiempo atmosférico.
- Higiene: constantemente sucio, escasa higiene corporal.
- Cuidados médicos: problemas físicos o necesidades médicas no atendidas.
- Supervisión: un niño que pasa largos períodos de tiempo sin la supervisión y vigilancia de un adulto. Se producen repetidos accidentes domésticos claramente debidos a negligencia por parte de sus padres o de sus cuidadores.
- Condiciones higiénicas y de seguridad del hogar que son peligrosas para la salud y seguridad del menor.
- Área educativa: inasistencia injustificada y repetida a la escuela.
- Estimulación cognitiva: ausencia de estimulación suficiente para la edad, demandas y necesidades del niño o niña.

Maltrato psicológico

Los malos tratos infantiles producen siempre dolor psíquico, cualquiera que sea el abuso cometido. Cuando hablamos de maltrato psicológico nos referimos a la serie de conductas maltratantes que no tienen expresión visible, sino que consisten en agresiones verbales, amenazas, rechazos. Estas acciones “golpean” la mente del niño y provocan un daño a menudo invisible (Barudy, 1998, p. 56). El maltrato psicológico es, por su naturaleza incorpórea, mucho más difícil de definir y de precisar.

Cabe aclarar la relación que existe entre los términos abuso emocional, maltrato emocional y maltrato psicológico. En el artículo elaborado por Montserrat Gómez (2006) sobre este constructo, la autora recoge al menos siete definiciones diferentes, durante los últimos diez años, en las que aparece indistintamente los términos maltrato emocional y maltrato psicológico. Para algunos autores ambos términos se refieren a constructos diferentes y deberían diferenciarse de manera explícita. El maltrato psicológico se refiere a la afectación de las facultades mentales (cognitivas), mientras

que el maltrato emocional abordaría los estados de miedo, humillación, ansiedad, etc. Sin embargo, otros autores como Glaser (2002) consideran inútil esta distinción, argumentando que los aspectos emocionales y cognitivos no son independientes. Los estudios americanos, por ejemplo, no establecen esta distinción. En las estadísticas nacionales sobre incidencia del maltrato infantil, se trata al maltrato psicológico y al maltrato emocional de forma indistinta.

Se considera maltrato psicológico la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y el constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar. En la tradicional obra de Garbarino, Guttman y Seeley (1989) se define el maltrato psicológico mediante cinco categorías: rechazar, aislar, aterrorizar, ignorar y corromper.

Tabla 2. Definición y manifestaciones de las distintas formas de maltrato psicológico. Garbarino, Guttman y Seeley (1989).

Formas	Definición	Manifestaciones
Rechazar	Negarse a admitir la legitimidad e importancia de las necesidades del niño	-Rechazar las iniciativas de apego del niño -Excluir activamente al niño de actividades -Realizar valoraciones negativas constantes
Aislar	Privar al niño de oportunidades para entablar relaciones sociales	-Negar la interacción con compañeros y adultos -Impedir relaciones sociales
Aterrorizar	Amenazar al niño de forma siniestra, haciéndole creer que el mundo es caprichoso y hostil	-Utilizar el miedo como disciplina -Amenazas a la sensación de seguridad del niño
Ignorar	Privar al niño de la estimulación necesaria, limitando su crecimiento emocional y su desarrollo intelectual	-Falta de atención al niño -Friedad y falta de afecto -Falta de protección ante sus demandas de ayuda
Corromper	Favorecer conductas que impiden la normal integración del niño en la sociedad y reforzar pautas de conducta antisocial	-Alentar a cometer conductas delictivas -Premiar conductas agresivas

En cualquiera de los tipos anteriores, solo se considerará maltrato psicológico si la conducta se presenta de forma reiterada o continua, y si es claramente perceptible. El maltrato psicológico no implica la ausencia de una figura de apego primario, sino la presencia de un entorno adecuado en el que el menor pueda desarrollarse de forma satisfactoria. El abandono emocional o psicológico se define como la falta “persistente” de respuesta a las señales (llanto, sonrisa), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño, y la falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable. El abandono emocional comprendería las siguientes conductas:

a) Ignorar. Se refiere a los actos de los padres que ignoran los intentos y necesidades del niño de interactuar y no reflejan ninguna emoción en las interacciones con él.

b) Rechazo de atención psicológica. Rechazo de los padres a iniciar un tratamiento de algún problema emocional o conductual severo del niño, existiendo acceso a un recurso de tratamiento que ha sido señalado como necesario por profesionales competentes.

c) Retraso en la atención psicológica. Los padres no proporcionan ni buscan ayuda psicológica para resolver una alteración emocional o conductual del niño ante una circunstancia extrema en la que es evidente la necesidad de ayuda profesional (por ejemplo, depresión severa, intento de suicidio).

Glaser (2002) aporta una completa definición de abandono emocional. Distingue entre:

a) Falta de disposición emocional, falta de respuesta y abandono, incluyendo insensibilidad parental. El cuidador principal está normalmente preocupado por sus propias dificultades tales como su salud mental, sus problemas con las drogas o sus insoportables compromisos laborales. Son por tanto incapaces de responder a las necesidades emocionales de los hijos, son incapaces de proporcionarles alternativas adecuadas.

b) Atribuciones negativas o pobres hacia el niño. Son muestras de hostilidad, de desprecio y de rechazo hacia el niño, que es percibido como merecedor de ellas. Algunos niños crecen y actúan conforme a estas atribuciones que se han depositado en ellos.

c) Interacciones inapropiadas o inconsistentes respecto al desarrollo del niño; expectativas por debajo de las capacidades que el niño posee por su desarrollo; sobreprotección y limitación de la exploración y del aprendizaje; exposiciones hacia hechos o interacciones que le pueden confundir o traumatizar (exposición a violencia doméstica, por ejemplo). Las interacciones con los hijos, aunque dañinas, son irreflexivas y equivocadas, más que con intención de causar daño.

d) Fracaso en el reconocimiento de la individualidad del niño y de los límites psicológicos. Se utiliza al niño para satisfacer las necesidades de los padres, a los que les falta habilidad para distinguir entre la realidad del niño y las creencias y deseos del niño. Esta categoría se aprecia cuando existen conflictos en el divorcio de los padres.

e) Fracaso para fomentar la adaptación social del niño, fomentando la falta de socialización (incluyendo la corrupción) y el abandono psicológico (fracaso para proporcionar una estimulación cognitiva adecuada o para proporcionar oportunidades de aprendizaje). Incluye tanto la acción como la omisión, el aislamiento del niño e involucrarle en actividades criminales.

Abuso sexual

Se define como cualquier clase de contacto sexual de un adulto, desde su posición de poder o autoridad, con una persona menor de 18 años. El niño puede ser utilizado para la realización de actos sexuales o como objeto de estimulación sexual. Se consideran cuatro categorías:

a) Incesto. Si el contacto físico sexual lo realiza una persona de consanguinidad lineal o un hermano, tío o sobrino. También se incluye el caso en que el adulto esté cubriendo de manera estable el papel de los padres.

b) Violación. Cuando la persona adulta es otra cualquiera no señalada en el apartado anterior.

c) Vejación sexual. Cuando el contacto sexual se realiza por el tocamiento intencionado de zonas erógenas del niño o por forzar, alentar o permitir que éste lo haga en las mismas zonas del adulto.

d) Abuso sexual sin contacto físico. Se incluirían los casos de seducción verbal explícita de un niño, la exposición de los órganos sexuales con el objeto de obtener gratificación o excitación sexual con ello, y la masturbación o realización intencionada del acto sexual en presencia del niño.

La gravedad del maltrato

El indicador de gravedad se utiliza frecuentemente como variable fundamental para guiar las distintas actuaciones de los servicios sociales y, en última instancia, dictaminar la presencia o ausencia de malos tratos. También es una de las dimensiones que más dificultades presenta en su definición y en su valoración (Manly et al., 2001). A menudo el criterio de gravedad se define a partir de la variable frecuencia: cuanto más repetida es una agresión, más grave será dicha conducta. Sin embargo, como veremos este criterio, resulta insuficiente para valorar la gravedad de determinados subtipos de maltrato. Estaremos de acuerdo en que sólo una violación es suficiente para considerarla maltrato infantil grave. Pero, si trasladamos la misma lógica al maltrato físico, por ejemplo, ¿a partir de cuantas bofetadas se comienza a considerar un maltrato grave? Las investigaciones han intentado resolver esta cuestión elaborando listas de indicadores para definir en un continuo las situaciones que conllevan un mayor riesgo para el bienestar infantil. Uno de los instrumentos más utilizados en investigación es el sistema de clasificación del maltrato de Barnett & Cicchetti, (1993) pues ofrece una escala de gravedad específica para cada tipo de maltrato, que se distribuye en un continuo desde una situación de baja gravedad (=1) a otra extremadamente grave (=5). Incluye descripciones y ejemplos de los distintos niveles de gravedad para cada subtipo de maltrato.

En España, de acuerdo a la legislación de nuestro país (Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor), existen dos niveles de gravedad en casos de maltrato infantil: maltrato leve o moderado y maltrato grave. El protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar, elaborado por el Ministerio

de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014), realiza la distinción entre ambas categorías de acuerdo con la valoración de determinados indicadores físicos, psicológicos o sociales, que en el caso del maltrato leve se pueden abordar educativamente en el entorno socio-familiar del menor, mientras que en el caso del maltrato grave ponen en peligro la integridad y bienestar del menor. Como vemos, la valoración de la gravedad del maltrato se realiza a partir de una lista de indicadores, muy similar a la propuesta por el sistema de clasificación de Barrent y cols. (1993). Cabe añadir que, de acuerdo con el protocolo estatal, los criterios básicos que definen la gravedad del maltrato son la frecuencia e intensidad de los indicadores y grado de vulnerabilidad del niño. Para valorar dicha vulnerabilidad se sugiere evaluar, al menos, la cronicidad y la frecuencia del maltrato, el acceso del perpetrador al niño, las características y las condiciones en las que está el niño, y la relación entre el agresor y el niño.

Con todo, la valoración de la gravedad del maltrato es un proceso complejo, que a menudo depende de definiciones abiertas e imprecisas en las que acaba por predominar el criterio subjetivo del técnico. Como consecuencia, los errores y la falta de consistencia son problemas frecuentes en los procesos de valoración y toma de decisiones de los sistemas de protección infantil (Runyan et al., 2005). Arruabarrena & De Paúl (2011) desarrollaron dos estudios independientes con casi 700 profesionales del sistema de protección infantil para valorar la validez y el grado de acuerdo entre ellos sobre el nivel de gravedad en situaciones de desprotección habitualmente atendidas en sus servicios. Los resultados mostraron que la mayoría de los profesionales cometieron un número significativo de errores al clasificar. Lo más llamativo fue que la mayoría, para ningún nivel de gravedad, no alcanzó el 80 % de acuerdo. Estos resultados fueron independientes del género, disciplina profesional, grado de dedicación o años de experiencia dentro del sistema de protección infantil.

Otra de las consecuencias de la falta de protocolos estandarizados y comunes a todas las autonomías en la valoración de la gravedad es la toma de decisiones basada en creencias o mitos respecto al maltrato infantil (Fernandez-Molina, del Valle, Fuentes, Bernedo, & Bravo, 2011). Una gran mayoría de las decisiones clínicas se basan en la presunción de que los casos más graves de maltrato tienen peores consecuencias y

suscitan mayor deterioro en el niño (Muela, 2008). Parece fácil aceptar que aquellas conductas más agresivas son las que causan mayor daño en los niños, aunque no siempre resulta certero. Estudios especializados en la materia sugieren que el maltrato infantil denominado “de baja gravedad”, como el maltrato emocional, especialmente cuando es crónico, provoca resultados negativos en los niños, similares a otros tipos de maltrato considerado más grave como el abuso sexual (Herrenkohl, 2005).

Por último, la literatura muestra un consenso entre los autores que señalan la necesidad de utilizar diferentes estándares de gravedad para cada tipo de maltrato. El estudio de Litrownik et al., (2005) ofrece una importante contribución al respecto. Según nuestros datos, es la única investigación hasta la fecha que se ha centrado en analizar de forma aislada la gravedad del maltrato y en determinar el valor predictor de su impacto sobre el niño. El estudio se realizó con una muestra longitudinal de niños en situación de riesgo, parte del proyecto LONGSCAN (*Longitudinal Studies of Child Abuse and Neglect*), y utilizó una adaptación del esquema de clasificación del maltrato de Barnett et al., (1993) para categorizar los niveles de gravedad. Los resultados señalaron que la dimensión de la gravedad tiene significados muy diferentes, dependiendo de los distintos tipos de malos tratos. Se deben tomar consideraciones especiales atendiendo a las particularidades de cada subtipo, es decir, debido a diferencias cualitativas entre subtipos, las escalas de gravedad no pueden ser exactamente equivalentes. Por ejemplo, en el caso del abuso sexual, los grados de gravedad del hecho medido por niveles de intrusión (exposición, tocamientos, penetración) no es un indicador discriminante, puesto que cualquier suceso de estas características es suficientemente importante como para activar los servicios de evaluación. Por el contrario, en el caso del maltrato físico, el grado de gravedad medido según el grado de lesión (contusiones, cortes, roturas) puede ser enormemente útil a la hora de calibrar las decisiones sobre el nivel de intervención.

Todas las singularidades anteriormente descritas provocan que en la práctica resulte muy difícil determinar la asociación entre el nivel de gravedad de una particular conducta parental y su impacto en el desarrollo del niño. A día de hoy, el desafío para valorar la gravedad del maltrato pasa por la inclusión de procedimientos y protocolos

estandarizados que guíen a los profesionales, así como el uso de criterios e instrumentos empíricos para la valoración de los distintos niveles.

La frecuencia y la cronicidad

La frecuencia y la cantidad de tiempo que el niño sufre la experiencia de maltrato son otras dos variables relevantes para comprender el impacto del mismo. El maltrato infantil puede referirse a un episodio único, aislado, o a una sucesión de eventos, sostenida en el tiempo y de carácter crónico. Por lo general, la frecuencia se mide a partir del número de incidentes que se recogen en los informes de los servicios de protección infantil (Muela, 2008). Más difícil resulta medir la cronicidad. Algunas investigaciones evalúan la duración del maltrato a partir del tiempo que transcurre entre el primer episodio detectado y el tiempo en que el niño y la familia reciben alguna medida de los servicios de protección a la infancia (Keiley, Howe, Dodge, Bates, & Petti, 2001; Thornberry, Ireland, & Smith, 2001). Varios estudios han analizado la relación entre la cronicidad, la frecuencia y la predictibilidad en el funcionamiento conductual y emocional del niño:

Manly, Cicchetti & Barnett (1994) examinaron el impacto de varias dimensiones (gravedad, frecuencia, cronicidad y subtipos de maltrato) y su relación con el desarrollo socio-emocional en una muestra de 253 niños con edades entre los 5 y 11 años que participaban en un campamento de verano. 145 niños procedían de familias con historias documentadas de maltrato infantil, mientras que 90 no tenían antecedentes de maltrato. El estudio encontró que la interacción entre la gravedad y la frecuencia eran predictores significativos del funcionamiento de los niños. Además, la cronicidad de los malos tratos en la familia predijo significativamente las dificultades de relación de los niños con los padres y el comportamiento agresivo con ellos.

Thornberry, Ireland & Smith (2001) relacionaron la frecuencia y la cronicidad del maltrato con el momento de desarrollo del niño. Encontraron que el maltrato sostenido en el tiempo tenía consecuencias más duras y negativas que el maltrato puntual en un estadio concreto de desarrollo. El maltrato puntual que comienza y termina en la niñez, en general, no se relacionó significativamente con el rango de problemas de la

adolescencia. En contraste, el maltrato persistente aumentó el riesgo de una variedad de problemas de funcionamiento durante la adolescencia.

English et al., (2005) encontraron que estas variables impactaban de forma diferencial en las consecuencias sobre los niños a largo plazo. Los problemas de comportamiento se relacionaron con el número total de incidentes de maltrato (frecuencia) y su tiempo de desarrollo, mientras que las alteraciones en la socialización no dependían tanto del número de eventos maltratantes, sino de la distribución de la experiencia de maltrato a lo largo del tiempo (cronicidad).

En un reciente estudio, Cowel et al., (2015) examinaron el efecto del maltrato infantil sobre el funcionamiento neurocognitivo. Tuvieron en cuenta la edad de inicio del maltrato, la cronicidad y la frecuencia, y compararon una muestra de niños de entre tres y nueve años que sufrieron experiencias de maltrato (n=223) y niños sin malos tratos (n=136). El estudio mostró la importancia de la cronicidad y frecuencia para identificar qué niños maltratados eran más vulnerables a alteraciones en el desarrollo de la autorregulación y la memoria de trabajo. Los niños que experimentaron maltrato durante un único período de desarrollo obtuvieron resultados muy similares a los de los niños no maltratados, mientras que los niños que experimentaron maltrato crónico (durante al menos tres periodos del desarrollo) mostraron una afectación significativamente superior en las pruebas neurológicas. En concreto, si los malos tratos ocurrieron únicamente durante un período de desarrollo, entonces el control inhibitorio del niño y las capacidades de memoria de trabajo permanecieron intactos. Por el contrario, los niños que sufrieron maltrato crónico presentaban una grave afectación en el desarrollo de la función ejecutiva.

Edad de inicio

La etapa evolutiva del niño en el momento en que se producen los malos tratos aparece frecuentemente en la literatura como una de las variables más significativas para comprender los efectos del maltrato infantil. La mayoría de los estudios señalan que las secuelas del maltrato pueden variar en función del período de desarrollo durante el cual ocurrió (Cicchetti & Toth, 2015; Keiley et al., 2001; Thornberry et al., 2001). En

relación con la edad de inicio, varios estudios han demostrado que, cuanto más tempranas sean las experiencias de abuso y negligencia, mayor es el daño en el desarrollo infantil (Dunn et al., 2016; Kumsta, Rutter, Stevens, & Sonuga-Barke, 2010; Manly et al., 2001). Desde las teorías del desarrollo integral, un desarrollo normo-saludable en el niño supone la integración organizada de las distintas capacidades biológicas, emocionales, cognitivas y sociales. El desarrollo de nuestro organismo, y en concreto el desarrollo neurológico, se produce de forma ordenada, jerárquica, “de abajo arriba” y por etapas interdependientes, por lo que el desarrollo de las estructuras básicas o iniciales influye en el desarrollo óptimo de las estructuras más complejas). Es decir, si uno de los niveles inferiores está inmaduro, todos los niveles superiores se verán afectados, tanto en el momento de la aparición de sus funciones como en la calidad de éstas. Desde esta perspectiva, el maltrato infantil representa un grave obstáculo para la organización y conformación de las capacidades básicas del individuo, por lo que, cuanto más temprano se produzca la experiencia maltratante, mayores dificultades tendrán los niños para la adquisición de capacidades complejas posteriores (Glaser, 2014; Hodel et al., 2015; Riem, Alink, Out, Van Ijzendoorn, & Bakermans-Kranenburg, 2015).

Manly et al., (2001) realizaron una investigación con 814 niños, de los que 492 habían sufrido uno o varios tipos de maltrato infantil. Encontraron que el maltrato sufrido en la infancia temprana (0-2 años) tiene un impacto a largo plazo en la adaptación posterior (habilidades de la vida diaria) en la mediana infancia. Estos resultados sugieren que la interrupción de las tareas de desarrollo importantes en la primera y tardía infancia puede tener un impacto particularmente dañino sobre el desarrollo de habilidades de la vida diaria de un niño menor de 8 años e interferir con sus recursos para recuperar estos déficits. Por otra parte, la gravedad del maltrato emocional o la experiencia de abandono en la infancia predijeron síntomas de externalización y agresividad durante la infancia tardía.

Similar, otros estudios señalan que el maltrato infantil precoz sitúa en riesgo extremo la posterior adaptación. English, et al., (2005) encontraron que los niños con experiencias de maltrato en el primer año de edad mostraban mayores conductas externalizantes que los niños que tenían la primera experiencia maltratante con una edad más avanzada. Las experiencias de maltrato, aunque sean mínimamente adversas,

antes de los 3 primeros años de edad tienen efectos nocivosy duraderos en el desarrollo infantil posterior.

Diversos estudios desde el ámbito de la neurociencia ofrecen apoyo empírico y resultados similares. A modo de referencia, nombraremos el estudio de Hodel et al., (2015), por ser una de las publicaciones más recientes sobre impacto diferencial de la edad de inicio del maltrato infantil en el desarrollo cerebral. Este estudio de neuroimagen estructural examinó el impacto en el desarrollo neurológico de experiencias tempranas de negligencia y abandono (antes del año de edad) en una gran muestra de niños de 12 a 14 años de edad (n=110) que fueron adoptados internacionalmente antes de los cinco años de edad. Los jóvenes, en el momento del estudio, no presentaron ningún trastorno neurológico (epilepsia), tampoco enfermedad crónica (cáncer), ni síndrome alcohólico fetal ni condiciones genéticas, ni un cociente intelectual menor de 80. Los dividieron en grupos de adopción temprana (antes de los 12 meses) y adopción tardía (después del año de edad). Utilizaron una muestra control de 65 adolescentes no adoptados con historia de buenos tratos en la infancia. Los niños adoptados mostraban alteraciones estructurales y funcionales en áreas cerebrales fundamentales: en el hipocampo, en el lóbulo prefrontal y en la amígdala, en comparación con el grupo de niños no adoptados. Pero lo más importante es que no encontraron diferencias en la afectación entre los chicos adoptados poco después del primer año de edad y los jóvenes de adopción tardía (posterior al segundo año de edad). Estos hallazgos muestran el primer año de vida como un periodo crítico en el desarrollo infantil. Parece que, cuando las experiencias de maltrato se producen en el primer año de vida, no hay diferencias en la duración de la adversidad a largo plazo.

Diversas investigaciones confirman que, independientemente de la edad de inicio, el maltrato adolescente es igualmente de perjudicial que el maltrato durante la infancia (Stewart, Livingston, & Dennison, 2008; Thornberry et al., 2001). En el mencionado estudio de Thornberry et al., (2001), se llevó a cabo una investigación longitudinal con una muestra de 736 jóvenes, para examinar si el momento del maltrato tuvo un impacto diferencial en los resultados de los adolescentes. Los autores clasificaron a los jóvenes con experiencias de maltrato en cuatro categorías: maltrato en la primera infancia (desde el nacimiento hasta los 5 años), maltrato en la infancia tardía (6-11 años),

maltrato adolescente (12-17 años) y maltrato persistente (experiencias de maltrato tanto en la infancia como en la adolescencia). Se identificó un quinto grupo de niños que no fueron maltratados. Los resultados mostraron que experimentar maltrato durante la infancia tardía duplicó las probabilidades de delincuencia en la adolescencia temprana. Experimentar maltrato sólo durante la adolescencia aumentó las probabilidades de delincuencia en la adolescencia temprana (de 14 a 16 años) en más de 4 veces y en la adolescencia casi 3 veces. Jóvenes maltratados durante la infancia y la adolescencia (maltrato persistente), aunque no tenían un riesgo significativo de delincuencia en la adolescencia temprana, presentaban un riesgo particularmente alto de delincuencia en la adolescencia tardía. Los hallazgos fueron similares al analizar otro tipo de dificultades como problemas de internalización, fracaso escolar y actividad sexual precoz. Smith y cols. (2005) ampliaron este trabajo examinando las consecuencias del maltrato en la edad adulta temprana. Controlando las características sociodemográficas y los niveles previos de conducta problemática, encontraron que cualquier tipo de maltrato durante la adolescencia aumentó las probabilidades de comportamientos delictivos y violentos, así como el uso ilícito de drogas en la edad adulta joven (entre 20-22 años). Los resultados de al menos estos estudios parecen sugerir que el maltrato en la adolescencia tiene un peso igual de relevante que el maltrato temprano en el desarrollo de conductas desreguladas posteriores (delitos, violencia y agresiones).

1.4. La magnitud del fenómeno: datos y estadísticas

Obtener cifras exactas sobre la prevalencia e incidencia del maltrato infantil en general, y en el ámbito familiar en concreto, resulta muy complicado. El boletín informativo del Innocenti Research Center (UNICEF, 2005) destaca cinco problemáticas de este tipo de investigaciones que dificultan la construcción de cualquier evaluación nacional o regional precisa sobre la victimización infantil.

- a) Amplia disparidad entre países respecto a la calidad y alcance de los estudios. Muy pocos países ofrecen estadísticas oficiales sobre todas las formas de violencia experimentada por los niños.

b) Falta de datos internacionalmente comparables. La comparación entre datos disponibles de distintos países no es a menudo posible debido a diferencias en el uso de definiciones de términos clave y los métodos de recolección de datos. En un estudio de seguimiento que analizó las tendencias y variaciones de los informes sobre maltrato e indicadores relacionados en seis países, Gilbert et al. (2011) documentaron diferencias de 5-10 veces en las tasas de investigaciones sin variación correspondiente en las tasas de lesiones relacionadas con el maltrato o muerte violenta.

c) Limitaciones de las estadísticas oficiales. La detección supone uno de los grandes desafíos, al ser fundamentalmente una situación que se produce en la intimidad del hogar familiar. Las dinámicas traumatogénicas propias del maltrato en muchas ocasiones impiden la denuncia por parte de las víctimas, a lo que se suma la reconocida insuficiente formación por parte de profesionales de los servicios de atención primaria para detectar indicadores de maltrato y abuso (OMS, 2014). Por ello que las estadísticas oficiales representan mayoritariamente los casos extremos y más graves que hayan requerido de una intervención por parte del Estado. Esto supone invariablemente solo la punta del iceberg.

d) Visión compartimentada de la violencia. Los estudios generalmente se centran en formas específicas de maltrato aislado, sin tener muy en cuenta las asociaciones entre estas formas de violencia o el hecho de que los niños frecuentemente experimentan múltiples formas de maltrato. Pocas investigaciones toman un acercamiento más holístico.

e) Falta de investigación con niños. Hay relativamente pocos estudios en los que se haya preguntado a los propios niños sobre sus experiencias y puntos de vista relacionados con la violencia. Lo más común son las investigaciones de carácter retrospectivo donde se pregunta sobre las experiencias de la infancia a los adultos, con los sesgos que ello comporta.

Todas estas variables explican por qué es difícil saber cuál es la dimensión real del problema y la diversidad de cifras que ofrece este fenómeno. A modo de ejemplo, en un estudio sobre prevalencia de abuso sexual entre estudiantes universitarios en los

EE. UU (Cawson, Wattam, Brooker, & Kelly, 2000), se evidenció una variabilidad entre el 4 % y 60 % en la prevalencia del abuso sexual, dependiendo del uso de definiciones más rigurosas (penetración/masturbación, coercitiva/diferencia de edad con agresor) o más amplias (cualquier interacción sexual no deseada antes de los 18 años). He aquí la importancia de las definiciones.

En cualquier caso, sí se pueden revisar los estudios y datos disponibles hasta la fecha y extraer conclusiones, para compararlas con las realizadas en nuestro país.

Uno de los estudios de referencia en todo el mundo es el realizado por Creighton (2004) quien revisó los informes de incidencia de maltrato infantil facilitados por las diferentes administraciones en Inglaterra, Estados Unidos y Australia entre 1998 y 2003. Encontró que la incidencia de maltrato infantil oscilaba entre tasas de 2,7 por mil niños en Inglaterra hasta tasas del 12,4 por mil en Estados Unidos.

Cabe señalar que los Estados Unidos fueron los primeros en realizar estudios epidemiológicos con rigor científico. El Estudio Nacional de Incidencia (en inglés National Incidence Study o NIS) es un esfuerzo periódico del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Hasta la fecha se realizaron cuatro estudios principales sobre la incidencia del maltrato infantil (NIS1, NIS2, NIS3 y NIS4) realizados en 1980, 1986, 1993 y 2006 (Sedlak et al., 2009; Sedlak & Broadhurst, 2001).

Tabla 3. Cambios en las tasas de maltrato según estudios NIS1, NIS2, NIS3 y NIS4

<i>Año recogida de datos y año de publicación</i>	<i>Número de niños</i>	<i>Tasa por 1000 niños</i>
(1979-1980) 1981	625 100	9,8
(1986-1987) 1988	931 000	14,8
(1993-1995) 1996	1 553 800	23,1
(2004-2006) 2010	1 256 600	17,1

A diferencia del dramático aumento de la incidencia del maltrato que ocurrió entre el NIS-2 y el NIS-3, donde la tasa aumentó en un 56 %, el NIS-4 revela un cambio menor en la dirección opuesta. Los últimos resultados reflejan una disminución del 19 % en el número total de niños maltratados desde 1993.

Las estadísticas más recientes, aunque sin tanto rigor científico, son las ofrecidas por el Departamento de Justicia y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedad, que analiza la incidencia del maltrato a través de las Encuestas Nacionales sobre Exposición a la Violencia de los Niños (National Survey of Children's Exposure to Violence, NatSCEV), hasta la fecha el NatSCEV I, (2008) y el NatSCEV II (2013). Este último estudio (NatSCEV II), que recogió una muestra de población general de 4503 niños y jóvenes entre 1 mes y 17 años de edad, encontró que el 13,8 % experimentó tal maltrato en el último año. Es decir, en la actualidad, 1 de cada 4 niños americanos experimentan algún tipo de maltrato infantil en sus vidas.

En España se han publicado varias investigaciones que tratan de realizar un análisis epidemiológico sobre el alcance del problema en nuestra sociedad. Resulta casi imposible poder comparar estos estudios debido a la gran diversidad en los criterios, las fuentes de información y la metodología utilizada en su elaboración. La mayoría de estos estudios, aunque no todos, se basan en población atendida y expedientes de los servicios sociales.

Tabla 4. Resumen de los principales estudios epidemiológicos sobre maltrato infantil intrafamiliar en España 1995-2016

<i>Año de publicación</i>	<i>Autores</i>
1995	Saldaña, Jiménez y Oliva (1995). "El maltrato infantil en España: un estudio a través de los expedientes de menores".
1995	Palacios (1995). "Los datos del maltrato infantil en España: una visión de conjunto".
1997-1998	Centro Reina Sofía (2002): "Maltrato infantil en la familia en España" (1997/1998)".
2004-2007	Centro Reina Sofía (2008): "Menores asesinados por sus padres en España
2006	Fundación ANAR. "Doce años de violencia a menores: maltrato, abandono y abuso sexual desde 1994-2005".
2008	Centro Reina Sofía (2008) maltrato infantil en la familia en España.
1997-2016	Boletín nº 11. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia (Datos de 2008).
	Boletín nº 12. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia (Datos de 2009).
	Boletín nº 14. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia (Datos de 2011).

	Boletín nº 15. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia (Datos de 2012).
	Boletín nº 16. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia (Datos de 2013).
	Boletín nº 17. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia (Datos de 2014).
En Cataluña	
1991	Inglés, (1991): “Els maltractaments infantils a Catalunya. Estudi global i balance de la seva situació actual”.
2000	Inglés, y cols. (2000): “El maltractament d’infants a Catalunya. Quants? Com? Per què?”.

El estudio de Saldaña y cols. (1995) fue el primero que ofreció datos sobre la situación del maltrato infantil en España. A través del análisis de los expedientes abiertos por los servicios de protección a la infancia durante los años 1991-1992 (un total de 32 483) se encontraron un total de 8565 casos en los que existía maltrato intrafamiliar. Esto se correspondía a una media anual del 0,44 por mil niños.

El estudio del centro Reina Sofía en el año 2002 obtuvo resultados muy similares. Se analizaron un total de 32 741 expedientes de menores incoados por los servicios sociales entre los años 1997 y 1998. Los resultados mostraron la existencia de 11 148 menores víctimas de maltrato en el ámbito familiar, es decir, una tasa de 7,16 de cada 10 000 menores.

En el 2008, la misma institución realizó otro estudio de alcance nacional a través de entrevistas telefónicas a psicopedagogos y responsables de guarderías y colegios, entrevistas personales a familiares de menores de 0 a 17 años y autoinformes a menores de 8 a 17 años. El 21,60 % de los encuestados declaró haber maltratado a algún menor (entre 0-7 años) de su entorno familiar, aunque ningún referente reconoció haber abusado sexualmente de un menor de su entorno. Respecto a los autoinformes de niños entre 8 y 17 años, el 4,25 % declaró haber sido maltratado en el ámbito familiar.

En Andalucía, el estudio de Jiménez y cols. (1995) encontró una total de 29 758 casos detectados de maltrato, lo que suponía entre un 14 por mil y un 15,9 por mil de casos de malos tratos en esta comunidad.

En Cataluña, el estudio de Inglés (1991) detectó un total de 7590 niños maltratados, lo que supone un 5,09 por mil de la población infantil catalana entre 0 y 16 años. De forma orientativa se pueden tener en cuenta las cifras que ofrece el Observatorio de la Infancia (órgano adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), a través del boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia (EBMPI). Los boletines recogen las medidas tomadas por los servicios de protección a la infancia de todas las comunidades autónomas, de acuerdo con lo establecido por la ley estatal de protección a la infancia (Código Civil y Ley Orgánica 1/1996).

El número de expedientes abiertos permite realizar una estimación de la cantidad de niños que están bajo medidas de protección, pero solo de forma orientativa, ya que estas cifras no coinciden exactamente con el número de menores que, de facto, están bajo alguna medida de protección. Esto se debe a que un mismo menor puede tener más de un expediente abierto, según el tipo de registro que lleve a cabo la administración regional y los protocolos de apertura de expedientes en cada comunidad y ciudad autónoma. Además, estas estadísticas no distinguen si el desamparo del menor se produce a causa del incumplimiento o bien del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por la ley por parte de los padres/tutores. En este caso, las situaciones derivadas del imposible cumplimiento por parte de los padres (fallecimiento, encarcelamiento o enfermedad incapacitante) no se refieren a maltrato infantil intrafamiliar, por lo que los datos que se ofrecen presentan este sesgo.

A pesar de las limitaciones anteriores, sí se pueden extraer algunas conclusiones del análisis de las estadísticas y compararlas con años anteriores.

- ❖ Según los datos más recientes, en España durante el año 2014 hubo 42 521 expedientes abiertos a menores como consecuencia de alguna medida de protección. Esto supone que 483 niños de cada cien mil están bajo alguna medida de protección. Estas cifras se mantienen muy similares a los años anteriores.
- ❖ Se observa una disminución constante en el número de tutelas *ex lege* desde el año 2010. En cuanto a las guardas, el ligero descenso de su número que se venía observando desde 2010 se mantiene en el año 2014, con la excepción de los datos de 2013, claramente divergentes.

- ❖ Destaca el importante aumento del número de menores en situación de estudio o con medida de apoyo previo a dictarse medida protectora. El total pasa de 7157 en 2013 a 11 023 en 2014.

Por tipos de maltrato

Las tipologías de maltrato más frecuentes son la negligencia, en torno al 70-80 % de los casos, y el maltrato emocional, alrededor del 50 %. Contrario al imaginario social, el porcentaje de maltrato físico es muy inferior al resto de tipologías, a menudo detectado aproximadamente en el 30 % de los casos (Creighton, 2004). Además, las investigaciones coinciden en señalar una alta comorbilidad entre los distintos tipos de maltrato, por lo general el 55 % de los niños y niñas padecían más de un tipo de maltrato. La combinación más frecuente fue la negligencia y el maltrato emocional.

La evolución de las estadísticas realizadas en Estados Unidos sobre incidencia nacional de los tipos de maltrato infantil muestra que el 61 % de los niños fueron víctimas de negligencia, el 58 % sufrieron maltrato físico, el 27 % maltrato emocional y el 24 % sufrió abuso sexual. Otro dato interesante que ofrece el estudio se refiere a un aumento en la tasa de incidencia en la negligencia: señala que el riesgo de un niño de sufrir negligencia en 2005-2006 fue 1,4 veces mayor que el riesgo de sufrir el mismo maltrato en 1986.

Tabla 5. Frecuencia de tipos de maltrato en el NIS1, NIS2, NIS3 y NIS4

<i>Año de recogida de los datos</i>	<i>Abuso físico</i>	<i>Negligencia</i>	<i>Abuso sexual</i>	<i>Maltrato emocional</i>
(1979-1980)	3,1	4,9	0,7	2,1
(1986 -1987)	4,3	7,5	1,9	2,5
(1993-1995)	5,7	13,1	3,2	3,0
(2004-2006)	4,4	10,5	1,8	2,0

En España los estudios reflejan resultados bastante similares. El primer estudio nacional (Saldaña y cols., 1995) mostró que un 79 % de los malos tratos fueron debido a negligencia, seguidos del maltrato emocional (42,5 %) y el maltrato físico (30,1 %). El

maltrato prenatal (5 %) fue más frecuente que el abuso sexual, que tuvo una prevalencia del 4 % de la muestra total, similar a la explotación laboral y la corrupción. El estudio del 2002 confirma este patrón: la negligencia apareció en un 86,37 % de los casos analizados, seguido del maltrato psicológico (35,38 %), el maltrato físico (19,91 %) y por último el abuso sexual (3,55 %). El estudio realizado por la fundación ANAR (Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo) en el 2006, basado en las llamadas realizadas al teléfono de atención al menor, señaló que el tipo de maltrato más denunciado por los niños y niñas fue el maltrato físico (58,86 %) seguido del abuso sexual (30,32 %) el maltrato psicológico (7,69 %) y el abandono (3,11 %).

Dentro de las consecuencias más graves del maltrato familiar infantil están los homicidios de menores a manos de sus propios progenitores, y que en muchos de los casos suelen ir precedidos de anteriores episodios de malos tratos. La OMS calcula que, en 2002, alrededor de 53 000 niños y niñas murieron en todo el mundo como consecuencia de homicidios. El NIS4 en Estados Unidos estimó que entre 2005 y 2006 murieron alrededor de 2400 niños como resultado del maltrato infantil intrafamiliar. Esto refleja una tasa de incidencia de 0,03 por cada 1000 niños, lo que equivale a un niño por cada 33 300, en la población infantil de los Estados Unidos. Un estudio pionero realizado en España sobre 31 sentencias judiciales de casos de filicidio con 42 víctimas, concluye que el mayor riesgo de sufrir filicidio se concentra en los menores de tres años. El 19 % se produce como venganza del agresor contra el cónyuge. El estudio indica que los niños menores de tres años son los que más sufren filicidio (38,1 %), seguidos de los de tres a seis años (19 %).

La edad

En cuanto a la edad del maltrato, los niños menores de un año presentan un mayor riesgo de sufrir maltrato. Las estadísticas mundiales revelan que más del 60 % de los niños que sufren maltrato pertenecen a la edad escolar (Pinheiro, 2006). En 2012 en EE. UU., el 27 % de las víctimas eran menores de 3 años, el 20 % tenía entre 3 y 5 años, y los niños menores de 1 año tenían la tasa más alta de victimización (21,9 por cada 1000). Los datos más recientes en Estados Unidos señalan que en el 2014 más de un cuarto (27,4 %) de las víctimas eran menores de 3 años. La tasa de victimización fue mayor en niños menores de 1 año (24,4 por 1000 niños en la población de la misma

edad). Las víctimas de 1 y 2 años de edad tenían tasas de victimización de 12,3 y 11,6 víctimas respectivamente por cada 1000 niños de esas edades en la población (U.S. DHHS, 2014). Por otro lado, se constata que los bebés y los niños o niñas pequeños tienen mayor probabilidad de ser víctimas de violencia por parte de sus cuidadores primarios y otros miembros de la familia, debido a su dependencia y sus limitadas interacciones sociales fuera del hogar (UNICEF, 2005).

En España, el estudio de Saldaña y cols. (1995) señaló que existía un número significativamente alto de expedientes abiertos por maltrato sobre los más pequeños, especialmente los menores de un año. La tasa disminuye notablemente a partir de los 13 años. El estudio realizado en Cataluña sobre maltrato infantil (Inglés, 2000) encuentra que entre los 10 y los 15 años se concentran el 36,7 % de los casos detectados. Ambos datos contrastan con los resultados de la base de datos RUMI (2014) sobre notificaciones de sospechas de maltrato infantil, que señaló que cuanto más pequeño es el niño, más difícil resulta la detección del maltrato familiar. Según los datos, el grupo de edad 11-14 es el que más notificaciones registra, tanto por sexo como por gravedad.

Por sexo

En líneas generales, las investigaciones muestran que no existen grandes diferencias entre los porcentajes de menores maltratados según el sexo. Los estudios americanos revelan un porcentaje global levemente superior de chicas que de chicos víctimas que no llega a ser significativo (50,7 % y 48,9 % respectivamente). En relación con las diferencias de género, el estudio de Saldaña y cols. (1995) apuntaba que los niños parecen tener mayor riesgo de sufrir violencia física que las niñas, mientras las niñas tienen mayor riesgo de sufrir trato negligente y violencia sexual. En el estudio realizado en Cataluña (Inglés, 2000), el porcentaje de chicos maltratados fue ligeramente superior a las chicas (54,1 % frente 45,9 %).

1.5. El maltrato infantil en la legislación

El tratamiento legal que se le da al fenómeno del maltrato infantil en el Estado español incluye desde el punto de vista jurídico dos posibles caminos para regular las conductas maltratantes (Merín, 1990). Por un lado, se encuentra el marco normativo con el texto constitucional y las normas en el Código Civil cuya finalidad es la protección y la ayuda para la superación del daño causado en la víctima menor de edad. Por otro lado, desde el ámbito penal, se censura y se penaliza las conductas del agresor. Por tanto, nuestro marco jurídico en relación con la protección de la infancia incluye las siguientes disposiciones:

Constitución 1978

Ley 21/1987, (llamada de adopción) de 11 de noviembre

Convención de los derechos del niño de 1.989

Ley orgánica 1/1996, de protección jurídica del menor

Código Civil, redacción según reformas de 1987 y 1996

Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia

La Constitución de 1978 no incluye un bloque de disposiciones específico para el reglamento jurídico en la infancia. La regulación jurídica de los menores de edad, en tanto personas, se presuponen en el catálogo de derechos fundamentales y libertades públicas. El artículo 39 recoge una mención específica a la infancia, ya que regula la protección debida a los hijos en particular y a los niños en general. Al igual que los demás textos internacionales, nuestra constitución sitúa a los progenitores como primeros responsables de la crianza y desarrollo de los hijos e hijas. Únicamente y de manera subsidiaria el Estado asumirá los deberes y las cargas que implican la asistencia y la educación de los menores. (Merín, 1990). En el texto constitucional también se regula la competencia de las comunidades autónomas en términos de protección a la infancia a través, de los estatutos de autonomía. Los estatutos de autonomía de Cataluña, el País Vasco y Andalucía recogen de forma específica y unitaria la atribución de competencias en materia de atención y protección de la infancia y la adolescencia.

La Ley 21/1987 fundó las bases de nuestro sistema de protección infantil actual al modificar el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de infancia (Merín, 1993). Algunos de los aportes fundamentales que hace son:

- Se establece como principio orientador el interés del menor, lo cual implica, entre otras cosas, que los poderes públicos tienen una responsabilidad frente al menor, que es garantizar que su interés sea prevalente sobre cualquier otro legítimo concurrente y equivalente. Es decir, se abre las puertas para la intervención social cuando se detecten situaciones de maltrato infantil incluso en un ámbito tan privado como el de la familia.
- Se sustituye el concepto de abandono por el de desamparo, como elemento central para la protección jurídica ante cualquier situación de maltrato. También se crea la tutela por ministerio de la ley para velar por el interés y cuidado del menor en todo momento.
- Se produce la regulación jurídica de la adopción (nacional) y se incorpora la figura del acogimiento familiar.
- Se establece la supervisión de toda la actuación de la Administración Pública por parte del Ministerio Fiscal, el cual se configura como eje vertebrador de la protección socio-jurídica de los menores de edad, en todas sus vertientes.

A raíz de esta ley, y de la descentralización y el traspaso de competencias a las comunidades autónomas, surgió la necesidad en casi todas las comunidades de establecer normas que regularan los procedimientos y la organización de los distintos recursos al servicio de la protección infantil. Con la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, continuó la transformación del sistema de protección. Los aportes más significativos fueron:

- Diferenciación entre situaciones de riesgo y desamparo. A partir de este momento, la clasificación de situaciones de gravedad en casos de maltrato infantil en el ámbito familiar tendrá dos categorías: maltrato leve o moderado (que incluye las situaciones de riesgo) y maltrato grave (en la que se han de incluir las situaciones que impliquen desamparo).
- Incorporación de los contenidos del Convenio de la Haya en materia de adopción internacional.

Entre 1996 y 2004, hay una ausencia de producción normativa que afectará al sistema en su conjunto (Palacios, 2003). La única transformación significativa posterior aparece escondida en una disposición final de la Ley 54/2007 de Adopción Internacional, con plazos para plantear la revocación de la declaración de desamparo.

A partir del año 2006 se comienza un nuevo proceso de reforma del sistema de protección (Moreno-Torres, 2015). Se creó una mesa en el Senado específicamente para el estudio sobre la adopción y los temas afines, que estuvo trabajando durante casi ocho años. Intervinieron, además de juristas, profesionales de distintos y variados ámbitos relacionados con los menores: médicos, académicos, maestros, clínicos, técnicos de la Administración, referentes de asociaciones e instituciones especializadas, etc. Esto supuso, por primera vez, un intento para que aspectos educativos, psicológicos o sociales se integrasen en la redacción de los textos legales. En la página web del Senado se puede consultar una copia de todas las comparecencias.

El resultado de este largo proceso legislativo han sido dos leyes: Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia (en adelante Ley Orgánica 8/2015) y ley 26/2015, de 28 de julio, de Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia. Todo lo que afecte a derechos fundamentales y libertades públicas debe ser aprobado por ley orgánica. Las demás cuestiones han sido reguladas por ley ordinaria. Así, la Ley Orgánica 8/2015 regula cuestiones como el internamiento en centros en casos de trastorno de conducta o la entrada en domicilio para la ejecución de medidas de protección, por afectar a la libertad y derechos fundamentales de los menores y sus familias (Moreno-Torres, 2015). Los principios rectores de esta ley, son principalmente dos:

- a) Se prioriza la estabilidad del menor. A pesar de que el principio de estabilidad (medidas permanentes frente a medidas temporales) ya estaba presente en la ley 1996, han sido varios los estudios que han señalado repetidamente los altos niveles de incertidumbre a los que se enfrentan los niños y los adolescentes que ingresan en el sistema de protección (Fernandez y De Valle, 2015; López y cols., 2010). Es esta necesidad la que se intenta plasmar en la ley al favorecer medidas para promover la efectiva integración desarrollo del menor en

la sociedad, así como de minimizar los riesgos que cualquier cambio de situación material o emocional pueda ocasionar en su personalidad y desarrollo futuro.

b) Se da prioridad a que el niño o niña adolescente desarrolle su vida en un entorno familiar adecuado y libre de violencia. Esto implica favorecer intervenciones que permitan la permanencia del menor en su familia de origen (programas de apoyo familiar, por ejemplo), intervenciones que permitan detectar situaciones de riesgo más eficazmente y establecer protocolos de retorno adecuados cuando sea posible, e intervenciones que prioricen un acogimiento familiar frente a un acogimiento residencial, en los casos en los que fuera imposible la convivencia con la familia biológica.

Estos principios rectores dieron lugar a modificaciones importantes en el sistema de protección:

a) Regulación más completa de las situaciones de riesgo: La evaluación del riesgo en que puedan encontrarse los menores se considera de suma importancia para evitar que las posibles situaciones de maltrato se agraven, así como disminuir la adopción de decisiones más traumáticas y de mayor coste, como la separación del menor de su familia. En este marco, se regula igualmente el riesgo prenatal, con el objetivo de evitar con posterioridad una eventual declaración de situación de riesgo o desamparo del recién nacido.

b) Regulación del desamparo: Se completa la definición de la situación de desamparo regulada en el artículo 172 del Código Civil, estableciendo las circunstancias que la determinan, con lo que se introduce una importante clarificación y unificación de criterios para su declaración.

c) Revisión del acogimiento familiar: Se simplifica la constitución del acogimiento familiar, equiparándolo al residencial. En caso de acordarse una medida de protección, se dará prioridad al acogimiento familiar respecto al residencial, de forma acentuada cuando son menores de seis años, y de forma aún más señalada e imprescindible si son menores de tres años.

En los casos de guarda o tutela administrativa del menor, se especifica

- La obligación de las entidades públicas de revisar, en plazos concretos, las medidas de protección adoptadas. Por primera vez en la legislación estatal se

recoge la obligatoriedad de que todo menor en situación de riesgo tenga un proyecto de intervención social y educativa, y todo menor en guarda o desamparo tenga un plan individualizado de protección que marque los plazos y la periodicidad de la revisión de las intervenciones que se estén llevando a cabo.

- La responsabilidad de los técnicos de elaborar un plan individual en el que se incluye un programa de reintegración familiar, cuando se haya valorado que es posible. Se incorporan los criterios para decidir si la reintegración familiar procede en interés superior del menor, entre los que destacan el paso del tiempo o la integración en la familia de acogida. Cuando el menor hubiera sido separado de su núcleo familiar, se valorarán las posibilidades y conveniencia de que retorne, teniendo en cuenta la evolución de la familia desde que se adoptó la medida protectora y primando siempre el interés y las necesidades del menor sobre las de la familia.

- Toda persona tiene el deber de poner en conocimiento (se omite la palabra denuncia) del Ministerio Fiscal los delitos contra la libertad o indemnidad sexual, tráfico de seres humanos o de explotación de menores de los que tenga noticia.

Respecto a Cataluña, a través del Estatuto de Autonomía de 1979, la comunidad asumió los servicios de protección a la infancia. Según la normativa actual, son competencia de la Generalitat de Cataluña los aspectos relacionados con el derecho civil y la protección de menores. Esta competencia es completa e incluye cualquier previsión relativa a organización, mecanismos e instituciones jurídicas de protección (desamparo, situaciones de riesgo, medidas de protección). En materia de la legislación procesal, la competencia corresponde en exclusiva al Estado. En materia de derechos y libertades fundamentales, la competencia corresponde en exclusiva al Estado. Este desarrollo incluye la regulación de la restricción de derechos fundamentales y libertades públicas (como la libertad, la integridad física, la intimidad). Desde entonces se han desarrollado varias leyes sobre la materia, entre las que destacan las siguientes:

- Ley 11/1985, de 13 de junio, de protección de menores. Con esta ley, Cataluña fue la primera comunidad autónoma de España que aprobó una

regulación (ajustada a los principios constitucionales) de la protección de los menores desamparados y de los que manifiestan conductas de riesgo social.

— Ley 37/1991, de 30 de diciembre, sobre medidas de protección de los menores desamparados y de la adopción. Esta fue una ley específica para la protección de los menores en situación de desamparo, de carácter básicamente civil. Se asumió el principio de legitimación, por el que el órgano administrativo puede intervenir (sin necesidad de previa decisión judicial) en situación de riesgo y de los menores infractores. Las funciones tutelares las asume la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (en adelante, DGAIA). Se introdujo la diferencia entre acogimiento simple, en sus dos modalidades (simple en familia extensa o ajena y en institución) y acogimiento preadoptivo, entre otras.

— Ley 8/1995, de 27 de julio, de atención y protección de los menores y los adolescentes y de modificación de la Ley 37/1991. Se incorpora la filosofía de la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, en la medida en que contenía un catálogo de derechos del menor en los distintos ámbitos y sectores sociales, y de actividades en que los menores participaban y tenían intereses. Se trataba, esencialmente, de una ley de reconocimiento de derechos y de formulación de políticas públicas para con la infancia y la adolescencia.

— Ley 9/1998, de 15 de julio, del código de familia. Se incorporaron aspectos relativos a la adopción de menores y, en menor medida, a la declaración de desamparo.

— Ley 27/2001, de 31 de diciembre, de justicia juvenil, y Ley 8/2002, de 27 de mayo, de modificación de la Ley 37/1991, de 30 de diciembre, sobre medidas de protección de los menores desamparados y de la adopción, y de la regulación de la atención especial a los adolescentes con conductas de alto riesgo social. La Ley 27/2001 sigue en vigor.

— La Ley 8/2002 incorporó a la Ley 37/1991 dos nuevos apartados a su artículo 2 (en los que se regulaban las causas que motivan la declaración de

desamparo), un artículo 5 bis (para introducir nuevas medidas de protección) y dos capítulos (uno relativo a la atención especial a la población adolescente que presente conductas de alto riesgo social y otro relacionado con el estatuto de las personas menores de edad acogidas en centros).

— Ley 18/2003, de 4 de julio, de apoyo a las familias (DOGC núm. 3926, de 16.7.2003): esta Ley, aún vigente y de carácter meramente social, se aprobó con el objetivo de establecer las bases y las medidas necesarias para desarrollar una verdadera política de apoyo y protección a las familias.

— La Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y oportunidades en la infancia y la adolescencia (a partir de ahora LDOIA). Los puntos que revisten más importancia están recogidos en el título quinto y se refieren a: a) se consolida la distinción entre las situaciones de desamparo y las de riesgo y b) se opta por poner el acento en el trabajo de recuperación familiar y se deja la ejecución de la separación forzosa para las situaciones más graves que deben conllevar el desamparo.

2. APORTES DE LOS ENFOQUES COGNITIVO-CONSTRUCTIVISTA EN EL ESTUDIO DEL TRAUMA RELACIONAL

No vemos las cosas como son, las vemos como somos.

ANAÏS NIN

2.1. La necesidad de ampliar la mirada

Las consecuencias de la violencia familiar representan un fenómeno complejo, pues no todos los jóvenes afectados desarrollan las mismas respuestas de afrontamiento o vulnerabilidad. Hoy en día, se reconoce que estas diferencias entre los patrones de respuesta tienen que ver no sólo con las variables más objetivas como el tipo, la duración o la intensidad del maltrato, sino también con las características de la persona, las particularidades únicas de la experiencia y los factores contextuales post-trauma . Así lo recoge gran parte de la investigación sobre el impacto de la violencia interpersonal, que encuentra de forma sistemática que las atribuciones asociadas a la experiencia son tan importantes para determinar la naturaleza y la gravedad de las consecuencias psicológicas como las propias características del trauma (Weaver y Clum, 1995). De la misma forma, cuando se compara el maltrato infantil con otras experiencias traumáticas hay evidencias acumuladas que señalan que la violencia perpetuada por los cuidadores tiene consecuencias más severas y nocivas a largo plazo que otro tipo de experiencias traumáticas no relacionales tales como los accidentes de tráfico o las catástrofes naturales

Los hallazgos anteriores han provocado que en los últimos años se haya propuesto algunas teorías que hacen un mayor hincapié en los factores moduladores de tipo cognitivo. Vivir malos tratos en la infancia es quizá una de las situaciones que más transforma la vida de una persona. Este tipo de vivencias suponen un cambio de esquemas cognitivos (creencias) y del modo en que uno enfrenta la realidad. Sin quitar un ápice de la gravedad y horror de estas experiencias, no podemos dejar de resaltar que es en situaciones extremas, cuando el ser humano tiene la oportunidad de volver a construir su forma de entender el mundo y su sistema de valores, tiene la oportunidad

de replantear su concepción del mundo y de modificar sus creencias, de manera que en esta reconstrucción puede darse, y de hecho se da en muchos casos, un aprendizaje y un crecimiento personal.

Como señalábamos en la introducción, a lo largo de los años, varios autores han utilizado conceptos similares para proponer la existencia de un sistema de creencias básicas sobre cómo funciona el mundo y lo que podemos esperar de los otros y de uno mismo. Parkes (1975) usó el término “*assumptive world*”; Bolwby (1969, 1973) se refirió a los “modelos internos de trabajo”, y Marris (1996) empleó en sus escritos las “estructuras de significado”. El término *worldviews* en inglés (cosmovisión en castellano) se refiere al conjunto de estas creencias interrelacionadas y suposiciones que describen la realidad (Blevins, Wusik, Sullivan, Jones, & Hughes, 2015). Esta cosmovisión abarca los supuestos sobre una variedad heterogénea de temas, incluyendo la naturaleza humana, el significado y la naturaleza de la vida, y la composición del universo mismo, por nombrar sólo algunas cuestiones. En el sentido más amplio, podríamos considerar que la cosmovisión es la lente interpretativa que uno usa para entender la realidad y la propia existencia dentro de ella.

En la literatura de las ciencias sociales y de la psicología, a menudo encontramos este concepto bajo otros nombres, como, por ejemplo, valores o esquemas. Lo común, lo que comparten estas disciplinas, es considerar que este sistema de creencias (o *worldviews*) es la base que proporciona los fundamentos epistemológicos y ontológicos a los valores, ideas y actuaciones del ser humano (Koltko-Rivera, 2004b), es decir, la suposición de que la cognición y el comportamiento humano están poderosamente influenciados por conjuntos de creencias acerca de la vida y la realidad. Los seres humanos vamos creando nuestro sistema básico de creencias, o representaciones de la realidad, a través de la evaluación y reevaluación de los significados sociales personales y colectivos, influidos por nuestras experiencias vitales primarias y posteriores (Rimé, 2008). Epstein (1994) postula que este sistema de creencias se organiza de forma jerárquica, diferenciando entre las creencias centrales y las específicas. “Soy una persona competente y valiosa o el mundo es un lugar seguro” se consideran supuestos básicos, pues se refieren a características generales de la persona, el entorno o los otros,

mientras que “Soy buen jugador de fútbol o voy a tener suerte en mi día” hace referencia a una habilidad o momento específico.

Las experiencias de violencia familiar pueden influir en la construcción de nuestras creencias básicas y el modo en que uno enfrenta la realidad. Estas vivencias, en tanto fenómenos relacionales y contextualizados, implican procesos de afrontamiento individuales como la construcción de una explicación causal, la interpretación de los hechos, el desarrollo de atribuciones o la construcción de determinadas expectativas posteriores. Para los adolescentes expuestos a malos tratos en la familia, las agresiones recibidas por los cuidadores podrían reforzar la creencia básica de que la violencia es una parte intrínseca de la vida, forma parte de la rutina del día a día y por tanto el mundo se concibe como un lugar menos seguro y más peligroso. Ocurriría lo que Gilfus (1999) sugiere al señalar que determinados contextos vitales pueden impedir que lleguen a desarrollar las nociones de seguridad o justicia en el mundo. Asimismo, la exposición a experiencias despreciativas o denigrantes por parte de las figuras de referencia puede llevar a los niños a concluir que un aspecto inherente a su identidad justifica su poca valía personal y la ausencia de cuidados ante sus necesidades (Donovan & Brassard, 2011). Este conjunto de creencias, donde se incluye la confianza, la seguridad y la protección, son supuestos básicos más nucleares a la identidad que por ejemplo las creencias sobre predictibilidad o sentido de justicia del mundo, que se asocian a experiencias extremas como las catástrofes o los accidentes de tráfico.

Varios modelos teóricos abordan las relaciones entre el trauma y su impacto en el sistema de creencias básico, relacionándolo con los procesos cognitivos. Aunque los modelos y las teorías difieren, comparten un foco emergente en el impacto del maltrato familiar en el desarrollo un sistema de creencias básico. Es más, encontramos que con frecuencia estos acercamientos teóricos se han focalizado en (grandes o pequeñas) parcelas de estudio, a las que se ha adecuado una metodología y un tratamiento específico de los datos. Sin embargo, las diferencias entre las teorías son más de énfasis, de sensibilidades teóricas y de metodología que de aspectos esenciales acerca de la explicación del fenómeno.

Conscientes de que la complejidad del tema que nos ocupa requiere de cierta complementariedad teórica, en la primera parte del capítulo optamos por ofrecer un marco teórico integrado por distintos enfoques y modelos, que aunque no se trata de una revisión exhaustiva, sí busca describir las aportaciones teóricas principales en este campo. La segunda parte de este capítulo se centrará en analizar los resultados de las principales investigaciones empíricas que abordan el impacto de la violencia familiar en el sistema de creencias y las estrategias de afrontamiento de los adolescentes.

Conceptos básicos

Antes de comenzar con la revisión teórico-empírica, consideramos relevante aclarar la distinción entre lo que es cognición, creencia y representación mental. Lo haremos desde la perspectiva evolutiva, pues está exenta de las características y matices que han ido aportando las distintas teorías psicológicas (Dieguez, 2005). Esto con el objetivo de compartir unas definiciones básicas, lo más unificada posible sobre los términos que resultan clave en este estudio.

Comencemos por el término cognición. De acuerdo a las ciencias cognitivas (psicología cognitiva, neuropsicología, filosofía de la mente, etc.), se entiende por cognición el procesamiento o manipulación de información. Los seres vivos recogemos información de nuestro entorno como parte de un objetivo superior de adaptación y supervivencia. Esta recogida de información no la realizamos de forma pasiva, sino que es el resultado de un proceso en el que podemos transmitir, compartir y acumular esta información (Moreno, Umérez, & Ibáñez, 1997). De esta forma, llegamos a adaptaciones complejas que podrían considerarse como “conocimiento del medio”. Pero la cognición es más que la capacidad de registrar información, transformarla y responder a ella. La mayoría de los teóricos coinciden en que los organismos auténticamente cognitivos son aquellos que pueden desarrollar un sistema representacional interno que recoja la información del entorno (Rolls, 2001; Vélez, 2008). La capacidad de representación interna nos permite modular los *inputs* sensoriales, aprender y memorizar sobre la información que captamos del medio e incluso reaccionar de formas distintas ante los mismos estímulos experimentados en distintos momentos. Esta conexión entre la representación interna

de nuestro entorno y la manera en la que respondemos (conducta) está mediada por el significado que asociamos a nuestra representación. Es decir, a diferencia de un vegetal, los seres humanos somos capaces de interpretar los sucesos y de desarrollar creencias sobre nuestro entorno. En este sentido las creencias son una representación interna intensa sobre un conjunto de *inputs* sensoriales procedentes del entorno. Se consideran elaboraciones cognitivas sobre los eventos a los que se ha asociado una valencia emocional diferencial: creer es tomar algo como verdadero.

Desde el punto de vista neurobiológico, las representaciones mentales son patrones de activación neuronal susceptibles de ser almacenados e incluso de ser reproducidos en ciertos casos en ausencia del estímulo que los provocó, de modo que la información que portan puede ser recordada y usada en diferentes contextos (Rolls, 2001). No todo organismo que posea neuronas tiene representaciones mentales, ni toda activación neuronal está ligada a representaciones mentales. Las representaciones mentales están asociadas a la capacidad de objetividad, es decir, a la capacidad para pensar sobre nuestras representaciones, reflexionar y corregir las percepciones erróneas (Proust, 1999). Esta capacidad se denomina meta-representación. Cuando, por el contrario, pensamos sobre nuestro propio pensamiento nos referimos a la meta-cognición. Los seres humanos podemos preguntarnos si nuestra creencia de que la tierra es plana es verdadera o falsa, o pensar alguna otra cosa sobre esta creencia, o desear no tener esta creencia, intentar cambiarla, cuestionarla, etc.

Manejar con claridad estas definiciones resulta útil para diferenciar entre conceptos que a menudo aparecen relacionados y que se utilizan indistintamente en la literatura. Cuando los estudios hablan de distorsiones cognitivas tienen que ver con patrones o procesos de pensamiento alterados. En contraste, las creencias (disfuncionales) tienen que ver alteraciones o modificaciones del contenido del pensamiento mismo. Conviene mantener presente que nuestro estudio se centra en el análisis de creencias básicas, en tanto elaboraciones cognitivas que los adolescentes han ido construyendo, de forma más o menos integrada, a lo largo de su trayectoria vital, y que se ponen de manifiesto al contacto con nuestras preguntas mediante una narrativa consciente. No nos ocupamos aquí de las representaciones mentales, estadios de

análisis más profundos, a menudo inconscientes, que requerirían seguramente de una metodología proyectiva para su análisis.

2.2. El estudio de las creencias básicas en la violencia intrafamiliar

Desde nuestro punto de vista, las teorías cuyos contenidos se pueden fácilmente aplicar al estudio del impacto en las creencias básicas en los contextos de violencia familiar son: la teoría de las creencias básicas (Janoff-Bulman, 1992; Sheikh & Janoff-Bulman, 2009), la teoría constructivista del autodesarrollo (L. McCann & Pearlman, 1992) y la teoría de los esquemas maladaptativos (J. Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Estas teorías durante los últimos años han desarrollado un marco teórico-empírico consistente para comprender la experiencia interna única de los supervivientes de trauma relacional y explicar así las diferencias individuales en el ajuste posterior. Convergen en que el impacto del trauma y la aparición de psicopatología posterior puede estar mediado por aspectos cognitivos, incluyendo la alteración de creencias básicas, estilos atribucionales negativos o el desarrollo de esquemas cognitivos mal adaptativos. Coinciden también en que existe una asociación entre la exposición prolongada a contextos de violencia familiar y la presencia de creencias negativas sobre uno mismo, sobre los otros y sobre el mundo. Estas creencias básicas, o esquemas de referencia, comenzarían a desarrollarse en la infancia y presentan unas características únicas y diferentes en la adolescencia.

Ahora bien, la teoría constructivista del autodesarrollo lo explica en función de la no satisfacción de las necesidades psicológicas básicas y la alteración en el desarrollo de las capacidades personales. La teoría de las creencias básicas pone el énfasis en el impacto y la ruptura de las creencias de referencia a partir de las cuales los jóvenes hacen sentido del mundo, y construyen las expectativas sobre los otros y sobre sí mismos. Y por último la teoría de los esquemas maladaptativos hace hincapié en el desarrollo de esquemas tempranos que, cuando son distorsionados e inexactos, nos hace malinterpretar lo que vemos y experimentamos.

Como vemos, estas teorías provenientes de marcos ideológicos dispares representan distintas vertientes por las que acceder a la misma cumbre. Veamos a continuación cada una de las teorías con más detalle.

La teoría de las creencias (*the shattered assumptions theory*; Janoff-Bulman, 1992) plantea que las experiencias traumáticas que movilizan a la persona desde el punto de vista afectivo tienen el potencial de alterar profundamente estas creencias básicas. Cuando las características del evento traumático cuestionan de manera fundamental nuestras creencias básicas, las personas nos enfrentamos, a nivel inconsciente, con la difícil tarea de adaptar bien la interpretación del acontecimiento traumático para que sea coherente con nuestra visión del mundo, o revisar y ajustar nuestras creencias para acomodar la experiencia traumática.

Algunos de las creencias básicas que son susceptibles de verse alteradas incluyen: la visión del mundo como benevolente y positivo (“eso no me va a ocurrir a mí”); la creencia que el mundo tiene sentido, que las cosas no ocurren por azar y que tenemos un cierto control sobre ellas (“si eres buena persona, te ocurrirán cosas buenas”), y la visión positiva sobre uno mismo como un ser eficaz y susceptible de ser querido (“merezco que me quieran”) (Epstein, 2003; Janoff-Bulman, 1992). Como ya mencionamos previamente, otros autores han nutrido esta clasificación con supuestos que han resultado especialmente relevantes en el impacto de situaciones extremas y que podrían transformarse dependiendo de la naturaleza de la experiencia traumática y las características personales del superviviente, como por ejemplo: el sentido de seguridad (J Herman, 1992), la confianza en uno mismo y en los otros (Bowlby, 1973), la previsibilidad y el control (Kerry E Bolger, 2001), la vergüenza y la dignidad (Harman & Lee, 2010), o la intimidad (Davis et al., 2001), por citar solo algunos. El concepto de identidad en tanto se refiere a la propia imagen, es decir, al modelo mental que una persona tiene de sí mismo (Erikson, 1987) se puede considerar como un subconjunto de supuestos dentro de nuestro sistema de creencias básico.

La teoría constructivista del autodesarrollo (*The constructivist self-development theory* o CSDT; Pearlman, 2013; McCann & Pearlman, 1990) proporciona un marco para comprender el impacto del maltrato infantil en el ser en desarrollo. Integrando aportes de la teoría psicoanalítica, de la teoría del apego, el aprendizaje social y el desarrollo

cognitivo, esta teoría describe el impacto único de los eventos traumáticos que surge de las interacciones entre los aspectos de la persona, el evento y el contexto.

Partiendo de la tradición constructivista, la CSDT sugiere que los seres humanos crean y construyen activamente sus realidades personales o modelos representativos del mundo. Estos modelos se convierten en un marco desde el cual el individuo ordena y asigna significados a las nuevas experiencias. Desde esta perspectiva, experiencias extremas como los accidentes, las catástrofes, la violación o el maltrato infantil no son meramente eventos objetivos con significados predeterminados y generales; más bien, estos eventos sólo pueden entenderse dentro del contexto del sistema de significados único de la víctima. En esencia, se propone que los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT) u otros trastornos psicológicos relacionados son un reflejo de las interrupciones en el mundo interno del individuo, en particular en las creencias básicas sobre el yo o el mundo.

En el estudio sobre el impacto del maltrato infantil, la CSDT incluye varios conceptos, como la existencia de esquemas cognitivos de referencia (creencias básicas sobre el yo), las necesidades psicológicas y las capacidades personales, entre otros. Todas las personas presentan una serie de necesidades psicológicas, aunque unos lo manifiesten de forma más evidente que otros. Según estos autores, hay seis necesidades que se ven particularmente afectadas por el maltrato familiar:

- La seguridad, la necesidad de sentirse seguro y razonablemente invulnerable al daño.
- La confianza o dependencia, la necesidad de creer en la honestidad de los demás y de depender de otros para satisfacer algunas de nuestras necesidades.
- La estima, la necesidad de ser valorados por otros, de valerse y valorar a otros.
- La independencia, la necesidad de controlar el propio comportamiento y sentir que podemos gestionar y dirigir las recompensas.
- El poder, la necesidad de dirigir o ejercer control sobre otros.
- La intimidad, la necesidad de sentirse conectados con otros a través de relaciones individuales y de pertenecer a una comunidad más grande.

Los esquemas cognitivos serían las creencias, suposiciones y expectativas relacionadas con estas necesidades psicológicas básicas. Por ejemplo, todos necesitamos sentirnos seguros en el mundo, por lo que los esquemas relacionados con la seguridad son nuestras creencias sobre la seguridad personal. Estos esquemas funcionarían como plantillas internas, marcos de referencia que los individuos desarrollan a través de su experiencia y que luego usan para organizar la información y la experiencia futura.

Siguiendo el modelo de McCann y Pearlman (1990) y Resick y Schnicke (1992) sugirieron que, cuando los individuos se enfrentan con nueva información que es inconsistente con los esquemas preexistentes, ocurre uno de estos dos procesos: asimilación o acomodación. Piaget (1987) fue el primero en describir estos dos procesos. La asimilación es la incorporación o alteración de nueva información para encajar en esquemas existentes. La acomodación es la modificación de esquemas existentes para incorporar nuevos eventos e información. Resick y Schnicke (1992) observaron que las personas que han pasado por experiencias traumáticas severas, a menudo sobreacomodan la información, es decir, generalizan las creencias. Por ejemplo, cuando un niño interactúa constantemente con los adultos que responden a sus necesidades, esta información es asimilada o digerida, de forma que el niño desarrolla la creencia de que puede confiar en el apoyo y la protección de sus padres. A base de repetir esta información se convierte fácilmente en esquemas básicos de confianza positiva en los otros. Por el contrario, si ese mismo niño es golpeado o maltratado por un miembro de la familia, esta experiencia no puede ser fácilmente asimilada. El niño necesita modificar esquemas anteriores a través del proceso de acomodación. Mediante este proceso, este niño puede llegar a desarrollar esquemas básicos de desconfianza en los que los adultos no son protectores y uno no siempre puede confiar en otros para el apoyo y cuidado.

Otro concepto propuesto por la CDSD para comprender el impacto del maltrato familiar se refiere a las capacidades personales, que se describen como habilidades internas que permiten al individuo mantener un sentido coherente de sí mismo. Se proponen tres capacidades personales básicas:

- a) La capacidad de mantener un sentido de conexión con los demás.
- b) La capacidad de experimentar, tolerar e integrar afectos intensos.

c) La capacidad de mantener el sentido del yo como un ser querible y positivo.

A partir de los resultados de la teoría del apego (Beeghly, Bretherton, & Mervis, 1986; Inge Bretherton, 2008), la CSDT sugiere que las capacidades personales se desarrollan a través de las relaciones tempranas de apego seguro con los cuidadores, que permiten aprender a regular el estado interno propio. Por tanto, la primera capacidad (conexión) es la base para el desarrollo de las otras dos capacidades (autorregulación y autoestima). Según la CSDT, el maltrato familiar impide el pleno desarrollo de las capacidades personales. El proceso de alteración de las capacidades personales se asemeja a los procesos de alteración en la conformación de los estilos de apego seguro. Los autores señalan que los niños que experimentan abuso o negligencia de forma repetida por cuidadores no internalizan una presencia amorosa y protectora, sino que por el contrario pueden internalizar una presencia desafiante o dañina (Deiter & Pearlman, 2000).

En conjunto, la teoría CSDT sugiere que la mayoría de síntomas psicológicos y las dificultades sufridas por los supervivientes de maltrato infantil son a menudo manifestaciones de la alteración en el desarrollo de las capacidades personales, la no satisfacción de las necesidades psicológicas básicas y el impacto en los esquemas (creencias) de referencia. Desde esta perspectiva el trauma es en gran parte definido por el individuo, más que por los hechos objetivos. Los eventos son traumáticos en la medida en que el individuo los percibe como traumáticos y, más específicamente, en la medida en que el trauma interrumpe las necesidades psicológicas centrales, el desarrollo de las capacidades básicas, lo que provoca a su vez una alteración en los esquemas (o creencias) sobre el yo y el mundo. Según esta teoría, las experiencias traumáticas que ocurren en los períodos críticos de desarrollo de la primera infancia, cuando los esquemas básicos se están desarrollando, es más probable que produzcan perturbaciones en las seis necesidades psicológicas y por tanto en las capacidades personales. Esta alteración multidimensional se asociará con diferentes estados afectivos y cuadros de síntomas.

