



Anales de Psicología

ISSN: 0212-9728

servpubl@fcu.um.es

Universidad de Murcia

España

López-Soler, Concepción; Fernández, M^a Visitación; Prieto, Macarena; Alcántara, M. Vicenta; Castro, Maravillas; López-Pina, Jose A.

Prevalencia de las alteraciones emocionales en una muestra de menores maltratados

Anales de Psicología, vol. 28, núm. 3, octubre, 2012, pp. 780-788

Universidad de Murcia

Murcia, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723774016>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Prevalencia de las alteraciones emocionales en una muestra de menores maltratados

Concepción López-Soler^{1*}, M^a Visitación Fernández¹, Macarena Prieto²,
M. Vicenta Alcántara¹, Maravillas Castro² y Jose A. López-Pina¹

¹ Universidad de Murcia (España)

² Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Quiero Crecer (Murcia) (España)

Resumen: En este trabajo se exponen las prevalencias de indicadores psicopatológicos (ansiedad, depresión e ira) derivados de la exposición a situaciones de maltrato intrafamiliar, en una muestra de 42 menores tutelados (57% niños y 43% niñas). Dicha investigación se ha realizado en base al Proyecto de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Psicológico en Menores Tutelados (PEDIMET). Para tal fin, en primer lugar se realizó un análisis de la consistencia interna de los instrumentos de evaluación seleccionados: *Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en niños* (STAIC; Spielberger, 1973); *Cuestionario de Sensibilidad a la Ansiedad para niños* (CASI; Silverman, Fleisig, Rabian y Peterson, 1991), *Inventario de Depresión Infantil* (CDI; Kovacs, 1992) e *Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo en niños y adolescentes* (STAXI-NA; Del Barrio, Spielberger y Aluja, 2005). Se analizan las prevalencias en ansiedad (CASI, 33.71% y STAIC 11.43% para A-E y A-R), depresión (19%) e ira (20% para Rasgo y 7.5% para Estado), así como las diferencias relativas al sexo, en la muestra seleccionada.

Palabras clave: maltrato; infancia; ansiedad; depresión; ira; estrés post-traumático.

Title: Prevalence of emotional disorders in a sample of battered children.

Abstract: In this paper we describe the prevalence of psychopathology indicators (anxiety, depression and anger) from exposure to situations of domestic abuse in a sample of 42 children in care (57% boys and 43% girls). This research was conducted based on the Project Evaluation, Diagnosis and Psychological Treatment in Children Care (PEDIMET). To this end, we first performed an analysis of the internal consistency of the assessment tools selected: *SAQ State-Trait Anxiety in children* (STAIC; Spielberger, 1973); *Questionnaire Anxiety Sensitivity for children* (CASI; Silverman, Fleisig, Rabian and Peterson, 1991), *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1992) and *Anger Expression Inventory State-Trait in children and adolescents* (STAXI-NA; Del Barrio, Aluja Spielberger, 2005). We analyze the prevalence in anxiety (CASI, 33.71% and 11.43% STAIC for SA and TA), depression (19%) and anger (20% to 7.5% Trait State) as well as differences relating to sex in the selected sample.

Keywords: abuse; childhood; anxiety; depression; anger; posttraumatic stress.

Introducción

Las situaciones vitales adversas como abuso sexual, maltrato físico y emocional o violencia familiar, entre otros, constituyen un grave problema para la salud mental de menores y adolescentes, ya sean éstos testigos o víctimas de las mismas (Fantuzzo y Mohr, 1999; Kitzmann, Gaylord, Holt y Kenny, 2003); estos autores relacionan malos tratos en la infancia con alteraciones psicológicas.

Aunque conceptualizar y establecer una nosología sobre el maltrato infantil es muy complicado (Muela, 2008), es habitual que ante circunstancias extremadamente negativas, los menores reaccionen con ansiedad, enfado o tristeza. En estos casos las conductas de protección de padres / cuidadores serán fundamentales para la superación de estos síntomas (Dyregrow y Yule, 2006). Por otro lado, los acontecimientos traumáticos que aparecen en la infancia o adolescencia provocan un daño más profundo (van der Kolk et al. 1996; van der Kolk, 1985) y están relacionados con diferentes síntomas psicológicos más severos y con mayor riesgo de experimentar problemas de desarrollo, por ejemplo, de lenguaje y rendimiento escolar (Muela, 2010; Moreno, 2005) y sobre todo de tipo emocional como el trastorno por estrés posttraumático (TEPT) (Briere, Woo, McRae, Foltz y Sitzman, 1997). Hughes (1988) comparó menores expuestos a violencia familiar y maltratados, menores expuestos a violencia familiar y un grupo control, dividiendo los tres grupos por rangos de edad, y encontró diferencias significativas en

problemas infantiles entre los distintos grupos de edad, siendo el grupo de los “pequeños” (3-5 años) testigos y víctimas de maltrato los que mostraban significativamente más problemas.

Las reacciones infantiles ante situaciones traumáticas pueden abarcar un gran abanico de síntomas que pueden ser tanto internalizantes (ansiedad, depresión, problemas de sueño, somatizaciones) como externalizantes (problemas de conducta y agresión, hiperactividad, irritabilidad, ira), y subgrupos mixtos de ambos tipos. Además y en función de las características de los menores y su condición de estar en proceso de desarrollo, las consecuencias pueden ser muy penetrantes y graves, conformando un Trastorno por Trauma del Desarrollo (Developmental Trauma Disorder DTD, Van der Kolk, 2005), cuyos principales criterios para el diagnóstico son: desregulación afectiva y fisiológica, desregulación atencional y del comportamiento, desregulación del yo y en las relaciones, presencia de síntomas del espectro posttraumático (reexperimentación, evitación e hiperarousal), con una duración de las alteraciones de por lo menos 6 meses y finalmente deterioro funcional. En España las investigaciones realizadas por López-Soler et al. (2008a,b,c) con menores que han sufrido algún tipo de maltrato, corroboran esta nueva línea de investigación. En sus estudios destaca gran variabilidad de sintomatología internalizante (ansiedad, culpa, baja autoestima, y otros) y externalizante (déficit atencional, inquietud, ira, problemas en el control de impulsos, y otros), asociada a problemas cognitivos y alteraciones en las relaciones interpersonales, que derivan en un importante deterioro funcional.

