



Universitat
de les Illes Balears

Intervenciones psicológicas para la reducción de sintomatología ansiosodepresiva en hijas e hijos de mujeres víctimas de violencia de género: una revisión sistemática.

Patricia Hermosilla Del Olmo

Memoria del Trabajo de Fin de Máster

Máster Universitario en psicología general sanitaria
de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curso Académico 2017-2018

Fecha 01/02/2018

Nombre Tutor del Trabajo: Maria Balle Cabot

Resumen

La violencia de género es aquella que se ejerce sobre las mujeres por parte de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones de afectividad. Con ellas, miles de niños y niñas están expuestos a dicha violencia en sus hogares. Sin embargo, no existe un cuerpo de investigación relacionado con intervenciones para niños/as víctimas de violencia de género. Para abordar esta brecha de conocimiento, se ha realizado una revisión exhaustiva y sistemática de la literatura relacionada con intervenciones dirigidas a reducir los síntomas ansioso-depresivos en menores víctimas de violencia de género. A partir de la búsqueda se identificaron un total de 14 artículos para revisión, de los que se proporciona información detallada, como el diseño, el tipo de muestra, los hallazgos clave y las limitaciones. El análisis determinó tres categorías de intervención: dirigidas únicamente a los niños/as, dirigidas a madres e hijos de forma conjunta y otra que combina las categorías anteriores con un grupo control. Los hallazgos indican que las intervenciones dirigidas a madres e hijos/as de forma conjunta muestran resultados más prometedores, aunque las limitaciones metodológicas y la falta de estudios dificulten la extracción de conclusiones definitivas.

Palabras clave

Intervención, Hijos, Violencia de género, Ansiedad, Depresión, Trastorno de Estrés Post-Traumático.

Abstract

Gender violence is the form of violence perpetrated against women by those who are or have been related to them through affective relationships. Along with them, thousands of children are exposed to this violence at their own homes. However, there does not exist an investigation unit focused on children who are victims of gender violence. Therefore, in order to face this knowledge gap, an exhaustive and systematic revision has been performed with regard to the literature related to interventions aimed to reduce anxious and depressive symptoms in minors who are victims of gender violence. From this search, a total of 14 articles subject to revision have been identified, from which detailed information is provided, including design, type of sample, key findings and limitations. Said analysis established three categories of intervention: one specifically aimed for children, another aimed for both mothers and children, and another that combines the two previous categories with monitoring groups. Findings indicate that those interventions aimed for both mothers and children are the ones that

show more promising results, although methodological interventions and the absence of studies hinder the drawing of conclusions.

Keywords

Intervention, Children, Intimate Partner Violence, Anxiety, Depression, Posttraumatic Stress Disorder.

1. Introducción

La violencia de género supone un grave problema de Salud Pública (OMS, 1996) que afecta a mujeres, niñas y niños de todo el mundo y en todas las etapas de su vida. En España, la última macroencuesta llevada a cabo por el Observatorio Estatal de violencia sobre las mujeres, en el año 2015 indica que el 29,6% de los menores viven en hogares en los que una mujer ha sufrido violencia física, sexual, psicológica, emocional y/o económica en los últimos 12 meses.

La violencia de género es definida por la Ley Orgánica 1/2004 como “Todo acto de violencia (...) que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia. (...) que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

Según los últimos datos disponibles, extraídos del informe anual del Observatorio Estatal de violencia sobre las mujeres (Ministerio de Sanidad, 2017), en 2015 un 12,5% de las mujeres residentes en España de 16 años o más ha sufrido violencia física o sexual por parte de alguna pareja o ex pareja en algún momento de su vida, y un 2,7% en los últimos 12 meses. En otros términos, 2.540.175 mujeres han sido víctimas de violencia de género en España a lo largo de toda su vida. Sólo en Baleares, a lo largo del año 2015 se llevaron a término 4.658 denuncias por violencia de género.

Con ellas, miles de niños y niñas están expuestos a dicha violencia en su casa cada año, y cuando esta tiene lugar, los menores suelen ser testigos de un 80-95% de la violencia (Graham-Bermann, Lynch, Banyard, DeVoe, & Halabu, 2007).

Un último dato que refleja la magnitud del problema, según las últimas estadísticas oficiales, es el número de mujeres víctimas mortales por violencia de género en España, 60 en el año 2015, y 826 desde enero de 2003.

Menores expuestos a la violencia de género

En los últimos años, se han realizado numerosos estudios sobre las consecuencias de la violencia de género en mujeres. Sin embargo, apenas hay estudios que traten de los efectos que esta violencia tiene en los hijos e hijas de las mujeres maltratadas. Una muestra de ello se observa en la diversidad de nomenclaturas que reciben en la literatura científica: *children of battered women* (hijos/os de mujeres maltratadas), *children witnesses to violence* (menores testigos de la violencia) o *children exposed to domestic/partner violence* (menores expuestos a la violencia doméstica o de pareja).

En 2003, Holden propone la denominación “menores expuestos”, para unificar criterios, y desarrolla una taxonomía con los 10 tipos de exposición a los que pueden estar sometidos los menores: *perinatal* (violencia a la mujer durante la gestación), *intervención* (cuando los menores intentan proteger a la víctima), *victimización* (siendo objetivos de violencia directa), *participación* (por ejemplo, colaborar con el agresor en la desvalorización de la víctima), *ser testigo presencial o de escucha* (durante la agresión), *observación de consecuencias de la agresión* (por ejemplo, un brazo roto, llamadas a la policía...), *experimentar las secuelas* (como depresión de la madre, pérdida de custodia del padre...), *escuchar sobre lo sucedido* (oír conversaciones entre adultos) e *ignorar los acontecimientos*.

Del total de mujeres que sufren o han sufrido violencia de género y que tenían hijos e hijas en el momento en el que se produjeron los episodios de violencia, el 63,6% afirma que los hijos e hijas presenciaron o escucharon alguna de las situaciones de violencia, y el 92,5% que los hijos e hijas eran menores de 18 años cuando sucedieron los hechos. Además, el 64,2% afirma que los menores sufrieron a su vez violencia de los agresores de sus madres (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2015).

Los datos, en base a varias investigaciones realizadas en España sobre exposición a violencia de género, afirman que entre el 87% (Rosser, Suria, & Villegas,

2013) y el 46,93% (Bayarri, Ezpeleta, & Granero, 2011) de menores son testigos de la violencia ejercida en sus hogares, mientras que en relación a los que sufren maltrato directo, las cifras oscilan entre el 73,3% (Blasco, Savall, Sánchez, & Martínez, 2002) y el 15,66% (Bayarri et al, 2011).

Consecuencias de la exposición a la violencia de género

A partir de una revisión meta-analítica se determinó que alrededor del 63% de los niños expuestos a violencia de género empeoran a nivel comportamental, académico y de funcionamiento social (Kitzmann, Gaylord, Holt, & Kenny, 2003). Es más, dicha exposición (Bravo, 2009) puede producir las siguientes consecuencias en los menores: (a) *Trastorno de Estrés Post Traumático* (b) *Síntomas internalizantes* (depresión, ansiedad, culpabilidad, baja autoestima, trastornos disociativos...); (c) *Síntomas externalizantes*: problemas de conducta, hipervigilancia, agresividad, descontrol de impulsos, abuso de sustancias...; (d) *Cognitivas*: déficits en las funciones ejecutivas, problemas de memoria, falta de concentración, bajo rendimiento escolar y académico, retraso en el lenguaje y en el desarrollo; (e) *Sociales*: falta de empatía, agresividad, conducta desafiante, escasas habilidades sociales, introversión o aislamiento, absentismo escolar, dependencia...; (f) situaciones de negligencia y abandono, problemas de vinculación afectiva y de apego; (g) *Físicas y de salud*: (exceptuando lesiones) retraso en el crecimiento, déficit en las habilidades motoras, sintomatología somática, alteraciones del sueño, alteraciones de la alimentación, enuresis y encopresis; (h) Alteraciones del desarrollo afectivo, dificultad de expresión y manejo de emociones, interiorización y aprendizaje de modelos violentos y posibilidad de repetirlos, internalización de roles de género erróneos y parentalización de los niños y niñas, asumiendo roles parentales y protectores de la madre que no les corresponden por su edad.

Además, pueden aparecer cogniciones dañinas, como inseguridad o dudas sobre la estabilidad del sistema familiar o de la seguridad de uno o de los dos progenitores (Bergman, Cummings, & Davies, 2014; Fosco, DeBoard, & Grych, 2007); y también puede incluir el desarrollo de reacciones dañinas a la violencia de género, como los intentos de intervención para parar la violencia (Jouriles, Rosenfield, McDonald, & Mueller, 2014).

En cuanto a las consecuencias a largo plazo existe un alto riesgo de problemas tales como depresión, abuso de sustancias y maltrato infantil en la edad adulta (Roustit et al., 2009; Russell, Springer, & Greenfield, 2010).

Según una investigación llevada a cabo por la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género sobre los problemas psicológicos y de adaptación que presentan los menores expuestos a violencia de género, el 99,4% presentan alguna alteración psicológica de tipo leve, mientras que el 80,6% presenta alguna alteración psicológica de carácter moderado o grave. Teniendo en cuenta que según la OMS, el ratio de población infantil general que presenta un trastorno psicológico es entre el 10 y el 20%, nos encontramos con una prevalencia muy alta en menores expuestos a violencia de género.

Por otra parte, en el caso de la población infantil general, el 90% de los trastornos son de tipo leve y el 10% de tipo moderado o grave. En cambio, entre los menores expuestos a la violencia de género, el porcentaje de trastornos de tipo moderado o grave sobre el total de menores que presentan algún trastorno es de un 81,1%.

De dicho porcentaje, entre un 40 y un 60% de los menores se encuentran en el rango clínico de problemas internalizantes (Vu, Jouriles, McDonald, & Rosenfield, 2016). Además, otros muchos autores han asociado la exposición a la violencia de género a la aparición de problemas internalizantes (Grych, Jouriles, Swank, McDonald, & Norwood, 2000; Grych et al., 2002; Kitzman et al., 2003).

En base a los resultados obtenidos en los diferentes estudios sobre las posibles consecuencias de la exposición a la violencia de género en la infancia, se manifiesta la necesidad de considerar dicha exposición como un tipo de maltrato infantil (Wathen & MacMillan, 2013).

Intervenciones para niños expuestos a violencia de género

Se han llevado a cabo varios estudios controlados aleatorizados para niños expuestos a violencia de género, con el objetivo, por un lado, de reducir los síntomas de estrés postraumático (Cohen, Mannarino & Iyengar, 2011; Lieberman, Van Horn, Ippen, 2005); trastornos de conducta (Jouriles, McDonald, Rosenfield, Stephens, Corbitt-Shindler & Miller, 2009; McDonald, Jouriles & Skopp, 2006; Jouriles,

McDonald, Spiller, Norwood, Swank & Stephens, 2001); síntomas inter y externalizantes (Graham-Bermann, Lynch, Banyard, Devoe & Halabu, 2007); y por otro, de mejorar las competencias básicas (Sullivan, Bybee & Allen, 2002) y mejorar de las actitudes y creencias sobre la violencia (Graham-Bermann et al, 2007).

Los estudios controlados aleatorizados más grandes hasta la fecha (Graham-Bermann et al. 2007, 2013, 2015), evaluaron los programas Kid's Club y Preschool Kid's Club (PKC) con una muestra 221 de familias víctimas de violencia de género. Los componentes principales de esta intervención incluyen enseñar habilidades de afrontamiento y relajación, manejo de las reacciones emocionales, modificación de tendencias oposicionistas y establecimiento de relaciones con miembros ajenos a la familia, tales como compañeros de clase y profesores. En el PKC se incluyeron componentes para la mejora de los comportamientos resilientes de los menores, incluyendo entrenamiento en habilidades sociales, resolución de conflictos, mejora de las habilidades de afrontamiento y empoderamiento. Se compararon tres grupos: intervención sólo en niños/as, intervención conjunta con los menores y sus madres, y un tercer grupo control sin intervención. Se realizó un seguimiento de 8 meses y se concluyó que los programas fueron más efectivos en la reducción de síntomas inter y externalizantes en la condición de intervención conjunta.

Cohen et al. (2011) evaluaron los síntomas de estrés postraumático, ansiedad y depresión tras una intervención breve (8 sesiones), y concluyeron que los niños expuestos a violencia de género que recibieron tratamiento mostraban mejoras clínicamente significativas en puntuaciones de ansiedad y síntomas de estrés postraumático, con disminuciones específicas en hiperactivación y evitación.