Young et al. (2003), proponen la teoría de los esquemas maladaptativos. Cada persona desarrolla opiniones y creencias sobre la naturaleza del mundo y las personas que lo habitan; no son constructos aislados, sino más bien parte de un sistema organizado al que denomina esquemas. Estos esquemas cognitivos son por tanto creencias, sensaciones corporales y sentimientos acerca de uno mismo y en relación con los demás. Los esquemas se desarrollan durante la infancia y se elaboran a lo largo de la vida en interacción con otras experiencias vitales y según las características personales (ejemplo, temperamento). Estos esquemas son la base del conocimiento personal y sirven como marcos para el procesamiento de las experiencias posteriores. Desde un punto de vista práctico, existen para ayudarnos a entender cómo se supone que las personas se comportan, y para ayudar a explicar por qué las cosas suceden de la manera que lo hacen.

Young y cols. (2003) teorizaron que en particular las experiencias que tienen un impacto emocional significativo desempeñarán un papel central en el desarrollo de los esquemas tempranos disfuncionales. Cuando nuestras creencias son bien fundadas, nos ayudan a hacer un sentido preciso de las cosas que suceden. Cuando son distorsionados e inexactos, nos hace malinterpretar lo que vemos y experimentamos. Según este modelo, el maltrato familiar puede provocar el desarrollo de esquemas disfuncionales, tales como la visión de uno mismo como defectuoso, o la percepción de vulnerabilidad al daño. Estos autores proponen 18 esquemas fundamentales que se agrupan en 5 dominios: rechazo-desconexión, autonomía-rendimiento, imitación de los límites, orientación hacia los demás y sobrevigilancia. Para la evaluación de estos esquemas se desarrolló el cuestionario de esquemas (*Schemas Questionnaire*, (Young & Brown, 1994), cuya versión completa consiste en 205 ítems que evalúan 18 esquemas.

Tabla 6. Descripción de los principales esquemas cognitivos

Desconexión y rechazo.	
Incluye esquemas que implican la expectativa de que las necesidades de seguridad, aceptación y	– Privación emocional. Es la creencia de no recibir un adecuado apoyo emocional. – Abandono. Es la creencia de que los otros significativos tarde o temprano nos abandonarán. – Maltrato. Es la creencia de que los otros nos humillarán, nos engañarán o nos mentirán.

respeto por parte del otro no serán satisfechas.	– Defectuosa. Es la creencia de que uno es defectuoso, indeseado, inferior. – Aislamiento social.
Autonomía y rendimiento. Incluye expectativas sobre uno mismo o los otros que no van a funcionar de una manera exitosa o independiente.	– Fracaso. Es la creencia de que uno ha fracasado o fracasará inevitablemente. – Dependencia/incompetencia. Es la creencia de que uno es incapaz de enfrentar las responsabilidades solo, sin la ayuda externa. – Vulnerabilidad al daño. Es la creencia de que en cualquier momento puede pasar algo malo y uno no será capaz de impedirlo. – Apego. Es la excesiva implicación y cercanía emocional con otros significativos (con frecuencia los padres).
Imitación de los límites. Es la falta de capacidad de responsabilizarse ante los demás o de llevar a cabo acciones orientadas al logro de objetivos a largo plazo.	– Derecho/grandiosidad. Es la creencia de que uno es superior a los demás, de que tiene derechos y privilegios especiales. – Insuficiente autocontrol. Es focalizarse en la evitación de la incomodidad, el dolor y el conflicto.
Orientación a los demás. Es la focalización hacia los deseos de los demás a expensas de las propias necesidades.	– Subyugación. Uno se siente obligado al control de los demás para, generalmente, evitar reacciones de ira, retaliación o abandono. – Autosacrificio. Es la concentración excesiva en la satisfacción de las necesidades de los demás.
Sobrevigilancia. Es un excesivo énfasis en el control de los sentimientos espontáneos con el fin de evitar cometer errores.	– Inhibición emocional. Es la inhibición de acciones y sentimientos, generalmente para evitar la desaprobación de los demás. – Estándares inflexibles de actitud hipercrítica hacia uno mismo y hacia los demás.

2.3. Evidencia empírica: violencia familiar, creencias y adolescentes

El lector va a comprobar cómo a la luz de la revisión bibliográfica que se expone a continuación, nuestro conocimiento sobre el impacto de la violencia familiar en las creencias básicas que se forman y se desarrollan en los adolescentes es todavía bastante incompleto. A pesar de que existe una amplia literatura con base en el trabajo terapéutico-clínico (Blaustein & Kinniburgh, 2011; John Briere, 2002; D. J. Kolko, Brown, & Berliner, 2002a; Ziegler, 2011) que sugiere la presencia (o alteración) de determinadas creencias y su papel determinante en la capacidad de recuperación y adaptación postrauma, la realidad es que hay muy pocos estudios empíricos que abordan esta

cuestión de forma sistemática. Además, los estudios publicados presentan una especial tendencia al estudio de determinadas formas de maltrato en detrimento de otras. Se constata la enorme atención que ha recibido el abuso sexual en la literatura del trauma infantil, mientras que otras formas de violencia familiar, como el abandono, la negligencia o el maltrato emocional, han recibido mucha menos consideración (Cohen & Mannarino, 2002; Petersen, Joseph, & Feit, 2013).

Ante la escasez de trabajos publicados, hemos optado por añadir estudios que aportan información útil para su contraste, aunque no se refieren exactamente a los tres conceptos que nos ocupan: violencia familiar, creencias básicas y adolescentes. Hemos incluido estudios con población infantil y estudios con población general para enriquecer el conocimiento sobre el tema.

Visión del mundo

Por intuición, es plausible que las personas que han experimentado experiencias extremas significativas en lo emocional, como la violencia familiar, mantengan la creencia de un mundo como un lugar peligroso e impredecible donde es más fácil que ocurran otros eventos negativos que les afecten. La teoría de la representación difusa (Reyna, 2004) que tiene elementos en común con la teoría de las creencias básicas de Janoff-Bulman (1992), sugiere que la vivencia de un número suficiente de experiencias extremas negativas puede influir en la percepción vital y constante de un mundo peligroso, en el que es altamente probable que ocurran otros eventos negativos de distinta naturaleza. De acuerdo a los hallazgos en este campo, las personas evalúan la probabilidad de que algo negativo les vuelva a ocurrir sobre la base de que perciben un riesgo vital general procesado a partir de la esencia memorizada de experiencias negativas pasadas (Seta, Haire y Seta, 2008). Parece que haber experimentado un evento violento es más predictivo de las percepciones de riesgo para otro tipo de eventos negativos que el hecho de tener experiencia previa con el evento en cuestión, es decir, la presencia de creencias más negativas sobre la benevolencia del mundo se asociaron con mayores percepciones de riesgo vital (Blum, Silver, & Poulin, 2014). Es interesante señalar que en este estudio las personas no diferenciaban entre los tipos de

experiencias negativas que potencialmente podrían ocurrirles según porcentajes de probabilidad real. Es decir, la percepción de riesgo no dependía de criterios objetivos, sino de una visión general más catastrófica. Este enfoque se ha utilizado en el estudio de adolescentes expuestos a un evento meteorológico significativo (inundación o temporal), quienes mostraron una mayor percepción de riesgo vital ante otros 24 eventos extremos diferentes posterior a la experiencia traumática. Los jóvenes expuestos a este evento extremo habían ajustado su creencia sobre la posibilidad (real o no) de que ocurriera un mayor porcentaje de eventos negativos en sus vidas, en comparación con el grupo control (Greening & Dollinger, 2002).

A pesar de que no se conocen estudios de estas características realizados con adolescentes víctimas de violencia familiar, estos hallazgos refuerzan la hipótesis de que experimentar cierto tipo de experiencias relacionales violentas, como el maltrato familiar, podría asociarse con el desarrollo de creencias de vulnerabilidad en general. La violencia familiar no estaría simplemente vinculada a la creencia de que se volvieran a repetir experiencias similares, sino más bien a la probabilidad de que en la vida ocurrieran una variedad de eventos negativos en general.

La percepción negativa del mundo como un lugar peligroso e impredecible se ha asociado con el desarrollo de comportamientos de riesgo e imprudente en los adolescentes expuestos a experiencias de violencia interpersonal severa. En un estudio con estudiantes universitarios de la Universidad de Virginia supervivientes de un tiroteo en el campus, se observó que aquellos jóvenes que desarrollaron creencias más negativas hacia la vida y hacia la propia capacidad para tener éxito presentaban comportamientos más temerarios y de riesgo, asociados a su vez con mayor sintomatología postraumática (Blevins et al., 2015). En concreto, el estudio incluyó una muestra de 1145 estudiantes con edad media de 22 años afectados de forma directa o indirecta por el tiroteo, en los que se evaluó la relación entre los cambios en la visión del mundo, los procesos de búsqueda de significado, la espiritualidad y la percepción de autoeficacia, con el desarrollo de comportamientos temerarios o de riesgo y la presencia de sintomatología postraumática a los 4 meses y un año después del tiroteo. Los resultados encontraron que los jóvenes supervivientes que presentaban creencias más negativas en la cosmovisión se sentían más asustados por los eventos negativos que

podrían suceder en el futuro y tenían menor percepción de control sobre su mundo, eran más propensos a participar en comportamientos imprudentes y, a veces, autodestructivos que persistían e incluso aumentaban con el tiempo, y de forma independiente al nivel de sintomatología de estrés postraumático.

En esta misma línea, y tratando de estudiar la relación entre la visión del mundo negativa y el desarrollo de comportamientos de riesgo, (2007) realizó un interesante estudio cualitativo con un grupo de 34 jóvenes entre 15 y 18 años procedentes del sistema de justicia juvenil. Los jóvenes pertenecían a bandas callejeras y habían cometido graves delitos con violencia, en los que se incluía asesinato o intento de homicidio, robo armado, tráfico de drogas y tiroteos callejeros. La totalidad de los jóvenes habían sufrido contextos de polivictimización, aunque no se ofrecen datos específicos sobre la incidencia de contextos familiares abusivos. Los resultados mostraban dos grupos de jóvenes diferentes respecto a la forma en que veían el mundo, lo cual, independientemente de sus pasados, predecía aspectos de su proceso de toma de decisiones ante actos delictivos. Aproximadamente la mitad de los jóvenes manifestaron sin dudar que dispararían a otra persona ante la percepción de amenaza, pues lo consideraban un acto positivo dentro de su visión del mundo como un lugar peligroso e incontrolable. En este grupo los jóvenes no podían concebir ningún futuro. De hecho, cuando se les preguntó acerca de su futuro manifestaron que era cuestión de cara o cruz salir adelante, o de morir en un tiroteo de pandillas. Los participantes no esperaban que nada ni nadie pudiera protegerlos y mantenían la creencia de que ningún lugar en el mundo era seguro para ellos. Creían con absoluta certeza que era igualmente probable que un adolescente fuera asesinado por tiroteo en su barrio o en cualquier otro lugar de los Estados Unidos. Sin embargo, los juveniles de la otra mitad de la muestra fueron capaces de concebir un mundo donde existía la posibilidad de un resultado diferente al disparar. Estos jóvenes no ignoraban el peligro, pero por muy irreal que pareciera creían que podía haber una salida no violenta. Mantenían una visión del mundo más optimista que les llevaba a creer que había una posibilidad real de salir del mundo de las pandillas y tal vez incluso obtener una educación y un trabajo regular. Su mentalidad optimista combatía la desidia y sorprendentemente esto ocurría sin tener en cuenta si las creencias eran objetivamente verdaderas o no.

La creencia sobre el mundo como un lugar justo en el que las personas obtienen lo que merecen ha sido ampliamente estudiada desde la psicología social (Castorina, 2005). Según Lerner (1980) las personas necesitan creer que los logros vitales son consecuencia de los actos realizados o del mérito personal, lo que genera una sensación de control sobre el medio. Si las personas no creyeran (no creyéramos) que las cosas ocurren en la vida como consecuencia de los actos realizados, se sentirían expuestos a ser víctimas de todo tipo de situaciones desagradables de forma poco predecible. La desgracia que hoy le ocurre a otro, mañana podría ocurrirme a mí. Ante esto, la creencia de que el mundo es fundamentalmente justo actúa como un filtro protector, pues la noción de justicia implica indirectamente que el mundo es algo más previsible y controlable (Lerner, 1997).

La creencia en que el mundo es un lugar justo se ha asociado con conductas prosociales y bienestar subjetivo en la población adolescente general. En un estudio con casi 1600 brasileños entre 12 y 16 años se encontró que las creencias que contribuían en mayor medida al bienestar subjetivo de los adolescentes eran la benevolencia, el significado del mundo y la percepción de valía personal, concretamente los ítems “estar satisfechos con lo buena persona que me considero”, “básicamente soy una persona afortunada” y “trato de obtener lo mejor para mí” (Castellá, Favero, Paradiso, & Zanatta, 2012). Otros estudios también con adolescentes observaron que las creencias en un mundo más justo se asociaron a una menor tendencia de comportamientos hostiles y agresivos hacia otros (Bègue & Muller, 2006; Correia & Dalbert, 2008).

Visión del ser humano

Entre las numerosas posibilidades adversas derivadas de las experiencias de violencia familiar está el desarrollo de una visión de los otros como seres poco bondadosos, peligrosos y en los que no se puede confiar. Esta hipótesis se ha constatado en estudios con población escolar expuesta a procesos de intimidación con violencia física o verbal por sus compañeros (*bullying*). Houbre et al., (2012) observaron que los escolares que eran victimizados repetidamente por sus compañeros mostraban creencias más negativas sobre la benevolencia de los otros y una visión de sí mismos

negativa, como personas poco respetables y valiosas. Las características particulares de este tipo de victimización, el tratarse de una agresión verbal repetida y frecuente, fueron los factores predictores más importantes en el desarrollo de las creencias negativas, incluso más que la sintomatología de estrés postraumático.

Varios estudios con población general infantil parecen confirmar la relación entre una parentalidad disfuncional y la tendencia al desarrollo de una visión sobre las relaciones interpersonales más negativas. Gracia, Lila y Musitu (2005) señalan que los niños procedentes de familias en riesgo, tendían a reaccionar con más manifestaciones hostiles y agresivas ante las relaciones con sus pares y mostraban una escasa confianza en los adultos como fuente de apoyo y confianza. Según los autores, esta falta de confianza en los otros tendría sentido como una estrategia útil para adaptarse y protegerse, en la medida en que los niños perciben su entorno y su mundo vital como amenazante y hostil. Otro estudio del mismo autor relacionó los estilos de crianza autoritarios, rígidos y poco afectivos en la infancia con la presencia de una mayor desconfianza hacia las relaciones interpersonales en la adolescencia (Fuentes, García, Gracia, & Alarcón, 2015).

Hay pocos estudios que han explorado el impacto concreto del maltrato familiar grave en el sistema de creencias sobre los otros o en la confianza interpersonal con adolescentes. Calvete y Orue (2013) analizaron la relación entre la confianza hacia el otro, la visión de grandiosidad y los comportamientos agresivos en un grupo de 116 adolescentes en centros de protección en Vizcaya. Los resultados mostraron que la asociación entre las experiencias de maltrato directo y los problemas psicológicos posteriores estaba principalmente mediada por la desconfianza ante las relaciones interpersonales. Los adolescentes víctimas de maltrato tendían a creer que la gente se aprovecharía de ellos y esperaban ser humillados, engañados o dañados por otros. Estas creencias a su vez estaban asociadas a mayores comportamientos hostiles hacia sus pares.

Algunos autores han utilizado el concepto de malevolencia para referirse a la postura perceptivo-afectiva caracterizada por la tendencia a percibir y esperar que las relaciones interpersonales sean amenazantes, destructivas y abrumadoramente dolorosas (Ornduff, 2000). En el caso del maltrato familiar, las creencias sobre maldad

en los otros son presumiblemente generadas por fracasos y perversiones de la relación de cuidado primario, y la exposición temprana y frecuente a la agresión o privación de los padres. Sobre la base de las experiencias previas de maltrato, los niños abordan las situaciones interpersonales con miedo y con la expectativa de más agresiones, traiciones y frustración, y crecer y convertirse en jóvenes, la malevolencia sirve como filtro a través del cual los chicos interpretan y entienden las relaciones con otros (Stovall & Craig, 1990). Para estos jóvenes la violencia y el rechazo pueden ser los ingredientes principales de los encuentros humanos y por tanto actúan en consecuencia.

Ordnuuff (2000) realizó una revisión selectiva de la literatura sobre artículos de investigación cuantitativa que abordasen específicamente la visión malévola de los otros y del mundo y su relación con el maltrato familiar. Todos los estudios utilizaban una metodología proyectiva. La tipología más estudiada fue el abuso sexual. Excepto un estudio específico con adolescentes, la mayoría incluían participantes infantiles y adultos sin distinguir por franjas evolutivas. Aunque no se pueden determinar relaciones de causalidad, 12 estudios coincidían en señalar una asociación entre la vivencia de maltrato familiar y un mundo representacional en el que la visión de los otros transcurre en escenarios peligrosos, dolorosos y destructivos. Esta asociación fue evidente, fuese cual fuese el tipo de maltrato, y sugiere que las representaciones de las víctimas de maltrato familiar pueden ser bastante similares con respecto a la visión de los otros y el mundo, a pesar de las amplias variaciones en el comportamiento manifiesto y la sintomatología. Según el autor, las percepciones y expectativas malévolas se infiltran y predominan en las experiencias interpersonales de los niños expuestos a violencia familiar, hecho que provoca que, con el tiempo, estas expectativas acaben por constituirse en el núcleo común de creencias sobre lo que uno puede esperar del mundo y de los otros.

La visión negativa y la desconfianza en los otros en niños víctimas de maltrato familiar también se ha estudiado de forma indirecta, a través del análisis de la habilidad de los niños para mantener relaciones significativas duraderas con pares. Los niños víctimas de maltrato físico pueden presentar un mayor número de relaciones de amistad con otros niños, lo que podría sugerir que buscan en sus pares el apoyo que no reciben de sus padres, pero estas relaciones no suelen durar en el tiempo y tienden a ser

instrumentalizadas (Bolger & Patterson, 2001). Varios trabajos señalan que los niños víctimas de violencia familiar se describen a sí mismos como impopulares y perciben una mayor soledad y rechazo por parte de sus iguales (Bravo Arteaga & Fernández del Valle, 2003; Martin, 2011a). Ante estas emociones y percepciones negativas, los niños desarrollan estrategias relacionales en base a la autoprotección, a menudo con respuestas agresivas u ofensivas. Este tipo de reacciones según se ha estudiado provoca la distancia, la evitación, la frustración o incluso el enfado de los adultos que intentan apoyar, lo que supone reforzar el circuito de la desconfianza y perder oportunidades para desarrollar relaciones basadas en el respeto y la confianza (Blaustein & Kinniburgh, 2011)

La hipótesis de la seguridad emocional en las relaciones con el otro postula específicamente que los conflictos parentales y el ambiente familiar disfuncional aumenta la vulnerabilidad del niño a los problemas psicológicos al socavar el sentido de seguridad de éste en las relaciones (P. T. Davies, Cummings, & Winter, 2004). Estos autores aportan evidencia empírica que señala que los contextos familiares en los que predomina el abandono emocional y la negligencia tienen un impacto en la seguridad emocional de los niños que se manifiesta en una alta preocupación por su bienestar en las relaciones posteriores con los padres, malestar subjetivo, percepción de amenazas en el contexto, angustia y comportamientos de evitación ante futuras interacciones. Otros estudios muestran que los límites difusos, la disciplina inconsistente y la confusión de los roles parentales pueden intensificar la inseguridad subjetiva de los niños, limitar su autonomía, comprometer su eficacia personal percibida y aumentar sus sentimientos de culpabilidad (Davies & Forman, 2002). En general, esta línea de investigación es realmente escasa y únicamente se ha realizado con niños en edad escolar y con población general, por lo que se desconoce si la seguridad percibida también juega un papel clave para explicar el impacto de contextos familiares disfuncionales graves y en poblaciones más mayores, como los adolescentes.

La visión sobre la benevolencia del ser humano puede considerarse muy ampliamente o muy específicamente. La medida en que uno ve a otras personas como benevolentes es concebible muy diferente de la medida en que uno ve a una persona en particular (por ejemplo, uno de los padres o compañeros de escuela) como

benevolente. Ambos son esencialmente medidas de la confianza interpersonal: el primero representa la confianza generalizada en otras personas y el segundo representa la confianza interpersonal en un individuo particular. Un interesante estudio sobre el impacto del divorcio de los padres en los niños una vez adultos llamó la atención sobre la necesidad de explorar junto con creencias más generales, como la visión de los otros, la posible influencia de las creencias específicas y más concretas, es decir, la visión de otro específico y relacionado con la experiencia traumática. Franklin, Janoff-Bulman y Roberts (1990) exploraron las diferencias en las creencias básicas entre un grupo de estudiantes universitarios con padres divorciados y otro grupo con familias intactas. Los autores presuponían que la experiencia de ser testigo de la disolución de un matrimonio y perder la idea de familia unida podría afectar en la capacidad de los jóvenes de confiar en otros, depender de otros o tener fe en que las relaciones íntimas y cercanas fueran positivas. Contrario a lo esperado, los jóvenes cuyos padres se habían divorciado no se diferenciaron respecto a los jóvenes de familias intactas en las medidas de confianza en los otros o percepción de benevolencia en el mundo. En general, no percibían a otras personas como menos benevolentes, o a un mundo como un lugar amenazante o susceptible de desconfianza. Ante estos resultados, los autores ajustaron la metodología y en el mismo estudio, pero en un momento posterior, incluyeron medidas no sólo sobre creencias más abstractas y generales, sino también creencias más específicas, como por ejemplo la confianza en su pareja, o la creencia en el éxito de su propio matrimonio en el futuro. Se encontró que los jóvenes de familias divorciadas no difirieron de sus homólogos de familia intacta en términos de cuánto confiaban en su actual pareja. Diferían sólo en términos de cuánto creían que confiarían en su cónyuge el día de mañana. Del mismo modo, no difirieron en sus creencias acerca de su éxito en futuras relaciones amorosas. Sólo cuando estas relaciones amorosas fueron especificadas como matrimonio aparecieron las diferencias. Aquellos jóvenes cuyos padres estaban divorciados eran menos optimistas sobre el éxito de sus propios matrimonios.

Visión sobre uno mismo

Existe un amplio consenso en torno a la importancia que las creencias sobre uno mismo tienen para el bienestar psicológico y para una buena adaptación con nuestro

entorno (Cazalla-Luna & Molero, 2013; Díaz-Aguado Jalón, 2001). En la literatura infanto-juvenil se ha utilizado frecuentemente, y a veces de forma indiferenciada, los constructos de autoconcepto y autoestima para evaluar el impacto del maltrato familiar en la visión sobre uno mismo.

El autoconcepto se refiere a la visión global del yo, al conocimiento que el individuo tiene sobre sí mismo. Uno de los modelos más representativos en la actualidad es el de los modelos más representativos del enfoque multidimensional el de Shavelson, Hubner & Stanton (1976) que considera el autoconcepto un constructo multidimensional, organizado desde el punto de vista jerárquico, que se forma a través de las propias experiencias junto con los refuerzos del entorno y las evaluaciones de las personas significativas. Los instrumentos más utilizados para la medición del autoconcepto generalmente dividen el constructo entre lo académico y lo no académico, y éste último, a su vez, incluiría el autoconcepto social, el emocional y el físico (McGuire, 1994). En este sentido, el autoconcepto se relaciona con la percepción de autoeficacia, que serían las creencias sobre la capacidad que tiene el individuo para realizar determinadas conductas (Bandura, 1977, 1999). Es decir, sería la creencia de lo efectiva que se considera una persona para realizar una tarea, por ejemplo: “Soy capaz porque me he esforzado mucho para aprobar este examen”. Otros aspectos de la visión de uno mismo, tales como características de la personalidad (honestidad, amabilidad, rudeza, rigidez) no se incluyen en la mayoría de los cuestionarios, y únicamente aparecen algunos resultados de forma indirecta en estudios con enfoques cualitativos más abiertos (Butler & Gasson, 2005).

El estudio del autoconcepto va a menudo asociado a las investigaciones sobre autoestima. Según la definición clásica de Rosenberg (1979) la autoestima se refiere a una “actitud favorable o desfavorable hacia el yo” (pág. 15). En otras palabras, la autoestima es la valoración o actitud evaluativa sobre el yo, el sentido que tiene un individuo de su valor. A pesar de que Rosenberg (1965) defendió una concepción simple y unitaria de la autoestima como “el sentimiento de que uno es suficientemente bueno”, en la actualidad se acepta como un constructo multidimensional similar al autoconcepto (Butler & Gasson, 2005).

Los contextos de crianza negligentes desde el punto de vista emocional y poco reconfortantes, aun no considerándose situaciones de maltrato grave que merezcan una intervención de protección, se han asociado con la presencia de creencias negativas sobre uno mismo. Los niños que se sienten más rechazados por sus padres tienden a sentirse inferiores, inadecuados, con bajos niveles de autoestima positiva y una baja aceptación a sí mismos (Gracia, Lila & Musito, 2005).

Estudios longitudinales confirman que las autopercepciones negativas presentes durante la infancia en población general y clínica tienden a ser estables y se mantienen en el tiempo (Stallard y Rayner, 2007; Rijkeboer y de Boo, 2010). Se ha encontrado que niños de edades entre cinco y seis años víctimas de maltrato familiar, que se valoraban más incompetentes respecto a sus habilidades físicas, se sentían más rechazados por sus iguales en la escuela y mostraban un autoconcepto negativo después de dos años de la medición inicial (Appleyard, Yang, & Runyan, 2010).

Algunas investigaciones con adolescentes muestran que aquellos jóvenes que informaron de manera retrospectiva sobre situaciones en las que se habían sentido desatendidos en lo emocional, agredidos o amenazados verbalmente por sus padres, presentaban más creencias sobre sí mismos como personas poco autónomas, competentes o capaces, respecto al grupo control (McCarthy & Lumley, 2012; Muris, 2006; Wright, Crawford, & Del Castillo, 2009). Otros estudios han encontrado una asociación entre la exposición a disciplina severa y otras agresiones físicas en la infancia, con una baja autoestima sobre las competencias sociales en la adolescencia tardía (Christ et al., 2016; Hernandez, Arntz, Gaviria, Labad, & Gutiérrez-Zotes, 2012; Juffer, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2005). El estudio de López y Heffer (1998) con una muestra de jóvenes universitarios, mostró que las experiencias de maltrato físico abusivo en la infancia, como la disciplina física severa, daba como resultado una baja percepción de apoyo parental, lo que a su vez se asociaba a un autoconcepto más pobre en los jóvenes. Al igual que en otros estudios, los participantes informaban sobre una mayor inestabilidad emocional y una menor autoestima global.

Incluso la exposición a agresiones verbales maternas leves y poco frecuentes en la infancia se ha asociado con percepciones más negativas en el autoconcepto de jóvenes universitarios (Donovan & Brassard, 2011). En este estudio se muestra que,

cuanto mayor era la severidad de las agresiones verbales en la infancia, más compleja era la problemática de los participantes en la adolescencia con síntomas depresivos, una baja autoestima, dificultades en la relación con pares y tendencia a los comportamientos delictivos. García y Gracia (2009) dividieron a una muestra de adolescentes españoles según la crianza parental autoritaria, indulgente o negligente que habían recibido en la niñez. En comparación con los adolescentes de familias indulgentes, los jóvenes de familias autoritarias eran más insensibles en lo emocional y presentaban una menor autoestima emocional, con menos sentimientos positivos hacia ellos mismos, además de tener una menor percepción de autoeficacia en su capacidad para mantener relaciones con sus compañeros.

Parece que estas creencias negativas se mantienen en el tiempo, pues van más allá de elaboraciones cognitivas explícitas. Van Harmelen et al.,(2010) estudiaron la relación entre experiencias de riesgo familiar en la infancia y las asociaciones automáticas implícitas negativas en la edad adulta. Las asociaciones automáticas son espontáneas, no intencionales, y se han considerado un indicador de la valencia de las representaciones que el individuo interioriza sobre uno mismo y el mundo. Los autores encontraron que concretamente el maltrato emocional durante la infancia estaba relacionado con el aumento de asociaciones automáticas negativas sobre sí mismos en la edad adulta y que esta presencia no guardaba relación con la aparición de sintomatología psicopatológica. Las personas con una historia de abuso emocional en la infancia pueden sostener explícitamente la creencia de que son personas valiosas cuando su pareja les está gritando durante una fuerte discusión; sin embargo, pueden sentirse de forma automática e implícita como “sujetos sin valor” y esta asociación desencadenar reacciones congruentes (llanto, desesperación, etc.).

Las investigaciones específicas con adolescentes víctimas de maltrato familiar severo confirman la presencia de un autoconcepto más pobre que los jóvenes del grupo control (Bolger, Patterson, & Kupersmidt, 1998; Cicchetti & Rogosch, 1997). El estudio de Simmons y Weinman (1991) confirmó una autoestima más deficitaria entre los adolescentes institucionalizados comparados con grupos normativos de la misma edad en evaluaciones realizadas en un intervalo de dos años. Los adolescentes víctimas de maltrato intrafamiliar se veían a sí mismos más agresivos y destructivos, desafiantes con

las reglas y avergonzados sobre sus propios comportamientos. En otro estudio, los jóvenes relataban mayores dificultades para gestionar sus emociones y su agresividad, hecho que provocaba que se perciban más incompetentes para mantener relaciones de amistad con sus pares, e informaran sentirse más solos y aislados en las relaciones sociales (Briere & Runtz, 1990).

Otros estudios muestran que el nivel de autoestima en niños maltratados parece sumamente sensible a la calidad emocional de la relación con su familia biológica. Es decir, la calidad de las relaciones con los cuidadores primarios influye especialmente en la manera en que uno tiende a autovalorarse en los distintos dominios del autoconcepto. Esta tendencia parece mantenerse y afectar a lo largo del desarrollo, a pesar de que los niños cambien a cuidadores más competentes. Milan y Pinderhughes (2000) examinan la influencia que las representaciones sobre sí mismos y las representaciones sobre sus madres biológicas de un grupo de niños preadolescentes (9-13 años) víctimas de maltrato familiar tenían sobre la adaptación en la familia de acogida. La percepción de los niños sobre la relación con su madre biológica correlacionaba de forma positiva con las representaciones sobre sí mismos, incluso después de controlar la influencia de la severidad del maltrato experimentado. Además, estas representaciones predecían de forma significativa la percepción que los menores acogidos tenían de sus madres acogedoras. Los niños con una representación más positiva de sí mismos y de sus madres biológicas tendían a percibir sus nuevas relaciones con las madres de acogida como más positivas en lo afectivo y se mostraban más deseosos de una relación cercana con sus acogedoras. Otro estudio español encontró que aquellos niños que presentaban un mejor autoconcepto en todas sus dimensiones mostraban un mejor nivel de integración en la familia de acogida (Torres-Gómez, Rivero, Balluerka, Herce, & Achúcarro, 2006). En el mismo estudio, los niños acogidos en familias extensas obtuvieron una visión más negativa de sí mismos en comparación con los acogidos en familias sin lazos de parentesco. Igualmente, merecen un comentario los datos relativos a un peor autoconcepto global en el caso de los niños que tenían visitas sin supervisar por los servicios sociales con su familia biológica, en comparación con aquellos que mantienen visitas supervisadas o los que no tenían visitas con la familia de origen.

Estos resultados son diferentes a los obtenidos por un estudio español con adolescentes en población general, que informó de que el maltrato emocional perpetrado por los compañeros, y no el abuso emocional de los padres, era el factor predictor más significativo en la presencia de creencias negativas como la desconfianza, la vulnerabilidad al daño o la percepción de fracaso (Calvete, 2014). Sin embargo, la autora alude a características metodológicas como el uso exclusivo de autoinformes, la falta de una medida objetiva del maltrato familiar y el trabajo con una muestra no clínica de adolescentes para explicar los resultados obtenidos.

Dado que el maltrato infantil puede comprometer el desarrollo socio-afectivo y cognitivo (Shonk & Cicchetti, 2001) no es de extrañar que diversos estudios informen sobre una disminución en la percepción de la competencia social de jóvenes víctimas de experiencias abusivas (Barbosa et al., 2014; Landry, Smith, Swank, & Miller-Loncar, 2015; Lopez & Heffer, 1998). Más recientemente, Dunn, Culhane, & Taussig (2010) analizaron el efecto a largo plazo de la percepción del apoyo social y el autoconcepto en un grupo de adolescentes a los 6 meses de comenzar a vivir con una familia de acogida y pasados cinco años de convivencia. Aquellos jóvenes que tenían una conducta en clase más problemática y una menor percepción de apoyo por parte de los iguales en clase presentaban mayores problemas de ajuste psicológico en general a los cinco años de haber sido acogidos. Los investigadores plantean que la internalización de los mensajes negativos resultantes de experiencias abusivas o negligentes pueden actuar como profecías autocumplidas en los jóvenes que son víctimas de maltrato familiar. El hecho de involucrarse en actos arriesgados y destructivos puede ser una manera de reforzar las percepciones negativas que uno tiene sobre sí mismo y sobre los demás.

También hay evidencia de que los adolescentes maltratados pueden sobrestimar su propio sentido de competencia y aceptación social (Kim & Cicchetti, 2003; Vondra, Barnett, & Cicchetti, 1989). De alguna manera, los jóvenes pueden ofrecer un autoconcepto y una autoestima inflada, incluyendo ideas de omnipotencia e idealización, lo que para algunos autores se considera “un falso yo” (Calvete, 2008). En el estudio mencionado, Calvete y Orue (2013) encontraron que la relación entre ser testigo de violencia de género en la familia (en el caso de que el agresor sea el padre) y el desarrollo de comportamientos agresivos en el adolescente estaba mediado por la

justificación de la violencia y las creencias de grandiosidad personal. Young et al., (2003) sugieren que las creencias sobre grandiosidad y omnipotencia personal esconden creencias subyacentes negativas sobre uno mismo, de imperfección o fracaso. Otros autores también han señalado la presencia de procesos defensivos en los niños maltratados como estrategia para mantener ciertos procesos y creencias negativas sobre sí mismos fuera de la conciencia (Putnam, 1997; 2002). Valentino (2008) relaciona estos procesos con los mecanismos disociativos en el maltrato infantil. En su estudio compararon la valencia (positiva o negativa) de los esquemas representacionales en un grupo de niños escolares con historias de maltrato (abuso y negligencia) y otro grupo de control. No se encontraron diferencias entre los niños maltratados y los no maltratados en cuanto a la valencia de sus creencias sobre sí mismos, pero sí aparecieron diferencias importantes en cuanto a la manera de integrar la información. Una mayor presencia de esquemas cognitivos positivos se relacionó con mayores índices de disociación en los niños víctimas de negligencia, lo que según los autores confirma la presencia de procesos autodefensivos disociativos.

Cabe mencionar que en los últimos años, y debido a las dificultades metodológicas para operativizar la autoestima, ha surgido el concepto de autocompasión como una propuesta alternativa en el estudio del autoconcepto (Neff & Vonk, 2009). Neff (2003) define la autocompasión como la capacidad de sostener una visión sobre uno mismo realista pero amable, sin autocríticas desproporcionadas y centrada en el reconocimiento de los propios recursos. Este autor propone tres componentes principales: (a) la autobondad, que se refiere a la capacidad de tratarse a sí mismo con cuidado y comprensión, en lugar de autocríticas duras; (b) un sentido de humanidad común, que es la capacidad de reconocer la imperfección es un aspecto compartido de la experiencia humana en lugar de sentirse aislado por los propios fracasos, y (c) la atención plena, que consiste en mantener una perspectiva equilibrada, gestionando las emociones de forma tolerable ante la adversidad.

Los hallazgos, aunque todavía escasos, muestran resultados interesantes. Neff y McGehee (2009) encontraron que la autocompasión fue un predictor significativo de la salud mental con adolescentes y jóvenes estudiantes en población general. Los adolescentes de familias armoniosas y cercanas eran más autocompasivos, es decir,

tenían una visión más benevolente sobre sí mismos, mientras que aquellos jóvenes que habían vivido en contextos conflictivos mostraban una mayor autocrítica y rigidez. Sorprendentemente se encontró que la asociación entre la autocompasión y bajos niveles de sintomatología psicológica no estaba condicionada por los factores familiares. Esto sugiere la posibilidad de que la autocompasión puede ser modificable sea cual sea la historia familiar.

En nuestro conocimiento, únicamente un estudio ha abordado la influencia de la autocompasión en adolescentes víctimas de maltrato familiar. Tanaka, Wekerle, Schmuck, & Paglia-Boak, (2011) examinaron la relación a largo plazo entre el maltrato intrafamiliar y la autocompasión en un grupo de adolescentes de edades entre 14 y 17 años bajo tutela de los servicios sociales. De acuerdo con los resultados, el maltrato físico, el abuso emocional y la negligencia emocional en la niñez se asociaron significativamente con menores niveles de autocompasión en la adolescencia. El grupo con menores niveles de autocompasión presentaba mayores síntomas de ansiedad, adicción al alcohol, tendencia a síntomas depresivos, así como intentos de suicidio. Algunos autores han comenzado a considerar la autocompasión como un factor de resiliencia, en la medida en que esta capacidad permite ver las circunstancias difíciles, el sufrimiento y el fracaso como parte de los desafíos inherentes al proceso de vivir y desarrollar maneras más adaptativas de enfrentarse a la adversidad (Vettese, Dyer, Li, & Wekerle, 2011).

Relacionado con la autoeficacia, aunque no exactamente igual, encontramos un estudio que ha evaluado la autosuficiencia en un grupo de jóvenes extutelados. Cameron (2007) exploró la percepción de autosuficiencia, definida como la capacidad para depender de sus propios recursos en lugar de la ayuda externa. Los resultados muestran que en muchas áreas de sus vidas (acceso a la educación, gestionar la vivienda, acceso a la salud), los jóvenes no tenían ningún apoyo externo, ni institucional ni familiar. Para la mayoría de estos jóvenes la clave del éxito consistía en recurrir a sus propios recursos, tomando la iniciativa, en lugar de confiar en cualquier fuente externa de apoyo formal, sin importar el grado de disponibilidad. Sin embargo, los resultados sobre altos niveles de autonomía contrastaban con la percepción de la mayoría de los jóvenes de no contar con apoyo y de sentirse aislados. Resulta imprescindible estudiar

estas variables, tales como la autosuficiencia o la auto-eficacia, dentro de un contexto y contrastada con otras creencias y percepciones complementarias.

Dado que los jóvenes que han sido víctimas de maltrato familiar están expuestos a un número de victimizaciones secundarias, conviene considerar el impacto de la polivictimización en el desarrollo de sus creencias. En un estudio con más de 1100 jóvenes entre 10 y 17 años en población general, Turner, Shattuck, Finkelhor y Hamby (2015) señalaron que los efectos indirectos de la polivictimización en la sintomatología ansiógena en los jóvenes estaban mediados por los niveles de autoestima y percepción de control, y no por otras variables, como la percepción de apoyo social. Otro estudio con adolescentes catalanes en población general señaló que la exposición a la polivictimización se asociaba con un sentido inferior de valía personal como seres sociales y no tanto con su capacidad para cumplir metas personales (Soler, Kirchner, Paretilla, & Forns, 2013). Ante contextos de sufrimiento provocado por distintos tipos de victimización, el sentido de dignidad o valor social actuaba como un factor de protección contra la aparición de sintomatología posterior, mientras que la percepción de ser una persona poco valiosa se convertía en factor de riesgo. Este estudio encontró diferencias de género, pues la polivictimización en las chicas adolescentes, a diferencia de los chicos, afectaba tanto su sentido de dignidad social como el de autoeficacia personal.

El conjunto de estos hallazgos sugiere que los jóvenes que son victimizados en múltiples contextos y por múltiples perpetradores (familia, escuela, compañeros) son especialmente propensos a creer que son indignos y con poca valía personal respecto a otros. Es probable que tales creencias se conviertan en una base importante de su autoconcepto, que a su vez medie el desarrollo de sintomatología posterior.

Sin embargo, no todas las jóvenes víctimas de violencia familiar desarrollan una visión de sí mismos en términos negativos. Estudios recientes con jóvenes procedentes de orfanatos no encontraron diferencias en los niveles de autoestima, desarrollo social o inestabilidad emocional, en comparación con un grupo normativo de la misma edad (Nasar, Khan, M, & Majeed, 2014). Magalhaes & Lopes, (2011) encontraron que las puntuaciones en autoconcepto obtenidas por los adolescentes institucionalizados se corresponden con puntuaciones medias promedio respecto a la población general. Así

mismo, las jóvenes en acogimiento residencial se mostraban satisfechas con su red de apoyo social y tenían una percepción positiva sobre su capacidad para establecer relaciones interpersonales positivas. En su tesis doctoral (no publicada) sobre las consecuencias del maltrato en el desarrollo socioemocional de adolescentes institucionalizados, Carmen Touza (2002) encontró sólo un apoyo parcial a su hipótesis de que los adolescentes víctimas de maltrato familiar presentarían un autoconcepto más pobre. Efectivamente, los adolescentes víctimas de maltrato presentaron puntuaciones inferiores en autoestima y mostraban mayor inmadurez en su competencia social. Sin embargo, la autora señala que “a pesar de que parecen mostrar ciertos déficits en el procesamiento de información social (definen de manera más hostil las situaciones, no buscan información relevante, no consideran el carácter social de las situaciones y tienen más dificultades para anticipar las consecuencias de las estrategias que proponen), no justifican en mayor medida la agresión ni muestran creencias más negativas sobre la expresión de sentimientos” (pág. 415).

Procesos atribucionales: la culpa como vivencia asociada a la violencia familiar

Es ampliamente aceptado que las características de las atribuciones de los niños, el significado asociado a los hechos y la interpretación que hacen de sus propias acciones y de las de otros, tiene un impacto diferencial y único en la adaptación postrauma, con independencia de las características objetivas de la experiencia abusiva (D. J. Kolko et al., 2002a). En el estudio del maltrato familiar, los investigadores distinguen varios constructos: el estilo de atribución general, las atribuciones específicas al maltrato y las atribuciones relacionadas con el maltrato familiar:

- a) El estilo de atribución general se conceptualiza como la visión que uno tiene sobre sí mismo, sobre las circunstancias y sobre el futuro. Se considera un estilo atribucional negativo el hecho de creer que los eventos negativos ocurren como resultado de algo que depende de uno mismo (atribución interna), que estos eventos continuarán ocurriendo (estables) y que otros eventos negativos similares ocurrirán en otras áreas de la vida (global) (Brown & Kolko, 1999).

b) Las atribuciones específicas al maltrato se refieren al desarrollo de creencias sobre la experiencia abusiva en concreto, y dependen del significado asociado y la interpretación particular de los hechos. La culpa personal o culpa en el otro son las atribuciones específicas más frecuentemente estudiadas ((Bugental & Shennum, 2002; D. Kolko & Feiring, 2002). La culpa se considera una respuesta moral, afectiva y evaluativa que ocurre después de que la persona analice distintos factores asociados al acto inadecuado. En relación con los contextos de victimización, Janoff Bulman (1979) distingue entre la culpa caracterológica y la culpa de conducta o comportamental. La primera hace referencia al fenómeno que aparece cuando la víctima se siente culpable por su forma de ser o por rasgos de su carácter. La culpa atribuida a la conducta aparece cuando una persona siente que son sus conductas, los actos que comete u omite, los que provocan la experiencia de victimización.

c) Las atribuciones relacionadas con el maltrato se refieren a percepciones más amplias sobre el impacto de la experiencia en otros aspectos de la vida del individuo, tales como la pérdida de confianza en los otros, el sentirse diferente a los compañeros o la intencionalidad asociada al agresor (Cohen, 2000; Kolko, Brown, & Berliner, 2002b).

Peterson y Seligman (1983) postularon que las atribuciones se podrían categorizar en tres dimensiones: internas-externas (el yo como causa frente a los otros o el contexto como causas), estables-inestables (si los eventos/cosas/personas son los mismos o cambian con el tiempo) y global-específicos (si las cosas son las mismas o diferentes entre situaciones). El modelo establece que habrá mayor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos cuando el sujeto perciba que un resultado positivo es muy improbable o uno negativo muy probable y él nada puede hacer para cambiar el resultado.

Al trasladar los aportes anteriores al estudio del maltrato infantil familiar se considera que para los niños el objetivo del desarrollo de las atribuciones causales es contar con estrategias para prevenir la recurrencia del maltrato, manteniendo así un sentido de esperanza (Ingram, 2003). En un primer momento, el niño atribuye la ocurrencia del maltrato a causas externas, como por ejemplo pensar que el perpetrador estaba de mal

humor o tenía un mal día (Brown & Kolko, 1999; Cohen & Mannarino, 2002; Kolko & Feiring, 2002). De acuerdo con la clasificación anterior, esta explicación correspondería a un estilo de atribución externo, inestable y específico, lo que ayuda a mantener un cierto sentido de esperanza de que el maltrato no volverá a ocurrir: "Puede que mañana mi padre ya no esté de mal humor". Sin embargo, si el maltrato es crónico y generalizado, estas atribuciones serán continuamente cuestionadas por una realidad contraria. Cuando esto ocurre, el niño comienza a explicar la ocurrencia del maltrato con atribuciones autorreferenciales: "Debe haber algo malo en mí que está provocando que mi padre haga lo que hace". Esto corresponde a una atribución interna, estable y global, que igualmente tiene como objetivo incrementar el sentimiento de esperanza y de control del niño sobre la situación, aunque a un coste más alto. Según otros autores, cuanto más frecuentemente el niño emplea explicaciones atributivas internas, estables y globales, más probabilidades hay de que se cristalicen en un estilo cognitivo negativo general asociado a diversos trastornos psicológicos (Hildyard & Wolfe, 2007). Los padres proporcionan a sus hijos, de forma consciente o inconsciente, retroalimentaciones continuas sobre las causas, las consecuencias y los significados de los eventos vitales, especialmente sobre los negativos. Estas explicaciones son interiorizadas por el niño y con el tiempo moldean su propio estilo cognitivo ante eventos negativos.

En relación con los trabajos empíricos publicados sobre los procesos de atribución en adolescentes víctimas de maltrato, podemos destacar algunos aspectos relevantes.

En primer lugar, parece que los jóvenes desarrollan de forma simultánea atribuciones autorreferenciales y atribuciones donde los perpetradores son los culpables del maltrato. Cuando se les pregunta sobre la principal causa del maltrato, los adolescentes pueden señalar aspectos relativos al agresor y también de forma complementaria aludir a elementos propios con una clara tendencia a la autculpa (McGee et al., 2001). Es decir, la autculpa y la culpa al otro pueden coexistir; es más, parecen ser constructos independientes entre sí (Kolko & Feiring, 2002).

Según Cohenn y Mannarino (2002), los niños que han crecido en contextos de violencia familiar a menudo presentan atribuciones ambivalentes, pues efectivamente sienten multiplicidad de emociones respecto al perpetrador, que normalmente era una

persona familiar, significativa en lo afectivo, y con la que, junto con las prácticas abusivas, se mantuvo interacciones positivas. Kolko, Brown y Berliner (2002a) encontraron que la ambivalencia en las atribuciones estaban relacionadas con los distintos tipos de maltrato, así como con la naturaleza de la relación entre el niño y el agresor. En su estudio evaluaron distintas percepciones sobre el impacto del maltrato en un grupo de 68 niños entre 7 y 18 años de edad con indicadores de maltrato físico o abuso sexual. Los resultados mostraron diferencias significativas según el tipo de maltrato. Los niños que sufrieron abuso sexual eran significativamente más propensos a creer que el abuso era una victimización incontrolable, intencional e inmerecida. Los autores señalan el hecho de que el abuso sexual está más claramente definido y entendido como un problema grave y como una violación de una norma social, lo que facilita que el niño pueda distinguir este comportamiento como inadecuado e intolerable. Por el contrario, los niños que sufrieron maltrato físico mostraban una tendencia a creer que ellos mismos y a menudo con sus comportamientos contribuyeron al desarrollo de la agresión. A diferencia del abuso sexual, el abuso físico a menudo se considera un mal uso de la disciplina y no un acto de violencia intencional. Otro resultado interesante en este estudio señala que las atribuciones dependían del tipo de relación con el agresor. Los niños que sufrieron abuso físico o sexual por los miembros de la familia biológica mostraron más ambivalencia sobre la interpretación de la experiencia y el castigo que debían de recibir los abusadores. Según los autores, estas atribuciones poco realistas o más benignas de los niños podrían tener como propósito preservar una de las creencias fundamentales en los niños: que los padres aman a sus hijos. Otra posible explicación plantea que, debido a que los niños suelen seguir teniendo algún nivel de relación con los padres biológicos, es más adaptable tener una visión menos maligna de la experiencia y de los motivos de sus padres. Sería especialmente difícil para los niños sostener relaciones con sus padres si tienen la creencia de que los padres no les aman o que tienen intenciones negativas hacia ellos.

Otra cuestión importante que se deriva de los trabajos revisados sugiere que la atribución en contextos de maltrato intrafamiliar es un proceso multifacético. Comprende diversas dimensiones relacionadas como la percepción de responsabilidad, el merecimiento, la percepción de control para prever o evitar el maltrato, así como la

culpa o la culpa en otros. Parece que los jóvenes que sufrieron maltrato físico tienden a desarrollar la creencia de “merecer” (*deservingness*) las agresiones físicas, un concepto que es diferente a la culpa *per se* (Berger, Knutson, Mehm, & Perkins, 1988; Knutson & Beth, 1994). En el estudio de McGee y cols. (2001), los adolescentes se refieren a sus propios comportamientos desregulados o desafiantes como parte de la explicación al maltrato. Sin embargo, ninguno de los adolescentes, fuese cual fuese el maltrato del que fueron víctimas, atribuyó la victimización a características negativas o positivas de su propia personalidad. En este sentido, la variable percepción de severidad parece jugar un rol importante. En los casos de maltrato físico y emocional, la autculpa resulta inversamente proporcional a la percepción de severidad de la experiencia (Brown & Kolko, 1999; Evans, Steel, & DiLillo, 2013; McGee et al., 2001). La creencia de los niños de merecer la agresión debido a sus malos comportamientos se relacionó con el nivel de tolerancia moral a la agresión. Cuando aumentaba la percepción de severidad de la agresión (física o emocional), disminuía la percepción de merecimiento y aumentaba la percepción de culpa del agresor; es decir, los adolescentes se pueden sentir culpables, pero hasta un límite.

Finalmente, varios estudios señalan que la culpa puede funcionar como un factor mediador o modulador de la capacidad de ajuste posterior. McGee et al., (2001) observaron mayores niveles de problemas conductuales en aquellos niños cuyo posicionamiento en las atribuciones y cuyas emociones asociadas no eran congruentes con la severidad del maltrato que describían. Aquellos niños que manifestaban sentirse sólo un poco culpables o poco afectados en lo emocional, en los casos más graves de maltrato, mostraban más alteraciones conductuales posteriormente. Por el contrario, aquellos niños que atribuían un mayor grado de culpa al adulto mostraban menos problemas de comportamiento, especialmente en los casos en los que aumentaba la percepción de severidad del maltrato.

Emociones: la vergüenza y la percepción de control

Hay un grupo específico de emociones, denominadas emociones autoconscientes, que están conectadas con la forma en que uno se ve a sí mismo, la

manera en que valoramos nuestras acciones y en cómo nos relacionamos con otros (Makogon & Enikolopov, 2013). Las emociones asociadas a la experiencia traumática, y la forma en que las personas las manejan, se consideran un factor predictor importante de la capacidad de ajuste psicológico posterior. De hecho, algunos estudios sugieren que “sentirse culpable” o “sentir que algún otro es culpable” tiene un mayor impacto en el ajuste posterior que “pensarse culpable o pensar que el otro” es culpable (Dalenberg & Jacobs, 1994).

Entre estas emociones se encuentra la vergüenza, que ha sido ampliamente estudiada en relación con el maltrato familiar, específicamente en el abuso sexual. Existe un grueso de literatura importante que no sólo ha documentado una asociación entre el abuso sexual infantil y la vergüenza, sino que ha revelado que la vergüenza puede ser un importante factor mediador para influir en la recuperación del niño (Andrews, Berwin, Rose, & Kirk, 2000; Feiring, 2005; D. Kolko & Feiring, 2002). Desafortunadamente, salvo excepciones (Bennett, Sullivan, & Lewis, 2005; Stuewig & McCloskey, 2005; Webb, Heisler, Call, Chickering, & Colburn, 2007), las investigaciones no han considerado el impacto de otro tipo de maltrato familiar, como la negligencia o la violencia física, en el desarrollo de la vergüenza en los adolescentes.

Entre estas excepciones, Benett, Wolan y Lewis (2005) encontraron que los niños con antecedentes de abuso físico, pero no de negligencia, mostraron mayor vergüenza durante una tarea evaluativa. Además, estos investigadores encontraron que la vergüenza estaba relacionada con un aumento de la ira, que a su vez se asociaba con mayores problemas de comportamiento. No se encontró la misma asociación para la culpa. Resultados similares encontró Webb y cols. (2007) con una muestra de jóvenes universitarios. Los sentimientos de vergüenza, y no los sentimientos de culpabilidad, se asociaban a una mayor percepción de maltrato psicológico parental y a la aparición de sintomatología depresiva en los jóvenes. El estudio longitudinal de Stuewing y McCloskey (2005) evaluó a un grupo de niños desde la infancia hasta la adolescencia e investigaron cómo diferentes estilos de crianza (incluyendo el maltrato familiar) afectaban el desarrollo de la vergüenza o los sentimientos de culpabilidad. Encontraron que los jóvenes de padres rechazantes (lo que los autores definieron como estilos de crianza rígidos, distantes y con poco afecto) eran más propensos a presentar

sentimientos de vergüenza personal y menos propensos a la culpa que otros jóvenes. Además, la tendencia a la vergüenza se asoció con una mayor depresión cuando se midió dos años después, mientras que la autculpa se relacionó con un comportamiento menos delictivo. Congruente con estos resultados, otros estudios señalan que los remordimientos asociadas con la culpa pueden llevar al individuo a actuar de manera constructiva y facilitar el comportamiento prosocial (Tangney, Stuewing, & Mashek, 2007).

Varios estudios señalan la multidimensionalidad del impacto emocional de las experiencias parentales abusivas, especialmente del maltrato físico. Es decir, los jóvenes pueden desarrollar simultáneamente sentimientos diversos de forma no excluyente, aunque se traten de emociones opuestas desde el punto de vista conceptual. Keene y Epps (2016) compararon los sentimientos de vergüenza, la tendencia al narcisismo y los comportamientos agresivos en un estudio entre universitarios que sufrieron abusos físicos por parte de los padres y sin historias de maltrato. Encontraron resultados aparentemente incongruentes, pues los jóvenes con historias de maltrato físico familiar obtuvieron puntuaciones más altas tanto en sentimientos de vergüenza personal como en la tendencia al narcisismo, constructo que se caracteriza por un sentido de superioridad a los demás y comportamientos explotadores hacia los otros, así como en las medidas de ira, hostilidad y agresión física. La relación entre el maltrato físico y el desarrollo de comportamientos agresivos estuvo mediada por la vulnerabilidad al narcisismo y no por la vergüenza.

También desde una perspectiva multidimensional, otro interesante estudio evaluó la asociación entre la exposición a la disciplina parental abusiva y no abusiva, y la vergüenza expresada y convertida, en un grupo de 112 adolescentes de un centro de detención juvenil (Gold, Sullivan, & Lewis, 2013). La conversión de la vergüenza es un proceso por el cual las personas desplazan los sentimientos negativos sobre sí mismos hacia los otros haciéndolos responsables de la situación. Una persona avergonzada que se encuentre abrumada por estos sentimientos podría culpar a otros por las situaciones o conductas inductoras de la vergüenza y aislarse así de sus propios sentimientos intensamente negativos. Los resultados encontraron que los jóvenes que habían estado expuestos a una paternidad más abusiva tendían a convertir la vergüenza en culpar a los

demás, y a su vez mostraron un comportamiento delincuente significativamente más violento que los jóvenes que por el contrario expresaban su vergüenza. Según los autores, el camino a la delincuencia juvenil no se explica simplemente por los comportamientos parentales abusivos, sino por el impacto que el maltrato ejerce en el mundo emocional de los jóvenes al inducir la vergüenza y culpa. La paternidad abusiva no sólo sirve como un modelo de violencia hacia los demás que los jóvenes pueden imitar (aprendizaje vicario), sino que también produce niveles de vergüenza que son intolerables (“¿Qué pasa conmigo? ¿Por qué mi padre me golpea?”), que a su vez pueden convertirse en estilos, maneras habituales de manejar los comportamientos personales erróneos a través de la culpabilización del otro. Convertir la vergüenza sería un proceso protector, que quizás puede ayudar a explicar las bajas tasas de vergüenza (expresada) y altas tasas de reincidencia asociadas con delincuentes juveniles crónicos.

Otros autores también han reflexionado sobre la forma en que las experiencias de negligencia, abandono, maltrato emocional o físico inducen la vergüenza en los adolescentes. Una de las hipótesis más aceptadas es que las prácticas parentales punitivas y de rechazo, incluyendo la crítica excesiva y la humillación, se asocian con verbalizaciones que tienden a centrarse en la persona y no en el comportamiento (Wilson, Rack, Shi, & Norris, 2008). En estas verbalizaciones no se distingue entre el ser y el hacer, es decir, entre “¡Pero mira que eres estúpido!” frente a “¡Mira la estupidez que has hecho!”. Estos comentarios críticos y la desvalorización sistemática que acompaña provocarían sentimientos de vergüenza en los niños, entendida como un estado altamente negativo y doloroso en el que el individuo se percibe como defectuoso (Deblinger, 2005). Los niños pueden ver sus defectos como intratables, pues lo que se integra no es la crítica hacia un comportamiento concreto y moldeable, sino una crítica hacia la persona como ente malo o indigno. ¿Qué margen queda para cambiar si soy una persona estructuralmente mala y defectuosa? Se cree que una pobre visión de uno mismo es un inductor primario de la vergüenza ((Lewis & Vanecek, 2000)). De hecho, la vergüenza se asocia con frecuencia a los temores de rechazo y abandono, así como a conductas de aislamiento y evitación, lo que a su vez puede reforzar las expectativas autocumplidas de ser rechazado y no aceptado por los otros. Algunos estudios parecen confirmar esta hipótesis al señalar la presencia de un sentido de pequeñez, insuficiencia

e inutilidad, así como un deseo de que los demás no conozcan las fallas propias, como componentes que acompañan la autoevaluación negativa asociada a la vergüenza (Sheikh & Janoff-Bulman, 2010; Webb et al., 2007)

Cabe señalar que, a pesar de la relevancia de las emociones positivas, como el orgullo o la percepción de “resistir” al evento, se han asociado a un mejor ajuste posterior en adultos víctimas de experiencias traumáticas, no hemos encontrado trabajos con población adolescente afectada por violencia familiar que explore el impacto diferencial de estas emociones.

Respecto a la percepción de incontrolabilidad e imprevisibilidad de un evento, se considera una construcción central para entender las diferencias individuales en los resultados postrauma (Foa, Zinbarg, & Rothbaum, 1992; Frazier, Berman, & Steward, 2001). Según Bandura (2001) "entre los mecanismos de afrontamiento, ninguno es más central o penetrante que las creencias de las personas en su capacidad para ejercer cierta medida de control sobre su propio funcionamiento y sobre los eventos ambientales" (p.10). Según la revisión de Frazier et al., (2001) la dimensión temporal es particularmente importante para entender el papel del control en el ajuste a los eventos estresantes de la vida. Específicamente, el control pasado se refiere al control percibido sobre la ocurrencia del evento en sí, el control presente se refiere al control percibido sobre los aspectos actuales del evento (por ejemplo, síntomas actuales), y el control futuro se refiere al control percibido sobre el evento que ocurre nuevamente. Los hallazgos más consistentes en este sentido señalan que las personas que creen tener más control sobre los aspectos actuales de un factor de estrés (control presente) presenten menos angustia general y mejor adaptación post-trauma (Frazier y cols., 2011b). La percepción de control presente centra la atención en aspectos de situaciones estresantes que a menudo son realmente más controlables, como las reacciones personales a eventos (Shuler y Boals, 2016). Por lo tanto, centrarse en lo que se puede controlar en el presente puede permitir a los individuos mantener o recuperar un sentido de control general sobre sus vidas, en el caso de haber experimentado un evento que no podía controlar en el pasado y no puede controlar o prevenir en el futuro. Existen pocos estudios que exploren esta creencia en adolescentes. Anders, Frazier y Shallcross (2014) trabajaron con una muestra *online* sobre 1082 estudiantes para evaluar si la

presencia de un evento adverso intermedio provocaba cambios en el conjunto de creencias básicas y alteraciones en las puntuaciones de estrés postraumático y bienestar general. La duración entre la medición 1 y la medición 2 fue de ocho semanas. Aquellos jóvenes que informaron sobre eventos traumáticos intermedios mostraban, en la segunda medición, puntuaciones diferentes en la variable percepción de control sobre el evento y además presentaron mayores puntuaciones en sintomatología de estrés traumático. Con todo, sigue siendo un campo que requiere mayor investigación, especialmente en los contextos de violencia familiar.

- **Apuntes metodológicos para el estudio del sistema de creencias asociado a la violencia familiar**

Resumimos algunos aprendizajes desde el punto de vista metodológico derivados del análisis de estudios precedentes, con el objetivo de desarrollar una metodología adecuada en nuestra investigación:

a) Muchas de las investigaciones ofrecen una puntuación global y única para informar sobre el impacto en las creencias básicas, perdiendo la oportunidad de observar y analizar las distintas dimensiones, y posiblemente contribuyendo a un sesgo en los resultados. A pesar de que la literatura sugiere que las creencias varían según el tipo de maltrato y las características únicas de la experiencia, frecuentemente los estudios sólo incluyen una medida para el estudio de las creencias (a menudo la culpa como proceso atribucional causal). No ocurre así, por ejemplo, en las investigaciones sobre abuso sexual infantil, en las que a menudo se evalúan distintas dimensiones de la vergüenza, es decir, la vergüenza del cuerpo, la vergüenza personal o la vergüenza sobre el abuso. Existe la necesidad de incorporar el estudio de otros procesos cognitivos relacionados, como las creencias sobre el control percibido, la confianza en los demás o la percepción de aprendizaje posterior (McGee, Wolfe y Olson, 2001; Kolko y Feiring, 2002). Esto permitiría obtener un abanico de resultados según la dimensión y las características de la experiencia (Andrews y cols., 2000).

b) Otra característica de las investigaciones es la suposición de que las creencias específicas al maltrato, por ejemplo, la autculpa, se manifiestan de forma excluyente. Este enfoque es inconsistente con los hallazgos de que la mayoría los jóvenes pueden experimentar atribuciones, o creencias contradictorias o ambivalentes. La ambivalencia comúnmente observada en algunas víctimas de abuso demuestra que las atribuciones pueden estar relacionadas con formas complejas y tal vez inconsistentes. Por lo tanto, puede ser importante desarrollar estudios que permitan la evaluación de creencias ambiguas o mixtas en relación con diversos aspectos de la experiencia de maltrato.

c) La mayoría de los instrumentos para evaluar creencias o atribuciones presentan ítems dicotómicos o excluyentes, y obligan al entrevistado a escoger entre una u otra opción. Por ejemplo, el cuestionario de estilo atribucional para niños (*children's ettributional style questionnaire*; Kaslow, Tannenbaum y Selgiman, 1987) explora la percepción de culpa con ítems como "totalmente por mi culpa" frente a "totalmente por la culpa de otras personas o circunstancias". De esta forma se simplifican los complejos procesos de cognitivos asociados a la culpa, al centrarse exclusivamente en dos dimensiones: personal frente a otros. Destaca la importancia de utilizar instrumentos que permitan medir las creencias en todas sus dimensiones y polaridades, de forma separada e independiente, cuidando de no utilizar formatos que obliguen a elegir entre una u otra dimensión (Fincham, 2002).

d) La variabilidad de los resultados observados en los estudios puede deberse a la precariedad en ocasiones con la que se definen lo constructos objeto de estudio. Por ejemplo, en las investigaciones sobre autoestima, este término aparece a menudo operativizado mediante instrumentos específicos de autoconcepto. Aunque ambos conceptos están relacionados, no son idénticos. Kolko y cols. (2002) reflexionan sobre la necesidad de captar el significado preciso que los niños y adolescentes atribuyen a los conceptos por los que se pregunta. Sugieren seleccionar y examinar cuidadosamente el lenguaje que se utiliza, ya que los niños y adolescentes pueden dar diferentes interpretaciones al lenguaje o a las

frases para reflejar una atribución determinada. Algunas de las recomendaciones para controlar el impacto de las palabras se refieren a diferenciar entre el concepto culpa y el de responsabilidad, y nunca utilizar estos términos, o cualesquiera otros términos atribucionales de forma aislada, sino con un descriptor que señale el referente (por ejemplo, atribución causal, atribución de culpa).

e) Los autoinformes es la metodología más utilizada en este tipo de estudios, pero no están exentos de aspectos controvertidos. Para que un adolescente pueda compartir su visión sobre sí mismo, requiere de competencia verbal, conciencia de sí mismo, aunque la propia naturaleza reflexiva del ejercicio puede facilitar la toma de conciencia, así como la capacidad de pensar tanto en características específicas, de comportamiento o físicas, como en características psicológicas más abstractas y generales como rasgos de personalidad. Así mismo debemos ser conscientes de que sus respuestas pueden estar influenciadas por el deseo de parecer competente o la necesidad de aprobación. Ante estos desafíos, algunos autores alientan a utilizar métodos e instrumentos de recogida de información que hagan accesibles las creencias de los jóvenes mientras toman en consideración su nivel de desarrollo, su capacidad para otorgar significados e interpretaciones, así como los procesos de conveniencia social (Benett, Wolan y Lewis, 2010; Gilbert, 1998; Webb y cols., 2007).

f) Parece que los instrumentos basados en escenarios hipotéticos podrían no ser adecuados para encontrar una conexión entre el trauma en la infancia y las creencias posteriores. Se recomienda el uso de métodos directos para abordar estos constructos, tales como preguntas específicas sobre cada dimensión, preguntas abiertas y técnicas visuales, así como evaluaciones más indirectas o informes de terceros, para abordar creencias relacionadas con el maltrato (Bugental y Shennum, 2002; Celano y cols., 2002, Feiring y cols., 2002, Kolko y cols., 2002).

g) Asimismo, Gabardino (2001) sugiere que, en este tipo de estudios, si se quiere interpretar los resultados paradójicos, es necesario vincularlos con las peculiaridades específicas del proceso de las personas, teniendo en cuenta no solo variables del tipo edad, sexo o nivel cultural, sino otras más vinculadas a las historias de vida de los protagonistas. Así se muestra la necesidad de ampliar las variables explicativas del sistema de creencias con una visión más holística de la persona.

h) Por último, algunas de las discrepancias que se observan en los resultados de estudios con adolescentes víctimas de violencia familiar y que residen en centros de protección podrían estar relacionadas con el impacto que tiene el mismo hecho de vivir en un centro de acogida. La literatura sugiere que la propia vivencia de institucionalización puede generar procesos de devaluación sobre la visión de sí mismos en los jóvenes, afectando a su autoestima, sus sentimientos de incompetencia y su percepción de rechazo por parte de los otros. Este aspecto sumamente influyente se ha de tratar de forma diferencial respecto a las experiencias de violencia familiar, para evitar sesgos conceptuales en los resultados.

3. LOS CONTEXTOS DE LA INVESTIGACIÓN

Según la perspectiva teórica que adoptamos en este estudio, la construcción del sistema de creencias está indisolublemente unida a los contextos en los que nos relacionamos. Mediante nuestra relación con el medio (con sus valores y recursos culturales) y a través de la interacción con otros seres sociales, es como vamos poco a poco construyendo la idea de quiénes somos y qué esperamos de los demás y del mundo. Así pues, nos parece necesario introducir un capítulo dedicado a situar el contexto donde se desarrolla, y por tanto influye, parte de nuestra investigación. Nos referimos a las características del sistema de protección infantil en España, puesto que el grupo de adolescentes que componen la muestra de contraste, reside en centros de acogida residencial.

Partamos de la definición del concepto que nos ocupa. El sistema de protección se refiere al conjunto de medidas jurídicas, sociales, educativas y pedagógicas dirigidas a obtener el desarrollo integral del menor según la normativa legal vigente, así como el sistema de recursos materiales y técnicos que tiene por objeto procurar la protección del niño ante contextos de riesgo o maltrato. Para un cierto porcentaje de niños la familia no es un lugar seguro, sino un lugar de riesgo; no es donde encuentran el apoyo y los cuidados, sino donde encuentran la fuente principal de sus problemas (Palacios, 2003). Es de estos niños y de estas familias de los que se ocupa el sistema de protección de la infancia.

3.1. El sistema de protección infantil en España y Cataluña

Durante muchos años, la única medida que se utilizaba para intervenir en los casos de niños que carecían de un contexto familiar adecuado (por economía precaria, orfandad, o situaciones de maltrato), era sacar al niño de su núcleo familiar y ponerlo en una institución. Todavía a mediados de los años ochenta la institucionalización en España era prácticamente la única medida existente. Según Domínguez & Mohedano (2014) este modelo se caracterizaba por ser centros cerrados y de gran capacidad, autosuficientes, pues contaban en el propio recinto con escuelas y médicos, gestionados por personal no profesional y de larga permanencia. Eran lugares donde los niños podían permanecer hasta alcanzar la mayoría de edad y donde se cubrían sus necesidades más elementales como

alimentación, alojamiento y atención sanitaria. Los criterios de ingreso en estas instituciones eran muy diversos. Las situaciones de pobreza y exclusión eran los más comunes. Ochaíta y Espinosa (2001) lo describen como un modelo de carácter correccionalista, en el que los niños que eran abandonados por sus familias o separados de ellas, a menudo se les veía como “delincuentes en potencia”. El objetivo último (implícito o explícito) del sistema era apartar a tales seres de la sociedad. Además, se carecía de una legislación específica que regulara las intervenciones, de tal manera que no se diferenciaba entre la atención a los menores abandonados y los infractores de la ley.

Como hemos visto en el capítulo sobre el marco legislativo en cuestiones de maltrato infantil, el primer gran cambio vino provocado por la Ley Orgánica 1/96 de Protección Jurídica del Menor. A partir de esta ley, las responsabilidades respecto a la protección de los niños se descentralizaron y cada comunidad autónoma asumió la competencia en su territorio. Esta descentralización, junto con los hallazgos de las cada vez más frecuentes investigaciones sobre los efectos iatrogénicos de la institucionalización en el desarrollo de los niños, favorecieron el desarrollo de alternativas a las grandes instituciones (F Casas & Montserrat, 2002). Comienza aquí a gestarse el principio de normalización con la creación de pisos de tipo familiar ubicados en las ciudades, donde los niños pudieran utilizar los recursos públicos propios del barrio (escuelas, ambulatorios, etc.) y facilitar así su integración en la comunidad.

Los grandes centros se reestructuraron y se dividieron en espacios más pequeños para ocho o diez niños y con tutores de referencia, que poco a poco pasará de ser personal eclesiástico a ser profesionales del ámbito de la educación social. Este modelo se aproxima bastante a lo que en la actualidad se conoce como acogimiento residencial. A modo de ejemplo, en Barcelona hoy en día está bastante extendido que los centros de acogida residencial se denominan hogares o *llares* (casas en catalán)¹.

¹ A lo largo de este trabajo se utilizará el término hogar, centro de acogida residencial, o centro de protección, para designar los recursos de acogimiento residencial en general, entendiendo que la gran mayoría de estos servicios son pequeñas unidades en pisos o viviendas unifamiliares. Apenas quedan macro-centros de protección donde convivan un centenar de niños y jóvenes, aunque todavía existe una minoría de centros que acogen a 30 o 40 menores, y que lamentablemente presentan dinámicas de funcionamiento similares a las de hace varios años (Domínguez, 2012).

Según los expertos, la última década ha sido testigo de otra gran transición en nuestro sistema de protección infantil. El desarrollo de nuevos recursos ha facilitado la evolución de un sistema donde predominaba la recepción pasiva de casos de maltrato infantil graves o muy graves a una cada vez mayor detección activa de los casos leves o moderados, o incluso los posibles riesgos de maltrato. Así lo muestran las estadísticas sobre el RUMI, que desde el año 2012 percibe un aumento progresivo en las notificaciones de maltrato infantil, pasando de 9060 notificaciones de maltrato durante el año 2012 a 12 372 en el año 2013, hasta un total de 14 280 en el año 2014 (último año con datos oficiales disponibles a fecha de elaboración de este estudio). Actualmente la totalidad de las comunidades autónomas suben datos de forma sistemática al RUMI.