Ansiedad, depresión, alteraciones del sueño, problemas de pensamiento, dependencia de sustancias y/o trastornos de conducta son algunos de los trastornos o síntomas que

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]: Concepción López Soler. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Campus de Espinardo. Universidad de Murcia. 30100 Murcia (España).
E-mail: clopezs@um.es

mayor comorbilidad presentan (Campbell, 2002; Davis y Siegel, 2000; Gomel, 1998; Reed, Anthony y Breslau 2007). Los trabajos realizados sobre maltrato físico y emocional, abuso sexual y negligencia, también indican que los menores expuestos a estas situaciones presentan más sintomatología internalizante y externalizante, que los menores que no han vivido estas experiencias (Bal, Crombez, Van Oost y De Bourdeaudhuij, 2003; Kitzmann et al. 2003; Valle y Silovsky, 2002; Wolfe, Scoutt, Wekerle y Pittman, 2001).

El sexo es una variable, que según numerosos estudios, va asociada a síntomas internalizantes en el caso de las chicas o bien externalizantes si se trata de chicos (Carlson, 1991; Huhges, Vargo, Ito y Skinner, 1989; Schmid, Goldbeck, Nuetzel y Fegert, 2008). Aunque otros estudios realizados tanto con menores que han sufrido malos tratos como con muestras clínicas, no corroboran esta tendencia en la asociación de problemas internalizantes en niñas y externalizantes en niños (Bourassa, 2007; López-Soler, Alcántara, Fernández, Castro y López, 2010; López-Soler, Castro, Alcántara, Fernández y López, 2009). Cerezo (1995) y Fantuzzo y Lindquist (1989), en sus respectivos estudios hablan sobre la gran variabilidad y complejidad de las consecuencias del maltrato. Lehman (1997), empleando instrumentos específicos de medida, informó que los menores testigos de agresiones hacia sus madres y diagnosticados de TEPT, presentaban niveles significativamente más altos en ira, depresión, ansiedad y disociación, todos ellos síntomas internalizantes.

Diversos estudios se han centrado en la evaluación de la ansiedad. Sullivan y Spacer (1977, en Mayer-Renaud, 1985) evaluaron a un grupo de niños víctimas de negligencia en 35 familias y comprobaron que los menores mostraban conductas de miedo y ansiedad, además ante nuevas experiencias agradables reaccionaban con excitación y ansiedad. Ericsson, Egeland y Pianta (1989), realizaron un estudio con menores de edades comprendidas entre los 5 y 6 años que habían sufrido abandono físico, los menores se mostraron ansiosos, distraídos, carentes de iniciativa y dependientes. En nuestro país se ha utilizado el Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en niños (*State-Trait Anxiety Inventory for Children, STAIC*; Spielberger, 1973) con distintos resultados. Por ejemplo, en el estudio de Ruiz y Gallardo (2002) en el que se intentaba averiguar hasta qué punto un nivel leve o grave de negligencia impacta negativamente en el desarrollo evolutivo de un grupo de 57 menores de edades comprendidas entre los 8 y 13 años, los resultados obtenidos con el *STAIC* no fueron significativos. Sin embargo Carrasco, Rodríguez, Rodríguez y Sánchez (1999), en el estudio llevado a cabo con un grupo de 47 menores, que fueron divididos en grupo control, víctimas de negligencia y víctimas de malos tratos físicos, los resultados concluyeron que existían diferencias significativas tanto en ansiedad estado como en ansiedad rasgo, medidas a través del *STAIC*.

Relacionado con el constructo de ansiedad, la sensibilidad a la ansiedad también es un factor asociado con TEPT. En la infancia, la sensibilidad a la ansiedad puede medirse a través del Cuestionario de Sensibilidad a la Ansiedad para

niños/as (*Childhood Anxiety Sensitivity Index, CASI*; Silverman, Fleisig, Rabian y Peterson, 1991). Para la escala en español, véase Sandín (1997). Los trabajos de Leen-Feldner, Feldner, Reardon, Babson y Dixon (2008), y de Kiliç, Kiliç y Yilz (2008), apoyan la idea de que el factor de sensibilidad a la ansiedad es un buen predictor de TEPT en infancia y es una variable importante en la evolución del tratamiento (López-Soler, Castro, Alcántara y Botella, 2011).

Otros estudios han centrado el interés en el análisis de la sintomatología depresiva, demostrando que los menores que han sido víctimas de abuso sexual y/o físico presentaron mayores niveles de depresión que sus iguales (Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta, Akman et al. 1992; Fantuzzo, 1990; Kashani y Carlson, 1987; Kazdin, Moser, Colbus y Bell, 1985). Morrow y Sorrell (1989) informaron que características específicas de la depresión tales como baja autoestima, desamparo, desesperanza y conductas auto-destructivas, también se asocian al maltrato, especialmente al abuso sexual infantil. Cerezo y Frías (1994) realizaron un estudio comparativo entre un grupo de menores víctimas de maltrato físico y emocional y un grupo control de menores con un mismo nivel socio-económico pero sin problemática familiar. Los resultados obtenidos con el *Children's Depression Inventory (CDI)* (Kovacs, 1992) mostraron que los menores maltratados presentaron puntuaciones más elevadas en sintomatología depresiva. En el estudio de McLeer, Deblinger, Atkins, Foa y Ralphe, (1988), los menores diagnosticados de TEPT presentaban un nivel alto de síntomas depresivos medidos con el *CDI* (Kovacs, 1992). En otro estudio realizado sobre 19 niñas abusadas sexualmente y diagnosticadas de TEPT, Deblinger, McLeer y Henry (1990), encontraron que éstas obtuvieron puntuaciones en el *CDI* situadas en niveles que indican la posible existencia de patología depresiva.

El constructo ira, también ha sido asociado a las consecuencias psicológicas derivadas de la vivencia de acontecimientos traumáticos. Uno de los instrumentos empleados en la evaluación infantil de la ira es el *Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes (STAXI-NA)*; Del Barrio, Spielberger y Aluja, (2005). Saigh, Yasik, Oberfield y Halamandaris (2007) evaluaron la relación entre ira y TEPT en menores y adolescentes víctimas y/o testigos de acontecimientos traumáticos. Para ello, se establecieron tres grupos (menores con diagnóstico TEPT, menores expuestos a eventos traumáticos sin diagnóstico TEPT, y un grupo control sin historia de trauma), aplicando como instrumento de evaluación el *STAXI*; el grupo con diagnóstico TEPT mostró puntuaciones más altas en las escalas Ira Estado, Ira Rasgo y Temperamento de ira.