Jouriles et al. (2009) diseñaron una intervención para mujeres víctimas de violencia de género cuyos hijos presentaban problemas de conducta, en la que proporcionaban apoyo instrumental, emocional y enseñaban habilidades de manejo del comportamiento. Las madres recibieron un promedio de 20 sesiones y los resultados apuntaron a una disminución significativa de los síntomas externalizantes en los menores.

Lieberman et al. (2005) evaluaron un programa de terapia psicológica conjunta de 52 semanas enfocado en fortalecer la relación madre-hijo e involucrar a la madre como aliada del menor para enfrentar el estrés. Los niños asignados a la condición de tratamiento mostraron una mejora significativa en el comportamiento en relación al grupo de comparación y al tratamiento habitual. Además, también se encontraron

mejoras en relación a los síntomas de estrés postraumático de los menores y en los síntomas de evitación de las madres.

Sullivan et al. (2002) estudiaron un programa basado en la comunidad para 80 mujeres maltratadas y sus hijos, que incluía apoyo a las madres para obtener servicios, cuidado de niños y un programa de apoyo y educación para los hijos/as. Los hallazgos indicaron una mejora en la auto-competencia para el niño/a y mejoras en la salud mental de las madres, la calidad de vida y el apoyo social para el grupo de intervención en relación con el grupo control.

El presente estudio

Existe una limitada información empírica acerca de tratamientos eficaces y buenas prácticas en relación con los menores expuestos a violencia de género. Sin embargo, es difícil para los investigadores avanzar en la creación de un cuerpo de investigación relacionado con intervenciones para niños expuestos a violencia de género sin un análisis sistemático y un resumen de la investigación existente y las prácticas actuales.

Para abordar esta brecha de investigación, la finalidad del presente trabajo será la de realizar una revisión sistemática de la evidencia científica disponible sobre intervenciones psicológicas en menores víctimas de violencia de género, con el objetivo de sintetizar y analizar críticamente los resultados de dichas intervenciones en función de la reducción de los síntomas ansiosodepresivos.

2. Método

2.1 Criterios de selección de los estudios

Para seleccionar qué documentos formaban parte de la presente revisión, se establecieron los siguientes criterios referentes tanto al tipo de documento como al contenido del mismo, que se ha considerado que, en su conjunto, respondían a la pregunta de estudio.

Los criterios de inclusión para la selección de documentos de interés fueron los siguientes: (a) intervenciones dirigidas a niños/as víctimas de violencia de género, (b) estudios experimentales o de revisión, (c) estudios disponibles en inglés y español, (d) únicamente se tuvieron en cuenta aquellos que se identificaron a través de bases de datos electrónicas y (e) se analizaron solo los estudios relativos a la intervención en

síntomas ansiosodepresivos.

Los criterios de exclusión incluyeron: (a) estudios de tratamiento únicamente de mujeres maltratadas, (b) estudios con el foco en el agresor, (c) estudios de caso o con menos de 5 participantes, (d) referidos a violencia doméstica y (e) estudios que se centran en los síntomas externalizantes u otros problemas psicológicos.

2.2 Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Para promover la confianza en los resultados de los estudios, se llevó a cabo una búsqueda sistemática de artículos en las bases de datos: Scopus, Web of Science, Medline, EBSCOhost, PubMed y Cochrane data base of Systematic Reviews, con las siguientes palabras clave: *Treatment OR Intervention OR Therapy AND Child* OR Youth AND Gender Violence OR Gender-based Violence OR Intimate Partner Violence OR Dating Violence OR Marital Violence OR Partner Violence AND Anxiety OR Depresión OR Posttraumatic Stress Disorder OR Internalizing Symptoms*

Términos referentes a violencia de género	Términos referentes a foco de intervención	Términos referentes al tipo de intervención	Términos referentes a la sintomatología
Gender Violence Gender-based Violence Intimate Partner Violence Dating Violence Marital Violence Partner Violence	Child* Youth	Treatment Intervention Therapy	Anxiety Depression Posttraumatic Stress Disorder Internalizing Symptoms

En base a los objetivos del presente artículo se utiliza el término “Intimate Partner Violence” sobre el más comúnmente utilizado “Domestic Violence” en la

literatura inglesa debido a que el primero es un término más específico. Incluye la relación exacta en la que ocurre la violencia, mientras que el término “Domestic Violence” se puede referir a cualquier tipo de violencia que se lleve a cabo dentro del ámbito doméstico (como violencia de padres a hijos, de hijos a padres...).

Además, también se contactó vía *mail* con la doctora Graham-Bermann, experta en el ámbito de la revisión, como fuente de información para identificar estudios aún no publicados y con el objetivo de tener acceso a la literatura gris, muy útil para completar el proceso exhaustivo de búsqueda de la evidencia científica.

Posteriormente, se llevó a cabo la selección de artículos en las siguientes fases:

- *Fase 1*: Preselección de los artículos en base a la lectura del título y al resumen de los mismos, con el objetivo de evaluar si efectivamente estos cumplían con los criterios de inclusión anteriormente descritos. Para este proceso se utilizó una lista de comprobación en la que se repasaron los criterios de inclusión y exclusión con cada uno de los artículos.

- *Fase 2*: Se procedió a repetir la sistemática anterior con la lectura en profundidad de los artículos preseleccionados completos, para seleccionar e incluir finalmente los artículos que se valorarían, analizarían y sintetizarían en la revisión.

2.3 Proceso de selección de los estudios

La siguiente figura representa el proceso seguido para la selección de los artículos y el número de artículos finalmente incluidos.

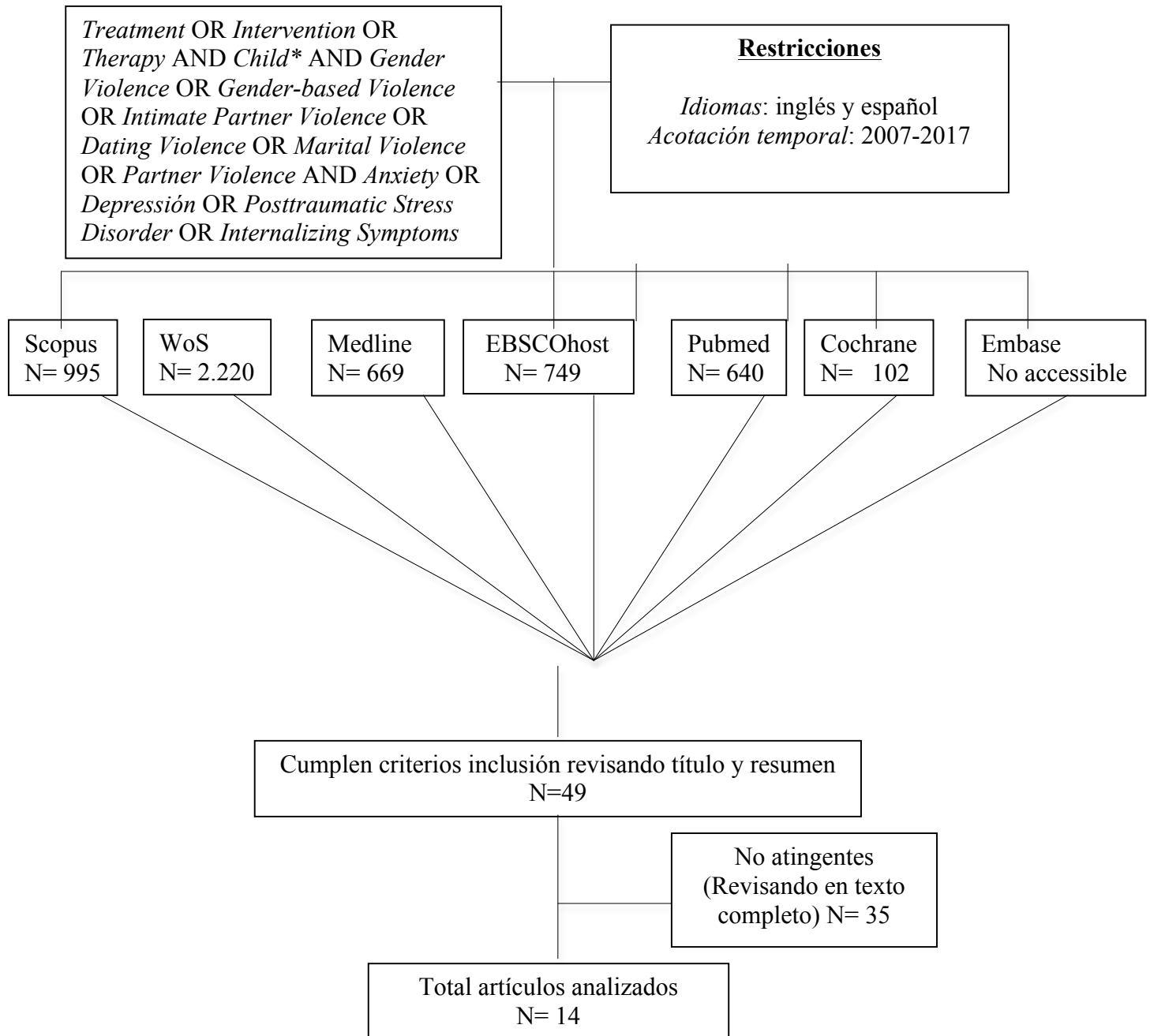


Figura 1: Árbol de cribado (elaboración propia)

Tal y como queda ilustrado en la figura, finalmente se incluyeron y analizaron en el presente estudio un total de 14 artículos.

2.4 Evaluación del riesgo de sesgo.

Se llevó a cabo una búsqueda intensiva para encontrar todos los artículos relevantes, pero es posible que otros artículos existentes no hayan sido encontrados y, por tanto, no incluidos en la presente revisión. Además, a pesar de que se revisaron todos los estudios completa y cuidadosamente, es posible haber perdido o malinterpretado información presente, sobre todo en cuanto a lo que a traducción e interpretación de los términos más técnicos o de los cuales no existe traducción directa.

Otro posible sesgo en cuanto a la traducción del idioma, es la elección de las palabras clave. Se descartaron términos como “Domestic Violence”, “Family Violence” o “Domestic Abuse”, debido a que, como ya se ha avanzado anteriormente, la violencia doméstica abarca muchos más ámbitos que la violencia de género (violencia entre hermanos, de hijos a padres...). Aunque en lengua inglesa puedan emplearse como sinónimos y esto pueda habernos llevado a perder algún artículo interesante para nuestra revisión, se descartaron de forma expresa en base a los objetivos del estudio.

2.5 Análisis y síntesis de los datos.

Para extraer la información de los estudios experimentales se elaboró una plantilla en la que se recoge de forma homogénea toda la información detallada y pertinente para el análisis, síntesis e interpretación de los datos.

En dicha plantilla aparece información sobre el título, el autor y el año de publicación, el objetivo del estudio, el tipo de estudio, las características del diseño, el número y características de los participantes, la descripción de la intervención, el seguimiento, los resultados más relevantes, discusión y conclusiones y la base de datos y la revista de la cual el artículo ha sido incluido.

En cambio, para extraer la información de las revisiones bibliográficas se elaboró una plantilla similar, pero con unas características diferentes que se adaptaban mejor al tipo de estudios que se analizan. A saber, las mismas que en la anterior, pero cambiando las características del diseño y de los participantes por los criterios de inclusión y las características de los estudios consultados para dicha revisión.

En los anexos es posible localizar las diferentes fichas correspondientes a cada uno de los estudios que cumplieron efectivamente con los criterios de inclusión.

3. Resultados

En la presente revisión se han analizado un total de 14 artículos: un estudio de protocolo, tres revisiones sistemáticas y 10 investigaciones empíricas que evalúan la eficacia de distintas intervenciones enfocadas en la reducción de síntomas ansioso-depresivos en menores expuestos a violencia de género. Se han agrupado los resultados en 3 categorías para analizarlos según el foco de intervención.

3.1. Intervenciones enfocadas únicamente en los menores (ver Tabla 1)

3.1.1 Metodología

Los estudios analizados difieren en cuanto a muestra y diseño. Tan sólo un estudio presenta una muestra de $n = 58$ (Ernst et al., 2008), mientras que todos los demás superan los 100 participantes (Cohen et al., 2011; Graham-Bermann et al., 2011; Lamers-Winkelmann et al., 2012; Miller et al., 2012).

Cuatro de los estudios analizados cuentan con un diseño controlado aleatorizado con dos condiciones experimentales (Cohen et al., 2011; Graham-Bermann et al., 2011; Lamers-Winkelmann et al., 2012; Miller et al., 2012), mientras que solo uno de ellos cuenta con un único grupo de tratamiento (Ernst et al., 2008).