Por otro lado, se asumió la “normalización” de la vida en los centros como uno de los principios rectores de la legislación actual (Ley 21/1987; Ley 1/1996 y Ley 1/2015, el artículo 127 del Código Civil). Este principio implica, entre otras cosas:

- La no diferenciación (en la medida en que sea posible) de los sujetos o colectivos con los cuales se actúa, por lo que se favorece que participen en la vida social, y el uso de los recursos disponibles para la población en conjunto. Se pretende así evitar la segregación y el etiquetaje de este colectivo.
- En los casos en los que existan indicadores de maltrato infantil leve o riesgo de maltrato, los servicios sociales tendrán que valorar como primera opción de intervención el mantenimiento del menor en su familia, apoyando y acompañando a los padres en su crianza, de manera que puedan proporcionar a sus hijos un cuidado adecuado.
- La separación del niño de su entorno familiar sólo deberá proponerse cuando se constate la imposibilidad de los padres o cuidadores de asegurar la protección y el bienestar del menor. En casos de separación, se deberá trabajar con la finalidad prioritaria de la reunificación familiar.
- Nunca se deberá proponer una medida de separación de carácter estable sin antes haber constatado claramente (o haberlo intentado), a través de la provisión de servicios de apoyo y tratamiento a la familia de origen, que los padres o responsables legales no van a ser capaces de proporcionar al menor un cuidado adecuado a sus

necesidades o que el plazo de tiempo que éstos pueden necesitar para ello no es compatible con las necesidades del menor.

- Salvo excepciones, cuando un niño o niña menor de doce años sea separado de forma temporal o estable de su familia, la alternativa idónea es que sea acogida en otra familia (en acogimiento simple si la separación es temporal y en acogimiento permanente o preadoptivo si la separación es sin perspectivas de retorno).
- Sólo de manera excepcional las propuestas de separación relativas a niños y niñas menores de doce años deberán incluir un acogimiento residencial.

Este conjunto de normas tiene, en la práctica, dos consecuencias importantes. Por un lado, como ya se ha ido avanzando, la legislación actual en materia de acogimiento de menores aboga por medidas preventivas para evitar la colocación de los niños en situación de riesgo grave en centros. Asimismo, respecto a las características de los centros de acogimiento residencial, se indica explícitamente que estos recursos han de tener dimensiones reducidas, mantener el contacto con el exterior, disponer de personal cualificado, acoger a los hermanos y dar cabida a la cooperación de los padres (Del Valle, Bravo Arteaga, Martínez Hernández, & Santos González, 2012). Por otro lado, este principio de normalización, aparentemente “obvio” y “sencillo”, supone una lista compleja de funciones y responsabilidades que los técnicos y profesionales de los servicios sociales vinculados al sistema de protección infantil han de ser capaces de llevar a cabo, como veremos a continuación.

Las características del proceso en la protección del menor

En la mayoría de las comunidades autónomas existe una especialización o distribución de las funciones dentro del propio sistema de protección infantil (F Casas & Montserrat, 2002). Los servicios sociales de base, que dependen de las instituciones locales y ayuntamientos, asumen la responsabilidad de recibir las notificaciones de sospechas de maltrato infantil intrafamiliar, investigarlas, realizar las evaluaciones psicosociales de las familias e intervenir con aquellas familias en las que se considera que la situación es de riesgo, pero no alcanza un nivel de gravedad suficiente como para dictaminar la separación del niño de su núcleo familiar.

Los servicios sociales especializados responden directamente ante los gobiernos autonómicos y asumen la intervención en los casos de mayor gravedad, es decir, aquellos en los que se declara la situación de desamparo. En estos casos, su intervención fundamental es decidir la medida más adecuada (acogimiento familiar, acogimiento residencia o adopción), la gestión de la intervención con el niño y el acompañamiento a la familia natural desde el momento en que se realiza la salida del niño de la casa.

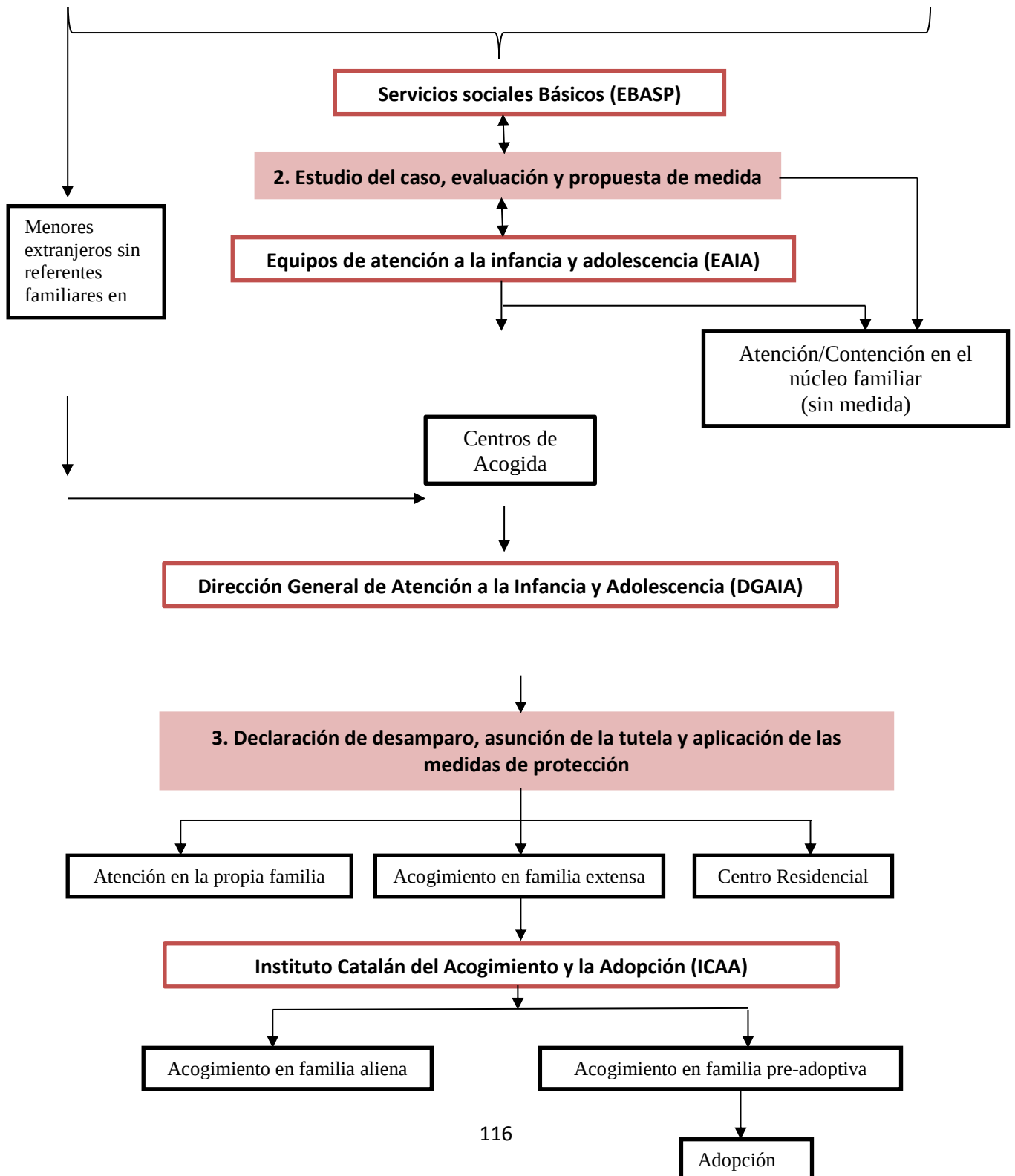
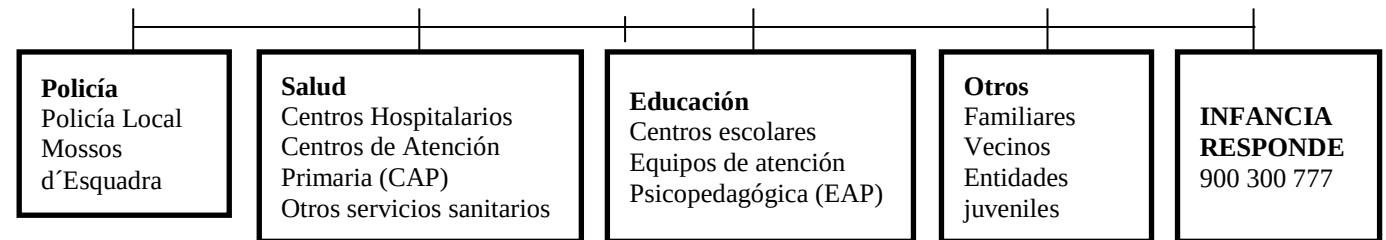
Los procedimientos y criterios de actuación en la comunidad autónoma de Cataluña siguen las directrices estatales, aunque presentan algunas peculiaridades significativas. Sin duda tiene un peso dentro de la historia del sistema de protección catalán el hecho de que Cataluña fue la primera comunidad autónoma que desarrollara un programa específico para niños en situación de alto riesgo social (Casas, 1993). En este sentido, el sistema de protección infantil catalán fue pionero en España en tanto que comenzó a construirse basándose en el desarrollo de una red de equipos interdisciplinarios de alta especialización denominados EAIA (equipo de atención a la infancia y la adolescencia) y compuestos por un psicólogo social, un pedagogo y un trabajador social. En la actualidad existen aproximadamente 47 de estos equipos, en los que trabajan alrededor de 350 profesionales repartidos por todo el territorio.

El sistema catalán de protección infantil contempla diversas vías para denunciar o comunicar la sospecha de una situación de maltrato infantil o de riesgo de producirse: familiares y vecinos, profesionales de los centros escolares, monitores de entidades infantiles, profesionales de los centros hospitalarios, etc. En función de las características de la situación, se puede utilizar el circuito ordinario o el circuito específico para situaciones de urgencia. En el circuito ordinario los servicios básicos de atención social (EBASP o *equip bàsic d'atenció social primària*), de ámbito local, hacen la primera valoración de la situación de los niños y deciden si es necesario realizar un estudio en profundidad y derivar el caso a los servicios especializados. En este caso se deriva la situación al equipo de atención a la infancia y la adolescencia (EAIA) también de ámbito local, formado por profesionales que realizan una intervención con el menor, la familia y el núcleo de convivencia, para valorar la situación socio-familiar y recomendar la medida correspondiente, incluyendo la derivación a un tercer nivel de especialización.

En el caso de que el EAIA considere que el menor no puede ser atendido en su núcleo familiar, se realiza la declaración de desamparo y la asunción de la tutela por parte de la Administración, al tiempo que se propone una medida de protección a la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA). La propuesta de desamparo puede implicar medidas de acogimiento y adopción, por lo que se activa la participación del Instituto Catalán de la Acogida y de la Adopción (ICAA).

En los casos en los que se detectan situaciones de riesgo grave o maltrato muy grave, en los que se encuentre en peligro la vida o la integridad física o psíquica del menor, y se requiere la separación urgente e inmediata del entorno familiar, se activa el circuito de urgencia para atender situaciones de intervención preferente. En estos casos, se activan los equipos de valoración de maltratos infantiles (EVAMI), la administración asume las funciones tutelares y se ingresa al niño en un centro de acogida de urgencia, como medida transitoria, mientras se realiza el estudio de valoración y el diagnóstico socio-familiar, y se proponen las medidas de protección adecuadas. La DGAIA es la institución de máxima autoridad dentro del circuito y la encargada de formular, si resulta pertinente la declaración de desamparo, la asunción de la tutela y la aplicación de la medida de protección correspondiente. Las medidas de protección pueden ser, como hemos dicho, de atención en la propia familia, de acogimiento en familia extensa o de ingreso en un centro residencial. En el caso de que exista una propuesta de acogimiento en familia ajena o en familia preadoptiva es el ICAA la institución que hace la asignación y el seguimiento.

En el gráfico 1, extraído de la memoria de la DGAIA (2015), se ilustra el funcionamiento del circuito ordinario con los tres niveles descritos.

1. Detección, denuncia y derivación de casos de maltrato

Tipos y características de los centros de acogimiento en el sistema de protección infantil catalán

El Plan Integral de Apoyo a la Infancia y la Adolescencia de Cataluña 2013 (2010) recoge, al igual que la legislatura estatal, la intención de promover las medidas del ámbito familiar, pues se entiende que lo mejor para el niño es crecer en un entorno lo más parecido a una familia. La tabla 6 recoge una descripción de las medidas de protección institucional en Cataluña (similares al resto del Estado español) que incluyen los centros de acogida (CA), los centros residenciales de acción educativa (CRAE), los centros residenciales de acción educativa intensiva (CRAEI), centros residenciales para niños con discapacidad o pisos asistidos (para mayores de 17 años). Además, las medidas vigentes de ámbito familiar incluye la atención, en la propia familia del niño en el que la administración tiene la tutela, el acogimiento en familia extensa, acogimiento en familia aliena y el acogimiento pre-adoptivo.

Tabla 6. Tipología de atención residencial y población destinataria 2014

<i>Tipo de centro</i>	<i>Definición</i>	<i>Población destinataria</i>
Centro de Acogida (CA)	Servicio de estancia temporal y transitoria para la atención inmediata mientras se realiza el estudio diagnóstico de la situación socio-familiar del niño/adolescente	Niños y adolescentes entre 0-18 años
Centre Residencial de Acció Educativa (CRAE)	Servicio de acogimiento de niños y adolescentes en situación de desamparo y tutelados pro la Administración, en sustitución de la familia natural durante el tiempo que persistan las dificultades sociales	Niños y adolescentes entre 0-18 años
Centre Residencial de Acció Educativa Intensiva (CRAEI)	Centro que acoge a adolescentes tutelados con problemas conductuales y de adaptación a los CRAE o a la familia acogedora y que requieren más contención	Jóvenes entre 12-18 años
Plazas residenciales en centros del Instituto Catalán de Asistencia y Servicios sociales para niños y adolescentes con discapacidad (ICASS)	Servicio destinado al acogimiento de niños y adolescentes con discapacidad en situación de desamparo y tutelados en sustitución de la familia natural durante el tiempo que persistan las dificultades sociales	Niños y adolescentes entre 0-18 años con discapacidad
Centro de Primera Acogida	Centro que atiende las necesidades de la población infantil extranjera que llega a Cataluña sin referente familiar	Extranjeros entre 0-18 años tutelados y no tutelados sin referentes familiares
Piso asistido	Recurso residencial para jóvenes más grandes tutelados y jóvenes que han estado bajo la tutela de la DGAIA al cumplir la mayoría de edad	Jóvenes tutelados y ex tutelados mayores de 16 años

Fuente: Adaptación propia de la información obtenida en el Departamento de Acció Social y Ciutadania (Departament d'Acció Social i Ciutadania).

En nuestro estudio, los adolescentes que participan como parte de la muestra de contraste, proceden de centros de acogimiento de urgencia, centros de acogimiento residencial ordinarios y pisos de autonomía. Cabe detallar la diferencia que existe entre un centro de acogimiento ordinario y los centros residenciales “terapéuticos”, pues fue una de las novedades más polémicas de la última reforma del sistema de protección. El acogimiento residencial especializado es fundamentalmente una intervención intensiva y terapéutica, destinada para jóvenes mayores de 12 años que debido a su afectación presentan una clara incompatibilidad con la convivencia en centros de acogimiento residencial ordinario. Para el ingreso de estos menores se requiere autorización judicial,

basada en un diagnóstico previo realizado por un facultativo, si bien en casos de urgencia debidamente justificados cabe proceder al ingreso por decisión de la entidad de protección. Las intervenciones socio-educativas están reguladas por una ley en la que se contempla las medidas de contención que se pueden adoptar, incluyendo el aislamiento del menor, los registros materiales y personales que pueden llevarse a cabo, las condiciones en que podrá producirse la administración de medicamentos cuando sea necesario y un régimen disciplinario específico basado en el proyecto educativo de cada joven. Las intervenciones presentan un grado de especialización muy elevado cuya lógica, según varios autores, corresponde más al sistema sanitario que al sistema de protección. A esta discrepancia de enfoques se suma el hecho de que varias instituciones han denunciado en repetidas ocasiones los vacíos legales y la falta de regulación de los centros de estas características, así como las condiciones lamentables en las que se encontraban algunos jóvenes. Para profundizar en el tema se puede consultar los informes de Amnistía Internacional (2010) y el Defensor del Pueblo (2009).

3.2. El acogimiento residencial como objeto de investigación

El acogimiento residencial tiene una larga historia de debates dentro de las políticas de bienestar infantil, y no únicamente en nuestro país, sino a nivel internacional (Jonson-Reid & Barth, 2000). Desde que en el año 2001 nuestra legislatura aprobó la aparición de otro tipo de medidas de protección con opciones alternativas en contextos familiares (el acogimiento y la adopción), la atención del acogimiento residencial ha caído cada vez más en descrédito. Las preocupaciones al respecto son múltiples. En primer lugar, es una intervención que se aleja de lo que se considera desde el punto de vista ideológico un cuidado alternativo adecuado (Palacios, 2003). En teoría se concibió para ser una medida de carácter temporal cuya finalidad última era mantener al niño en un contexto protegido mientras que se activan los recursos para obtener una solución definitiva, bien sea la vuelta al hogar familiar o para incorporarse a una nueva familia. Por tanto, legalmente es una medida de último recurso y como respuesta a determinadas características y problemas psicosociales que no pueden abordarse en contextos familiares. Otro tipo de preocupaciones se refieren al coste económico de la

medida, las dinámicas propias de los centros, la metodología de intervención y la adecuada capacitación del personal (Bravo & Del Valle, 2009).

Todo ello sin olvidar que hoy en día hay pocas dudas de que los jóvenes tutelados en un acogimiento residencial suponen un grupo especialmente vulnerable. Según Galán (2014) la situación de estos jóvenes en acogimiento residencial es particular, pues se enfrentan al menos a tres experiencias con un potencial componente patógeno:

a) El maltrato, que implica el abuso físico/negligencia/abuso sexual/abandono que lo define, más la relación emocional disfuncional y dañina que lo sustenta, todo ello en el período más sensible del desarrollo de un ser humano.

b) Una separación de su hogar, que puede estar asociada a intensas emociones, como la culpa, el sentimiento de traición, la desesperanza, el abandono, y puede ser vivida como algo terrible y catastrófico.

c) Un entorno de convivencia en el que se cuidará del menor y se le aportarán experiencias necesarias y valiosas, pero que no dejará de ser un sustituto precario al contexto familiar de crianza y convivencia. En el peor de los casos, un mal funcionamiento del centro de acogimiento supondrá la revictimización del niño por la exposición a un contexto iatrogénico.

A pesar de todos estos factores, la realidad es que en nuestro país se sigue haciendo un gran uso del acogimiento residencial. Para muchos niños y niñas que son declarados en desamparo², hoy en día vivir en un centro residencial es la primera (y única) alternativa de cuidados fuera del hogar biológico. Según cifras oficiales, el 1 de marzo de 2016 había en Cataluña 6936 niños y adolescentes tutelados por la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA), lo que significa que 5 de cada 1000 niños y adolescentes en Cataluña se encuentran acogidos por el sistema de protección. La medida prevalente es la acogida en centro residencial (39,5 %), seguido

² En este trabajo, consideramos adolescentes tutelados todos los adolescentes que, por causa de una situación de desamparo, han sido separados de su núcleo familiar y han sido protegidos por la DGAIA mediante una medida protectora: acogimiento en familia ajena, acogimiento en familia extensa o acogimiento residencial. En la mayoría de los casos nos referiremos a este último recurso. Por lo tanto, esto incluye a los adolescentes que tienen un expediente de desamparo abierto con medida cautelar y a los adolescentes con expedientes de tutela.

del acogimiento en familia extensa (36,0 %) y el acogimiento en familia ajena (14,6 %). Hay también un 6 % de niños en situación de acogida preadoptiva, mientras que el 4 % restante están en situación de medidas provisionales o son adolescentes y jóvenes con continuidad asistencial. Con relación al origen de los adolescentes, se puede observar que el 15 % son de origen extranjero. Hay una sobrerrepresentación de los que han nacido fuera de España entre los acogidos en centro residencial, con diferencias significativas (22 % de los acogidos en el centro y 6 % de los acogidos en familia extensa).

Tal y como señala Fernández, Álvarez, & Bravo, (2003) es de esperar que esta situación continúe cambiando y que en un futuro el acogimiento residencial se destine exclusivamente a aquellos niños y jóvenes cuyas características y nivel de afectación demande una intervención especializada y un contexto residencial de carácter terapéutico que no pueda ser facilitada por un acogimiento familiar. Esta voluntad también se expresa entre los políticos: un reflejo de ello son las conclusiones a las que llegó la Comisión del Senado («Informe, de Noviembre de 2010, de la Comisión Especial del Senado para la Problemática de la Adopción Nacional y otros Temas Afines», s. f.) para el estudio de la adopción nacional y otras medidas de protección que, entre otras cosas, insta a las distintas comunidades autónomas a evitar definitivamente el uso del acogimiento residencial para los niños menores de 3 años.

Mientras se producen estos cambios en las políticas públicas y en la sociedad, los centros residenciales de protección atienden diariamente a numerosos niños con una diversidad de procedencias, características y contextos singulares.

¿Por qué los niños y jóvenes pasan tanto tiempo en medidas de acogimiento residencial?

Sin duda una de las cuestiones que más preocupación y debate ha suscitado es el hecho de que los niños y jóvenes pasan largos periodos de tiempo en las medidas de acogimiento residencial. Investigaciones recientes revelan que la media está entre los 4 y los 8 años de permanencia en los centros de acogimiento residencial. Bravo et al., (2003) encontraron un tiempo medio de 6,5 años; García Barriocanal et al., (2007) señalan una estancia media de 5,8 años, y Martín et al., (2007) entre 4 y 5 años, con el 37,7 % de su muestra viviendo en centros de protección más de 6 años. Más reciente, el estudio de Silva y Montserrat (2014) muestra un tiempo medio de estancia en el centro

residencial de 8,22 años. Se trata por tanto de estancias muy prolongadas y con procesos que podrían definirse como “institucionalización infantil”, sobre todo en los niños más mayores, ya que gran parte de todo su desarrollo infantil ha transcurrido fuera de un contexto familiar.

Para comprender los orígenes de este problema necesitamos una mirada amplia sobre los desafíos que, en global, enfrenta el sistema de protección infantil español. Existen pocos estudios que analicen el funcionamiento del sistema de protección desde una perspectiva global. La tarea no es fácil. En el año 2002, Casas y Montserrat, según las opiniones de los técnicos de menores, realizaron la siguiente lista de desafíos en el sistema de protección catalán:

- Situaciones familiares sumamente complejas. La valoración del riesgo y el acompañamiento de las familias es el mayor reto.
- A menudo las familias no cooperan. Especialmente en los contextos de mayor gravedad y con múltiples problemáticas, las familias muestran dificultades para asistir de forma regular a los tratamientos especializados que se les pautan (desintoxicación, programas de salud mental, etc.).
- Los servicios a menudo están colapsados y hay una carencia de recursos para sustituir a los profesionales del sistema. También hay falta de recursos especializados en la mayoría de las regiones.
- Se une la fuerte presión social para proporcionar la medida de protección adecuada.

Jesús Palacios, catedrático de Psicología Evolutiva y Educación en la Universidad de Sevilla, es sin duda una de las voces más críticas en defensa de las reformas del sistema de protección infantil, especialmente para la medida de acogimiento residencial. En su comparecencia en el Senado en el 2009³, resumió los puntos clave en los que, según su experiencia y sus conocimientos, flaquea nuestro sistema de protección:

³ DS. Comisión Especial de estudio de la problemática de la adopción nacional y otros temas afines, Página: 2, Núm: 220, Fecha: 22-10-2009 -

- A pesar de que se ha mejorado el sistema de recogida de información, los datos estadísticos de los que se dispone son básicos y globales, y no es posible conocer los detalles en profundidad de cómo funciona el sistema de protección. Cuando un niño español entra en el sistema de protección, ¿dónde va? Los casos nuevos por año, ¿dónde entran?

- Se requiere de más investigaciones de carácter descriptivo y explicativo, especialmente para el ámbito del acogimiento residencial y del acogimiento familiar.

- Es necesario fortalecer e impulsar las medidas de acogimiento familiar para aquellos niños que se puedan beneficiar de ellas. España es el país en el que más niños extranjeros se adoptan, mientras que la mayoría de los niños españoles que se encuentran en situación de desprotección están en instituciones mientras podrían ser adoptados o acogidos.

- Se constata un cambio en las características de los niños que entran en el sistema de protección. Por un lado, han cambiado los motivos de ingreso. Mientras que tradicionalmente los centros acogían a niños por la falta de atención familiar o por carencias económicas, con el paso del tiempo van llegando jóvenes y niños que han sido objeto de abandono o negligencia, o bien que han sido víctimas durante mucho tiempo de maltrato físico o de abuso sexual. Por otro lado, el sistema de protección es cada vez más restrictivo con el uso del acogimiento residencial, de modo que las situaciones de maltrato leve, donde los niños pueden estar más preservados, permanecen en el domicilio familiar y allí intervienen los servicios sociales. En el caso de niños que tengan menos problemas adaptativos, son dirigidos a medidas de acogimiento familiar alternativo. Por lo tanto, los casos que llegan a acogimiento residencial son aquellos que presentan experiencias más traumáticas, que en muchos casos les han ocasionado importantes problemas de salud.

- La protección del menor no implica que el daño sufrido haya sido reparado. Se necesitan tratamientos especializados para recuperar a los niños y a los jóvenes afectados.

En el año 2010, el Grupo de Investigación en Familia e Infancia (GIFI) de la Universidad de Oviedo llevó a cabo una compleja investigación para tratar de esclarecer qué factores influyen en el uso tan intensivo del acogimiento residencial que caracteriza al sistema de protección infantil español (Fernández, Sainero, & Bravo, 2011). Los resultados de este trabajo presentan un panorama sin duda complejo, con una multiplicidad de factores que determinan las características del funcionamiento del sistema de protección, sus limitaciones y los retos a los que se enfrentará en el futuro. Por eso nos extenderemos más en estos hallazgos.

Para contextualizar, este trabajo se realizó a partir de una muestra de 238 niños acogidos en centros de siete comunidades autónomas y se incluyó a todos los menores de 12 años que se encontrarán en acogimiento residencial durante un tiempo superior al tercio de su desarrollo evolutivo, y un mínimo de cuatro meses para los menores de un año. El estudio confirmó que el tiempo medio de estancia en el centro residencial del conjunto de niños fue de 43 meses (tres años y medio). El estudio concluye que los factores que alargan la estancia de un niño en acogimiento residencial se asocia a las características de los niños, las características de las familias de origen y las dinámicas de los procesos de intervención, en concreto:

a) Presencia de situaciones muy complejas y multiproblemáticas de las familias en riesgo, junto con la falta de instrumentos estandarizados y sencillos que permitan detectar el grado de recuperabilidad o irreversibilidad del daño en sus competencias parentales. Esto provoca largos procesos de valoración sobre la posibilidad del niño de regresar con su familia biológica. La ausencia de protocolos legales claros ante la falta de cumplimiento de objetivos de los padres deriva en que los técnicos no puedan tomar decisiones definitivas que impliquen acogimiento familiar o adopción.

b) Asociado a las propias dificultades en reconocer su parte de responsabilidad en el sufrimiento del niño, la oposición de las familias biológicas ante las medidas y las intervenciones del sistema de protección se convierte en un obstáculo importante para formalizar un acogimiento familiar, debido a las complicaciones judiciales. También ocurre lo contrario: la motivación y la buena disposición de algunas madres para vivir de nuevo con sus hijos provoca que los

técnicos demoren el momento de tomar una decisión de separación definitiva y activar un recurso de acogimiento familiar alternativo. Es frecuente que cuando los técnicos observan indicios de que existe una vinculación afectiva entre la madre y el hijo pospongan la decisión de una separación definitiva, a pesar de que dicha vinculación no sea necesariamente positiva para el niño.

c) La alta exigencia de este trabajo especializado, el estrés y el desgaste emocional de los profesionales en el sistema de protección no contribuye a una estabilidad del equipo y afecta de forma indirecta a la eficacia en la toma de decisiones. Se reconoce que para los técnicos la supervisión de un niño en acogimiento familiar supone más trabajo que si el niño estuviera en acogimiento residencial.

d) La falta de formación especializada, lo que da cabida a ideologías carentes de apoyo empírico que obstaculizan la toma de decisiones adecuadas y eficaces. Todavía hay profesionales que albergan la idea de que una nueva vinculación del niño con una familia alternativa puede ocasionar problemas emocionales y dificultar el plan de reunificación con los padres.

e) Considerando el número de hijos de las familias que entran en el sistema de protección, parece evidente el fallo de los mecanismos de prevención para detectar casos tempranamente e intervenir antes que se den estas situaciones de descendencia tan numerosa en condiciones tan graves.

f) Se constata la existencia de un perfil de niños en acogimiento residencial de larga estancia, indefinida o hacia la independencia, compuesto por los niños de edades más avanzadas, que presentan un perfil más problemático en relación con su salud por problemas conductuales y bajo rendimiento escolar. Se alude a una falta de preparación de las unidades de salud mental infanto-juvenil ante la complejidad de las situaciones de maltrato vividas por los niños. Esto provoca que en muchas ocasiones no se realice una evaluación psicológica completa y especializada de los niños afectados por maltrato intrafamiliar una vez realizada la medida de protección y habiendo entrado en un centro de protección.

g) Por último, y no menos importante, los autores señalan la dificultad de encontrar familias acogedoras que puedan dar respuesta adecuada ante las características y necesidades específicas de los niños en el sistema de protección.

3.3. Estudios sobre el impacto del acogimiento residencial

Una revisión sistemática de la literatura sobre acogimiento residencial en nuestro país pone de manifiesto que está aumentando el número de estudios publicados, aunque, si los comparamos con los trabajos e investigaciones que se han realizado en el ámbito de la adopción, todavía resultan bien escasos. *Grosso modo*, los trabajos publicados siguen tres enfoques diferenciales:

1. Estudios que analizan las características del acogimiento residencial como recurso de protección. La mayoría de las investigaciones versan sobre evaluación de resultados o de procesos (en una minoría) a corto y medio plazo. En ellas se trata de identificar el impacto de los programas de acogimiento residencial.
2. Estudios focalizados en el niño y su estado de salud, tanto física como mental. Son estudios clínicos que en su mayoría comparan la sintomatología presente en los niños y jóvenes que se encuentran en centros de acogida residencial con niños con otra medida o sin historial de protección.
3. Estudios sobre la opinión de niños y jóvenes sobre su experiencia en el acogimiento residencial, en un intento de aproximarse a sus experiencias vitales.

Dada la inmensidad del ámbito de estudio, las referencias a estos temas serán por fuerza incompletas, pues, a pesar de lo interesante de cada apartado, muchos elementos no son objeto específico de estudio de este trabajo. Aportamos los principales hallazgos en cada uno de estas líneas de investigación, y especialmente destacaremos aquellos aspectos que ayuden a interpretar los contextos y perspectivas de los jóvenes que participan en nuestro estudio.

3.3.1. Evaluación de programas y resultados

La diversidad de los programas de acogimiento residencial y la falta de consenso sobre la fundamentación teórica de los mismos han provocado ciertas incongruencias entre la práctica del trabajo y las teorías y conocimientos que aportan la psicología, la pedagogía y otras ciencias afines (Fernández, 2003). En la actualidad, los centros de acogimiento residencial cubren una amplia gama de servicios y tratamientos. Mientras existen unas expectativas mínimas y comunes a todos (esto es, que los niños vivan en entornos protegidos y seguros, donde se cubran sus necesidades básicas), en el caso de

las características de la atención psicoeducativa no hay tanta regulación ni supervisión estatal. Cada centro tiene una enorme libertad en determinar su filosofía de tratamiento y su enfoque. Esta disparidad normativa, o la falta de personal especializado, la ausencia de planes de actuación en situaciones de crisis, o la falta de recursos en general, son algunas de las deficiencias que han sido señaladas por distintas instituciones (Sindic de Greuges, 2009; Defensor del Pueblo Andaluz, 1999).

La literatura tanto nacional como internacional sobre la evaluación de los programas en acogimiento residencial es escasa. Los conocimientos actuales sobre su efecto se basan principalmente en estudios con muestras pequeñas no representativas y diseños metodológicos, sin grupos de control o ausencia de medidas estandarizadas (Bean, White, & Lake, 2005; Bettmann & Jasperson, 2009; Fernández-Millán, Hamido-Mohamed, & del Mar Ortiz-Gómez, 2009; Hair, 2005). De los estudios publicados, la mayoría evalúan el impacto de las intervenciones en términos de reducción de los síntomas o el ajuste socio-laboral posterior o el éxito académico (Leichtman, 2006; Leichtman, Leichtman, Barber, & Neese, 2001; Lyons & Schaefer, 2000). Escasas investigaciones incluyen aspectos dinámicos de interacción educativa y socializadora (Amaia Bravo & Del Valle, 2003; Martin, 2011a; Martín Cabrera, 2015). Por lo tanto conocemos muy poco sobre el impacto de los programas y los criterios de calidad que se aplican en el funcionamiento de los centros. Además, existe una dificultad real a la hora de realizar investigaciones longitudinales, principalmente debido a la falta de financiación, pero también por los problemas para conseguir una muestra válida y localizable en este tipo de población (Limaña, Bueno-Bueno, & Domínguez-Alonso, 2013).

A poco que se revise la literatura, destaca la inevitable tendencia de los estudios a realizar comparaciones entre unas medidas y otras, especialmente entre los beneficios y limitaciones del acogimiento residencial y al acogimiento familiar o la adopción, sin que hasta la fecha los resultados resulten concluyentes (J. Domínguez & Mohedano, 2014; Jiménez-Morago, León, & Román, 2015; Ocón, 2004). La literatura internacional también se hace eco de esta tendencia (Barth, 2005; Bettmann & Jasperson, 2009).

Este tipo de investigaciones presentan importantes desafíos metodológicos. El principal se debe a la necesidad de controlar la “línea de base”, es decir, el nivel de

maltrato o adversidad al que han estado expuestos los niños, y que es inherente a la misma medida de protección. Algunos estudios han abordado esta cuestión a través del diseño o mediante métodos estadísticos. Mientras proliferan las investigaciones que señalan los resultados negativos en el funcionamiento de niños en acogimiento residencial, algunos estudios han encontrado resultados más favorables para los jóvenes que reciben tratamientos en centros (Breland-Noble, Farmer, Dubs, Potter, & Burns, 2005; Lee & Thompson, 2008), y otro estudio no encontró diferencias entre medidas después de ajustar las diferencias basales iniciales ((Jonson-Reid & Barth, 2000)

En una reciente investigación española, (Jiménez-Morago, León y Román, 2015) se compararon los distintos niveles de adaptación y funcionamiento psicológico de un grupo de niños de entre 4 y 10 años (media de edad 6 años) en los tres recursos principales del sistema de protección: instituciones (n=50), acogimiento de familia ajena (n=28), acogimiento en familia extensa (n=54), adopción internacional en (n=40) y un grupo control de una muestra normativa de familias con hijos biológicos (n=58). Los resultados mostraron diferencias significativas en los índices de adversidad temprana acumulada, siendo los adoptados y los niños en acogimiento institucional los que obtuvieron mayores puntuaciones. Como era de esperar la adaptación más pobre se relacionó con los niveles de adversidad más altos. Por tanto, los niños en acogimiento residencial obtuvieron los puntajes más altos en la escala de dificultades, destacando los problemas emocionales y de conducta. En realidad, los resultados de este estudio son principalmente un reflejo de cómo funciona el circuito de colocación de niños dentro del sistema de protección a la infancia. Los niños y las niñas en acogimiento de familia extensa tenían la menor exposición a la adversidad de todos. La mayoría de los niños que están en acogimiento de familia extensa llegan a este recurso desde muy pequeños, prácticamente desde que se detectan indicadores de riesgo en su familia biológica y se activa la red de apoyo familiar. Por el contrario, los niños que llegan al acogimiento residencial lo hacen después de haber pasado un mayor tiempo expuesto al maltrato y pueden haber vivido institucionalizaciones previas o fracasos en acogimientos de familia ajena previos. Es decir, las historias de vida de estos grupos son más negativas, debido a una alta acumulación de dificultades pasadas y circunstancias adversas en el proceso de la protección (Palacios, 2003).

Por tanto, ¿qué funciona en el acogimiento residencial? No lo sabemos con certeza. En líneas generales la investigación sobre el cuidado de los jóvenes en acogimiento residencial es todavía muy prematura y se han realizado muy pocos estudios rigurosos para poder realizar recomendaciones fuertes en apoyo de uno u otro modelo de intervención.

En nuestro país, se ha intentado evaluar el impacto de los programas de acogimiento utilizando la escala de observación mensual de objetivos del PII (Bravo y Fernández del Valle, 1999, 2001). Los resultados muestran que los objetivos referidos a la adaptación al contexto residencial y los de integración social son los que se logran alcanzar en mayor medida, mientras que los que hacen referencia a la implicación de la familia en el programa y a la integración del menor en la comunidad no se logran en la mayoría de los casos. Se ponen de manifiesto las dificultades de los niños en desarrollar amistades con pares en su barrio que impliquen relaciones duraderas, asistir a cumpleaños, participar en las actividades comunitarias, etc. Otro dato interesante se refiere a que la interacción social y la expresión y vinculación afectiva en el contexto residencial se van deteriorando al llegar la adolescencia. En aquellas situaciones en las que el motivo de ingreso había sido la incapacidad de los padres para controlar la conducta de sus hijos, ítem que se refiere a deficiencias en las competencias de los padres para favorecer el desarrollo de la autorregulación conductual, emocional y cognitiva de los niños, estas dificultades de los niños se mantenían y se incrementaban al llegar a la adolescencia, llegando a resultar “inmanejables” por los propios educadores y referentes del centro.

A pesar del innegable esfuerzo de los autores por generar conocimientos en un campo tan complejo como este, sus estudios han recibido algunas notas críticas. La primera es que no queda claro en qué medida el grado de consecución de los objetivos está influenciado por el nivel de afectación y los problemas derivados de la situación de riesgo que vivieron los niños previa a la situación de desamparo (Rodríguez, Triana y Hernández, 2005). Resulta necesario partir de esta situación para conocer los efectos reales de los programas de acogimiento residencial. No tenerlo en cuenta podría explicar algunas de las contradicciones observadas en la investigación precedente.

Rodríguez y Torbay (2007) intentaron salvar estas limitaciones controlando el factor adversidad temprana y tomando dos medidas separadas en el tiempo (nueve meses) con un total de 175 niños y jóvenes. Se evaluaron solo los objetivos referidos al contexto residencial y escolar. Los resultados señalan que aquellos niños que ingresaron por motivos de un inadecuado cumplimiento de las funciones parentales (negligencia, maltrato, abandono) tienen una mejor evolución que aquellos niños que ingresaron por un imposible cumplimiento de las funciones parentales (pérdida y abandono), concretamente en las dimensiones de autonomía en las obligaciones, integración social en el centro y relaciones sociales externas. Los autores argumentan que para aquellos niños con un historial de maltrato intrafamiliar, el acogimiento residencial proporciona al menos un contexto más seguro y estructurado que el contexto familiar que habían vivido, y que este cambio tienen un impacto más beneficioso para su desarrollo.

Por tanto, una de las primeras conclusiones es que el diseño de los estudios revisados no permite constatar qué proporción de las mejoras en el funcionamiento de los niños en acogimiento residencial se debe a las diferencias en la exposición a la adversidad temprana (línea de base) y qué parte se atribuye a las características de las intervenciones. Los hallazgos de estudios previos obligan a resituar (o al menos a tomar con cautela) los resultados sobre el impacto del acogimiento residencial y evitar atribuir los resultados exclusivamente al tipo de recurso, sin considerar el nivel de afectación psico-traumática previo, y que es diferente entre los jóvenes con distintas medidas. El sistema de protección en sus distintas medidas acoge a niños y niñas con trayectoria de adversidad que varía significativamente en tanto naturaleza, frecuencia, intensidad y gravedad, lo que podría estar asociado a distintos procesos de recuperación y adaptación posterior (Lee & Thompson, 2008). No es que por estar en un centro de acogida los jóvenes tiendan a ser más conflictivos, sino que a menudo acaban residiendo en los centros residenciales los que han estado expuestos a mayor número de adversidades (López, Del Valle, Boada, & Arteaga, 2010). La hipótesis de que un tiempo prolongado en centros de acogida (sobre todo cuando afecta a edades muy tempranas) puede dar lugar a problemas de desarrollo muy graves es más que plausible, pero desgraciadamente no sabemos con exactitud en qué modo ocurre ni cómo les afecta.

Esta es una deficiencia derivada de la falta de evaluaciones rigurosas de los niños, tanto al ingresar en los hogares como a lo largo de su seguimiento.

Otra conclusión importante se refiere al uso de indicadores de impacto únicamente utilizando medidas sobre funcionamiento conductual del menor. Mientras que el criterio de reducción de sintomatología (conductual o emocional) aporta información útil, se muestra muy limitado a la hora de comprender la evolución de los niños víctimas de maltrato familiar. Estamos hablando de jóvenes cuyas “dificultades” se refieren a la confusión con su situación vital, que presentan una enorme ambivalencia, porque las personas que se supone que tendrían que cuidar de ellos son al mismo tiempo las que les provocan el daño, a su tendencia de entrar en conflicto en sus relaciones en distintos ámbitos o la creencia de que ellos son los culpables de haber sido protegidos. Ante estos niños y jóvenes resulta incompleto utilizar criterios de eficacia basándonos únicamente en síntomas clásicos.

Los estudios que consideren medidas de impacto más allá de la sintomatología conductual son pocos. De hecho, la única investigación que se ha localizado en esta revisión es la de Llosada-Gistau Montserrat y Casas (2015). Este es uno de los primeros (y de los pocos) estudios publicados, incluso en la literatura internacional, que propone incluir el bienestar subjetivo de los adolescentes tutelados como un indicador del impacto de la medida de protección. Los autores definen el bienestar subjetivo como las percepciones, las valoraciones y las aspiraciones de las personas en relación con los principales aspectos de la vida, como son la salud, el tiempo libre, la escuela, las relaciones interpersonales y la satisfacción personal, entre otros. Se considera el principal componente psicosocial (no material) de la calidad de vida. Los resultados del estudio se basan en las respuestas de 699 adolescentes con edades entre 12 y 14 años, que supone el 58 % del total de jóvenes tutelados por la administración catalana en abril del 2016 que cumplían los criterios de inclusión. La muestra se refiere a 397 jóvenes acogidos en centro residencial, 251 acogidos en familia extensa y 41 acogidos en familia ajena. Los resultados señalan perfiles que sospechábamos, pero que hasta la fecha no tenían evidencia empírica.

En primer lugar, los adolescentes acogidos en familia extensa son los adolescentes tutelados que muestran mejor bienestar subjetivo, seguidos de los

acogidos en familia ajena. Los adolescentes en centro residencial muestran niveles significativamente mucho más bajos de bienestar subjetivo tanto respecto a la población general como respecto a la acogida familiar. Un dato revelador, y que puede ayudar a entender los resultados, es que la mitad de los adolescentes acogidos en centro residencial no están contentos de vivir ahí. Este hecho repercute negativamente en su percepción de bienestar. Al contrario, el 95 % de los adolescentes acogidos en familia extensa están contentos de la acogida que reciben, frente a un 46 % de los acogidos en el centro. Los autores señalan que el hecho de estar contento con el tipo de acogida tiene más incidencia en el bienestar que no el tipo de acogida en sí. Es decir, el tipo de acogida es importante, pero lo es aún más la percepción que se tiene. Los jóvenes que viven en centros residenciales más grandes (más de 30 plazas) son los que muestran valores significativamente más bajos en el bienestar subjetivo. Mantener la misma familia acogedora o la misma persona educadora-tutora de forma permanente y sin cambios se relaciona positivamente con el bienestar subjetivo de los adolescentes acogidos.

Respecto a las relaciones con la familia biológica, hay que comentar un dato llamativo y es el hecho de que los adolescentes tutelados cuya madre está desaparecida, es desconocida o ha fallecido, muestran puntuaciones más altas de bienestar subjetivo que los que tienen madre, tanto si tienen relación o no. En esta misma línea, el hecho de haber pasado sólo para un tipo de recurso también se relaciona positivamente con el bienestar, mientras que el hecho de haber sufrido una rotura en un acogimiento familiar les afecta negativamente, sobre todo a los acogidos actualmente en centro residencial.

3.3.2. *Salud mental y psicosocial de los adolescentes*

La gran mayoría de la investigación sobre salud en acogimiento residencial ha estado ligada al enfoque de la psicopatología clásica, centrándose en la detección de sintomatología psiquiátrica y tomando como referencia las clasificaciones diagnósticas tradicionales sobre trastornos mentales de la American Psychiatric Association (DSM) y de la Organización Mundial de la Salud (CIE). Puesto que resulta indiscutible que el maltrato infantil supone un factor de riesgo grave a la hora de provocar alteraciones en la salud física y mental de los niños, y conociendo que el primer motivo de ingreso en un centro de acogimiento residencial suele ser la negligencia (Palacios, Jiménez, Oliva y Saldaña, 1998) y los contextos de adversidad asociados, no es sorprendente que la mayoría de los estudios clínicos coincidan en señalar los retrasos en el desarrollo físico y psico-social, así como la presencia de problemas de salud en niños y jóvenes que residen en centros de acogimiento residencial.

La revisión de Oliván (2003) muestra la complejidad de la situación médica en jóvenes acogidos en el sistema de protección. En la revisión se han incluido 60 estudios procedentes de EE. UU. , España, Reino Unido, Finlandia, Malta o Canadá. Tomando como referencia los porcentajes proporcionados en los estudios, el autor señala que entre el 45 % y 95 % de los menores presentan en el momento de ser acogidos al menos un problema de salud física o del desarrollo madurativo importante. Los más frecuentes son los problemas dermatológicos (eccemas, lesiones cutáneas, dermatitis severa), problemas dentales, trastornos de la nutrición y crecimiento (talla baja, obesidad, malnutrición aguda), trastornos del aparato respiratorio (asma, bronquitis) problemas del aparato digestivo, problemas ortopédicos, enfermedades infecciosas (hepatitis B, sífilis, VIH/sida) y trastornos neuromusculares (epilepsia, malformaciones del sistema nervioso central, síndrome de Down, hipotonías) entre otros. Entre el 20 % y 45 % presentan más de un problema de salud y alrededor del 5 % presentan una enfermedad crónica incapacitante física, psíquica, sensorial o mixta.

El estudio más reciente en nuestro país (Jiménez-Morago et al., 2015) encontró resultados similares. Aportó el dato de que el 32,6 % de los jóvenes en acogimiento

residencial tenían una enfermedad crónica (por ejemplo, enfermedad respiratoria o intestinal) y un cuarto (26,7 %) había sufrido exposición prenatal al alcohol o las drogas. Además, el 15,1 % tenía retraso en el desarrollo, el 10,5 % tuvo indicadores de riesgo posnatal como bajo peso al nacer o parto prematuro y el 9,9 % tenía algún tipo de discapacidad. Las enfermedades virales como el VIH y la hepatitis también estaban presente.

Los principales problemas de salud mental que recoge la revisión de Oliván (2003) en el joven que ingresa en acogimiento residencial se refieren a trastornos afectivo-emocionales, con porcentajes de frecuencia entre el 55 % - 80 %, trastornos de la conducta (21 % - 52 %) y trastornos de déficit de atención con/sin hiperactividad (18 % - 32 %). En niños en edad preescolar predominan los trastornos del desarrollo madurativo (entre 15 % y 60 %), con dificultades en el lenguaje, retraso psicomotor y escasa capacidad de adaptación social. En niños mayores y adolescentes, los trastornos del desarrollo madurativo se observan con una frecuencia entre el 38 % y 84 %, y se refieren a retrasos en el aprendizaje escolar (dislexia, discalculia) y capacidad cognoscitiva limitada. Estudios posteriores que aportan cifras de prevalencia muestran que para este grupo poblacional los trastornos en salud mental son significativamente más frecuentes que en la población general y apuntan a una comorbilidad muy elevada entre los distintos trastornos (Burns et al., 2004; Fernández et al., 2011).

Es habitual que, ante circunstancias extremadamente negativas, los menores reaccionen con ansiedad, rabia o tristeza, entre otras emociones. Desde el enfoque de los diagnósticos psiquiátricos, estas reacciones infantiles ante situaciones traumáticas se suelen clasificar entre síntomas internalizantes (ansiedad, depresión, problemas de sueño, somatizaciones) o externalizantes (problemas de conducta y agresión, hiperactividad, irritabilidad, ira). Lo cierto es que parece que no hay acuerdo sobre qué patología es más frecuente en este sentido. Bronsar et al., (2011) encuentran mayor presencia de problemas internalizantes en esta población, mientras que Sainero y cols. (2013) hallan una mayor prevalencia de problemas externalizantes (36,7 % frente a un 15,5 % de problemas internalizantes). Los estudios de López-Soler (Fernández del Valle, López, Montserrat, & Bravo, 2009; López et al., 2010)) señalan porcentajes muy similares de problemas relacionados con la ansiedad, sentimientos de culpa o la baja

autoestima, así como de alteraciones en los trastornos externalizantes tales como la ira y problemas en el control de impulsos. Estas dificultades en global están asociadas a problemas para manejar las situaciones estresantes y en especial las relaciones interpersonales, que derivan en un importante deterioro funcional.

Algunos estudios han asociado el maltrato intrafamiliar con sintomatología depresiva y ansiedad en niños, sin obtener resultados concluyentes. En el estudio de Ruiz y Gallardo (2002) los niveles de ansiedad medidos por dos instrumentos y por dos fuentes de información (maestro y autoinforme) no fueron significativos. Por el contrario, Carrasco et al., (1999), comparando grupos de niños víctimas de negligencia, víctimas de malos tratos físicos y un grupo control, concluyeron que existían diferencias significativas tanto en ansiedad estado como ansiedad rasgo medidas a través del STAIC (State Trait Anxiety Inventory for Children). El estudio de López-Soler et al. (2010) obtiene resultados similares a los de Ruiz y Gallardo en cuanto a niveles bajos de sintomatología ansiosa. Además, los autores destacan un nivel alto de sensibilidad a la ansiedad, es decir, miedo intenso a los síntomas relacionados con la ansiedad (somático, mental y control/social). En el mismo estudio los resultados revelan una tendencia significativamente superior en niños víctimas de maltrato familiar a reaccionar de manera hostil, a reprimir la ira, así como ausencia de estrategias adecuadas para manejar y controlar dicha emoción.

Una vez más cabe recordar que las discrepancias bien pueden deberse a las diferencias metodológicas, así como al uso de distintos instrumentos de recogida de datos, algunos más sensibles a la detección de determinadas problemáticas que otros. En este sentido, el estudio de Fernández, Sainero y Bravo (2011) pone de relieve las dificultades de detectar las problemáticas de los jóvenes mediante criterios sintomáticos y la variabilidad de los resultados dependiendo de la metodología de evaluación psicológica. En su investigación incluyeron a 291 niños y jóvenes entre 6 y 18 años con medida de acogimiento residencial en la Comunidad de Extremadura. La información facilitada por los educadores y los técnicos de protección, permitió detectar a 109 casos (37 %) de niños considerados “clínicos”, bien porque recibía tratamiento psicológico o psiquiátrico debido a trastornos por déficit de atención e hiperactividad y comportamientos perturbadores (22 %); presentaba una discapacidad intelectual (18

%), trastornos del desarrollo (16 %) o conductas autolíticas (8,3 %). Mediante las pruebas de *screening* aplicadas en el estudio se detectaron otros 82 casos no informados previamente que alcanzaban puntuaciones dentro del rango clínico y que podían presentar trastornos de tipo internalizante o externalizante. En una segunda fase, se realizó una entrevista clínica en profundidad sobre 86 de los niños con indicadores “clínicos”, mediante la cual aumentó la incidencia de trastornos de salud mental detectados en el grupo seleccionado. Según los autores, 79 de los 86 niños cumplían criterios clínicos del eje I del DSM-IV-TR. Concretamente, afloraron un buen número de diagnósticos sobre trastornos internalizantes que habían pasado más desapercibidos (trastornos de ansiedad y trastornos adaptativos por depresión). Este estudio pone de manifiesto las dificultades que tienen los educadores y técnicos de protección para captar los problemas psicológicos de carácter internalizante de los niños y adolescentes. Parece que los casos que los educadores están derivando a tratamientos de salud mental tienen que ver fundamentalmente con los problemas de comportamiento, mucho más visibles y también mucho más perturbadores de la convivencia.

Otros estudios relacionan una inmadurez en el desarrollo académico y los problemas de aprendizaje en niños en acogimiento residencial (Boada & Casas, 2010). Una revisión de los estudios realizados en España (F Casas, Montserrat-Boada, & Malo, 2010) muestra que los niños en acogimiento residencial presentan un alto porcentaje de dificultades en la adquisición de conocimientos académicos, absentismo escolar y la imposibilidad de obtener el graduado escolar. Llosada-Gistau Montserrat y Casas (2015) obtuvieron datos del 58 % total de adolescentes con edades entre 12 y 14 años tutelados por la administración catalana. Los resultados muestran que los adolescentes acogidos en centros presentan tasas de repetición de curso significativamente superiores, así como necesidades especiales en educación. Estas dificultades no se deben a un déficit en su cociente intelectual, pues estos chicos presentan en su gran mayoría un nivel de inteligencia normal (Palacios, 2003), sino que lo que se observa alterado son los procesos asociados al aprendizaje: la memoria, la atención, una baja tolerancia a la frustración, la irritabilidad, los problemas de relación con los compañeros y dificultades para acatar la autoridad del adulto.

Estos resultados también fueron señalados por Montserrat, Casas y Bertrán (2013) quienes encontraron que más de una tercera parte de los jóvenes en instituciones habían recibido medidas disciplinarias. Uno de los factores que puede influir es las dificultades de integración en la escuela son las demandas relacionales, tanto con los pares como con las figuras de autoridad. Varios estudios han señalado que los jóvenes en acogimiento residencial reciben más rechazos y son excluidos más frecuentemente por parte de sus compañeros de clase a la hora de realizar las tareas académicas (Panchón, Fernández del Valle, Vizcarro, Llapart, & Martín, 1999; Ruiz & Gallardo, 2002). Parece que los retrasos que presentan, en cuanto a la función ejecutiva, comprensión, ejecución y comunicación de los trabajos, provocan que no resulten compañeros muy “eficaces” a la hora de realizar las tareas (Román, Palacios, Moreno, & López, 2012). Y aquí el círculo se complica, puesto que no obtener el título mínimo escolar puede provocar dificultades en la inserción laboral posterior. En el estudio de Del Valle, Álvarez-Baz y Bravo (2003) sólo un 5,8 % continuaba estudiando cuando tenía entre 16 y 29 años. Las dificultades para aprender e integrar conocimientos (no sólo académicos) pueden conducir a una cascada de desafíos de desarrollo, porque son un componente importante de la integración social posterior. Además, el fracaso en el contexto escolar, donde el niño pasa la mayor parte del día, puede socavar la visión de sí mismo como una persona eficaz y disminuir su motivación para enfrentar otros desafíos vitales. Así parece apuntar el mencionado estudio de Llosada-Gistau Montserrat y Casas (2015) sobre bienestar subjetivo: los adolescentes a los que les gusta ir a la escuela, que se sienten seguros en la escuela, que tienen buena relación con los compañeros de clase o que están satisfechos con sus notas, mostraban puntuaciones significativamente más altas en su bienestar, con independencia del tipo de acogida.

Los estudios sobre ajuste psicosocial posterior de adolescentes en acogimiento residencial muestran resultados muy dispares. Conviene señalar que los trabajos que incluyen medidas a medio y largo plazo son más bien escasos no sólo en nuestro país, sino a nivel internacional (Kendrick, 2005). Uno de los pocos estudios longitudinales en nuestro país corresponde a Del Valle, Álvarez y Bravo (2003) cuyos resultados apuntaron a que cerca de un 40 % de la muestra se encontraba en una situación positiva; un 20 % presentaba algunos factores de riesgo; el 25 % todavía hacía uso de estos servicios, y el

15 % restante se encontraba en situaciones marginales. Varios estudios advierten sobre índices de delincuencia superiores en jóvenes extutelados ((Li & Godinet, 2014; Mersky, Berger, Reynolds, & Gromoske, 2009). En el estudio de García, Imaña y de la Herrán (2007) el 11,4 % ha estado ingresado en algún momento en un centro penitenciario después de abandonar la residencia y al menos la mitad (56,41 %) tenían dos o más experiencias de reclusión.

La capacidad de adaptación posterior no depende de factores aleatorios. La situación de éxito en los estudios o en el trabajo parece estar relacionada con: las habilidades socio-emocionales de los jóvenes; las características de los centros de acogida donde residían, como la ratio educador/niños; la posibilidad de un mayor contacto con la familia, y el hecho de no haber estado en un centro de acogida sino en otra medida de protección (Sala, Jariot, Villalba, & Rodríguez, 2009). Otro interesante estudio escocés señaló dos factores de riesgo que merecen especial atención: la falta de apoyo y de acompañamiento por parte de los profesionales del centro o de las familias de acogida y los varios traslados de residencia. Estos factores fueron percibidos por los jóvenes como una fuente importante de inestabilidad y ansiedad, y se asociaron a una peor adaptación posterior (Mallon, 2007). Merdinger, Hines, Osterling, & Wyatt, (2005) también señalan la importancia de la historia de maltrato familiar, la vivencia de los centros de acogida, los cambios de recurso y de escuelas, el apoyo inconsistente, las expectativas no realistas de los profesionales y la falta de acceso al apoyo educativo especializado. En su estudio, los autores encuentran que, en el momento de abandonar el sistema de protección, el 35 % de los jóvenes indicó que no estaban bien preparados. Más de la mitad de la muestra estaba compuesta por estudiantes universitarios, lo que indica que fueron capaces de permanecer en la universidad después de los primeros años, aunque la gran mayoría tuvo que financiarse sus estudios trabajando al mismo tiempo (76,4 %). El 45 % no tenía ningún seguro de salud y más de la mitad informó que a veces no podía obtener atención médica. Esta es una cuestión importante. La mayoría de estos jóvenes debe hacerse cargo de sí mismo sin contar con el apoyo familiar (en muchos casos), por lo que la inestabilidad económica que pueden sufrir al dejar el centro puede funcionar como un factor de estrés y agravar su transición hacia una vida independiente.

Según este y otros estudios el factor más importante que contribuyó al progreso y la adaptación de los jóvenes radicó en la fuerza de su red de apoyo social. Entre los jóvenes con trayectorias más exitosas, el 87 % informó que tenían un amigo o un miembro de la familia al que podía pedir ayuda o consejo si era necesario. Varios estudios nacionales han obtenido resultados similares, destacando el papel del apoyo en jóvenes acogidos como recurso para enfrentar los desafíos vitales (Bravo Arteaga & Fernández del Valle, 2003; Martin, 2011b).

En conjunto, estos hallazgos indican que utilizar únicamente el éxito académico o la inserción laboral como indicador de ajuste psicosocial posterior en jóvenes extutelados puede ser engañoso. Incluso los jóvenes extutelados considerados como "exitosamente emancipados" y que asisten a la universidad han de seguir luchando en lo académico, en lo financiero y en lo emocional para salir adelante y continúan teniendo algún grado de dificultad desde una perspectiva más amplia y psicosocial.

Asimismo, esta revisión de la literatura nos permite señalar que son frecuentes los estudios dirigidos a las manifestaciones conductuales de los adolescentes asociadas con la experiencia de maltrato. Sin embargo, estos estudios no toman en cuenta lo que subyace a los comportamientos observables, por lo que sus resultados aportan escasa información para comprender cómo, cuándo y por qué se produce una alteración (o una adaptación) del desarrollo de un niño con una personalidad y funcionamiento mental específicos. Con esta observación no se pretende minimizar o relativizar el impacto del maltrato en los niños. A pesar de la variabilidad de porcentajes de frecuencia observados entre los estudios, y poniéndonos en el mejor de los casos con porcentajes del 13 % de prevalencia, no se puede negar que las condiciones de salud física y mental que presenta un porcentaje importante de los niños y jóvenes que ingresan en una medida de protección son tan lamentables como preocupantes. Sin embargo, no existe ninguna evidencia empírica de que la adversidad temprana en el contexto familiar lleve inevitablemente a una forma de patología específica en los niños.

En este sentido, apenas hemos encontrado investigación centrada en el análisis de diferentes dimensiones de su desarrollo personal y social que podrían mantenerse afectadas desde la experiencia maltratante vivida, incluso a pesar de las actuaciones protectoras, y que contribuyan a explicar sus capacidades (o vulnerabilidades) ante la

adaptación posterior. Según la revisión de Palacios (2003), los niños y niñas de instituciones no sólo tienen más problemas, sino que además utilizan estrategias de afrontamiento que pueden considerarse menos eficaces y saludables. Mientras que los jóvenes adoptados o del grupo control de su estudio, cuando se enfrentan a problemas que les preocupan, hacen uso de estrategias tales como pedir ayuda o tratar de analizar la situación desde distintas perspectivas, los jóvenes en instituciones presentan una frecuencia mayor de estrategias de evitación.

3.3.3. *La opinión de los adolescentes*

A pesar de que existen pocas investigaciones que utilizan una metodología cualitativa, éstas aportan datos muy interesantes para comprender las complejidades de la vida cotidiana de los jóvenes en acogimiento residencial (Barth, 2005; Kools, 1997). La mayoría de los estudios publicados se centran en la percepción y opinión de los jóvenes en cuanto a la calidad del cuidado y los servicios recibidos en los programas de acogimiento.

Fuera de nuestro país, destacamos algunos trabajos que son relevantes para nuestro estudio, especialmente la investigación cualitativa llevada a cabo por Hyde y Kammerer (2009) con un grupo de 20 adolescentes entre 16 y 19 años con distintas medidas de protección. Los jóvenes en acogimiento residencial señalaron tanto limitaciones en el apoyo recibido en los centros como factores externos que tenían un efecto en su bienestar físico y emocional. Para estos jóvenes la imprevisibilidad de los entornos residenciales era fuente de angustia y preocupación. Manifestaron que se sentían en estado de hiperalerta. Otra fuente de estrés y frustración fueron las incoherencias percibidas desde los técnicos de la administración, especialmente para aquellos jóvenes que todavía tenían una relación con sus familias biológicas y veían cómo se retrasaba una y otra vez la opción de regresar a sus casas. Aunque la mayoría de los jóvenes entendía los motivos de su ingreso en el centro, se sentían atrapados sin una comprensión clara de lo que se necesitaba para volver a casa. De hecho, cuando se les preguntó qué recomendarían a los servicios de protección, la mayoría de los jóvenes coincidieron en informar con honestidad sobre el tiempo que estarían en los centros. La incertidumbre constante sobre su futuro, los repetidos retrasos y los mensajes inconsistentes sobre lo que se requería de ellos para lograr ese retorno, provocaron que, tal y como describen algunos jóvenes, tomaran decisiones pobres (escapándose o agrediendo), porque pensaban que ya “daba igual todo”. Otros resultados importantes se refieren al impacto negativo que tiene el cambio del joven entre distintos tipos de medidas (cambio de un centro a otro, de un acogimiento al centro). Según explican los jóvenes, tales movimientos implican, en la mayoría de los casos, un cambio en la comunidad, adaptarse a una nueva situación de vida, establecer nuevas relaciones,

conocer nuevo personal, compañeros, integrar pérdidas de lugares familiares y personas conocidas, en ocasiones cambio de escuelas, nuevas relaciones con maestros, amigos. Para muchos de los que habían pasado por varios cambios de recursos, su círculo de amigos cercanos se hizo cada vez más pequeño, al igual que el número de adultos en los que confiaban. Los jóvenes relataron que cuantos más cambios habían vivido, más distantes en lo emocional se sentían de las personas que los rodeaban. Según los autores, esta falta de afectividad reflejaba el sentimiento que muchos jóvenes admitieron tener poco o ningún control sobre sus vidas hasta que cumplían los 18 años y quedaban fuera de la custodia de los servicios de protección. Esta apatía o distancia emocional no es una característica achacable a la “adolescencia” sino que surge como consecuencia de los procesos complejos y acumulativos en las vidas de estos jóvenes, y de la sensación, como muchos en este estudio transmiten, de que nadie se preocupa de ellos.

Otro trabajo con niños tutelados norteamericanos (n=180), de edades entre 9 y 11 años, encontró que los niños estaban bastante divididos en sus evaluaciones sobre el centro de acogimiento. Un tercio valoró la situación como "muy difícil", un tercio informó que estaba "bien" y un tercio informó que era "aceptable" (Dunn et al., 2010). En el mismo estudio, algo menos de la mitad de los niños (42 %) manifestaba que sus vidas habrían sido mejores si hubieran permanecido con sus familias de origen, mientras que aproximadamente un cuarto informó que sus vidas habrían sido "peores". De forma llamativa, los niños que fueron víctimas de abusos sexuales y emocionales fueron más propensos a opinar que sus vidas habrían sido peores si hubiesen permanecido con sus familias de origen, pero esto no se cumplía para los casos de niños víctimas de negligencia. Según los autores, posiblemente el maltrato por acción (abuso físico, sexual y emocional) sea percibido como más aversivo que el maltrato por omisión (negligencia). Para la mente infantil parece más fácil detectar la responsabilidad parental en el maltrato por acción, mientras que la negligencia puede ser percibida por los niños como fuera del control (y por tanto de la responsabilidad) de sus padres.

En nuestro país, el estudio exploratorio de García, Imaña y De la Herrán (2007) buscó conocer la opinión de un grupo de jóvenes (n=49), con edades entre 20 y 34 años, que había estado en residencias de protección en la Comunidad de Madrid y la de sus familiares (n=45). En general los exresidentes manifiestan que, en el momento del

ingreso, no conocían el motivo por el que entraban en la institución, bien porque eran demasiado pequeños para ser conscientes o bien porque en ese momento no podían comprenderlo. La soledad, la falta de contacto afectivo con sus familias y el miedo y la incertidumbre a lo desconocido tiñen el recuerdo del ingreso al centro. Para algunos esta experiencia fue especialmente traumática, y en algún caso supuso vivir situaciones de marginación y estigmatización por parte de otros compañeros del colegio. Con el tiempo, la estancia en la residencia es valorada positivamente, principalmente por el apoyo y el trato de los educadores, y el acceso a recursos educativos y económicos. El tema de la convivencia con otros niños con problemas graves es vivida de forma más negativa. En relación con su salida del centro, consideran que se les ayudó como se pudo a organizar su vida de autónomos, a veces facilitando la vivienda o un contacto de trabajo. El contacto con los educadores más allá de su salida del centro resultó un factor de apoyo fundamental por la mayoría de los jóvenes. Con respecto a la evaluación que han hecho los jóvenes sobre la pertinencia de la medida de protección, todos afirmaron que había sido adecuada frente a las situaciones que ellos vivían, aunque un grupo significativo señala que se podría haber ayudado más a su familia en lo económico y en lo psicológico.

Araújo y Montserrat (2014) analizan la situación de un grupo de jóvenes ($n=14$) entre 21 y 31 años que habían residido en centros de protección de la provincia de Girona, a partir de sus opiniones y percepciones expresadas en una entrevista semiestructurada. Los resultados obtenidos muestran que desconocían el motivo del ingreso en el centro y los cambios posteriores, a la vez que reconocen que fue mejor entrar en el centro que permanecer en casa, aunque apuntan insuficientes apoyos para la transición a la vida adulta. La mayoría de los jóvenes destacaron que el centro residencial significó una oportunidad para sentirse más tranquilos con su vida, y acceder a recursos educativos adecuados. Un porcentaje significativo (36 %) explicó que no se sentían preparados y no contaban con la información necesaria para hacer dicha transición, aunque la mitad de los jóvenes ha afirmado que recibió algún tipo de orientación laboral al dejar el sistema de protección.

En el estudio de Martín y González (2007) participaron 36 jóvenes con edades entre los 10 y 18 años que vivían en centros de protección en la Isla de Tenerife. Se les pidió a los jóvenes valorar el acogimiento residencial en términos estructurales,

organizativos y relacionales (con sus pares y educadores). Los resultados revelaron que la variable más valorada por los jóvenes, independientemente de la edad y del tiempo de permanencia en el centro, fue la relación que mantenían con los educadores, por delante de la relación que mantienen con los otros jóvenes o los aspectos de infraestructura, medios y demás recursos. Otro dato interesante es que cuanto más tiempo llevaba el menor en el sistema de protección peor valoraba las dimensiones de calidad de la atención recibida. Los autores plantean la hipótesis de que, a medida que los jóvenes, crecen pueden percibir que no se les da respuesta adecuada a sus necesidades, y en concreto a sus necesidades de vivir en un contexto familiar, al no tomarse una decisión en cualquiera de las alternativas posibles: reunificación, acogimiento familiar o preparación para la independencia.

Cerramos este apartado con la investigación de Campos, Ochaíta y Espinosa (2011) que aporta elementos de contraste. Es uno de los pocos estudios cualitativos (si no el único) que analiza el contexto residencial desde la opinión de los educadores y los equipos técnicos. En el estudio participaron 15 profesionales de dos centros de protección de menores de la Comunidad de Madrid. Los resultados son tan novedosos que merecen una revisión cuidadosa. La mayoría de los profesionales coincidieron en que la principal consecuencia, y más negativa, para los niños en centros de acogida es la no satisfacción de sus necesidades afectivas (por encima de otras necesidades). Para los educadores esta relación afectiva es tan necesaria como imposible de desarrollar. Señalan varios factores estructurales y personales que dificultan y en ocasiones imposibilitan la construcción de una vinculación afectiva con los jóvenes. En referencia a las condiciones estructurales existe una alta proporción de niños por educador, a veces alcanzando ocho niños por cada un educador lo que hace imposible encontrar espacios individuales y únicos con cada niño, ni siquiera con el tutorado. Por otro lado, la organización interna del centro implica turnos rotativos de trabajo, turnos diferentes cada semana que, junto a la poca estabilidad laboral de este tipo de puestos, provoca que sea muy difícil mantener relaciones de un mismo educador con el niño estables y duraderas en el tiempo. La organización interna del centro es en ocasiones, un obstáculo imposible para la permanencia, estabilidad y temporalidad de las relaciones afectivas educador-niño.

En referencia a los aspectos personales, una de las preocupaciones de los educadores fue el tema de la (corta) temporalidad de las relaciones. Por un lado consideraban que su compromiso personal no podía ser incondicional y que tenía un límite claro, pues en la realidad no comparten un proyecto de vida en común con los niños con los que trabaja. Las relaciones que se establecen por tanto, vienen delimitadas por un contrato laboral. Por lo tanto, la postura de los educadores en este estudio era que en el centro existen relaciones afectivas, pero se intentan que no genere dependencia, en un intento de que no sea tan dolorosa la ruptura inevitable de esta relación cuando los chicos salgan del centro. Los educadores se involucran afectivamente, pero poniendo límites a ese afecto. La calidad de esta vinculación, tiene obviamente un impacto en los niños. Tal y como señalan los propios educadores, los jóvenes que pasan largos periodos en acogimiento residencial pueden acabar haciéndose expertos en mantener relaciones instrumentales y estar, de alguna manera, predispuestos a separarse de estas figuras. Por el contrario, como hemos visto, mantener la misma persona educadora-tutora que el año anterior se relaciona positivamente con el bienestar subjetivo de los adolescentes acogidos (Llosada-Gistau Montserrat & Casas, 2015). La gestión del sentimiento de no incondicionalidad, la falta de permanencia y estabilidad, y una temporalidad limitada en la relación del profesional con los niños para cubrir la necesidad de una relación afectiva reparadora, parece ser uno de los retos inaplazables en los recursos de acogimiento residencial.

3.4. Características de los centros de acogimiento residencial de nuestro estudio

La recogida de datos cualitativos mediante entrevistas a adolescentes tiene lugar en un contexto muy específico y concreto: los centros de acogimiento residencial ubicados en el territorio de Terres de L'Ebre. Les Terres de L'Ebre (Tierras del Ebro en castellano) son un territorio del sur de Cataluña formado por las comarcas del Bajo Ebro, el Montsià, la Tierra Alta y la Ribera de Ebro. Con un total de 180.855 habitantes en una superficie de 3.308,4 km², es el segundo ámbito territorial con menor volumen de población y representa algo más del 10% de la superficie total de Cataluña. Es uno de los ocho ámbitos funcionales territoriales definidos en el Plan territorial general de Cataluña.

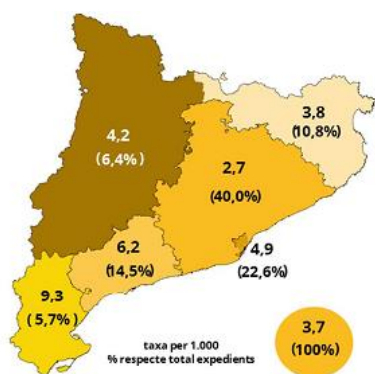
En relación a las políticas de infancia y adolescencia, Terres de L'Ebre es una de las seis demarcaciones territoriales, junto con Barcelona capital, Barcelona comarcal, Girona, Lleida y Tarragona, con competencias directas en asuntos de protección a la infancia. Cataluña cuenta, a fecha junio 2016, con una población de 1.390.956 niños y adolescentes, de los cuales el 17% reside en Terres de L'Ebre. De acuerdo a datos estadísticos oficiales, el número de niños y adolescentes que tienen un expediente abierto por situación de riesgo grave objeto de intervención o asesoramiento de un equipo de atención a la infancia y la adolescencia (EAIA) a fecha de uno de junio es de 13.428. Esto representa el 9,7 por mil de todos los niños y adolescentes de Cataluña. Los niños y adolescentes atendidos en fecha 30 de junio 2016 con medida protectora fueron 6.840.