Este estudio tiene como objetivo fundamental explorar los indicadores psicopatológicos asociados a la exposición a maltrato familiar en una muestra de menores tutelados. Para ello, se analizarán las prevalencias específicas en Ansiedad, Depresión e Ira, así como las diferencias asociadas a la variable sexo. Un segundo objetivo consiste en obtener evidencia empírica de la fiabilidad de las escalas empleadas para la evaluación de dichos trastornos.

Método

Muestra

La muestra está compuesta por 42 menores, 24 niños (57.14%) y 18 niñas (42.86%), entre 6 y 16 años (media de edad de 11.85 años). El 78.57% (n=33) son de nacionalidad española y el 21.43% (n=9) de nacionalidad extranjera. Estos menores han experimentado maltrato intrafamiliar crónico (físico, emocional, negligencia y, en algunos casos, abuso sexual), y son tutelados por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. La mayoría de ellos residen en centros de menores (58.97%) y el resto está en acogimiento familiar con familia extensa (23.08%) o con familia ajena (17.95%). La tutela por la Dirección General del Menor de dichos menores varía entre 1 y 13 años (4 años aproximadamente de media) (Tabla 1). Estos menores son atendidos en base al Convenio existente entre la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración y la Universidad de Murcia (Proyecto de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Psicológicos en Menores Tutelados, PEDIMET). Presentan alteraciones psicológicas y problemas de adaptación. En el proceso de selección de los menores han sido excluidos aquellos con deficiencia mental. Se ha obtenido consentimiento informado por parte de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para realizar esta investigación.

Tabla 1. Datos epidemiológicos de la muestra.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS		Número de sujetos	Prevalencias (%)
Sexo	Varón	24	57.14
	Mujer	18	42.86
Nacionalidad	Española	33	78.57
	Extranjera	9	21.43
Situación actual	Centro	23	58.97
	Familia extensa	9	23.08
	Familia ajena	7	17.95
Devolución	Si	8	21.05
	No	30	78.95
Nº devoluciones	0	30	78.95
	1	8	21.05

Procedimiento

Cada menor tutelado que presenta alteraciones emocionales y/o conductuales es atendido por un miembro del equipo PEDIMET que realiza una evaluación psicológica siguiendo el siguiente procedimiento: en primer lugar, se recoge y sistematiza la información que aporta el Servicio del Menor, en la que se describen las situaciones de riesgo y/o maltrato a través de informes psicológicos y psicosociales previos, informes psicopedagógicos de los centros escolares a los que asisten e información de los centros de residencia de menores; en segundo lugar, se administra el protocolo de evaluación para maltrato infantil, en el cual se encuentran las pruebas para explorar la sintomatología específica (depresión, ansiedad e ira) que nos ocupa; en tercer lugar, se inicia

la aplicación del tratamiento psicológico para las Reacciones Postraumáticas. Dicho protocolo consiste en la aplicación de los siguientes módulos:

- *Psicoeducación sobre las reacciones de estrés y las situaciones de maltrato*
- *Módulo de Relajación*
- *Módulo de Reconocimiento y Expresión de Emociones*
- *Módulo de Reestructuración Cognitiva*
- *Módulo de Elaboración del Trauma*
- *Módulo de Reconstrucción de la identidad Personal*
- *Módulo de Crecimiento Personal*

Instrumentos

Children's Depression Inventory - CDI

El *Children's Depression Inventory (CDI)* de (Kovacs, 1992), adaptado por Del Barrio, Moreno y López (1999). Es un autoinforme aplicable a niños y jóvenes entre 7 y 15 años. Evalúa sintomatología depresiva y está compuesto por dos subescalas: Autoestima y Disforia, y una escala total de Depresión. Consta de 27 ítems con triple formato de respuesta 0-1-2, en función del grado de depresión que indique el contenido de las tres frases que componen cada uno de los ítems. La puntuación de corte empleada en este estudio para la escala Depresión Total, ha sido de 19 (equivalente al percentil 90), señalada por los autores en el manual de aplicación, como punto de corte. Asimismo se han elegido para la subescala Disforia la puntuación de corte de 9 (Pc 90) y para la subescala de Autoestima la puntuación de 11 (Pc 90). La puntuación total del cuestionario puede oscilar entre 0 (correspondiente al Pc 1) y 54 (correspondiente al Pc 99) para la escala Depresión Total. Para la subescala de Disforia la puntuación mínima es 0 (correspondiente al percentil 10) y la máxima es de 32 (correspondiente al Pc 99). Para la subescala Autoestima Negativa, la puntuación mínima es de 0 (correspondiente al Pc 1) y la máxima es de 22 (correspondiente al Pc 99). Las puntuaciones máximas y mínimas son iguales para ambos sexos y rangos de edad. La consistencia interna del instrumento se encuentra entre .70 y .94 en muestras clínicas y no clínicas (Kovacs, 1992). En este estudio, los resultados muestran un coeficiente de consistencia interna adecuado para la escala Depresión Total (α .78), hallándose unos coeficientes bajos tanto para las subescala de Disforia (α .68) como de Autoestima (α .61).

Childhood Anxiety Sensitivity Index- CASI

El *Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI)* (Silverman, et al, 1991) es una versión para niños/as y adolescentes elaborada a partir de una modificación de la conocida versión para adultos del *Anxiety Sensitivity Index (ASI)* (Reiss, Peterson, Gursky y McNally, 1986). La validación en nuestro país fue realizada por Sandín, Chorot, Santed y Valiente (2002). Evalúa la sensibilidad a la ansiedad, es decir, el miedo a experimentar los síntomas de ansiedad. De los diversos análisis

factoriales realizados se extrae una estructura multidimensional de dos (somático y mental) o tres (somático, mental y control/social) factores primarios correlacionados. En esta investigación se ha tomado un solo factor, sensibilidad a la ansiedad. Para el análisis de los datos se ha establecido como punto de corte la puntuación media (27.7) obtenida en población normal más una desviación típica (5.6). Estos datos han sido recogidos de un estudio con muestra normal ($n=463$) realizado en España por Valiente, Sandín y Chorot (2002). La puntuación mínima del CASI es de 0 y la máxima de 36 y éstas son iguales para ambos sexos y rangos de edad. El CASI presenta, un coeficiente elevado (α .89) en esta investigación.