3.1.2 Resultados

En base a los estudios analizados, se observa una reducción en los síntomas de estrés postraumático (Cohen et al., 2011), y síntomas internalizantes (Graham-Bermann et al., 2011).

Además, se observa una mejora en la creación de un plan de seguridad (Ernst et al., 2008; Miller et al., 2012).

3.1.3 Limitaciones

Las limitaciones que señalan los estudios analizados son (a) la falta de grupo control sin tratamiento o con otro tipo de tratamiento, (b) la alta tasa de abandono, (c) la continua exposición a la violencia de las familias participantes, (d) dificultades en la generalización de la muestra, y (e) el uso de cuestionarios no validados.

Tabla 1

Intervenciones para niños/as víctimas de violencia de género.

Cita	Intervención	Características del diseño	Muestra	Resultados relevantes	Conclusiones
Miller, Howell, Hunter & Graham-Bermann, 2012	<ul style="list-style-type: none"> Grupo de tratamiento de 10 sesiones semanales centrado en estrategias de planificación de seguridad. Este programa es una adaptación del Kid's Club Program. 	<ul style="list-style-type: none"> Diseño controlado aleatorizado: grupo intervención ($n = 65$), y grupo control ($n = 45$). 	<ul style="list-style-type: none"> 110 niños en edad preescolar (entre 4 y 6 años), 55 de ellos, niños expuestos a violencia de género durante los últimos dos años. 	<ul style="list-style-type: none"> Al inicio, el 25% de los niños pudieron identificar un plan de seguridad adaptativo ante la violencia familiar, mientras que el 24% verbalizaron una estrategia de planificación de seguridad inadaptada. El resto de los menores, no contestaron a la pregunta. El examen de categorías de contenido específicas para las respuestas de los niños al plan de seguridad revelaron que el 26% del grupo de intervención formaron estrategias de búsqueda de ayuda activa tras la intervención, en comparación con el 4% del inicio. 	<ul style="list-style-type: none"> Se ha observado que el conocimiento de los menores sobre estrategias de planificación de seguridad al inicio del estudio era muy deficiente. Se concluye que el programa mejoró las habilidades de los menores para crear estrategias de seguridad, aunque en proporciones menores de las que se esperaba.
Graham-Bermann, Kulkarni, & Kanukollu, 2011	<ul style="list-style-type: none"> Los datos han sido recopilados de un estudio más amplio sobre eficacia en intervención en menores víctimas de violencia de género (Graham-Bermann, Lynch, et al., 2007) 	<ul style="list-style-type: none"> Los datos han sido recopilados de un estudio más amplio sobre eficacia en intervención en menores víctimas de violencia de género (Graham-Bermann, Lynch, et al., 2007) 	<ul style="list-style-type: none"> 56 niños y 65 niñas con edades comprendidas entre 6 y 12 años y cuyas madres habían sido víctimas de violencia de género durante el último año. El 25% de las familias participantes en el presente estudio estaban casadas, el 20% solteras y el 	<ul style="list-style-type: none"> De los niños que participaron en la intervención, el 52% revelaron espontáneamente eventos traumáticos durante las sesiones. No hay distinciones significativas de edad ni sexo, sin embargo, sí que fue significativamente distinto para los niños de minorías étnicas ($r = 8,254, p = ,004$). Las experiencias más habituales de verbalización fueron tras una actividad planificada del programa (44%), la revelación de violencia familiar de otro niño en el grupo (22%), un niño que comparte una experiencia estresante distinta 	<ul style="list-style-type: none"> Los hallazgos sugieren que la verbalización espontánea de episodios traumáticos tiene una influencia positiva en la reducción de los síntomas internalizantes y las actitudes y creencias respecto a la violencia.

			27% vivían con una pareja.	<p>(13%), una discusión grupal de sentimientos (10%) y una declaración sobre violencia (5%).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquello que ocurrió con más frecuencia fue que otros niños revelaron sus experiencias con VG al grupo (27%). • El diez por ciento de las veces después de la revelación de VG por parte de un niño del grupo, los niños hablaron sobre otros tipos de eventos estresantes, como el acoso en la escuela o las peleas con un hermano. • Los resultados indican que los menores divulgadores mostraron una reducción significativamente mayor en los síntomas internalizantes en las medidas pre y pos intervención ($t(119) 2,70 p < .01$). También cambiaron sus actitudes y creencias en relación a la violencia de forma significativa ($t(119) 1,96 p < .05$). 	
Cohen, Mannarino, & Iyengar, 2011	<ul style="list-style-type: none"> • Tanto el programa TF-CBT como el CCT se basaron en 8 sesiones semanales de 45 minutos de duración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dos condiciones experimentales asignadas aleatoriamente: tratamiento TF-CBT ($n = 64$) vs tratamiento CCT (60). 	<ul style="list-style-type: none"> • 124 niños de entre 7 y 14 años de edad residentes en el WCS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados superiores para la TF-CBT en el total de la puntuación del K-SADS-PL (1,63 de media; con un intervalo de confianza del 95% de 0,44-2,82). • Con la TF-CBT se experimentó una remisión significativa de los síntomas del TEPT ($X^2 = 4,67, p = .03$). • La remisión de los síntomas diagnósticos en cuanto al TEPT según los resultados del K-SADS- 	<ul style="list-style-type: none"> • La TF-CBT mejora efectivamente los síntomas de TEPT debidos a la exposición a violencia de género.

				<p>PL es de 8 niños (post tratamiento) respecto a 32 (pre), es decir, una reducción del 75%. En la condición de comparación fue de 10 respecto a 18 (44% $X^2 = 4,67, P = ,03$).</p> <ul style="list-style-type: none"> Más eventos adversos serios fueron informados en los que completaron el programa de la condición CCT (10 de 32) que en los que completaron la TF-CBT (2 de 43). Esta diferencia fue significativa ($z = 2,9, P ,005$) 	
Ernst, Weiss, Enright-Smith, & Hansen, 2008	<ul style="list-style-type: none"> El CWIPV consta de terapia de juego, arteterapia y terapia de caja de arena. Además, se incluye un libro para colorear llamado "Sammy the Safety Dinosaur", proporcionado como herramienta para crear su propio plan de seguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> Hay un único grupo de tratamiento, el del programa CWIPV debido a que nos se considera ético crear un grupo control. 	<ul style="list-style-type: none"> 58 menores de entre 3 y 17 años que han completado el programa y los cuestionarios pre y post tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Los cambios en el porcentaje de niños que son conscientes de que la violencia no es culpa suya son del 59 al 84%. Los cambios en cuanto al plan de seguridad pasaron del 32 al 93% de mejora. 	<ul style="list-style-type: none"> El CWIPV mejora significativamente la consciencia de que la violencia no es culpa del menor y ayuda a la creación de un plan de seguridad ante posibles futuros episodios de violencia.

Nota. VG = Violencia de género; TF-CBT = Trauma Focused Cognitive Behavior Therapy CWIPV = Child Witness Interparental Violence TEPT = Trastorno de Estrés Postraumático CCT = Child-centered Therapy

3.2. Intervenciones madre-hijo/a (ver Tabla 2).

3.2.1 *Metodología*

Los estudios analizados varían en muestra y diseño. Algunos estudios tienen muestras relativamente pequeñas como $n = 46$ (McWhirter, 2011), mientras que otros presentan muestras de hasta $n = 164$ (Overbeek et al., 2013).

Tres de los estudios presentan un diseño controlado aleatorizado con dos condiciones experimentales (Graham-Bermann et al., 2015; Mcwhirter, 2011; Overbeek et al., 2013), mientras que los otros dos diseños son de medidas repetidas y no cuentan con un grupo de comparación (Becker et al., 2008; Grip et al., 2013).

3.2.2 *Resultados*

En relación a los estudios consultados, los menores muestran mejoras en los síntomas internalizantes (Becker et al., 2008; Graham-Bermann et al., 2015; Overbeek et al., 2013), síntomas externalizantes (Becker et al., 2008; Overbeek et al., 2013), síntomas de estrés post-traumático (Grip et al., 2013; Overbeek et al., 2013) y problemas psicológicos generales (Grip et al., 2013; Becker et al., 2008).

Además, se observa un aumento de la autoestima y bienestar emocional (McWriter, 2011), y en las habilidades relacionadas con la violencia de género (VG) (Becker et al., 2008).

3.2.3 *Limitaciones*

Las limitaciones que señalan los estudios analizados son (a) la falta de grupo control sin tratamiento o con otro tipo de tratamiento, (b) dificultad para mantener el contacto con las familias que han sufrido VG debido al caos y la inestabilidad que muchas de ellas presentan, cosa que a su vez influye en (c) la media de asistencia de las familias en los programas de intervención, (d) dificultades de generalización de la muestra, (e) procedimiento para asignar a las familias a las diferentes condiciones, (f) seguimiento insuficiente de los participantes.

Tabla 2

Intervenciones madre-hijo/a para niños/as víctimas de violencia de género

Cita	Intervención	Características del diseño	Muestra	Resultados relevantes	Conclusiones
Graham-Bermann, Miller-Graff, Howell, & Grogan-Kaylor, 2015	<ul style="list-style-type: none"> El programa PKC consta de 10 sesiones de duración repartidas en 5 semanas. Este programa incluye dos componentes, el PKC y el MEP. 	<ul style="list-style-type: none"> Condición de tratamiento (58) y de lista de espera (62) asignadas aleatoriamente. Post-intervención (5 semanas) y seguimiento (8 meses) 	<ul style="list-style-type: none"> 120 parejas madre-hijo que han sido víctimas de violencia de género en los últimos dos años. Los niños con una edad entre 4 y 6 años, y las madres con una media de edad de 31,9 años. 	<ul style="list-style-type: none"> Descenso significativo síntomas internalizantes niñas (-0,475). Descenso significativo síntomas internalizantes ambos sexos (0,486). Cambios línea base respecto seguimiento: 48% de mejora en el grupo tratamiento respecto a 15,5% en el grupo control. 	<ul style="list-style-type: none"> En el presente estudio, se confirma la hipótesis de que los problemas internalizantes de los niños víctimas de violencia de género en condición de tratamiento que incluye madres e hijos se redujeron significativamente.
McWhirter, 2011	<ul style="list-style-type: none"> Ambos programas se basaron en 5 sesiones semanales de 2 horas de duración. La primera hora, por separado y la segunda hora de manera conjunta. 	<ul style="list-style-type: none"> Dos condiciones experimentales asignadas aleatoriamente: tratamiento orientado a objetivos ($n = 24$) vs tratamiento centrado en la emoción ($n = 22$). 	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres ($n = 46$) y sus hijos ($n = 48$), de entre 6 y 12 residentes en un refugio temporal para familias sin hogar. Con una puntuación de 15 o más alta en la herramienta de medición de la violencia de género HITS. Que refirieron que sus hijos habían estado presentes en algún episodio de violencia de género durante el último año. 	<ul style="list-style-type: none"> En el grupo de los menores, los efectos principales se reflejaron en bienestar emocional, $F(1, 46) = 7,00$; conflicto entre iguales, $F(1, 46) = 4,97$; conflicto familiar, $F(1, 46) = 22,27$ y autoestima, $F(1, 46) = 7,87$. En el grupo de mujeres, los resultados revelaron efectos principales en depresión, $F(1, 44) = 12,02$; vinculación familiar, $F(1, 44) = 23,61$ y autoeficacia, $F(1, 44) = 20,23$. 	<ul style="list-style-type: none"> Los menores en todos los grupos muestran un descenso en conflictividad familiar y entre iguales y aumentan el bienestar emocional y la autoestima. Los principales resultados en el grupo de mujeres muestran de manera relativamente efectiva un aumento de la calidad del apoyo social en la intervención centrada en la emoción y la reducción de la conflictividad familiar y el abuso de alcohol en la intervención

					<p>orientada a objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se concluye que ambos tratamientos son efectivos, y que sería beneficioso utilizarlos en función de las características individuales de las familias para obtener mejores resultados.
<p>Overbeek, Schipper, Lamers-Winkelmann & Schuengel, 2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> El programa consiste en 9 sesiones en grupo de 90 minutos cada una para niños, y otras 9 paralelas para sus cuidadores. Cada grupo consta de un máximo de 8 personas. Los factores terapéuticos específicos del programa son (1) reconocimiento y expresión emocional, (2) aprendizaje de estrategias de afrontamiento, (3) desarrollo de narrativa respecto al trauma, (4) mejora de la interacción familiar y (5) psicoeducación. 	<ul style="list-style-type: none"> Diseño controlado aleatorizado con dos condiciones experimentales: "It's my turn now" de factores específicos ($n = 108$); y "You belong" de factores inespecíficos ($n = 56$). 	<ul style="list-style-type: none"> 164 días padre-hijo que habían participado de la intervención y completado los cuestionarios pre, post y seguimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Independientemente de la condición, los síntomas internalizantes ($B = -8,56, t(1, 158,28) = -6,58, p < .001$) y externalizantes ($B = -5,84, t(1, 164,42) = -5,26, p < .001$) informados por los padres disminuyeron con el tiempo. En cuanto a los profesores, mostraron una disminución en los síntomas internalizantes en los niños desde el inicio, que se mantuvo durante el seguimiento ($B = -0,97, t(1, 199,90) = -2,10, p = .037$), independientemente de la condición. Respecto al niño, los autoinformes revelaron una disminución en los síntomas depresivos a lo largo del tiempo desde el inicio, que se mantuvo durante el seguimiento ($B = -6,72, t(1, 111,76) = -5,88, p < .001$), independientemente de la condición. En relación con los síntomas de TEPT, la información de los padres mostró un efecto lineal significativo ($B = -10,47, t(1, 174,05) = -5,83, p < .001$) y cuadrático ($B = 2,39, t(1, 113,05) = 3,02, p = .003$) en los niños de 	<ul style="list-style-type: none"> La intervención basada en factores específicos para niños expuestos a violencia de género no mostró beneficios sobre el grupo control. En ambas condiciones, los menores disminuyeron la sintomatología.