Al analizar la distribución de las medidas según el ámbito territorial, observamos que Terres de L'Ebre, a pesar de ser el territorio con menos superficie y densidad de habitantes por kilómetro cuadrado, presenta el mayor porcentaje proporcional en la ejecución de medidas de protección infantil, en concreto: apertura de expedientes de riesgo grave, expedientes de desamparo, expedientes de tutela y expedientes de guarda⁴.

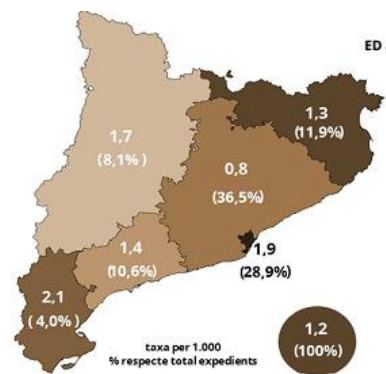
⁴ Extraído del Informe Estadístic Mensual. Direcció general d'Atenció a la Infància i Adolescència (DGAIA). Junio 2016.

Elaborado a partir del Informe Estadístico Mensual. Direcció general d'Atenció a la Infància i Adolescència de junio 2016:

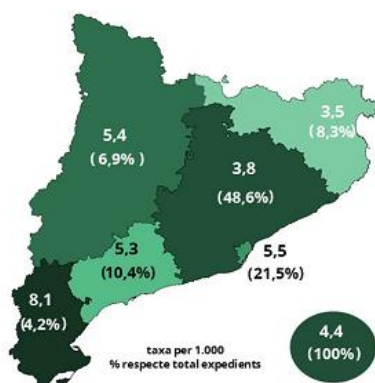
Expedientes de riesgo grave
Distribución según servicio territorial



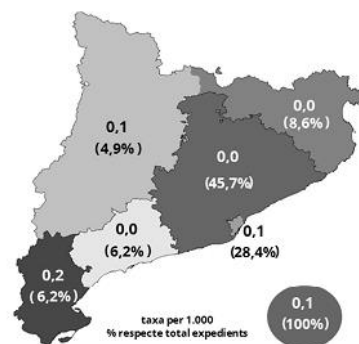
Expedientes de desamparo
Distribución según servicio territorial



Expedientes de tutela
Distribución según servicio territorial



Expedientes de guarda
Distribución según servicio territorial



Ante estos datos, surgen en el imaginario dos posibles hipótesis. La primera es que el territorio de Terres de L'Ebre, en materia de protección infantil, presenta una tendencia intervencionista ante las posibles situaciones de riesgo en maltrato infantil, activando prontamente la ejecución de recursos y medidas de protección. La segunda hipótesis tiene que ver con la existencia de mecanismos de detección y evaluación de situaciones de riesgo altamente eficaces. Esta eficacia estaría facilitada por la dimensión geográfica del territorio, más pequeño, con menor densidad de población por metro cuadrado y mayor número de adultos y ancianos comparado con el resto de territorios en Cataluña. El conocimiento de primera mano por parte de la autora del estudio del trabajo que desarrollan los técnicos de menores de esta zona, nos lleva a inclinarnos sin ninguna duda por la segunda hipótesis. Se trata de un contexto de protección altamente eficaz, que garantiza de forma directa que los adolescentes que han participado en nuestro estudio han vivido situaciones de violencia familiar grave o extrema.

En concreto, las entrevistas se han realizado con adolescentes que residen en los cuatro centros de acogimiento residencial disponibles en el territorio de L'Ebre. Las características de dichos recursos se resumen a continuación:

Centro de acogida Tierras del Ebro

Ubicado en Amposta. Recurso residencial socioeducativo de protección de estancia limitada, que tiene por objeto realizar el diagnóstico de la situación de los niños y adolescentes atendidos y sus familias con el fin de elaborar la correspondiente propuesta de medida, especialmente cuando es necesaria la atención inmediata y transitoria del niño que debe ser separado de su núcleo familiar. Es el servicio de referencia en la gestión de las urgencias en materia de atención a los niños y adolescentes de la DGAIA en las Tierras del Ebro. Este hecho afecta de forma indiscutible el perfil de niños y adolescentes que residen así como las dinámicas internas del centro. El centro dispone de 20 plazas concertadas pero la realidad es esta ocupación prevista inicialmente ha sido superada con creces desde el momento de la puesta en marcha del servicio, debido a las constantes urgencias ocurridas en el territorio. Durante el año 2015 se registró una ocupación

del 140%, con 31 adolescentes atendidos. La franja de edad más numerosa fue la de los 12 hasta los 15 años, con igual porcentaje de hombres y mujeres y procedentes de diferentes nacionalidades. Destacar que no se han acogido niños menores de 12 años durante todo el año 2015. En ese mismo año, el CATE han comunicado y denunciado 55 fugas, 29 más que el ejercicio 2014. El 34.4% de los niños y adolescentes acogidos han recibido apoyo o seguimiento terapéutico, tratándose de intervenciones diversas la mayoría de corta duración o puntuales.

CRAE Lo Carrilet

Ubicado en Tortosa. Es un centro residencial de atención educativa con una capacidad de 24 plazas para niños y adolescentes entre 3 y 18 años. Lo Carrilet ofrece acogida a los menores bajo tutela administrativa cuando su medio familiar es inexistente, se ha deteriorado o bien tiene graves dificultades para cubrir sus necesidades básicas. Durante este año 2015 se atendieron a un total de 30 niños y jóvenes, atendiendo al 100 % de la capacidad del centro, lo que significa que hubo 6 altas y 6 bajas durante el año. De los 30 niños y adolescentes atendidos durante el año 2015, sólo cinco (16 %) son extranjeros. Predominan los hombres sobre las mujeres, y la franja de edad más frecuente es de 12 a 18 años. El tiempo medio de estancia es de menos de un año (11 niños) y es relevante señalar que cada vez son menos frecuentes los periodos entre siete y nueve años.

CRAE Coll de L'Alba.

Ubicado en Tortosa. Es un centro residencial de acción educativa, en régimen abierto, con capacidad para 10 plazas solo a niñas y adolescentes mujeres desde los 12 hasta los 18 años. La situación es de bastante estabilidad y experiencia, lo que permite dotar de continuidad a los proyectos de mejora que se plantean.

Piso asistido Illa de l'Ebre.

Ubicado en Amposta. Es un servicio de apoyo asistencial y educativo con 7 plazas concertadas para jóvenes tutelados de edades comprendidas entre los 16 y los 18 años. El Piso Isla del Ebro, es el único recurso de su tipología que existe en la demarcación de las Tierras del Ebro. Durante el año 2015 se acogieron a un total de 10 adolescentes, produciéndose varios desinternamientos y altas durante el año. Destaca que ninguno de los jóvenes que se han desinternado durante el año 2015 lo han hecho con su familia biológica, ni con los progenitores, ni con familia extensa. De las cuatro bajas del piso, el recurso prioritario ha sido el piso para mayores de 18 años. Sólo una joven ha elegido otra salida, en este caso ha sido la emancipación. De los 10 adolescentes atendidos, 7 han sido de sexo masculino y 3 han sido de sexo femenino. El equipo educativo observa que uno de los temas pendientes es el de conseguir que algunos de los jóvenes que atendemos pueda acceder por capacidad, pero también sobre todo por motivación, a la enseñanza de bachillerato. El 60 % de los adolescentes acogidos han recibido apoyo o seguimiento terapéutico puntual. Este porcentaje no representa la necesidad a largo plazo de tratamiento psicológico de los adolescentes, sino que obedece a necesidades urgentes de los mismos.

4. LOS MODELOS MIXTOS EN INVESTIGACIÓN

Desde los años 90, las investigaciones con diseños mixtos han ido generando cambios metodológicos entre investigadores y académicos y se han convertido en uno de los enfoques preferidos en el ámbito de la educación, la enfermería, la medicina, la psicología y la comunicación. Para estas áreas disciplinarias, el uso de más de un método es especialmente interesante, en tanto potencia la posibilidad de comprensión de los fenómenos complejos en los que está involucrado el ser humano en toda su diversidad. Desde la perspectiva de la complejidad, los diseños mixtos permiten la obtención de una mejor evidencia y comprensión de los fenómenos, alternando o combinando distintos instrumentos, métodos y enfoques (Mertens, 2007).

La investigación de métodos mixtos ha sido definida formalmente por Johnson y Onwuegbuzie (2004) como “el tipo de estudio donde el investigador mezcla o combina técnicas de investigación, métodos, enfoques, conceptos o lenguaje cuantitativo o cualitativo en un solo estudio” (pág. 17). Para algunos autores como Tashakkori y Teddlie (2003), los diseños mixtos son el tercer movimiento metodológico, la “tercera ola” o tercer movimiento de investigación, que se mueve más allá de las guerras paradigmáticas que obligaban a elegir entre el método cualitativo o el método cuantitativo. El diseño mixto va más allá, ofrece una alternativa lógica basándose en el paradigma pragmático. La lógica pragmática en investigación se refiere al uso de la inducción (o el descubrimiento de patrones), la deducción (prueba de teorías e hipótesis) y la abducción (descubrir y confiar en el mejor de un conjunto de explicaciones para entender los resultados) (Creswell & Clark, 2007)

Por tanto, el objetivo de la investigación de métodos mixtos no es reemplazar ninguno de los enfoques clásicos (cuantitativo y cualitativo), sino más bien extraer de ambos sus puntos fuertes y minimizar sus debilidades. Todd, Nerlich, McKeown, Clarke, & More, (2004) argumentan que la investigación mixta permite integrar, en un mismo estudio, metodologías cuantitativas y cualitativas, con el propósito de que exista mayor comprensión acerca del objeto de estudio. La investigación con métodos mixtos también es un intento de legitimar el uso de enfoques múltiples en respuesta a preguntas de investigación complejas, en lugar de restringir las opciones de los

investigadores. Es una forma expansiva y creativa de investigación, no una forma limitativa. Es inclusivo, pluralista y complementario, y sugiere que los investigadores adopten un enfoque ecléctico para la selección de métodos en investigación.

Tabla 7. Fortalezas y debilidades de los modelos mixtos en investigación

Modelos mixtos de investigación	
<i>FORTALEZAS</i>	<i>DEBILIDADES</i>
▪ Las palabras, las imágenes y la narrativa pueden usarse para agregar significado a los números y viceversa. ▪ El investigador puede generar y probar una teoría fundamentada. ▪ Puede responder a una gama más amplia y completa de análisis porque el investigador no esté comprometido con un solo método o enfoque. ▪ El investigador puede usar los puntos fuertes de un método para superar las debilidades del otro. ▪ Puede aportar pruebas más sólidas para una conclusión mediante la convergencia y corroboración de los hallazgos. ▪ Puede aportar conocimientos y comprensión que podrían perderse cuando sólo se utiliza un único método. ▪ La investigación cualitativa y cuantitativa utilizada conjuntamente produce conocimientos más completos necesarios, para fundamentar la práctica e intervención clínica.	Puede ser difícil para un solo investigador llevar a cabo tanto la investigación cualitativa como la cuantitativa, especialmente si se espera que dos o más enfoques se utilicen simultáneamente. El investigador tiene que aprender sobre múltiples métodos y enfoques, y aprender a mezclarlos apropiadamente. Los puristas metodológicos afirman que uno siempre debe trabajar dentro de un paradigma cualitativo o cuantitativo. Es un enfoque que implica más tiempo. Algunos de los desafíos de la investigación mixta pueden ser: problemas en la mezcla de paradigmas, cómo analizar cualitativamente datos cuantitativos o cómo interpretar resultados conflictivos.

Tabla adaptada de Onwuegbuzie y Leech (2006)

Onwuegbuzie y Leech (2006) plantearon que las investigaciones con un diseño mixto podían ser de dos tipos:

- a) Con modelo mixto, en el que se combinen en una misma etapa o fase de investigación tanto métodos cuantitativos como cualitativos.
- b) Con método mixto, en cuyo caso los métodos cuantitativos se utilizan en una etapa o fase de la investigación y los cualitativos en otra. A esta categoría se adscribe nuestro estudio.

Por otra parte, Rocco et al., (2003) clasifican los diseños de método mixto y modelo mixto según su carácter, exploratorio o confirmatorio. Uniendo a la clasificación anterior, según el orden o secuencia en el que se aplicaban los métodos cuantitativos o cualitativos, el diseño mixto se clasifica en:

- Igualdad en el estatus. La aplicación de los métodos se realiza de forma simultánea y ninguno de ellos se prioriza sobre el otro, solo varía el orden en cuanto a concurrencia o secuencialidad.
 - Concurrente: simultáneo, investigación confirmatoria o exploratoria. Se combinan ambos enfoques: CUAL + CUAN
 - Secuencial: por etapas. En cada una se utiliza un enfoque y cada una fortalece la anterior:

CUAL → CUAN

CUAN → CUAL

- Estatus dominante. Se prioriza uno de los enfoques, ya sea el cuantitativo o el cualitativo, dependiendo de los objetivos de la investigación. La aplicación puede ser tanto secuencial como concurrente.

Creswell & Plano Clark, (2007) amplían las posibles combinaciones de las propuestas anteriores y proponen la siguiente forma de organizar los diseños mixtos:

- Estrategia secuencial explicatoria: Los resultados cualitativos los utiliza para explicar resultados cuantitativos. El orden es cuantitativo → cualitativo, el énfasis es explicar e interpretar relaciones.
- Estrategia secuencial exploratoria. Los resultados cuantitativos se usan para explicar los cualitativos, el orden es cualitativo con análisis, seguido de cuantitativo con análisis. El énfasis es explorar un fenómeno.
- Estrategia secuencial transformativa. Busca comprender un mejor fenómeno y darle voz a diferentes perspectivas. Utiliza alguna perspectiva teórica. El énfasis está en la transformación.

- Estrategia concurrente de triangulación. En un mismo estudio busca confirmar, correlacionar o corroborar. Utiliza alguna perspectiva teórica, en la interpretación busca la integración. Se recopilan datos cuantitativos y cualitativos simultáneamente.
- Estrategia concurrente de nido. Estudia diferentes grupos o niveles para obtener una perspectiva más amplia. Simultáneamente, se recogen datos cuantitativos y cualitativos. Se integra en el análisis.
- Estrategia concurrente transformativa. Utiliza alguna perspectiva teórica, recoge datos cuantitativos y cualitativos simultáneamente. Se integra en el análisis.

4.1. La teoría fundamentada

La teoría fundamentada es una metodología de análisis inductivo, que se genera al relacionar de manera sistemática los datos empíricos sin considerar elementos externos a los fenómenos estudiados (Glaser, 2013). Su contribución a los estudios cualitativos se basa en un proceso emergente de elaboración conceptual, que se sustenta en dos principios fundamentales: la perdurabilidad temporal que tiene la elaboración teórica y un alcance teórico de carácter medio que depende del grado de singularidad que tenga el fenómeno estudiado (Trinidad Requena, 2011). Esta técnica de análisis busca obtener una elaboración teórica a partir de los datos de campo, una fundamentación natural o sustantiva de los fenómenos que estudia y como resultado una comprensión de fenómenos particulares ajustando el análisis a la relación entre los elementos que lo componen y evitando cualquier interpretación que esté fuera de los datos recolectados. De ese modo, la formulación conceptual que resulta de este tipo de interpretación proviene de las propias hipótesis posibles de elaborar con la recolección de información para cada fenómeno específico de estudio.

En términos metodológicos, hay cuatro elementos que distinguen esta técnica de análisis de las demás técnicas que se utilizan en los estudios cualitativos: a) el uso de instrumentos específicos para analizar el material recopilado; b) la posibilidad de elaborar lecturas conceptuales consistentes a los fenómenos estudiados; c) la pertinencia a la generación de hipótesis mediante la codificación y categorización de la

información recopilada; y d) la capacidad de elaborar un control sistemático sobre las categorías que se van generando a lo largo del análisis, (Charmaz, 2012). Estas herramientas permiten trabajar de manera conjunta los aspectos teóricos y metodológicos dentro del análisis lo que permite optimizar la coherencia interna y las relaciones emergentes entre los elementos que articulan un determinado fenómeno de estudio (Glaser, 2013). Su finalidad es que las descripciones e interpretaciones que resultan en la etapa de análisis de los datos alcancen el máximo nivel de consistencia con la información recopilada en terreno.

El pilar de este tipo de análisis es la construcción de categorías conceptuales a partir de los datos. Estas categorías, permiten asociar los elementos que componen el fenómeno comparando sus características comunes y distinguiendo sus particularidades. Para organizar la información se asignan categorías conceptuales a los datos, buscando el máximo de variación posible al interior de cada categoría. Esto se logra mediante un proceso de comparación sistemática entre los datos recolectados. Al comparar el material recopilado, se clasifica en las categorías conceptuales hasta alcanzar la saturación de la información en cada categoría y, de esa manera, se asegura una cobertura total las perspectivas y los datos sobre el fenómeno estudiado (Charmaz 2012).

El procedimiento inicial el muestreo y la saturación teórica de los datos recolectados. Para eso, se revisa la información y se van levantando hipótesis y conceptos emergentes a cada dato recolectado. El objetivo es encontrar información relevante que nos permita identificar la teoría que pudiera explicar el fenómeno de estudio, la cual logra consolidarse al momento en que alcanza la saturación teórica, relativa a la comprensión del fenómeno analizado. La culminación de este procedimiento se alcanza cuando el investigador logra reconocer la repetición de datos ya clasificados en categorías conceptuales, generándose una saturación teórica de la información.

La comparación de los datos es un procedimiento necesario para maximizar la variabilidad interna de las categorías conceptuales (Kenny & Fourie, 2014). El método comparativo constante consiste en analizar la iteración de datos comunes o divergentes entre sí, distinguiendo los marcos generales que proveen de sentido a las acciones y

reflexiones de los sujetos de estudio dentro de un determinado fenómeno. Este procedimiento permite codificar los datos, reconociendo las propiedades internas de cada elemento e identificando el tipo de relación que establece un determinado elemento con los demás aspectos que conforman el fenómeno estudiado. De esa forma se integran todos los elementos en una teoría que logra ser coherente con el fenómeno analizado. Los códigos permiten relacionar los datos con las categorías conceptuales que generamos en un comienzo, densificando la relación entre los elementos partiendo de la comparación y la clasificación conceptual que proveen las categorías de análisis. Las propiedades que definen cada código permiten identificar el tipo de relación que establece cada elemento con los demás. De ese modo, al relacionar los distintos códigos entre sí, se generan vínculos con mayor o menor grado de densidad, dependiendo de la cantidad de vínculos asociados a un solo código. Aquellos códigos más densos, los reconocemos como códigos sustantivos, porque sostienen la arquitectura interna de la teoría sobre el fenómeno estudiado, tomando como referencia a los datos recolectados en terreno.

Al reconocer los códigos sustantivos, el paso final del análisis teórico es la construcción de categorías centrales que permitan describir y comprender el fenómeno estudiado en su totalidad. La codificación y conceptualización de los datos permite reconocer el ordenamiento interno de los elementos que configuran el fenómeno de estudio. Al reconocer esa estructura, el investigador alcanza la capacidad de justificar el fenómeno a través de una teoría emergente a su propio desarrollo, la que a su vez logra ser coherente a los datos que la respaldan (Cuñat Giménez, 2007).

La decisión de usar la teoría fundamentada en este estudio deviene de la necesidad de encontrar los fundamentos que sustentan la comprensión del fenómeno de la violencia familiar desde la perspectiva de los adolescentes. Este proceso da la posibilidad de darle sentido a los datos que proveen los sujetos de estudio, identificando las estrategias que utilizan para afrontar situaciones específicas al fenómeno estudiado. En el contexto de esta investigación, esta técnica de análisis se orienta hacia una reconstrucción de carácter exploratoria-descriptiva sobre determinadas dimensiones del cuestionario, utilizando como insumo informativo los distintos ámbitos, relaciones y categorías que asocian los jóvenes entrevistados a cada tema sobre el que pregunta la

encuesta. Para alcanzar ese objetivo se opta por una metodología que permite acompañar los resultados cuantitativos de la primera etapa, adjuntando una lectura basada en la experiencia in situ de quienes son los protagonistas de la investigación. La idea es conocer más detalles sobre la experiencia de jóvenes que viven en centros de protección, los cuales, presentaban antecedentes de violencia intrafamiliar antes de llegar a esos espacios. Se intenta con eso, complementar el estudio cuantitativo con una perspectiva que sea capaz de indagar en el ámbito personal de algunos encuestados, para descubrir hallazgos o reflexiones teóricas relevantes a la investigación.

MARCO METODOLÓGICO

1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1.1. Objetivo general

Estudiar el impacto de la violencia intrafamiliar en el sistema de creencias básico, la vivencia emocional y las estrategias de afrontamiento de los adolescentes afectados.

1.2. Objetivos específicos

Objetivo 1. Analizar, a través del cuestionario VIVO, el sistema de creencias de los adolescentes afectados por violencia familiar en población general.

Hipótesis 1. Se espera que el sistema de creencias de los adolescentes con violencia familiar se caracterice por: a) una visión más negativa sobre sí mismos; b) menor capacidad de confiar en los otros; y c) vivencias de culpa ante los hechos, respecto a los adolescentes sin violencia familiar.

Objetivo 2. Comparar, a través del cuestionario VIVO, el sistema de creencias de los adolescentes afectados por violencia familiar en población general, y de los adolescentes en la muestra de contraste, y señalar aspectos comunes y diferentes entre ellos.

Hipótesis 2. Se espera que el sistema de creencias de los adolescentes de la muestra de contraste (centros de acogimiento) presente una visión del mundo más negativa, respecto al sistema de creencias en los adolescentes con violencia familiar de población general.

Objetivo 3: Comparar, a través del cuestionario VIVO, el sistema de creencias de adolescentes con violencia familiar, respecto a adolescentes con eventos extremos no relacional y respecto a adolescentes con experiencias de pérdida.

Hipótesis 3a. Se espera que los adolescentes con eventos extremos no relacionales muestren una visión del mundo como un lugar imprevisible y

amenazante, respecto a los adolescentes con violencia familiar en población general.

Hipótesis 3b. Se espera que los adolescentes con pérdidas significativas, muestren una visión del mundo más injusta, respecto a los adolescentes con violencia familiar en población general.

Objetivo 4. Analizar la influencia de variables sociodemográficas (edad y sexo), variables relacionadas con las características de la experiencia (duración) y variables subjetivas (percepción de amenaza, y percepción de impacto) en las respuestas al cuestionario VIVO de adolescentes en población general con violencia familiar.

Hipótesis 4. Se espera que a mayor percepción de amenaza e influencia, mayores puntuaciones en el cuestionario VIVO en las escalas sobre la visión de sí mismo y visión de los otros.

Objetivo 5. Profundizar en las percepciones, opiniones, y significados específicos de las creencias que sostienen los adolescentes supervivientes de violencia familiar en un centro de acogimiento residencial. En concreto se busca explorar:

- Significado de experiencia extrema.
- Creencias nucleares asociadas a la violencia intrafamiliar
- Las estrategias de afrontamiento.

El último objetivo se exploró mediante metodología cualitativa, en base a un proceso inductivo abierto. Por este motivo no contamos con hipótesis de partida que deban ser contrastadas, sino que se espera generar datos que aporten a una mejor comprensión del fenómeno objeto de estudio.

2. DISEÑO Y MÉTODO

2.1. Diseño

Este proyecto de investigación opta por un diseño metodológico no experimental, seccional descriptivo, ya que analiza las respuestas de los adolescentes en un momento concreto. Es también analítico y transversal, pues se centrará en comparar el perfil de respuestas de la submuestra obtenidas a través de Internet y el de la submuestra de validación.

Se utiliza una metodología mixta de investigación que combina técnicas cuantitativas y cualitativas de recogida y análisis de la información. La elección del diseño mixto se deriva de la constatación de la complejidad en los procesos subyacentes al impacto de la violencia familiar en los adolescentes. Como hemos visto en la revisión bibliográfica, los efectos del maltrato infantil son particularmente difíciles de aislar y operativizar, por lo que puede haber limitaciones en el uso de un enfoque principalmente cuantitativo para estudiar el maltrato. De acuerdo con la literatura en investigación psicológica, los procesos complejos pueden ser mejor estudiados utilizando enfoques de métodos mixtos, que también proporcionan un enfoque cualitativo complementario para proporcionar profundidad y contexto a las variables que se estudian.

Partiendo de las clasificaciones descritas en el apartado anterior, podemos señalar que nuestra investigación sigue un:

- Diseño de método mixto, con igualdad de estatus y de orden secuencial ((Johnson, Onwuegbuzie, & Turner, 2007)).
- Responde a una estrategia secuencial explicatoria, con una secuencia cuantitativa-cualitativa con integración de datos en la interpretación y cuyo énfasis fue explicar e interpretar relaciones (Creswell & Plano Clark, 2007)

El diseño mixto utilizado contempló dos fases, las que, por cronología en la aplicación, se han definido como fase 1 y fase 2. La primera fase respondió a un enfoque

cuantitativo, el cual, desde el punto de vista temporal, se desarrolló primero. En la segunda fase se utilizó un enfoque cualitativo, el cual, para su diseño y desarrollo, se nutrió de la fase 1.

La fase 1 conllevó la utilización del método descriptivo. Para ello, se empleó un cuestionario para recopilar información sobre el impacto de la violencia intrafamiliar en el sistema de creencias básicas de los jóvenes. Este enfoque permitió elaborar un mapeo del objeto de estudio con un mayor número de adolescentes y elaborar un posible perfil de impacto en el sistema de creencias, así como contrastar distintas hipótesis desde el punto de vista teórico. Esta fase también sirvió para identificar una serie de variables clave que permitieran orientar los análisis más profundos de la fase siguiente.

En la fase 2 se asumió el método fenomenológico, y en particular el enfoque de la teoría fundamentada. Este enfoque, por su naturaleza introspectiva, favorece la búsqueda y comprensión de matices, detalles y significados de un fenómeno en concreto, en nuestro caso, la violencia familiar, desde la perspectiva de sus protagonistas, en nuestro caso, los adolescentes. El enfoque cualitativo permite profundizar particularmente en algunos aspectos clave de sus vivencias, tales como la confianza en sí mismos, el valor que le otorgan al sufrimiento, la capacidad de aprender de los errores, su visión del mundo o las estrategias de afrontamiento que sostienen y que han sido útiles para manejar sus experiencias de violencia familiar, entre otras. En este sentido, la investigadora comparte el criterio de Mertens (Mertens, 2007)), quien argumenta que una tarea fundamental del investigador que busca la comprensión de un mundo complejo consiste en recurrir al análisis de la experiencia vivencial desde la visión de quienes la experimentan, como una manera para “(...) comprender sus diversas construcciones sociales sobre el significado de los hechos y el conocimiento” (pág. 8).

En el marco de esta investigación, la teoría fundamentada permite reconocer el grado de diferencia o similitud que puede haber entre las visiones que declaran los jóvenes adolescentes en torno a las situaciones de violencia intrafamiliar que les tocó vivir. Esto se realiza a través de una relación entre los distintos componentes que describen los entrevistados; recurriendo al muestreo y la saturación de las categorías que levantan sus respuestas; como también, a la comparación constante entre esas

categorías que ellos mencionan. El objetivo es identificar los procedimientos (estrategias y mecanismos) que desarrollan los sujetos al experimentar un tipo singular de situaciones, en este caso: experiencias extremas de violencia intrafamiliar. Por eso se opta por trabajar el análisis desde este enfoque: para identificar la singularidad de las experiencias en cuestión.

2.2. Muestra y participantes

La muestra de adolescentes de población general se obtuvo a partir de la muestra global del proyecto VIVO, obtenida mediante metodología *online*. En el momento de la investigación, esta muestra contaba con 3565 participantes entre 14 y 65 años. A partir de ahí se seleccionó a los participantes que tenían edades comprendidas entre los 14 y 18 años (ambos inclusive) y se obtuvo un grupo de 686 adolescentes. Utilizamos estas edades específicamente para cumplir con los criterios de responsabilidad legal y con el objetivo de facilitar los análisis comparativos entre la muestra de población general y la muestra de contraste. El 12,5 % ($n=86$) de estos adolescentes manifestó haber sufrido alguna experiencia de violencia intrafamiliar. Partiendo del criterio presencia o ausencia de experiencias de violencia familiar, los participantes se distribuyeron en dos submuestras para la población general: adolescentes con experiencias de violencia intrafamiliar ($n=86$) y adolescentes sin experiencias de violencia familiar ($n=600$).

Desde el punto de vista estadístico se trata de una muestra no probabilística obtenida a través de internet, y de autoselección. Los participantes accedieron voluntariamente a rellenar los protocolos, de modo libre y sabiendo los fines que perseguía la investigación. A pesar de las reconocidas limitaciones de los muestreos de conveniencia, el muestreo *online* ha sido aceptado como un método apropiado para la generación de hipótesis preliminares de trabajo y que muestra propiedades similares a los métodos tradicionales (Fortson, Scotti, del Ben, & Chen, 2006). La revisión de Eiroá-Orosa, Fernández-Pinto, y Pérez-Sales (2008) sobre metodologías de investigación *online* demuestra la fiabilidad de estos estudios y la comparabilidad con los clásicos de

lápiz y papel. Esta revisión puso especial atención en: (a) ventajas e inconvenientes en relación a los tipos de diseño; (b) técnicas de muestreo, posibles sesgos y control *pre hoc* y *post hoc* de sesgos; (c) validez y comparabilidad con estudios en papel; (d) posibles aspectos éticos que deban tenerse en cuenta. El diseño web del cuestionario VIVO se ajusta a las recomendaciones de los principales estudios realizados sobre esta materia (Dillman, 2007)

El estudio también incluye una muestra de contraste con 23 adolescentes que se encuentran viviendo en centros de protección de menores debido a las situaciones de violencia familiar graves detectadas por los servicios sociales.

Desde el punto de vista estadístico se trata de una muestra no probabilística de conveniencia y por juicio. En lugar de guiarnos por principios de representatividad, nuestra preocupación era identificar y acceder a los adolescentes que pudieran contribuir a la comprensión de la experiencia, en particular del impacto de la violencia familiar en las creencias básicas. Además, la selección de los centros y por tanto de los adolescentes que pudieron participar estuvo supeditada a la autorización obtenida por la DGAIA (organismo responsable de menores tutelados por el sistema de protección catalán), específicamente para intervenir con adolescentes que vivían en centros de protección de la región de Terres de l'Ebre. También se trata de una muestra de juicio, pues se seleccionó a los participantes a partir de criterios conceptuales establecidos previamente por la autora del estudio.

Los criterios de inclusión fueron:

- a) Ser adolescente y tener 14 y 18 años (inclusive) en el momento de la investigación.
- b) Residir en un centro de acogimiento residencial ubicado en la comarca de Terres de l'Ebre como consecuencia de haber estado expuesto a situaciones de maltrato familiar en cualquiera de sus manifestaciones, excluyendo las vivencias de abuso sexual intrafamiliar o por desconocido.
- c) No presentar una incapacidad intelectual severa o cualquier descompensación psíquica que no les permita comprender o cumplimentar los instrumentos.

- d) Haber estado conviviendo en el centro de protección al menos 8 meses antes de la administración del protocolo. Este criterio se incluyó con el objetivo de garantizar una mínima estabilidad anímica en el recurso para poder contestar el tipo de preguntas que se abordan en este estudio.

En el momento de aplicar el protocolo de recogida de información para la investigación (abril de 2016), había un total de 70 niños y adolescentes distribuidos en los cuatro centros de protección de menores de la región de Terres de l'Ebre. El 67,1 % (n=47) de estos adolescentes no cumplían todos los criterios de inclusión o existían otros factores que impedían que participara en el estudio, tal y como se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 8. Razones por las que los adolescentes no pudieron participar en el estudio

<i>Criterios y otros factores de exclusión</i>	Centro de acogida	Coll de l'Alba	Lo Carrilet
No cumplen el criterio A	4	1	12
No cumplen el criterio B	1	1	6
No cumplen el criterio C	1		
No cumplen el criterio D	2	2	
Parte de fuga	2		
Traslado a otro recurso dentro o fuera de la región	8		
Baja por mayoría de edad	4	2	
En permiso de visita con familia biológica	1		
<i>Total de adolescentes que no participan</i>	<i>24</i>	<i>6</i>	<i>18</i>

Destaca la gran disparidad de participación de los adolescentes según el centro de residencia. Mientras que del Pis Illa de l'Ebre, que es el recurso con menos plazas concertadas (n=6), participaron el 100 % de los adolescentes, en el centro de acogida (CA), que es el recurso con más plazas, únicamente pudo participar el 20,9 %. Los principales motivos derivan de las características y el perfil de los centros. En el caso del CA, se trata del centro de urgencia referente en la comarca, y es por definición un recurso temporal donde los adolescentes permanecen hasta que se les ha realizado la evaluación diagnóstica y buscado otro recurso de larga duración. Por tanto, en el CA los menores tendían a no cumplir los criterios de permanencia mínimos y mostraban una mayor inestabilidad psíquica, que se manifestaba por las fugas o los traslados a otros

recursos de carácter terapéutico. Las principales razones por las que los menores que residían en el CRAE Lo Carrilet no pudieron participar en el estudio eran bien por no tener los 14 años de edad mínima (66 %) o bien por haber sido víctimas de abuso sexual familiar o por desconocido (33,3 %). En el caso de Coll de l'Alba, los principales factores fueron la baja en el recurso por mayoría de edad o un tiempo de convivencia menor de 8 meses en el momento de pasar el protocolo.

Tabla 9. Adolescentes que participaron en el estudio según el recurso de protección

<i>Tipo de Centro</i>	<i>Menores acogidos</i>		<i>Participan en el estudio</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Pis Illa de l'Ebre	6	10	6	26
Centro de acogida	29	40	6	26
Coll de l'Alba	10	14,2	4	17,3
Lo Carrilet	25	35,7	7	30,4
<i>TOTAL</i>	<i>70</i>	<i>100</i>	<i>23</i>	<i>100</i>

En lo que se refiere a la parte cualitativa de la investigación, se pudo realizar la entrevista con un total de 10 adolescentes. Los principales motivos por los el resto de adolescentes (56,5 %) no participaron fueron: traslado a otro centro en el momento de contactarlos (92,3 %); denegación de la invitación en el mismo momento en el que se iba a producir el encuentro aludiendo “tener un mal día” o “no encontrarse con ganas de hablar” (15,3 %); incompatibilidad de horarios, a pesar de la flexibilidad y disposición de la entrevistadora (7,6 %); retorno al núcleo familiar e imposibilidad de localizarlos (7,6 %).

Tabla 10. Número de adolescentes que rellenan el cuestionario VIVO y realizan la entrevista

	PIE	CA	COA	LC
Adolescentes que rellenan el cuestionario VIVO (n=23)	6	6	4	7
Adolescentes que realizan la entrevista (n=10)	1	1	4	4
Motivos por los que no se realiza la entrevista				
Retorno a la familia biológica		1		
Traslado a otro centro	5	5		2
Incompatibilidad de horarios	1			
Denegación de la invitación para la entrevista				2

Respecto a la pertinencia del tamaño muestral del grupo de contraste, resaltamos que existe poco consenso en la literatura cualitativa acerca de lo que constituye un tamaño de muestra adecuado (Daly, 2007). McCracken (1988) defiende que 8 entrevistas en profundidad son suficientes para obtener una buena comprensión de la experiencia. Kvale (1995) observa que el número de entrevistas tiende a ser entre 10 y 15 en los estudios actuales, y que a menudo depende de una buena combinación entre recursos, tiempo y disponibilidad de los entrevistados. Otros autores como Johnson et al., (2007) se refieren al término de saturación teórica para señalar que un número de entrevistas adecuado es aquel que resulta suficiente para que el entrevistador haya aprendido lo que ha de ser aprendido de los entrevistados. Para Daly (2007), autor de varios libros sobre metodología cualitativa en investigación sobre desarrollo familiar, el punto de saturación se encuentra entre 15 y 20 entrevistas.

El presente estudio trabaja comparando tres grupos de adolescentes, con experiencias de violencia familiar diversas en tipos, matices y contextos:

- Grupo 1: Sin exposición a violencia familiar. Adolescentes en la muestra población general (n=600).
- Grupo 2: Exposición a violencia familiar. Adolescentes en la muestra población general (n=86).
- Grupo 3: Exposición a violencia familiar grave. Adolescentes en la muestra de contraste (n=23).

Asumimos que los adolescentes que han rellenado el cuestionario VIVO a través de la página web del proyecto han estado expuestos a situaciones de violencia familiar moderada. Es cierto que no disponemos de criterios objetivos externos para garantizar que ningún chico que conforma la muestra *online* esté en un centro de protección de menores o en una situación de extrema gravedad debido a la violencia familiar. Sin embargo, la gran mayoría de los adolescentes en población general manifiesta una percepción de amenaza e influencia moderada para esta experiencia.

Los adolescentes procedentes de los centros de acogida pertenecen a la muestra de contraste. En este caso se disponen de criterios objetivos externos (informes de los servicios sociales, criterios de protección oficiales) para garantizar que todos los

adolescentes de este grupo han vivido situaciones de violencia familiar grave, considerando todas sus manifestaciones, excepto el abuso sexual.

3.2. Instrumentos

Los instrumentos utilizados, incluidos también en el anexo, fueron los siguientes:

1. *Inventario de experiencias extremas*. La exposición a experiencias extremas se midió utilizando el inventario de experiencias extremas o IEE ((Perez-Sales, s. f.), compuesto por 27 ítems que describen situaciones de trauma severo (entendido como amenazas a la integridad física y psicológica de la persona), pérdidas (exclusivamente muerte o desaparición de una persona cercana), crisis vitales (entendida como cambios profundos en la vida de las personas) y experiencias extremas positivas (por ejemplo, enamorarse con locura o tener éxito personal). Se pide a la persona que marque sí o no (respuesta dicotómica) si ha pasado por distintas experiencias extremas. En caso de que conteste de manera afirmativa, se le pide que rellene las preguntas siguientes sobre la edad en la que se produjo el hecho, la duración, la amenaza y la influencia subjetiva de dicha experiencia.

Para medir la duración de la experiencia el sujeto elige entre tres categorías:

- (1) puntual,
- (2) en varias ocasiones
- (3) de manera prolongada y sostenida en el tiempo

Para medir la amenaza subjetiva se pide al sujeto que valore el grado de amenaza para la integridad física o psicológica que percibió en el momento de ocurrir la experiencia extrema, con cuatro respuestas posibles:

- (1) amenaza leve
- (2) amenaza moderada
- (3) amenaza grave
- (4) amenaza extrema

La percepción de impacto vital (PI) se mide mediante la valoración por parte del sujeto del grado de impacto y afectación de la experiencia extrema (¿Cómo considera que le afectó este episodio respecto a su trayectoria vital?), también con cuatro posibles respuestas:

- (1) No considero que me haya afectado
- (2) Me afectó en su momento, pero no en el presente
- (3) Hay aspectos que aún me afectan mucho
- (4) Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida

El presente estudio incorpora los ítems sobre trauma, crisis vitales y pérdidas, excluyendo las experiencias positivas, dado que en éstos no existen medidas sobre percepción de amenaza a la integridad personal.

2. *Cuestionario VIVO*. El cuestionario VIVO (Pérez Sales et al., 2013) es una herramienta que permite valorar el impacto de las experiencias extremas en el sistema de creencias básicas en la población general y superviviente.

La organización del cuestionario VIVO responde a las necesidades metodológicas en la investigación sobre el impacto del trauma con el objetivo de captar la complejidad del sistema de creencias humano, que raramente puede ser entendida desde una única dimensión o constructo. Este cuestionario se compone de 116 ítems, estructurados en 10 bloques conceptuales y 35 escalas. Puede ser aplicado a cualquier persona entre los 14 y 65 años, siempre que no tenga un grado de discapacidad severa, sepa leer o pueda entender las preguntas que otros le lean. La aplicación es individual y la duración es de aproximadamente 30-40 minutos. El estudio de validación con una muestra en 13 países mostró una elevada consistencia interna en las diferentes subescalas, una estructura bien justificada y una adecuada validez concurrente y discriminante del cuestionario.

El modelo teórico cognitivo constructivista que sustenta la construcción del cuestionario VIVO considera que la visión del mundo (worldview) de una persona no puede considerarse como un sumatorio de diferentes aspectos parciales. El impacto positivo o negativo en un solo aspecto nuclear puede cambiar la vida de una persona y esta riqueza

parece imprescindible respetarla. Por tanto, este cuestionario no suele valorarse desde una perspectiva normativa mediante el sumatorio de valores que den una idea de normalidad o patología, sino desde una perspectiva dimensional, analizándose por tanto perfiles de respuesta y valores críticos. A nivel estadístico esto implica que, aunque se disponen de cortes normativos para población adulta derivados del estudio de validación, en el caso de nuestro estudio con población adolescente no utilizamos dichas marcas de referencia, sino que trabajamos con análisis de perfiles de respuestas. Según los autores, la interpretación del cuestionario VIVO adquiere su mayor riqueza cuando se complementa con la historia y la trayectoria vital de la persona.

La tabla 11 muestra un resumen que permite una mejor interpretación de los resultados en el cuestionario VIVO.

<i>Interpretación del cuestionario VIVO</i>		
Subescalas	Las personas que obtienen puntuaciones altas...	Las personas que obtienen puntuaciones bajas...
<i>Bloque conceptual I – Visión del mundo</i>		
Visión del Mundo (positiva/negativa)	... ven el mundo como un lugar gris, inseguro y en el que no es posible disfrutar de la vida.	... ven el mundo como un lugar bello, agradable y seguro.
Sentido de la vida (tiene/carece)	... consideran que la vida carece de sentido.	... consideran que la vida tiene sentido.
Convicciones (ayudan/no ayudan)	... consideran que no tienen o que sus convicciones ideológicas o espirituales no les han ayudado para enfrentar situaciones difíciles.	... consideran que sus convicciones ideológicas o espirituales sí les han ayudado para afrontar situaciones difíciles.
<i>Bloque conceptual II – Actitud ante el mundo</i>		
Suicidio (no opción/opción)	... consideran el suicidio como una opción legítima y han podido llegar a considerarla.	... consideran que el suicidio no es una opción.
Destino (no relevante/relevante)	... piensan que el destino juega un papel decisivo en su vida.	... consideran que el destino no existe.
Ambigüedad e incertidumbre (tolera/no tolera)	... toleran mal la ambigüedad y la incertidumbre y buscan certezas en su relación con los demás y las circunstancias de su vida.	... consideran que la vida consiste en aceptar la incertidumbre y la ambigüedad.
Búsqueda de lógica (aceptación/interrogación)	... se interrogan por la lógica de los hechos.	... aceptan los hechos de la vida según vienen.
<i>Bloque conceptual III: Visión del ser humano</i>		
Compartir la experiencia (útil/poco útil)	... consideran que expresar la experiencia y compartirla es poco útil y consideran como una estrategia mejor el silencio o el olvido.	... consideran, en cambio, que compartir les ayuda.
Sufrimiento (útil/poco útil)	... consideran que todo sufrimiento es inútil y quiebra a la persona.	... consideran que el sufrimiento es una oportunidad de aprendizaje y superación, y que es posible ser feliz incluso en el sufrimiento.
Bondad del ser humano (tienen /carecen)	... consideran que en general triunfa el mal y que las personas no suelen ayudar a las personas cercanas.	... consideran que hay una tendencia a la bondad.

<i>Interpretación del cuestionario VIVO</i>		
Subescalas	Las personas que obtienen puntuaciones altas...	Las personas que obtienen puntuaciones bajas...
Confianza en el ser humano (tiene/carece)	... tienden a no confiar en los demás.	...tienden a confiar en los demás.
Comunicabilidad del horror (posible/no es posible)	... consideran que no existen palabras para expresar el horror y que en todo caso éste no puede ser comprendido.	... consideran que siempre existen palabras para expresar las situaciones más terroríficas.
Sueños (neutros/sufrimiento)	... refieren tener sufrimiento y que éste se expresa en sueños.	... no suelen recordar sus sueños y no les dan importancia.
<i>Bloque conceptual IV: Afrontamiento</i>		
Rumiaciones (ausentes/presentes)	... tienden a dar vueltas a los hechos que les suceden y no pueden dejar de pensar en ellos fácilmente.	... pueden dejar de pensar en lo que les preocupa fácilmente.
Afrontamiento inmediato (activo/bloqueo)	... consideran que tienden a reaccionar con bloqueo y miedo ante las amenazas.	...tienden a afrontar estas situaciones con calma y de manera directa.
Olvido (posible/no es posible)	... consideran que no es posible olvidar los hechos.	... piensan que pueden olvidar las cosas si lo desean.
<i>Bloque conceptual V: Impacto de los hechos del pasado</i>		
Culpa (asumir/no asumir el pasado)	... tienen vivencias de culpa dolorosas.	... consideran que pueden asumir su pasado o que es posible entender o perdonar.
Confianza en sí mismo (conservada/perdida)	... consideran que han perdido la confianza en sí mismos y en su capacidad para enfrentarse a los problemas.	... consideran que la confianza en sí mismos permanece intacta.
Aprendizaje (posible/no es posible)	... consideran que no se aprende de los errores.	... consideran que han podido aprender o ser más fuertes a partir de experiencias adversas.
Cambio (posible/no es posible)	... consideran que no es posible cambiar.	...consideran que el cambio es parte del ser humano.
Miedos (específicos/inespecíficos)	... consideran que es difícil identificar sus miedos.	... suelen ser capaces de identificar sus miedos.

<i>Interpretación del cuestionario VIVO</i>		
Subescalas	Las personas que obtienen puntuaciones altas...	Las personas que obtienen puntuaciones bajas...
<i>Bloque conceptual VI: Emociones</i>		
Emociones ligadas a identidad (positivas/negativas)	... asocian la experiencia traumática a vivencias de humillación, indignidad o vergüenza.	... asocian lo ocurrido a vivencias de orgullo, dignidad o resistencia.
Control inmediato (conservado/indefensión)	... asocian la experiencia traumática con vivencias de indefensión y pérdida de control.	... no asocian la experiencia traumática a una pérdida de control.
Sentimientos (tolerancia/rechazo)	... rechazan los sentimientos asociados al hecho extremo.	... toleran y aceptan los sentimientos.
<i>Bloque conceptual VII: Narrar la experiencia</i>		
Testimonio (relevante/poco relevante)	... consideran que ser testigo es irrelevante.	... consideran que provee de sentido a la vida.
Comunicar (relevante/poco relevante)	... consideran que hay partes de su experiencia que prefieren callar.	... han intentado expresar la experiencia al completo.
<i>Bloque conceptual VIII: Consecuencias</i>		
Empatía (cercanía/insensibilidad con otros)	... consideran que la experiencia les ha distanciado de los demás y tienen menos empatía al sufrimiento ajeno.	... piensan que la experiencia les ha permitido tener más empatía hacia los demás.
Querer a otros (conservado/disminuido)	... consideran que tienen menos capacidad para vincularse y para querer.	... consideran que esta habilidad está intacta.
Azar (búsqueda/interrogación)	... consideran injusto el azar y se preguntan por ello.	... aceptan que muchas de las cosas que pasan (incluyendo las situaciones extremas) dependen del azar.
<i>Bloque conceptual IX: Apoyo social</i>		
Apoyo social (presente/ausente)	... sintieron que la sociedad les dio la espalda o que no quiere escuchar.	... sintieron apoyo y cercanía.
Responsabilizar a la propia víctima (ausente/presente)	... sienten que se les culpabiliza a ellos mismos por lo que les ha pasado.	... no creen que la sociedad los culpabilice.
<i>Bloque conceptual X: Identidad</i>		

<i>Interpretación del cuestionario VIVO</i>		
Subescalas	Las personas que obtienen puntuaciones altas...	Las personas que obtienen puntuaciones bajas...
Futuro y esperanza (positivo/negativo)	... ven el futuro negro, con desesperanza.	... lo ven con expectativas positivas y con espacio para la felicidad.
Cambios en la identidad (ausente/presente)	... consideran que este hecho es un punto de referencia en su modo de entender el mundo.	... consideran que su visión del mundo no ha cambiado.
Cambio de prioridades (ausente/presente)	... piensan que han cambiado sus prioridades en la vida (en sentido positivo o negativo).	... piensan que la vida ha seguido igual.
Identidad de víctima (ausente/presente)	... se consideran “víctimas” y se identifican como tales. Reconocerse como víctimas de un hecho traumático constituye un eje central de su identidad.	... no se consideran víctimas. La experiencia puede significar un punto de referencia en la manera de verse a sí mismos y a los demás, pero no se sienten identificados con la mirada de la víctima.

3. Variables de control. Los autores del cuestionario VIVO advierten sobre la importancia de considerar el impacto en el sujeto de la aplicación del cuestionario, puesto que plantea cuestiones existenciales y no resulta neutro contestarlo. Estudios previos señalan que el 46 % refirieron que contestar el cuestionario “les había removido aspectos de experiencias pasadas”. Para el 97 % esto era “normal” o “doloroso, pero asumible”, mientras que para el 3 % restante había significado recordar aspectos dolorosos de su experiencia pasada que hubieran preferido no revivir (Pérez-Sales y cols., 2012). Con el fin de intentar controlar la posible influencia de estas covariables, se incluyeron medidas para:

- El estado emocional. Se le pedía al sujeto que anotara si en las últimas dos semanas había sentido tristeza o alegría con cuatro posibles respuestas: (a) constantemente; (b) con frecuencia; (c) a veces; (d) raramente y (e) nunca.
- El estado de ánimo global. Se pidió al sujeto que calificase su estado de ánimo en las últimas dos semanas según cinco posibles categorías excluyentes: (a) eufórico y lleno de vitalidad la mayor parte del día; (b) bastante contento y alegre; (c) ni especialmente alegre ni especialmente triste; (d) algo decaído y con poca ilusión en general; (e) muy triste la mayor parte del día.
- El nivel de satisfacción con la vida, con tres posibles respuestas: (a) me considero una persona contenta con la vida; (b) no me considero contenta ni descontenta, simplemente vivo; (c) me considero globalmente descontenta.
- Imagen global de sí mismo, con tres posibles respuestas: (a) me gusta como soy y cambiaría poco; (b) ni me gusta ni me deja de gustar, es lo que hay; (c) hay más cosas que no me gustan que cosas que me gustan de mí mismo/a.
- Comodidad o incomodidad al contestar el cuestionario. Se pregunta a la persona si se sintió mal en algún momento al contestar el

cuestionario, con tres posibles respuestas: (a) sí, preferiría no haberlo hecho; (b) sí, aunque es normal y no pasa nada; (c) no.

4. *Entrevista focalizada.*

La entrevista es una de las herramientas de recolección de datos más ampliamente utilizada en la investigación cualitativa con adolescentes. Como plantean Kanevsky, Corke y Frangkiser (2008), “las entrevistas y otros métodos cualitativos pueden proporcionar una visión más profunda de la compleja dinámica de las relaciones entre los participantes y su mundo, así como aproximarnos al sentido que otorgan a sus experiencias vitales”. Este estudio busca agregar a la literatura utilizando un método cualitativo, a través de entrevistas focalizadas en el impacto de la violencia familiar en el sistema de creencias de los adolescentes, con el objetivo de contribuir a la comprensión no sólo de cuáles son los factores de protección o vulnerabilidad, sino por qué y cómo operan en las vidas.

El modelo seguido en este estudio se basa en la entrevista focalizada propuesta por Merton y Kendall (1946), quienes distinguen cuatro criterios:

1. Todos los entrevistados han estado expuestos a una situación concreta.
2. Los investigadores han estudiado previamente dicha situación y han obtenido mediante el análisis de los contenidos y las teorías emergentes distintas hipótesis sobre el significado y los efectos de determinados aspectos de la situación.
3. El investigador define las preguntas en relación a un problema específico y solamente busca respuestas dentro de los límites marcados por sus presuposiciones. El guion de entrevista se ha elaborado a partir de la revisión teórica previa y basándose en las hipótesis derivadas.
4. La entrevista se centra en las experiencias subjetivas de la gente expuesta a la situación, con el propósito de contrastar las hipótesis y obtener respuestas o efectos no previstos.

En nuestro caso, todos los adolescentes han estado expuestos a una situación social no controlada (la violencia intrafamiliar), pero observada y documentada por agentes

externos (servicios sociales). Partiendo de la revisión bibliográfica se propusieron una serie de hipótesis que han guiado de forma directa e indirecta la investigación. Una vez analizados los cuestionarios VIVO, tanto de los adolescentes de población general como los de la muestra de contraste, se elaboró un guion de preguntas para explorar los aspectos más relevantes de estos resultados.

En relación a los criterios de efectividad, los mismos autores sugieren considerar cuatro criterios: (a) poca directividad (tratar que la mayoría de las respuestas sean espontáneas o libres, en vez de forzadas o inducidas); (b) especificidad (animar al entrevistado a dar respuestas concretas, no difusas o genéricas); (c) amplitud (indagar una gama de experiencias del sujeto); (d) profundidad y contexto personal.

La entrevista debería tocar en el plano afectivo, tener una carga valorativa para el sujeto, lo que permite determinar si la experiencia tuvo un impacto significativo central o periférico. Se debería disponer de información sobre el contexto personal relevante del entrevistado que permita dar sentido a las asociaciones idiosincráticas, a sus creencias e ideas.

En la práctica son criterios entrelazados. El enfoque focalizado semiestructurado permite obtener la profundidad, la especificidad y la amplitud de las respuestas. Al mismo tiempo, el logro de estos tres criterios exige rebajar la pretensión del criterio de no dirección. La principal ventaja de las entrevistas focalizadas es que pueden ayudar a mantener el foco en las preguntas clave de la investigación, es decir, sirven como punto de referencia al investigador, que puede concentrarse en las ideas de las que se está conversando. Asimismo, pueden facilitar el análisis de los datos al generar información acotada a los dominios establecidos.

Los criterios de calidad en las entrevistas han ido variando a medida que evoluciona la investigación cualitativa. Desde la ética procedimental convencional la objetividad, la neutralidad y la distancia son los principios que guían la práctica del entrevistador. El énfasis en el análisis está en lo que los participantes dijeron, lo que se considera una representación inequívoca de su realidad fuera de la entrevista. Desde una postura cognitivo-

constructivista, más cercana a los fundamentos teóricos de este estudio, se cuestionan los anteriores principios rectores, al poner de manifiesto los desequilibrios de poder inherentes a la relación de la entrevista. Aunque la propia palabra “entrevista” sugiere una interacción simétrica entre dos puntos de vista, lo frecuente es que tal simetría no exista y sea el entrevistador el que inicie la conversación, moldee la dirección de la narrativa haciendo preguntas determinadas y obtenga información para sus propósitos. Ann Oaklev (1981; en Vallés 2002, pág. 98) plantea un cambio de paradigma con implicaciones metodológicas concretas: desechar la mística de la objetividad, para llegar al reconocimiento de que la implicación personal del entrevistador no equivale a un sesgo peligroso.

Nuestro estudio se acerca a esta posición. Entendemos que la entrevista en investigación cualitativa ha sido redefinida como una ocasión para que los participantes, animados de forma intencionada, construyan versiones de su realidad de forma interactiva. En última instancia, se concibe la entrevista como un espacio activo, relacional e inevitablemente colaborativo, tanto para el investigador como para el entrevistado (Holstein y Gubrium, 1995). Como señala Daly (2007, pág. 139), “las entrevistas son conversaciones con una agenda”.

En esta investigación se adoptó el modelo práctico propuesto por Rubin y Rubin (2005), denominado entrevistas sensibles. Basándose en suposiciones interpretativas, esta metodología reconoce que tanto el entrevistador como el entrevistado son seres humanos que forman una relación con el objetivo de generar una comprensión más profunda de un tema o experiencia concreta. Al reconocer la influencia mutua, también hay reconocimiento de las obligaciones éticas del entrevistador, la responsabilidad de dar dirección a la entrevista y la necesidad de que el entrevistador sea autoconsciente de su influencia, sus sesgos y sus expectativas. La autora del estudio es consciente, en gran medida debido a su práctica clínica profesional, de que no es posible ser neutral en un entorno de entrevista, ya que las preferencias, los gestos y las ideas siempre están presentes y de alguna forma influirán en el curso de la conversación. Especialmente los clínicos que llevamos a cabo investigación cualitativa hemos de vigilar de forma especial la manera como manejamos las relaciones durante las entrevistas. De acuerdo con las recomendaciones de Burck (2005),

fomentar la curiosidad en la investigación, sin tener la responsabilidad terapéutica de facilitar cambios, da lugar a conversaciones de un orden diferente. En este estudio hemos comprobado que estos espacios pueden abrir nuevas áreas de comprensión, mientras al mismo tiempo permiten a los participantes descubrir conexiones significativas por ellos mismos.

3.3. Procedimiento

A continuación, se detallan las fases que se han seguido en el presente estudio.

Fase 1: Análisis de los resultados del cuestionario VIVO en la muestra de adolescentes en población general.

Siendo rigurosos, esta investigación comenzó en el año 2009. Durante el periodo de septiembre del 2007 a octubre del 2009, el cuestionario VIVO fue distribuido a través de la página web del proyecto y sistemáticamente publicitado en más de 2000 foros de Internet, aleatoriamente seleccionados mediante los principales buscadores (Google, Yahoo, MSN), redes sociales (Facebook) y listas de distribución (Yahoo lists). Los foros de Internet en lengua española fueron seleccionados del mismo modo, y corresponden a la infinita y heterogénea gama de temáticas que tienen este tipo de espacios públicos. También se habilitó un enlace permanente en la página web del Grupo de Acción Comunitaria (<http://www.psicosocial.net>), que remitía directamente al cuestionario. Esta página aparece en primer lugar cuando se coloca la palabra psicosocial en los principales buscadores de Internet.

El anuncio que se coloca en foros dice, textualmente:

Un grupo de profesionales vinculados a la Universidad Complutense y la Universidad Autónoma de Madrid hemos desarrollado un cuestionario sobre las características de las personas que pasan por situaciones extremas de trauma o pérdida, y el mejor modo en que pueden enfrentarse a ellas. Te rogaríamos dedicaras un tiempo breve a colaborar, hayas o no pasado por situaciones

difíciles en tu vida, y compartas con nosotros tu visión. Al finalizar el cuestionario la web te devolverá un perfil personalizado comparando tus respuestas con otras personas que lo han rellenado y podrás tener acceso a una sección con información exclusiva de aprendizaje. Los datos recogidos son personales, anónimos y confidenciales, y servirán para saber cómo ayudar a la gente que afronta situaciones complejas en su vida. Puedes acceder pinchando <http://www.psicosocial.info/cuestionario/cuestionario.php>.

Muchas gracias por tu tiempo y por colaborar con nosotros.

En el momento de realizar la recogida de datos para el presente estudio, en noviembre del año 2015, 23 141 personas habían visitado la web del proyecto, de las cuales 18 370 inicialmente accedieron al cuestionario, y 3918 lo completaron. Tres jueces independientes evaluaron cuestionario por cuestionario en busca de irregularidades o incoherencias (por ejemplo, adolescentes españoles que reportaban vivencias de guerra cuando se referían a conflictos familiares) con criterios de selección estrictos. Los cuestionarios se rechazaban si dos de los tres jueces coincidían en sus valoraciones. La percepción global fue que la calidad de las respuestas era excelente. Como era de esperar, la complejidad del cuestionario, así como el tiempo total que requiere, reduce el riesgo de que la gente conteste por curiosidad o diversión. Un 4,9 % de los cuestionarios fueron rechazados y resultó que la muestra total era de 3726 personas. Demográficamente no se encontraron diferencias entre los cuestionarios excluidos y los que finalmente se analizaron.

Fase 2. En diciembre del año 2015 obtuvieron los permisos pertinentes y la autorización de la directora del Área de Atención a la Infancia y Adolescencia (DGAIA) de Terres de l'Ebre para aplicar la batería de instrumentos al conjunto de adolescentes que cumplieran los requisitos en su territorio.

Fase 3. Presentación del estudio a los directores de los centros de protección y la directora territorial de la DGAIA.

En una reunión previa se introdujeron los objetivos de la investigación y el procedimiento que se iba a seguir. Una vez clarificado el perfil requerido de los adolescentes, cada uno de

los directores se encargó de proponer los posibles candidatos partiendo de los criterios de inclusión del estudio, contemplando el momento vital en el que se encontraba el o la adolescente y la pertinencia o no de participar en el estudio. Los directores se encargaron de realizar la propuesta a los adolescentes. Posteriormente se concretó el día y hora para cada una de las entrevistas, contando con 1 hora y 30 minutos de tiempo entre una y otra.

Fase 4. Primer encuentro con los adolescentes en los centros de protección.

Las entrevistas se han realizado en despachos de los propios centros de Amposta y Tortosa. El espacio resultaba de especial importancia en la creación de un clima adecuado para una entrevista que incita a la reflexión de aspectos a veces difíciles de la vida de los adolescentes. Por ello se cuidó de disponer de la sala el tiempo suficiente y que no hubiera interrupciones. El hecho de realizar los encuentros en un espacio conocido por los chicos ha facilitado no sólo poder ajustarnos a sus “apretados” horarios, sino favorecer un clima tranquilo en un espacio poco amenazante.

El primer encuentro se destinó a completar el cuestionario VIVO. Al comienzo del encuentro se entregó a cada adolescente un protocolo de presentación del proyecto (ver anexo), en el que se detallaba el motivo del estudio y se les pedía que colaboraran voluntariamente. También se les explicó que no había respuestas buenas o malas, que el objetivo era conocer su opinión sobre una serie de cuestiones relacionadas con sus creencias y sus vivencias difíciles con su familia. Se explicó el carácter confidencial del estudio y el tratamiento que seguirían los datos, se les aclaró la relación de la investigadora con el centro y se les garantizó que la información no iba a ser compartida con los educadores ni con el director del centro de forma individual, sino que se realizaría un informe global al que ellos mismos tendrían acceso. Después de esta introducción, ninguno de los adolescentes rechazó realizar el cuestionario. Además, ya en ese momento se les invitaba a un segundo encuentro para realizarles otra entrevista en la que pudieran explicar con sus propias palabras su opinión sobre determinados aspectos del cuestionario. Todos los adolescentes, excepto uno, aceptaron la invitación a participar en la entrevista en

profundidad posterior. Se obtuvo el consentimiento firmado de cada uno de los entrevistados.

Después de las presentaciones y de obtener el consentimiento firmado, se aplicó el cuestionario VIVO de forma individual y en formato digital, utilizando el ordenador de la investigadora. Tanto el participante como la investigadora leían las preguntas. La investigadora aclaraba en caso necesario algún redactado, cuando el entrevistado no lo comprendía, y anotaba las respuestas. Se tomó el tiempo necesario para que los participantes pudieran hacer preguntas o aclaraciones al respecto en cada uno de los 116 ítems que componen el cuestionario. La duración de las entrevistas fue entre 50 minutos y 1 hora aproximadamente.

Fase 5. Análisis preliminar de los resultados del cuestionario VIVO obtenido de la muestra contraste.

Fruto de estos análisis se identificaron un grupo de creencias básicas clave asociadas a la vivencia de violencia familiar en los adolescentes. Tomando como referencia estos aspectos clave se construyó una entrevista semiestructurada. El objetivo era contar con un guion común previamente establecido para asegurar que se preguntaba por todos aspectos en cada una de las entrevistas. Después de contactar con los directores del centro, se invitó a todos los adolescentes que habían rellenado el cuestionario. Sólo 10 pudieron o aceptaron participar en las entrevistas de acuerdo con los motivos anteriormente descritos.

Fase 6. Segundo encuentro con los adolescentes en centros de protección

Para este segundo encuentro se utilizaron los mismos despachos que en el primero y se siguió un procedimiento similar para organizar el día y hora de la entrevista. En el momento del encuentro con el adolescente se recordó su anterior participación y se revisaron todos los aspectos sobre la confidencialidad y el tratamiento de los datos. En esta ocasión se especificó el objetivo de la entrevista en estos términos: “La idea es puedas abrir un espacio para que podáis opinar, describir, contar de forma libre y en la medida en que tú quieras,

tus pensamientos, ideas y razones sobre algunas de las preguntas que conversamos en el cuestionario”.

Las entrevistas deben ser gestionadas en etapas para cumplir con los objetivos de la investigación. En este caso se siguieron las seis etapas que proponen Legard, Keegan y Ward (2003) para el desarrollo de la entrevista:

Tabla 12. Etapas durante el desarrollo de las entrevistas focalizadas

<i>Fases de la entrevista</i>
Llegada. Implicó un pequeño intercambio de conversaciones informales sobre cómo se encontraba el adolescente, si se acordaba de la investigadora, si se encontraba cómodo en la habitación, se reorganizaron las sillas en caso de incomodidad, etc. Presentación. Se introdujo el objetivo de la entrevista, se revisaron los aspectos de confidencialidad, se pidió el consentimiento firmado y se abrió el espacio para cualquier duda o pregunta inicial. Desarrollo. Se fueron introduciendo las preguntas clave que componían la guía para la entrevista. Se utilizaron preguntas exploratorias para obtener información más profunda sobre los temas de importancia y se tomó el tiempo y la oportunidad de explorar con mayor detalle las ideas emergentes consideradas importantes. Final. En la última pregunta se avisaba a los participantes del final de la entrevista. Al finalizar se abría la oportunidad para expresar, añadir o modificar cualquier idea que quisieran antes de finalizar la entrevista. Posterior. Se tomó el tiempo para agradecer a los participantes por su participación y se hizo hincapié en lo importante de su contribución para los objetivos del estudio. También se les facilitó los datos de contacto por si necesitaban realizar cualquier aclaración posterior. Una vez finalizada la entrevista fue habitual extender la conversación durante unos minutos para temas más triviales y relacionados con el día a día.

El guion de la entrevista se utilizó de forma flexible sin seguir necesariamente el orden de las preguntas, sino ajustándose al ritmo y al transcurso de la conversación, permitiendo capturar comentarios o ideas inesperadas. Una de las principales ventajas del enfoque semiestructurado fue que las preguntas sirvieron como un punto de referencia que ayudó a mantener cierto nivel de enfoque, mientras que en el mismo tiempo permitió la flexibilidad de seguir la conversación tal y como se desarrolló de manera única en cada entrevista. El objetivo es que el adolescente se sintiera reforzado y acompañado en su relato. El hecho de que la investigadora trabaje profesionalmente en un centro de atención

psicoterapéutica especializada para niños y jóvenes que han sufrido maltrato infantil y conozca las características de los contextos residenciales en los que viven los adolescentes, facilitó el manejo de posibles miedos o reticencias y permitió reforzar los discursos de los jóvenes, generando un clima de confianza y disposición a la reflexión personal.

En la mayoría de las ocasiones, al acabar la entrevista los jóvenes manifestaron haber pensado y reflexionado sobre aspectos de su vida de forma diferente, desde otra perspectiva, compartieron sentirse curiosos y alentados por el tipo de preguntas y sorprendidos sobre su propia capacidad y respuestas. Casi todos los jóvenes agradecieron de forma explícita la conversación y valoraron de forma muy positiva el encuentro. Para Herbert e Irene Rubin (1995) la calidad de la información conseguida en las entrevistas depende de la colaboración de los entrevistados.

Respecto a las consideraciones e implicaciones éticas en la obtención de la muestra de población general, el proyecto VIVO cumple con el código ético y los estándares para la investigación con cuestionarios delineados por el Concilio Americano de Organizaciones de Investigación y Encuestas (Council of American Survey Research Organisations, 2004) y lo regulado por la Agencia Española de Protección de Datos. En resumen: (a) no se obtiene, ni conserva ni se utiliza en ninguna parte del proyecto datos de menores de 14 años; (b) se incluye un texto específicamente destinado a jóvenes entre 14 y 18 años en la parte de consentimiento informado del proyecto, así como una pestaña específica que solicita autorización del interesado o de sus tutores legales, junto a este mensaje en el cuerpo de las condiciones de uso: “En caso de tener menos de 18 años no está autorizado a participar en este estudio sin el consentimiento de los padres o tutores legales”.

La base de datos del proyecto VIVO está registrada en la Agencia Española de Protección de Datos (número de registro 2070260344, resolución de 26/01/2007). Siguiendo las recomendaciones se conservan de modo separado los datos de los cuestionarios y los datos de filiación de las personas o su correo electrónico y estos sólo están en posesión del investigador principal, doctor Pau Pérez-Sales). Para más información se puede consultar la página web del proyecto: www.psicosocial.info.

Respecto a la muestra de contraste, se solicitó el permiso para investigar en los centros de protección a la DGAIA y a la directora de los Servicios Territoriales de Terres de l'Ebre. A los directores de los centros se les presentó una hoja informativa que contenía los objetivos y la metodología de la investigación, y se les solicitó la firma del consentimiento informado. Los documentos con la explicación de la investigación y los consentimientos informados se encuentran en los anexos

3.4. **Análisis de los datos**

A continuación, detallamos el procedimiento llevado a cabo para analizar los datos según las distintas fuentes de recogida de información: cómo se ha analizado el cuestionario VIVO, tanto en la muestra *online* como presencial, y de qué forma se han analizado los resultados de las entrevistas.

A. Análisis de los resultados del cuestionario VIVO

Antes de proceder a los análisis de los resultados, se realizó una transformación de datos. El Inventario de Experiencias Extremas mide la presencia o no de 24 experiencias extremas de trauma, pérdida y crisis y 6 experiencias positivas. Entre estas experiencias extremas no consta de forma específica la violencia intrafamiliar. Estos datos se recogen como una subcategoría de la variable Amenazas y Agresiones. Así pues, previo a los análisis y con el fin de contar con una variable independiente que permitiera fácilmente la comparación entre grupos, se recodificó los valores de la variable amenaza y agresiones que se referían a agresiones familiares, en una nueva variable: violencia intrafamiliar. Con el fin de aumentar la validez de la nueva variable se revisó caso por caso ($n=686$) y de forma manual las descripciones que los adolescentes habían añadido para especificar las situaciones de violencia familiar. Se utilizaron criterios estrictos y conservadores desechando los casos en los que había dudas o no existían las descripciones.

El análisis de los datos derivados del cuestionario VIVO se realizó utilizando el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 16.0) y R versión 3.3.

Para la descripción de las características sociodemográficas de los adolescentes se utilizaron análisis estadísticos descriptivos, específicamente la media y desviación estándar.

Para analizar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de adolescentes (con o sin violencia familiar en población general y con violencia familiar grave en la muestra de contraste) se utilizaron diversas técnicas para la comparación de grupos.

En el caso de las variables numéricas, se aplicó en cada comparación la prueba de Shapiro-Wilk para determinar la normalidad de las variables en cada grupo. En el caso de aceptarse el supuesto de normalidad, se utilizó para la comparación de dos grupos la prueba *t* de Student y para tres grupos, ANOVA de una vía; en el caso de no cumplirse el supuesto de normalidad, se utilizó U de Mann-Whitney para dos grupos y Kruskal-Wallis para tres grupos.

Para el análisis de variables categóricas, se realizó el análisis de las tablas de contingencia usando Chi Cuadrado; en el caso de encontrarse menos de 5 casos por casilla de la tabla de contingencia, se utilizó la prueba exacta de Fisher. Cabe recordar que no manejamos puntos de corte para población adolescente en el cuestionario VIVO, por lo tanto sólo se realizarán análisis de comparación entre los grupos de adolescentes.

Para determinar el efecto diferencial de la violencia y los eventos relacionales y no relacionales en las creencias epistemológicas, se utilizó ANOVA de dos vías. Se estudió la presencia de una eventual interacción entre la violencia y el evento; si esta no era significativa, se estudiaron los efectos principales tanto para la violencia como para los distintos tipos de eventos. Para analizar los efectos de interacción entre las distintas variables, se utilizó la prueba de Tukey para múltiples comparaciones no paramétricas en las variables que resultaron estadísticamente significativas, basado en efectos relativos. El efecto relativo se define como la probabilidad de obtener un valor mayor en un individuo

elegido al azar del grupo A, con respecto a un individuo elegido al azar de un grupo B. Si ambos grupos presentan la misma distribución, el efecto relativo es 0.5.

En el grupo que sufrió violencia familiar en población general, se estudió el efecto de distintos antecedentes objetivos y subjetivos en las creencias. Para ello, se usó regresión lineal por pasos, en el cual en primer lugar se incluían antecedentes objetivos (edad, sexo, duración de la violencia), en segundo lugar los factores subjetivos (percepción de amenaza e influencia de la violencia) y en tercer lugar el efecto de interacción entre la amenaza y la influencia.

B. Análisis de los datos cualitativos obtenidos en la entrevista

Las entrevistas se grabaron en audio y se transcribieron posteriormente. Para el análisis de datos se utilizó el programa Atlas-Ti (versión 8), un paquete informático que permite trabajar con gran cantidad de documentos en distintos formatos (audio, vídeo, texto). Este programa permite al investigador realizar de forma más sencilla y controlada la segmentación de texto en distintas citas, la codificación, el desarrollo de comentarios adicionales y la elaboración de matrices de red relacionando distintos componentes. De esta forma, se facilita la manipulación y la organización de los datos cualitativos. Los datos, una vez organizados, se pueden representar, sistematizar y esquematizar visualmente, mostrando una relación entre las categorías, lo que permite la interpretación de los resultados y la obtención de conclusiones.