State-Trait Anxiety Inventory for Children- STAIC

El *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC; Spielberger, 1973) evalúa la ansiedad en menores entre 9 y 15 años. Ha sido adaptado para población española por Seisdedos (1990) y está compuesto por dos escalas independientes, una para evaluar Ansiedad Estado (A-E) y otra para evaluar Ansiedad Rasgo (A-R). Las opciones de respuesta son 1 (*nada*), 2 (*algo*) y 3 (*mucho*). El punto de corte elegido es la puntuación centil de 90, correspondiente a los baremos de la prueba. La puntuación mínima de cada escala es de 20 puntos (correspondiente al Pc 1) y la máxima de 60 (correspondiente al Pc 99). Las puntuaciones máximas y mínimas son iguales para ambos sexos y rangos de edad. Los coeficientes de fiabilidad encontrados pueden considerarse bastante satisfactorios. Según el procedimiento de dos mitades se obtuvieron unos índices bastante altos, tanto en Ansiedad-Estado (.89) como en Ansiedad Rasgo (.85). La fiabilidad para este estudio es elevada en Ansiedad Rasgo (α .89), no siendo así para la subescala de Ansiedad Estado (α .48).

State-Trait Anger Expression Inventory for children and adolescents- STAXI-NA

El Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes (STAXI-NA; Del Barrio, et al, 2005), permite evaluar la ira en población infantil en edades comprendidas entre 8 y 17 años. Está constituido por 32 ítems en tres subescalas con un formato de elección múltiple en el cual el sujeto debe contestar cómo se siente ahora, cómo se siente normalmente y cómo reacciona habitualmente cuando está enfadado, puntuando la frecuencia con la cual se producen ciertas conductas. La “experiencia” de la Ira es evaluada en sus dos vertientes, “estado” y “rasgo”. La “expresión” de la ira se compone de tres subescalas, Control de la Ira, Expresión Interiorizada de la ira y Expresión exteriorizada de la ira. El punto de corte seleccionado es la puntuación media para población normal en cada escala o subescala más una desviación típica (puntuaciones extraídas del manual de aplicación de la prueba). Para la subescala Ira Estado, la puntuación mínima es de 8 y la máxima de 24; para Ira Rasgo, la puntuación mínima es de 8 (correspondiente al Pc 6) y la

máxima de 24 (correspondiente al Pc 99). Para la subescala Expresión Externa, la puntuación mínima es de 4 (correspondiente al Pc 7) y la máxima de 12 (correspondiente al Pc 99); subescala Expresión Interna, la puntuación mínima es de 4 (correspondiente al Pc 6) y la máxima de 11 (correspondiente al Pc 99). Por último, la escala Control Total de la Ira, puntuación mínima es de 8 (correspondiente al Pc 1) y la máxima de 24 (correspondiente al Pc 99). Las puntuaciones máximas y mínimas son iguales para ambos sexos y rangos de edad. La consistencia interna de las subescalas oscila entre .52 y .87 (Del Barrio, Aluja y Spielberger, 2004) mostrando una fiabilidad aceptable. Para el presente estudio, los resultados en consistencia interna muestran unos coeficientes α altos en las dos subescalas principales: Ira Estado (.88) e Ira Rasgo (.84). Las subescalas de Expresión de la Ira (Externa e Interna) y Control presentan unos coeficientes α ligeramente más bajos.

La Tabla 2, recoge los Coeficientes α de Cronbach para este estudio.

Tabla 2. Resumen de Coeficientes α de Cronbach para este estudio.

PRUEBAS	Subescalas	α DE CRONBACH
CASI		.89
STAIC	Ansiedad Estado	.48
	Ansiedad Rasgo	.89
CDI	Depresión Total	.78
	Disforia	.68
	Autoestima	.61
STAXI-NA	Ira Estado	.88
	Ira Rasgo	.84
	Expresión Externa	.73
	Expresión Interna	.66
	Control de la Ira	.73

Análisis estadístico

El análisis estadístico de esta investigación se ha realizado con el paquete estadístico SYSTAT 7.0 (2007) y ha consistido, en primer lugar, en el análisis de los coeficientes α de Cronbach para las escalas y subescalas de los instrumentos empleados y, en segundo lugar, el cálculo de medias y prevalencias para la muestra total, sexo y edad.

Resultados

Resultados en ansiedad (CASI y STAIC)

Respecto a la ansiedad (Tabla 3), la puntuación media encontrada para la muestra total en el CASI es de 31, puntuación levemente superior a la media encontrada en población normal (27.7) por Valiente, et al. (2002). En el STAIC se obtiene una puntuación media en Ansiedad-Estado de 30, equivalente a puntuaciones centiles entre 45 y 65 de los baremos de la muestra normal (según sexo y edad); así como una puntuación media de 35 en Ansiedad-Estado equivalente a puntuaciones centiles comprendidas entre 40 y 60. Encontrándose ambas puntuaciones en la media y levemente

por encima de ella, cuando las comparamos con las puntuaciones de los sujetos de la muestra normal.

Para la obtención de las prevalencias en sensibilidad a la ansiedad se ha tomado como punto de corte la media (27.7) más una desviación típica (5.6) para población normal (Valiente, et al. 2002), es decir, una puntuación directa de 33.3. A partir de la cual se considera que la sintomatología es

clínica. En relación al *STAIC*, el punto de corte elegido es la puntuación centil igual o superior a 90.

Las prevalencias halladas en ansiedad muestran una puntuación alta en sensibilidad a la ansiedad en la muestra total (33.71%). En el *STAIC* los menores presentan unas prevalencias menores, siendo la prevalencia en Ansiedad-Estado y en Ansiedad-Rasgo iguales (11.43%).