				<p>ambas condiciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> La media de síntomas de estrés postraumático de los niños en la condición de intervención de factores específicos fue significativamente menor que el nivel medio de los síntomas de estrés postraumático de los niños en la condición de control ($B = -6,31, t(1, 126,35) = -2,42, p = 0,017$). Además de un efecto principal de tiempo, se encontró un efecto de interacción entre tiempo y condición ($B = 2,97, t(1, 122,82) = 2,76, p = ,007$). 	
Becker, Mathis, Mueller, Issari & Atta, 2008	<ul style="list-style-type: none"> El programa consiste en sesiones semanales de 90 minutos de duración a lo largo de 12 semanas, madres e hijos de forma paralela. Los contenidos trabajados en el grupo de los menores son: (1) habilidades de seguridad, (2) autoconfianza, (3) autoconciencia, (4) regulación y expresión emocional, (5) habilidades comunicativas, (6) habilidades de resolución de conflictos, (7) autoestima, (8) 	<ul style="list-style-type: none"> Diseño de medidas repetidas sin grupo de comparación. 	<ul style="list-style-type: none"> 106 niños con edades comprendidas entre 3 y 17 años y sus madres, expuestos a violencia de género. 	<ul style="list-style-type: none"> Los resultados muestran una mejora significativa en ambos grupos de las habilidades relacionadas con la violencia de género $t(72) = 11,10, p < ,001$. También indican una disminución en los síntomas internalizantes ($t(44) = 4,43, p < ,001$) y externalizantes ($t(44) = 4,80, p < ,001$). El 72,3% de los menores que participaron en el presente estudio entraban dentro del rango clínico de problemas psicológicos, en comparación con el 36,2% tras la intervención. Estos resultados muestran una reducción clínicamente significativa, $\chi^2(1, N = 47) = 10,18, p = ,001$. En cuanto a los síntomas específicamente internalizantes, más de la mitad (53,2%) de los niños exhibieron dificultades de internalización clínicamente significativas en comparación con el 21,3% posterior, $\chi^2(1, N = 47) =$ 	<ul style="list-style-type: none"> Los resultados apuntan a una mejora clínicamente significativa a lo largo del tratamiento.

	<p>sentimiento de culpa y (9) estereotipos de género.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los contenidos en el grupo de madres son: (1) habilidades parentales, (2) adaptación, (3) autoestima y (4) bienestar emocional. 			3,67, $p = ,055$.	
Grip, Almqvist, Axberg, & Broberg, 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los grupos incluían entre 10 y 15 sesiones protocolarizadas de 60 minutos con las madres y los hijos de forma paralela, y 30 minutos de juego y merienda. Los grupos estaban compuestos por entre 4 y 8 niños de edades similares. • El contenido de las sesiones se centraba en: (1) Esperanzas, (2) sentimientos, (3) habilidades de defensa, (4) psicoeducación sobre violencia de género, (5) familia, (6) integridad 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de medidas repetidas sin grupo de comparación. 	<ul style="list-style-type: none"> • 62 niños (34 niñas y 28 niños) con edades comprendidas entre los 3 y los 13 años y sus 53 madres. • El padre era el agresor de la madre en el caso de 43 niños (69%); 16 niños (26%) tuvieron contacto con el agresor al menos cada dos semanas, y 46 niños (74%) no tuvieron contacto regular. • Las madres de los niños habían vivido en una relación violenta durante un promedio de 9 años, variando de menos de 1 año a 	<ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo con las calificaciones de las madres, la puntuación de dificultades totales (SDQ-P) disminuyó significativamente en la muestra ($F [2, 64] 5,41, p .05$). Los tamaños del efecto fueron 0,41 (IC = 0,05-0,76) desde la evaluación previa hasta la evaluación posterior y 0,52 (IC = 0,15 a 0,88) desde el pre test hasta el seguimiento de 1 año en la muestra completa. • El 43% de los niños se autoevaluaron con síntomas de EPT más altos que el punto de corte clínico al inicio del tratamiento. Estos síntomas disminuyeron significativamente desde la evaluación previa al seguimiento de un año ($t [32] 3,41, p <0,05$). El tamaño del efecto desde la prueba inicial hasta el seguimiento de 1 año fue en el rango medio de 0,59 (IC 0,22-0,96). • El puntaje T medio para problemas psicológicos generales estaba dentro del rango normativo ($M = 57,54, SD = 12,08$). El 16% de los 	<ul style="list-style-type: none"> • Tras la intervención, los síntomas de TEPT y los síntomas externalizantes disminuyeron significativamente.

	<p>personal, (7) riesgos y elecciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 19 niños recibieron terapia individual, consistente entre 5 y 8 sesiones de una hora de duración con el objetivo de crear narrativa alrededor del trauma. 		<p>25 años. Solo una madre declaró que tenía una relación continua con el agresor.</p>	<p>niños mostraban síntomas de problemas psicológicos generales, y estos disminuyeron significativamente desde el pre test hasta el seguimiento de un año (t [32] 2,05, p ,05). El tamaño del efecto fue pequeño a 0,36 (IC 0,00-0,71).</p> <ul style="list-style-type: none"> • En cuanto a la salud mental auto informada de las madres no hubo ningún cambio significativo ($M = 1,21$, $SD = ,73$). 	
--	--	--	--	--	--

Nota. PKC = Preschool Kid's Club MEP= Mom's Empowerment Program TEPT= Trastorno de Estrés Postraumático

3.3 Intervenciones combinadas (ver Tabla 3).

3.3.1 *Visión general.*

Hasta la fecha, y dentro de los objetivos de la presente revisión, un único estudio realiza ambas intervenciones de forma paralela. Esta intervención se basa en un programa de 10 sesiones semanales, del que se llevan a cabo de forma paralela el tratamiento de los menores y el programa de habilidades parentales para las madres.

3.3.2 *Metodología*

Ensayo controlado aleatorizado que cuenta con una muestra de $n = 181$, dividida en tres condiciones experimentales, asignadas de manera aleatoria. La condición “Child Only” (CO, $n = 62$), la condición “Child plus mother” (CM, $n = 61$) y la condición de lista de espera (CG, $n = 58$). Se llevó a cabo un seguimiento post intervención a las 10 semanas y a los 8 meses.

3.3.3 *Resultados*

Las tres condiciones (CM, CO y CG) muestran disminuciones significativas de niños/as que aparecen en el rango clínico de síntomas internalizantes en la fase de seguimiento, aunque la condición CM es claramente más efectiva en reducir el porcentaje de niños en el rango clínico de la fase de post-intervención a la de seguimiento (CM: $m = 23,02$, reducción del 77%; CO: $m = 10,67$, reducción del 35%; y CG: $m = 30,30$, reducción del 24%).

Existe una diferencia significativa en los niños del CG, mostrando puntuaciones más altas de síntomas internalizantes en el tiempo sin intervención ($p = ,09$).

Se observa un pequeño efecto de cambio en la condición CG en la inclinación/tendencia hacia síntomas internalizantes ($p = 0,29$).

La condición CM muestra un cambio significativo en el rango clínico de síntomas internalizantes (una reducción del 48%) en relación a la condición CO (una reducción del 28%).

3.3.4 *Limitaciones*

Los niños en este estudio fueron tratados en función de su exposición a violencia de género, no en función de sus síntomas. Para valorar el correcto funcionamiento del programa habría que crear muestras de niños diagnosticados

en ambos grupos, así como muestras de niños sin síntomas o con un nivel sintomático muy leve.

Los resultados son difícilmente generalizables debido a las características de la muestra: todos pertenecían a la misma área de población con un alto porcentaje de familias pertenecientes a minorías étnicas. Además, el 17% de las familias convivían con un agresor en el momento del estudio.

La exposición de los menores a la violencia de género es evaluada mediante un cuestionario a las madres. Dado que es una visión subjetiva y puede llegar a subestimarse y a subregistrar la violencia de la que son testigos sus hijos, son necesarias otras medidas para tener en cuenta la visión de los menores. También son necesarias medidas externas para evitar sesgos de una posible sobreestimación de los efectos en las madres más implicadas con el programa.

Otra limitación del presente estudio sería la del alto número de muertes experimentales, más elevadas en el grupo control.

Tabla 3

Intervenciones combinadas para niños/as víctimas de violencia de género

Cita	Intervención	Características del diseño	Muestra	Resultados relevantes	Conclusiones
Graham-Bermann, Lynch, Banyard, DeVoe, & Halabu, 2007	<ul style="list-style-type: none"> El programa 10-week child intervention consta de 10 sesiones que se llevan a cabo a lo largo de 10 semanas, y se lleva a cabo de forma paralela al parenting program para las madres. 	<ul style="list-style-type: none"> Ensayo controlado aleatorizado. Tratamiento solo niño (CO $n = 62$) vs. hijo+madre (CM $n = 61$) vs. lista de espera (CG $n = 58$) Post-intervención (10 semanas) y seguimiento (8 meses) 	<ul style="list-style-type: none"> 182 niños de 6 a 12 años víctimas de violencia de género y sus madres, cuya media de edad es de 33,10 años. Media de duración de violencia sufrida de 10 años. 	<ul style="list-style-type: none"> Cambios línea base respecto seguimiento: 77% de mejora de sintomatología internalizante en el CM, respecto del 35% en el CO y el 24% en el CG. 	<ul style="list-style-type: none"> Los resultados sugieren que el programa de intervención para madres e hijos es efectivo en la reducción de síntomas internalizantes y externalizantes en los menores.

Nota. CO= Child Only CM= Child plus mother CG= Control group

4. Discusión y conclusiones

Dado el interés que supone la temática tratada, así como el reciente reconocimiento de la exposición a la violencia de género como un problema de salud pública, la presente revisión es necesaria y oportuna. Se ha llevado a cabo esta revisión de la literatura empírica de los últimos diez años de manera sistemática e integral, con el objetivo de evaluar qué se sabe sobre los programas de intervención para menores expuestos a violencia de género.

Se han examinado un total de 10 estudios de investigación y 3 revisiones, y dado el alcance del problema, el número de ensayos analizados es decepcionante para un problema tan grave. Sin embargo, esta revisión pretende recopilar la evidencia existente en relación a la reducción de los síntomas ansioso-depresivos para proporcionar un punto de partida útil para promover el desarrollo de intervenciones para niños y niñas expuestos a violencia de género.

En general, los resultados de esta revisión muestran una falta de evidencia sobre la eficacia de las intervenciones llevadas a cabo hasta la fecha. De los 10 estudios revisados, únicamente cinco de ellos muestran resultados significativos en cuanto a la reducción de la sintomatología ansioso-depresiva, y tres en la reducción de los síntomas de estrés postraumático, lo que dificulta el poder concluir si este tipo de intervenciones son eficaces.

Los resultados de la presente revisión coinciden con los expuestos en las revisiones analizadas para el presente estudio. Stover, Meadows & Kaufman (2009), concluyeron que existían resultados prometedores para los enfoques de tratamiento diádico madre-hijo, pero que existe una falta de evidencia de efectividad más amplia y de largo plazo en muchos de los tratamientos estudiados. Por otro lado, Rizo, Macy, Ermentrout & Johns (2011) señalan que el enfoque multicomponente parece ser el más adecuado para el tratamiento de los menores víctimas de violencia de género, pero que aunque los resultados iniciales sean prometedores, no existen evidencias suficientes.