Ese proceso es la base instrumental para proceder al análisis de los datos de acuerdo con el enfoque de la teoría fundamentada, tal como propone este estudio. La teoría fundamentada tiene el objetivo de elaborar y proponer categorías teóricas a partir del material empírico, que previamente se ha segmentado y agrupado en citas. También se puede partir de dimensiones teóricas previas y relacionarlas con citas extraídas del material obtenido a través de preguntas concretas, es decir, las dimensiones previas guían el proceso de reunión de las citas. En nuestro caso, estas dimensiones teóricas previas corresponden a los conceptos clave elegidos del cuestionario VIVO. Diferenciamos entre código, categoría y dimensión teórica. Denominamos códigos a las temáticas unitarias cuyo significado se

desprende de fragmentos de texto. Llamamos categorías a los temas principales. Las categorías están compuestas por varios códigos que comparten una misma temática. Cada dimensión teórica agrupa determinadas categorías, lo que permite de esta forma articular los resultados.

El procedimiento de análisis de datos ha consistido en revisar y organizar la información textual, codificar este material y agruparlo en citas, y relacionar dichas citas en subcategorías empíricas que se insertan dentro de las categorías teóricas seleccionadas previamente. Por último, se han articulado los resultados y se les ha dado sentido.

La información textual se revisó de forma libre, identificando significados relevantes (unidades de texto) mediante el análisis minucioso de cada palabra y cada frase del texto. A dichas unidades de texto (citas) se les adjudicó un código provisional. Este proceso de codificación se realizó entre dos investigadores: la licenciada María Vergara, autora del estudio y el licenciado Tomas Duarte, psicólogo especializado en metodología cualitativa. Durante todo el periodo de análisis se compartió un documento formato Excel donde se iban recogieron los criterios de selección de cada cita y la consiguiente propuesta de código. Posteriormente se discutieron las codificaciones y se pasó a agrupar los códigos en categorías de un mayor nivel de abstracción. Este proceso conllevó varias repeticiones y discusiones sobre cuál era la mejor forma de agrupar los códigos.

Para la temática propuesta, fue conveniente realizar el análisis de los datos mediante procedimientos que garantizaran su validez, por lo que se efectuó: (a) el contraste de los datos obtenidos con el aporte de estudios previos en el campo de investigación; y (b) el uso de técnicas de triangulación. Denzin (1989) define la triangulación en investigación como “la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos o métodos de investigación en el estudio de un fenómeno singular”. Su objetivo es limitar los posibles sesgos que la visión de un único investigador o un único método de trabajo pudieran conllevar. De acuerdo con la clasificación propuesta por este autor (pág. 237-241) en este trabajo hemos empleado dos métodos de triangulación:

a) Triangulación de investigador. Supone la participación de diferentes observadores o investigadores para detectar o minimizar los sesgos derivados desde la perspectiva de un solo investigador. En nuestro caso, en el proceso de codificación y categorización han participado tres profesionales psicólogas compañeras de trabajo de la autora del estudio, que actuaron como interjueces y revisaron los códigos y su agrupación en categorías. Las categorías definitivas son el resultado del acuerdo entre los distintos investigadores.

b) Triangulación metodológica. Consiste en la combinación de instrumentos de medición diferentes para evaluar un mismo elemento. En nuestro caso se han combinado aportes metodológicos de carácter cuantitativo y cualitativo, combinando un cuestionario de elección múltiple con una entrevista focalizada semiestructurada (triangulación metodológica entre métodos).

RESULTADOS

En el presente capítulo detallamos los resultados obtenidos por los diferentes instrumentos utilizados. Para facilitar la lectura y la coherencia, comenzaremos por describir los obtenidos mediante el análisis de los datos sociodemográficos y las características de la experiencia de violencia familiar; posteriormente adjuntamos los obtenidos a partir del inventario de experiencias extremas; después, los obtenidos a partir de la aplicación del cuestionario VIVO y las variables de control, y finalmente aquellos que se han recogido mediante las 10 entrevistas focalizadas.

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES

La muestra *online* de población general recoge un total de 686 adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años, con una media de edad de 16,6 años y una desviación típica de 1,28. El 12,5 % (n=86) de estos adolescentes manifestó haber sufrido alguna experiencia de violencia intrafamiliar. A partir de estos resultados, se dividió la muestra en dos grupos: adolescentes sin experiencias de violencia familiar (n=600) y adolescentes con experiencias de violencia familiar (n=86).

Los análisis mediante las pruebas Chi-cuadrado o exacto de Fisher (dependiendo del número de casos en cada casilla) muestran que los grupos de adolescentes con y sin experiencias de violencia familiar en población general presentan unas características sociodemográficas muy similares. Únicamente se encontraron diferencias significativas respecto a la clase social percibida. Los adolescentes con violencia familiar manifiestan pertenecer a una clase media baja (22 %), mientras que los adolescentes sin experiencias de violencia familiar perciben pertenecer a una clase social media alta (59 %).

En ambos grupos se observa un mayor porcentaje de adolescentes entre la franja de 16-18 años (adolescencia tardía) y un porcentaje superior de hombres (54 % y 62 %) que de mujeres (45% y 37%). La mayoría tiene un nivel educativo medio (67 % y 71 %) o superior (30 % y 24 %), están solteros (91 % y 94 %) y no tienen hijos. Solo un joven del grupo de

adolescentes sin violencia familiar manifestó ser padre. Respecto a la ocupación, la mayoría (73 % y 69 %) son estudiantes, informáticos o personal técnico (1,1 % y 2,6 %), y el resto informa sobre otras profesiones como agente de seguridad, bombero o diseñador. Se consideran indiferentes a la política (32 % y 30 %) o con orientaciones políticas de centro (23 % y 23 %) o más bien de izquierdas (10 % y 21 %). Respecto a la religión el 51 % y 60 % respectivamente declara no practicar ninguna, el 32 % de adolescentes con violencia familiar y el 28 % de adolescentes sin violencia familiar se declara católico y el resto practica religiones minoritarias, como la evangélica, la judía o la budista.

En relación al país de nacimiento la mayoría es de Argentina (39 % y 36 %), España (13 % y 16 %), Chile (10 % y 15 %), México (12 % y 10 %), Colombia (9 % y 7 %) u otros países de América Latina (Colombia, Perú, Venezuela). Un porcentaje mucho menor de adolescentes proceden de Norteamérica (1 %) o Europa (1 % y 0,67 %). En el país de residencia se mantienen los porcentajes anteriores, mostrando que la mayoría de adolescentes en la muestra de población general residen donde han nacido.

Respecto a la muestra de contraste, fueron 23 los adolescentes procedentes de centros de protección que participaron en el estudio. En total, 12 hombres y 11 mujeres con edades comprendidas entre los 14 y 17 años. La edad media del grupo fue de 15,7 años ($DE=1,18$). Todos los adolescentes tenían un nivel educativo medio: estaban acabando la enseñanza secundaria obligatoria (ESO), realizando bachillerato o un curso formativo de grado medio. Todos manifestaron pertenecer a una clase social media y la mayoría declaró sentirse indiferente ante la política, excepto dos adolescentes que se consideraron más bien de izquierdas. La mayoría no se identificó con ninguna religión; sólo 3 adolescentes practican el catolicismo y otros 3 la religión evangélica. Un adolescente había nacido en Paraguay y el resto había nacido en territorio español.

Los tres grupos presentan diferencias significativas desde el punto de vista estadístico respecto a:

- La edad, $p=0,002647$. Los adolescentes del centro de protección tienen una media de edad inferior ($M=15,6$), respecto a los adolescentes con y sin violencia familiar ($M=16,6$ ambos) en población general.
- La orientación política es $p<0.001$. Los adolescentes en centros de protección presentan un mayor porcentaje de indiferencia ante la política (91,3 %) respecto a los adolescentes con violencia familiar (30,3 %) y sin violencia familiar (32,6 %) de la población general.

2. LA EXPERIENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR: CARACTERÍSTICAS POR GRUPOS

2.1. La violencia familiar en adolescentes de población general (n=86)

En la muestra *online* de población general se ha analizado las características de la violencia familiar utilizando las variables duración de la experiencia, percepción de amenaza y percepción de influencia. Para la mayoría de los adolescentes la violencia familiar se produjo en varias ocasiones (47,7 %) o de forma prolongada y sostenida (22,1 %). Para el 30,2 % de los adolescentes la violencia familiar se produjo de forma puntual. El 26,7 % de los adolescentes refiere una percepción de amenaza leve para las situaciones de violencia familiar. La gran mayoría refiere una percepción de amenaza moderada (37,2 %) o grave (31,4 %). Para el 4,7 % de los adolescentes la percepción de amenaza fue extrema.

También se pidió a los adolescentes que valoraran la percepción de influencia de la experiencia, es decir, cómo consideran que les afectó este episodio en su trayectoria vital. El 8,1 % manifestó que las experiencias de violencia familiar no les había afectado; para el 29,1 % la violencia familiar les afectó en el pasado; al 38,4 % todavía le afecta, y para el 24,4 % esta experiencia tuvo una influencia decisiva en sus vidas.

Tabla 13. Número de adolescentes por nivel de percepción de amenaza e influencia de la violencia familiar

<i>Percepción de amenaza</i>	<i>Percepción de influencia</i>				Total
	No me ha afectado	Me afectó en el pasado	Todavía me afecta	Influencia decisiva	
Leve	7	10	4	2	23
Moderada	0	10	19	3	32
Grave	0	5	8	14	27
Extrema	0	0	2	2	4
Total	7	25	33	21	86

Al analizar la relación entre amenaza e influencia, podemos observar una correlación de Spearman de $r_s = 0,55$, $p < 0.0001$, lo que indica que, a mayor amenaza percibida, mayor influencia percibida y viceversa, para las experiencias de violencia familiar.

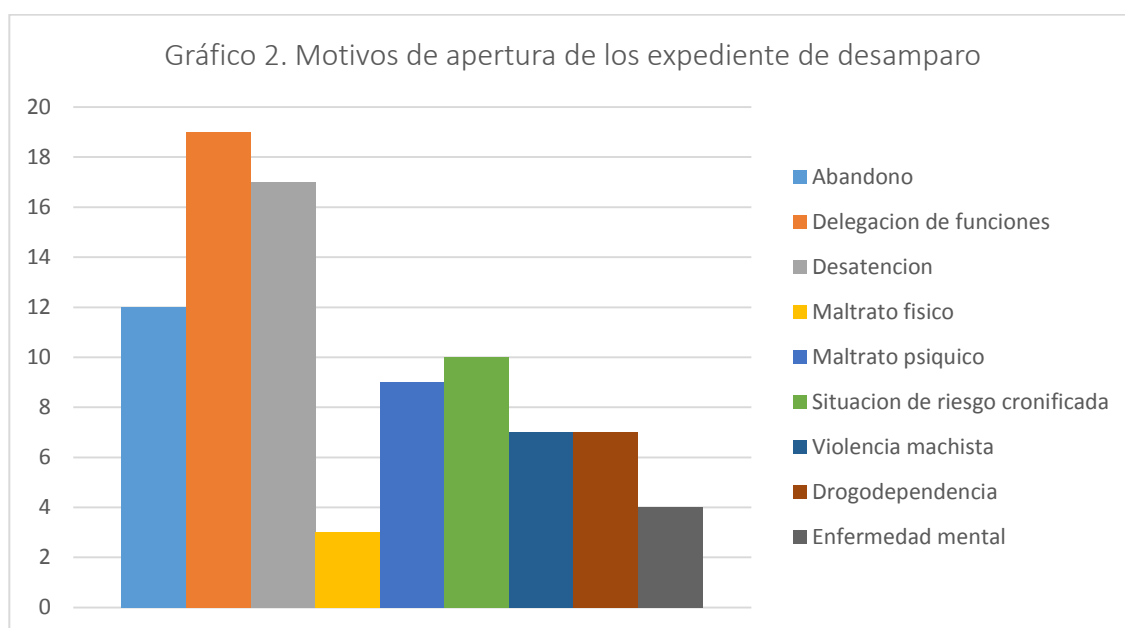
2.2. La violencia familiar en la muestra de contraste

Las experiencias de maltrato infantil que han vivido los adolescentes de los centros de protección se caracterizan por su complejidad. Tal y como observamos en el gráfico, las situaciones de riesgo más frecuentes se refieren a la delegación de funciones por parte de los progenitores ($n=19$; 82,8 %), la desatención ($n=17$; 73,9 %), el abandono ($n=12$; 52,2 %), y las situaciones de riesgo cronificadas ($n=10$; 43,5 %). Todos estos indicadores pertenecen al tipo de maltrato infantil por negligencia física y emocional. El maltrato físico es mucho menos frecuente y se observa en el 13 % de las situaciones ($n=3$).

Para la mayoría de las familias se evaluó un daño severo en sus capacidades parentales; en dos de los casos se evaluó un daño moderado. Los principales motivos fueron la drogodependencia ($n=7$; 30,4 %), la enfermedad mental ($n=4$; 17,4 %) y la exposición a contextos de violencia machista ($n=4$; 30,4 %).

El tipo de medida de protección más frecuente fue la entrada a un centro de acogida de urgencia o CRAE (n=18; 78,2 %). El porcentaje de medidas en familia extensa o familia aliena fue de 21,7 % (n=5).

El número medio de recursos o medidas previas antes de la entrada en el centro fue de 2 (DE=0.73), siendo 1 el mínimo y 4 el máximo. La media de tiempo que los adolescentes han estado en el centro de acogida actual es de 3,5 años (DE=2,6) con experiencias muy distintas que van desde 1 año (n=7), hasta 8 años (n=3).



2.3. Resultados obtenidos mediante el inventario de experiencias extremas (IEE)

El inventario de experiencias extremas se utilizó como parte del proyecto VIVO *online*, pero no se utilizó en la muestra de contraste con adolescentes en centros de protección. Por tanto, los resultados que siguen se refieren únicamente a los adolescentes con y sin experiencias de violencia familiar en la muestra *online*.

En términos de experiencias extremas, la mayoría de los adolescentes (96 %) ha estado expuesta al menos a una experiencia extrema en el curso de sus vidas. La tabla X muestra la lista de experiencias extremas que se consideran en este estudio y los porcentajes de frecuencia para cada una y según los grupos. En general, la experiencia extrema más común fue la muerte natural de una persona significativa (74 %), la enfermedad seria, crónica e invalidante de un familiar o amigo (31 %), y los accidentes de tráfico (30 %). Las experiencias extremas menos frecuentes fueron el secuestro, el exilio, la guerra o el terrorismo de Estado (1,7 %). El abuso sexual por desconocido (2,55 %) y el abuso sexual por conocido (4,59 %) muestran porcentajes bajos respecto a otros eventos.

Se utilizaron la prueba Chi-cuadrado o el exacto de Fisher para analizar las diferencias entre los grupos respecto a las experiencias extremas. Los adolescentes con violencia familiar muestran porcentajes significativamente mayores de exposición a violencia en la pareja y mayor exposición a enfermedades serias, crónicas o invalidantes propias.

Por último, utilizando la prueba U-Whitney se encontró que los adolescentes que han vivido experiencias de violencia familiar mostraban una tendencia significativamente superior, $p=0.004$, a informar sobre un mayor número de experiencias extremas respecto al grupo de adolescentes sin violencia familiar.

Tabla 14. Frecuencia de exposición a experiencias extremas y comparación entre grupos con y sin violencia familiar

	<i>Adolescentes con VF (n=86)</i>			<i>Adolescentes sin VF (n=600)</i>			χ^2	valor-p
	TR	N	%	TR	N	%		
Accidente	86	35	40,7	600	185	30,83	2,92	0,087
Catástrofe	86	14	16,28	589	55	9,34	3,22	0,072
Secuestro	85	1	1,18	589	8	1,36	EF	1
Violencia de la pareja	85	16	18,82	589	56	9,51	5,82	0,015
Violación de desconocido	85	1	1,18	589	15	2,55	EF	0,707
Violación de conocido	85	7	8,24	588	27	4,59	1,37	0,242
Guerra	85	2	2,35	587	10	1,7	EF	0,655
Terrorismo	85	1	1,18	587	10	1,7	EF	1
Represión	77	0	0	527	2	0,38	EF	1
Asalto	77	0	0	527	9	1,71	EF	0,612
Muerte natural de ser querido	86	59	68,6	594	440	74,07	0,89	0,346
Muerte por otra causa	85	15	17,65	588	118	20,07	0,14	0,705
Desaparición	86	3	3,49	588	17	2,89	EF	0,732
Asesinato	86	6	6,98	588	37	6,29	0,00	0,995
Enfermedad propia	86	21	24,42	589	79	13,41	6,36	0,011
Enfermedad de otro	85	33	38,82	589	185	31,41	1,54	0,214
Divorcio o separación	86	19	22,09	590	100	16,95	1,04	0,308
Desplazamiento	85	2	2,35	588	6	1,02	EF	0,267
Exilio	77	1	1,3	527	1	0,19	EF	0,238
Migración	85	12	14,12	588	60	10,2	0,82	0,366

2.4. Resultados obtenidos mediante el cuestionario VIVO

2.4.1. Estado psicológico de los participantes en el momento de completar el cuestionario

Usando la prueba de Kruskal-Wallis se encontró que los adolescentes sin violencia en población general presentaban un estado de ánimo reciente significativamente mejor, $p=0.01695$, que los adolescentes en los centros de acogimiento, y una satisfacción con la vida mayor respecto a los adolescentes con violencia familiar en población general, y los adolescentes en centros.

Tabla 15. Estado de ánimo reciente y satisfacción con la vida

Variables	No VF		Sí VF		Centros de protección		Valor-p	f
	Población general		Población general					
	M	DE	M	DE	M	DE		
Satisfacción con la vida	9,89 ^B	2,59	8,90 ^A	2,65	7,78 ^A	1,99	8,242e-06	0,21
Estado de ánimo	4,87 ^{BA}	1,18	4,67 ^A	1,25	4,04 ^A	1,55	0,012	0,15

Usando la prueba Chi cuadrado se encontraron diferencias significativas, $p \leq 0.001$, en la necesidad percibida de ayuda actual. Un 69,6 % de los adolescentes en centros de protección y un 48 % de los adolescentes con experiencias de violencia familiar en población general manifestaron necesitar ayuda, frente al 28 % de adolescentes sin violencia familiar.

También se encontraron diferencias significativas $p \leq 0.01$, en la historia de tratamiento psiquiátrico recibido. Un 39 % de adolescentes en centros y un 28 % de adolescentes con violencia familiar en población general habían recibido tratamiento psiquiátrico, frente al 16 % de adolescentes del grupo sin violencia familiar.

Tabla 16. Haber recibido tratamiento psiquiátrico y percepción de necesidad de ayuda

	<i>No VF</i>		<i>Sí VF</i>		<i>Centros de protección</i>		X^2	Valor- <i>p</i>
	<i>Población general</i>		<i>Población general</i>					
	N	%	N	%	N	%		
Necesito ayuda	166	28,3	41	48,2	16	69,6	28,9	0,001
He recibido tratamiento	95	16,2	24	28,2	9	39,1	13,9	0,001

No se encontraron diferencias significativas respecto a la comodidad o incomodidad a la hora de responder el cuestionario. En general, la mayoría de adolescentes manifestó que se sintió algo molesto, aunque lo consideró normal y pudo manejar el malestar. Al 47,8 % de los adolescentes en el centro de protección no les molestó responder.

Tabla 17. ¿Le molesto responder el cuestionario?

	<i>Adolescentes sin VF</i>		<i>Adolescentes con VF</i>		<i>Adolescentes en centros</i>	
	<i>(N=600)</i>		<i>(N=86)</i>		<i>(N=23)</i>	
	N	%	N	%	N	%
Sí, preferiría no haberlo contestado	13	2,2	2	2,4	-	
Si, aunque es normal y no pasa nada	230	39	49	57,6	12	52,2
No	346	58,7	34	40	11	47,8

3.4.2. Comparación de las puntuaciones del cuestionario VIVO entre grupos de adolescentes

3.4.2.a. Comparación entre adolescentes con y sin violencia familiar en población general

Se realizó un análisis multivariado para determinar si existían diferencias entre los grupos de adolescentes con y sin violencia familiar de la muestra en población general, respecto a las puntuaciones en los bloques del cuestionario VIVO. Para ello se utilizó la prueba no paramétrica tipo Anova basada en *ranking* de Bathke, Harrar y Madden (2008).

Al comparar las puntuaciones de los dos grupos respecto a los diez bloques del VIVO no se encontraron diferencias significativas desde el punto de vista estadístico: $F(3.92, 554.09) = 2.05$, $p = 0.09$. Este resultado indica que al considerar las puntuaciones de los bloques en su conjunto no es posible distinguir si hay algún patrón específico en las respuestas del VIVO de alguno de los dos grupos de adolescentes (con o sin violencia familiar). Si bien es cierto que observamos diferencias significativas en las puntuaciones de dos bloques (B2: actitud ante el mundo; y B4: afrontamiento), el resultado del análisis en su conjunto no fue significativo, por lo que asumimos que las diferencias encontradas pueden ser correlaciones espúreas. Desde el punto de vista estadístico, no podemos garantizar que las diferencias se deban a patrones distintos en la población, sino más bien correspondan a sesgos probabilísticos. En términos estadísticos estrictos se deberían analizar las diferencias sólo en las escalas y no en las variables bloque.

Al analizar las escalas del VIVO, obtenemos que la prueba multivariada es estadísticamente significativa, $F(10, 22, 1445, 65) = 1,9$, $p = 0,04$. Se observa un patrón de respuestas distinto en las escalas del VIVO entre el grupo de adolescentes con y sin violencia familiar de la muestra *online*. Utilizamos la prueba de comparación de grupos U de Mann-Whitney o la prueba t, (dependiendo de los resultados de la prueba de normalidad) para identificar las diferencias significativas en las escalas. Para comprender el tamaño del efecto de estas diferencias utilizamos el estadístico d de Cohen: se considera que valores inferiores a 0,2 indican un efecto de pequeño tamaño, 0,5 de magnitud media y 0,8 indica un efecto de alta magnitud.

Según estas pruebas, los adolescentes muestran puntuaciones significativamente superiores, indicador de mayor afectación, en las significativas en las siguientes escalas del VIVO:

Escalas donde se observa un mayor efecto; la diferencia entre los dos grupos es más fuerte:

- Control de la situación (valor $d=0,5$). Mayor puntaje se asocia a vivencias de indefensión y pérdida de control en la experiencia extrema.
- Cambios en la identidad (valor $d= 5,5$). Mayor puntaje indica que la creencia de que la experiencia extrema es un punto de referencia en el modo de entender el mundo.
- Identidad de víctima (valor $d=0,69$). Mayor puntaje se asocia con reconocerse como “víctimas” e identificarse como tales.

Escalas donde se observa un efecto medio:

- Suicidio (valor $d= 0,31$). Mayor puntaje se asocia a la creencia en el suicidio como una opción legítima y han podido llegar a considerarla.
- Sueños (valor $d= 0,31$). Mayor puntaje se refiere a la percepción de sufrimiento y que éste se expresa en los sueños.
- Rumiación de los hechos (valor $d= 0,23$). Mayor puntaje se refiere a la tendencia a dar vueltas a los hechos que les suceden y no pueden dejar de pensar en ellos fácilmente.
- Afrontamiento activo (valor $d= 0,26$). Mayor puntaje se asocia con la tendencia a reaccionar con bloqueo y miedo ante las amenazas o los eventos vitales estresantes
- Asumir pasado-culpa (valor $d= 0,27$). Mayor puntaje se asocia con vivencias dolorosas de culpa.
- Confianza en sí mismo (valor $d= 0,38$). Mayor puntaje se asocia con la creencia de haber perdido la confianza en uno mismo y en la propia capacidad para enfrentar problemas.
- Aceptación del azar (valor $d= 0,43$). Mayor puntaje se refiere a considerar injusto el azar y cuestionarse por ello.

Tabla 18. Comparación puntuaciones VIVO entre adolescentes con y sin violencia familiar en población general

<i>Escalas del cuestionario VIVO</i>	<i>Adolescentes con VF (N=86)</i>		<i>Adolescentes sin VF (N=600)</i>		Valor-p	Cohen d
	Media	DE	Media	DE		
Visión del mundo						
Visión del mundo	2,93	0,91	2,84	0,88	0,436	0,1
Sentido de la vida	2,47	1,44	2,27	1,31	0,228	0,15
Convicciones	2,96	1,17	3,11	1,26	0,265	0,12
Actitud ante el mundo						
Suicidio	2,37	1,27	2,00	1,18	0,005	0,31
Destino	2,55	1,35	2,46	1,37	0,509	0,07
Ambigüedad	2,90	1,02	2,86	1,05	0,683	0,05
Búsqueda de lógica	3,49	1,24	3,33	1,29	0,276	0,12
Visión del ser humano						
Compartir la experiencia	2,37	1,07	2,44	1,02	0,444	0,07
Significado del sufrimiento	2,26	0,92	2,24	0,94	0,892	0,02
Bondad del ser humano	3,11	0,97	3,18	0,87	0,602	0,08
Confianza ser humano	3,27	1,34	3,20	1,27	0,556	0,05

Comunicabilidad	3,82	1,26	3,51	1,44	0,093	0,22
Sueños	3,15	1,52	2,73	1,31	0,012	0,31
Afrontamiento						
Rumiaciones	3,75	0,83	3,54	0,90	0,048	0,23
Afrontamiento	2,61	0,83	2,40	0,82	0,031	0,26
Recuerdo y olvido	2,93	1,14	2,71	1,21	0,078	0,18
Impacto de los hechos del pasado						
Asumir pasado/culpa	2,92	0,83	2,68	0,88	0,029	0,27
Confianza en sí mismo	2,82	1,10	2,43	0,99	0,002	0,38
Aprendizaje	2,03	0,91	2,08	0,90	0,631	0,05
Posibilidad de cambio	2,29	1,20	2,49	1,17	0,081	0,18
Miedos	3,30	1,19	3,02	1,23	0,066	0,22
Emociones						
Emociones	3,19	0,95	3,08	0,99	0,460	0,18
Control de la situación	3,47	1,47	2,99	1,43	0,030	0,5
Tolerancia a los sentimientos	3,02	1,25	3,03	1,21	0,994	0,02
Narrar la experiencia						
Testimonio	2,417	1,098	2,68	1,049	0,114	0,38
Comunicar lo ocurrido	3,651	1,009	3,69	1,022	0,862	0,06
Consecuencias						
Cercanía	2,97	0,77	2,97	0,97	0,851	0,01
Capacidad de querer	2,92	1,57	2,77	1,29	0,530	0,17
Aceptación del azar	3,82	1,20	3,50	1,08	0,058	0,43
Apoyo social						
Apoyo social	3,06	1,07	2,95	0,95	0,660	0,17
Responsabilizar a la víctima	3,06	1,34	2,74	1,22	0,148	0,39
Identidad						
Futuro y esperanza	2,06	1,02	2,15	1,01	0,498	0,14
Cambios en la identidad	3,76	0,96	3,39	1,02	0,039	0,55
Cambio de prioridades	3,10	1,57	2,83	1,37	0,255	0,29
Identidad de víctima	2,97	0,64	2,62	0,76	0,005	0,69

3.4.2.b. Comparación entre adolescentes de población general con y sin violencia familiar y adolescentes de la muestra de contraste

Se realizó un ANOVA de dos vías para comparar las puntuaciones en el cuestionario VIVO entre los tres grupos de adolescentes: adolescentes sin violencia familiar, adolescentes con violencia familiar leve-moderada y adolescentes con violencia familiar grave-extrema.

Tal y como refleja la tabla, se encontraron diferencias significativas desde el punto de vista estadístico en las escalas: convicciones, suicidio, ambigüedad/incertidumbre, sueños, afrontamiento, rumiaciones, confianza en uno mismo, emociones negativas, comunicar lo ocurrido e identidad de víctima.

Tabla 19. Comparación puntuaciones VIVO entre los tres grupos de adolescentes

Escalas VIVO	Sin VF		Con VF		Muestra		F	Valor-p
	P. General		P. General		Contraste			
	Med	DE	Med	DE	Med	DE		
Visión del mundo								
Visión del mundo negativa	2.84	0.88	2.93	0.91	2.77	0.47	0.730	0.04
Vida carece de sentido	2.27	1.31	2.47	1.44	2.08	0.68	0.483	0.06
Convicciones ideológicas o religiosas no ayudan	3.11 ^A	1.26	2.96 ^A	1.17	3.62 ^B	0.65	0.09	0.035
Actitud ante el mundo								
Suicidio es una opción aceptable	2.00 ^B	1.18	2.37 ^A	1.27	1.89 ^A	0.38	0.11	0.010
Destino es relevante en la vida	2.46	1.37	2.55	1.35	2.87	0.99	0.06	0.179
No tolera ambigüedad e incertidumbre	2.86 ^A	1.05	2.90 ^A	1.02	2.19 ^B	0.55	0.12	0.000
Buscan la lógica a los hechos	3.33	1.29	3.49	1.24	3	0.56	0.06	0.088
Visión del ser humano								
Compartir la experiencia es poco útil	2.44	1.02	2.37	1.07	2.22	0.44	0.04	0.650
El sufrimiento es poco útil	2.24	0.94	2.26	0.92	2.39	0.40	0.03	0.373
No es posible creer en la bondad del ser humano	3.18	0.87	3.11	0.97	2.94	0.55	0.05	0.264

Pérdida de confianza en el ser humano	3.20	1.27	3.27	1.34	3.30	0.90	0.02	0.827
No es posible comunicar el horror	3.51	1.44	3.82	1.26	3.52	0.59	0.07	0.137
Expresión del sufrimiento en sueños	2.73	1.31	3.15	1.52	2.93	0.80	0.1	0.028
Afrontamiento								
Tendencia a dar vueltas a lo ocurrido	3.54 ^A	0.90	3.75 ^A	0.83	3.37 ^B	0.39	0.09	0.040
Sensación de bloqueo durante los hechos	2.40	0.82	2.61	0.83	2.60	0.53	0.09	0.046
No es posible olvidar	2.71 ^A	1.21	2.93 ^A	1.14	3.52 ^B	0.88	0.13	0.000
Impacto pasado								
Vivencias de culpa	2.68	0.88	2.92	0.83	2.84	0.48	0.09	0.062
Pérdida de confianza en sí mismo	2.43 ^A	0.99	2.82 ^B	1.10	2.23 ^A	0.32	0.13	0.007
No es posible aprender de los hechos	2.08	0.90	2.03	0.91	2.04	0.45	0.02	0.763
No es posible cambiar la manera de ser	2.49	1.17	2.29	1.20	2.06	0.64	0.08	0.083
Miedos inespecíficos	3.02	1.23	3.30	1.19	3.37	0.78	0.09	0.116
Emociones								
Emociones negativas asociadas a los hechos	3.08 ^A	0.99	3.19 ^A	0.95	2.62 ^B	0.55	0.19	0.021
Sentimientos de indefensión	2.99	1.43	3.47	1.47	3.26	0.91	0.17	0.078
Rechazo a los sentimientos negativos que tienen	3.03	1.21	3.02	1.25	3.08	0.77	0.02	0.980
Narrar la experiencia								
Dar testimonio social poco relevante	2.68	1.04	2.41	1.09	2.63	0.66	0.13	0.276
Comunicar lo ocurrido es poco relevante	3.69 ^A	1.02	3.65 ^A	1.00	2.89 ^B	0.75	0.29	0.000
Consecuencias								
Falta de empatía-insensibilidad con otra víctimas	2.97	0.97	2.97	0.77	2.57	0.44	0.16	0.086
Disminución capacidad de querer a otros CQ	2.77	1.29	2.92	1.57	2.54	0.72	0.09	0.597
Interrogarse por el Azar	3.50	1.08	3.82	1.20	3.39	0.83	0.15	0.125

Identidad								
Falta de apoyo social	2.95	0.95	3.06	1.07	2.63	0.66	0.15	0.130
Siente que la sociedad responsabiliza a la víctima	2.74	1.22	3.06	1.34	2.80	0.74	0.13	0.337
Futuro negativa-ausencia de esperanza	2.15	1.01	2.06	1.02	2.16	0.31	0.05	0.308
Cambio de prioridades en la vida	2.83	1.37	3.10	1.57	3.23	0.91	0.14	0.202
Identidad-mirada de víctima	2.62 ^A	0.76	2.97 ^B	0.64	2.35 ^A	0.48	0.28	0.000

Nota: La presencia de letras distintas señala diferencias significativas entre las medias de dichas puntuaciones

A continuación, se analizó cada una de las diferencias entre los grupos usando la prueba de Tukey para múltiples comparaciones no paramétricas en las variables que resultaron significativas desde el punto de vista estadístico, basado en efectos relativos. Por ejemplo, en la escala convicciones, entre los grupos de adolescentes en población general con y sin violencia familiar el efecto relativo es 0.46, lo que indica que existe un 46 % de probabilidad que una persona sin violencia familiar de la muestra online tuviese mayores puntuaciones en convicciones que un adolescente también del grupo online con violencia familiar. Ahora bien, como el valor-p no es significativo (0.4879), esta diferencia estocástica no es posible establecerla para las poblaciones de origen.

Las diferencias entre las puntuaciones resultan significativas para las siguientes escalas:

- Convicciones. Los adolescentes en centros de protección muestran una tendencia significativamente mayor a pensar que las convicciones ideológicas o religiosas no ayudan (M=3.62) en comparación con los adolescentes con violencia (M=2.96; p=0.002704) y sin violencia de población general (M= 3.11; p=0.002927).
- Suicidio. Los adolescentes con violencia familiar en población general muestran una tendencia significativamente mayor (M=2.37) a considerar el suicidio como una opción aceptable respecto a los adolescentes sin violencia familiar en población general (M=2.0; p=0.01564) y la muestra de contraste (M=1.86; p=0.01574).
- Ambigüedad e incertidumbre. Los adolescentes en centros de protección muestran una tendencia significativamente mayor a tolerar mejor la incertidumbre y la ambigüedad

($M=2.19$; respecto a los grupos de adolescentes con ($M=2.9$, $p=4.818e-06$) y sin ($M=2.86$; 0.0001977) violencia familiar en población general.

- Rumiación: Los adolescentes en centros de protección muestran una tendencia significativamente menor a la rumiación de los hechos ($M=3.37$) respecto a los adolescentes sin ($M=3.54$; $p=0.04111$) y con ($M=3.75$, $p=0.002632$) violencia familiar en población general.

- Olvidar el pasado. Los adolescentes en centros de protección muestran una tendencia significativamente superior a creer que no es posible olvidar el pasado respecto ($M=3.52$) a los adolescentes sin ($M=2.71$; $p=0.0001728$) y con ($M=3.52$; $p=0.02191$) violencia familiar en población general.

- Pérdida de confianza en sí mismo. Los adolescentes con violencia familiar en población general muestran una tendencia significativamente mayor a manifestar una pérdida de confianza en sí mismos ($M=2.82$), respecto a los adolescentes sin violencia ($M=2.43$; $p=0.008071$) y los adolescentes de la muestra de contraste ($M=2.23$; $p=0.01059$).

- Emociones negativas. Los adolescentes de los centros de protección muestran una tendencia significativamente menor a informar sobre emociones negativas de humillación y vergüenza ($M=2.62$) respecto a los adolescentes con ($M=3.19$; $p=0.01857$) y sin ($M=3.0$; $p=0.00143$) violencia familiar en población general.

- Comunicar lo ocurrido. Los adolescentes en los centros de protección muestran una tendencia significativamente mayor a considerar que comunicar lo ocurrido es relevante ($M=2.89$) respecto a los adolescentes con ($M=2.65$; $p=0.001906$) y sin ($M=2.69$; $p=2.941e-05$) violencia familiar.

- Identidad de víctima. Los adolescentes con experiencias de violencia familiar en población general muestran una tendencia mayor estadísticamente significativa a mostrar una identidad de víctima ($M=2.97$) respecto a los adolescentes sin violencia familiar ($M=2.67$; $p=0.01174$) y los adolescentes de la muestra de contraste ($M=2.35$; $p=0.0006739$).

Respecto a las diferencias encontradas en las escalas de sueños y afrontamiento, las pruebas de contrastes no nos permiten identificar donde se producen las diferencias significativas.

3.4.3. Comparación del cuestionario VIVO entre violencia familiar y eventos extremos no relacionales

Utilizamos la muestra *online* para comparar las características del sistema de creencias del grupo de adolescentes que han vivido experiencias de violencia familiar, con el sistema de creencias de adolescentes que han estado expuestos a eventos extremos no relacionales.

Como evento extremo no relacional se consideraron los accidentes de tráfico y las catástrofes naturales. En total, 252 adolescentes han estado expuestos a un accidente de tráfico o a una catástrofe. Con el objetivo de seleccionar únicamente aquellas experiencias que hubieran tenido un impacto significativo en la vida de los adolescentes se utilizó como indicador de percepción de impacto la combinación de las variables percepción de amenaza y percepción de influencia. Se seleccionó a los adolescentes que en relación a la experiencia no relacional presentaban como mínimo una percepción de amenaza moderada o superior y una percepción de influencia moderada o superior.

Un total 86 adolescentes cumplían los criterios de haber vivido un accidente de tráfico o una catástrofe y consideraban la experiencia con un impacto global moderado, grave o extremo. En este grupo, 16 adolescentes también habían informado sobre experiencias de violencia familiar.

Tabla 20. Número de adolescentes que han estado expuestos a experiencias extremas no relacionales y la violencia familiar

	Sin violencia familiar	Con violencia familiar
No expuestos a accidente/catástrofes	530	70
Expuestos a accidente/catástrofes	70	16

Se compararon los niveles de percepción de amenaza y los niveles de percepción de influencia de la violencia familiar entre aquellos que han sufrido o no un evento extremo no relacional, encontrando que ambos niveles eran muy similares entre sí. En términos específicos, si usamos la

prueba U de Mann-Whitney, no se observan diferencias en el nivel de influencia entre ambos grupos, $U=543$, $p=0.84$, ni en el nivel de amenaza, $U=469$, $p=0.29$.

Tabla 21. Comparación entre el nivel de percepción de amenaza de la violencia familiar entre el grupo con y sin evento extremo no relacional

	Leve	Moderada	Grave	Extrema
Evento no relacional: No	28.57	37.14	31.42	02.85
Evento no relacional: Sí	0.1875	0.375	0.3125	0.125

Tabla 22. Comparación entre el nivel de percepción de influencia de la violencia familiar entre el grupo con y sin evento extremo no relacional

	No me ha afectado	Me afecto en el pasado	Todavía me afecta	Influencia decisiva
Evento no relacional: No	7.14	3	4	22.85
Evento no relacional: Sí	12.5	2.5	3.12	31.25

Realizamos un ANOVA de dos vías introduciendo como factores las variables presentar o no evento no relacional y presentar violencia familiar. Este análisis incluye el efecto de interacción que muestra si la presencia de ambos factores tiene un efecto diferente al de la suma simple de los factores por separado. Se observan diferencias significativas entre las puntuaciones de determinadas escalas para ambos grupos. Las escalas que se ven afectadas por los eventos extremos no relacionales son:

- Destino. Los adolescentes que han vivido un evento no relacional muestran una media mayor ($M=2.8$) que los adolescentes que no han vivido este evento ($M=2.4$).
- Miedos. Los adolescentes que han vivido un evento no relacional muestran una media mayor ($M=3.4$) que los adolescentes que no han vivido este evento ($M=3.1$).

Las escalas que se ven afectadas por la violencia familiar son:

- Suicidio. Los adolescentes que han vivido violencia familiar muestran una media mayor ($M=2.4$) que los adolescentes que no han vivido este evento ($M=2$).
- Sueños. Los adolescentes que han vivido violencia familiar muestran una media mayor ($M=3.1$) que los adolescentes que no han vivido este evento ($M=2.8$).
- Rumiaciones. Los adolescentes que han vivido violencia familiar muestran una media mayor ($M=3.6$) que los adolescentes que no han vivido este evento ($M=3.5$).
- Asumir pasado/culpa. Los adolescentes que han vivido violencia familiar muestran una media mayor ($M=2.9$) que los adolescentes que no han vivido este evento ($M=2.7$).
- Cambios en la Identidad. Los adolescentes que han vivido violencia familiar muestran una media mayor ($M=2.9$) que los adolescentes que no han vivido este evento ($M=2.4$).
- Identidad de víctima. Los adolescentes que han vivido violencia familiar muestran una media mayor ($M=3.6$) que los adolescentes que no han vivido este evento ($M=3.3$).

Hay una escala que aparece afectada en ambas experiencias:

- Afrontamiento. Los adolescentes que han vivido violencia familiar y los adolescentes que han vivido un evento extremo no relacional muestran puntuaciones medias superiores significativas desde el punto de vista estadístico ($M=2.6$ y $M=2.7$, respectivamente), en la escala afrontamiento respecto a los adolescentes que no han vivido ninguna de estas dos experiencias. Puesto que no se encontraron efectos en la interacción entre ambas experiencias, el efecto estadístico de la presencia de ambas variables es sumatorio. Los adolescentes que tuvieron un accidente de tráfico o una catástrofe, y que además sufrieron experiencias de violencia familiar, muestran una puntuación en la escala afrontamiento prácticamente del doble (0.41) respecto a los adolescentes que no han vivido ninguna de estas experiencias.

Tabla 23.Resultados del ANOVA de dos vías para eventos extremos no relacionales y violencia familiar

<i>Escalas del VIVO</i>	<i>Evento no relacional</i>		<i>Violencia familiar</i>		<i>Evento*VF</i>	
	<i>F</i>	<i>valor-p</i>	<i>F</i>	<i>valor-p</i>	<i>F</i>	<i>valor-p</i>
Visión del mundo						
Visión del mundo	0.4122	0.521	0.6999	0.4031	0.1589	0.6903
Sentido de la vida	0.2081	0.648	1.665	0.1974	0.4268	0.5138
Convicciones	0.2002	0.654	1.035	0.3093	0.1023	0.7492
Actitud ante el mundo						
Suicidio	0.4812	0.488	6.993	0.008	0.2783	0.598
Destino	5.459	0.019	0.1672	0.6827	0.008	0.927
Ambigüedad	2.547	0.1109	0.0791	0.7785	2.542	0.111
Búsqueda de lógica	0.2987	0.5849	1.215	0.2707	3.309	0.0693
Visión del ser humano						
Compartir la experiencia	1.502	0.2208	0.2774	0.5986	1.172	0.279
Significado sufrimiento	0.008	0.928	0.0274	0.868	0.001	0.966
Bondad del ser humano	0.9154	0.339	0.36	0.5487	1.975	0.160
Confianza ser humano	0.5503	0.4585	0.1784	0.6729	0.8303	0.362
Comunicabilidad	2.454	0.1177	3.195	0.0743	0.02218	0.881
Sueños	3.038	0.0818	6.638	0.01019	0.2211	0.638
Afrontamiento						
Rumiaciones	0.2951	0.5872	4.162	0.0417	0.6275	0.428
Afrontamiento	7.763	0.005	4.154	0.041	0.0627	0.802
Recuerdo y olvido	0.7749	0.379	2.651	0.104	0.7067	0.400
Impacto hechos pasado						
Asumir pasado/culpa	2.301	0.1298	4.972	0.02609	0.526	0.468
Confianza en sí mismo	2.924	0.087	10.41	0.001	2.167	0.141

Aprendizaje	0.047	0.8268	0.1562	0.6928	3.603	0.058
Posibilidad de cambio	3.294	0.069	2.75	0.097	3.267	0.071
Miedos	5.749	0.016	3.122	0.07769	0.145	0.703
Emociones						
Emociones	2.294	0.1309	0.5102	0.4756	1.626	0.203
Control de la situación	0.6875	0.4076	4.173	0.04191	1.629	0.202
Tolerancia a los sent.	1.715	0.1913	0.00670	0.9348	0.3526	0.553
Narrar la experiencia						
Testimonio	0.8023	0.3711	2.273	0.1327	1.633	0.202
Comunicar lo ocurrido	1.924	0.1664	0.05891	0.8084	0.087	0.767
Consecuencias						
Cercanía	0.006	0.938	0.0007	0.9775	0.3872	0.534
Capacidad de querer	0.1688	0.6815	0.4593	0.4985	0.1378	0.710
Aceptación azar	1.9	0.169	3.138	0.07747	0.9475	0.331
Apoyo social						
Apoyo social	0.0195	0.889	0.428	0.5135	0.2368	0.626
Responsabilizar víctima	0.0011	0.9735	2.341	0.1271	0.002074	0.963
Identidad						
Futuro y esperanza	0.0129	0.9096	0.296	0.5868	0.5278	0.468
Cambios en la identidad	0.2724	0.6021	4.753	0.03003	0.3938	0.530
Cambio de prioridades	0.2746	0.6007	1.345	0.247	0.7202	0.396
Identidad de víctima	1.169	0.2805	7.523	0.0064	0.2333	0.629

3.4.4. Comparación del cuestionario VIVO entre violencia familiar y pérdidas

Los siguientes análisis también se realizaron únicamente con población general de la muestra online para comprobar si existen diferencias significativas en las creencias asociadas a la violencia familiar respecto a las creencias asociadas a la pérdida de un ser querido significativo. Se consideran como eventos de pérdida la muerte de un ser querido tanto por causa natural como otros motivos, y la enfermedad seria, crónica e invalidante de una persona querida. Igualmente se introdujo el criterio de percepción de impacto al combinar las puntuaciones altas en percepción de amenaza y percepción de influencia.

En total, 413 adolescentes informaron haber vivido una pérdida significativa de un ser querido y que esta experiencia tuvo un impacto moderado, grave o extremo. En este grupo, 52 adolescentes también informaron experiencias de violencia familiar. De la misma forma que en los análisis anteriores, se compararon los niveles de percepción de amenaza y los niveles de percepción de influencia de la violencia familiar entre aquellos que han sufrido o no una pérdida. Mediante la prueba U de Mann-Whitney, no se observa diferencias en el nivel de percepción de impacto entre ambos grupos, $U=543$, $p=0.84$, ni en el nivel de amenaza, $U=469$, $p=0.29$, lo que nos permite comparar ambos grupos asumiendo la independencia de los valores.

Tabla 23. Comparación del nivel de percepción amenaza de la violencia familiar entre el grupo con y sin pérdida

	Leve	Moderada	Grave	Extrema
Pérdida: No	0.324	0.412	0.206	0.059
Pérdida: Sí	0.231	0.346	0.385	0.038

Tabla 24. Comparación del nivel de percepción de influencia de la violencia familiar entre el grupo con y sin pérdida

	No me ha afectado	Me afectó en el pasado	Todavía me afecta	Influencia decisiva
Pérdida: No	0.059	0.235	0.441	0.265
Pérdida: Sí	0.096	0.327	0.346	0.231

Mantenemos el mismo proceso de los análisis anteriores y realizamos un ANOVA de dos vías, donde los factores fueron presentar o no una pérdida, y presentar violencia familiar. Encontramos diferencias significativas entre ambos grupos en las siguientes escalas del VIVO, aunque cabe señalar que las diferencias de medias presentan un efecto pequeño-moderado:

Las escalas que se ven afectadas por la pérdida son:

- Sentido de la vida. Los adolescentes que han vivido una pérdida significativa presentan puntuaciones menores ($M=2.2$) que los adolescentes sin pérdida ($M=2.6$).
- Miedos. Los adolescentes que han vivido una pérdida significativa presentan puntuaciones mayores ($M=3.2$) que los adolescentes sin pérdida ($M=3$).
- Control de la situación. Los adolescentes que han vivido una pérdida significativa presentan puntuaciones mayores ($M=3.3$) que los adolescentes sin pérdida ($M=3$).
- Aceptación del azar. Los adolescentes que han vivido una pérdida significativa presentan puntuaciones mayores ($M=3.7$) que los adolescentes sin pérdida ($M=3.4$).

Las escalas que se ven afectadas por la violencia familiar son:

- Suicidio. Los adolescentes que han vivido violencia familiar presentan una media más alta ($M=2.3$) que los adolescentes que no han vivido esta experiencia ($M=2.0$).
- Sueños. Los adolescentes que han vivido violencia familiar presentan una media más alta ($M=3.1$) que los adolescentes que no han vivido esta experiencia ($M=2.7$).
- Asumir pasado/culpa. Los adolescentes que han vivido violencia familiar presentan una media más alta ($M=2.9$) que los adolescentes que no han vivido esta experiencia ($M=2.6$).
- Confianza en sí mismo. Los adolescentes que han vivido violencia familiar presentan una media más alta ($M=2.8$) que los adolescentes que no han vivido esta experiencia ($M=2.4$).

- Identidad de víctima. Los adolescentes que han vivido violencia familiar presentan una media más alta ($M=2.9$) que los adolescentes que no han vivido esta experiencia ($M=2.6$).
- Las escalas que se ven afectadas por ambas experiencias:
- Rumiasiones. Considerando la presencia del evento de forma independiente a la violencia, los adolescentes que han vivido una pérdida significativa presentan puntuaciones mayores ($M=3.6$) que los adolescentes sin pérdida ($M=3.5$). Los adolescentes que han vivido violencia familiar presentan una media más alta ($M=3.7$) que los adolescentes que no han vivido esta experiencia ($M=3.5$).
- Afrontamiento. Los adolescentes que han vivido violencia familiar presentan una media más alta ($M=2.6$) que los adolescentes que no han vivido esta experiencia ($M=2.3$). Los adolescentes que han vivido una pérdida significativa presentan puntuaciones mayores ($M=2.5$) que los adolescentes sin pérdida ($M=2.4$).

Tabla 25. Comparación de puntuaciones en el VIVO entre violencia familiar y pérdidas

<i>Escalas del VIVO</i>	<i>Pérdida</i>		<i>Violencia familiar</i>		<i>Evento*VF</i> RESULTADOS	
	<i>F</i>	<i>valor-p</i>	<i>F</i>	<i>valor-p</i>	<i>F</i>	<i>valor-p</i>
Visión del mundo						
Visión del mundo	0.095	0.757	0.777	0.378	4.604	0.032
Sentido de la vida	9.366	0.002	1.769	0.184	0.714	0.398
Convicciones	2.097	0.148	1.116	0.291	13.3	0.000
Actitud ante el mundo						
Suicidio	0.096	0.755	7.211	0.007	0.004	0.944
Destino	2.703	0.100	0.321	0.570	0.394	0.530
Ambigüedad	0.346	0.556	0.152	0.696	0.401	0.526
Búsqueda de lógica	0.0008	0.977	1.125	0.289	1.998	0.157
Visión del ser humano						
Compartir la experiencia	0.461	0.497	0.372	0.542	3.027	0.082
Significado sufrimiento	0.076	0.781	0.029	0.863	2.044	0.153
Bondad del ser humano	1.392	0.238	0.441	0.506	1.918	0.166
Confianza ser humano	3.009	0.083	0.225	0.635	0.664	0.415
Comunicabilidad	2.52	0.112	3.589	0.058	2.629	0.105
Sueños	0.5365	0.4641	7.226	0.007	1.141	0.285
Afrontamiento						
Rumiaciones	6.716	0.00976	4.024	0.04526	1.098	0.295
Afrontamiento	6.015	0.01444	4.961	0.02625	3.152	0.076
Recuerdo y olvido	0.3614	0.5479	2.44	0.1187	0.5646	0.4527
Impacto hechos pasado						
Asumir pasado/culpa	1.594	0.2072	5.426	0.02013	1.477	0.2246
Confianza en sí mismo	2.906	0.0887	11.1	0.0009	0.07131	0.7895
Aprendizaje	0.052	0.8197	0.1672	0.6827	1.713	0.1911
Posibilidad de cambio	0.0066	0.9352	2.315	0.1286	0.166	0.6838
Miedos	8.154	0.004	3.731	0.053	0.868	0.351
Emociones						

RESULTADOS						
Emociones	2.483	0.1161	0.362	0.5478	9.166	0.002
Control de la situación	4.274	0.039	3.532	0.06113	0.164	0.685
Tolerancia a los sent.	0.807	0.3697	0.022	0.881	3.41	0.065
Narrar la experiencia						
Testimonio	0.091	0.762	2.343	0.126	3.414	0.065
Comunicar lo ocurrido	0.164	0.685	0.070	0.790	2.436	0.119
Consecuencias						
Cercanía	2.362	0.125	0.007	0.931	1.357	0.245
Capacidad de querer	0.004	0.943	0.459	0.498	0.623	0.430
Aceptación azar	4.698	0.030	2.568	0.110	0.018	0.891
Apoyo social						
Apoyo social	0.192	0.660	0.483	0.487	4.745	0.030
Responsabilizar víctima	0.261	0.6098	2.241	0.1355	0.1287	0.720
Identidad						
Futuro y esperanza	2.19	0.14	0.1925	0.6611	1.637	0.201
Cambios en la identidad	3.562	0.06009	4.268	0.0397	4.406	0.036
Cambio de prioridades	0.2585	0.6115	1.281	0.2587	6.235	0.013
Identidad de víctima	0.2213	0.6384	7.385	0.0069	0.09542	0.757

También se observa que hay un efecto en la interacción entre la pérdida y la violencia familiar en las escalas: visión del mundo, convicciones, emociones, apoyo social, cambios en la identidad y cambio de prioridades. Se aplicó la prueba *post hoc* de comparaciones múltiples de medias de acuerdo con el criterio de Tukey para valorar el efecto de estas interacciones. Los resultados no permiten asegurar el nivel de significación en las escalas visión del mundo o apoyo social, por lo que descartamos estas diferencias ya no podemos asegurar que se deban a errores probabilísticos.

Los resultados sí muestran diferencias significativas en:

- Convicciones: El grupo de adolescentes que han estado expuestos a ambas experiencias (violencia familiar y pérdida) tienen una puntuación significativamente menor en la sub escala de convicciones ($M=2.53$) respecto a los adolescentes solo con pérdida ($M=3.11$; $p=0.010$), solo con violencia ($M=3.61$, $p=0.000$) o sin ninguna de estas experiencias extremas ($M=3.11$; $p=0.0126$).
- Emociones. Los adolescentes que han estado expuestos sólo a violencia familiar muestran puntuaciones significativamente mayor en emociones negativas ($M=3.7$) respecto a los adolescentes sin violencia familiar ($M=3.2$; $p=0.04$).
- Cambios en la identidad. Los adolescentes que han estado expuestos sólo a violencia familiar muestran una puntuación significativamente mayor en cambios en la identidad ($M=4.07$) respecto a los adolescentes sin violencia familiar ($M=3.2$; $p=0.020$).
- Cambio de prioridades. Los adolescentes que han estado expuestos sólo a violencia familiar muestran una puntuación significativamente mayor en cambio de prioridades ($M=3.8$) respecto a los adolescentes sin violencia familiar ($M=2.7$; $p=0.036$).

4.5. Efecto de variables objetivas y subjetivas en el cuestionario VIVO

Los siguientes análisis se han realizado con el grupo de adolescentes afectados por violencia familiar en población general (n=86), con el objetivo de comprender la relación entre determinadas variables clave en las respuestas del VIVO. Desafortunadamente no se pudo realizar los mismos análisis para la muestra de contraste debido a la falta de datos en las variables. Se consideraron variables clave:

- Variables de riesgo: edad, sexo y la duración de la experiencia.
- Variables de percepción subjetiva: percepción de amenaza e influencia.

Se realiza una regresión por pasos, en el que vamos probando modelos de análisis en base a fundamentos teóricos. Consideramos en el primero modelo sólo los factores de riesgo incluyendo variables objetivas independientes a la experiencia (la edad, el sexo) y variables que son intrínsecas a las características de la experiencia (duración). En el segundo modelo introducimos la percepción de amenaza e influencia como factores de percepción subjetiva de la persona que, como vimos en análisis previos, puede influir de forma independiente. Y por último se introduce el modelo que contempla los factores de riesgo y la percepción subjetiva, así como la interacción entre amenaza e influencia.

En los anexo 2 se pueden consultar los coeficientes para los predictores en los modelos que resultaron estadísticamente significativos. A continuación, los resultados muestran las siguientes variables predictores por escala:

Actitud ante el mundo

- Suicidio: El ser hombre predice puntuaciones menores.
- Destino: El ser hombre predice puntuaciones menores.
- Ambigüedad: Una mayor edad, predice puntuaciones menores en ambigüedad. El ser hombre predice puntuaciones más altas en ambigüedad.

Visión del ser humano

- Compartir la experiencia. A mayor edad, menor puntuación.

- Bondad del ser humano. A mayor edad, menor puntuación. A mayor percepción de amenaza, mayor puntuación.
- Confianza en el ser humano. El haber estado expuesto a la violencia familiar en varias ocasiones y de forma prolongada y sostenida, predice puntuaciones menores en la confianza en el ser humano. Asimismo, una mayor percepción de amenaza predice puntuaciones superiores. Una mayor percepción de influencia también predice puntuaciones superiores.

Impacto hechos pasados

- Asumir el pasado/culpa. A mayor edad, menor puntuación. Cuanto más prolongado y sostenida sea la experiencia, mayor puntuación.
- Confianza en sí mismo. No hay coeficientes significativos
- Posibilidad de cambio. Si el suceso ha ocurrido en varias ocasiones, menor puntuación. A mayor percepción de amenaza, mayor puntuación.
- Miedos. A mayor percepción de amenaza, mayor puntuación. A mayor percepción de influencia, menor puntuación.

Emociones

- Control de la situación. A mayor percepción de amenaza, mayor puntuación.

Narrar la experiencia

- Testimonio. A mayor percepción de amenaza mayor puntuación. A mayor percepción de influencia, mayor puntuación.

Apoyo social

- Responsabilizar a la víctima. A mayor edad, menor puntuación. A mayor percepción de amenaza, mayor puntuación.

Identidad

- Cambios en la Identidad. A mayor edad, menor puntuación. A mayor percepción de amenaza, mayor puntuación.
- Cambio de prioridades. A mayor percepción de influencia, mayor puntuación.

Tabla 26. Análisis de regresión de factores objetivo y subjetivo en la escala del VIVO.

<i>Escalas del VIVO</i>	<i>Variables de Riesgo</i>		<i>VR+Amenaza /Influencia</i>		<i>VR+A/I+Interacción</i>	
	<i>F</i>	<i>valor-p</i>	<i>F</i>	<i>valor-p</i>	<i>F</i>	<i>valor-p</i>
Visión del mundo						
Visión del mundo	1.85	0.127	2.432	0.094	0.032	0.856
Sentido de la vida	1.99	0.104	1.003	0.371	0.011	0.914
Convicciones	0.343	0.848	0.36	0.698	0.652	0.421
Actitud ante el mundo						
Suicidio	3.575	0.009	0.681	0.508	1.197	0.277
Destino	2.60	0.042	1.88	0.159	0.020	0.885
Ambigüedad	2.81	0.030	0.814	0.446	1.142	0.288
Búsqueda de lógica	0.42	0.786	0.413	0.662	1.078	0.302
Visión del ser humano						
Compartir la experiencia	3.88	0.006	1.165	0.317	0.196	0.659
Significado sufrimiento	1.92	0.114	0.476	0.622	0.393	0.532
Bondad del ser humano	2.74	0.034	5.032	0.008	0.254	0.615
Confianza ser humano	1.01	0.406	5.318	0.006	0.599	0.441
Comunicabilidad	2.37	0.059	1.287	0.281	0.219	0.641
Sueños	0.88	0.476	0.694	0.502	2.377	0.127
Afrontamiento						
Rumiaciones	1.58	0.186	2.273	0.109	0.644	0.424
Afrontamiento	1.91	0.116	0.767	0.467	0.256	0.614
Recuerdo y olvido	0.63	0.637	1.389	0.255	0.121	0.728
Impacto hechos pasados						
Asumir pasado/culpa	3.77	0.007	0.869	0.423	3.045	0.084
Confianza en sí mismo	1.73	0.151	3.321	0.041	0.000	0.976
Aprendizaje	1.84	0.128	0.450	0.638	0.995	0.321
Posibilidad de cambio	1.45	0.224	0.698	0.500	4.235	0.042
Miedos	1.29	0.278	5.582	0.005	2.414	0.124
Emociones						
Emociones negativas	0.38	0.814	0.414	0.663	0.775	0.384
Control de la situación	3.77	0.011	3.525	0.040	0.009	0.924

RESULTADOS						
Tolerancia a los sentimientos	0.80	0.5297	0.286	0.752	0.224	0.638
Narrar la experiencia						
Testimonio	6.73	0.000	0.923	0.406	6.72	0.013
Comunicar lo ocurrido	0.51	0.721	0.375	0.69	0.510	0.479
Consecuencias						
Empatía/cercanía	1.21	0.322	0.082	0.921	0.875	0.356
Capacidad de querer	2.63	0.051	2.499	0.097	0.328	0.570
Aceptación del azar	0.42	0.789	0.656	0.525	0.023	0.878
Apoyo social						
Apoyo social	0.56	0.693	1.747	0.189	0.461	0.501
Responsabilizar víctima	3.24	0.023	6.98	0.002	3.634	0.065
Identidad						
Futuro y esperanza	1.20	0.325	0.892	0.419	0.149	0.701
Cambios identidad	3.15	0.026	2.24	0.122	0.101	0.751
Cambio prioridades	0.65	0.630	3.351	0.046	0.201	0.656
Identidad de víctima	1.2	0.328	0.670	0.517	0.0101	0.920

5. RESULTADOS OBTENIDOS MEDIANTE LAS ENTREVISTAS FOCALIZADAS

Las respuestas de los jóvenes generaron 47 códigos, los cuales permitieron identificar 4 categorías axiales y 11 subcategorías para entender la relación de los jóvenes con las temáticas del cuestionario VIVO. La comparación constante permitió clasificar los códigos en categorías y subcategorías de mayor alcance teórico, aumentando la relación entre las narrativas de los jóvenes y sus descripciones particulares respecto a cada dimensión de la encuesta. Con ese proceso, los hallazgos del análisis toman una mayor coherencia con los datos y los temas centrales que trabaja el estudio.

Se generaron las siguientes categorías:

1. Definición de experiencia extrema
2. Creencias generales asociados a la violencia familiar
 - a. Presencia de sufrimiento
 - b. Los sentimientos de culpa
 - c. Percepción de descontrol
 - d. Sentido de seguridad
 - e. Visión del mundo
3. Creencias nucleares asociadas a la violencia intrafamiliar
 - a. Respecto a formas de resolver los problemas
 - b. Respecto a uno mismo
 - c. Respecto a la relación con los demás
4. Estrategias de afrontamiento
 - a. Generales
 - b. Específicas

Desarrollo de las categorías

1. ¿Qué es una experiencia extrema?

Los jóvenes asocian el concepto de experiencias extremas a hitos biográficos que marcan el curso de vida de las personas, determinando su carácter, identidad y forma de enfrentar el mundo. Experiencias que aparecen cuando las personas se enfrentan al límite de sus capacidades, frente a las cuales pueden rendirse o superarlas. Evocan procesos vitales de distinta naturaleza y se generan producto de: cambios en el entorno (en las condiciones y estilos de vida); o a nivel individual y subjetivo (pérdida de seres queridos.). Para los adolescentes entrevistados una experiencia extrema es:

i. Entrar en un centro de protección (COD. 10.1)

Este proceso genera una transformación radical en sus condiciones y estilos de vida, que conlleva fuertes cambios a nivel personal. Implica, en la mayoría de los casos, un cambio en la comunidad, establecer nuevas relaciones, conocer nuevo personal, compañeros, en ocasiones cambio de escuelas, nuevas relaciones con maestros, amigos. Salir del espacio donde han nacido y han crecido y entrar a convivir en un centro con otras personas, compañeros y educadores, desconocidos, les obliga a autoevaluarse en relación con las experiencias de los otros jóvenes que viven en los centros y esa experiencia, reconocen, les cambia la manera de verse a sí mismos y a la vida en general.

P8_H: Hay cosas puntuales en la vida que te marcan. Yo, por ejemplo, esto de estar en el Centro, aunque tenga 80 años me voy a acordar que estuve en el centro y que estuve en el Centro de (nombre) también. Y por ejemplo, cuando me vino a buscar (nombre) a la (nombre), yo me acuerdo del coche que llevaba, me acuerdo de la gente que estaba allí, me acuerdo la gente que estaba en el centro... porque eso me marcó, es... fue... el cambio más significativo en mi vida, de estar con mi familia a estar con... niños que no conozco de nada, con estar con una gente que no conozco de nada, y sólo teniendo a mi hermana y a mi hermano pequeñito, porque él tenía dos años cuando entramos. No sé, era un mundo completamente diferente, y digo, pero, ¿dónde estoy?.

La ruptura con el entorno familiar y la entrada a convivir en un centro de acogimiento se vive asociada a fuertes sentimientos de incertidumbre, ansiedad y desconcierto ante lo desconocido. En un corto periodo de tiempo, todo el contexto que rodea sus vidas cambia de forma radical. Han de adaptarse a un mundo completamente diferente, con unas normas y unas dinámicas muy particulares.

ii. Las pérdidas de seres queridos (COD. 10.2)

Una experiencia extrema son las pérdidas (fallecimientos) de seres queridos. La pérdida se vive como una experiencia extrema por la irreversibilidad de la situación. No hay solución que permita que el ser querido vuelva a estar a tu lado. Tampoco hay solución ante la pérdida de algún miembro del cuerpo por enfermedad o accidente:

P2_M: [Una experiencia extrema sería] Pues te quedases sin un brazo o algo así, ¿sabes? (...) [que te pase algo] Que tú no te lo esperabas...

P9_H: tú lo ves todo como un poco negro al principio, pero es eso, tienes que salir adelante sea como sea (...) eso es lo primero. Y a mí, pues, cuando se murió mi padre, que yo estuve pues al principio, cuando él estaba malo, yo estaba mal, entonces estaba mal, estaba muy mal. Ya sabía lo que pasaría, que se moriría. Lo sabía yo y toda la familia. Cuando estaba malo, cada día que tocaba ir a verle o algo me sentía súper, súper, mal, pero luego pues, es eso... Que pasa y, o sea, antes de que pasa tú te comes la cabeza te dices: joder [debes dar vuelta la página]

iii. Perder la confianza en uno mismo y en todo lo que te rodea (COD. 10.3)

Una experiencia extrema es perder la confianza en uno mismo, en las propias capacidades para enfrentar los problemas, y perder la confianza en las personas a tu alrededor. La pérdida de confianza absoluta significa perder los motivos para seguir adelante. En esos momentos se puede considerar el suicidio como una opción alternativa.

P3_H: tres veces he perdido completamente o casi completamente mi confianza en mí mismo y en los demás y pensé que... para qué seguir, para qué luchar... y me planteé rendirme, de la peor forma. (...) En el momento que no puedes confiar en ti mismo y en el momento en que no puedes confiar en los demás, y crees que lo mejor es rendirse, no rendirse de ese problema, sino rendirse en todos, en el momento que crees, por decir un ejemplo y ese ejemplo creo, es el máximo que hay, es el suicidio, es una manera de enfrentar los problemas buena, en ese momento, tú sabes que has caído, has caído muchísimo. En el momento en que tú piensas que acabando con tu vida lo solucionas todo, eso es caer bajo. Eso es una experiencia extrema.

2. Creencias generales asociados a la violencia familiar

- Presencia de sufrimiento.

Los adolescentes asocian la violencia familiar y sus consecuencias a un sufrimiento profundo. Este sufrimiento se asocia a un dolor emocional intenso, un estado de desasosiego y de ruptura interna.

No se puede estar sufriendo y ser feliz al mismo tiempo. Se concibe como un estado global incompatible con otro estado global más positivo (felicidad). El sufrimiento que se tiene debido a la situación familiar en concreto, se extiende y amplía de forma general al resto de aspectos de la vida ocupando un espacio importante y no permitiendo disfrutar de otras cosas.

P6_M: si una persona está mal, no puede estar bien. No sé, si yo, por ejemplo, he estado mal porque..., o no he estado bien en algún sitio, -si no he estado cómoda, por ejemplo-, un Centro que no me he sentido bien, no estaba bien yo. No estaba feliz. Vale, en algún momento, pues mira, si te pasa algo, que en otras circunstancias tampoco lo verías bueno, bueno. Pero si te pasa algo medio bueno y estás mal, entonces lo ves medio bueno. Te alegras más y todo, pero yo creo que no hay. Si estás mal, no puedes estar bien.

P3_M: No, no puede haber sufrimiento y felicidad. Hay solamente sufrimiento (...) Porque yo he estado en muchas situaciones así. Estaba mal con gente que yo quería,

como mis padres, pues no estaba contenta con nadie, solamente... estaba como apagada.

P4_M: Sentirte mal, porque (...) no tienes ganas de nada porque... no sé, yo cuando estoy mal no tengo ganas de nada. Ni que me hablen ni nada (...) a mí me hunde, a otra gente puede ser que mira... pues mira... pues, lo ha... ya ha sufrido por algo, pero a mí me hunde el sufrimiento.

Los adolescentes reconocen la fuerza del sufrimiento, reconocen que mucho dolor puede llevar o les ha llevado a sentirse hundidos.

P2_H: [Hundirme significa] sobre todo, pues, mucho dolor, mucho dolor. Eso era antes, ahora ya lo asumo de otra manera. Una sensación grande de dolor, como una depresión.

Los niveles de sufrimiento más profundo se asocian con experiencias de ruptura emocional o física con la familia, especialmente con la madre. El sufrimiento más grande, el que provoca que toques fondo, es para los adolescentes cuando llegan a entender de la incapacidad presente y futura de los padres de atenderlos o cuidarlos. La familia, a pesar de sus dificultades es un referente interno en sus vidas, un pilar sobre el que se apoyan y organizan.

P4_M: cuando te hundes en cuanto a la familia, en cuanto a lo que es el... la parte de la familia, pues, te hundes muchísimo ya que todo el mundo está vinculado en un principio en la familia muchísimo, la gente, sobre todo cuando eres pequeño se refugian mucho en la familia, sobre todo en la mamá.

P8_M: Y cuando te das cuenta que la mamá no puede venir o no quiere venir, y ves, ya no es por ti, sino ves que tu hermana te está esperando, o sea, ves que está esperando en la puerta y te dice: no, mi mamá va a venir. Y tú sabes que no va a venir, pues eso te hunde mucho. Y cada vez se va aumentando, se hace como una pelota. Como una pelota en la que al final, pues, ya no es con lo de mamá (...) si mamá no quiere venir, mamá no llama, mamá, pues en las últimas reuniones no ha venido, mamá no ha aceptado ir, a que nosotros vayamos a su casa. Eso pues te hunde mucho.

La ruptura con el entorno familiar pude ir acompañado de una pérdida de sentido respecto a su propia existencia. El sufrimiento más grande, el que provoca que toques fondo, es para los adolescentes cuando llegan a entender de la incapacidad presente y futura de los padres de atenderlos o cuidarlos. El hecho de conectar con la realidad de que sus padres no han podido, no pueden y no van a poder cuidarles como necesitan, para algunos es motivo de hundimiento. En ese estado es difícil reconocer formas de sentirse mejor, o ver opciones y alternativas.

P4_M: Sentirte mal, porque (...) no tienes ganas de nada porque... no sé, yo cuando estoy mal no tengo ganas de nada. Ni que me hablen ni nada. Yo, para mí, si estoy hundida, yo, conmigo y ya está. No quiero ni que me hablen, ni ay pobrecita, ni nada, yo. Yo y ya está, a mi rollo. a mí me hunde, a otra gente puede ser que mira... pues mira... pues, lo ha... ya ha sufrido por algo, pero a mí me hunde el sufrimiento.

El sufrimiento no impide la felicidad a largo plazo. No se considera el sufrimiento como un estado inmutable y crónico, que vaya a perpetuarse a lo largo de sus vidas. Consideran que es posible reconocer momentos felices, pero para eso es necesario hacer un esfuerzo. El hecho de añadir el recuerdo o dirigir la atención hacia momentos alternativos más positivos que la experiencia negativa que se vive requiere de un esfuerzo mental consciente:

P7_H: si hay sufrimiento, también en alguna parte tiene que haber felicidad, porque no es todo, no es todo malo y... así no es... Pues... hay cosas buenas, hay cosas malas... y a veces sí que hay sufrimiento y otras veces también hay alegría.

Reconocer momentos de felicidad y traer a la consciencia los buenos aspectos de la vida, es más fácil cuando se sienten cuidados.

P8_H: Te lo pongo otra vez en lo del Centro (...) a mí, “pos”, me duele no estar con mi familia, porque me duele, porque es mi familia, pero también estoy alegre de estar aquí porque aquí me cuidan mejor.

Hay situaciones trágicas, como la pérdida de un padre o una madre, que afectan de forma inevitable a los propios adolescentes y otros seres queridos como sus hermanos/as. Especialmente ante el sufrimiento de los hermanos (ya sea el mayor o el menor), surge en los adolescentes el instinto de protección y cuidado del otro. Como una forma de proteger a sus hermanos más afectados, o más vulnerables, optan por minimizar o disimular su propio dolor con la idea de no provocarles mayor sufrimiento.

P1_H: pues mis hermanas no lo llevaron tan bien como yo. Era como, algo que me decían que no estés tú así porque no..., a ver, así yo también ayudaba a mis hermanas, si ellas no me veían mal era como protegerlas un poco también, ¿sabes? Era como protegerlas un poco también de decir, no pasa nada, se ha muerto, pero tampoco pasa nada es, algún día nos pasará a nosotros y tenemos que aceptarlo tal y como es.