Tabla 3. Prevalencias en Ansiedad

PRUEBAS (Subescalas)	N	Media Muestra Total	Punt. Centil	Prevalencia Muestra Total	Prevalencia Niños	Prevalencia Niñas
<i>CASI</i>	42	31	> media población normal (27.7)	33.71 %	29.17 %	44.44 %
<i>STAIC</i> A- E	35	30	45-65	11.43 %	11.77 %	11.77 %
A- R	35	35	40-60	11.43 %	11.77 %	11.77 %

Los resultados en función del sexo, muestran prevalencias en sensibilidad a la ansiedad (*CASI*) altas en niños (29.17%) y en niñas (44.44%), encontrándose que la prevalencia en niñas es muy superior (Figura 1). En el *STAIC* no se hallan diferencias en función del género.

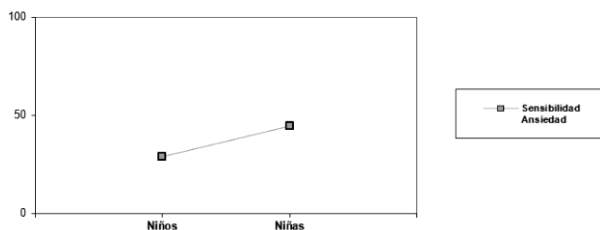


Figura 1. Prevalencias según sexo en Sensibilidad a la Ansiedad (*CASI*)

Tabla 4. Puntuaciones en Depresión (*CDI*)

Escalas del CDI	Puntuación media	PC	Prevalencias Muestra Total	Prevalencias NIÑOS	Prevalencias NIÑAS
Depresión Total	12	60	19.01 %	25%	11.11%
Disforia	6	75	28.57 %	33.33%	22.22%
Autoestima	6	50	11.91 %	12.50%	11.11%

En la Figura 2 se observan las prevalencias obtenidas para la muestra total. El punto de corte elegido corresponde a la puntuación centil de 90 o superior para todas las escalas de la prueba, punto de corte recomendado por los autores de la prueba. En la escala de Depresión Total se obtiene una prevalencia alta (19.01%). En las subescalas de Disforia se halla una prevalencia superior (28.57 %), siendo menor la prevalencia en Autoestima (11.91%).

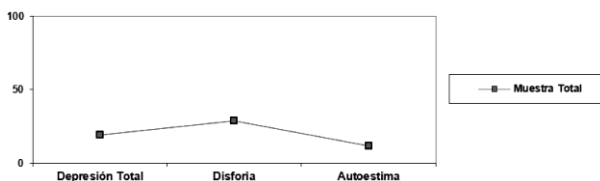


Figura 2. Prevalencias en subescalas de *CDI*.

Resultados en depresión (*CDI*)

En relación a la depresión, medida a través del *CDI* (Tabla 4), la puntuación media en la escala de Depresión Total es de 12, equivalente a la puntuación centil de 60 (extraída de los baremos del manual del *CDI* para población normal), lo que indica una media ligeramente superior en depresión a la población normal. En disforia, la puntuación media de 6 corresponde al percentil 75, puntuación muy superior a la media de los sujetos en muestra normal. Finalmente, en Autoestima, la puntuación media de 6, corresponde a la media para la población normal (Pc 50).

En la Figura 3 podemos observar los perfiles de las prevalencias halladas según el sexo. Los niños obtienen prevalencias más altas que las niñas en todas las escalas de la prueba especialmente en Depresión Total (25%) y Disforia (33.33%), siendo menores en Autoestima (12.50%). Mientras que en niñas las prevalencias son: Disforia (22.22%) y de 11.11%, en Depresión Total y Autoestima. En el perfil encontrado evidenciamos niveles mayores en niños en todas las subescalas del *CDI*, especialmente en Depresión Total y Disforia.

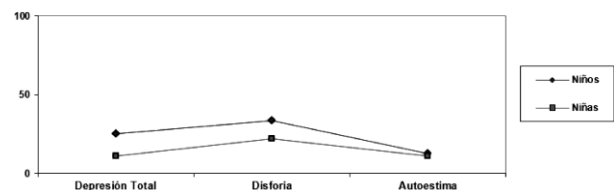


Figura 3. Prevalencias según sexo en subescalas de *CDI*.

Resultados en ira (STAXI-NA)

En la Tabla 5 aparecen las puntuaciones medias de la muestra total de los sujetos, así como las puntuaciones centiles equivalentes extraídas de los baremos del manual de STAXI-NA para población no clínica. Los resultados muestran un nivel bajo-moderado en Ira Estado y puntuaciones correspondientes a rangos medios para población normal en Expresión Externa (Pc 37/60) y en Control de la Ira (Pc 48/55). No obstante, la puntuación obtenida en Expresión Interna de la ira se corresponde con un rango de puntuaciones centiles entre 64 y 76, superior a la media.

Tabla 5. Puntuaciones medias y percentiles en Ira (STAXI-NA).

Subescalas STAXI-NA	Punt. Media	Nivel o Pc
Ira Estado	8.70	Bajo-moderado
Ira Rasgo	13.60	50-60
Expresión Externa	6.68	37-60
Expresión Interna	7.68	64-76
Control de la Ira	17.20	48-55

En la Tabla 6 aparecen las prevalencias para la muestra total y para sexo en las subescalas del STAXI-NA. El punto de corte seleccionado es la puntuación media para población normal en cada subescala más una desviación típica, a partir de la cual se considera que la sintomatología es clínica (puntuaciones extraídas del manual de aplicación de la prueba). Respecto a la muestra total se observan prevalencias bajas en Ira Estado (7.5%), mayores en Expresión Externa (15%) y Control de la Ira (15%), y superiores en Ira Estado (20%) y Expresión Interna (20 %).

Tabla 6. Prevalencias en Ira (STAXI-NA).