En cuanto a la intervención específica en síntomas internalizantes y TEPT, ambas revisiones coinciden en que se observan mejoras en los síntomas anteriormente mencionados, aunque no de forma significativa.

Se ha observado que en la mayoría de los estudios los objetivos de intervención eran similares, e incluyeron (a) aprender a lidiar con la VG, (b) desarrollar y mejorar

las habilidades de afrontamiento, (c) desarrollar y mejorar las habilidades de comunicación, (d) desarrollar y mejorar la resolución de conflictos y las habilidades de resolución de problemas, (e) explorar actitudes y creencias sobre la violencia familiar, (f) entrenamiento en habilidades de seguridad, (h) aumentar la autoestima y autoeficacia, (i) mejorar las habilidades sociales y el apoyo social, (j) reducción de los sentimientos de culpabilidad, (k) reconocimiento, expresión y modulación emocional, (m) cambio en las conductas desadaptativas, y (n) trabajar los estereotipos de género. Por tanto, los hallazgos sugieren que estas pueden ser estrategias de intervención fructíferas para intervenir con niños/as víctimas de violencia de género.

Sin embargo, en los estudios analizados no se observan objetivos específicos en relación a la reducción de la sintomatología ansiosodepresiva ni al TEPT, como podrían ser la psicoeducación, la exposición gradual a los estímulos o recuerdos aversivos, la reestructuración cognitiva o la activación conductual, entre otros. Este puede ser uno de los motivos por los cuales existen dificultades a la hora de delimitar la eficacia de los tratamientos en los síntomas anteriormente mencionados.

Dada la escasez de investigación general, así como el número limitado de estudios dentro de cada una de las categorías analizadas, aún no es posible determinar cuál de estos enfoques es el más útil. Sin embargo, se observan resultados prometedores en las intervenciones que incluyen por igual tanto a las madres como a los hijos, aunque los resultados sean difícilmente generalizables.

Dadas las múltiples necesidades de las familias víctimas de VG (materiales, psicológicas, de salud...) los programas multicomponentes pueden ser el enfoque de intervención más útil.

Destacar también que la falta de investigación es aún más preocupante dadas las serias limitaciones metodológicas de muchos de los estudios analizados (estudios sin grupo control, falta de diseño experimental, con muestras reducidas, sin seguimiento a largo plazo, con una alta tasa de abandono...entre otros). Únicamente dos de los estudios analizados incluyeron el “intent to treat” análisis. Por tanto, aunque muchos de los estudios analizados muestran resultados prometedores, es importante tomar estos datos en el marco de las limitaciones que presentan.

Como resultado de los problemas metodológicos encontrados, se propone de cara a las siguientes investigaciones las siguientes estrategias (a) utilizar diseños

controlados aleatorizados con un grupo control, (b) incluir datos de seguimiento a corto y largo plazo, y (c) contar con muestras más amplias de población.

Para concluir, se insta a considerar los hallazgos expuestos en el marco de las limitaciones de esta revisión. Se realizó una investigación exhaustiva, pero sin embargo es posible que existan otros artículos que lamentablemente no se han incluido en la presente revisión. Dado el fenómeno bien documentado mediante el cual existe una falta de publicación de artículos de resultados negativos, se puede suponer que la literatura publicada solo representa un subconjunto de todas las investigaciones realizadas en esta área. En definitiva, es necesario todavía un gran trabajo para el desarrollo de intervenciones eficaces para menores víctimas de violencia de género.

Bibliografía

- Alcántara, M., López-Soler, C., Castro, M. y López, J. J. (2013). Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: Prevalencia y diferencias de género y edad. *Anales de Psicología*, 29 (3), 741-747.
- Bayarri, E., Ezpeleta, L. y Granero, R. (2011). Exposure to intimate partner violence, psychopathology, and functional impairment in children and adolescents: moderator effect of sex and age. *Journal of Family Violence*, 26 (7), 535-543.
- Becker, K. D., Mathis, G., Mueller, C. W., Issari, K., & Atta, S. S. (2008). Community-based treatment outcomes for parents and children exposed to domestic violence. *Journal of Emotional Abuse*, 8(1-2), 187-204. <https://doi.org/10.1080/10926790801986122>
- Blasco, C., Savall, Sánchez y Martínez, M. (2002). Violencia de pareja: Papel del sistema sanitario jurídico y social en la recuperación de la salud integral de la mujer víctima. Congreso Internacional de Violencia de Género Medidas y Propuestas para los 27. Comunidad Valenciana 2007.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Iyengar, S. (2011). Community Treatment of Posttraumatic Stress Disorder for Children Exposed to Intimate Partner Violence. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(1), 16-21. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.247>
- Corbalán, J. y Patró, R. (2003). Consecuencias psicológicas de la violencia familiar: mujeres maltratadas e hijos de hogares violentos. Conferencia invitada en las II Jornadas sobre Mujer y Salud: Interacción de los contextos familiar y laboral. Murcia, Mayo 2003.
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2015). Las víctimas invisibles de la violencia de género. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Las_victimas_invisibles_de_la_violencia_de_genero.pdf [Acceso 28 Ene. 2018].
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2015). Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible

en:

http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_2_2_Macroencuesta2015.pdf [Acceso 28 Ene. 2018].

- Ernst, A. A., Weiss, S. J., Enright-Smith, S., & Hansen, J. P. (2008). Positive outcomes from an immediate and ongoing intervention for child witnesses of intimate partner violence. *American Journal of Emergency Medicine*, *26*(4), 389–394. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2007.06.018>
- Franchek-Roa, K. M., Tiwari, A., Connor, A. L.-O., & Campbell, J. (2017). Impact of Childhood Exposure to Intimate Partner Violence and Other Adversities. *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *28*(3), 156–167. <https://doi.org/10.5765/jkacap.2017.28.3.156>
- Graham-Bermann, S. A., Kulkarni, M. R., & Kanukollu, S. (2011). Is disclosure therapeutic for children following exposure to traumatic violence? *Journal of Interpersonal Violence*, *26*(5), 1056–1076. <https://doi.org/10.1177/0886260510365855>
- Graham-Bermann, S. A., Miller-Graff, L. E., Howell, K. H., & Grogan-Kaylor, A. (2015). An Efficacy Trial of an Intervention Program for Children Exposed to Intimate Partner Violence. *Child Psychiatry & Human Development*, *46*(6), 928–939. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0532-4>
- Graham-Bermann, S. A., Lynch, S., Banyard, V., DeVoe, E. R., & Halabu, H. (2007). Community-Based Intervention for Children Exposed to Intimate Partner Violence: An Efficacy Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*(2), 199–209. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.199>
- Grip, K. K., Almqvist, K., Axberg, U., & Broberg, A. G. (2013). Children Exposed to Intimate Partner Violence and the Reported Effects of Psychosocial Interventions. *Violence and Victims*, *28*(4), 635–655. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-12-00012>
- Holden, G. W. (2003). Children Exposed to Domestic Violence and Child Abuse□: *Terminology and Taxonomy*, *6*(3).
- Jiménez, B. A. (2009). Menores expuestos a violencia contra la pareja: Notas para una práctica clínica basada en la evidencia. [Children exposed to intimate partner violence: Towards a research based clinical intervention.]. *Clínica y Salud*, *20*(3), 261–272.
- Lamers-Winkelmann, F., & Schuengel, C. (2012). The effectiveness of a trauma-focused psycho-educational secondary prevention program for children exposed to interparental violence: study protocol for a randomized controlled trial . *Trials* , *13*, 12. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clcentral/articles/733/CN-00842733/frame.html>
- McWhirter, P. T. (2011). Differential therapeutic outcomes of community-based group interventions for women and children exposed to intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, *26*(12), 2457–2482. <https://doi.org/10.1177/0886260510383026>
- Miller, L. E., Howell, K. H., Hunter, E. C., & Graham-Bermann, S. A. (2012). Enhancing Safety-planning through Evidence-based Interventions with Preschoolers Exposed to Intimate Partner Violence. *Child Care in Practice*, *18*(1), 67–82. <https://doi.org/10.1080/13575279.2011.621885>
- Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. IV Informe anual del observatorio estatal de

violencia sobre la mujer: Informe Ejecutivo. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/publicaciones/observatorioestatalVM/InformesAnuales/Informes_anuales/IV_Informe_Anual.htm.

[Acceso 28 Ene. 2018].

- Overbeek, M. M., de Schipper, J. C., Lamers-Winkelmann, F., & Schuengel, C. (2013). Effectiveness of specific factors in community-based intervention for child-witnesses of interparental violence: A randomized trial. *Child Abuse & Neglect*, *37*(12), 1202–1214. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.07.007>
- Ramos, E., De la Peña, E. M., Luzón, J. M. y Recio, P. (2011). Andalucía detecta-Andalucía interviene. Impacto de la Exposición a Violencia de Género en Menores. Resultados y Recomendaciones. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.
- Rizo, C. F., Macy, R. J., Ermentrout, D. M., & Johns, N. B. (2011). A review of family interventions for intimate partner violence with a child focus or child component. *Aggression and Violent Behavior*, *16*(2), 144–166. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.02.004>
- Rosser, A. M., Suriá, R. y Villegas, E. (2013). Impacto de la exposición a la violencia de género en los menores y respuesta institucional. En A. Rosser, Villegas y Suria (Coords.), *Intervención con menores expuestos a violencia de género: Guía para profesionales*, (53-66). Ed. Limencop, S.L.
- Stover, C. S., Meadows, A. L., & Kaufman, J. (2009). Interventions for Intimate Partner Violence: Review and Implications for Evidence-Based Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, *40*(3), 223–233. <https://doi.org/10.1037/a0012718>
- Vu, N. L., Jouriles, E. N., McDonald, R., & Rosenfield, D. (2016). Children's exposure to intimate partner violence: A meta-analysis of longitudinal associations with child adjustment problems. *Clinical Psychology Review*, *46*, 25–33. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.003>

Anexos

Ficha nº1: An Efficacy Trial of an Intervention Program for Children Exposed to Intimate Partner Violence	
Referencia bibliográfica (Según APA)	Graham-Bermann, S. A., Miller-Graff, L. E., Howell, K. H., & Grogan-Kaylor, A. (2015). An Efficacy Trial of an Intervention Program for Children Exposed to Intimate Partner Violence. <i>Child Psychiatry & Human Development</i> , 46(6), 928–939. https://doi.org/10.1007/s10578-015-0532-4
Objetivo del estudio	Comparar la reducción de síntomas internalizantes de niños expuestos a violencia de género que participaron en el Pre Kid's Club (PKC) mientras sus madres participaban en el mom's empowerment program (MEP), con un grupo control que no recibía tratamiento, asignado aleatoriamente a una lista de espera.
Hipótesis	Se prevé que los niños en la condición de intervención mostrarán mejoras significativas en los síntomas internalizantes en relación a los niños del grupo de comparación.
Tipo de estudio	Investigación empírica
Análisis	<u>Características del diseño:</u> se crearon dos condiciones, la de tratamiento y la de lista de espera, asignadas aleatoriamente. De las 120 familias de la muestra, 58 participaron en el programa de intervención, mientras que 62 fueron asignadas a la condición de lista de espera.
	<u>Medidas utilizadas:</u> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)</i>: instrumento de evaluación que mide la severidad de la violencia de género en una relación. • <i>Child Behavior Checklist (CBCL)</i>: instrumento de evaluación que en este caso se utilizó para medir los síntomas internalizantes de los menores participantes en el estudio
	<u>Número y características de los participantes:</u> 120 parejas madre-hijo que han sido expuestos a violencia de género en los últimos dos años. Los niños con una edad entre 4 y 6 años, y las madres con una media de edad de 31,9 años.
	<u>Descripción de la intervención:</u> El programa PKC consta de 10 sesiones de duración repartidas en 5 semanas. Este programa incluye dos componentes, el PKC y el MEP.
	<u>Seguimiento:</u> Los datos de este estudio han sido recogidos en tres momentos: entrevistas pre-intervención y entrevistas post-intervención a las 5 semanas y a los 8 meses.
Resultados	Media CBCL: escala problemas internalizantes

relevantes	Linea base		Post-intervención		Seguimiento	
	Grupo tratamiento	Grupo control	Grupo tratamiento	Grupo control	Grupo tratamiento	Grupo control
	57.73	54.07	56.93	52.30	56.90	53.18
<p>En el modelo “Intent-to-treat” se observa un descenso estadísticamente significativo en la sintomatología internalizante en las niñas de la condición de intervención en el seguimiento a los 8 meses posteriores de la intervención (-0,475).</p> <p>En el modelo “Per-protocol” se observa una reducción de los problemas internalizantes en ambos sexos, mostrándose una interacción estadísticamente significativa entre el tratamiento y el tiempo post-intervención. (0,486)</p>						
Cambios línea base respecto a las medidas post-intervención						
Disminuyen el rango clínico de síntomas internalizantes		Disminuyen el rango subclínico de problemas internalizantes		Pasan a formar parte del rango de la normalidad		
Grupo tratamiento	Grupo control	Grupo tratamiento	Grupo control	Grupo tratamiento	Grupo control	
20%	6%	9%	3%	12%	9%	
Cambios línea base respecto a las medidas de seguimiento						
Disminuyen el rango clínico de síntomas internalizantes		Disminuyen el rango subclínico de problemas internalizantes		Pasan a formar parte del rango de la normalidad		
Grupo tratamiento	Grupo control	Grupo tratamiento	Grupo control	Grupo tratamiento	Grupo control	
23%	8%	3%	2,5%	22%	5%	
<p>En definitiva, aunque un pequeño número de niños remitieron espontáneamente en problemas internalizantes de nivel clínico y subclínico sin intervención, muchos más en el grupo clínico mejoraron con el tratamiento.</p>						
Discusión planteada	<p>La hipótesis de que los niños en la condición de tratamiento mostrarían una mejora significativa de los síntomas internalizantes en comparación con la condición de lista de espera, ha sido parcialmente respaldada.</p> <p>El programa con un componente de madre e hijos, puede reducir los</p>					