P9_H: ¿sabes? Pero cuando pasa, ves cómo están mal todos nosotros y piensas hay que salir adelante, sea como sea. Y para mí en ese momento era más importante ayudar a mis hermanas. Que no, por ejemplo, se ha muerto y estar ahí llorando. Para mí era mucho más importante estar ayudando a mis hermanas a que lo pasaran que no pasarlo mal yo con ellas.

- Percepción de descontrol

Los adolescentes se refieren a la pérdida de control como el estado en el que no pueden controlar sus emociones ni su comportamiento. El detonante es la vivencia de que los adultos referentes no les comprenden, o no se sienten comprendidos. Reconocen una dificultad para manejar de emociones negativas, y una baja tolerancia a comentarios críticos ante los cuales se sienten atacados y tratados injustamente. Aumentan los sentimientos de impotencia.

P10_M: Pérdida de control, porque muchas veces a la mínima ya explotaba, ya veía que todo, que el mundo ya se me echaba encima y explotaba (...) tenía la sensación de que le mundo se me venía encima. De que no podía hacer nada porque esto era muy difícil o no sé porque me está pasan... sí. O porque no sé por qué me está pasando a mí y a otros chavales

no les pasa. O pensar que la gente no me entiende y aun así piden lo máximo de mí, cosas así. Era como pensamiento, por decirlo así, de vago. De hacer lo mínimo posible. De que la gente no me comprendía, de cuál era mi situación (...) la sensación de que todo se me echaba encima porque le echaba la culpa a los otros. No era culpa mía. La culpa a los otros porque no me comprendían o porque aun así, lo que me está pasando, piden lo máximo que tengo que dar [y yo no podía controlarme].

Cuando los referentes normativos (padres, profesores, tutores, etc.) los regañan, o señalan que han cometido una falta pueden ocurrir momentos de descontrol. El descontrol es una reacción ante los comentarios negativos del otro, que se centra en sus errores y debilidades, en vez de reforzar sus aspectos positivos. Estos comentarios se viven como un elemento devaluador de la propia persona. A la sensación de amenaza se suma la sensación de frustración por haber fallado.

P2_H: yo he tenido momentos de pérdida del control en forma de, mi cabeza no está al sitio (...) te voy a poner un ejemplo. Cuando suspendes un examen o te viene una maestra y te dice que tú estás castigado por tal cosa, tal cosa, tal cosa y tú en verdad no has hecho nada de esas... y yo me ha pasado y perdí el control y no podía, no podía [parar y controlarme] (...) Yo no quiero que me digan lo que yo no he hecho. Yo solamente quiero que me digan lo que he hecho bien y a veces lo que he hecho mal, pero lo que más quiero escuchar es “muy bien, te has esforzado y ya está, porque cuando me dicen que “ahora tenemos que llamar para que te vayas de aquí, que no sé qué... estás expulsado yo ya me descontrolo porque pienso que no puede ser, tengo que, que superarme y hacerlo mejor... Pues mi cabeza ya se, se cierra, no va eh...pos en aquel mismo momento no pienso lo que voy a hacer, pos me descontrolo.)

Esto no les impide reconocer su responsabilidad en el descontrol, aunque comparten la sensación de que no pueden hacer nada para controlarlo.

- Los sentimientos de culpa

La culpa aparece como un sentimiento ambivalente, difícil de colocar, especialmente entre los adolescentes que refieren haber tenido comportamientos desregulados, agresivos o con faltas de respeto graves hacia sus padres cuando eran niños. Piensan

que sus actuaciones fueron la causa principal que provocó la salida del núcleo familiar, con la idea subyacente de que ellos eran niños “difíciles, agresivos, y por tanto sus padres no los podían cuidar”.

P4_M: yo me siento muy responsable de lo que me pasó. Pero en parte ya es que ahora que ha pasao años, que no tengo mucho contacto con ellos, ahora ya se me ha pasao un poco. Ya digo, no pasa nada, son mis padres...ha pasao esto, ya lo sé, y ahora ya no estás, ya no estamos... Pues por eso, yo ya he hablado, pos le he dicho “no pasa nada, lo siento por todo lo que he hecho, he sido muy, muy maleducada, muy irresponsable, pero ya aprendí y que...estoy más responsable que todo.

P2_H: Antes era un poco más agresivo y me enfrentaba a los problemas con un poco más de agresividad y eso. Cuando me hicieron bullying acabé estampando una silla en la cara de alguien. El día que me planteé lo de que me podían sacar fuera de casa, por ese problema. Ese día, a ver, orgulloso, orgulloso, no estoy. Pues ya que dejaron de hacerme bullying, pues ya que dejaron de molestarme, completamente. De hecho algunos cambiaron de opinión y dijeron: ...no se le mangonea, no se le puede hacer como un don nadie y se le tiene que tratar bien, como una persona que es lo que es.

Estos sentimientos de ambivalencia también se relacionan con las experiencias donde perciben que podían haber intervenido de una forma proactiva para cambiar o mejorar la situación, y no lo hicieron.

P7_H: mira, yo... para mí, tampoco me siento muy muy culpable... pero, también creo que un poco si porque yo no he sabido ayudar a mi familia para... o si, cuando yo los veía mal, yo tampoco he hecho nada para que ellos no estén mal, ¿sabes? (...) Nosotros tenemos parte de culpa porque cuando ella estaba hundida nosotros no hacíamos nada para que ella no lo estuviese. Pues sí. Ella estaba hundida y nosotros, pues pff..., vale, si mira, nos sentimos un poco mal, pero no es culpa nuestra que... mi padre porque la dejó sola... todo

La culpa es de los padres cuando los adolescentes perciben los hechos fuera del margen de sus responsabilidades. Identifican que ellos, por sí solos, no tenían ninguna posibilidad de actuar deliberadamente en los hechos que ocurrían a su alrededor. No se les consideró en las acciones y toma de decisiones de los sucesos, por lo tanto, no se sienten responsables de hechos en los que no tuvieron una deliberada intervención.

P10_M: porque todo lo que... todo lo que ha pasado, sé que interviene conmigo, pero yo nunca, no nunca, los problemas de mi madre eran de mi madre o los de culpa de mi padrastro eran de mi padrastro. Eran entre ellos, no entre mí. Yo no hice nada para que todo esto pasase, fueron ellos. (...) yo no sabía nada y yo no hice nada. Ni yo ni mis hermanos. Nosotros no hicimos nada.

Hay menos sentimientos de culpa cuando perciben la diferencia de poder y asimetría en la relación paterno-filial. Entienden que no hay responsabilidad frente a las decisiones adultas cuando eres pequeño. Cuando uno es pequeño, no tiene la capacidad ni los recursos para asumir sus acciones (o no acciones), por tanto los comportamientos infantiles son en última instancia, responsabilidad de los padres.

P4_M: no me siento culpable de mi situación ahora mismo familiar. ¿Podría ayudar? A lo mejor, pero no me siento culpable. No lo he hecho yo. No he hecho que mis padres estén enfadados, mi abuela tenga ahora mismo 77 años y casi todos sus hijos estén enfadados con ella por haberme cuidado como me ha cuidado. No es culpa mía ¿Podría ayudar a solucionarlo? Sí. ¿Lo he intentado? Algunas veces. Pero no es culpa mía. No es un fallo mío que me hayan cuidado de esa manera o de que ciertas personas hayan tenido problemas por mí. Cuando era pequeño y era inconsciente y no sabía qué pasaba alrededor mío.

Tampoco hay sentimiento de culpa cuando los comportamientos inadecuados de los sus padres son acciones fácilmente identificables como una violación de la norma social (ilegales). Cuando eso ocurre, los jóvenes asignan una responsabilidad absoluta a los padres.

P5_M: la muerte de mi papá, para mí no ha sido una culpa, porque por ejemplo, ellos eran adictos a las drogas y quieras o no, uno cuando se mete en las drogas ya, depende de ella, ¿sabes? Que tiene mono sobrevivir sobre ellas. Y tú piensas que cuando una persona se engancha a las drogas, tarde o temprano va a

acabar muy mal. Y te vas dando cuenta poco a poco que las drogas los deteriora y pues ya, terminan con su salud y mueren.

P9_H: y antes de que me lo explicase y eso, le colgué, en plan... Encima de que, o sea, me has abandonado en la maldita cara, encima ni te dignas a buscar excusas (...) la culpable era ella [por abandonarnos].

La culpa es de nadie o de muchos. Los jóvenes visualizan que la problemática actual (estar en un centro, no poder vivir con sus familias) no tiene un solo culpable, sino que es fruto de una serie de circunstancias, acciones y decisiones que la han provocado.

P8_H: cuando entré en el Centro de..., pos, sí que estuve un montón de tiempo echándome la culpa a mí, o echándole la culpa a los educadores, de por yo haber entrado allí y no admitía que la culpa no era de nadie, si no, de que la situación se ha dado, pos. Que no puedo estar con mi familia. Y pues yo al principio sí que estuve echándome la culpa a mí.

P1_H: Pero tampoco no me siento muy culpable, por estar en un centro. Las cosas son así, pasan, pues mira, han pasado, pero ya está. En realidad creo que la culpa, no es que la tenga una per... es cosas, varias cosas que van haciendo que algo tenga la culpa, porque... mi madre, no creo que ella tenga la culpa de que yo esté en un centro, mis hermanos no, yo tampoco. Creo que pequeñas cosas, pequeñas cosas que lo han juntado todo y, pues mira, pues, mi madre, en parte, pues porque no ha sabido tener a sus hijos y... pero... no ha sabido por qué? porque se murió su madre, o sea, mi abuela, estuvo mal, no tenía ganas de nada y entonces ahí, pues ya la hundieron. cada persona lleva un poquito, un poquito, un poquito, un poquito y al final pues si no puedes tener a tus hijos, pues te vas a un centro, pero no es por ella y ya está. Es porque, entre que le ha pasado una cosa con sus padres, con mis abuelos, con mi padre, o sea, su pareja; sus hijos, que son muy pequeños y no... entre todo un poquito pues ahí ya la han vuelto, que no sabía lo que hacer. Pues mira, como no sabe lo que hacer, pues a un centro.

- Sensación de seguridad

Piensan que en el mundo en el que viven no se puede estar cien por cien seguro. Es imposible vivir totalmente seguro y tranquilo, vivir tiene sus riesgos. Para vivir en el mundo hay que saber lidiar con sus riesgos y dificultades, pero que en ningún momento uno se puede aislar de él con el fin de estar y sentirse completamente seguro.

P5_M: una persona que viva segura al 100% es una persona que está en una habitación envuelta de cojines. No le va a pasar nada, no le va a pasar nada. O en una burbuja. No le va a pasar nada, pero claro, eso no puede ser [así no se vive]. Una persona no puede vivir al 100% segura en una casa o en el coche, o en la escuela, puede pasar por cualquier cosa, por la calle, pienso, o sea, estando en el tren, no puedes estar 100% seguro, ni en el avión.

Nadie te puede asegurar que nada malo te va a pasar. Esta sensación es común, o debería ser común, para todo el mundo puesto que permite sobrevivir. No relacionan esta percepción con las vivencias de violencia familiar que han vivido.

P7_H: vale, yo te voy a responder con otra pregunta. Pero, si una persona vive con sus padres, ¿esa persona está segura? ¿Es segura? (...) pues, igual que aquí, [en el Centro], no sabes... Y al contrario, a una persona que le ha pasado problemas con familias y todo eso, esa persona, ¿puede vivir segura? Pues depende... un accidente de coche lo puede tener cualquier persona. Una persona que ha estado viviendo en un centro o una persona que ha estado viviendo en su casa de toda la vida. (...) [la sensación de inseguridad] se la suele poner la persona, o sea, la persona ya en sí ya tiene un mecanismo... no de siempre, siempre hay un momento que hay que estar en alerta. todo el mundo tenemos un instinto animal. Todo el mundo. Sobre todo cuando la supervivencia.

Un estilo de vida estable genera sensación de seguridad. Llevar una vida ordenada y organizada con condiciones más estables puede aumentar la sensación de seguridad.

P1_M: [estar segura] depende del estilo de vida que lleves. Si tú eres más, no sé, eres centrado, depende de con quién vayas, la gente de la que estés rodeada.

- Visión del mundo.

El mundo no es un lugar fácil. Se reconoce que el presente está marcado por un montón de desafíos vitales que necesitan afrontar: los estudios, las normas del centro, la relación con los amigos, la mayoría de edad...etc.

P10_M: yo veo el mundo como más difícil, que es una cosa difícil. Sí... que tienes que ponerte muchos objetivos, que tienes que cumplirlos, que si no pos... no vas a hacer nada en la vida..."

P9_H: [el mundo es un lugar difícil] Los problemas van a estar siempre, donde sea que estés, ahora mismo. El país donde sea, puede tener un montón de problemas, simplemente el país, o en tu propia casa. Puedes no tener dinero, (...) Los problemas son parte de la vida.

El mundo también tiene cosas buenas. En la vida, hay que intentar ver lo positivo del mundo para no hundirse en los problemas y solucionarlos.

P8_H: siempre intento ver lo bueno. Siempre dentro de lo malo hay algo bueno, pues yo he cogido un momento que digo "pues vamos a ver qué hay de bueno!"... es que de naturaleza yo ya soy curioso de por sí, entonces ya entre de "paso de mal rollo, soy curioso pues cojo y digo, aún más ganas de buscar la parte buena. Además es como, paso de que me vuelva a pasar. Prefiero ver la cara buena y si me pasa, como mínimo que me divierta, pues no sé... intento siempre, no sé... si una persona está mal, intentar buscarle la sonrisa, dentro de lo mal que lo pueda pasar, y encontrarle algo bueno.

P3_M. [Yo intento] ver lo positivo y ver que la vida aún queda, y que... ya está, que es larga la vida. Tienes que seguir sí o sí. (...) pensar [lo positivo del mundo] y ya está. Buscar las interpretaciones... cuando dices "estás mal", pues no te lleva a ninguna parte... Pues, no sé, buscas alguna manera pos de distraerte hasta que luego no te afecta tanto y ya, pues, no lo olvidas pero lo dejas aparte.

3. Creencias nucleares asociadas a la violencia intrafamiliar.

La mayoría de las personas pueden aprender de los errores. A través de los errores del presente uno encuentra otras maneras de solucionar los problemas del futuro.

P9_H: sí tú cometes un fallo, o muchos y hubieses podido afrontar ese fallo de diversas manera. Y o con un tiempo o en ese momento piensas, cuáles podrían ser la mejor manera de hacerlo y la utilizas y luego la aplicas en otras formas, puedes llegar a decir que ese problema no lo superaste, pero gracias a este problema descubriste una manera de afrontar los demás.

La incapacidad de aprender de los propios errores se asocia a la incapacidad para visualizar el problema desde otras perspectivas, o a una menor madurez o confianza en uno mismo.

P3_H: sí, de hecho la frase de que el ser humano es el único animal que caerá dos veces en la misma piedra, tiene toda la razón del mundo. Eso pasa porque esa gente no tiene un... no puede ver esa situación desde distintos puntos de vista en el momento que te sucede y cuando ya no te sucede reflexionar sobre lo que te ha pasado. No pueden mirar la situación desde mi perspectiva, desde la perspectiva...del otro, o del otro.

- Sobre uno mismo.

Del sufrimiento se aprende que se ha de resistir, nunca rendirte y seguir adelante. Manifiestan que, después de haber pasado por momentos difíciles y de mucho dolor, aprendieron a resistir los embates de la vida y a nunca rendirse por muy difíciles que fueran las situaciones que les toca vivir. En general, esta lectura es propia de aquellos que sienten haber tocado el límite y haber salido adelante ante situaciones extremas.

P4_M: [Aprendí que] no me tengo que dar por vencida. Aunque te digan los médicos que no te vas a recuperar o no sé qué, eso es mentira. Porque a mí me dijeron los médicos que iba a dejar de caminar para siempre y mira, estoy aquí caminando. (...) [Eso] te hace más fuerte. Si tu familia no te valora, hay personas de afuera, por ejemplo, que te apoyan. Mis amigos, siempre me han estado apoyando, en cambio mi familia no. Y te enseña, por ejemplo, a valorar, a valorarte más a ti misma.

P2_H: ¿Qué he aprendido? Pos', yo... es que es muy difícil esto... Por yo he aprendido ha sido, a ponerme los pies en el suelo. A decir "aquí estoy yo, voy a hacer todo lo posible para estar yo aquí."

Ante el sufrimiento solo hay dos posibles caminos: rendirse y hundirse o sacar fuerzas y salir adelante.

P10_H: Yo aprendí en que... el sufrimiento es difícil superarlo, según cuál sea; muy fácil rendirse. Es muy fácil decir: "pues, este problema, no puedo con él. Lo dejo. Que me rompa, que me destrozé y aquí me quedo". O puedes coger y decir: "pues, tengo este problema, voy a ver qué puedo hacer". Y puedo arrasar con él y ganar experiencia para solucionar problemas, experiencia para poder ayudar a otras personas a que superen ese mismo u otros problemas.

Tengo más confianza en mí mismo. Cuando identifican todas las cosas que han superado sin haberse rendido en el camino, sienten más confianza en ellos mismos y generan mayores expectativas respecto a los logros que pueden llegar a alcanzar en el futuro.

P6_M: me he cogido confianza porque, o sea, yo antes no confiaba en mí, ¿sabes? Confiaba más en otra gente y eso, ¿sabes? Pero ahora me pasa al revés, ¿sabes? Y pues por ejemplo si yo digo "esto lo voy a hacer y me saldrá bien", ¿sabes? Si yo confío en mí, pues al final me saldrá bien.

Confianza en uno mismo significa estar seguro de poder enfrentar las cosas.

P9_H: pa' mi confianza es que, en mí mismo, que por ejemplo, yo sé que si me pasa algo, pase lo que pase, voy a salir adelante, pase lo que pase. (...) si quiero algo, sé que por lo menos intentaré ir a por ello, aunque no me salga bien, o aunque tenga que cambiar el plan, pero no cambiaré la cosa que ir a por ella. Cambiaré la forma de verlo, pero no cambiaré el objetivo.

P4_M: Por ejemplo, estar segura de lo que vaya a hacer. Pensar, por ejemplo, si voy a lavar los platos, lávalos bien. Demórate el tiempo que necesites, por ejemplo, y ganarme

mi confianza, por ejemplo, estar segura. Si me tengo que tirar a la piscina, estar segura. Estar segura de afrontar las cosas que me vengan, ¿sabes? si he hecho algo mal, o algo bien

Aprender a no depender de nadie sino de uno mismo. Cuando los jóvenes perciben que su entorno más significativo les ha fallado, y aun así han sobrevivido, tienden a considerar como aprendizaje fundamental el no depender de nadie. Depender de uno mismo significa ser más autónomos que a su vez se vive como una evolución.

P6_M: aprendes a ser más autónomo, pues a valerte por ti mismo, quererte más también y cosas así.

P3_H: yo tengo que aprender que no depende de ellos, ¿sabes? Si ellos, he confiado en ellos, en mi familia y no me apoyan cuando más lo necesito, ¿por qué tengo que centrarme en ellos y ayudarlos mientras que ellos no me ayudaban a mí? O sea, que tienes que cambiar completamente y pensar más, ser más egoísta en ti mismo, ¿sabes? Siempre mirar por ti, por ti, por ti, no por los demás. Porque ya que has mirado por los demás y no miran por ti, ¿por qué tienes que mirar por ellos? A pesar de todo. Pues no.”(P3)

P1_H: más que aprender, es evolucionar, ¿vale? Una persona, no todo el mundo pues si siente que le están pasando catástrofes, pues al final esa persona no va a acabar bien, pero hay gente que a raíz de esos problemas maduran antes, se hacen más autónomos, puede solos con las cosas.

- Sobre la relación con los otros.

Del sufrimiento se aprende a regular las distancias. Sensación de que uno puede (o debe) controlar o regular las distancias con las personas, haciendo la distinción entre las que ayudan y de aquellas que provocan sufrimiento. Esta distinción puede permitirles avanzar en su desarrollo y hacer frente a los momentos difíciles. Al tener contacto con experiencias diferentes, aprenden también a distinguir sufrimientos diferentes y eso les permite avanzar en situaciones de dolor, distinguiendo aquellas cosas que les afectan más de aquellas que no les afectan tanto, como también, identificando aquellas que son constructivas en su desarrollo. De forma indirecta reconstruyen el entorno que los

rodea, escogiendo las personas que sienten les aportan a su vida y dejando atrás a quienes les han hecho daño.

P6_M: Por ejemplo, mira, yo con mi madre estoy bien. Tampoco es una cosa que digas, perfecta... Está pasable, pero mi hermano no pudo y ha dejado de ir. Yo en cambio he hecho, vale, tampoco no es que no esté sufriendo con ella, pero voy... estoy allá, porque yo sé que si la dejo a ella, va a sufrir ella. Si yo creo, si yo un día veo que no puedo ya manejar la cosa, pues voy a decidir no ir.

Tienden a no confiar en los otros. Invierten mucho tiempo para conocer a las personas, y para dejarse conocer. Las relaciones con otros desconocidos, son fuentes de daño potencial.

P10_H: me ha marcado la personalidad, porque antes, de pequeño era muy confiado y ahora muy desconfiado. No me apego tanto con la gente. Antes sí. Antes me decían “eres un oso mimoso”, ahora con los educadores es como más normal verme como más apegado a la gente.

P2_M: No me fio mucho de la gente porque nunca se sabe, ¿sabes? Lo que puede pasar. Y me lo guardo para mí, ¿sabes?.

La confianza en los otros depende de que estén disponibles para ayudar cuando se les necesite.

P9_H: hay gente que te dice que te apoya, pero en esos momentos que tú las necesitas, no están. O sea que te vas dando cuenta quienes son personas de confianza y quién no. Por eso con las amistades también influye, porque yo por ejemplo no le doy mi palabra, mi confianza a todos. A quien se la gana y me respeta sí. Por eso también depende de las amistades.

4. Estrategias de afrontamiento

- Generales.

Pensar que habrá un futuro mejor, más positivo. Los adolescentes refieren mantener, de forma consciente o inconsciente, la idea de que las cosas van a cambiar y que en un

futuro será mejor. Esta esperanza les permite no desistir en su impulso de superación, manteniendo siempre en alto la expectativa de alcanzar un futuro mejor para sus vidas. Miran hacia el futuro con la esperanza de un mañana mejor, y eso les hace no quedarse estancados en los problemas del presente.

P2_H: yo siempre pienso, pues mira, si hoy no me lo he pasado bien, puede ser que mañana me lo pase mejor o cosas así, ¿sabes? Yo intento pensar en positivo, ¿sabes? No sé. En algunas veces que he dicho: buah! Esto ya es horrible, no sé qué... (...) pero también ha de pasar el tiempo, ir yo acostumbrándome, ir pensando e intentando ver todo más positivo y mejor y entonces es cuando yo, pues, intento dejarlo atrás un poquito e intentar ir pa lante, porque pienso: pues si hoy no he estado bien, mañana puedo estar mejor o el otro, o de aquí a unos años estaré súper bien (...) o si puedo ser mejor yo también.

Esta perspectiva lleva muy arraigada la imagen un destino que depara algo bueno o algo mejor. El destino feliz sólo se puede alcanzar mediante el esfuerzo, el trabajo y el sacrificio en la vida. El destino como una meta predestinada a ocurrir pero necesariamente hay que luchar para alcanzarla:

P3_M: Claro. Está marcao, pero digamos que si me toca a mí ser millonaria, pues yo digo “mira, el destino es de ser millonaria, me quedo con los brazos cruzaos...”, pues tampoco. Pero, o sea, ponerle un poco de empeño y ya está, esfuerzo. (...) [las cosas que te suceden están ya marcadas] Porque, por ejemplo, ahora entrar al Centro y esto, para otros sería pues, una mala suerte, para mí no lo ha sí'o porque pos gracias a esto he podí'o estudiar, he podí'o darme cuenta pos de lo importante que es estudiar; de tener amigos, cuando antes no lo era.

P9_H: la gente que me ha ayudado ahora mismo a estar donde estoy, sea para bien o para mal, (...) que me ha ayudado a estar donde estoy, cómo estoy y cómo soy de persona. (...) Tengo que sacar ganas de donde sea para sacarme los problemas porque seguramente tendré un destino lejos, pero tendré un destino para hacer cuando sea mayor, o cuando sea..., yo quiero ser mosso d'escuadra.

Apoyarse en otras personas. Hay diferencias en cuanto a las funciones y la calidad entre las distintas fuentes. En primer lugar, aparece la búsqueda de apoyo en los compañeros del centro donde residen. El efecto espejo que genera la socialización con otros sujetos

que han experimentado pesares parecidos, o incluso, peores que los propios, generan una sensación de empatía y de sentirse comprendidos en los jóvenes que no logra ser percibida en la relación con el resto de las personas que los apoyen.

P2_H: [Me he apoyado en] las amigas de aquí del centro. (...) súper importante ha sido que siempre, siempre, han estado a mi lado, siempre cuando tenía un problema siempre han estado ellas, que me han ayudado como... que me han ayudado mucho. (...) [Su apoyo es diferente a los educadores], muy diferente, porque las compañeras han pasado por esto; los educadores no.

Los educadores se pueden convertir en personas de referencia. Para los adolescentes es importante el “estar físicamente” y estar apoyando incluso en momentos difíciles. Guiar y aconsejar son otras de los aspectos que mencionan. Estas relaciones especiales se pueden mantener a pesar de los cambios de centros.

P3_M: en el centro había una educadora que era mi educadora preferida porque siempre que me pasaba algo malo estaba conmigo. Siempre que yo tenía los arrebatos que tenía, pos siempre estaba ahí conmigo, ayudándome. Y cuando pasé lo de mi familia y todo eso, que entré nueva al centro de , pos ella me daba muchos consejos, que...pos si era así, era así... Y esa educadora aún sigue siendo mi educadora preferida aunque esté en otro centro.

El apoyo de profesionales externos es percibido como un recurso en los momentos difíciles. Una relación más distante que la que mantienen con los educadores del centro, pero que en esa medida les resulta positiva pues ayuda a resolver sus problemas y les da ánimo para continuar en su proceso de superación personal.

P6_H: [saco toda mi fuerza] De la gente que me ha ayudado ahora mismo a estar donde estoy, sea para bien o para mal, pero... de la gente que me ha ayudado a estar donde estoy, (...) mi abuela, psicólogos, me han ayudado, los del centro, los educadores muchas veces me ayudan o cuando estoy algo más decaído, a darme fuerzas, que habitualmente funciona.

- Específicas

Buscan analizar el problema desde distintas perspectivas, desde tu mirada y la mirada de los demás. Reflexionar sobre distintas opiniones permite afrontar los problemas. Buscar soluciones que impliquen salir de su postura y mirar desde otro enfoque.

P8_H: todo los problemas que hayas tenido los miras desde una perspectiva que no te sienta mal, por decirlo de alguna manera, y ves cómo son desde tu punto de vista y desde los puntos de vista de los demás. Coges, qué se tendría que hacer para solucionarlos, las diferentes opciones, todas las que tengas y los trasladas ahora.

P2_H: Por ejemplo, si antes lo que yo veía mal, si en el fondo era bueno, pues de tanto sufrir, sufrir y ver que está mal, pues al final pienso, mira pues, podría hacerlo de otra manera y mira, pues me voy pa' la otra manera, pero no sé. Es... porque, es que siempre, sí, yo creo que eso es, siempre... de tanto pasarlo mal y mal al final aprendes que no. Que hay otras maneras de ver las cosas hay otras maneras de ir... si con alguien no te lo estás... pues te vas con otro y ya está, que no sabes... de gente hay un millón al mundo, hay mucha gente.

Consideran que reflexionar sobre lo ocurrido les permitió salir de los problemas con mayor agilidad que si se hubiesen quedado inmóviles o pasivos.

P10_H: Si por ejemplo.... Tu familia se separó porque hubo un problema por uno de ellos. Uno no se lleva mal... se llevaba mal con todos y se separó del resto de la familia por algún motivo. ¿Por qué esa persona tenía un problema con toda la familia? O, ¿qué problema tenía la familia con esa persona?

Una perspectiva multidimensional de los problemas conlleva reconocer los distintos matices de la vida. Evaluar la vida desde una perspectiva más realista, sin adornos. Se aproximan al reconocimiento del mundo, las cosas que les ocurren, la vida en general con una percepción que da cabida a distintas valencias.

P2_H: En ese momento era pequeño y aprendí en que no todo el mundo es de colores. No todo el mundo es bonito, no todo el mundo va a hacerte la vida fácil, que puedas vivir bien y tranquilo, no. Mucha gente te va a poder ayudar, pero otra mucha te va a intentar, o sin querer te va a hundir. (...) creo que es el momento

donde más reflexionas. Cuando sufres. (...) si a mí me pasa algo, pues, algo malo, eso que te ofusca, pues te vienen las ideas positivas, negativas, de todo, pero realistas. Pero no en... cuando, yo qué sé, pues tienes algo que te pone feliz durante un momento y luego ya te pones ahí las historias en las nubes. No. Ser realista. Y ya está. Reflexionas.

Se aprende que a veces la imaginación es peor que la realidad. Reconocer y evaluar los problemas sin distorsionarlos (agrandarlos). Los jóvenes perciben que, al momento de experimentar momentos muy dolorosos, se vuelven capaces de relativizar la magnitud de los problemas y conflictos que les ocurren, al punto de reconocer que muchas veces, la imaginación es muy poderosa y consigue influir una visión más catastrófica o terrible de lo que realmente es.

P7_H: muchas veces es peor lo que tú te pones en la cabeza que la simple cosa. A veces las cosas son menos de lo que tú te imaginas, lo vas haciendo más grande, más grande, más grande, pero al final es nada.

Buscar la lógica a los hechos. No permanecen indiferentes ante los hechos, se cuestionan por qué ocurren, y en especial se cuestionan porqué les tocó una familia que no les podía cuidar, o porqué tuvieron que entrar en un centro. Los adolescentes hacen un esfuerzo por entenderse a sí mismos dentro de un escenario y para entender la posición que adoptan las personas que están a su alrededor. Entender el ¿por qué de las cosas? es fundamental.

P8_H: un día cogí y me llamó mi madre, eso fue hace, no sé, cuatro años o así... estábamos en el centro, y me llamó y me dijo “es que estoy en Portugal, no sé qué...”. Y dijo “estoy en Portugal, que me he ido, no sé qué...”. Justo esa semana teníamos que ir de permiso... y dije “joder, es que se acaba de ir, no ha dicho ni el por qué”. O sea, a mí lo que me tumbó completamente es el no saber el porqué. Me dices “es que es por trabajo, es por no sé qué”, me da igual, invéntate algo, pero dime algo. Y llamó y “es que estoy en Portugal, me he ido porque no sé qué, porque no sé cuántos.

El destino aparece como una posible explicación que resulta más asumible, donde los hitos vitales más importantes son el resultado de una coincidencia o combinación de factores (personas, lugares, objetos, sustantivos, etc.) en un tiempo y espacio determinados. El destino supone un ordenamiento de los sucesos vitales, pero sólo afecta a los cambios o hitos más importantes y trascendentales:

P3_M: ha de existir algo, porque no sé (...) Las cosas pasan por algo, eso sí está claro, pero no tiene que ser porque me llamo (...). y he nacido este día pues me ha de pasar esto, ya tengo mi vida que ha de pasar esto y esto y esto y esto. Pues, si hay suerte pasa una cosa y pues si no hay tanta suerte pasa otra, pero que bueno, al fondo tampoco no es tan malo todo, siempre puedes encontrar la parte buena.

P1_H: el destino no va de... creo que sí que existe, pero existe en una pequeña parte. El destino no te va a decir qué exactamente te va a pasar, sino que más o menos te va a decir, en cierto momento de tu vida va a haber un cambio malo o bueno, o entremedio que te va a llevar a un cierto lugar, pensamiento distinto al que estás tú ahora. O sea, yo estaba en casa hace 2 años y... por convivencia con mi abuela... legalidad, yo tuve que estar en un centro. Claro, yo en ese momento, esa idea no me la planteé jamás. Pero yo creo que (...) yo ya tenía predestinado entrar en un centro, o si no en un centro, que me dieran en adopción, que hubiera un cambio.

También hay jóvenes que la explicación del destino no les sirve pues no creen en su existencia. Para ellos, el destino es un concepto vacío, una costumbre heredada, una palabra aprendida. Señalan que la gente utiliza este concepto para dar sentido a aquellos sucesos que no saben cómo explicar, pero que, finalmente no existe y por tanto no tiene un impacto en sus vidas. Desde esta perspectiva los jóvenes se visualizan los agentes activos en la construcción de su propia trayectoria vital.

P5_M: Yo, personalmente, creo que no [existe el destino]. Porque no sé, es que es una reacción que tienes a las acciones que tienes tú sabes, si le das un golpe a un árbol lo más seguro es que se mueva, y ya que te caiga una manzana ya es otra cosa, es a raíz de lo que has hecho, no es que ese día te tenía que caer una cosa en la cabeza, y así más en general, supongo que depende del pensamiento de la persona

(...) No sé, creo que es una manera como de darle a una palabra a las cosas que han pasado y no tenemos ni idea por qué.

P7_H: creo que el destino no existe, más que nada, porque tu futuro no lo escoge el cosmos o algo, sino que tú lo vas haciendo. No es que construyas tu futuro, lo que puedes hacer es moldearlo. Claro, tú, si quieres ser bombero pues, el destino no te va a decir, pues vas a ser bombero, no. Tú vas a tener que prepararte, vas a hacer las pruebas físicas, estudiar y eso.

Aceptar las cosas como son e intentar aprender a vivir con el pasado. Olvidar los hechos no es posible. Por tanto, primero hacer todo lo posible para intentar solucionar la situación. Y si no es posible, aceptar los hechos como son.

P5_M: si me pasa algo malo lo que hago es, o le pido consejo a alguien, o intento pensar en la manera de arreglarlo, primero, antes que nada. Si veo que hay algo que no hay manera de arreglarlo, o que es algo que no se puede arreglar y tienes que asumirlo, o tienes que, pues, lo asumo, ya está, no pasa nada. Es algo que tienes tú que hacerlo porque sí, porque es así ya está. No tienes ni que estar preocupando a nadie ni nada. Si lo has hecho tú, lo has hecho tú (...) intentas olvidar las cosas, pero al fin y al cabo olvidar no sirve para nada, porque al fin y al cabo olvidar no olvidas nada. no olvidas nada. no se puede olvidar.

Al final solo queda asumir las experiencias como parte de la vida.

P7_H: no sé, yo, lo intentas todo, es la verdad, lo intentas todo, pero al final lo único que queda es vivir con ello. A ver, lo tienes, ya lo has hecho, no pasa nada, te ha pasado, ya has hecho algo que lo has hecho mal, ahora lo único que queda es intentar arreglarlo o vivir con ello (...) tienes que asumir, si te ha pasado algo, tienes que asumirlo, no puedes bloquearte en esa cosa y quedarte ahí y pensar todo el día en eso mal. Tienes que, no sé, pensar en que se arreglará o que no pasa nada, ya lo has hecho o se está hablando o si ya no lo volverás a hacer otra vez o cosas así.

Intentar no pensar mucho en los problemas, no darle muchas vueltas y dejar que el tiempo pase como estrategia para solucionar los problemas

P9_H: No podemos darle más vueltas. No podemos estar mal por algo que ha pasado, tenemos que seguir adelante.

P5_M: Pues voy con ella (su madre), si algo no me gusta, pues lo dejo estar. Si algo no lo encuentro bien, pues intento no hacerle mucho caso, ¿sabes? Cosas así.

Romper con el pasado para avanzar. Para poder dejar el pasado atrás, a veces significa la ruptura de la relación con los familiares. La sensación de que cuando avanzan en su trayectoria, recobran el control de su vida, y pueden dirigir sus intereses hacia un futuro concreto, en el momento en que rompen con los lazos que les atan a las relaciones, a menudo dolorosas, con sus cuidadores.

P10_M: yo comencé a evolucionar cuando dije “ya no eres mi madre”. Es que le dije eso, antes de colgar le dije: “es que ya no eres mi madre”, y le colgué. A partir de ahí he ido alante, alante... Es como coger y decir “es que no sé, no es nada culpa mía, y no le tengo nada que ver, y esta es mi vida y la tengo que disfrutar.

P9_H: mi mamá, o sea, los del Centro me han dicho, que mi mamá volverá, o sea, vendrá a buscarme esta tarde. Sé que no va a venir, porque no ha venido durante 1 año, ni ha llamado, ni nada. O sea, no ha aceptado las reuniones ni eso. Te das cuenta..., y entonces no te afecta, o no te afecta tanto como te afectaba antes, de que tu mamá no venga. (...) [Con eso aprendí,] me di cuenta que mi madre no quería venir. No le importábamos, yo me di cuenta.

P5_M: Y con la familia, pues mira, si estás mal haces lo mismo, pasar de todo y decir: pues si estoy mal, (...) lo dejo todo a un lado y me voy por mi camino, porque si estoy con ellos estoy sufriendo... pues me voy por mi camino, los dejo estar y ya está. Y si no, lo que puedes hacer, pues mira, si estoy mal con ellos, pues mira, no los quiero dejar ahí a todos.

Endurecerse y volverse invencible. Esto se consigue mediante la construcción de una coraza (imaginaria) que permita ocultar la sensación de vulnerabilidad interna y ofrecer, en cambio, una visión externa de sí mismos como seres fuertes e invencibles.

Los diálogos internos ayudan en el proceso con mensajes como la necesidad de resistir, de minimizar el impacto de las experiencias negativas, de seguir adelante y no caer.

P2_H: [tienes que] Hacerte un poco el duro y ponerte obstáculos en la vida y hacerte más fuerte, más fuerte e invencible, ¿sabes? Como que las cosas no pasarán, decirte que eso no es nada y seguir superándolo poco a poco y haciéndote más fuerte como persona. Por ejemplo, que nada te venza, que por ejemplo, que no te tomen el pelo, que no te estafen como persona, que nada te va a vencer, ¿sabes? Como que te hagas un caparazón y que lo demás no te afecte.

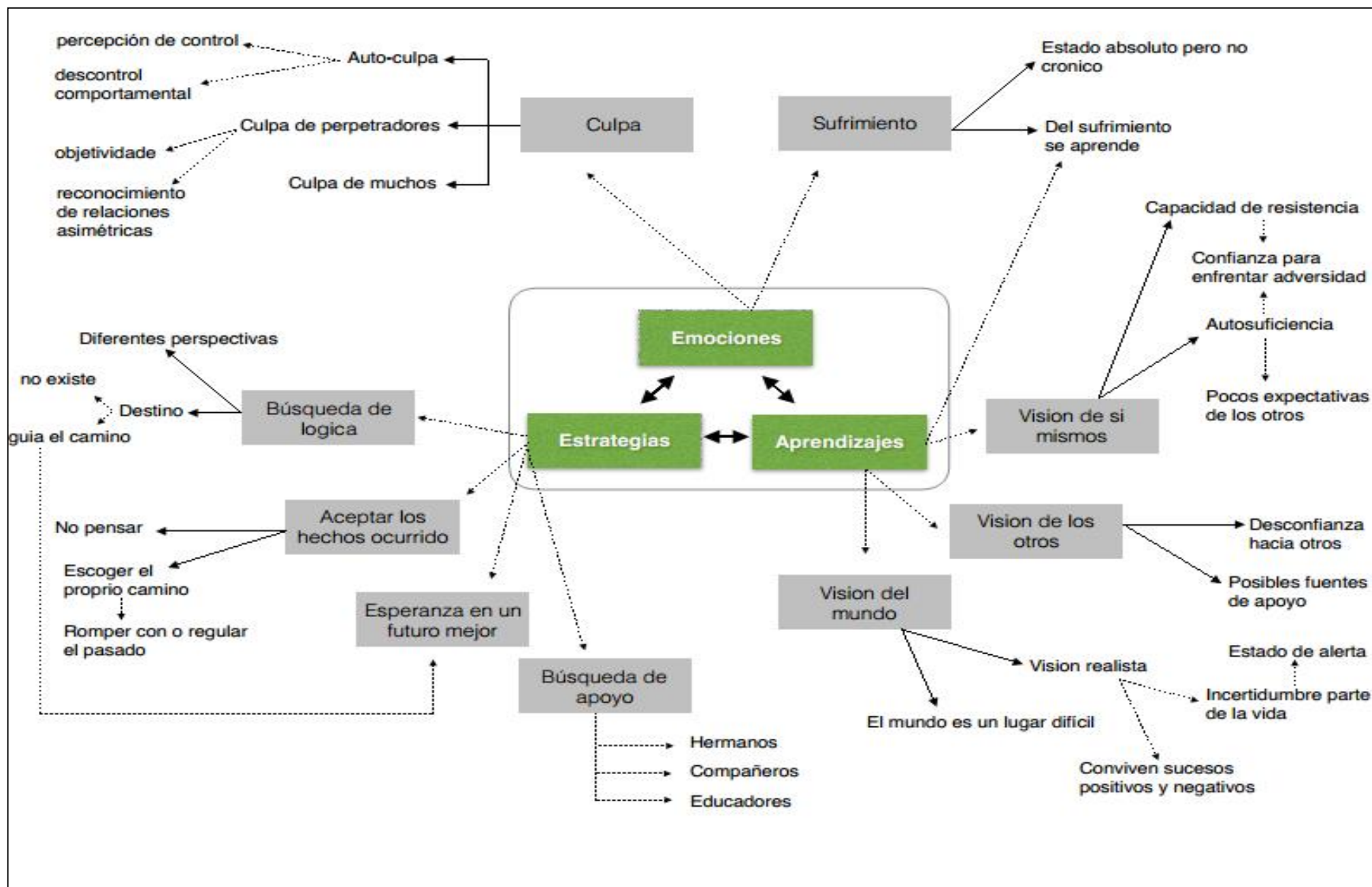
Confiar en los propios recursos y depender de uno mismo para solucionar los problemas. Esto implica para algunos no esperar nada de la gente.

P5_M: [Mi estrategia es] No esperar nada de la gente.

P4_M: Yo, para mí, si estoy hundida, yo, conmigo y ya está. No quiero ni que me hablen, ni ay pobrecita, ni nada, yo. Yo y ya está, a mi rollo.

Modelo de lectura de las respuestas

La organización del contenido de las entrevistas ha estado fuertemente definida por las dimensiones que se escogieron para profundizar en su significado. Desde nuestro punto de vista, la información obtenida en las entrevistas puede organizarse en tres ejes y un factor cuya influencia afecta de forma transversal a los tres ejes. El factor se refiere a la entrada en el centro de acogida como una consecuencia fundamental de la violencia familiar. El primer bloque hace referencia a las características de la vivencia. Este proceso está muy relacionado con el reconocimiento de un sufrimiento profundo y los procesos atribucionales que se desarrollan. El segundo bloque se asocia con las características de las creencias básicas, que implica una serie de cambios en la visión de uno mismo, en la visión sobre las relaciones con los otros y en su visión general del mundo. El tercer bloque se refiere a la descripción de las estrategias que perciben que les resultan o les han resultado útiles para gestionar ese sufrimiento y sus consecuencias.



DISCUSIÓN

OBJETIVO 1. Analizar, a través del cuestionario VIVO, el sistema de creencias de los adolescentes afectados por violencia familiar en población general y de los adolescentes en centros de acogimiento residencial, y señalar aspectos comunes y diferentes entre ellos.

Hipótesis 1. Se espera que el sistema de creencias de los adolescentes con experiencias de violencia familiar en población general se caracterice por: a) una visión más negativa sobre sí mismos; b) menor capacidad de confiar en los otros; c) vivencias de culpa ante los hechos, respecto a los adolescentes sin violencia familiar en población general.

Contrastando la muestra de adolescentes en población general con violencia y sin violencia, la hipótesis 1 se confirma parcialmente. Los adolescentes con violencia familiar respecto al grupo sin violencia familiar, presentan una visión más negativa sobre sí mismos y vivencias de culpa, pero no presentan diferencias en la capacidad de confiar en los otros.

En concreto, los adolescentes en población general con violencia familiar, muestran una tendencia mayor a:

- Visión de sí mismos:
 - Creer que han perdido la confianza en sí mismos.
 - Consideran la violencia familiar un punto de referencia en el modo de entender el mundo.
 - Tienden a reconocerse como víctimas e identificarse como tales.
- Emociones y consecuencias de los hechos:
 - Mayores vivencias de indefensión y pérdida de control.
 - Mayor percepción de sufrimiento que se expresa en los sueños.
 - Presentar vivencias dolorosas de culpa.
 - Considerar injusto el azar y se cuestiona por ello.
- Estrategias de afrontamiento:
 - Mayor creencia en el suicidio como una opción legítima y han podido llegar a considerarla.
 - Mayor tendencia a dar vueltas a los hechos que les suceden y no pueden dejar de pensar en ellos fácilmente.
 - Mayor tendencia reaccionar con bloqueo y miedo ante las amenazas o los eventos vitales estresantes.

Investigaciones recientes con población general coinciden al señalar que los jóvenes que se han sentido más desatendidos en lo emocional, agredidos o amenazados por sus padres durante la infancia, tienden a mostrar menor confianza en sí mismos y en sus recursos para resolver los desafíos vitales en la adolescencia (McCarthy & Lumley, 2012; Muris, 2006; Wright et al., 2009). El desarrollo de la confianza en uno mismo se produce durante los primeros años de vida, y está íntimamente ligada a la calidad y cantidad de las relaciones con los cuidadores (Bowlby, 1973). Una de las hipótesis más aceptadas es que las prácticas parentales negligentes donde predomina la falta de sintonía emocional, la crítica excesiva o la humillación, se asocian con verbalizaciones que tienden a centrarse en la persona y no en el comportamiento. Esta falta de diferenciación entre lo que uno es (como persona) y lo que uno hace (como comportamiento) provoca mayores sentimientos de vergüenza en los niños (Gold et al., 2013), y más inseguridad en sus propias capacidades (Wilson et al., 2008). En la adolescencia, si el joven comienza la tarea de individuación y desarrollo de su identidad sin tener la base necesaria, es decir, sin confianza en sus propias percepciones y capacidades, el desarrollo de un sentido claro de sí mismo como individuo y de su papel en el mundo, es mucho más difícil que si cuenta con los recursos apropiados (Cierpka, 2014; Miller, 2011). Esta hipótesis parece comprobarse en nuestro estudio, pues los adolescentes también refieren sentimientos de humillación y vergüenza en el momento en que ocurrían las situaciones de maltrato. Las características de los ítems no nos permiten identificar si los adolescentes se sintieron así como consecuencia de sus propias reacciones ante el maltrato (más asociado a vivencias de culpa) o debido a la naturaleza de la victimización. Aunque la literatura clínica está llena de ejemplos, no hemos encontrado ningún estudio cualitativo que pueda aportarnos más información sobre los procesos y características de la vergüenza (o humillación) en los adolescentes respecto a la violencia familiar, por lo que parece un tema muy pertinente para futuras investigaciones.

Los adolescentes en nuestro estudio consideran que la violencia familiar es un punto de referencia en cómo entender el mundo, y se identifican con la mirada de víctima. Pueden reconocer que han sufrido como consecuencia de las acciones u omisiones del responsable de sus cuidados. Este reconocimiento, como vemos en los resultados, es

compatible con la presencia de vivencias dolorosas de culpa. Los estudios sobre impacto del maltrato familiar en los estilos atribucionales coinciden en señalar que los adolescentes pueden desarrollar de forma simultánea atribuciones autorreferenciales y atribuciones donde los perpetradores son los culpables del maltrato (Celano y cols., 2002; Feiring y cols., 2002). La auto-culpa y la culpa al otro son constructos independientes y que pueden coexistir. Según los resultados, cabe también considerar que los adolescentes manejan la idea de que la culpa es del azar. Por culpa de la “mala suerte” se puede explicar la exposición a situaciones de violencia familiar.

Desde nuestro punto de vista, las estrategias de afrontamiento que refieren los adolescentes con violencia familiar se asemejan más a reacciones de desesperanza y vulnerabilidad cognitiva, que a estrategias enfocadas a la solución del problema. Todas estas reacciones han sido ampliamente documentadas en la literatura sobre trauma relacional. La rumiación entendida como una alteración en la capacidad para regular o tolerar estados emocionales negativos, se ha asociado con sintomatología de estrés postraumático en adolescentes víctimas de maltrato familiar (Hankin, 2010). Una reciente revisión con más de 55 investigaciones señala una relación frecuente entre el maltrato intrafamiliar en todas sus manifestaciones (pero de forma más relevante en el abuso sexual y el maltrato emocional), con la presencia de ideación e intentos de suicidio en adolescentes, tanto en población general como clínica (Esposito-smythers, Weismore, & Renshaw, 2013). Las respuestas de bloqueo ante la amenaza que manifiestan los adolescentes, se han estudiado en contextos clínicos desde la óptica de las reacciones primarias ante el peligro, y se producen cuando se percibe ausencia de recursos (propios o externos) para enfrentar la amenaza (Perry, Pollard, Blakley, Baker, & Vigilante, 1995). Esta respuesta de bloqueo o congelación ante el peligro aumenta la ansiedad y disminuye los procesos cognitivos para permitir que uno averigüe cómo responder, lo que convierte el proceso en un circuito de vulnerabilidad capaz de retroalimentar la visión negativa sobre uno mismo y sobre las propias capacidades para solucionar los problemas.

Contrario a lo que sugiere el grueso de la literatura revisada, nuestros análisis no mostraron diferencias significativas para ninguna creencia relacionada con la visión de los otros. En base a los resultados de otros estudios (Calvete et al., 2013; Fuentes et al.,

2015; Gracia et al., 2005) esperaríamos encontrar una tendencia en los adolescentes afectados a desconfiar en las relaciones interpersonales. Una posible explicación se refiere a las características del instrumento empleado. En las entrevistas al preguntar a los adolescentes sobre la confianza en los otros, refieren que tienden a desconfiar de la gente, como constructo general, pero a su vez consideran muy relevante buscar el apoyo en personas específicas: sus compañeros, sus hermanos/as y los educadores. En este sentido, el cuestionario VIVO evalúa la tendencia a confiar más o menos en las personas en general, lo que observamos que tiene matices distintos.

Objetivo 2. Comparar, a través del cuestionario VIVO, el sistema de creencias de los adolescentes afectados por violencia familiar en población general y de los adolescentes en la muestra de contraste, y señalar aspectos comunes y diferentes entre ellos.

Hipótesis 2: Se espera que el sistema de creencias de los adolescentes de la muestra de contraste (centros de acogimiento) presente una visión del mundo más negativa, respecto al sistema de creencias en los adolescentes con violencia familiar de población general.

Al contrastar la muestra de los adolescentes con y sin violencia en población general respecto al grupo de adolescentes de la muestra de contraste (centros de protección), la hipótesis 2 no se confirma. Las creencias que caracterizan a los adolescentes en centros de protección se asocian a una visión de sí mismos más positivas, con menos emociones negativas y estrategias de afrontamiento en términos de resistencia y dignidad, a diferencia de los adolescentes con violencia en población general. Concretamente, se caracterizan por:

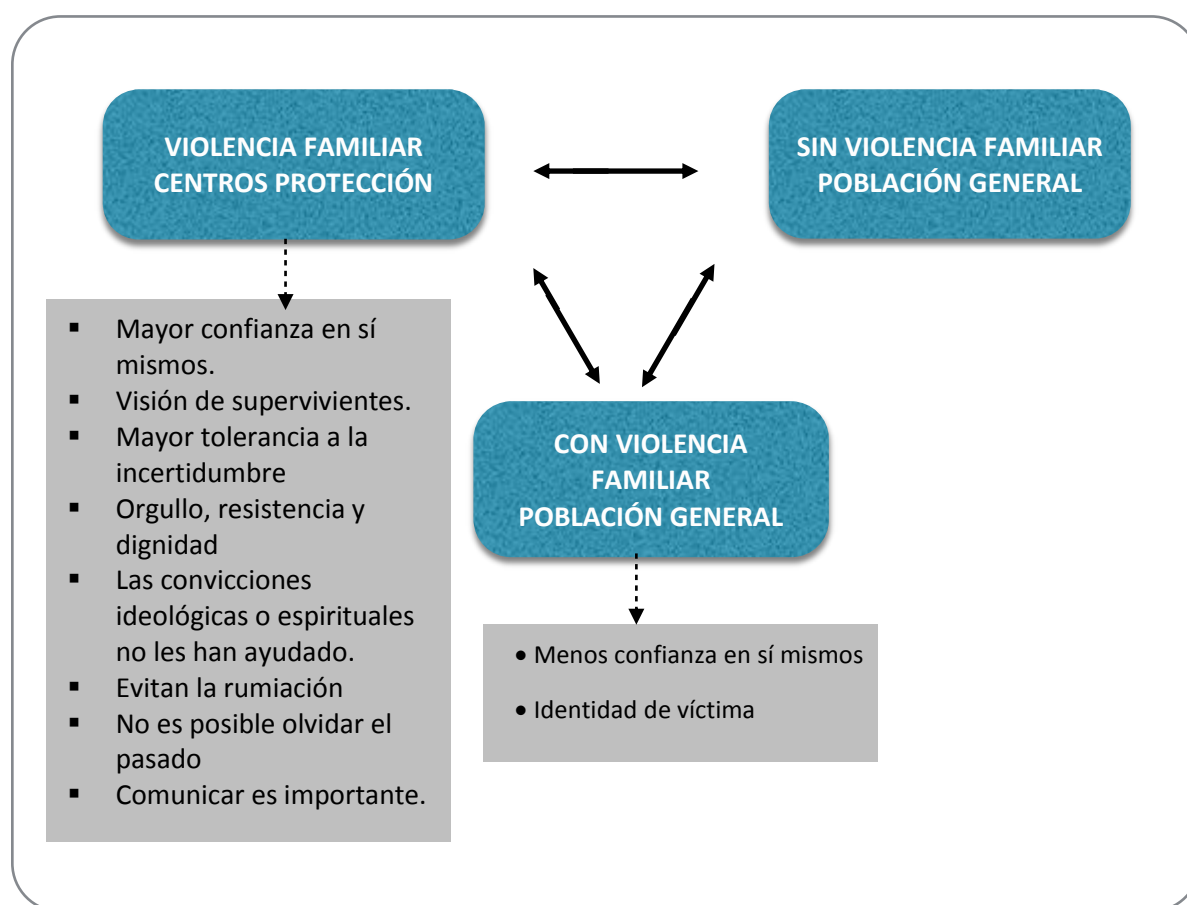
- Visión del mundo:
 - Considerar que la vida consiste en aceptar la incertidumbre y la ambigüedad
- Visión de sí mismos:
 - Mostrar una mayor confianza en sí mismos.
 - No identificarse como víctimas.
- Emociones:
 - Asocian lo ocurrido a vivencias de orgullo, dignidad o resistencia
- Estrategias:
 - Considerar que sus convicciones ideológicas o espirituales no les han ayudado para enfrentar situaciones difíciles.
 - Intentar no darle vueltas a lo ocurrido.
 - Creer que no es posible olvidar el pasado.
 - Considerar que comunicar lo ocurrido es importante.

Nos planteamos tres posibles alternativas para explicar estos resultados; alternativas que no son mutuamente excluyentes. La primera explicación se refiere al efecto del método de muestreo online, el cual podría facilitar que los adolescentes compartieran información íntima en términos más negativos gracias al anonimato. A pesar de las medidas tomadas para disminuir la preocupación por la confidencialidad, escoger un espacio privado, y la construcción de un buen *rapport*, el hecho de completar el cuestionario VIVO junto con la investigadora podría haber inducido sesgos de deseabilidad social, tales como la minimización de la victimización o una reinterpretación más positiva de los hechos. Otra explicación se refiere a la composición de la muestra. El 85% de la muestra de población general procede de América Latina por lo que es posible que algunas de las diferencias que encontramos se deban a elementos culturales ligados a los patrones familiares latinoamericanos, a la mayor o menor expresividad a la hora de explicar este tipo de hechos, o incluso a diferencias en el perfil de violencia intrafamiliar. Mientras que la muestra población general parece en gran medida haber estado expuesta a violencia física o psicológica, los adolescentes institucionalizados son en su gran mayoría víctimas de negligencia y abandono.

Finalmente, otra explicación se refiere a la influencia de los contextos post-trauma en el ajuste posterior del individuo. Desde una perspectiva psicosocial, se argumenta que el contexto inmediato del individuo (familiar, social o institucional) puede funcionar como un factor de protección o vulnerabilidad en el proceso de recuperación de los afectados (Markez-Alonso, Fernández-Liria, & Pérez-Sales, 2009). En las entrevistas los adolescentes perciben los centros como contextos de cuidado, donde predominan relaciones interpersonales respetuosas, y gracias a los cuales tienen acceso a recursos alternativos, educativos y profesionales donde pueden desarrollarse. Este espacio y estas vivencias relacionales, pueden favorecer la visión de sí mismos como personas con capacidades para enfrentar la adversidad. Esta visión está reforzada por su realidad diaria, en la que tienen acceso como experiencias de éxito más fácilmente que si estuvieran bajo contextos maltratantes.

Figura 1.

Diferencias en las creencias del VIVO cuando comparamos entre grupos de adolescentes



A pesar de las limitaciones de los centros de acogida ampliamente documentadas, cabe recordar que también existen varios estudios que confirman un impacto positivo de estos recursos, especialmente para aquellos adolescentes expuestos al maltrato grave. Jóvenes ex tutelados de diferentes estudios coinciden en señalar la estancia en el centro residencial como una oportunidad para sentirse más tranquilos con su vida y acceder a recursos educativos adecuados (Dunn et al., 2010; Silva & Montserrat, 2014). Otro factor, lo asociamos a la intervención de la autoridad externa (servicios sociales) al señalar que las prácticas parentales de los cuidadores eran inadecuadas. En un interesante estudio con niños y adolescentes, Kolko, Brown & Berliner (2002a) encontraron que cuando las acciones parentales eran definidas más claramente como un problema grave y como una violación de una norma social, resultaba más fácil para

las víctimas distinguir este comportamiento como intolerable y desarrollar percepciones menos negativas sobre sí mismo, y menores vivencias de auto-culpa. Aunque las características del estudio no permiten asegurarlo, asumimos que gran parte de los adolescentes en población general podrían no compartir el mismo contexto protector. Si este grupo de adolescentes está conviviendo con sus familias y por tanto continua expuestos a relaciones disfuncionales, será más difícil que los adolescentes refieran una imagen más ajustada y en términos positivos sobre ellos mismos, tal y como sugiere la literatura revisada (Donovan & Brassard, 2011).

OBJETIVO 3. Comparar, a través del cuestionario VIVO, el sistema de creencias de adolescentes con violencia familiar, respecto a adolescentes con eventos extremos no relacional y respecto a adolescentes con experiencias de pérdida.

Hipótesis 3. Se espera que los adolescentes con eventos extremos no relacionales muestren una visión del mundo como un lugar más imprevisible y amenazante, respecto a los adolescentes con violencia familiar.

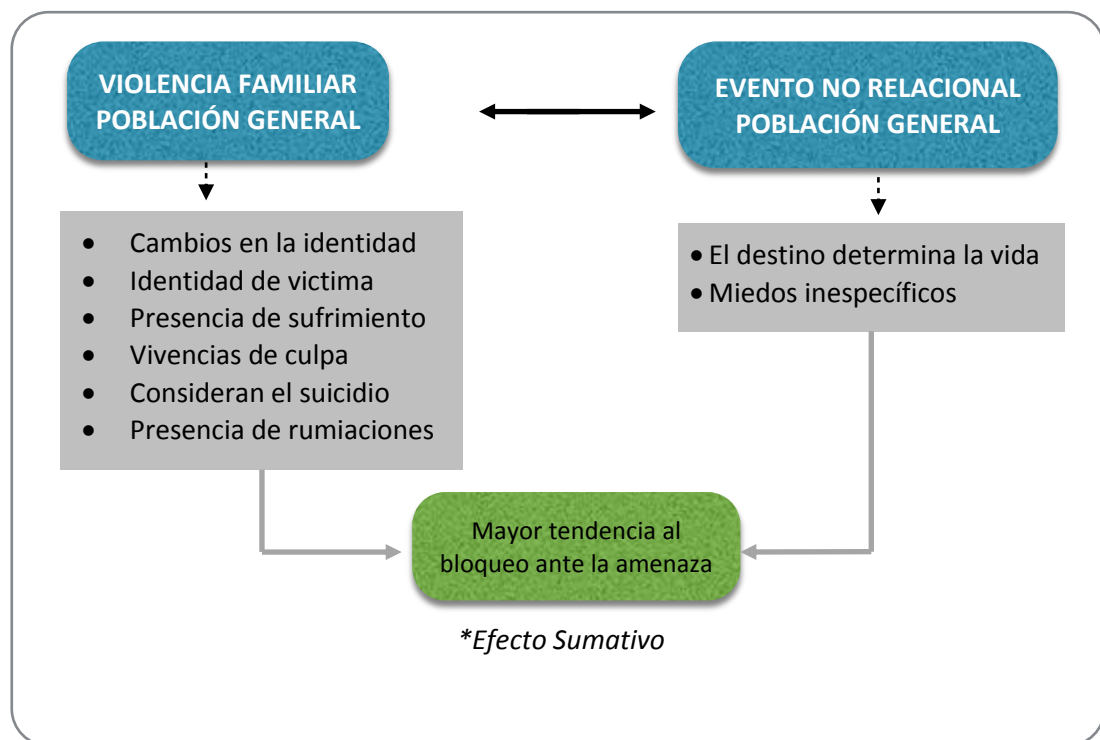
Según los resultados, los adolescentes que han sido víctimas de catástrofes naturales o accidentes de tráfico, presentan puntuaciones más altas en la creencia de que el destino existe y juega un papel decisivo en sus vidas. También manifiestan la dificultad de identificar sus miedos. Por tanto, podemos decir que la hipótesis 3a se confirma sólo parcialmente, pues contrario a lo que se pensaba, la percepción de imprevisibilidad o amenaza vital no aparece asociada a la vivencia de un evento extremo no relacional.

Estos hallazgos confirman que en los eventos extremos no relacionales, la visión de uno mismo y de los otros, no está tan alterada. Las víctimas de catástrofes y accidentes de tráfico, generalmente no son blanco de agresiones intencionadas lo que les permite mantener su creencia en el ser humano como un ser bondadoso y de confianza. Al tratarse de experiencias impersonales también es difícil focalizar los orígenes en características personales, lo que puede mitigar los efectos negativos sobre la visión de uno mismo y la auto-estima. Es más fácil reconocer que estos sucesos ocasionales pueden ocurrirle a cualquier persona en cualquier momento, como resultado de la mala suerte, o debido a los caprichos del destino de cada uno. Creer en el destino, supone entre otras cosas, pensar en la existencia de una fuerza sobrenatural que actúa sobre los seres humanos y los sucesos que ocurren a lo largo de su vida. Ante experiencias como las catástrofes o los accidentes de tráfico, que pueden poner en duda la creencia general de invulnerabilidad y sentido de seguridad vital (Janoff-Bulman, 1992) se ha observado, al igual que en nuestros resultados, que las víctimas utilizan el destino como una explicación alternativa respecto a la lógica irracional de los eventos.

Puede que las creencias sobre el mundo y su sentido queden afectadas o no, pero no se cuestionan las creencias nucleares sobre la bondad de los otros, o la valía personal.

Figura 2.

Diferencias en las creencias del VIVO cuando comparamos eventos extremos no relacional con la violencia familiar



Contrario de lo que cabría esperar, nuestros resultados no señalaron directamente la asociación entre la exposición a catástrofes o accidentes de tráfico y la percepción de imprevisibilidad o pérdida de control. Aunque, también cabe señalar que de forma indirecta la creencia en el destino podría estar encubriendo la percepción de incertidumbre ante los hechos. Creer en el destino aumenta la sensación de control sobre el medio al ofrecer una explicación a la ocurrencia de los sucesos.

La exposición a la violencia familiar y además la vivenciación de un evento extremo, se asocia con un indicador de mayor vulnerabilidad ante la adversidad en términos de afrontamiento. Los resultados señalan que los adolescentes que han pasado por ambas experiencias refieren mayores puntuaciones en bloqueo inmediato ante eventos

amenazantes, respecto a los adolescentes que solo han vivido una de las experiencias. A la luz de las investigaciones sobre el riesgo acumulativo, este resultado es lógico, en tanto cuanto mayor exposición a experiencias traumáticas, mayor impacto en las capacidades y los recursos personales para hacer frente a la adversidad (Appleyard et al., 2010). Parece que en nuestro caso, la presencia simultánea de la violencia familiar y eventos extremos no relacionales tiene un efecto acumulativo, y provoca un desgaste, agotamiento o deterioro de las estrategias de afrontamiento eficaces predominando el bloqueo ante la amenaza.

Hipótesis 3b. Se espera que los adolescentes con pérdidas significativas muestren una visión del mundo injusta, respecto a los adolescentes con violencia familiar en población general.

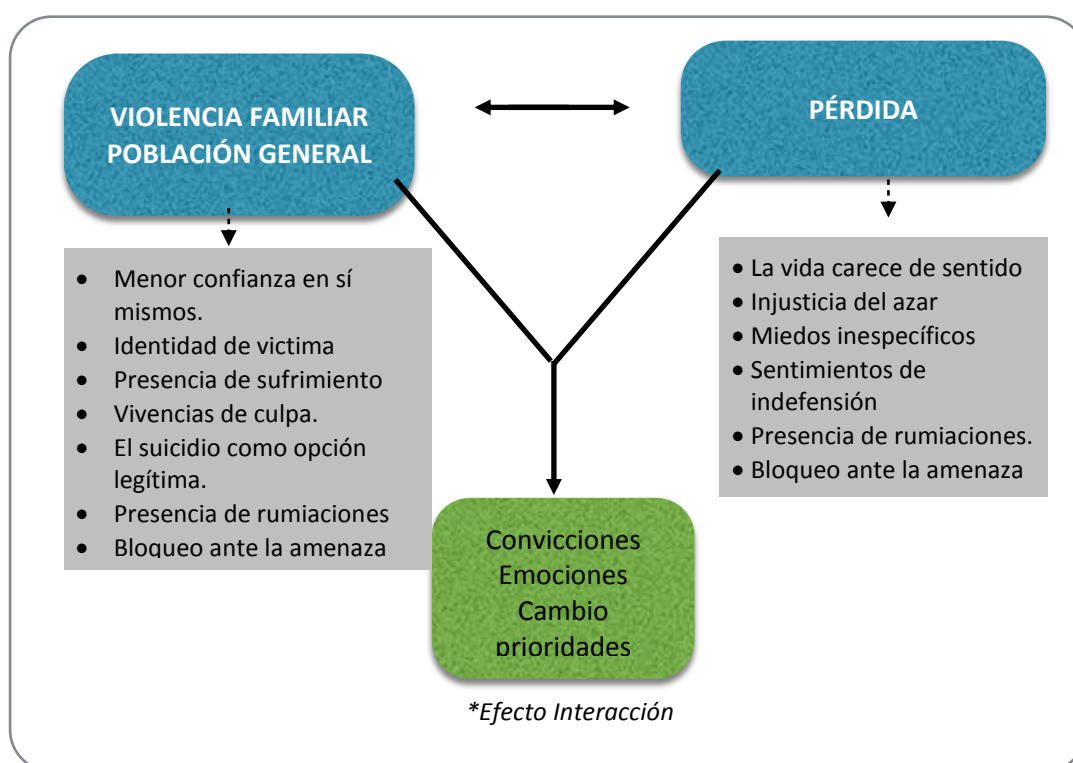
Los resultados muestran que la hipótesis 3b se confirma. Las creencias asociadas a la pérdida tienen que ver con cuestionamientos sobre el sentido profundo de la vida, y con el sentido de justicia, ambos parte de los elementos que conforman la visión del mundo.

La pérdida de un padre, especialmente si no ha sido anticipada, es una experiencia que tiene el poder de confrontar a la persona con la percepción de sentido y justicia de la vida (Janoff-Bulman, 1992). La gente realmente no obtiene lo que se merece pues las cosas malas también pueden suceder a las personas buenas no hay reglas que guíen los acontecimientos y un mundo así tiene menos sentido. Los adolescentes que informaron sobre experiencias de pérdida, también manifestaron sentirse más abrumados por miedos difíciles de identificar. El fallecimiento de un ser querido confronta a las personas con la irreversibilidad de la muerte y provoca que uno se cuestione sobre la fragilidad de la propia vida. En adolescentes, y especialmente si han sufrido violencia familiar y carecen de una seguridad de base, la muerte o enfermedad de un ser querido puede aumentar intensamente su percepción de amenaza y vulnerabilidad vital lo que acarrea reacciones fisiológicas en la que tiene cabida los miedos o las pesadillas (Neria & Litz, 2004). Cabe recordar que la pérdida traumática se ha asociado, tanto en población joven

como adulta, con la expresión de emociones negativas y positivas sin que la presencia de emociones negativas como la rabia, el miedo, o la impotencia determine la capacidad de ajuste y desarrollo posterior. La diferencia estriba en que dichas emociones no interfieran en la habilidad para continuar funcionando de forma positiva (Mancini, Prati, & Bonanno, 2011).

En contraste con las creencias asociadas a las pérdidas, podríamos sugerir que las experiencias de violencia familiar en tanto procesos relacionales tempranos, prolongados y sostenidos, no implican el cuestionamiento del sentido de la vida, sino que el sentido de la vida se va construyendo y definiendo de la mano de la victimización. La violencia familiar se asocia por tanto, a un patrón más complejo, con creencias sobre la visión de uno mismo más negativa, emociones de humillación y vergüenza, y estrategias de afrontamiento poco eficaces.

Figura 3.
Diferencias en las creencias del VIVO cuando comparamos pérdidas con la violencia familiar



Atendiendo a los efectos de interacción, se observó que la combinación de las experiencias de pérdida y violencia familiar genera un fenómeno singular en las puntuaciones del cuestionario que va más allá de la suma de puntuaciones.

El adolescente que informa sólo de violencia familiar, considera que las convicciones ideológicas o espirituales no le ayudan ante la adversidad. Pero, cuando el adolescente presenta experiencias de violencia familiar y la pérdida, esta creencia cambia y las convicciones se perciben como un recurso útil para enfrentar sus problemas. Posiblemente la vivencia de ambas experiencias, y en especial la pérdida, provoque un mayor cuestionamiento sobre el sentido de la vida y de la propia existencia. Según Ai y Park (2005) la espiritualidad funciona como una estrategia de control secundaria utilizada para encontrar un nuevo sistema de significados después de que la experiencia traumática haya puesto en cuestionamiento los valores y creencias básicos del individuo. Esto podría aplicarse al caso de los adolescentes afectados por ambas experiencias que, dada la complejidad de la situación, busquen en la religión la manera de dar sentido a los hechos. El uso de la espiritualidad como estrategia de afrontamiento también se ha observado con contextos de polivictimización con jóvenes mujeres víctimas de violencia interpersonal (Gillum, Sullivan, & Bybee, 2006) o abuso sexual (Lilly, Howell, & Graham-Bermann, 2015)

Estar expuesto a violencia familiar y además, perder a un ser querido también provoca un cambio en las creencias sobre cambio de prioridades vitales, cambio de identidad y emociones negativas. Los adolescentes víctimas de violencia familiar, piensan que han cambiado sus prioridades en la vida. Sin embargo, cuando los adolescentes víctima de violencia, también sufren una pérdida importante, consideran que la violencia familiar no les ha cambiado tanto su vida. Un patrón similar ocurre para la creencia de cambios en la identidad y las emociones asociadas. Los adolescentes con ambas experiencias, piensan que la violencia familiar no es un punto de referencia en el modo de entender el mundo, y recuerdan más emociones de orgullo, resistencia y dignidad sobre los hechos.

Desde nuestra perspectiva, este fenómeno se asemeja a lo propuesto por las teorías del crecimiento post-traumático (R. . Tedeschi & Calhoun, 2007; Triplett, Tedeschi, Cann, Calhoun, & Reeve, 2012) que sugieren que después de una experiencia traumática aguda como la pérdida de un ser querido, las personas pueden presentar cambios positivos en sus capacidades, no por el suceso de la pérdida en sí, sino como resultado de los procesos de resistencia que emprende a partir de él. Por ejemplo, cuando una persona vive la pérdida de un ser querido se vuelve más consciente de la realidad de la muerte, y esto puede conllevar a una mayor apreciación del valor de las pequeñas cosas de la vida y de las experiencias positivas del día a día. En relación a nuestros resultados planteamos que los adolescentes que han sufrido ambas experiencias, reevalúan el impacto de la violencia familiar tomando como referencia las consecuencias imborrables de la pérdida y como consecuencia le otorgan una mirada más positiva y menos trascendental.

Tomando en conjunto los datos sobre pérdidas y eventos extremos no relacionales, los hallazgos sugieren que las experiencias traumáticas inducidas por el ser humano, como la violencia familiar, tendrían un impacto más perjudicial que las experiencias no relacionales (como los accidentes de tráfico o las catástrofes naturales) debido a que la naturaleza de la propia experiencia afectan un grupo específico de creencias claves para el bienestar del ser humano. Como hemos visto, la vivencia de más de una experiencia extrema relacional modifica las puntuaciones en el cuestionario VIVO. Concretamente la pérdida de seres queridos, unida a la violencia, altera las características de las creencias y las emociones asociadas a la violencia familiar. A la luz de este resultado, nos preguntamos si realmente resulta posible, y si es incluso pertinente, proponer un perfil de impacto en las creencias asociado única y específicamente a la violencia familiar. No estamos cuestionando aquí que la violencia familiar tiene un impacto en un conjunto de creencias de forma diferencial respecto a otras experiencias extremas relacionales y no relacionales. Lo que queremos señalar es la necesidad de reconocer el efecto de interacción que se produce con otras vivencias.