Subescalas STAXI-NA	Prevalencias Muestra Total	Prevalencias Niños	Prevalencias Niñas
Ira Estado	7.5 %	4.17 %	11.11 %
Ira Rasgo	20 %	8.33 %	33.33 %
Expresión Externa	15 %	16.67 %	11.11 %
Expresión Interna	20 %	22.73 %	16.67 %
Control de la Ira	15 %	12.5 %	16.67 %

En relación al sexo, los niños presentan prevalencias altas en Expresión Interna (22.73%), seguida de prevalencias del 16.67% en Expresión Externa y del 12.5% en Control de la Ira, lo que supone que tan sólo el 12.5% de los sujetos controlan adecuadamente la ira. Sin embargo, los niños presentan prevalencias bajas en Ira Estado (4.17%) y Rasgo (8.33%). En cuanto a las niñas, observamos prevalencias muy altas en Ira Rasgo (33.33%), seguidas de Expresión Interna (16.67%), Externa (11.11%) e Ira Estado (11.11%), así como prevalencias del 16.67% en Control de la Ira, lo que supone que el 16.67% de las niñas controla adecuadamente la ira. En la Figura 4 se presentan los perfiles para la muestra total y para sexo, evidenciamos una prevalencia significativamente mayor en Ira Rasgo en niñas, así como una tendencia en éstas a expresar y controlar la ira de manera más ade-

cuada. Por el contrario, los niños muestran unas prevalencias menores en Ira Estado y Rasgo, pero también mayores prevalencias en Expresión Externa e Interna, lo que supone un bajo control de la ira, así como la tendencia a reprimir dicha emoción. Puntuando, asimismo, de manera menor en el Control de la Ira, lo que evidencia el escaso manejo de estrategias adecuadas para controlar la ira.

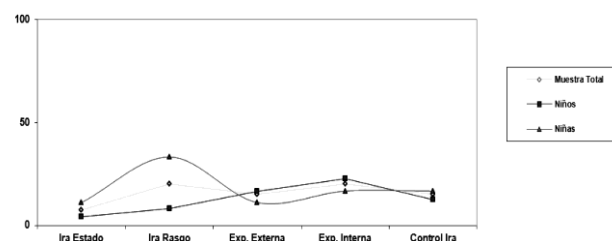


Figura 4. Prevalencias en muestra total y según sexo en Ira (STAXI-NA).

Discusión

Uno de los objetivos propuestos en esta investigación ha sido hallar los datos de consistencia interna de las pruebas administradas, para así determinar el grado de fiabilidad de las medidas.

En cuanto a la consistencia interna encontrada para las escalas del CDI, se han obtenido coeficientes *alfa* moderadamente bajos, que no pueden ser contrastados con otros estudios por la ausencia de análisis de la consistencia interna mediante el coeficiente *alfa* de Cronbach en muestras de menores maltratados. Comparando las muestras de población normal de los estudios realizados por Saylor, Finch, Spirito y Bennett (1984) para evaluar las propiedades psicométricas del CDI, encontramos coeficientes mayores que oscilan entre .80 y .94.

En relación al CASI hemos obtenido un coeficiente *alfa* alto, mostrando una consistencia interna adecuada y consistente a los encontrados en otras investigaciones tanto en muestras clínicas con trastornos de ansiedad, como la encontrada por Chorpita y Daleiden (2000) (*alfa* = .90); y en muestras de menores traumatizados, como la hallada por Leen-Feldner et al. (2008) (*alfa* = .83).

Para el STAI-C, se obtiene un coeficiente *alfa* de Cronbach alto para la escala de Ansiedad Rasgo, mostrando una consistencia interna buena; y bajo en la escala de Ansiedad Estado. Ambos coeficientes son consistentes con los obtenidos por diversas investigaciones, entre la que destaca la realizada en nuestro país por Ruiz y Gallardo (2002) con muestras de menores víctimas de negligencia. En la que obtienen un coeficiente *alfa* de .83 en Ansiedad Rasgo y .52 en Ansiedad Estado.

Finalmente atendiendo a la fiabilidad para el STAXI-NA, encontramos una consistencia interna adecuada para las dos escalas principales de la prueba: Ira Estado e Ira Rasgo; consistentes a los rangos de coeficientes *alfa* encontradas por Spielberger (1996) en población normal (Ira Estado=.93 /

.87; Ira Rasgo= .84/.82). Los coeficientes *alfa* para el resto de escalas son moderados (Expresión Externa= .73; Expresión Interna= .66 y Control de la Ira= .73) y, en menor medida, consistentes a los encontrados por el autor (Expresión Externa= .73 / .86; Expresión Interna= .78 / .73 y Control de la Ira= .88 / .81).

El objetivo fundamental de esta investigación ha consistido en el estudio de las alteraciones psicopatológicas asociadas a la exposición a maltrato intrafamiliar en la muestra de menores tutelados.

En ansiedad, se confirma un nivel alto de sensibilidad a la ansiedad, es decir, miedo intenso a los síntomas relacionados con la ansiedad (somático, mental y control/social). No obstante, se verificó un nivel menor de sintomatología ansiosa (Ansiedad Estado y Rasgo), por lo que estos resultados estuvieron en consonancia con lo encontrado por Mennen (2004) y Ruiz y Gallardo (2002) en nuestro país.

Con respecto a la depresión, numerosas investigaciones han constatado la asociación entre ésta y el maltrato intrafamiliar (Deblinger, et al. 1990; McLeer, et al. 1988; Lehman, 1997; Sternberg et al. 1993). En analogía a estos hallazgos, el presente estudio ha confirmado la existencia de sintomatología depresiva, principalmente de síntomas disfóricos.

La ira parece ser uno de los síntomas más asociados a la vivencia de maltrato intrafamiliar, así como una de las manifestaciones de diversa sintomatología más comunes en niños/as y adolescentes. En esta investigación se ha constatado la existencia de un nivel importante de Ira Rasgo, es decir, una tendencia a reaccionar de manera hostil; de Expresión Interna, tendencia a reprimir la ira; así como un bajo nivel de Control de la Ira, ausencia de estrategias adecuadas para manejar dicha emoción. Resultados similares a los hallados por Saigh et al. (2007).

Con respecto a la variable sexo, las niñas presentan un perfil psicopatológico caracterizado por: sensibilidad a la ansiedad y tendencia a reaccionar de manera airada (Ira Rasgo), y con mejor control y manejo de las reacciones de ira. En

cambio los niños presentan un perfil caracterizado por sensibilidad a la ansiedad y síntomas depresivos (especialmente disfóricos), así como una peor expresión y control de la ira.

Asumiendo que numerosas investigaciones han constatado la relación entre la vivencia de experiencias traumáticas intrafamiliares y el desarrollo de sintomatología de TEPT, la comorbilidad entre estos síntomas y la presencia de psicopatología diversa, constatada por éste y numerosos estudios, podría apoyar la existencia de lo que van der Kolk (2005) denomina Trastorno del Trauma del Desarrollo, y que ha permitido el acuerdo entre numerosos investigadores pero que actualmente no cuenta con suficiente validez empírica, si bien está siendo objeto de diversos ensayos de campo para su inclusión en el nuevo DSM-V.