	<p>síntomas internalizantes en la vida de algunos niños.</p> <p>Pocos estudios ofrecen evidencias para problemas generalizados de cuidado de niños víctimas de violencia de género.</p> <p>Los estudios futuros deben diseñarse para seguir a los niños más allá del final del programa y para registrar su progreso, así como su éxito, para determinar cualquier efecto de inoculación de este y / o de otros programas.</p> <p>Importancia de incluir a las madres y a los niños en el tratamiento de la violencia de género.</p>
Conclusiones del estudio	En el presente estudio, se confirma la hipótesis de que los problemas internalizantes de los niños víctimas de violencia de género en condición de tratamiento que incluye madres e hijos se redujeron significativamente.
Base de datos/Revista	Enviado por la propia autora/ Child Psychiatry Hum Dev
Otros aspectos	<p>Limitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para mantener el contacto con las familias que han sufrido VG debido al caos y la inestabilidad que muchas de ellas presentan. - Procedimiento para asignar a las familias a las dos condiciones. - La media de asistencia a las sesiones de cada familia es de 6, por lo que la mayoría han faltado casi a la mitad del programa. Al estar el programa destinado a niños en edad preescolar, y al tener diferencias en la retención de la información, necesitando para ello más repeticiones, este sesgo en particular ha podido influir notablemente en las puntuaciones de los niños. - Dificultades en la generalización de los resultados debido a la localización geográfica de los participantes en el estudio. - Sesgo en cuanto a la deseabilidad social de las madres en cuanto al funcionamiento familiar y de los hijos en el CBCL. Además, el hecho de saber que sus hijos están en tratamiento, puede haber contribuido a mejorar sin querer sus puntuaciones. - No se han medido los supuestos de violencia cruzada ni de violencia de las mujeres hacia los hombres.

Ficha n°2: Community-based Intervention for Children Exposed to Intimate Partner Violence: An Efficacy Trial	
Referencia bibliográfica (Según APA)	Graham-Bermann, S. A., Lynch, S., Banyard, V., DeVoe, E. R., & Halabu, H. (2007). Community-Based Intervention for Children Exposed to Intimate Partner Violence: An Efficacy Trial. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 75(2), 199–209. https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.199
Objetivo del estudio	Los objetivos generales del estudio son evaluar la eficacia de un grupo de intervención para niños y sus madres víctimas de violencia de género e identificar los factores asociados a la eficacia del tratamiento.
Hipótesis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se postula que los niños en la condición de intervención (CM y CO), presentarán niveles más bajos de problemas internalizantes, externalizantes y actitudes mejoradas hacia la violencia que los niños asignados a la condición de lista de espera (CG) 2. Los niños de la condición de CM presentarán niveles más bajos de síntomas internalizantes y externalizantes y mejores actitudes hacia la violencia tras el tratamiento que los niños en las condiciones CO y CM. 3. Los niños de la condición CM mostraran mejores cambios a largo plazo que los niños de las condiciones CO y CM en todas las medidas de resultados.
Tipo de estudio	Investigación empírica
Análisis	<u>Características del diseño</u> Ensayo controlado aleatorizado en el cual se llevaron a cabo tres condiciones experimentales, asignadas aleatoriamente: <ul style="list-style-type: none"> - Solo hijo (Child-only (CO)) - Hijos y madres (Child-plus-mother (CM)) - Lista de espera (Control group (CG)) 62 niños fueron asignados al CO, 61 CM y 58 en el GC.
	<u>Número y características de los participantes</u> 221 niños víctimas de violencia de género en el rango de edad de los 6 a los 12 años, y sus madres, cuya media de edad es de 33,10 años. La media de duración de la violencia sufrida autoinformada es de 10 años.
	<u>Medidas utilizadas</u> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Conflict Tactics Scales (CTS)</i>: instrumento de evaluación más común para evaluar la exposición de los niños a la

violencia de género.

- *Severity of Violence Against Women Scales (SVAWS)*: instrumento de evaluación que mide la cantidad de maltrato emocional y coerción sufrido por mujeres maltratadas y no maltratadas.
- *The Marlowe-Crowne Social Desirability Scale*: utilizada para medir el posible sesgo de autopercepción.
- *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*: En dicho estudio han sido utilizadas las sub escalas “Psychopathic Deviate” y “Lie”, que correlacionadas con la escala anterior pretenden evitar el riesgo de sesgo.
- *Child Behaviour Checklist (CBCL)*: instrumento de evaluación que en este caso se utilizó para medir los síntomas internalizantes y externalizantes de los menores participantes en el estudio.
- *Teacher Report Form (TRF)*: instrumento de evaluación parecido al CBCL pero para profesores, con el objetivo de correlacionar las puntuaciones obtenidas por las madres.
- *Attitudes About Family Violence (AAFV)*: instrumento que evalúa los pensamientos y actitudes de los niños de aceptación de la violencia familiar. Este instrumento ha sido creado específicamente para este estudio.

Descripción de la intervención

El programa 10-week child intervention consta de 10 sesiones que se llevan a cabo a lo largo de 10 semanas, y se lleva a cabo de forma paralela al parenting program para las madres.

Seguimiento

Entrevistas pre-intervención para establecer la línea base y post-intervención a las 10 semanas y a los 8 meses.

	Medidas de seguimiento		
	<i>CM</i>	<i>CO</i>	<i>CG</i>
	m=23,02	m=10,67	m=30,30
	Reducción del 77%	Reducción del 35%	Reducción del 24%
Resultados relevantes (en cuanto a los síntomas internalizantes)	<p>Las tres condiciones (CM, CO y GC) muestran disminuciones significativas de niños que aparecen en el rango clínico de síntomas internalizantes en la fase de seguimiento, aunque en mayor medida en la condición CM.</p> <p>Existe una diferencia significativa en los niños del GC, mostrando puntuaciones más altas de síntomas internalizantes en el tiempo sin intervención (0,09).</p> <p>Se observa un pequeño efecto de cambio en la condición CG en la inclinación/tendencia hacia síntomas internalizantes (0,29).</p> <p>La condición CM muestra un cambio significativo en el rango clínico de síntomas internalizantes (una reducción del 48%) en relación a la condición CO (una reducción del 28%).</p> <p>La condición CM es claramente más efectiva en reducir el porcentaje de niños en el rango clínico de la fase de post-intervención a la de seguimiento (77% de reducción en síntomas internalizantes).</p>		
	<p>La hipótesis de que los niños que recibieron intervención tendrían niveles más bajos de problemas internalizantes y externalizantes y de actitudes de aceptación de la violencia en el seguimiento respecto del grupo de comparación fue únicamente confirmada parcialmente.</p> <p>Los resultados indican que únicamente la intervención CM fue efectiva en el cambio de problemas externalizantes y las actitudes hacia la violencia.</p> <p>Se han encontrado cambios de pequeño a moderado efecto en problemas externalizantes y creencias hacia la violencia en la condición CM pero no en la intervención CO.</p> <p>En concordancia con otros estudios, aparecen mejores resultados en una mejora de la actitud y reducción de agresiones cuando son tratados madres e hijos a la vez.</p> <p>Se hipotetiza que el programa podría ser también efectivo en niños con problemas de comportamiento dentro del rango clínico.</p> <p>Aproximadamente un 24% de los menores en la condición CG pasaron del rango clínico de problemas externalizantes al rango</p>		
	Discusión planteada		

	<p>subclínico.</p> <p>Poco sabemos del motivo de la remisión espontánea de síntomas en niños con problemas diagnosticables tras la exposición a la violencia de género, aunque en lo relativo a síntomas internalizantes no se ha encontrado ningún tipo de remisión.</p> <p>En relación a la hipótesis de que los niños en la condición CM mostrarían mejores cambios a largo plazo ha sido parcialmente respaldada. Nuestros hallazgos sugieren que la combinación del entrenamiento de padres e hijos es más efectiva en reducir comportamientos agresivos que en el tratamiento CO.</p> <p>Sabemos muy poco y es demasiado pronto para saber cual es la solución ideal para los niños víctimas de violencia de género.</p> <p>Son necesarios estudios que evalúen las diferencias entre el programa aplicado a niños viviendo en la comunidad y aplicado a niños en refugios.</p> <p>En el futuro son necesarios estudios de intervención con muestras de niños más heterogéneas, de diferentes poblaciones.</p>
Conclusiones	<p>Los resultados sugieren que el programa de intervención para madres e hijos es efectivo en la reducción de síntomas internalizantes y externalizantes en los menores.</p>
Base de datos/Revista	<p>Enviado por la propia autora/Child Intervention in Family Violence</p>
Otros aspectos	<p>Limitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los niños en este estudio fueron tratados en función de su exposición a violencia de género, no en función de los síntomas. Por tanto, los tratamientos incluyen prevención e intervención. Para valorar el correcto funcionamiento del programa habría que crear muestras de niños diagnosticados en ambos grupos, así como muestras de niños sin síntomas o con un nivel sintomático muy leve. - Los resultados son difícilmente generalizables debido a las características de la muestra: todos pertenecían a la misma área de población con un alto porcentaje de familias pertenecientes a minorías étnicas. - El 17% de las familias convivían con un agresor en el momento del estudio. - Se mide la exposición de los menores a la violencia de género mediante un cuestionario a las madres. Dado que estas tienden a subestimar y a subregistrar la violencia de la que son testigos sus hijos, son necesarias otras medidas para tener en cuenta la visión de los menores. - Son necesarias medidas externas para evitar sesgos de una posible sobreestimación de los efectos en las madres más implicadas con el programa. - Problema de las muertes experimentales, más altas en el grupo de control.

Ficha nº3: Las víctimas invisibles de la violencia de género	
Referencia bibliográfica (Según APA)	Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2015). Las víctimas invisibles de la violencia de género. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Las_victimas_invisibles_de_la_violencia_de_genero.pdf [Acceso 28 Ene. 2018].
Objetivo del estudio Hipótesis	. El objetivo general del presente estudio consiste en detectar los problemas psicológicos y de adaptación que presentan niños y niñas expuestos a violencia de género atendidos en diferentes servicios de cuatro Comunidades Autónomas, con el fin de conocer la afectación psicológica que sufren así como su gravedad.
Tipo de estudio	Investigación empírica
Análisis	Características del diseño:
	Duración del estudio:
	<u>Número y características de los participantes:</u> 160 menores expuestos a VG y atendidos en centros especializados por ese motivo, con edades entre 6 y 17 años.
	Descripción de la intervención
	Seguimiento:
Resultados relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - El 99,4% de los menores presentan alguna alteración psicológica al menos leve y el 80,6% presentan al menos una alteración psicológica moderada o grave. El 43,8% presentan 1 o 2 alteraciones moderadas o graves y el 36,8% tres o más de las ocho alteraciones psicológicas evaluadas. - Según la Organización Mundial de la Salud, se estima que entre el 10% y el 20% de la población infantil presenta algún trastorno psicológico, porcentajes muy inferiores a la prevalencia de trastornos en los menores expuestos a violencia de género hallados en este estudio - En el caso de la población infantil general el 90% de los trastornos son de tipo leve y el 10% de tipo moderado o grave. En cambio, entre los menores expuestos a la violencia de género, el porcentaje de trastornos de tipo moderado o grave sobre el total de menores que presentan algún trastorno es de un 81,1%.
Discusión planteada	Los datos ponen de relieve la necesidad de considerar la exposición a violencia de género como un tipo de maltrato infantil directo.