OBJETIVO 4. Analizar la influencia de variables sociodemográficas (edad y sexo), variables relacionadas con las características de la experiencia (duración) y variables subjetivas (percepción de amenaza y percepción de impacto) en las respuestas al cuestionario VIVO de adolescentes en población general con violencia familiar.

Hipótesis 4. Se espera que a mayor percepción e amenaza e influencia, mayores puntuaciones en el cuestionario VIVO en las escalas sobre la visión de sí mismo y visión de los otros.

La hipótesis 4 sólo se confirma parcialmente ya que los resultados muestran que las variables objetivas y subjetivas tienen un efecto predictor diferente según la escala del VIVO. La percepción de amenaza es la variable predictora que afecta a un mayor número de creencias. Ninguna variable resultó predictora para las puntuaciones en la visión del mundo o las estrategias de afrontamiento.

Como ya comentamos en los capítulos teóricos, son pocos los estudios que abordan las diferencias según la edad en el sistema de creencias y a menudo se centran en las diferencias en estilos atribucionales, mostrando resultados mixtos. Hay estudios que reconocen que por ejemplo la naturaleza del estilo atribucional cambia cualitativamente a lo largo de la infancia y no empiezan a mostrar un estilo característico y único hasta la adolescencia tardía (Cierpka, 2014). Mientras, en otros estudios la edad no aparece como variable predictora de percepciones asociadas al maltrato (Kolko et al., 2002a). Nuestros resultados señalan que la edad es una variable predictora en creencias más positivas sobre visión sobre uno mismo, la visión de otros y la actitud ante el mundo. A mayor edad se observa creencias en términos más positivos y de mejor ajuste: hay una mayor tendencia a considerar que la vida consiste en aceptar la incertidumbre y la ambigüedad; a reconocer la naturaleza bondadosa en el ser humano; considerar que pueden asumir su pasado o que es posible entender o perdonar; no creer que la sociedad los culpabilice; y pensar que su visión del mundo no ha cambiado mucho debido a los hechos ocurridos. Al aplicar este dato a la interpretación

de los resultados sobre el cuestionario, nos permite descartar la edad como variable explicativa en el desarrollo del sistema de creencias más positivo que caracteriza a los adolescentes de la muestra de contraste, puesto que la media de edad de este grupo fue significativamente menor ($M=15.5$), a la media de edad de los adolescentes con y sin violencia familiar en población general ($M=16.6$).

La literatura revisada se muestra más concluyente respecto al efecto del sexo, y por ejemplo se ha observado que las niñas presentan mayores percepciones de impotencia y auto-culpa respecto a los niños en contextos de maltrato físico (Bugental & Shennum, 2002). Por el contrario, los niños tienden a presentar una percepción de omnipotencia en relación a la victimización (McGee et al., 2001). En el ya citado estudio de Kolko, Brown y Berliner (2002) las niñas informaron puntuaciones más altas sobre las consecuencias percibidas de la victimización, y tendieron a apoyar sentimientos más negativos hacia el abusador. En nuestro estudio, el ser hombre predice una menor creencia en el destino, una menor creencia en el suicidio como una opción legítima, así como una peor tolerancia a la ambigüedad y la incertidumbre en la vida.

Los resultados que obtuvimos respecto a la duración de la experiencia son mixtos. Por un lado, similar a otros estudios revisados, una mayor frecuencia y persistencia del maltrato familiar predice más vivencias de culpa. Sin embargo, también encontramos que una mayor duración de la experiencia predice una mayor tendencia a confiar en los otros, y a percibir mayores posibilidades de cambio personal. Cabría pensar que las experiencias de maltrato crónico y sostenido en el tiempo, pueden motivar al adolescente a una búsqueda de redes de apoyo alternativas para cubrir el vacío y la falta de apoyo emocional de sus familiares.

Respecto a las variables subjetivas, cuanto más amenazante resulta la experiencia de violencia familiar, las personas tienden a mostrar un patrón más afectado y negativo. A mayor percepción de riesgo vital, mayor tendencia a considerar que en general triunfa el mal y que las personas no suelen ayudar a las personas cercanas, menor confianza en los otros, mayor percepción de impotencia y pérdida de control, más miedos asociados a la experiencia, perciben menor posibilidad de cambios, consideran que ser testigo es irrelevante y sienten que la sociedad o los otros les culpabiliza a ellos mismos por lo que les ha pasado. Estos datos, son congruentes con la literatura que señala que uno

de los factores subjetivos que se ha establecido clave en el pronóstico de las respuestas al trauma es la percepción de amenaza a la vida (Schuler & Boals, 2016). La percepción de riesgo vital ha sido mejor factor predictor de sintomatología postraumática que las medidas objetivas de riesgo en supervivientes de catástrofes humanas (Ahmad, von Knorring, & Sundelin-Wahlsten, 2008), asalto con violencia (Johansen, Wahl, Eilertsen, Hanestad, & Weisaeth, 2006) o abuso sexual (Ullman, Townsend, Filipas, & Starzynski, 2007). En la misma línea, una mayor percepción de influencia predice menor confianza en otras personas, mayor capacidad para identificar los miedos, y una mayor tendencia a pensar que la experiencia ha cambiado sus prioridades en la vida. Tomados en conjunto, estos datos sugieren que la percepción de amenaza a la integridad y la percepción de impacto vital son dos factores subjetivos relevantes en el desarrollo de respuestas de resistencia o de vulnerabilidad ante la violencia familiar. El maltrato infantil, aunque no se perciba como amenazante para la vida, puede constituir una experiencia traumática en tanto que la persona lo perciba como un evento central en su vida que rompe con el sistema de valores y creencias, que hasta el momento habían generado las sensaciones de control y seguridad. Estos datos son importantes, pues hasta la fecha no se había explorado cómo interaccionan estos dos elementos, la amenaza e impacto subjetivo, en la respuestas de los adolescentes ante la violencia familiar.

OBJETIVO 5: Profundizar en las percepciones y los significados específicos de las creencias que sostienen los adolescentes supervivientes de violencia familiar en un centro de acogimiento residencial. En concreto se busca explorar:

- **Significado de experiencia extrema**
- **Creencias nucleares de la violencia familiar.**
- **Las estrategias de afrontamiento**

1. ¿Qué es una experiencia extrema?

Uno de los objetivos de las entrevistas era explorar si los adolescentes consideran su situación familiar como una experiencia extrema, y qué entendían por este término. Para los adolescentes una experiencia extrema es un suceso vital que provoca un cambio radical en su vida como la entendían o conocían hasta el momento, y que se caracterizan por ser sucesos repentinos, no anticipados, que tienen un componente de irreversibilidad y que les llevan al límite de sus propias capacidades. Los adolescentes señalan eventos de distinta naturaleza:

- a) La entrada a un centro significa una transformación radical de las condiciones y estilos de vida conocidos para adentrarse en un mundo desconocido.
- b) La pérdida por fallecimiento de seres queridos significa no poder contar más con esa persona como referente vital.
- c) Una enfermedad grave, crónica e invalidante, o la pérdida por amputación de algún miembro del cuerpo, son experiencias extremas porque confrontan con la idea de la propia muerte, y porque suponen un cambio fundamental en las características y capacidades que definen a la persona.

Los elementos comunes que identificamos en estos eventos son:

- Ruptura o pérdida de referentes vitales, tanto contextuales como personales. Las experiencias extremas requieren integrar pérdidas o rupturas irreversibles con lugares familiares y personas conocidas.
- Imprevisibilidad. En el sentido de percibir imposibilidad para prepararse ante los hechos.

Acorde con esta conceptualización de experiencia extrema, los adolescentes no consideraban la violencia sufrida en el ámbito familiar como una experiencia extrema, y argumentan dos motivos principales: (a) perciben los comportamientos negligentes, desregulados o agresivos de sus padres o cuidadores como parte de la realidad en la que vivían, por lo tanto no perciben un cambio radical en las condiciones de vida; y (b) comparan su experiencia con las experiencias de otros de sus compañeros en el centro y perciben que otros niños o niñas han sufrido más que ellos, y que en su propio caso, las cosas aún podrían haber sido más terribles. El primer motivo coincide con la propuesta de Gilfus (1999) que ya había señalado el fenómeno de la normalización de la violencia, en el sentido de que para los adolescentes las agresiones recibidas por los cuidadores podían reforzar la creencia de que la violencia era lo normal y esperable, por lo que no constituye un referente objetivo en el que comparar otras experiencias relacionales. Respecto al segundo motivo, la literatura sobre trauma señala que una de las respuestas comunes para manejar las experiencias traumáticas, tales como la negación o la reinterpretación desde un punto de vista más positivo, son más comunes entre población joven (Fergus & Zimmerman, 2005; Steinhardt & Dolbier, 2008). Estas estrategias pueden permitir temporalmente la asimilación gradual de un evento potencialmente abrumador a través de la negación de la victimización (Powell & Blanchet-Cohen, 2014), por lo que se podrían considerar parte de las respuestas adaptativas ante la adversidad.

Al contrastar la conceptualización elaborada por los adolescentes respecto a las propuestas teóricas más tradicionales encontramos similitudes y diferencias.

Para la OMS, en el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades-versión décima; World Health Organization, 1992), el trauma ocurre cuando: la persona ha estado expuesta a un acontecimiento estresante o situación de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar un profundo malestar en casi todo el mundo. Como vemos, la definición del CIE-10 es más amplia y el concepto de evento traumático es relativo y depende tanto del medio y las circunstancias como de la propia percepción que tiene la persona del hecho. Por su parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (5th ed, DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), es más restrictivo y considera un evento traumático aquel suceso que implique la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o en forma de amenaza, propias o de alguien muy allegado (criterio A). Tras haber experimentado, presenciado o escuchado un hecho de este tipo, el DSM-V propone una lista de las consecuencias más comunes. Incluyen síntomas de intrusión asociados al suceso, como los recuerdos angustiosos, sueños, pesadillas o reacciones disociativas intensas en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiese el suceso (criterio B); con evitación persistente de los estímulos asociados al trauma (criterio C); alteraciones negativas cognitivas y del estado del ánimo (criterio D); que produce también una alteración del estado de alerta (criterio E); y que provocan un gran malestar que afecta a la vida laboral o personal (criterio F y G). Esta definición aunque es más específica, deja fuera sucesos que no se relacionan directamente con situaciones de violencia física o peligro de muerte, pero que pueden ser muy traumáticos y tener efectos devastadores como por ejemplo, la negligencia emocional de los padres hacia los hijos.

La definición que aportan los adolescentes en nuestro estudio, es más cercana a la propuesta por McCann & Pearlman (1992), quienes considera que un evento es traumático es una amenaza o ataque con las siguientes características:

- a. Ocurre de pronto, inesperadamente o fuera de toda expectativa.
- b. Excede la capacidad que percibe el individuo para poder manejar la amenaza o el ataque.
- c. Tiene un impacto en el sistema de creencias básicas del individuo que le sirven para entender y manejarse en el mundo.

Otros autores en el campo de investigación del estrés postraumático (Judith Herman, 1992; van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005) señalan que en los casos específicos de violencia intrafamiliar, deberíamos hablar de trastornos de estrés postraumático complejo o DESNOS (*Disorder of extreme stress not otherwise specified*), ya que la experiencia extrema ocurre durante un período vital prolongado donde el niño vive expuesto a una atmósfera emocional en la que abundan los malos tratos físicos o psicológicos. Para van der Kolk (2005), el DESNOS involucra un problema crónico de desregulación que afecta a múltiples sistemas: afectivos, conductuales, somáticos, disociativos, relacionales, y de auto-atribuciones. En referencia a la alteración en la cosmovisión de las víctimas incluye:

- a. Alteración en la auto-percepción: percepción de ineficacia, de daño permanente, vivencias de culpa y responsabilidad, sentimientos de vergüenza, de minimización de la experiencia y percepción de que nadie puede entender y comprender los hechos.
- b. Alteración en la percepción del perpetrador: presencia de creencias distorsionadas, como la idealización del perpetrador o preocupación de lastimar al perpetrador.
- c. Alteración en las relaciones con otros: inhabilidad para confiar y sentir intimidad, exposición a relaciones de riesgo que provocan la re-victimización o victimización de otros.
- d. Alteración en los sistemas de creencias: con presencia de desesperación y desesperanza, y pérdida de creencias importantes.

A la luz de nuestros resultados, el DESNOS constituye una de las aproximaciones teóricas más comprensivas con la fenomenología de trauma, ya que incorpora de forma consistente la percepción subjetiva y la alteración en las creencias básicas como un elemento central para comprender el impacto de las experiencias traumáticas.

El análisis de las narrativas sugiere la presencia de un aspecto en común, transversal a las creencias básicas que se asocian a la violencia intrafamiliar, y esto es: la percepción de seguridad vital. Esta percepción de seguridad vital está relacionada con la calidad de las relaciones interpersonales a las que el adolescente ha estado expuesto en la infancia. Nos gustaría aportar una reflexión al respecto, comenzando por señalar que la confianza es un concepto complejo que puede

entenderse de varias formas. Podemos referirnos a una relación entre tres elementos, donde alguien confía en otra persona para hacer o decir algo en concreto. También se puede distinguir la confianza entre dos elementos, donde alguien confía en otro, sin necesidad de una situación o acción específica, simplemente tiene confianza en otro. Y por último hay lo que podríamos llamar confianza de un elemento, donde uno confía en otras personas en general en lugar de confiar en individuos específicos. De acuerdo a los aportes de la teoría del apego, y la teoría del auto-desarrollo constructivista, tener confianza en otras personas y en sus actos tiene una especie de primacía sobre otras formas de confianza. (Bowlby, 1960; Bretherton, 1999; McCann & Pearlman, 1992). Dicho con otras palabras, la pérdida o imposibilidad de confiar en los otros y en sus actos, tiene un impacto en la confianza en uno mismo y en última instancia, en la confianza en el entorno. La confianza interpersonal puede verse alterada por lo que el filósofo Husserl (1979) llama, incertidumbre problemática. Uno puede dudar sobre si objeto que está detrás de la sombra que visualiza es grande o pequeño, o sobre si llegará o no a tiempo en su cita debido al tráfico que enfrenta. Este tipo de incertidumbre contrasta con la incertidumbre problemática, que toma la forma de no poder predecir acciones o eventos concretos en relación a un determinado objeto, independientemente de lo definido que sea dicho objeto: “P podría no ocurrir” o “lo que parece P no puede ser P”. En términos de las vivencias de los adolescentes estas expresiones se podría traducir en: la visita de mi madre puede no ocurrir, o, lo que parece una muestra de afecto no lo es. En base a nuestros resultados, proponemos que las experiencias de incertidumbre problemática provocadas por los comportamientos impredecibles, incoherentes e ilógicos de los padres, tienen un impacto más amplio donde el resultado sería la construcción de una visión del mundo y las relaciones con los otros en base a la inseguridad estructural. En esta incertidumbre generalizada y no localizada predomina el sentido del peligro. Así podemos ver por qué los adolescentes describen la necesidad de estar alerta y preparados porque cualquier cosa negativa puede ocurrir. Cuando se adopta este estilo general de expectativas se pierde la sensación de estar inmersos en el mundo de confianza, uno puede sentirse desarraigado, y el mundo en su conjunto aparece extraño. Esta creencia en un mundo más impredecible, menos seguro ha sido explicitada en las entrevistas, y en nuestra opinión, podría ser la base para las creencias nucleares, así como las estrategias de resistencia desarrolladas.

2. Emociones asociadas a la experiencia de violencia intrafamiliar: el sufrimiento y la culpa

En las entrevistas, el sufrimiento aparece un elemento central definitorio de las experiencias de violencia intrafamiliar. Para los adolescentes el sufrimiento es un estado anímico global, donde predomina el dolor y por tanto es difícil sentir al mismo tiempo otro estado global opuesto como la felicidad. Pero esto no impide ser capaz de ver los aspectos positivos de la vida, de hecho como veremos, una de las estrategias para enfrentar el sufrimiento es intentar fijarse en las cosas específicas positivas que ocurren y los aspectos positivos generales que tiene su vida. Los adolescentes manifiestan que el sufrimiento opera con tiempos indefinidos, en el que deben ser capaces de resistir hasta que lentamente el dolor vaya sanando o sea menos intenso. Son conscientes por tanto de la fuerza del sufrimiento que puede llegar a hundir, lo que se describe como hemos visto, en una pérdida absoluta de confianza en uno mismo y en los otros. En ese estado de hundimiento es difícil reconocer formas de sentirse mejor, o ver opciones y alternativas. Sin embargo, no se quedan pasivos ante el sufrimiento, sino que lo identifican como un reto y un desafío a superar. La mayoría de los adolescentes no sienten que la violencia familiar les quebró, pero sí reconocen que supuso un cambio radical en la forma de entenderse a sí mismos, a los otros y al mundo. Para la mayoría, la fuente principal de sufrimiento es el contacto con la situación de sus familias. Específicamente, el hecho de conectar con la realidad de que sus padres no han podido, no pueden y no van a poder cuidarles como necesitan, supone un golpe enorme que puede llegar a hundir.

Una manera de dar sentido a esta realidad es buscando culpables de los hechos en un intento de contestar a la pregunta ¿Por qué? ¿Por qué a mí? (Kolko & Feiring, 2002). Las entrevistas muestran que la culpa es un sentimiento complejo, muchas veces ambiguo, que genera malestar y resulta difícil de colocar. En las narrativas encontramos que es más fácil tener sentimientos de culpa cuando el adolescente ha tenido percepción de control para prever o evitar el maltrato. Por el contrario, aquellos adolescentes que distinguen una relación asimétrica entre ellos como niños, y la de sus padres como adultos, refieren menos vivencias de culpa, pues asumen que los adultos tenían mayor

responsabilidad y capacidad para poner freno a las situaciones inadecuadas. Estos resultados parecen apoyar la idea de que la percepción de control del evento pasado, tiene un mayor impacto en las vivencias de culpa que la percepción de control sobre el presente o sobre el futuro (Frazier et al., 2001; Anders, Frazier & Shallcross, 2014). Además, los jóvenes interpretaron la pregunta sobre percepción de pérdida de control no cómo una medida del grado en el que una situación estaba fuera de su control, sino como una variable sobre sus propias acciones e identifican los momentos que de niños tuvieron comportamientos descontrolados dentro y fuera del contexto familiar. Parece que los adolescentes que cuando eran niños presentaron mayores comportamientos desregulados o desafiantes, tanto dentro como fuera de la familia, tienden a desarrollar más sentimientos de culpabilidad como parte de la explicación del maltrato. Piensan que sus actuaciones fueron la causa principal que provocó la salida del núcleo familiar, con la idea subyacente de que ellos eran niños “difíciles, agresivos, y por tanto sus padres no los podían cuidar”. Ninguno de los adolescentes, fuese cual fuese el maltrato del que fueron víctimas, atribuyó la victimización a características negativas o positivas de su propia personalidad. Esta visión se aproxima al concepto que utiliza Janoff Bulman (1979) sobre culpa comportamental, y que se refiere a los sentimientos que aparecen cuando una persona siente que son sus conductas, los actos que comete u omite, los que provocan la experiencia de victimización. Los resultados también coinciden con otros estudios que señalan que la autculpa es inversamente proporcional a la percepción de severidad de la experiencia (Brown & Kolko, 1999; McGee, Wolfe & Olson, 2001). La creencia de los adolescentes de merecer el maltrato debido a sus malos comportamientos se relacionó con el nivel de tolerancia social y moral a la agresión. Cuando aumentaba la percepción de severidad de la agresión (física o emocional), disminuía la auto-culpa y aumentaba la percepción de culpa de los padres. Los adolescentes se pueden sentir culpables, pero hasta un límite.

Independientemente de los procesos anteriores, en la mayoría de las narrativas, los adolescentes refieren que la culpa es de nadie, o para ser más exactos, de muchos. Los jóvenes visualizan que su problemática actual (estar en un centro, no poder vivir con sus familias, el sufrimiento que tienen) no tiene un solo culpable, sino que es fruto de una serie de circunstancias, acciones y decisiones que la han provocado. Podríamos fácilmente considerar esta visión como parte de un principio de

realidad, pues ciertamente, las dificultades de las familias para ejercer una parentalidad adecuada son fruto de una serie de circunstancias personales, sociales y culturales entre las que destacan los procesos de transmisión transgeneracional (Barudy, 1998). Así lo muestran los adolescentes cuando se refieren a la historia de institucionalización de su madre, y a los problemas que tenía para cuidarlos, que a su vez estaban relacionados con las dificultades que ya había tenido la abuela en su momento.

3. Creencias nucleares en la violencia intrafamiliar

Nuestros resultados enfatizan que la experiencia de violencia intrafamiliar tiene un impacto lo suficientemente grande como para provocar que los adolescentes revisen las creencias básicas sobre sí mismos, sobre las personas a su alrededor, y sobre el tipo de mundo en el que viven. En esta reconsideración, a pesar de ser un proceso doloroso y con sufrimiento, también se encuentran las semillas para nuevas creencias y, según los propios adolescentes, una sensación de que han aprendido lecciones valiosas. De hecho, todos los adolescentes manifestaron que del sufrimiento se aprende, en concreto, se aprende que se ha de resistir, nunca rendirse y seguir adelante. Entre las creencias centrales que los adolescentes asocian al impacto de la violencia familiar, destacamos:

- *El mundo es un lugar difícil.*

Los adolescentes refieren de forma consistente es que no es posible vivir 100% seguros y sin peligros. Lo impredecible forma parte inherente de la vida. Según la teoría de las creencias básicas (Janoff-Bulman, 1992), tenemos una sensación de seguridad tan arraigada que a menudo somos ajenos a ella. En nuestro día a día damos por sentado o esperamos que las cosas ocurran de determinada forma, así por ejemplo tomamos como dado que el suelo no temblará cada vez que mi pie de un paso adelante, que el café que estoy a punto de sorber estará caliente, y que mis compañeros en el trabajo se comportarán de la manera habitual. Estas expectativas, en su mayoría, no son juicios explícitos, sino que son síntomas de una certidumbre general en el funcionamiento del mundo y de

los otros. Como ya describimos al principio de este objetivo, las experiencias de violencia familiar pueden destruir la creencia fundamental de los adolescentes sobre la seguridad en el mundo, al igual que se ha observado con otros traumas intrapersonales (Herman, 1997; Brison, 2002). Los adolescentes refieren una sensación de poca certeza general pues uno nunca puede estar seguro de cuándo y cómo van a ocurrir los sucesos especialmente los negativos y desagradables. Esta imprevisibilidad les lleva a desarrollar estrategias de protección como mantener estados de alerta inconscientes sobre los aspectos que rodean su mundo. Para los entrevistados, un estilo de vida estable, ordenado y organizado puede ser otra manera de aumentar la sensación de seguridad vital. Esta percepción de incertidumbre abierta y general, podría considerarse una creencia más realista y ajustada de la realidad donde asumen que en el mundo ocurren acontecimientos positivos y también situaciones tristes, negativas y dolorosas. Desde la perspectiva del crecimiento postraumático, se considera que la capacidad para aceptar ciertos grados de incertidumbre y ambigüedad posterior a la vivencia de situaciones traumáticas es una característica de las personas resistentes y con un mejor pronóstico de recuperación (R. Tedeschi & Calhoun, 2004; R. G. Tedeschi, Calhoun, & Engdahl, 2001).

- *Creencia en sí mismo como persona resistente y superviviente.*

Respecto a la visión de sí mismos, los adolescentes manifiestan una mayor confianza en su capacidad para enfrentar la adversidad y salir adelante. Utilizan palabras como "resistencia", "si te caes te levantas" y "volver a intentarlo" para describir su decisión de enfrentar una y otra vez los obstáculos de la vida. Los adolescentes muestran una determinación que de alguna manera encontrarán la fuerza para mantener una actitud positiva y enfrentar lo que les venga por delante para llegar a sus objetivos. La satisfacción surge cuando los se dan cuenta de que son capaces de resolver problemas difíciles tales como superar un curso escolar, meterse en menos líos con los compañeros, conseguir entrar en el curso de educación profesional que querían o tener un grupo de amigos. Tal y como hemos descrito en el análisis de la primera hipótesis, el centro de acogida, a pesar de sus limitaciones, ofrece a los adolescentes la posibilidad de acceder a recursos y contextos alternativos

donde pueden tener desarrollarse y tener logros. En nuestra opinión, la exposición a experiencias de éxito es uno de los principales factores que ayuda a recuperar o mantener la confianza en sí mismos. Al igual que en nuestro caso, otros estudios han encontrado un impacto positivo en el desarrollo psicológico de los jóvenes con mejor competencia y ajuste académico (Hibbard et al, 1992; Peshawar, Pakistan & Riaz, 1991). Los entrevistados, reconocen que las experiencias de violencia familiar les ha cambiado la forma de verse a sí mismos pero no se sienten identificados con la mirada de la víctima. Para ellos, ser una víctima lo asociaban a no tener capacidad para actuar o estar pasivos ante los hechos. Al contrario, la mayoría se consideraron supervivientes por haber salido adelante a pesar de lo vivido y que en consecuencia tienen más armas y recursos para enfrentarse a situaciones difíciles en el futuro. La literatura sugiere que las personas con creencias más positivas sobre su capacidad para resolver los estresores vitales, perciben los hechos estresantes como desafíos en vez de amenazas (Bandura, 1999). De forma similar, nuestros adolescentes consideran la adversidad en términos de obstáculos vitales que hay que resistir, enfrentar y luchar.

4. Estrategias de resistencia

Los adolescentes refieren varias estrategias que han utilizado o utilizan en la actualidad para manejar las consecuencias de la violencia familiar. Antes de revisar estas estrategias, nos gustaría hacer un breve comentario respecto la creencia de los adolescentes sobre la imposibilidad de olvidar los hechos. En las entrevistas, manifiestan que olvidar está fuera de su alcance y que no depende de su voluntad. Esta creencia tiene un apoyo fundamental por parte de los hallazgos en neurobiología del trauma que confirman la dificultad de olvidar aquellos recuerdos que fueron incorporados en contextos emocionalmente significativos. Las experiencias traumáticas pueden alterar el funcionamiento y anatomía de determinadas estructuras cerebrales, en especial la amígdala receptora de estímulos emocionales, y el hipocampo núcleo del sistema límbico implicado en la simbolización de las experiencias y la temporalización de las mismas (Insana, Banihashemi, Herringa, Kolko, & Germain, 2015; Siegel, 1999). Sin la intervención coordinada de estas estructuras las vivencias no pueden ser convertidas en experiencias narrativas con un fin y una ubicación en línea

temporal con nuestra trayectoria vital. En otras palabras, las memorias traumáticas permanecen registradas en un formato de memoria implícita, somato-sensorial. Estas vivencias que no han sido integradas permanecen activas y siguen influenciando nuestra percepción consciente de la realidad más allá de lo que somos conscientes. Olores, ruidos, presencias u otros estímulos similares a la experiencia traumática vivida puede desencadenar el recuerdo de forma involuntaria y en ausencia del estímulo traumático inicial. Los adolescentes en los centros de acogida están continuamente expuestos a contextos físicos y emocionales potencialmente activadores de estas memorias traumáticas. Las visitas con los padres, el encuentro con hermanos u otros familiares, y el propio hecho de estar viviendo en un centro con las dinámicas que esto conlleva, puede actuar como recordatorio constante (consciente o inconsciente) de las vivencias dolorosas con sus familias. Este procesamiento inconsciente está siempre activo e influenciando las experiencias de vida actuales de los jóvenes, por lo que resulta coherente cuando refieren que es imposible olvidar el pasado. El pasado, en muchas ocasiones, es vivido como el presente y por tanto no se puede olvidar.

▪ *Búsqueda de lógica*

El desafío existencial de un adolescente abandonado, o maltratado, es poder dar un sentido a las vivencias de su historia en el contexto familiar, en la que tiene que encontrar la forma de encajar, de ordenar, dentro de su cabeza dos visiones aparentemente paradójicas: por un lado “me abandonaron/me maltrataron por lo que soy susceptible de abandono o maltrato” y por otro lado “soy un chico excepcional porque soy capaz de arreglármelas solo y salir adelante”. Los adolescentes mencionan distintos procesos cognitivos orientados a la búsqueda de una nueva lógica para lograr darle un sentido a los hechos que les permita comprenderlos y aceptarlos. Mencionan estrategias tales como reflexionar, intentar adoptar otras perspectivas, ver las cosas desde el punto de vista del otro y en general aprender de los errores del pasado: qué funciono y qué no les sirvió para encontrar nuevas maneras de hacer. Resulta significativo que en opinión de la mayoría, las personas que no pueden aprender de los errores, son aquellas que no tienen el nivel de madurez suficiente para valorar un problema desde distintas perspectivas. Paradójicamente es una definición que se podría

utilizar de forma bastante acertada y en relación a los hallazgos de la teoría de la mente, para explicar la dificultad de sus propios padres para ver a sus hijos desde otra perspectiva donde percibir, conectar y responder adecuadamente a sus necesidades. Cuando no es posible encontrar la lógica, resulta protector intentar no pensar en los hechos o intentar aceptar lo ocurrido.

- *Romper con el pasado para avanzar en el presente*

Para algunos de los adolescentes, aceptar lo ocurrido implica romper con el pasado para poder avanzar en el presente. Dejar el pasado atrás significa la ruptura de la relación con los familiares, especialmente cuando esas relaciones producen dolor y sufrimiento por su irracionalidad, ambivalencia o inconsistencia. Hay un momento que los adolescentes describen como una opción por asumir el propio camino, tomar el control de su propia vida y dirigir sus esfuerzos y energía mental para su crecimiento y desarrollo personal. Estos resultados son semejantes a los que encontró el estudio de Llosada-Gistau, Montserrat & Casas (2015) donde la ausencia de contactos con la madre biológica disminuía los niveles de incertidumbre y ambivalencia en los adolescentes. Sin esta presencia, la situación era más clara: no se angustian por si vendrá o no a las visitas, cómo irán las visitas y si acabará yendo a vivir con ella. Desde nuestro punto de vista, este proceso se asemeja al concepto de diferenciación del yo propuesto por la teoría de los sistemas familiares de Bowen (Bowen 1978; Kerr & Bowen, 1988), en el que poco a poco las personas se desvinculan lentamente de la fusión inicial con la familia, y en especial con la madre, hasta alcanzar su propia autonomía emocional e intelectual, tanto a nivel intrapsíquico como a nivel interpersonal. Teóricamente, las personas cuyo nivel de diferenciación es alto no se ven tan fácilmente desbordados por sus fuertes emociones, son capaces de apropiarse de sus pensamientos y sentimientos sin la necesidad de cumplir con las expectativas de otros; cuando las experiencias interpersonales son muy intensas pueden manejar la intimidad y cercanía, manteniendo relaciones bien definidas (Peleg, 2005). Proponemos aquí que los procesos de victimización familiar podrían tener un impacto en los procesos de diferenciación del adolescente pues éstos no pueden diferenciarse de forma acompañada sino que el proceso se vive como una ruptura, una necesidad

de cortar emocionalmente la relación como vía para seguir avanzando hacia su futuro. De acuerdo con Bowen (1991) las personas con un nivel bajo de diferenciación pueden llevar una vida aparentemente tranquila y sin síntomas, pero son muy vulnerables a la tensión, y pueden encontrar más dificultades en mantener relaciones afectivas significativas estables y duraderas con otras personas.

- *Ser fuerte, invencible y autosuficiente*

De forma complementaria, los adolescentes refieren la idea de que uno ha de “endurecerse para que no le afecten tanto los problemas”. Los entrevistados buscan sentirse más fuertes, y por tanto con más capacidad para afrontar dificultades futuras. Esto se consigue mediante la construcción de una coraza (imaginaria) que permita ocultar la sensación de vulnerabilidad interna y ofrecer, en cambio, una visión externa de sí mismos como seres fuertes e invencibles. Los diálogos internos ayudan en el proceso con mensajes como la necesidad de resistir, de minimizar el impacto de las experiencias negativas, de seguir adelante y no caer. En base a nuestro trabajo clínico, podemos sugerir que uno de los motivos para desarrollar esta coraza externa responde a un intento de los adolescentes de protegerse a sí mismos de emociones negativas, como la rabia o la vergüenza, asociadas al maltrato. Aunque las narrativas en las entrevistas parecen apuntar en esta línea, la escasa casuística no permite realizar afirmaciones concluyentes, por lo que las características de lo que aquí hemos llamado vulnerabilidad interna, resta como un tema pendiente a explorar en futuras investigaciones. El objetivo último de esta estrategia es depender de los propios recursos en lugar de la ayuda externa para solucionar los problemas. Esta estrategia de protección, denominada autosuficiencia, fue estudiada por Cameron (2007) con jóvenes ex tutelados que mostraban una tendencia a recurrir a sus propios recursos, tomar la iniciativa, en lugar de confiar en cualquier fuente externa de apoyo formal, sin importar el grado de disponibilidad. Coincidimos con la autora al considerar que la autosuficiencia puede tener una dimensión negativa: ser demasiado autosuficientes puede significar carecer de los recursos personales para aceptar la ayuda de los otros.

- *Selección y distancia ante las relaciones interpersonales*

Para algunos adolescentes, la autosuficiencia implicaba no esperar nada de la gente. Participar en cualquier tipo de relación interpersonal implica un equilibrio de confianza y vulnerabilidad. Relacionarse con alguien de forma significativa es estar abierto a que influya en tu mundo, y confiar en que la otra persona no te haga daño por ello. La violencia intrafamiliar provoca un cambio en el equilibrio entre vulnerabilidad y confianza en las relaciones interpersonales. Lo que hace distintivo al trauma interpersonal es que el adulto frente a la vulnerabilidad del niño, responde a ella infligiendo daño. Desde esta perspectiva, los adolescentes han estado expuestos a relaciones interpersonales que explotaban su vulnerabilidad de una manera extrema. Sin embargo, consideran que comunicar lo ocurrido y compartir la experiencia con otros tiene un valor importante y es un recurso de afrontamiento útil. Los entrevistados hacen una gran diferencia y señalan como fuentes de apoyo principal, a sus hermanos, compañeros del centro y a su educador de referencia. Esta búsqueda de apoyo constituye un elemento de resistencia, pues las interacciones con otros pueden facilitar cambios profundos en la perspectiva sobre uno mismo, su historia o los demás. Las relaciones significativas, especialmente con los educadores en tanto personas adultas, puede tener una influencia enorme en alterar la perspectiva creada por las relaciones parentales, y confrontar al adolescente con el hecho de que hay otras posibilidades: “cómo te han tratado a ti, no es todo lo que el mundo tiene que ofrecer”. Por último, aunque no menos importante, los adolescentes refieren pensamientos positivos en un futuro mejor, lo que se ha asociado de forma consistente con características de la personalidad resistente.

Observaciones sobre la composición de las muestras

A continuación, consideramos relevante resaltar algunas particularidades que hemos encontrado en relación a las características de las muestras en el estudio para contribuir a una mejor comprensión de los resultados.

Respecto a la muestra de población general, destaca que la mayoría de los adolescentes en nuestro estudio (96 %) han estado expuestos al menos a una experiencia extrema en el curso de sus vidas. Se observa un número de experiencias extremas promedio bastante elevado de 4,2. Se podría argumentar que esta tasa es excesivamente alta debido al uso de un inventario más amplio e inclusivo de una variedad de experiencias extremas. También el uso de Internet como método de muestreo puede sesgar los resultados. Cuando comparamos con otros estudios epidemiológicos, nuestros resultados son consistentes con aquellos que usan criterios amplios y métodos de muestreo no tradicionales (por ejemplo, cuestionario enviado por correo) (Elklit y Petersen, 2008; Joseph y cols., 2000), pero no apoyan estudios previos con listas de eventos restringidos en base los criterios de estrés postraumático del DSM-IV (Kessler y cols., 1995; Creamer, Burgess y McFarlane, 2005; Darves-Bornoz y col.s., 2008). Nuestra postura, como la de otros muchos autores, es la de señalar que el desarrollo de análisis comparativos entre estudios sobre prevalencia de experiencias traumáticas en población general está limitado y es sumamente arriesgado debido a disparidades en el criterio de definición del evento traumático, métodos de muestreo y la presencia de covariables, por ejemplo, el género, el sexo o el origen étnico (Costello, Erkanli, Fairbank y Angold, 2002).

Considerando el perfil del adolescente víctima de violencia familiar en población general, la victimización era frecuente y sostenida en el tiempo y se asociaba a percepción de amenaza moderada-grave y una percepción de impacto también moderado-alto. Otros estudios con muestra en papel catalán han mostrado resultados similares. Esta correlación positiva entre la amenaza percibida y el impacto percibido es considerada por algunos autores un indicador de ajuste perceptivo constructivo, frente a una experiencia extrema concreta (Brewin y cols., 1996; Ehlers y Clark, 2000).

Para acabar, señalar que los resultados sobre exposición a experiencias extremas en los adolescentes de población general son congruentes con estudios epidemiológicos más amplios. A modo de ejemplo, nuestros resultados muestran una mayor vulnerabilidad de los adolescentes con experiencias de violencia familiar a estar afectados por violencia en la pareja y enfermedades propias crónicas e incapacitantes, hallazgo que ha sido señalado en varias investigaciones nacionales recientes (Jiménez, 2015; Oliván, 2003; López-Soler y cols. 2008). El anterior comentario se hace extensivo para los resultados obtenidos sobre las experiencias de maltrato infantil encontradas en la muestra de contraste. Problemáticas psicosociales de las familias de origen muy graves, prevalencia del maltrato por negligencia como motivo de ingreso al centro, un tiempo medio de estancia en los centros de entre 3 a 4 años y la presencia de varios acogimientos previos al actual, son hallazgos que han sido señalados de forma consistente por el grueso de literatura revisada (del Valle, Sainero y Bravo 2010; Valle y cols. 2003; García Barriocanal y cols., 2007; entre otros).

Limitaciones y aspectos que se deben mejorar

Las conclusiones basadas en estos hallazgos tienen que realizarse tomando en cuenta varias limitaciones metodológicas.

En la parte cuantitativa:

1. El uso de una metodología retrospectiva para reportar experiencias potencialmente traumáticas es sensible al sesgo del estado psicológico del individuo y la posible influencia de los recuerdos traumáticos que pueden mediar en este recuerdo (Creamer, McFarlane y Burgess, 2005). Sin embargo, aunque la cantidad de información que recuerdan las personas puede disminuir con el tiempo, se altera la precisión con la que pueden recordarla.

2. La muestra en población general se obtuvo utilizando un método de muestreo no probabilístico de conveniencia, lo que reduce la generalización de los resultados. Las muestras basadas en Internet están asociadas con la autoselección y el sesgo de exposición al estilo de vida. En nuestro caso, el instrumento fue diseñado específicamente para recopilar datos sobre las experiencias de las personas en relación a eventos extremos. Por lo tanto, el instrumento puede atraer a individuos con una afinidad para reportar múltiples experiencias extremas. Los esfuerzos para mantener una variedad y diversidad de los canales de distribución utilizados para recopilar información podrían haber reducido este sesgo. También es importante señalar que hallazgos recientes sugieren que, aunque el muestreo de conveniencia no apoya inferencias representativas, puede ser útil para desarrollar hipótesis comprobables (Fortson y cols., 2006). Estudios comparativos entre encuestas autoseleccionadas por Internet y encuestas psicológicas tradicionales (Gosling, Vazire, Srivastava y John, 2004; Eiroá-Orosa, Fernández y Pérez-Sales, 2008) concluyen que los métodos de Internet son al menos tan buenos como los proporcionados por métodos tradicionales de papel y lápiz a lo largo de una serie de criterios como el sesgo de autoreporte; validez y comparabilidad; y aspectos éticos. Aunque reconocemos las dificultades existentes para hacer inferencias representativas, nuestro método puede ser instructivo, si no definitivo, al desarrollo de hipótesis preliminares

para explicar las características de las creencias de los adolescentes en relación a la violencia familiar.

3. En el cuestionario VIVO se debería revisar los ítems relacionados con la visión de los otros, y añadir preguntas para distinguir dos constructos que han resultado tener significados distintos: la confianza a las personas en general, y la tendencia a confiar en determinadas personas en particular. Sería conveniente, al menos distinguir entre compañeros, familiares, hermanos, tutores, u otros adultos.

4. Otra limitación de los resultados del estudio se refiere a que a pesar de las diferencias en las puntuaciones entre los grupos de adolescentes con y sin violencia familiar de población general, tienen un efecto estadísticamente significativo, el efecto es sólo moderado. Esto requiere ser cautelosos con la interpretación de estos hallazgos.

En lo que se refiere a la parte cualitativa:

1. Pensamos que 10 entrevistas focalizadas resultan escasas, especialmente para abordar las visiones, percepciones y creencias de participantes como los adolescentes en centros de protección cuyas experiencias son de una diversidad y complejidad relevante.

2. Se podría también mejorar la entrevista introduciendo preguntas sobre la ideación o intentos de suicidio un aspecto que no se ha evaluado y que parece relevante según los resultados de los análisis con población general.

3. Relacionado con el procedimiento encontramos que sería conveniente reducir el periodo entre el primer y segundo encuentro con los adolescentes. Esto hubiera permitido quizá evitar la pérdida de participantes en la entrevista debido a traslados u altas en el sistema de protección. Los problemas para conseguir una muestra válida y localizable en este tipo de población también han sido puestos en manifiesto por otros estudios (Limaña, Bueno y Domínguez., 2013).

4. El uso de entrevistas focalizadas en dimensiones específicas de un cuestionario puede haber dirigido demasiado las respuestas de los entrevistados, limitado la espontaneidad y riqueza de las narrativas. Otro modo alternativo que se nos ocurre para estudiar el sistema de

creencias en adolescentes víctimas de violencia familiar, es mediante historias de vida, que permite una aproximación más amplia y abierta a las vivencias de los jóvenes.

5. El hecho de entrar en un centro de protección es considerado un suceso fundamental en la trayectoria de los jóvenes. Las características del estudio de cohorte transversal no nos permiten saber hasta qué punto y de qué forma este hecho, la entrada al centro, ha determinado las características de las visiones y creencias de los adolescentes. El desarrollo de estudios longitudinales con mediciones de línea de base, es, como hemos visto, uno de los retos pendientes en la investigación sobre el impacto de los centros de acogimiento en el bienestar psicosocial de los menores (Palacios, 2008; Palacios, Moreno, y Román, 2013)

Implicaciones clínicas:

1. Una de las razones por las cuales se realizó la tesis era ver la aplicabilidad del cuestionario VIVO en población adolescente dado que había sido inicialmente diseñado para población adulta. Los resultados de esta investigación avalan su uso, y destacan la necesidad de incorporar instrumentos en el trabajo terapéutico, como el cuestionario VIVO que permita abordar la presencia de un abanico amplio de creencias contradictorias, ambivalentes o mixtas. Como hemos visto, las creencias básicas asociadas al maltrato infantil pueden estar relacionadas con formas complejas y tal vez inconsistentes.
2. Debido a los complejos antecedentes de pérdidas y rupturas traumáticas relacionados con la violencia intrafamiliar, es posible que los adolescentes presenten dificultades en el proceso de diferenciación con su familia. Sería adecuado incorporar material de diagnóstico e intervenciones focalizadas para ayudar al adolescente a gestionar sus sentimientos ambivalentes, y redefinir las relaciones respecto a la familia y respecto a uno mismo.
3. La búsqueda de una lógica y sentido a lo que está ocurriendo y su integración en la historia personal es esencial para los adolescentes.
4. La experiencia de la violencia intrafamiliar está muy a menudo relacionada con imprevisibilidad, y pérdida de control. Las rutinas consistentes pueden resultar muy útiles para ayudar a los adolescentes a rebajar los sentimientos de inseguridad y vulnerabilidad, pues la previsibilidad aumenta el sentimiento de seguridad respecto a las relaciones interpersonales así como el entorno.
5. Los comportamientos autosuficientes en adolescentes víctimas de violencia familiar, pueden representar elementos de resistencia y auto-protección pero también pueden encubrir la dificultad para depender de la ayuda de otros. Se ha de fomentar un equilibrio adecuado entre ambos aspectos para que los adolescentes logren un desarrollo normo-saludable.
6. Por último, aunque no menos importante, señalar que la importancia de una formación especializada de los profesionales del sistema de protección infantil, tanto personal técnico como educadores. Las experiencias de violencia intrafamiliar son fenómenos complejos que

tienen un impacto más profundo más allá de la sintomatología clínica que a menudo observamos. Resulta necesario introducir en el trabajo terapéutico con adolescentes, la reevaluación de las creencias básicas sobre sí mismos, la manera en que interpreta las acciones de los otros y en la que construye sus relaciones sociales, aspectos como hemos visto fundamentales en el proceso de recuperación del adolescente. Los profesionales tienen que ser conscientes del riesgo de victimización secundaria que supone cualquier intervención que no esté basada en una formación especializada.

CONCLUSIONES

1. La violencia intrafamiliar tiene un impacto más perjudicial que otras experiencias extremas debido a que afecta a un grupo específico de creencias clave para el bienestar del ser humano. La violencia familiar, en tanto proceso relacional temprano, prolongado y sostenido, no implica un cuestionamiento del sentido de la vida, sino que el sentido de la vida se va construyendo y definiendo de la mano de la victimización.

En concreto, los adolescentes víctimas de maltrato familiar en población general refieren:

- a. Creencias más negativas sobre sí mismos. Manifiestan menor confianza en sus capacidades y tienden a definirse desde la identidad de víctimas.
- b. Una vivencia emocional que incluye presencia de sufrimiento profundo, sentimientos de culpa y percepción de indefensión y pérdida de control.
- c. Estrategias de afrontamiento poco eficaces: presencia de rumiaciones, respuestas de bloqueo ante la amenaza y consideración del suicidio como una opción legítima.

2. En general, la presencia simultánea de violencia familiar más otros eventos extremos relacionales genera un perfil de impacto distinto al de la mera exposición a violencia.

3. La percepción de amenaza es la variable predictora más consistente para creencias negativas sobre uno mismo y sobre la visión de los otros, frente a otras variables objetivas (edad, sexo, o duración de la experiencia).

4. Los adolescentes en centros de acogida presentan un impacto en el sistema de creencias, en términos de resistencia y lucha, significativamente diferente de los adolescentes con violencia familiar en población general. El contexto de protección facilita experiencias de superación personal y actúa como catalizador para la reevaluación de las creencias negativas sobre uno mismo, el mundo y las emociones específicas sobre la experiencia de victimización.

5. Los adolescentes presentan creencias ambiguas o mixtas en relación a la experiencia de maltrato. Resulta necesario utilizar instrumentos que permitan la evaluación de las creencias en todas sus dimensiones y polaridades, de forma separada e independiente, cuidando de no utilizar formatos que obliguen a elegir entre una u otra dimensión.

BIBLIOGRAFÍA

- Ai, A., & Park, C. . (2005). Possibilities of the positive following violence and trauma: informing the coming decade of research. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(2), 242-250.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andrews, B., Berwin, C. R., Rose, S., & Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 69-73.
- Anne Pearlman, L. (2013). Restoring Self in Community: Collective Approaches to Psychological Trauma after Genocide. *Journal of Social Issues*, 69, 111-124.
<http://doi.org/10.1111/josi.12006>
- Appleyard, K., Yang, C., & Runyan, D. K. (2010). Delineating the maladaptive pathways of child maltreatment: a mediated moderation analysis of the roles of self-perception and social support. *Development and psychopathology*, 22(2010), 337-352.
<http://doi.org/10.1017/S095457941000009X>
- Arruabarrena, I. (2009). Procedimiento y criterios para la evaluación y la intervención con familias y menores en el ámbito de la protección infantil. *Papeles del psicólogo*, 30(1), 13-23.
Recuperado a partir de
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2880568&info=resumen&idioma=SPA>
- Arruabarrena, I., & De Paúl, J. (1996). Maltrato a los niños en la familia: evaluación y tratamiento, 29-35. Recuperado a partir de <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/arruabarrenacorregido.pdf>
- Arruabarrena, I., & De Paúl, J. (2011). Valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección infantil por los profesionales de los servicios de protección infantil. *Psicothema*, 23(4), 642-647.
- Bandura, A. (1977). Self efficacy: Towards a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Asian Journal of Social Psychology*, 2, 21-41.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Barbosa, J., Irigaray, T., Werlang, B., Tiellet, M. L., & de Lima, I. I. (2014). Childhood Maltreatment and Psychological Adjustment: A Systematic Review. *Psicologia-Reflexao E Critica*, 27(4), 815-824. <http://doi.org/10.1590/1678-7153.201427422>

- Barnett, D., & Cicchetti, M. &. (1993). Defining child mal-treatment: The interface between policy and research. *Advances in applied developmental psychology: Child abuse, child development, and social policy*, 7-74.
- Barth, R. . (2005). Residential care: From here to eternity. *International Journal of Social Welfare*, 14, 158-162.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. (PAIDOS, Ed.).
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2009). *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*. (Gedisa, Ed.).
- Bathke, A. C., & Harrar, S. W. (2008). Nonparametric methods in multivariate factorial designs for large number of factor levels. *Journal of Statistical Planning and Inference*, 138(3), 588–610.
- Bean, P., White, L., & Lake, P. (2005). Is residential care an effective approach for treating adolescents with co-occurring substance abuse and mental health diagnoses? *Best Practices in Mental Health*, 1(2), 50–60.
- Beeghly, M., Bretherton, I., & Mervis, C. B. (1986). Mothers' internal state language to toddlers *. *British Journal of Developmental Psychology*, 4(April 1984), 247-261.
<http://doi.org/10.1111/j.2044-835X.1986.tb01016.x>
- Bègue, L., & Muller, D. (2006). Belief in a just world as moderator of hostile attributional bias. *British Journal of Social Psychology*, 45, 117-126.
- Bennett, D. S., Sullivan, M. W., & Lewis, M. (2005). Young Children's Adjustment as a Function of Maltreatment, Shame, and Anger. *Child Maltreatment*, 10(4), 311-323.
<http://doi.org/10.1016/j.str.2010.08.012.Structure>
- Berger, A., Knutson, J., Mehm, J., & Perkins, K. (1988). The self-report of punitive childhood experiences of young adults and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 12(2), 251-262.
- Bettmann, J., & Jasperson, R. (2009). Adolescents in residential and inpatient treatment: A review of the outcome literature. *Child and Youth Care Forum*, 38(4), 161–183.
- Blaustein, M., & Kinniburgh, K. (2011). *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents. How to Foster Resilience through Attachment, Self-Regulation, and Competency*. Guilford Press.
- Blevins, C. E., Wusik, M. F., Sullivan, C. P., Jones, R. T., & Hughes, M. (2015). Do Negative Changes in Worldview Mediate Links Between Mass Trauma and Reckless Behavior ? A Longitudinal Exploratory Study. *Community Mental Health Journal*. <http://doi.org/10.1007/s10597-015-9906-0>
- Blum, S. C., Silver, R. C., & Poulin, M. J. (2014). Perceiving risk in a dangerous world: Associations between life experiences and risk perceptions. *Social Cognition*, 32(3), 297-314.
<http://doi.org/10.1521/soco.2014.32.3.297>

- Boada, M., & Casas, F. (2010). Educación y jóvenes ex-tutelados: revisión de la literatura científica española. *Educación XXI. Facultad de educación UNED*, 13, 117-138.
- Bolger, K. E. (2001). Pathways from child maltreatment to internalizing problems : Perceptions of control as mediators and moderators, 13, 913-940.
- Bolger, K. E., & Patterson, C. J. (2001). Pathways from child maltreatment to internalizing problems: perceptions of control as mediators and moderators. *Development and psychopathology*, 13(2001), 913-940. <http://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.1385.Common>
- Bolger, K. E., Patterson, C. J., & Kupersmidt, J. B. (1998). Peer relationships and self-esteem among children who have been maltreated. *Child development*, 69(4), 1171-1197. <http://doi.org/10.2307/1132368>
- Bowlby, J. (1960). Grief and mourning in infancy and early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 3-39.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2: Separation*. New York, NY: Basic Books.
- Bravo, A., & Del Valle, J. (2009). Crisis y revisión del acogimiento residencial: Su papel en la protección infantil. *Papele*, 30(1), 42-52.
- Bravo, A., & Del Valle, J. F. (2003). Las redes de apoyo social de los adolescentes acogidos en residencias de protección. *Psicothema*, 15(1), 136-142.
- Bravo Arteaga, A., & Fernández del Valle, J. (2003). Las redes de apoyo social de los adolescentes acogidos en residencias de protección. Un análisis comparativo con población normativa. *Psicothema*, 15(1), 136-142.
- Breland-Noble, A., Farmer, E., Dubs, M., Potter, E., & Burns, B. (2005). Mental health and other service use by youth in therapeutic foster care and group homes. *Journal of Child and Family Studies*. 2005;14(2):, 14(2), 167–180.
- Bretherton, I. (1999). Updating the «internal working model» construct: some reflections. *Attachment & human development*, 1(3), 343-357. <http://doi.org/10.1080/14616739900134191>
- Bretherton, I. (2008). a Communication Perspective on Attachment Relationships and Internal Working Models. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60(2-3), 310-329. <http://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1995.tb00220.x>
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. *The APSAC handbook on child maltreatment*, 175-204. <http://doi.org/10.1002/cbm.237>
- Briere, J., & Runtz, M. (1990). Differential adult symptomatology associated with three types of

child abuse histories. *Child Abuse & Neglect*, 14(3), 357-364.

Brown, E. J., & Kolko, D. J. (1999). Child victims' attributions about being physically abused: An examination of factors associated with symptom severity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(4), 311-322. <http://doi.org/10.1023/A:1022610709748>

Bugental, D. B., & Shennum, W. (2002). Gender, power, and violence in the family. *Child maltreatment*, 7(1), 56-64. <http://doi.org/10.1177/1077559502007001005>

Burns, B. ., Philips, S., Wagner, H., Barth, R., Kolko, D., Campbell, Y., & Landsverk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 43(8), 960-970.

Butler, R. J., & Gasson, S. L. (2005). Self esteem/self concept scales for children and adolescents: A review. *Child and Adolescent Mental Health*, 10(4), 190-201. <http://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2005.00368.x>

Calheiros, M., Monteiro, M., Patricio, J., & Carmona, M. (2016). Defining Child Maltreatment Among Lay People and Community Professionals: Exploring Consensus in Ratings of Severity. *Journal of Child and Family Studies*, 25(7), 2292-2305. <http://doi.org/10.1007/s10826-016-0385-x>

Calvete, E. (2008). Justification of violence and grandiosity schemas as predictors of antisocial behavior in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 1080-1095.

Calvete, E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse and Neglect*, 38(4), 735-746. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.014>

Calvete, E., & Orue, I. (2013). Cognitive Mechanisms of the Transmission of Violence: Exploring Gender Differences among Adolescents Exposed to Family Violence. *Journal of Family Violence*, 28(1), 73-84. <http://doi.org/10.1007/s10896-012-9472-y>

Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2013). Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(3), 278-288. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.02.011>

Cameron, C. (2007). Education and self-reliance among care leavers. *Adoption and Fostering*, 31.

Cantera, L. M. (2002). Maltrato Infantil y Violencia Familiar De la ocultación a la prevención, (93), 32.

Carrasco, M. ., Rodríguez, J. ., Rodríguez, M. ., & Sánchez, C. (1999). Miedos y ansiedad en un grupo de adolescentes maltratados. *Apuntes de Psicología*, 17, 97-108.

Casas, F., Fernández Artamendi, S., Montserrat, C., Bravo, A., Bertrán, I., & Valle, J. F. Del. (2013). El bienestar subjetivo en la adolescencia: estudio comparativo de dos Comunidades Autónomas en España. *Anales de Psicología*, 29(1), 148-158. <http://doi.org/10.6018/analesps.29.1.132401>

- Casas, F., Montserrat-Boada, C., & Malo, S. (2010). Spanish national report summary: Education and young people from a public care background.
- Casas, F., & Montserrat, C. (2002). Interdisciplinary teams and decisions making in child protection systems: the experience of Catalonia. *International Journal of child & Family Welfare*, 4(July 2015), 146-158.
- Castellá, J., Favero, E., Paradiso, Â., & Zanatta, D. (2012). Crenças básicas e bem-estar pessoal em adolescentes brasileiros. *Aletheia*, 37, 105-120.
- Castorina, J. A. (2005). Las creencias en el mundo justo : ¿ un invariante cognitivo o una apropiación social ? Alicia Barreiro, 103-122.
- Cawson, P., Wattam, C., Brooker, S., & Kelly, G. (2000). Child Maltreatment in the United Kingdom: a Study of the Prevalence of Abuse and Neglect. Executive Summary November 2000. *NSPCC Research Findings*, (November), 1-20.
- Cazalla-Luna, N., & Molero, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia*, 10(1976), 43-64.
- Chan, Y. C., & Yeung, J. W. K. (2009). Children living with violence within the family and its sequel: A meta-analysis from 1995–2006. *Aggression and Violent Behavior*, 14(5), 313-322.
- Charmaz, K. (2012). The Power and Potential of Grounded Theory. *Medical Sociology Online*, 6(3).
- Christ, S. L., Kwak, Y. Y., Lu, T., Christ, S. L., Kwak, Y. Y., & Lu, T. (2016). Adolescents ' Experience of Parental Psychological Caregiving and Neglect : Construct Development. <http://doi.org/10.1037/ort0000206>
- CICCHETTI, D., & MANLY, J. (2001). Editorial: Operationalizing child maltreatment: Developmental processes and outcomes. *Development and ...*, 13(2001), 755-757. <http://doi.org/doi:null>
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 9, 797-815. <http://doi.org/10.1017/S0954579497001442>
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2015). Multilevel developmental perspectives on child maltreatment. *Development and Psychopathology*, 27(4pt2), 1385-1386. <http://doi.org/10.1017/S0954579415000814>
- Cierpka, A. (2014). Narrative Identity of Adolescents and Family Functioning. *Psychology of Language and Communication*, 18(3). <http://doi.org/10.2478/plc-2014-0018>
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2002). Addressing Attribution in Treating Abused Children. *Child Maltreatment*, 7(1), 82-86.
- Correia, I., & Dalbert, C. (2008). School Bullying Belief in a Personal Just World of Bullies, Victims, and Defenders. *European Psychologist*, 13(4), 248–254.

- Cowell, R. A., Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2015). Childhood maltreatment and its effect on neurocognitive functioning: Timing and chronicity matter. *Development and psychopathology*, 27(2), 521-33. <http://doi.org/10.1017/S0954579415000139>
- Creighton, S. J. (2004). Prevalence and incidence of child abuse: international comparisons. [www.nspcc.org.uk/Inform/research/Briefings/prevalenceand incidence of childabuse_wda48217.html](http://www.nspcc.org.uk/Inform/research/Briefings/prevalenceandincidenceofchildabuse_wda48217.html), 45(April).
- Creswell, J. ., & Plano Clark, V. . (2007). *Designing and conducting Mixed Methods research*. (C. Thousand Oaks, Ed.). Sage.
- Cuñat Giménez, R. J. (2007). Aplicación De La Teoría Fundamentada (Grounded Theory) Al Estudio Del Proceso De Creación De Empresas. *Decisiones Globales*, 1-13. Recuperado a partir de [https://www.academia.edu/8411106/DECISIONES_GLOBALES_1_APLICACIÓN_DE_LA_TEORÍA_FUNDAMENTADA_GROUNDED_THEORY_AL_ESTUDIO_DEL_PROCESO_DE_CREACIÓN_DE_E MPRESAS](https://www.academia.edu/8411106/DECISIONES_GLOBALES_1_APLICACIÓN_DE_LA_TEORÍA_FUNDAMENTADA_GROUNDED_THEORY_AL_ESTUDIO_DEL_PROCESO_DE_CREACIÓN_DE_EMPRESAS)
- Cyr, C., Euser, E., Bakermans-Kranenburg, M., & Van Ijzendoorn, M. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: a series of meta-analyses. *Development and psychopathology*, 22(1), 87-108. <http://doi.org/10.1017/S0954579409990289>
- Dalenberg, C., & Jacobs, D. (1994). Attributional analyses of child sexual abuse episodes: Empirical and clinical issues. *Journal of child sexual abuse*, 3, 37-50.
- Daly, K. (2007). *Qualitative Methods for Family Studies and Human Development*. Canada: Sage Publications.
- Davies, P., & Forman, E. (2002). Children's patterns of preserving emotional security in the interparental subsystem. *Child development*, 73, 1880–1903.
- Davies, P. T., Cummings, E. M., & Winter, M. A. (2004). Pathways between profiles of family functioning, child security in the interparental subsystem, and child psychological problems. *Development and Psychopathology*, 16, 525-550. <http://doi.org/10.1017/S0954579404004651>
- Davis, J. L., Petretic-Jackson, P. A., & Ting, L. (2001). Intimacy dysfunction and trauma symptomatology: long terms correlates of different types of child abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 63-79.
- De Paúl, J., & Arruabarrena, I. (1981). El maltrato infantil. criterios para su definición y su conceptualizacion.
- Deblinger, E. (2005). Understanding and Treating Feelings of Shame in Children Who Have Experienced Maltreatment. *Child Maltreatment*, 10(4), 364-376. <http://doi.org/10.1177/1077559505279306>

- Deiter, P., & Pearlman, L. . (2000). Self-Injury and Self Capacities: Assisting an Individual in Crisis. *Journal of clinical psychology*, 56(9), 1173–1191.
- Del Valle, J. F., & Bravo, A. (2001). Evaluación de la integración social en acogimiento residencial. *Psicothema*, 13(2), 197-204.
- Del Valle, J. F., Bravo Arteaga, A., Martínez Hernández, M., & Santos González, I. (2012). Estándares de calidad en acogimiento residencial EQUAR. *Informes, estudios e investigación, Versão Gen*, 1-85. Recuperado a partir de <http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=4072&tipo=documento>
- Díaz-Aguado Jalón, M. J. (2001). El maltrato infantil. *Revista de educación*, 17(325), 143-160.
- Dieguez, A. (2005). Representación, cognición y evolución. En P. Martínez Freire (Ed.), *Cognición y representación* (pp. 15-38). Málaga.
- Dillman, D. A. (2007). *Mail and Internet Surveys: The Tailored Design* (Vol. Second Edi). John Wiley: Hoboken, NJ. pp 523. .
- Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia. (2013). Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia, 16(Datos), 24-26.
- Domínguez, F. . (2012). ¿Hacia dónde va el acogimiento residencial? *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 141-150.
- Domínguez, J., & Mohedano, R. (2014). El acogimiento de menores en el actual sistema de protección a la infancia: La importancia del contexto. *Azarbe. Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 3(1902), 149-155.
- Donovan, K. L., & Brassard, M. R. (2011). Trajectories of maternal verbal aggression across the middle school years: Associations with negative view of self and social problems. *Child Abuse and Neglect*, 35(10), 814-830. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.06.001>
- Dubowitz, H., Newton, R. R., Litrownik, A. J., Lewis, T., Briggs, E., Thompson, R., ... Feerick, M. . (2005). Examination of a Conceptual Model of Child Neglect. *Child maltreatment*, 10(2), 173-189. <http://doi.org/10.1177/1077559505275014>
- Dunn, D. M., Culhane, S. E., & Taussig, H. N. (2010). Children's appraisals of their experiences in out-of-home care. *Children and Youth Services Review*, 32(10), 1324-1330. <http://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.05.001>
- Dunn, E. C., Busso, D. S., Raffeld, M. R., Smoller, J. W., Nelson, C. A., Doyle, A. E., & Luk, G. (2016). Does developmental timing of exposure to child maltreatment predict memory performance in adulthood? Results from a large, population-based sample. *Child Abuse and Neglect*, 51, 181-191. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.10.014>
- Eiroá-Orosa, F. J., Fernández-Pinto, I., & Pérez-Sales, P. (2008). Cuestionarios psicológicos e investigación en internet: una revisión de la literatura. *Anales de Psicología*, 24(1).

- English, D. J., Upadhyaya, M. P., Litrownik, A. J., Marshall, J. M., Runyan, D. K., Graham, J. C., & Dubowitz, H. (2005). Maltreatment's wake: The relationship of maltreatment dimensions to child outcomes. *Child Abuse and Neglect*, 29(5 SPEC. ISS.), 597-619.
<http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.12.008>
- English, D., & LONGSCAN. (1997). Modified Maltreatment Classification System (MMCS). *Child Development and Social Policy*, (2), 7-73. Recuperado a partir de <http://www.iprc.unc.edu/longscan/>
- Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. *American Psychologist*, 49, 709-724.
- Epstein, S. (2003). Cognitive-experiential self-theory of personality. En T. Millon & M. J. Lerner (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychology* (Vol. Volume 5; pp. 159-184). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Erikson, E. (1987). *The Life Cycle Completed*. New York: WW Norton.
- Esposito-smythers, A. B. M. C., Weismore, J. T., & Renshaw, K. D. (2013). The Relation Between Child Maltreatment and Adolescent Suicidal Behavior : A Systematic Review and Critical Examination of the Literature, 146-172. <http://doi.org/10.1007/s10567-013-0131-5>
- 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(2), 131-140.
<http://doi.org/10.1016/j.avb.2008.02.005>
- Evans, S. E., Steel, A. L., & DiLillo, D. (2013). Child maltreatment severity and adult trauma symptoms: Does perceived social support play a buffering role? *Child Abuse and Neglect*, 37(11), 934-943. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.005>
- Fallon, B., Trocmé, N., Fluke, J., MacLaurin, B., Tonmyr, L., & Yuan, Y. Y. (2010). Methodological challenges in measuring child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 34(1), 70-79.
<http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.08.008>
- Fariña, F., Seijo, D., & Novo, M. (2000). Psicología Jurídica al servicio del menor. En CEDECS (Ed.), *Psicología Jurídica al servicio del menor*.
- Feiring, C. (2005). Emotional development, shame, and adaptation to child maltreatment. *Child maltreatment*, 10(4), 307-310. <http://doi.org/10.1177/1077559505281307>
- Fergus, S., & Zimmerman, M. a. (2005). Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual review of public health*, 26, 399-419.
<http://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357>
- Fernández-Millán, J. M., Hamido-Mohamed, A., & del Mar Ortiz-Gómez, M. (2009). Influencia del acogimiento residencial en los menores en desamparo. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 7(2), 715-728.

- Fernandez-Molina, M., del Valle, J., Fuentes, M. J., Bernedo, I. M., & Bravo, A. (2011). Behavioural problems in adolescents who are in adoption, residential care, and grandparent fostering. *Psicothema*, 23(1), 1-6. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21266134>
- Fernández-Molina, M., del Valle, J., Fuentes, M. J., Bernedo, I. M., & Bravo, A. (2011). Problemas de conducta de los adolescentes en acogimiento preadoptivo, residencial y con familia extensa. *Psicothema*, 23(1), 1-6. <http://doi.org/A Web of science>
- Fernández, J., Álvarez, E., & Bravo, A. (2003). Evaluación de resultados a largo plazo en acogimiento residencial de protección a la infancia. *Infancia y Aprendizaje*, 26(2), 1-15.
- Fernández, J., Sainero, A. ., & Bravo, A. (2011). Salud Mental de Menores en Acogimiento Residencial. Guía para la prevención e intervención en hogares y centros de protección de la Comunidad Autónoma de Extremadura. JUNTA DE EXTREMADURA Consejería de Sanidad y Dependencia Servicio Extremeno de Salud.
- Fernandez, J., Valle, D., Fernandez, J., & Valle, D. E. L. (2015). ACOGIMIENTO RESIDENCIAL EVALUACIÓN OF RESIDENTIAL CARE PROGRAMS, (November).
- Fernández del Valle, J., López, M., Montserrat, C., & Bravo, A. (2009). Twenty years of foster care in Spain: Profiles, patterns and outcomes. *Children and Youth Services Review*, 31(8), 847-853. <http://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.03.007>
- Fernández J. Bravo A. (2002). Maltrato infantil: situación actual y respuestas sociales. *Psicothema* (14).
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. a., & Hamby, S. L. (2014). The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 55(3), 329-333. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.12.026>
- Finkelhor, D., Turner, H., Shattuck, A., Hamby, S., & Kracke, K. (2015). Children ' s Exposure to Violence Children ' s Exposure to Violence , Crime , and Abuse : An Update. *OJJDP Juvenile Justice Bulletin*, September.
- Foa, E. ., Zinbarg, R., & Rothbaum, B. . (1992). Uncontrollability and unpredictability in posttraumatic stress disorder: An animal model. *Psychological Bulletin*, 112, 218–238.
- Fortson, B. L., Scotti, J. R., del Ben, K. S., & Chen, Y. C. (2006). Reliability and validity of an internet traumatic stress survey with a college student sample. *Journal of Traumatic Stress*, 19(5), 709-720.
- Franklin, K. M., Janoff-Bulman, R., & Roberts, J. E. (1990). Long-term impact of parental divorce on optimism and trust: changes in general assumptions or narrow beliefs?. *J Pers Soc Psychol*, 59(4), 743-755. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.59.4.743>

- Frazier, P., Berman, M., & Steward, J. (2001). Perceived control and posttraumatic stress: A temporal model. *Applied & Preventive Psychology, 10*, 207–223.
- Fuentes, M., García, F., Gracia, E., & Alarcón, A. (2015). Los estilos parentales de socialización y el ajuste psicológico. Un estudio con adolescentes españoles. *Revista de Psicodidáctica, 20*(1), 117-138. <http://doi.org/10.1387/RevPsicodidact.10876>
- Galán Rodríguez, A. (2014). Tratamiento psicológico de niños y adolescentes en acogimiento residencial. Aportaciones a un campo específico de intervención. *Papeles del psicólogo, 35*(3), 201-209. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4839340&orden=1&info=link%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=4839340>
- Garbarino, J., Guttman, E., & Seeley, J. (1989). *The psychologically battered child. Strategies for identification, assessment and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- García, C., de la Herrán, A., & Imaña, A. (2007). El acogimiento residencial como medida de protección al menor. Madrid: Defensor del menor en la Comunidad de Madrid.
- García, F., & Gracia, E. (2009). Is always authoritative the optimum parenting style? Evidence from Spanish families. *Adolescence, 44*(173), 101-131.
- García Barriocanal, et al. (2007). Menores protegidos: un análisis de la experiencia residencial desde su perspectiva de adultos. *Mensajeros de la Paz*. Madrid.
- Generalitat, S. d'Infància i A. D. d'Acció S. i C., & Catalunya. (2010). Pla d'atenció integral a la infància i l'adolescència de Catalunya.
- Gilfus, M. E. (1999). The price of the ticket: A survivorcentered appraisal of trauma theory. *Violence Against Women, 5*(11), 1238-1257.
- Gillum, T., Sullivan, C., & Bybee, D. (2006). The importance of spirituality in the lives of domestic violence survivors. *Violence Against Women, 12*(3), 240-250.
- Glaser, B. (2013). Grounded theory methodology. *Introducing Qualitative Research in Psychology*, 69-82.
- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child Abuse and Neglect, 26*(6-7), 697-714. [http://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00342-3](http://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00342-3)
- Glaser, D. (2014). The effects of child maltreatment on the developing brain. *The Medico-legal journal, 82*(3), 97-111. <http://doi.org/10.1177/0025817214540395>
- Gold, J., Sullivan, M. W., & Lewis, M. (2013). conversion of shame to blame in juvenile offenders, 35(7), 459-467. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.02.007>.The

- Goldberg, J. H. (2007). Worldview of High-Risk Juvenile Delinquents. *Criminal Justice & Behavior*, 34(6), 846-861. <http://doi.org/10.1177/0093854807299413>
- Gómez, M. (2006). Maltrato psicológico. *Cuaderno Médico Forense*, 12, 103-116.
- Gracia, E., Lila, M., & Musito, G. (2005). Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los hijos. *Salud Mental*, 28(2).
- Greening, L., & Dollinger, S. (2002). Illusions (and shattered illusions) of invulnerability: Adolescents in natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 63-75.
- Hair, H. (2005). Outcomes for children and adolescents after residential treatment: A review of research from 1993 to 2003. *Journal of Child and Family Studies*, 14(4), 551– 575.
- Hankin, B. L. (2010). Rumination and Depression in Adolescence : Investigating Symptom Specificity in a Multiwave Prospective Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(1), 37-41. <http://doi.org/10.1080/15374410802359627>
- Harman, R., & Lee, D. (2010). The role of shame and self-critical thinking in the development and maintenance of current threat in post-traumatic stress disorder. *Clin Psychol Psychother*, 17(1), 13-24. <http://doi.org/10.1002/cpp.636>
- Herman, J. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery. The aftermath of violence - from domestic abuse to political terror*. London: Basic Books.
- Hernandez, A., Arntz, A., Gaviria, A. M., Labad, A., & Gutiérrez-Zotes, J. A. (2012). Relationships between childhood maltreatment, parenting style, and borderline personality disorder criteria. *Journal of personality disorders*, 26(5), 727-736. <http://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.5.727>
- Herrenkohl, R. C. (2005). The definition of child maltreatment: From case study to construct. *Child Abuse and Neglect*, 29(5 SPEC. ISS.), 413-424. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.04.002>
- Hildyard, K., & Wolfe, D. (2007). Cognitive processes associated with child neglect. *Child Abuse and Neglect*, 31(8), 895-907. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.007>
- Hodel, A. S., Hunt, R. H., Cowell, R. A., Van Den Heuvel, S. E., Gunnar, M. R., & Thomas, K. M. (2015). Duration of early adversity and structural brain development in post-institutionalized adolescents. *NeuroImage*, 105, 112-119. <http://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2014.10.020>
- Horowitz, M. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Jason Aronson.
- Houbre, B., Dodeler, V., Peter, L., Auxéméry, Y., Lanfranchi, J. B., & Tarquinio, C. (2012). Stress post-traumatique et altération des schémas cognitifs: Cas de la victimation à l'école. *Evolution*

Psychiatrique, 77(1), 1-14. <http://doi.org/10.1016/j.evopsy.2011.09.009>

Hultmann, O., & Broberg, A. G. (2015). Family Violence and Other Potentially Traumatic Interpersonal Events Among 9- to 17-Year-Old Children Attending an Outpatient Psychiatric Clinic. *Journal of Interpersonal Violence*. <http://doi.org/10.1177/0886260515584335>

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(3), 933-942.