Finalmente, es relevante reseñar que dada la diversidad de sintomatología que puede aparecer como consecuencia de la vivencia de situaciones traumáticas de larga duración e intensidad en el contexto familiar es recomendable utilizar diferentes instrumentos de evaluación con el fin de valorar adecuadamente las distintas áreas de funcionamiento de estos menores (Briere y Spinazzola, 2005; Fantuzzo, Gaudio, Atkins, Meyers y Noone, 1998; Oates y Bross 1994). En esta línea, el RCADS (Revised Child Anxiety and Depression Scale), en la versión de 30 ítems (Sandín, Chorot, Valiente y Chorpita, 2010) se muestra como un instrumento apropiado tanto para su uso en el ámbito clínico como de investigación. De este modo podemos establecer una intervención psicológica eficaz de los problemas existentes en las posibles áreas afectadas, consiguiendo así avances en la mejora de las condiciones de vida de estos menores. Sin olvidar que se debe dar una atención más sistemática a las manifestaciones de las reacciones postraumáticas graves (que incluyen ansiedad, depresión e ira), relacionadas con la edad, de modo que se puedan incluir aspectos del desarrollo del trastorno de estrés postraumático desde la primera infancia hasta la adolescencia, lo que también aumentará la precisión del diagnóstico (Pynoos et al. 2009) y de los tratamientos.

Referencias

- Bal, S., Crombez, G., Van Oost, P. y De Bourdeadjuui, I. (2003). The role of social support in wellbeing and coping with the self-reproted stressful events in adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 27, 1377-1395.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D. y Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 16, 101-118.
- Bourassa, C. (2007). Co-ocurrence of interparental violence and child physical abuse and it's effects on the adolescent's behavior. *Journal of Family Violence*, 22, 691-701.
- Briere, J., Woo, R., McRae, B., Foltz, J. y Sitzman, R. (1997). Lifetime victimization history, demographics, clinical status in female psychiatric emergency room patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 95-101.
- Briere, J., y Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of traumatic stress*, 18, 401-412.
- Cambell, L. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359,1331-1336.
- Carlson, B. E. (1991). Outcomes of physical abuse and observation of marital violence among adolescents in placement. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 526-534.
- Carrasco, M. A., Rodríguez, J. F., Rodríguez, M. D. y Sánchez, C. (1999). Miedos y ansiedad en un grupo de adolescentes maltratados. *Apuntes de Psicología*, 17, 97-108.
- Cerezo, M. (2005). El impacto psicológico del maltrato:primera infancia y edad escolar. *Infancia y Aprendizaje*, 18, 135-157
- Cerezo, M. y Frías, D. (1994). Emotional and cognitive adjustment in abused children. *Child Abuse and Neglect*, 18, 923-932.
- Chorpita, B. y Daleiden, E. (2000). Properties of the Childhood Anxiety Sensitivity Index in children with anxiety disorders: Autonomic and nonautonomic factors. *Behavior therapy*, 31, 327-349.
- Davis, L. y Siegel, L. J. (2000). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: a review and analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 135-154.
- Deblinger, E., McLeer, S. V. y Henry, D. (1990). Cognitive-behavioural treatment for sexually abused children suffering from post-traumatic stress disorder: preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 747-752.