Conclusiones del estudio	La exposición a la VG favorece no sólo la aparición de una alteración psicológica sino también la gravedad de la misma.
Base de datos/ Revista	Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental en Infancia y Juventud "Quiero Crecer"

Ficha n°4: Interventions for Intimate Partner Violence: Review and Implications for Evidence-Based Practice	
Referencia bibliográfica (Según APA)	Stover, C. S., Meadows, A. L., & Kaufman, J. (2009). Interventions for Intimate Partner Violence: Review and Implications for Evidence-Based Practice. <i>Professional Psychology: Research and Practice</i> , 40(3), 223–233. https://doi.org/10.1037/a0012718
Objetivo del estudio	El objetivo del presente artículo fue el de revisar los estudios disponibles en cuanto a tratamiento de violencia de género en los que (a) los casos estén asignados aleatoriamente y (b) haya al menos 20 participantes por grupo. Nos centraremos únicamente en la categoría de niños víctimas de violencia de género.
Tipo de estudio	Revisión bibliográfica
Análisis	<u>Características del diseño:</u> Se han revisado las bases de datos MEDLINE y PsycINFO a partir de junio de 2007, con las palabras clave: <i>domestic violence, batterers, partner abuse, intimate partner violence, domestic violence intervention, children and domestic violence, batterer treatment, y domestic violence couples treatment.</i>
	<u>Criterios de inclusión:</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estudio experimental (grupos de tratamiento y control aleatorizados) 2. Mínimo muestras de 20 participantes por grupo. 3. Reincidencia o medidas de la gravedad de la violencia como variable de resultado.
	<u>Número y características de los estudios consultados:</u> Los estudios han sido clasificados en 4 categorías en función de su foco de tratamiento: perpetrador, víctima, parejas o niños víctimas de violencia de género. En la presente analizaremos únicamente estos últimos, entre los que se encuentran un total de 4 estudios.
	<u>Descripción de la intervención:</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Child-parent psychotherapy (CPP), desarrollado para asistir las necesidades de los niños en edad preescolar expuestos a la violencia de género. Tratamiento padre-hijo de 52 semanas (42) vs. tratamiento de gestión comunitaria de los casos (33) 2. La intervención del estudio anterior evaluada 6 meses más tarde. 3. Programa de intervención de 10 semanas para niños víctimas de violencia de género (CO, 62) vs. programa de intervención de 10 semanas combinado de madres e hijos (CM, 61) vs. condición

	<p>lista de espera (CG, 58).</p> <p>4. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT), programa de 12 a 18 sesiones diseñado para niños que han sufrido abuso sexual, de los cuales un 58% habían sido a su vez también víctimas de violencia de género (114) vs. terapia centrada en el niño (115).</p>
Resultados relevantes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disminución significativa de niños con problemas de conducta, síntomas de TEPT tanto en niños como en adultos y distrés en general a la finalización de la intervención. 2. Mejora en problemas de conducta de los menores y los síntomas de las madres. 3. La condición CM ha mostrado una mayor mejoría en síntomas externalizantes, pero la condición CO mejora comparada con la condición CG en el seguimiento. 4. La TF-CBT se asocia a una reducción de los síntomas de TEPT (19% posttest), mientras que terapia centrada en el niño (CCT) muestra un 46% de reducción posttest.
Discusión planteada	<p>En general, los resultados de esta revisión indican una falta de evidencia de efectividad más amplia y de largo plazo de muchos de los tratamientos estudiados.</p>
Conclusiones del estudio	<p>Existen resultados prometedores para los enfoques de tratamiento diádico madres-hijos expuestos a VG (Lieberman et al., 2006) y la eficacia de la terapia de interacción padre-hijo con padres agresores y sus hijos (Chaffin et al., 2004; Toth, Maughan, Manly, Spagnola, y Cicchetti, 2002).</p>
Base de datos/Revista	<p>Scopus/ Professional Psychology: Research and Practice</p>
Otros aspectos	<p>Limitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aunque se hicieron todos los intentos posibles para hacer una revisión exhaustiva de todos los estudios disponibles, es posible que durante las búsquedas se haya omitido información. - Debido al bien documentado efecto "File drawer phenomenon" (la falta de publicación de estudios con resultados negativos), se puede suponer que la literatura publicada capta solo un subconjunto de las investigaciones realizadas en el área.

Ficha n°5: A review of family interventions for intimate partner violence with a child focus or child component.	
Referencia bibliográfica (Según APA)	Rizo, C. F., Macy, R. J., Ermentrout, D. M., & Johns, N. B. (2011). A review of family interventions for intimate partner violence with a child focus or child component. <i>Aggression and Violent Behavior</i> , 16(2), 144–166. https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.02.004
Objetivo del estudio	Este estudio tiene como objetivo sintetizar y analizar críticamente los estudios de las intervenciones que, directa o indirectamente, se dirigen a los niños víctimas de violencia de género.
Tipo de estudio	Revisión bibliográfica
Análisis	<u>Características del diseño:</u> Se han revisado las bases de datos PubMed, PsychInfo, ASSIA, Social Service Abstracts, Sociological Abstracts, and Social Work Abstracts, desde enero de 1990 a diciembre de 2010, y con las siguientes palabras clave: <i>domestic violence, intimate partner violence, partner violence, partner abuse, wife abuse, battered women, battered, batter, mother, parent, father, child, exposure, witness, intervention, service, treatment, program, y therapy.</i>
	<u>Criterios de inclusión:</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estudio experimental. 2. Intervenciones, servicios o programas dirigidos a niños víctimas de violencia de género 3. Metodologías cuantitativas. 4. Estudio disponible en inglés.
	<u>Número y características de los estudios consultados:</u> Los estudios han sido clasificados en cuatro categorías en función del tipo de tratamiento: intervenciones terapéuticas y de asesoramiento, intervenciones de crisis y llamadas de socorro (outreach), intervenciones para la mejora de las habilidades de crianza e intervenciones multicomponentes.
	<u>Descripción de la intervención:</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Intervenciones terapéuticas y de asesoramiento:</u> se analizaron 12 artículos, 6 pertenecientes a la primera categoría y 6 a la segunda. <p>- <i>Centradas sólo en los menores:</i> incluyen terapia de juego individual, terapia de juego con hermanos y terapia de grupo. La duración de la terapia individual fue entre 12 días y 3 semanas, mientras que la de la terapia grupal consistía entre 5 y 12 sesiones de frecuencia semanal.</p>

	<p>- <i>Centradas en los menores y sus cuidadores</i>: Los diferentes formatos incluían (a) 12 sesiones semanales que combinaban entrenamiento a padres con terapia de juegos padres-hijos; (b) 10 semanas de terapia paralela o combinada padres-hijos; (c) 50 sesiones semanales madre-hijo; (d) de 14 a 20 semanas de sesiones madre-hijo; y € de 10 a 15 semanas de grupo terapeutico para niños, sesiones de retroalimentación individuales para padres y grupo psicoeducativo para padres.</p> <p>Los 12 artículos analizados cuentan con muestras variadas, algunas relativamente pequeñas (n=331), mientras que otros contaban entre 50 y 223 participantes.</p> <p>2. <u>Intervenciones de crisis y llamadas de socorro</u>: se encontraron 4 artículos, 2 de ellos centrados únicamente en las madres y 2 enfocados a los cuidadores y los menores.</p> <p>- Centrados sólo en las madres: los dos estudios comparan la eficacia de una intervención individual con la enfermera con una tarjeta de referencia en la que se da información sobre un plan de seguridad y recursos disponibles.</p> <p>- Centradas en menores y sus cuidadores: una intervención proveía de respuestas a la crisis de forma no estructurada (24 h/7d); mientras que la otra ofrecía asesoramiento familiar, individual o grupal, además de sesiones terapéuticas individuales para el cuidador principal.</p> <p>Los 4 artículos analizados tienen muestras entre 58 y 270 participantes.</p> <p>3. <u>Intervenciones para la mejora de las habilidades de crianza</u>: se encontraron 3 artículos, uno de ellos centrado sólo en las madres, otro solo en los padres y otro centrado en los niños y sus cuidadores.</p> <p>- Centrado solo en las madres/padres: un grupo de sesiones semanales de entre 16 y 17 semanas de duración.</p> <p>- Centrado en menores y sus cuidadores: 5 sesiones grupales en las cuales los padres fueron formados en “Errorless Compliance Training”, y sesiones en las que los padres aplican los conocimientos adquiridos con sus hijos entre 3 y 7 veces por semana entre 14 y 30 semanas.</p> <p>Los tres estudios cuentan con muestras relativamente pequeñas, entre 9 y 36 participantes.</p> <p>4. <u>Intervenciones multicomponentes</u>: se encontraron un total de 12 artículos a analizar, (a) 9 centrados en las habilidades de crianza+terapia, (b) uno en asesoramiento legal+terapia, (c) otro combina asesoramiento legal, terapia y habilidades de crianza y (d) el último incluye asesoramiento, tratamiento individual, coordinación de servicios de cuidado del niño.</p> <p>Los 12 estudios tenían muestras de entre 30 y 221 participantes.</p>
<p>Resultados relevantes</p>	<p>1. En relación a los resultados obtenidos, los niños mostraron mejoras en problemas del comportamiento, autoestima y autoconcepto, actitudes y conocimiento relativos a la violencia, ansiedad, depresión, agresiones, competencia social, dificultades</p>

	<p>emocionales, conocimiento de recursos y seguridad, formas de lidiar con los conflictos y estado psicológico general. Los cuidadores mostraron mejoras en TEPT, distrés psicológico y la expresión de empatía en las interacciones padre-hijo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Los estudios mostraron mejoras en el comportamiento de los menores, en la conciencia del maltrato, el plan de seguridad y la responsabilidad/culpa de la violencia. Los resultados entre la intervención individual con una enfermera y la tarjeta de referencia fueron similares. 3. Las tres intervenciones fueron efectivas reduciendo el estrés parental. Además, los participantes en el grupo de madres mostraron mejoras en autoeficacia en la crianza y bienestar emocional; los padres mostraron reducción de las siguientes 3 áreas (a) hostilidad, (b) denigración y rechazo de los hijos y (c) agresividad hacia los niños y/o las situaciones familiares; y los hijos del tercer programa mostraron mejoras en obediencia, problemas internalizantes y externalizantes. 4. Casi todas las intervenciones mostraron una mejora de las habilidades de crianza, de el estrés paterno y la autoeficacia como padres. Muchos de los estudios mostraron mejora en problemas del comportamiento de los menores, así como una mejora del funcionamiento psicológico general en ambos. Además, los estudios también informan de resultados adicionales como mejora en autoestima, culpa, ira, conocimientos de la violencia de género, habilidades para el plan de seguridad y relaciones sociales.
<p>Discusión y conclusiones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se han investigado 4 categorías y las 4 presentan resultados iniciales prometedores. • A través de los estudios revisados los objetivos de tratamiento para los menores fueron: (a) aprendizaje sobre la convivencia con la violencia de género, (b) mejorar las habilidades de afrontamiento, (c) mejorar las habilidades comunicativas, (d) mejorar la resolución de conflictos y problemas, (e) explorar las actitudes y creencias sobre la violencia familiar, (f) aumentar la seguridad personal, (g) mejorar los síntomas de trauma y el bienestar psicológico general, (h) mejorar autoestima y autoeficacia, (i) mejorar habilidades sociales y soporte social, (j) reducir el sentimiento de culpa, (k) entender y expresar sentimientos, (l) mejorar regulación emocional y (m) cambiar comportamientos desadaptativos. Por tanto, esta revisión sugiere que estas pueden ser estrategias fructíferas para trabajar con menores víctimas de violencia de género. • Por otro lado, los objetivos de intervención con los cuidadores fueron: (a) mejorar el conocimiento del desarrollo infantil y del impacto de la violencia de género en los menores, (b) mejorar habilidades parentales, (c) disminuir el estrés parental, (d) mejorar la autoestima y la autoeficacia como cuidadores, (e) mejorar el bienestar psicológico y emocional, (f) dotar a los cuidadores de un plan de seguridad, (g) mejorar el apoyo social, (h) mejorar las habilidades de autodefensa, (i) mejorar las