Hyde, J., & Kammerer, N. (2009). Adolescents' perspectives on placement moves and congregate settings: Complex and cumulative instabilities in out-of-home care. *Children and Youth Services Review*, 31(2), 265-273. <http://doi.org/10.1016/j.childyouth.2008.07.019>

Informe, de Noviembre de 2010, de la Comisión Especial del Senado para la Problemática de la Adopción Nacional y otros Temas Afines. (s. f.). 2010.

Ingram, R. E. (2003). Origins of cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27(1), 77-88. <http://doi.org/10.1023/A:1022590730752>

Insana, S. P., Banihashemi, L., Herringa, R. J., Kolko, D. J., & Germain, A. (2015). Childhood maltreatment is associated with altered frontolimbic neurobiological activity during wakefulness in adulthood. *Development and Psychopathology*, 28, 1-14. <http://doi.org/10.1017/S0954579415000589>

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.

Janoff-Bulman R. (1979). Characterological versus behavioral self-blame: Inquiries into depression and rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1798-1809.

Jiménez-Morago, J., León, E., & Román, M. (2015). Adversity and Adjustment in Children in Institutions, Family Foster Care, and Adoption. *The Spanish journal of psychology*, 18.

Johansen, V. A., Wahl, A. K., Eilertsen, D. E., Hanestad, B. R., & Weisaeth, L. (2006). Acute psychological reactions in assault victims of non-domestic violence: Peritraumatic dissociation, post-traumatic stress disorder, anxiety and depression. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(6), 452-462. Recuperado a partir de 10.1080/08039480601021886

Johnson, R. ., Onwuegbuzie, A. ., & Turner, L. . (2007). Toward a definition of Mixed Methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 112-133.

Jonson-Reid, J., & Barth, R. . (2000). From placement to prison: The path to adolescent incarceration from child welfare supervised foster or group care. *Children and Youth Services Review*, 22, 493-516.

José Sanmartín Esplugues, Ángela Serrano Sarmiento, Yolanda García Esteve, Ana Rodríguez Martín, P. M. S. (2011). Maltrato Infantil en la familia en España. *Centro Reina Sofía. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*. Recuperado a partir de

<http://publicacionesoficiales.boe.es>

- Judith A. Cohen, L. B. y A. P. M. (2000). Treating traumatized children. *TRAUMA, VIOLENCE, & ABUSE*, 1, 29-46.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2005). The importance of parenting in the development of disorganized attachment: Evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 46(3), 263-274. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00353.x>
- Keene, A. C., & Epps, J. (2016). Childhood physical abuse and aggression: Shame and narcissistic vulnerability. *Child Abuse and Neglect*, 51, 276-283. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.09.012>
- Keiley, M. K., Howe, T. R., Dodge, K. a, Bates, J. E., & Petti, G. S. (2001). The timing of child physical maltreatment: a cross-domain growth analysis of impact on adolescent externalizing and internalizing problems. *Development and psychopathology*, 13(4), 891-912. <http://doi.org/doi:null>
- Kenny, M., & Fourie, R. (2014). Tracing the History of Grounded Theory Methodology: From Formation to Fragmentation. *Qualitative Report*, 19(52), 1-9. <http://doi.org/http://www.nova.edu/ssss/QR/QR19/kenny103.pdf>
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2003). Social self-efficacy and behavior problems in maltreated and nonmaltreated children. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 32(1), 106-117.
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., & Kenny, E. D. (2013). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 339-352. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.71.2.339>
- Knutson, J., & Beth, M. (1994). Punitive childhood experiences reported by young adults over a 10-year period. *Child Abuse & Neglect*, 18(2), 155-166.
- Kolko, D., & Feiring, C. (2002). «Explaining why»: a closer look at attributions in child abuse victims. *Child maltreatment*, 7(1), 5-8. <http://doi.org/10.1177/1077559502007001001>
- Kolko, D. J., Brown, E. J., & Berliner, L. (2002a). Children's perceptions of their abusive experience: measurement and preliminary findings. *Child Maltreatment*, 7(1), 42-55. <http://doi.org/10.1177/1077559502007001004>
- Kolko, D. J., Brown, E. J., & Berliner, L. (2002b). Children's Perceptions of Their Abusive Experience: Measurement and Preliminary Findings. *Child Maltreatment*, 17(1), 41-53.
- Koltko-Rivera, M. E. (2004a). The Psychology of Worldviews. *Review of General Psychology*, 8(1), 3-58.
- Koltko-Rivera, M. E. (2004b). The Psychology of Worldviews. *Review of General Psychology*, 8(1), 3-58.

- Kools, S. M. (1997). Adolescent Identity Development in Foster Care. *Family Relations*, 46(3), 263-271. <http://doi.org/10.2307/585124>
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2002). World report on violence and health. Title. World Health Organization.
- Kumsta, R., Kreppner, J., Kennedy, M., Knights, N., Rutter, M., & Sonuga-Barke, E. (2015). Psychological consequences of early global deprivation. *European Psychologist*, 20(2), 138-151. <http://doi.org/10.1027/1016-9040/a000227>
- Kumsta, R. R., Rutter, M. M., Stevens, S. S., & Sonuga-Barke, E. J. (2010). Risk, causation, mediation, and moderation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 75(1), 187-211. <http://doi.org/10.1111/j.1540-5834.2010.00556.x>
- Kvale, S. (1995). The social construction of validity. *Qualitative Inquiry*, 1(1), 19-40.
- Lachica, E. (2010). Síndrome del niño maltratado : aspectos médico- legales. *Instituto de Medicina Legal de Granada*, 16, 53-63.
- Landry, S. H., Smith, K. E., Swank, P. R., & Miller-Loncar, C. L. (2015). Early maternal and child influences on children's later independent cognitive and social functioning. *Child Development*, 71(2), 358-375. <http://doi.org/10.1111/1467-8624.00150>
- Lee, B. ., & Thompson, R. (2008). Comparing outcomes for youth in treatment foster care and family-style group care. *Children and Youth Services Review*., 30(7), 746-757.
- Leeb, R., Paulozzi, L., Melanson, C., Simon, T., & Arias, I. (2008). *Child Maltreatment Surveillance: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements, Version 1.0*. (N. C. for I. P. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention & and C. 2008., Eds.).
- Leichtman, M. (2006). Residential treatment of children and adolescents: Past, present, and future. *American Journal of Orthopsychiatry*., 76(3), 285-294.
- Leichtman, M., Leichtman, M., Barber, C., & Neese, D. (2001). Effectiveness of intensive short-term residential treatment with severely disturbed adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(2), 227-235.
- Lerner, M. . (1980). *The Belief in a Just World: A fundamental delusion*. New York: Plenum Press.
- Lerner, M. J. (1997). What does the belief in a just world protect us from: The dread of death or the fear of undeserved suffering? *Psychological Inquiry*, 8, 29-32.
- Lewis, S., & Vanecek, R. (2000). Family of Origin Environment and Coping with Situations Which Vary by Level of Stress Intensity. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(4), 463-479.
- Li, F., & Godinet, M. T. (2014). The impact of repeated maltreatment on behavioral trajectories from early childhood to early adolescence. *Children and Youth Services Review*, 36, 22-29. <http://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.10.014>

- Lilly, M. M., Howell, K. H., & Graham-bermann, S. (2015). World Assumptions , Religiosity , and PTSD in Survivors of Intimate Partner Violence. <http://doi.org/10.1177/1077801214564139>
- Limaña, A. , Bueno-Bueno, A., & Domínguez-Alonso, F. (2013). Acción e Investigación en la intervencion psicosocial con menores. *Portularia*, 13(2), 99-108.
- Litrownik, A. J., Lau, A., English, D. J., Briggs, E., Newton, R. R., Romney, S., & Dubowitz, H. (2005). Measuring the severity of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 29(5 SPEC. ISS.), 553-573. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.08.010>
- Llosada-Gistau, J., Montserrat, C., & Casas, F. (2015). The subjective well-being of adolescents in residential care compared to that of the general population. *Children and Youth Services Review*, 52(c), 150-157.
- Lópes, M. L., del Valle, J. F., Boada, C. M. &, & Arteaga, A. B. (2010). Niños que esperan: Estudio sobre casos de larga estancia en acogimiento residencial. *Informes, Estudios e Investigación. Ministerio de Sanidad y Política Social*, (November 2015).
- López, F. (1995). *Necesidades de la Infancia y Protección Infantil*. (Ministerio de Asuntos Sociales, Ed.). Madrid.
- Lopez, M. A., & Heffer, R. W. (1998). Self-concept and social competence of university student victims of childhood physical abuse. *Child Abuse and Neglect*, 22(3), 183-195. [http://doi.org/10.1016/S0145-2134\(97\)00136-1](http://doi.org/10.1016/S0145-2134(97)00136-1)
- López, M., Del Valle, J. F., Boada, C. M., & Arteaga, A. B. (2010). Niños que esperan: Estudio sobre casos de larga estancia en acogimiento residencial. *Informes, Estudios e Investigación. Ministerio de Sanidad y Política Social*, (November 2015).
- Lyons, J. ., & Schaefer, K. (2000). Mental health and dangerousness:Characteristics and outcomes of children and adolescents in residential placements. *Journal of Child and Family Studies*, 9(1), 67-73.
- Magalhaes, E., & Lopes, J. (2011). Self-concept on institutionalized adolescents: An exploratory study. *Psicologia*, 25(2), 163-180.
- Makogon, I. K., & Enikolopov, S. N. (2013). Problems with the assessment of shame and guilt. *Psychology in Russia: State of the Art*, 6(4), 168-175. <http://doi.org/10.11621/pir.2013.0415>
- Mancini, A. D., Prati, G., & Bonanno, G. A. (2011). Do Shattered Worldviews Lead to Complicated Grief? Prospective and Longitudinal Analyses. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(2), 184-215. <http://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.2.184>
- Manly, J., Kim, J., Rogosch, F., & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, 13(4), 759-782. <http://doi.org/doi:null>
- Manly, J. T. (2005). Advances in research definitions of child maltreatment. *Child Abuse and*

Neglect, 29(5 SPEC. ISS.), 425-439. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.04.001>

Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F. a, & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, 13(4), 759-782. <http://doi.org/doi:null>

Margolin, G., & Vickerman, K. (2007). Post-traumatic Stress in Children and Adolescents Exposed to Family Violence: I. Overview and Issues. *Professional Psychology Research and Practice Journal*, 38(6), 613-619.

Markez-Alonso, I., Fernández-Liria, A., & Pérez-Sales, P. (2009). *Salud mental y violencias institucional, estructural, social y colectiva*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Marris, P. (1996). The politics of uncertainty.pdf. En *The Politics of Uncertainty* (pp. 9-15-65). Routledge: Llundon and New York.

Martin, E. (2011a). Apoyo social percibido en niños y adolescentes en acogimiento residencial. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 107-120. Recuperado a partir de <http://www.ijpsy.com/volumen11/num1/285/apoyo-social-percibido-en-nios-y-adolescentes-ES.pdf>

Martin, E. (2011b). Apoyo social percibido en niños y adolescentes en acogimiento residencial. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 107-120. Recuperado a partir de <http://www.ijpsy.com/volumen11/num1/285/apoyo-social-percibido-en-nios-y-adolescentes-ES.pdf>

Martín, E., & González, M. D. S. (2007). La calidad del acogimiento residencial desde la perspectiva de los menores. *Infancia y Aprendizaje*, 30(1), 25-38. <http://doi.org/10.1174/021037007779849727>

Martín, E., Rodríguez, T., & Torbay, Á. (2007). Evaluación diferencial de los programas de acogimiento residencial para menores. *Psicothema*, 19(3), 406-412.

Martín Cabrera, E. (2015). Niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial: un análisis en función del género. *Curriculum: Revista de teoría, investigación y práctica educativa*, (28), 88-102. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5031697&info=resumen&idioma=SPA>

McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor*. New York: Bruner Mazel.

McCann, L., & Pearlman, L. A. (1992). Constructivist Self-Development Theory: A Theoretical Framework for Assessing and Treating Traumatized College Students. *Journal of American College Health*, 40(4), 189-199.

McCarthy, M. C., & Lumley, M. N. (2012). Sources of emotional maltreatment and the differential development of unconditional and conditional schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41,

288–297.

- McGee, R. a, Wolfe, D. a, & Wilson, S. K. (1997a). Multiple maltreatment experiences and adolescent behavior problems: adolescents' perspectives. *Development and psychopathology*, 9(1), 131-149. <http://doi.org/10.1017/S0954579497001107>
- McGee, R. a, Wolfe, D. a, & Wilson, S. K. (1997b). Multiple maltreatment experiences and adolescent behavior problems: adolescents' perspectives. *Development and psychopathology*, 9(1), 131-149. <http://doi.org/10.1017/S0954579497001107>
- McGee, R., Wolfe, D., & Olson, J. (2001). Multiple maltreatment, attribution of blame, and adjustment among adolescents. *Development and psychopathology*, 13(4), 827-46. <http://doi.org/doi:null>
- McGuire, S. (1994). Measuring self concept in children. *ACPP Review & Newsletter*, 16, 83–87.
- Merdinger, J., Hines, A., Osterling, K., & Wyatt, P. (2005). Pathways to college for former foster youth: understanding factors that contribute to educational success. *Child Welfare*, 84(6), 867-896.
- Mersky, J. P., Berger, L. M., Reynolds, A. J., & Gromoske, A. N. (2009). Risk factors for child and adolescent maltreatment: a longitudinal investigation of a cohort of inner-city youth. *Child maltreatment*, 14(1), 73-88. <http://doi.org/10.1177/1077559508318399>
- Mertens, D. (2007). Transformative Paradigm Mixed Methods and Social Justice. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(3), 212-225.
- Milan, S. E., & Pinderhughes, E. E. (2000). Factors influencing maltreated children ' s early adjustment in foster care, 12, 63-81.
- Miller, D. L. (2011). Being Called to Account Understanding Adolescents' Narrative Identity Construction in Institutional Contexts. *Qualitative Social Work*, 10(3), 311-328. <http://doi.org/10.1177/1473325011409479>
- Moreno, A., Umérez, J., & Ibáñez, J. (1997). Cognition and Life: the Autonomy of Cognition. *Brain and Cognition*, 34, 107-129.
- Muela, A. (2008). Hacia un sistema de clasificación nosológico del maltrato. *Anales de Psicología*, 24(1), 77-87.
- Muris, P. (2006). Maladaptive Schemas in Non-Clinical Adolescents : Relations to Perceived Parental Rearing Behaviours , Big Five Personality Factors and Psychopathological Symptoms, 413, 405-413.
- Nasar, M., Khan, M, K., & Majeed, R. (2014). A Comparative Study of Personality Differences between Orphans and Non Orphans of Lahore. *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, 11(2), 19-25.

- Neff, K. . (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, (2), 85–101.
- Neff, K. ., & McGehee, P. (2009). Self-compassion and Psychological Resilience Among Adolescents and Young Adults. *Self and Identity*, 9(3), 225-240.
<http://doi.org/10.1080/15298860902979307>
- Neff, K. ., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77, 23–50.
- Neria, Y., & Litz, T. . (2004). Bereavement by traumatic means: the complex synergy of trauma and grief. *Journal of Loss & Trauma*, 9, 73-87.
- 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. *PLoS Medicine*, 9(11). <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Ochaíta, E., & Espinosa, M. (2001). El menor como sujeto de derechos. En M. (Ed.) (Ed.), *La protección de los menores: Derechos y recursos para su atención* (p. (pp. 36-66)). Madrid: Cívitas.
- Ocón, D. (2004). Un análisis comparativo de las medidas alternativas de protección de menores en Andalucía y España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 63-81.
- Oliván, G. (2003). Niños y adolescentes en acogimiento transitorio: problemas de salud y directrices para su cuidado. *Anales de Pediatría*, 58(2), 128-135.
<http://doi.org/10.1157/13042976>
- Onwuegbuzie, A. J., & Leech, N. (2006). Linking research questions to mixed methods data analysis procedures. *The Qualitative Report*, 11(3), 474-498.
- Ornduff, S. (2000). Childhood maltreatment and malevolence Quantitative research findings. *Clinical Psychology Review*, 20(8), 997-1018. [http://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00021-5](http://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00021-5)
- Ornduff, S. R. (1997). TAT assessment of object relations: implications for child abuse. *ulletin of the Menninger Clinic*, 61, 1-15.
- Palacios, J. (2003). Instituciones para niños: ¿protección o riesgo? *Infancia y Aprendizaje*, 26(3), 353-363. <http://doi.org/10.1174/021037003322299098>
- Panchón, C., Costa, S., & Gil, E. (2006). La infància i la seva protecció Consideracions al voltant del sistema social de protecció a la infància, (1), 29-41.
- Panchón, C., Fernández del Valle, J., Vizcarro, M., Llapart, V., & Martín, C. (1999). Situación de menores de 16 a 18 años en centros de protección.
- Parkes, C. M. (1975). What becomes of redundant world models? A contribution to the study of adaptation to change. *British Journal of Medical Psychology*, 48, 131–137.

- Pau, Joaquin De, San Juan, C. (1992). La representación social de 10s malos tratos y el abandono infantiles, (53), 149-157. Recuperado a partir de file:///C:/Users/Paula/Desktop/Downloads/61050-88982-1-PB.pdf
- Perez-Sales, P. (s. f.). *Trauma, Culpa, Duelo - Hacia una Psicoterapia Integradora*. (E. D. de Brower., Ed.). Bilbao.
- Pérez Sales, P., Eiroa Orosa, F. J., Fernandez-Pinto, I., Olivos, P., Vergara Campos, M., Vergara Egidio, S., & Barbero Val, E. (2013). *La medida del impacto psicológico de experiencias extremas. Cuestionario V.I.V.O.* Irredentos Libros.
- Perry, B. ., Pollard, R., Blakley, T., Baker, W., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and «use-dependent» development of the brain: How «states» become «traits». *Infant Mental Health Journal*, 16(4), 271-191.
- Petersen, A., Joseph, J., & Feit, M. (2013). *New Directions in Child Abuse and Neglect Research*.
- Peterson, C., & Seligman, M. (1983). Learned Helplessness and Victimization. *Journal of Social Issues*, 39(2), 103-116.
- Pinheiro, P. S. (2006). Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas, 357p.
- Pollak, S. D. (2015). Multilevel developmental approaches to understanding the effects of child maltreatment: Recent advances and future challenges. *Development and Psychopathology*, 27(4pt2), 1387-1397. <http://doi.org/10.1017/S0954579415000826>
- Portwood, S. G. (1999). Coming to terms with a consensual definition of child maltreatment. *Child Maltreatment*, 4(1), 56-68. <http://doi.org/10.1177/1077559599004001006>
- Powell, T., & Blanchet-Cohen, N. (2014). The Journey of Hope: A Group Work Intervention for Children Who Have Experienced a Collective Trauma. *Social Work with Groups*, 37(4), 297-313. <http://doi.org/10.1080/01609513.2013.873884>
- Proust, J. (1999). Mind, Space, and objectivity in non-Human Animals. *Erkenntniss*, 51, 41-58.
- Putnam, F. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York: Guilford Press.
- Putnam, F. W. (2002). Clinical Implications of the Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. *Scientist*, 3(2), 91-108.
- Resick, P., & Schnicke, M. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748–756.
- Reyna, V. (2004). How people make decisions that involve risk: A dual-processes approach. *Current Directions in Psychological Science*, 13, 60–66.
- Riem, M. M. E., Alink, L. R. a., Out, D., Van Ijzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J.

- (2015). Beating the brain about abuse: Empirical and meta-analytic studies of the association between maltreatment and hippocampal volume across childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 27(2), 507-520.
<http://doi.org/10.1017/S0954579415000127>
- Rimé, B. (2008). The Social Sharing of Emotion as an Interface Between Individual and Collective Processes in the Construction of Emotional Climates. *Journal of Social Issues*, 63(2), 307-332.
- Rocco, T., Bliss, L., Gallagher, S., & Pérez-Prado, A. (2003). Taking the Next Step: Mixed Methods Research in Organizational Systems. *Information Technology, Learning, and Performance Journal*, 21(1), 19-29.
- Rolls, E. . (2001). Representations in the Brain. *Synthese*, 128, 153-171.
- Román, C., Palacios, J., Moreno, C., & López, A. (2012). Internal working models of attachment in internationally adopted children. *Attachment & human development*, 14(6), 585-600.
 Recuperado a partir de <http://dx.doi.org/10.1080/14616734.2012.727257>
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Rossmann, B., Hughes, H., & Rosenberg, M. (2000). *Children and interparental violence: The impact of exposure. : ; 2000*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Ruiz, I., & Gallardo, J. (2002). Impacto psicológico de la negligencia familiar (leve versus grave) en un grupo de niños y niñas. *Revista Panamericana de Salud P*, 18(3), 261-272.
<http://doi.org/10.1590/S1020-49892008000900005>
- Runyan, D. K., Cox, C. E., Dubowitz, H., Newton, R. R., Upadhyaya, M., Kotch, J. B., ... Knight, E. D. (2005). Describing maltreatment: Do child protective service reports and research definitions agree? *Child Abuse and Neglect*, 29(5 SPEC. ISS.), 461-477.
<http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.06.015>
- Sahana, R., & Lux, A. (2012). The epidemiology of child maltreatment. *Pediatrics and Child Health*, 22(11), 459-464.
- Sala, J., Jariot, M., Villalba, A., & Rodríguez, M. (2009). Analysis of factors involved in the social inclusion process of young people fostered in residential care institutions. *Children and Youth Services Review*, 31(12), 1251-1257.
- Saltzman-Gorn, T. S. (2003). Got hope? A moderator for trauma in adolescents exposed to violence (Doctoral dissertation, Antioch University, 2003). *Dissertation Abstracts International*, 64(1).
- Schuler, E. R., & Boals, A. (2016). Shattering world assumptions: A prospective view of the impact of adverse events on world assumptions. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(3), 259-266. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/tra0000073>
- Sedlak, A., & Broadhurst, D. (2001). A history of the national incidence study of child abuse and neglect. *Special Studies and Strategic Planning: National Incidence Study of Child Abuse and*

Neglect, (8). Recuperado a partir de

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=1526688663007705888related:IBu5Vojg3tMJ

Sedlak, A., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A., & Li, S. (2009). Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS – 4): Report to Congress, Executive Summary, 1-26. <http://doi.org/10.1037/e659872010-001>

Shavelson, R., Hubner, J., & Stanton, J. (1976). Self concept: Validation of construct interpretation. *Review of Educational Research*, 46(3), 407-441.

Sheikh, S., & Janoff-Bulman, R. (2009). The «Shoulds» and «Should Nots» of Moral Emotions: A Self-Regulatory Perspective on Shame and Guilt. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(2), 213-224. <http://doi.org/10.1177/0146167209356788>

Sheikh, S., & Janoff-Bulman, R. (2010). Tracing the Self-Regulatory Bases of Moral Emotions. *Emotion Review*, 2(4), 386-396. <http://doi.org/10.1177/1754073910374660>

Shonk, S. ., & Cicchetti, D. (2001). Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioral maladjustment. *Developmental Psychology*, 37(1), 3-17.

Siegel, D. . (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York, NY: Guilford Press.

Siegel, D. y, & Payne Bryson, T. (2012). *El cerebro del niño*. ALBA Editorial.

Silva, L. A. M. da, & Montserrat, C. (2014). Jóvenes que estuvieron en el sistema de protección social a la infancia: Reflexiones a partir de una investigación realizada en Girona, España. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(1), 198-206. <http://doi.org/10.1590/S0102-79722014000100022>

Simmons, J. ., & Weinman, M. . (1991). Self-esteem, adjustment, and locus of control among youth in an emergency shelter. *Journal of Community Psychology*, 19(3), 277-280.

Slep, A. M. S., Heyman, R. E., & Snarr, J. D. (2011). Child emotional aggression and abuse: Definitions and prevalence. *Child Abuse and Neglect*, 35(10), 783-796. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.07.002>

Sociales, M. de S. y S. (2014). Protocolo Basico de Intervencion contra el maltrato Infantil en el ambito familiar.

Soler, L., Kirchner, T., Paretilla, C., & Forns, M. (2013). Impact of Poly-Victimization on Mental Health. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(13), 2695-2712. <http://doi.org/10.1177/0886260513487989>

Springer, K., 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 and Neglect*, 31(5), 517-530.

<http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.01.003>

- Steinhardt, M., & Dolbier, C. (2008). Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *Journal Of American College Health: J Of ACH*, 56(4), 445-453.
- Stewart, A., Livingston, M., & Dennison, S. (2008). Transitions and turning points: Examining the links between child maltreatment and juvenile offending. *Child Abuse and Neglect*, 32(1), 51-66. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.04.011>
- Stovall, G., & Craig, R. (1990). Mental representations of physically and sexually abused latency-aged females. *Child Abuse and Neglect*, 14, 233-242.
- Stuewig, J., & McCloskey, L. A. (2005). The Relation of Child Maltreatment to Shame and Guilt Among Adolescents : Psychological Routes to Depression and Delinquency. *Child maltreatment*, 10(4), 324-336. <http://doi.org/10.1177/1077559505279308>
- Tanaka, M., Wekerle, C., Schmuck, M. Lou, & Paglia-Boak, A. (2011). The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 35(10), 887-898. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.07.003>
- Tangney, J. ., Stuewing, J., & Mashek, D. . (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annual Review of Psychology*, 58, 345-372.
- Tedeschi, R. ., & Calhoun, L. (2007). Beyond the concept of recovery: Growth and the experience of loss. *Death Studies*, 32(1), 27-39.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., & Engdahl, B. E. (2001). Opportunities for growth in survivors of trauma. *National Center for PTSD Clinical Quarterly*, 10, 23-25.
- Thornberry, T. P., Ireland, T. O., & Smith, C. A. (2001). The importance of timing: the varying impact of childhood and adolescent maltreatment on multiple problem outcomes. *Dev Psychopathol*, 13(4), 957-979.
- Todd, Z., Nerlich, B., McKeown, S., Clarke, D. D., & More, & 2. (2004). *Mixing Methods in Psychology: The Integration of Qualitative and Quantitative Methods in Theory and Practice*. <http://doi.org/10.4324/9780203645727>
- Torres-Gómez, B., Rivero, A. ., Balluerka, N., Herce, C., & Achúcarro, C. (2006). Autoconcepto de los menores en acogimiento familiar: Diferencias en función del tipo de acogimiento, historia de crianza y problemática de la familia biológica. *Infancia y Aprendizaje*, 29(2), 147-166. <http://doi.org/10.1174/021037006776789971>
- Touza, C. (2002). Las consecuencias del maltrato y del abandono en el desarrollo socioemocional de niños y adolescentes institucionalizados (tesis).

- Trinidad Requena, A. (2011). La mirada emergente: el discurso de los procesos de integración. *Papers*, 96(3), 657 – 681.
- Triplett, K. N., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., & Reeve, C. L. (2012). Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 400-410.
- Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Chamberland, C., Chabot, M., & Esposito, T. (2011). Shifting definitions of emotional maltreatment: An analysis child welfare investigation laws and practices in Canada. *Child Abuse and Neglect*, 35(10), 831-840.
<http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.05.015>
- Turner, H. A., Shattuck, A., Finkelhor, D., & Hamby, S. (2015). Effects of Poly-Victimization on Adolescent Social Support, Self-Concept, and Psychological Distress. *Journal of Interpersonal Violence*, 886260515586376. <http://doi.org/10.1177/0886260515586376>
- Ullman, S., Townsend, S., Filipas, H., & Starzynski, L. (2007). Structural models of the relations of assault severity, social support, avoidance coping, self-blame, and PTSD among sexual assault survivors. *Psychology of women quarterly*, 31, 23–37.
- UNICEF. (2005). Violence against children in Europe: A preliminary review of research. *Innocenti Research Center*. <http://doi.org/433>
- Valentino, K., Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2008). True and false recall and dissociation among maltreated children: the role of self-schema. *Development and psychopathology*, 20(1), 213-232. <http://doi.org/10.1017/S0954579408000102>
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5).
- van Harmelen, A., de Jong, P., Glashouwer, K., Spinhoven, P., Penninx, B., & Elzinga, B. (2010). Child abuse and negative explicit and automatic self-associations: The cognitive scars of emotional maltreatment. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 486–494.
- Vélez, C. . (2008). El problema de la representación en la filosofía cognitiva. *Contrastes*, 13, 253-271.
- Verdolini, N., Attademo, L., Agius, M., Ferranti, L., Moretti, P., & Quartesan, R. (2015). Traumatic Events in Childhood and Their Association With Psychiatric Illness in the Adult, 27(Teicher 2013), 60-70.
- Vettese, L. C., Dyer, C., Li, W., & Wekerle, C. (2011). Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotion regulation difficulties? A preliminary investigation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5), 480-491.
- Vondra, J., Barnett, D., & Cicchetti, D. (1989). Perceived and actual competence among maltreated

and comparison school children. *Development and Psychopathology*, 1, 237–255.

Webb, M., Heisler, D., Call, S., Chickering, S. A., & Colburn, T. A. (2007). Shame, guilt, symptoms of depression, and reported history of psychological maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 31(11-12), 1143-1153. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.09.003>

Wilson, S. ., Rack, J. ., Shi, X., & Norris, A. . (2008). Comparing physically abusive, neglectful, and non-maltreating parents during interactions with their children: a meta-analysis of observational studies. *Child Abuse & Neglect*, 32(9), 897-911.

Wolfe, D. A., & Mclsaac, C. (2011). Distinguishing between poor/dysfunctional parenting and child emotional maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 35(10), 802-813. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.12.009>

Wolfe, D., Crooks, C., Lee, V., McIntyre-Smith, A., & Jaffe, P. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*., 6, 171–187.

World Health Organization. (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization.

Wright, M. ., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 59-68.

Young, J. E., & Brown, G. (1994). Young Schema Questionnaire (segunda edición). En *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc.

Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

Ziegler, D. (2011). *Traumatic Experience and the Brain: A Handbook for Understanding and Treating Those Traumatized as Children*. Acacia Publishing Inc.

ANEXOS

Anexo 1. Análisis de comparaciones múltiples de medias de acuerdo con el criterio de Tukey para valorar el efecto de las interacciones entre violencia familiar y pérdida en el cuestionario VIVO. Solo se incluyen las interacciones que resultaron significativas.

Tabla. Interacción entre pérdida y violencia familiar (VF) en convicciones

Pérdidas	VF	Media	EE
No	No	3.117	0.080
Sí	No	3.111	0.065
No	Sí	3.61	0.212
Sí	Sí	2.538	0.171

Tabla. Análisis de contraste para convicciones

Contraste	Estimador	EE	Valor-p
No,No - Sí,No	0.006	0.103	0.999
No,No - No,Sí	-0.493	0.227	0.132
No,No - Sí,Sí	0.578	0.189	0.0126
Sí,No - No,Sí	-0.499	0.222	0.111
Sí,No - Sí,Sí	0.572	0.183	0.010
No,Sí - Sí,Sí	1.072	0.273	0.000

Tabla. Interacción entre pérdida y violencia familiar (VF) en emociones

Pérdidas	VF	Media	EE
No	No	2.91	0.090
Sí	No	3.207	0.078
No	Sí	3.718	0.269
Sí	Sí	2.972	0.177

Tabla. Contraste entre pérdida y violencia familiar (VF) en emociones

Contraste	Estimado	EE	Valor-p
No,No - Sí,No	-0.2966	0.119	0.065
No,No - No,Sí	-0.8078	0.284	0.024
No,No - Sí,Sí	-0.06208	0.199	0.989
Sí,No - No,Sí	-0.5112	0.280	0.265
Sí,No - Sí,Sí	0.2345	0.194	0.621
No,Sí - Sí,Sí	0.7457	0.322	0.097

Tabla. Interacción entre pérdida y violencia familiar (VF) en cambios en la identidad

Pérdidas	VF	Media	EE
No	No	3.215	0.09779
Sí	No	3.517	0.08232
No	Sí	4.077	0.2806
Sí	Sí	3.621	0.1878

Tabla. Contraste entre pérdida y violencia familiar (VF) en cambios en la identidad.

Contraste	Estimado	EE	Valor-p
No,No - Sí,No	-0.3016	0.127	0.0873
No,No - No,Sí	-0.862	0.297	0.02
No,No - Sí,Sí	-0.4057	0.211	0.223
Sí,No - No,Sí	-0.5604	0.292	0.223
Sí,No - Sí,Sí	-0.1041	0.205	0.957
No,Sí - Sí,Sí	0.4562	0.337	0.531

Tabla. Interacción entre pérdida y violencia familiar (VF) en Cambio de Prioridades

Pérdidas	VF	Media	EE
No	No	2.706	0.1344
Sí	No	2.93	0.1132
No	Sí	3.808	0.3857
Sí	Sí	2.793	0.2583

Tabla. Contraste entre pérdida y violencia familiar (VF) en Cambio de Prioridades

Contraste	Estimado	EE	Valor-p
No,No - Sí,No	-0.224	0.175	0.576
No,No - No,Sí	-1.102	0.408	0.036
No,No - Sí,Sí	-0.087	0.291	0.990
Sí,No - No,Sí	-0.877	0.402	0.130
Sí,No - Sí,Sí	0.137	0.282	0.961
No,Sí - Sí,Sí	1.015	0.464	0.129

ANEXO 2. Análisis de regresión de factores objetivo y subjetivo en la escala del VIVO. Solo se incluyen aquellos modelos que resultaron estadísticamente significativos.

Tabla: Predictores de la escala destino en el cuestionario VIVO.

	Estimador	ES	Valor t	Valor-p
Constante	4.887	1.787	2.734	0.007686
Edad	-0.1163	0.1072	-1.085	0.2812
Sexo: hombre	-0.8142	0.2842	-2.865	0.005315
En varias ocasiones	0.1261	0.3289	0.3834	0.7024
Prolongado y sostenido	-0.04954	0.3942	-0.1257	0.9003

Tabla: Predictores de la escala suicidio en el cuestionario VIVO.

	Estimador	ES	Valor t	Valor-p
Constante	5.265	1.647	3.196	0.001985
Edad	-0.1779	0.09881	-1.801	0.07547
Sexo: hombre	-0.6167	0.2619	-2.355	0.02095
En varias ocasiones	0.5694	0.3031	1.878	0.06391
Prolongado y sostenido	0.6378	0.3633	1.756	0.08293

Tabla. Predictores de la escala ambigüedad en el cuestionario VIVO

	Estimador	ES	Valor t	Valor-p
Constante	5.909	1.349	4.379	3.529e-05
Edad	-0.1998	0.08095	-2.468	0.0157
Sexo: hombre	0.4856	0.2145	2.264	0.02627
En varias ocasiones	0.1775	0.2483	0.7151	0.4766
Prolongado y sostenido	-0.1051	0.2976	-0.3534	0.7247

Tabla. Predictores de la escala compartir la experiencia en el cuestionario VIVO

	Estimador	ES	Valor t	Valor-p
--	-----------	----	---------	---------

Constante	7.198	1.381	5.213	1.393e-06
Edad	-0.3022	0.08285	-3.648	0.0004663
Sexo: hombre	0.1751	0.2196	0.7976	0.4274
En varias ocasiones	0.06071	0.2541	0.2389	0.8118
Prolongado y sostenido	0.4027	0.3046	1.322	0.1898

Tabla. Predictores de la escala bondad del ser humano en el cuestionario VIVO

	Estimador	ES	Valor t	Valor-p
Constante	6.065	1.263	4.802	7.308e-06
Edad	-0.2041	0.07559	-2.7	0.00847
Sexo:hombre	0.02488	0.1968	0.1264	0.8997
En varias ocasiones	0.3518	0.2487	1.415	0.1611
Prolongado y sostenido	-0.2241	0.3304	-0.6784	0.4995
Percepción amenaza alta	0.7173	0.2338	3.067	0.002956
Percepción influencia alta	0.09497	0.2328	0.4079	0.6844

Tabla. Predictores de la escala en confianza en el ser humano en el cuestionario VIVO.

	Estimador	ES	Valor t	Valor-p
Constante	6.013	1.795	3.349	0.0012
Edad	-0.1599	0.1075	-1.488	0.1408
Sexo: hombre	-0.1066	0.2797	-0.3811	0.7041
En varias ocasiones	-0.8462	0.3535	-2.394	0.01906
Prolongado y sostenido	-1.402	0.4696	-2.986	0.00376
Percepcion amenaza alta	0.7013	0.3324	2.11	0.03805
Percepción influencia alta	0.7154	0.331	2.162	0.03368

Tabla. Predictores de la escala asumir pasado-culpa en el cuestionario VIVO.

	Estimador	ES	Valor t	Valor-p
Constante	5.317	1.077	4.937	4.188e-06
Edad	-0.1523	0.06462	-2.356	0.02088

Sexo: hombre	0.1494	0.1713	0.8726	0.3854
En varias ocasiones	-0.1067	0.1982	-0.5383	0.5919
Prolongado y sostenido	0.5137	0.2376	2.162	0.03355

Tabla. Predictores de la escala confianza en sí mismo en el cuestionario VIVO.

	Estimador	ES	Valor t	Valor-p
Constante	4.735	1.483	3.192	0.00202
Edad	-0.1469	0.0888	-1.655	0.102
Sexo: hombre	0.1213	0.2312	0.5246	0.6013
En varias ocasiones	-0.03321	0.2921	-0.1137	0.9098
Prolongado y sostenido	0.1635	0.3881	0.4214	0.6746
Percepción amenaza alta	0.5056	0.2747	1.841	0.06943
Percepción influencia alta	0.4205	0.2735	1.538	0.1281

Tabla: Predictores en la escala posibilidad de cambio para el cuestionario VIVO.

	Estimador	ES	Valor t	Valor-p
Constante	4.061	1.656	2.453	0.01641
Edad	-0.0913	0.09881	-0.9239	0.3584
Sexo:hombre	-0.2522	0.2567	-0.9826	0.3289
En varias ocasiones	-0.78	0.3278	-2.379	0.0198
Prolongado y sostenido	-0.3472	0.4318	-0.804	0.4238
Percepción amenaza alta	1.366	0.5889	2.32	0.02295
Percepción influencia alta	0.42	0.3421	1.228	0.2232
Amenaza alta + Influencia alta	-1.386	0.6733	-2.058	0.04293

Tabla. Predictores para le escala miedos en el cuestionario VIVO.

	Estimador	ES	Valor t	Valor-p
Constante	3.559	1.584	2.247	0.02746
Edad	-0.00258	0.09483	-0.02726	0.9783
Sexo: hombre	-0.4359	0.2469	-1.766	0.08132

En varias ocasiones	0.4697	0.312	1.505	0.1362
Prolongado y sostenido	0.2343	0.4144	0.5655	0.5734
Percepción amenaza alta	0.6745	0.2933	2.299	0.02413
Percepción influencia alta	-0.7869	0.292	-2.695	0.008607

Tabla: Predictores para le escala control de la situación en el cuestionario VIVO.

	Estimador	ES	Valor t	Valor-p
Constante	3.603	2.492	1.446	0.1569
Edad	-0.09116	0.1566	-0.5822	0.5641
Sexo: hombre	0.0439	0.3914	0.1122	0.9113
En varias ocasiones	0.9104	0.5425	1.678	0.102
Prolongado y sostenido	0.294	0.7007	0.4196	0.6773
Percepción amenaza alta	1.267	0.5261	2.409	0.02126
Percepción influencia alta	0.426	0.4816	0.8847	0.3822

Tabla. Predictores en la escala testimonio en el cuestionario VIVO.

	Estimador	ES	Valor t	Valor-p
Constante	11.26	1.699	6.628	1.332e-07
Edad	-0.5548	0.1075	-5.162	1.059e-05
Sexo: hombre	0.03395	0.2738	0.124	0.9021
En varias ocasiones	-0.5545	0.3952	-1.403	0.1696
Prolongado y sostenido	-0.04823	0.4888	-0.09869	0.922
Percepción amenaza alta	2.247	0.7686	2.924	0.006117
Percepción influencia alta	0.4348	0.3918	1.11	0.2748
Amenaza alta + Influencia alta	-2.006	0.7738	-2.592	0.01395

Tabla: Predictores en la escala responsabilidad de la víctima en el cuestionario VIVO.

	Estimador	ES	Valor t	Valor-p
Constante	7.028	2.224	3.161	0.003241
Edad	-0.3001	0.1403	-2.138	0.03955
Sexo: hombre	0.1236	0.3534	0.3497	0.7287
En varias ocasiones	-0.1015	0.5032	-0.2017	0.8413
Prolongado y sostenido	0.3427	0.64	0.5354	0.5957
Percepción amenaza alta	1.711	0.479	3.572	0.001054
Percepción influencia alta	0.1178	0.4453	0.2646	0.7929

Tabla: Predictores para la escala cambios en la identidad en el cuestionario VIVO.

	Estimador	ES	Valor t	Valor-p
Constante	3.742	1.638	2.284	0.0282
Edad	-0.03585	0.1039	-0.3451	0.732
Sexo: hombre	-0.1806	0.2809	-0.6429	0.5242
En varias ocasiones	1.058	0.3311	3.196	0.002853
Prolongado y sostenido	0.9612	0.379	2.536	0.01557

Tabla. Predictores en la escala cambio de prioridades en el cuestionario VIVO.

	Estimador	ES	Valor t	Valor-p
Constante	0.07403	3.029	0.02444	0.9806
Edad	0.1212	0.1912	0.6339	0.5303
Sexo: hombre	0.2722	0.4814	0.5654	0.5754
En varias ocasiones	-0.5015	0.6855	-0.7315	0.4693
Prolongado y sostenido	-0.5632	0.8719	-0.646	0.5225
Percepción amenaza alta	0.3508	0.6525	0.5377	0.5942
Percepción influencia alta	1.533	0.6066	2.528	0.01614

Anexo. 3. Datos sociodemográficos, Inventario de Experiencias Extremas y Cuestionario VIVO

CUESTIONARIO DE VALORACION DEL IMPACTO VITAL

Nombre, iniciales o pseudónimo: _____ Fecha: ____/____/____

Correo electrónico: _____

Edad: _____

Sexo: ☐ 1. Mujer ☐ 2. Hombre

Nivel Educativo: ☐ 1. Primario ☐ 2. Medio ☐ 3. Superior

Estado civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a-Pareja de hecho ☐ Separado/a ☐ Viudo/a

En que clase social se sitúa: ☐ Alta ☐ Media-alta ☐ Media-Media ☐ Media-baja ☐ Baja.

¿Tiene usted hijos? ☐ Sí ☐ No

En términos políticos la gente suele hablar de "la derecha" y "la izquierda". ¿Dónde colocaría usted, en términos generales, su visión de las cosas?

Definitiva- mente a la izquierda	Más bien a la izquierda	Centro	Más bien a la derecha	Definitiva- mente a la derecha
--	-------------------------------	--------	--------------------------	--------------------------------------

Profesión: _____ País de nacimiento: _____ País de residencia habitual: _____

Código (dejar en blanco si no se indica lo contrario): _____

INVENTARIO DE EXPERIENCIAS EXTREMAS

La mayoría de personas han experimentado situaciones que les han removido interiormente, en un sentido positivo o negativo. Le pedimos que si usted ha pasado por alguna de las que se indican a continuación, lo señale.

		Duración ¿Cuánto duró aproximadamente la situación?	Amenaza ¿Cómo de amenazante consideraría este hecho para su integridad física?	Influencia ¿Como considera que le afectó este episodio respecto a su trayectoria vital?
1. AMENAZAS A LA INTEGRIDAD PERSONAL				
1. Accidente de coche, tren o avión. Accidente industrial o en el trabajo Especificar: _____	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el tiempo	☐ 1. Amenaza leve ☐ 2. Amenaza moderada ☐ 3. Amenaza grave ☐ 4. Amenaza extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
2. Catástrofe natural (incendio, inundación, terremoto, derrumbe...) con pérdidas personales importantes Especificar: _____	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el tiempo	☐ 1. Amenaza leve ☐ 2. Amenaza moderada ☐ 3. Amenaza grave ☐ 4. Amenaza extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
3. Sufrir amenazas de muerte, agresiones o palizas Especificar agresor: ☐ Desconocido ☐ Autoridad (civil o militar) o agente del estado ☐ Familiar o amigo ☐ Otros Especificar: _____	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el tiempo	☐ 1. Amenaza leve ☐ 2. Amenaza moderada ☐ 3. Amenaza grave ☐ 4. Amenaza extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
4. Ser personalmente víctima de secuestro Especificar: _____	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el tiempo	☐ 1. Amenaza leve ☐ 2. Amenaza moderada ☐ 3. Amenaza grave ☐ 4. Amenaza extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
5. Secuestro de un familiar o amigo Especificar: _____	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el tiempo	☐ 1. Amenaza leve ☐ 2. Amenaza moderada ☐ 3. Amenaza grave ☐ 4. Amenaza extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
6. Haber sido objeto de violencia en una relación de pareja. ☐ Física ☐ Psicológica ☐ Ambas Especificar: _____	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el tiempo	☐ 1. Amenaza leve ☐ 2. Amenaza moderada ☐ 3. Amenaza grave ☐ 4. Amenaza extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.

		Duración ¿Cuánto duró aproximadamente la situación?	Amenaza ¿Cómo de amenazante consideraría este hecho para su integridad física?	Influencia ¿Como considera que le afectó este episodio respecto a su trayectoria vital?
7. Abuso sexual por alguien ajeno a la familia o los amigos ☐ Hostigamiento e intimidación (<i>sin contacto físico</i>) ☐ Abuso sexual (<i>contacto físico no consentido, sin violencia</i>) ☐ Agresión sexual (<i>contacto físico no consentido, con violencia</i>) ☐ Intento de violación (<i>contacto físico con intento de penetración directa o con objetos</i>) ☐ Violación (<i>penetración corporal o con objetos, parcial o consumada</i>) ☐ Otros Especificar: _____ ☐ Desconocido ☐ Autoridad (civil o militar) o agente del Estado ☐ Otros Comentarios: _____	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el tiempo	☐ 1. Amenaza leve ☐ 2. Amenaza moderada ☐ 3. Amenaza grave ☐ 4. Amenaza extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
8. Abuso sexual por algún familiar o persona cercana a la familia. ☐ Hostigamiento e intimidación (<i>sin contacto físico</i>) ☐ Abuso sexual (<i>contacto físico no consentido, sin violencia</i>) ☐ Agresión sexual (<i>contacto físico no consentido, con violencia</i>) ☐ Intento de violación (<i>contacto físico con intento de penetración directa o con objetos</i>) ☐ Violación (<i>penetración corporal o con objetos, parcial o consumada</i>) ☐ Otros Especificar: _____	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el tiempo	☐ 1. Amenaza leve ☐ 2. Amenaza moderada ☐ 3. Amenaza grave ☐ 4. Amenaza extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
9. Víctima directa de un conflicto bélico Especificar: _____	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el tiempo	☐ 1. Amenaza leve ☐ 2. Amenaza moderada ☐ 3. Amenaza grave ☐ 4. Amenaza extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
10. Ser personalmente víctima de acción terrorista. ☐ Víctima directa ☐ Víctima indirecta Tipo de terrorismo: ☐ Terrorismo de Estado (agente de seguridad del Estado) ☐ Terrorismo islamista ☐ Terrorismo nacionalista ☐ Otros Especificar: _____	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el tiempo	☐ 1. Amenaza leve ☐ 2. Amenaza moderada ☐ 3. Amenaza grave ☐ 4. Amenaza extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.

		Duración	Amenaza	Influencia
		¿Cuánto duró aproximadamente la situación?	¿Cómo de amenazante consideraría este hecho para su integridad física?	¿Como considera que le afectó este episodio respecto a su trayectoria vital?
11. Ser personalmente víctima directa o indirecta de 329represión política. Especificar: _____	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el tiempo	☐ 1. Amenaza leve ☐ 2. Amenaza moderada ☐ 3. Amenaza grave ☐ 4. Amenaza extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
12. Haber sido víctima de un asalto o robo Especificar: _____	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el Prolongada y tiempo	☐ 1. Amenaza leve ☐ 2. Amenaza moderada ☐ 3. Amenaza grave ☐ 4. Amenaza extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
13. Otras amenazas a la integridad: Especificar: _____	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el Tiempo	☐ 1. Amenaza leve ☐ 2. Amenaza moderada ☐ 3. Amenaza grave ☐ 4. Amenaza extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
2. PÉRDIDAS				
14. Muerte de un amigo o familiar por muerte natural Especificar: _____	SI Edades			☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
15. Muerte de un amigo o familiar por enfermedad Especificar: _____	SI Edades			☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
16. Muerte de un amigo o familiar por otra causa Especificar: _____	SI Edades			☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
17. Desaparición forzada por causa política de alguna persona cercana Especificar: _____	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el Tiempo		☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
18. Asesinato de alguna persona cercana Especificar agente: ☐ Desconocido ☐ Autoridad (civil o militar) o agente del estado ☐ Familiar o amigo ☐ Otros Especificar: _____	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el tiempo		☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.

		Duración	Intensidad	Influencia
--	--	----------	------------	------------

		¿Cuánto duró aproximadamente la situación?	¿Con que nivel de intensidad vivió usted el suceso?	¿Como considera que le afectó este episodio respecto a su trayectoria vital?
3. CRISIS				
19. Enfermedad muy grave, crónica o invalidante Especificar: _____	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el tiempo	☐ 1. Amenaza leve ☐ 2. Amenaza moderada ☐ 3. Amenaza grave ☐ 4. Amenaza extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
20. Enfermedad muy grave, crónica o invalidante en persona cercana Especificar: _____	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el tiempo	☐ 1. Amenaza leve ☐ 2. Amenaza moderada ☐ 3. Amenaza grave ☐ 4. Amenaza extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
21. Divorcio / Ruptura de relación afectiva estable Especificar: _____	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el tiempo	☐ 1. Amenaza leve ☐ 2. Amenaza moderada ☐ 3. Amenaza grave ☐ 4. Amenaza extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
22. Divorcio / Ruptura de relación afectiva estable de sus padres Especificar: _____	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el tiempo	☐ 1. Amenaza leve ☐ 2. Amenaza moderada ☐ 3. Amenaza grave ☐ 4. Amenaza extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
23. Se hundió completamente su proyecto de vida por una causa no relacionada con un fallecimiento o con la ruptura de una relación afectiva Especificar: _____	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el tiempo	☐ 1. Amenaza leve ☐ 2. Amenaza moderada ☐ 3. Amenaza grave ☐ 4. Amenaza extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
24. Desplazamiento forzado Especificar: _____	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el tiempo	☐ 1. Amenaza leve ☐ 2. Amenaza moderada ☐ 3. Amenaza grave ☐ 4. Amenaza extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
25. Exilio por causa violenta Especificar: _____	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el tiempo	☐ 1. Amenaza leve ☐ 2. Amenaza moderada ☐ 3. Amenaza grave ☐ 4. Amenaza extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
26. Migración por causa económica Especificar: _____	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el tiempo	☐ 1. Amenaza leve ☐ 2. Amenaza moderada ☐ 3. Amenaza grave ☐ 4. Amenaza extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.

De los hechos extremos que ha señalado, ¿cuál considera usted que es central en su vida?

Por favor, pase a la página siguiente (pág.7) a no ser que se le indique lo contrario.

		Duración ¿Cuánto duró aproximadamente la situación?	Intensidad ¿Con que nivel de intensidad vivió usted el suceso?	Influencia ¿Como considera que le afectó este episodio respecto a su trayectoria vital?
4. ELEMENTOS POSITIVOS				
27. El placer de enamorarse con locura	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el tiempo	☐ 1. Poca intensidad ☐ 2. Intensidad moderada ☐ 3. Gran intensidad ☐ 4. Intensidad extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
28. Tener un golpe de fortuna (lotería...) Especificar: _____	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el tiempo	☐ 1. Poca intensidad ☐ 2. Intensidad moderada ☐ 3. Gran intensidad ☐ 4. Intensidad extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
29. Salir ileso de un accidente gravísimo u otras experiencias con sensación de volver a nacer.	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el tiempo	☐ 1. Poca intensidad ☐ 2. Intensidad moderada ☐ 3. Gran intensidad ☐ 4. Intensidad extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
30. Éxito personal, artístico, profesional o laboral extraordinario y fuera de lo común Especificar: _____	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el tiempo	☐ 1. Poca intensidad ☐ 2. Intensidad moderada ☐ 3. Gran intensidad ☐ 4. Intensidad extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
31. Superar, o al menos enfrentar, un problema grave de salud, educacional, profesional o vital.	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el tiempo	☐ 1. Poca intensidad ☐ 2. Intensidad moderada ☐ 3. Gran intensidad ☐ 4. Intensidad extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
32. Ayudar a un conocido a superar, o al menos enfrentar, una situación muy grave de salud, educacional, profesional o vital.	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el tiempo	☐ 1. Poca intensidad ☐ 2. Intensidad moderada ☐ 3. Gran intensidad ☐ 4. Intensidad extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
33. Compartir momentos importantes, gratificantes, duraderos e intensos con familiares y/o amigos.	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el tiempo	☐ 1. Poca intensidad ☐ 2. Intensidad moderada ☐ 3. Gran intensidad ☐ 4. Intensidad extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.
34. Otros Especificar: _____	SI Edades	☐ 1. Puntual ☐ 2. En varias ocasiones ☐ 3. De manera prolongada y sostenida en el tiempo	☐ 1. Poca intensidad ☐ 2. Intensidad moderada ☐ 3. Gran intensidad ☐ 4. Intensidad extrema	☐ 1. No considero que me haya afectado ☐ 2. Me afectó en su momento, pero no en el presente ☐ 3. Hay aspectos que aún me afectan mucho ☐ 4. Ese hecho cambió de manera decisiva mi manera de ver la vida.

VALORACIÓN DE LA VISION DE SI MISMO, EL MUNDO Y LOS OTROS

(Pau Pérez-Sales, 2006)

Las preguntas de este cuestionario quizás le harán pensar sobre aspectos clave de su vida (el sentido de las cosas, cómo vemos a los demás, el significado del sufrimiento, el modo en que enfrentamos las situaciones críticas...).

Es posible que si usted ha pasado por momentos difíciles, el cuestionario le ayude a pensar y entender mejor cómo ha reaccionado y cuales han sido sus fortalezas y dificultades. Pero por la misma razón, puede que haya alguna pregunta que se le haga dura de responder. Si es así, simplemente déjela en blanco y coméntelo con la persona que le dio el cuestionario.

En total el cuestionario contiene 116 preguntas y toma alrededor de media hora responderlo.

Le rogamos conteste a las siguientes preguntas pensando no en si está de acuerdo o no con ellas sino en si **reflejan el modo en que usted es, en realidad**, usando la siguiente escala:

1. *No me describe ni me define en absoluto*
2. *Me describe o me define un poco*
3. *De alguna manera si me describe o me define*
4. *Me describe o me define bien*
5. *Me describe o me define completamente*

Ejemplos:

Si esta frase le describe o le define completamente:

Cuando tengo dificultades tiendo a enfrentarlas con entereza	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
--	--	---	---	---	---	---	---

Si esta frase le describe o le define un poco:

Cuando tengo dificultades tiendo a enfrentarlas con entereza	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
--	--	---	---	---	---	---	---

Si esta frase no le describe ni le define en absoluto:

Cuando tengo dificultades tiendo a enfrentarlas con entereza	No me describe ni me define en absoluto	☒	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
--	--	-------------------------------------	---	---	---	---	---

Cuestionario de Valoración del Impacto Vital.

Responda, por favor a las siguientes cuestiones, no pensando en si está de acuerdo o no con ellas, sino en si *realmente reflejan su modo de ser*.

1	2	3	4	5
No me describe ni me define en absoluto	Me describe o me define un poco	De alguna manera si me describe o me	Me describe o me define bien	Me describe o me define completamente

Después de las cosas que he vivido...

1. La mayoría de días el mundo está lleno de cosas bellas.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
2. Me obsesiona pensar en que sería feliz si pudiera arreglar el mal que he hecho.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
3. Tiendo a confiar en la gente.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
4. Lo que no se habla se acaba olvidando y deja de doler.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
5. El destino no existe.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
6. Ante experiencias muy graves de la vida como enfermedades, accidentes, pérdidas u otras, contarle a la gente que quiero me ayuda.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
7. No creo que la vida tenga sentido, pero supongo que hay que vivirla.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
8. El sufrimiento es un dolor inútil.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
9. Sólo puede haber felicidad cuando no haya sufrimiento.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
10. No creo que deba renunciarse nunca a la vida.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
11. Los errores ayudan a cambiar la forma de ser de uno/a mismo/a.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
12. Pienso que en el mundo triunfa el mal.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente

13. Hay errores en mi pasado de los que no soporto acordarme.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
14. No tengo convicciones ideológicas o si las tengo, éstas no han sido de ayuda en momentos difíciles.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente

1	2	3	4	5
No me describe ni me define en absoluto	Me describe o me define un poco	De alguna manera si me describe o me	Me describe o me define bien	Me describe o me define completamente

Después de las cosas que he vivido...

15. Soy incapaz de disfrutar plenamente de la vida.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
16. Tiendo a no fiarme del todo de la gente.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
17. Pienso que las cosas que me encargan están en buenas manos.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
18. La vida es evitar la incertidumbre y la ambigüedad	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
19. Me tranquiliza pensar que las cosas simplemente ocurren.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
20. Nunca he considerado el suicidio como una opción.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
21. Hay cosas horribles para las que no hay palabras	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
22. Del sufrimiento se aprende.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
23. Cuando me ocurre algo grave que me afecta mucho tiendo a mirar fríamente cómo resolverlo.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente

24. La mayoría de días el mundo es gris.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
25. Lo que no se habla se enquistaba en el cuerpo.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
26. Ante experiencias muy graves de la vida como enfermedades o accidentes, no siento que contarlos, ni siquiera a la gente que quiero, me vaya a ayudar.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
27. Siento que hasta las peores culpas pueden ser perdonadas	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
28. No tengo convicciones espirituales o si las tengo, éstas no han sido de ayuda en momentos difíciles.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
29. Tengo la sensación de romper todo lo que toco.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
30. Pienso que en el mundo triunfa el bien.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
31. El suicidio es una opción digna que he considerado seriamente.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
32. La vida es aceptar la incertidumbre y la ambigüedad.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
33. Expreso lo que sufro a través de sueños.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
34. La vida tiene sentido y por eso hay que vivirla.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
35. Me paso el día dándole vueltas a algunas cosas que me han pasado.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
36. En realidad nunca se aprende de los errores..	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente

37. A veces tengo miedos que no logro identificar.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
38. No me suelo acordar de lo que he soñado o si me acuerdo no le doy importancia.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
39. Siempre hay palabras para explicar el horror.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
40. Aunque haya sufrimiento puede haber momentos de felicidad.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
41. He aprendido de mis errores en esta vida.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
42. Olvidar depende de uno/a mismo/a.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
43. Siento que las culpas no me dejarán de doler mientras no haya un castigo.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
44. Olvidar no se elige.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
45. El destino determina nuestras vidas.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
46. Mis convicciones ideológicas me han sido de ayuda en momentos difíciles.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
47. El sufrimiento te hunde, te quiebra.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
48. Es imposible sentirse seguro en esta vida.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
49. Todo sufrimiento es una oportunidad de superación.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
50. No siento que pasar por experiencias horribles me hagan más fuerte como dicen.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente

51. Siento que hay experiencias duras de la vida que me han hecho ser mucho más fuerte.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
52. La gente no suele ayudar a los que están cerca.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
53. Cuando me ocurre algo grave que me afecta mucho tiendo a bloquearme en ese momento.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
54. Contar las cosas alivia el sufrimiento.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
55. No suelo sentirme culpable por las cosas que ya no tienen remedio.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
56. Puedo dejar de pensar en algo que me preocupa cuando no se puede hacer nada.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
57. Lo que pasó, pasado está. De nada vale darle vueltas.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
58. Siempre sé a lo que tengo miedo	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente

1	2	3	4	5
No me describe ni me define en absoluto	Me describe o me define un poco	De alguna manera si me describe o me	Me describe o me define bien	Me describe o me define completamente

Después de las cosas que he vivido...

59. Aun habiendo cometido errores, puedo asumir mi pasado sin dolor.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
60. Es posible vivir seguro y sin peligros	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
61. Cuando intento no pensar en algo que me preocupa, acabo pensando mucho más.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
62. Mis errores no me han hecho perder la confianza en mi mismo/a.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
63. Tengo más valor que antes para enfrentarme a todo.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente

64. Me tranquiliza pensar por qué suceden las cosas.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
65. Mis convicciones espirituales me han sido de ayuda en momentos difíciles.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
66. La gente siempre que puede ayuda a los que están cerca.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
67. En realidad la forma de ser de uno/a mismo/a nunca cambia.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
68. El miedo me impide hacer cosas que antes podía hacer.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
69. El suicidio es una opción digna que podría llegar a considerar.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
70. Contar las cosas trae más sufrimiento.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
71. Mis errores me han hecho perder la confianza en mí mismo/a.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
72. He aprendido a disfrutar plenamente de la vida.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente

A continuación le pedimos que por favor piense en aquella experiencia extrema que en el primer apartado (pág. 5) consideró como central en su vida, y en base a ello responda a las siguientes preguntas.

1	2	3	4	5
No me describe ni me define en absoluto	Me describe o me define un poco	De alguna manera sí me describe o me	Me describe o me define bien	Me describe o me define completamente

Después de las cosas que he vivido...

73. Lo que me pasó no me ha quebrado	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
--------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---------------------------------------

74. Para mí ahora el futuro está lleno de posibilidades.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
75. Me pregunto por qué a mi	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
76. He intentado comunicar casi todo.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
77. No cambié mis prioridades en la vida.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
78. Siento que ya no puedo querer a nadie igual.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
79. Mirando hacia atrás, me quedó una sensación de humillación.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
80. Ser testigo o dar testimonio de lo que ha ocurrido o está ocurriendo da sentido a la vida.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
81. Nunca sentí que perdiera el control	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
82. Siempre miro hacia delante y al futuro esperando que todo saldrá bien.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
83. Tengo más sentimientos de compasión hacia los demás.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
84. Este hecho sólo ha modificado pequeños aspectos de la manera como yo me entiendo a mi mismo/a y al mundo.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
85. Cambié mis prioridades sobre lo que es importante en la vida.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
86. Sientes el silencio y el vacío. Nadie quiere hablar.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
87. Siento que este hecho no afectó a mi identidad.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
88. No me preocupa suficiente por las cosas que pasan a mi alrededor.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
89. Mirando hacia atrás me siento orgulloso/a de cómo reaccioné.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente

90. Para mí, ahora el futuro es lo que nunca llegaré a ser.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
91. Tuve una sensación imborrable de pérdida absoluta de control.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
92. Mi capacidad de querer sigue intacta.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
93. Parece como si la sociedad te responsabilizara de lo que te ha ocurrido.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
94. No me pregunto por qué a mí, las cosas son como son..	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
95. He preferido callar algunas cosas	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
96. Me vi a mi mismo vulnerable, indefenso.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
97. Lucho contra mis sentimientos.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
98. Este hecho se convirtió en un punto de referencia de la manera como yo me entiendo a mi mismo/a y al mundo.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
99. Dar testimonio o ser testigo de lo que ocurre es irrelevante.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
100. Siempre encuentras a alguien que te escuche.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
101. Acepto mis sentimientos	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
102. Creo que me he quebrado con lo que pasó.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
103. No sentí que nadie me hiciera sentir culpable por lo que pasó.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
104. Incluso en los peores momentos puedo sentir pequeños espacios de felicidad.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
105. La felicidad dejó de existir para mí.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente

106. Mirando hacia atrás, me quedó una sensación profunda de dignidad	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
107. Me siento implicado/a en cada cosa que hago.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
108. Cuando pienso en el futuro lo veo todo negro	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
109. Siento que este hecho se ha convertido en parte de mi identidad.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
110. Casi todo el mundo se volcó conmigo / con nosotros/as.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
111. Sólo puedo ver la realidad con la mirada que da ser víctima.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
112. Me he endurecido y el sufrimiento ajeno me suele parecer normal	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
113. Me vi a mi mismo fuerte, resistiendo.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
114. Mirando hacia atrás me da vergüenza pensar en cómo reaccioné.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
115. No veo la realidad desde la mirada de víctima	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente
116. La mayoría de la sociedad me dio / nos dio la espalda.	No me describe ni me define en absoluto	1	2	3	4	5	Me describe o me define completamente

¿Considera que ha pasado o está pasando por una experiencia extrema? ☐Sí ☐No

¿Se considera usted una víctima o superviviente, ambas o ninguna?

☐ Víctima

☐ Superviviente

☐ Ambas

☐ Ninguna

Por último, considerando globalmente todo lo que hemos hablado, y mirando en perspectiva su vida:

¿Cuál es su nivel de satisfacción con su vida?

- 1 Me considero una persona satisfecha con la vida.
- 2 Me considero una persona satisfecha con la vida, aunque hay algún área que me gustaría cambiar
- 3 No me considero ni satisfecha ni insatisfecha. Simplemente vivo.
- 4 Me considero una persona insatisfecha con la vida, pero hay algún aspecto que, aunque sea pequeño, me gusta.
- 5 Me considero globalmente una persona insatisfecha.

¿Qué imagen global tiene de si mismo?

- 1 Me gusta como soy y no cambiaría absolutamente nada
- 2 Me gusta como soy, aunque hay algún aspecto de mí mismo que me gustaría cambiar
- 3 Ni me gusta ni me deja de gustar. Es lo que hay.
- 4 Hay más cosas que no me gustan que cosas que me gustan de mí mismo/a
- 5 No me gusta casi nada de mí mismo

En las dos últimas semanas: ¿Ha sentido usted tristeza?	Nunca	Raramente	A veces	Con frecuencia	Constantemente
En las dos últimas semanas: ¿Ha sentido usted alegría o felicidad?	Nunca	Raramente	A veces	Con frecuencia	Constantemente

Balanceando las dos cosas, en las dos ultimas semanas, ¿Cómo calificaría su estado de ánimo?

1. Muy triste la mayor parte del día
2. Algo decaído y con poca ilusión en general
3. Ni especialmente alegre ni especialmente triste
4. Bastante contento y alegre
5. Eufórico y lleno de vitalidad la mayor parte del día

Este cuestionario le hizo pensar sobre si misma/o y el modo de enfrentar situaciones difíciles. ¿Se sintió mal en algún momento al contestarlo?

SI, preferiría no haberlo hecho

SI, aunque es normal y no pasa nada

No

¿Ha estado alguna vez en tratamiento psiquiátrico por cualquier causa?	SI	NO
¿Considera usted que en este momento necesitaría ayuda psicológica o psiquiátrica?	SI	NO

Muchas gracias por su esfuerzo

Sra. Ester Cabanes

Cap de Secció d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència (DGAIA)
Generalitat de Catalunya
Terres de l'Ebre

Senyora,

Des de l'any 2007 treballo com a psicòloga infantil especialitzada en el tractament amb nens, nenes i adolescents que han viscut situacions traumàtiques els primers anys de la seva vida, al Centre EXIL de Barcelona. Actualment estic fent el projecte de tesis doctoral a la Universitat d'Alcalá de Henares sobre: *"IMPACTO EN EL SISTEMA DE CREENCIAS BÁSICO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES AFECTADOS POR CONTEXTOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR"* (adjunto un resum de la mateixa) dirigida pel Dr. Alberto Fernández Liria, professor associat en ciències de la salut de la Universitat d'Alcalá de Henares, el Dr. Pau Pérez-Sales, del Hospital Universitari La Paz en Madrid, i la Dra. Yanet Quijada de la Universitat de San Sebastián, Concepción a Xile.

La finalitat de la investigació es comprovar l'impacte de les experiències de violència en el àmbit de la família en el sistema de creences, la visió de sí mateixos i la visió del món en els adolescents supervivents.

El motiu d'adreçar-me a vostè es per demanar-li permís per poder passar els protocols de la investigació (preservant l'anonimat i el secret professional) als menors en centres de acollida residencial.

Esperant les seves notícies, rebi les meves cordials salutacions,

Signat:

Sra. Maria Vergara Campos
Psicòloga Clínica
Centro EXIL-Barcelona
Col. Nº 15781

Sra. Ester Cabanes

Cap de Secció d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència (DGAIA)
Generalitat de Catalunya
Terres de l'Ebre

Senyora,

Des de l'any 2007 treballa com a psicòloga infantil especialitzada en el tractament amb nens, nenes i adolescents que han viscut situacions traumàtiques els primers anys de la seva vida, al Centre EXIL de Barcelona. Actualment estic fent el projecte de tesis doctoral a la Universitat d'Alcalá de Henares sobre: *"IMPACTO EN EL SISTEMA DE CREENCIAS BÁSICO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES AFECTADOS POR CONTEXTOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR"* (adjunto un resum de la mateixa) dirigida pel Dr. Alberto Fernández Liria, professor associat en ciències de la salut de la Universitat d'Alcalá de Henares, el Dr. Pau Pérez-Sales, del Hospital Universitari La Paz en Madrid, i la Dra. Yanet Quijada de la Universitat de San Sebastián, Concepción a Xile.

La finalitat de la investigació es comprovar l'impacte de les experiències de violència en el àmbit de la família en el sistema de creences, la visió de sí mateixos i la visió del món en els adolescents supervivents.

El motiu d'adreçar-me a vostè es per demanar-li permís per poder passar els protocols de la investigació (preservant l'anonimat i el secret professional) als menors en centres de acollida residencial.

Esperant les seves notícies, rebi les meves cordials salutacions,

Signat:

Sra. Maria Vergara Campos
Psicòloga Clínica
Centro EXIL-Barcelona
Col. Nº 15781

Anexo. Consentimento informado al Director/a del CRAE y tutor legal del menor

CONSENTIMENT INFORMAT

CRAE:.....

DIRECTOR/A:.....

Terres de L'Ebre a.....de.....del 2016

El Sr./Sra.....amb DNI.....declara que se li ha sol·licitat permís perquè el jove.....participi en l'estudi d'investigació *"IMPACTO EN EL SISTEMA DE CREENCIAS BÁSICO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES AFECTADOS POR CONTEXTOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR"*.

Declaro que he estat informat de l'estudi, dels propòsits del mateix i de la metodologia que es va a utilitzar per a portar-lo a terme.

La participació del jove en aquest estudi consistirà en: perfil socio-familiar (adaptació de la PEC recollida amb el director del CRAE), Qüestionari VIVO i entrevista semi-estructurada en funció de les preguntes del qüestionari mencionat.

La informació que ens faciliti serà completament CONFIDENCIAL y la seva col·laboració es totalment voluntària.

Les dades recollides per a aquest estudi estan dintre d'un marc de confidencialitat i solament seran utilitzats a l'efecte d'investigació.

Les dades es tractaran de manera grupal, i en cap cas s'utilitzaran els resultats individuals per altres fins més enllà de l'estudi.

Després de ser informat del que es va a estudiar, consisteix en participar en que el jove.....participi en aquesta investigació.

Signatura del director/a CRAE:

Anexo. Consentiment informat del menor

CONSENTIMENT INFORMAT

(Jove)

NOM:.....

COGNOMS:.....

CRAE:.....

Terres de L'Ebre a.....de.....del 2016

Declaro que he estat informat de l'estudi d'investigació *“IMPACTO EN EL SISTEMA DE CREENCIAS BÁSICO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES AFECTADOS POR CONTEXTOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR”*, dels propòsits del mateix i de la metodologia que es va a utilitzar per a portar-lo a terme.

La meua participació en aquest estudi consistirà en: informació socio-familiar (recollida amb el director del CRAE), Qüestionari VIVO i entrevista semi-estructurada en funció de les preguntes del qüestionari mencionat.

La informació que faciliti serà completament CONFIDENCIAL y la meua col·laboració es totalment voluntària.

Les dades recollides per a aquest estudi estan dintre d'un marc de confidencialitat i solament seran utilitzats a l'efecte d'investigació. Les dades es tractaran de manera grupal, i en cap cas s'utilitzaran els resultats individuals per altres fins més enllà de l'estudi.

Després de ser informat del que es va a estudiar, consisteixo en participar en aquesta investigació.

Signatura de:.....