- Del Barrio, M. V., Aluja, A., Spielberger, C. D. (2004). Anger assessment with the STAXI-CA: psychometric properties of a new instrument for children and adolescents. *Personality and Individual Differences*, 37, 227-244.
- Del Barrio, M. V., Spielberger, C. D. y Aluja, A. (2005). *STAXI-NA. Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Del Barrio, M. V., Moreno, C. y López, R. (1999). El Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992). Su aplicación en población española. *Clínica y Salud*, 10, 393-416.
- Dyregrow, A. y Yule, W. (2006). A Review of PTSD in Children. *Child and Adolescent Mental Health*, 11, 176-184.
- Ericsson, M., Engeland, B. y Pianta, R. (1989). The effects of maltreatment on the development of young children. En D. Cicchetti y V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 647-684). Cambridge University Press.
- Fantuzzo, J. (1990). Behavioural treatment of the victims of child abused and neglect. *Behavior Modification*, 14, 316-339.
- Fantuzzo, J., Gaudio, W., Atkins, M., Meyers, R. y Noone, M. (1998). A contextually relevant assessment of the impact of child maltreatment on the social competencies of low-income urban children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1201-1208.
- Fantuzzo, J.W. y Lindquist, C. U. (1989). The effects of observing conjugal violence on children: A review and analysis of research methodology. *Journal of Family Violence*, 1, 77-94.
- Fantuzzo, J. W. y Mohr, W. K. (1999). Prevalence and Effects of Child Exposure to Domestic Violence. *Domestic Violence and Children*, 9(3) 21-32.
- Gomel, M. K. (1998). Domestic violence-An Issue for Primary Health Care Professionals. En R. Jenkins (ed.). *Preventing Mental Illness: Mental Health Promotion in Primary Care*, 440-445.
- Hughes, H. M. (1988). Psychological and behavioural correlates of family violence in child witnesses and victims. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, 77-90.
- Hughes, H. M., Vargo, M., Ito, E. y Skinner, S. (1989). *Gender influences on psychological adjustment of children of battered women*. Informe presentado en la 97ª Convención de la APA en New Orleans, Agosto, 1989.
- Hukkanen, R., Sourander, A., Bergroth, L. y Piha, L. (1999). Psychosocial factors and adequacy of services for children in children's home. *European child and adolescent psychiatry*, 8, (4) 268-275.
- Kashani, J. y Carlson, G. (1987). Seriously depressed preschoolers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 348-350.
- Kazdin, J. Moser, J., Colbus, D. y Bell, R. (1985). Depressive symptoms among physically abused and psychiatrically disturbed children. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 298-307.
- Kiliç, E., Kiliç, C., Yilmaz, S. (2008). Is anxiety sensitivity a predictor of PTSD in children and adolescents? *Journal of Psychosomatic Research*, 65(1), 81-86.
- Kitzmann, K. M., Gaylor, N. K., Holt, A. R. y Kenny, E. D. (2003). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychology*, 71, 339-352.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory, CDI*. Toronto: Multi-Health Systems Inc.
- Leen-Feldner, E., Feldner, M., Reardon, L., Babson, K., Dixon, L. (2008). Anxiety sensitivity and posttraumatic stress among traumatic event-exposed youth. *Behaviour Research and Therapy*, 46, (4) 548-556.
- Lehman, P. (1997). The development of posttraumatic stress disorder (PTSD) in a sample of child witnesses to mother assault. *Journal of Family Violence*, 12, 241-257.
- López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M. V. y Botella, C. (2011). El sistema de realidad virtual EMMA-Infancia en el tratamiento psicológico de un menor con estrés postraumático. *Revista de Psicología Clínica y Psicopatología*, 16(3), 189-206.
- López-Soler, C., Alcántara, M. V., Fernández, V., Castro, M. y López, J. A. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behaviour checklist). *Anales de Psicología*, 26 (2) 325-334.
- López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M. V., Fernández, V. y López, J. A. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema* 21(3) 353-358.
- López-Soler, C., Castro, M., Daset, L., Alcántara, M., Fernández, V., Prieto, M., y Puerto, J. C. (2008a). Consecuencias del maltrato grave en la infancia: conceptualización y diagnóstico de las reacciones postraumáticas complejas. *Revista Ciencias Psicológicas*, 11 (2), 103-118.
- López-Soler, C., Castro, M., García-Montalvo, C., Garriga, A., Alcántara, M. y Fernández, V. (2008b). *Perfil postraumático en menores maltratados: evaluación psicológica del estrés traumático (TEPT y TEPTC)*. Symposium sobre Maltrato Infantil. VI Congreso Nacional de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Huelva, 27-29 Noviembre.
- López-Soler, C., Prieto, M., Alcántara, M., Castro, M., López-Pina, J. A., y Puerto, J. C. (2008c). *Alteraciones internalizantes y externalizantes en menores maltratados*. Comunicación libre. VI Congreso Nacional de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Huelva, 27-29 Noviembre.
- Mayer – Renaud, M. (1985). *Les enfants tu silence*. Montréal, Centre des Services Sociaux de Montréal-Métropolitain.
- Mcleer, S. V., Deblinger, E., Atkins, M. S., Foa, E. B. y Ralphe, D. L. (1988). Posttraumatic stress disorder sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 650-654.
- Mennen, F.E. (2004). PTSD symptoms in abused Latino children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21(5), 477-493.
- Moreno, J.M. (2005). Estudio sobre las consecuencias del maltrato infantil en el desarrollo del lenguaje. *Anales de Psicología*, 21, 224-230.
- Morrow, K. y Sorell, G. (1989). Factors affecting self-esteem, depression and negative behaviours in sexually abused female adolescents. *Journal of marriage and the family*, 51, 677-686.
- Muela, A. (2010). *Desprotección infantil, estilos de apego e indicadores de psicopatología en la adolescencia*. San Sebastian: Universidad del País Vasco.
- Muela, A. (2008). Hacia un sistema de clasificación nosológico de maltrato infantil. *Anales de psicología*, 24 (1), 77-87.
- Oates, R. K. y Bross, D. C. (1994). What have we learned about treating child physical abuse? A literature of the last decade. *Child Abuse and Neglect*, 19, 463-473.
- Pynoos, R., Steinberg, A., Layne, C., Briggs, E., Ostrowski, S., Fairbank, J. (2009). DSM-V PTSD Diagnostic Criteria for Children and Adolescents: A Developmental perspective and Recommendations. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 391-398.
- Reed, P. L., Anthony, J. C. y Breslau, N. (2007). Incidence of drug problems in young adults exposed to trauma and posttraumatic stress disorder: Do early life experiences and predispositions matter? *Archives of General Psychiatry*, 64, 1435-1442.
- Reis, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M y McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1-8.
- Ruiz, I. y Gallardo, J. A. (2002). Impacto psicológico en la negligencia familiar (leve vs. grave) en un grupo de niños y niñas. *Anales de Psicología*, 18, (2), 261-272.
- Saigh, P. A., Yasik, A. E., Oberfield, R. O. y Halamandaris, P. (2007). Self-reported anger among traumatized children and adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 29, 29-39.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. A. y Valiente, R.M. (2002). Análisis factorial confirmatorio del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños. *Psicothema*, 14, 333-339.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M. y Chorpita, B. F. (2010). Development of a 30-item version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 165-178.
- Saylor, C., Finch, A., Spirito, A. y Bennett, B. (1984). The children's depression inventory: A systematic evaluation of psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 955-967.
- Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J. y Fegert, J. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(1), 2.
- Seisdedos, N. (1990). *STAIC, Cuestionario de autoevaluación*. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Silverman, W. K., Fleisig, W., Rabian, B., y Peterson, R. A. (1991). Childhood Anxiety Sensitivity Index. *Journal of Clinical Child Psychiatry*, 20, 162-168.

- Spielberger, C. D. (1973). *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para niños, STAI-C*. Palo Alto, CA. Consulting Psychologists Press.
- Sternberg, K. J., Lamb, M. E., Greenbaum, C., Cicchetti, D., Dawud, S., Cortes, R. M., Krispin, O., & Lorey, F. (1993). Effects of domestic violence on children's behavior problems and depression. *Developmental Psychology*, 29, 44-52.
- Valiente, R., Sandín, B. Chorot, P. (2002). Miedos comunes en niños y adolescentes: su relación con la sensibilidad a la ansiedad y otras emociones negativas. *Psiquis*, 23, (6), 217-225.
- Valle, L. y Silovsky, J. (2002). Attributions and adjustment following child sexual and physical abuse. *Child Maltreatment*, 7(1), 9-24
- Van der Kolk, B. A. (1985). Adolescent vulnerability to posttraumatic stress. *Psychiatry*, 48, 365-370.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Child Abuse & Victimization. *Psychiatric Annals*, 35 (3), 374-378.
- Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F., MCFarlane, A. y Herman, J. (1996). Dissociation, somatisation and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153, 83-93.
- Wolfe, D., Scoutt, K., Wekerle, C. y Pittman, A. (2001). Child maltreats risk of adjustment problems and dating violence in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 282-89.

(Artículo recibido: 29-11-2011, revisado: 16-2-2012, aceptado: 28-2-2012)