	<p>habilidades de comunicación y resolución de problemas, (j) mejorar el conocimiento de los servicios comunitarios disponibles, (k) mejorar las interacciones y actividades con los hijos, (l) mejorar las relaciones padres-hijos. Por tanto, esta revisión sugiere que estas pueden ser estrategias fructíferas para trabajar con familias víctimas de violencia de género.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No es posible determinar cual de estas 4 categorías analizadas es la más prometedora, sin embargo, dadas las necesidades de las familias víctimas de violencia de género, el enfoque multicomponente parece ser el más adecuado. • Aunque este cuerpo de investigación ofrece un prometedor inicio, se necesita mucho más trabajo en el desarrollo de intervenciones efectivas para ayudar a los niños víctimas de violencia de género.
Base de datos/Revista	Pubmed/ Aggression and Violent Behavior
Otros aspectos	<p>Limitaciones</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incluyen (a) no representa estadísticamente los datos correlacionados o anidados; (b) falta de aleatorización/grupo de comparación; (c) no muestra de conveniencia al azar; (d) no discusión de un manual o teoría de cambio; (e) no “intent-to-treat” análisis y (f) no seguimiento. 2. A saber (a) la fuente de información fueron únicamente las madres, (b) los dos estudios combinados utilizaron diseños poco rigurosos, (c) los estudios no incluían seguimiento, (d) ni una intervención estandarizada 3. Incluyen (a) falta de diseño experimental, (b) muestras pequeñas, (c) muestras de conveniencia, (d) falta de análisis estadístico (e) falta de validez de los datos recogidos solo de una fuente. 4. A saber (a) uso de muestras de conveniencia. (b) falta de datos de otras fuentes, (c) uso de diseños no experimentales sin seguimiento, (d) información mínima sobre sus muestras y métodos y su desgaste.

Ficha n°6: Community Treatment of Posttraumatic Stress Disorder for Children Exposed to Intimate Partner Violence	
Referencia bibliográfica (Según APA)	Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Iyengar, S. (2011). Community Treatment of Posttraumatic Stress Disorder for Children Exposed to Intimate Partner Violence. <i>Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine</i> , 165(1), 16–21. https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.247
Objetivo del estudio	Evaluar la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (TF-CBT) para menores con síntomas de trastorno de estrés post traumático (TEPT) producidos por la exposición a la violencia de género, comparada con el tratamiento habitual de terapia centrada en el niño (CCT) dirigida a menores víctimas de abuso sexual y traumas múltiples.
Hipótesis	Se hipotetiza que la TF-CBT mejorará el total de síntomas de TEPT relacionados con la violencia de género de forma significativa respecto a la CCT. Además, la TF-CBT será superior para mejorar los síntomas ansioso-depresivos, el funcionamiento cognitivo y los problemas de comportamiento.
Tipo de estudio	Investigación empírica
Análisis	<u>Características del diseño:</u> Ensayo aleatorizado controlado de doble ciego. En el presente estudio, se llevaron a cabo dos condiciones experimentales asignadas aleatoriamente: - TF-CBT (n=64) - CCT (n= 60)
	<u>Número y características de los participantes:</u> 124 niños de entre 7 y 14 años, residentes en el Women’s Center and Shelter of Greater Pittsburgh (WCS)
	<u>Medidas utilizadas:</u>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)</i>: instrumento de evaluación utilizado para medir los síntomas de TEPT. • <i>Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)</i>: instrumento de evaluación utilizado para medir el nivel de ansiedad. • <i>Children’s Depression Inventory (CDI)</i>: instrumento de evaluación para medir los síntomas depresivos. • <i>Kaufman Brief Intelligence Test</i>: instrumento de evaluación utilizado para valorar el funcionamiento cognitivo. • <i>Child Behavior Checklist (CBCL)</i>: instrumento de evaluación utilizado con el objetivo de cuantificar los problemas

	<p>externalizantes.</p> <p><u>Descripción de la intervención:</u> los menores y sus madres fueron aleatoriamente asignados a un programa de 8 sesiones semanales de TF-CBT o CCT de 45 minutos de duración.</p> <p><u>Seguimiento:</u> El presente estudio no ofrece datos sobre el seguimiento.</p>
<p>Resultados relevantes</p>	<p>En el modelo de análisis “intent-to-treat” se muestran resultados superiores para la TF-CBT en el total de la puntuación del K-SADS-PL (1,63 de media; con un intervalo de confianza del 95% de 0,44-2,82); en la escala hiperexcitación del K-SADS-PL (0,71 de media; con un intervalo de confianza del 95% de 0,22-1,20); en la escala evitación del K-SADS-PL (0,55 de media; con un intervalo de confianza del 95% de 0,07-1,03); y en el instrumento SCARED (5,13 de media; con un intervalo de confianza del 95% de 1,31-8,96).</p> <p>Los usuarios que terminaron la TF-CBT experimentaron una remisión significativa de los síntomas del TEPT ($X^2=4.67, P=.03$).</p> <p>La remisión de los síntomas diagnósticos en cuanto al TEPT según los resultados del K-SADS-PL es de 8 niños (post tratamiento) respecto a 32 (pre), es decir, una reducción del 75%. En la condición de comparación fue de 10 respecto a 18 (44% $X^2 = 4.67, P = .03$).</p> <p>Más eventos adversos serios (tales como graves episodios de violencia de género o maltrato) fueron informados en los que completaron el programa de la condición CCT (10 de 32) que en los que completaron la TF-CBT (2 de 43). Esta diferencia fue significativa ($z=2.9, P .005$)</p>
<p>Discusión planteada</p>	<p>La mejoría de los síntomas de TEPT en el grupo TF-CBT, en relación con el grupo CCT se debió a una mayor disminución de los síntomas de hiperexcitación y evitación, en lugar de en los síntomas de reexperimentación. Esto tiene sentido debido a que la TF-CBT está específicamente diseñada para niños víctimas de VG y se centra en cómo estos niños pueden sentirse más seguros respecto al peligro.</p> <p>No se ha observado una reducción significativa de pensamientos intrusivos relacionados con el trauma, debido a que los menores tenían unas tasas muy altas de contacto con los agresores (89% de los que completaron el tratamiento).</p> <p>Los participantes, a lo largo del estudio, se enfrentaron a circunstancias altamente desafiantes, incluyendo traumas múltiples, pérdida de vivienda, y serias dificultades legales y financieras. En este contexto, el tratamiento puede ser visto (y con razón), como una prioridad menor que garantizar la seguridad, la vivienda y otras necesidades básicas.</p> <p>Aunque la TF-CBT dio como resultado una mejoría estadísticamente significativa, ésta fue moderada en comparación con la obtenida en los estudios TF-CBT previos para niños que experimentan abuso sexual y traumas múltiples.</p>

	Integrar a familias con contactos con los agresores, fue esencial para evaluar si el TF-CBT puede funcionar para los niños que viven en un entorno de violencia de género.
Conclusiones del estudio	La TF-CBT mejora efectivamente los síntomas de TEPT debidos a la exposición a violencia de género.
Base de datos/Revista	Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine (Scopus)
Otros aspectos	<p>Limitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de un grupo control sin tratamiento. - De los 124 participantes iniciales, 18 niños no empezaron el tratamiento, 31 lo abandonaron tras la primera sesión y completaron el programa un total de 75 menores. - La alta tasa de abandono (39,5%) limita la validez interna de este estudio. - Los criterios mínimos de exclusión quizás fueron muy débiles (p.e, no excluir a madres con enfermedades mentales o abuso de sustancias) y eso explica la alta tasa de abandono. - El tiempo del programa en contacto con las familias fue muy limitado. - La continua exposición a la violencia de algunas familias participantes pudo afectar negativamente a los resultados.

Ficha n°7: Is disclosure Therapeutic for Children Following Exposure to Traumatic Violence?	
Referencia bibliográfica (Según APA)	Graham-Bermann, S. A., Kulkarni, M. R., & Kanukollu, S. (2011). Is disclosure therapeutic for children following exposure to traumatic violence? <i>Journal of Interpersonal Violence</i> , 26(5), 1056–1076. https://doi.org/10.1177/0886260510365855
Objetivo del estudio	(1) Identificar la proporción de niños que espontáneamente verbalizan experiencias traumáticas durante el proceso terapéutico, (2) evaluar la relación entre la verbalización en terapia y la mejora del comportamiento, la auto competencia y las creencias sobre la violencia, (3) identificar los factores individuales relacionados con el niño y el tratamiento asociados a la verbalización espontánea.
Hipótesis	Se hipotetiza: (1) que la verbalización espontánea en terapia se asociará con menos problemas de comportamiento y mejoras en actitudes y creencias a lo largo del tiempo, (2) que los niños y niñas de más edad verbalizarán más que niños más pequeños, (3) los niños ansiosos y deprimidos serán más propensos a revelar sus experiencias traumáticas, y (4) los menores que acudieron de forma voluntaria a la terapia tienen más probabilidades de revelar sus experiencias dentro del grupo.
Tipo de estudio	Investigación empírica
Análisis	<u>Características del diseño</u> Los datos han sido recopilados de un estudio más amplio sobre eficacia en intervención en menores víctimas de violencia de género (Graham-Bermann, Lynch, et al., 2007) (Ficha n°1 de esta revisión).
	<u>Número y características de los participantes</u> 56 niños y 65 niñas con edades comprendidas entre 6 y 12 años y cuyas madres habían sido víctimas de violencia de género durante el último año. El 25% de las familias participantes en el presente estudio estaban casadas, el 20% solteras y el 27% vivían con una pareja.
	<u>Medidas utilizadas:</u> Para evaluar el ambiente familiar: <ul style="list-style-type: none"> - Severity of Violence Against Women Scales (SAWS) - Conflict Tactics Scale (CTS) - The Anxiety and Parental Childrearing Styles Scale, que informa sobre cuestiones concernientes a los estilos parentales.
	Para evaluar la sintomatología infantil: <ul style="list-style-type: none"> - Child Behavior Checklist (CBCL)

	<ul style="list-style-type: none"> - Attitudes About Family Violence (AAFV), para medir las actitudes y creencias sobre la violencia familiar. - Harter Perceived Self-Competence Scales for Children. <p>Participación de los menores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se pidió a los terapeutas que describieran todas las verbalizaciones autoiniciadas que se produjeran durante una sesión del programa de intervención para todos los niños de su grupo. A los líderes del grupo se les pidió que describieran lo que llevó a la verbalización espontánea y lo que sucedió después. - El compromiso se evaluó como la presencia, participación e involucración autoinformado por el menor. <p><u>Descripción de la intervención</u></p> <p>Los datos han sido recopilados de un estudio más amplio sobre eficacia en intervención en menores víctimas de violencia de género (Graham-Bermann, Lynch, et al., 2007) (Ficha nº1 de esta revisión).</p> <p><u>Seguimiento</u></p> <p>El mismo que en el estudio en el que se basa, post-intervención (5 semanas) y seguimiento (8 meses).</p>															
<p>Resultados relevantes</p>	<p>De los niños que participaron en la intervención, el 52% revelaron espontáneamente eventos traumáticos durante las sesiones. No hay distinciones significativas de edad, sexo... sin embargo, sí que fue significativamente distinto para los niños de minorías étnicas (Pearson $\chi^2 = 8.254$, $p = .004$).</p> <p>Las experiencias más habituales de verbalización fueron tras una actividad planificada del programa (44%), la revelación de violencia familiar de otro niño en el grupo (22%), un niño que comparte una experiencia estresante distinta (13%), una discusión grupal de sentimientos (10%) y una declaración sobre violencia (5%).</p> <p>Aquello que ocurrió con más frecuencia fue que otros niños revelaron sus experiencias con VG al grupo (27%).</p> <p>El diez por ciento de las veces después de la revelación de VG por parte de un niño del grupo, los niños hablaron sobre otros tipos de eventos estresantes, como el acoso en la escuela o las peleas con un hermano.</p> <p>Los resultados indican que los menores divulgadores mostraron una reducción significativamente mayor en los síntomas internalizantes en las medidas pre y pos intervención. También cambiaron sus actitudes y creencias en relación a la violencia de forma significativa.</p> <table border="1" data-bbox="724 1895 1442 2024"> <thead> <tr> <th colspan="2">Divulgadores</th> <th colspan="2">No divulgadores</th> <th></th> </tr> <tr> <th>M</th> <th>SD</th> <th>M</th> <th>SD</th> <th>t(119)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Divulgadores		No divulgadores			M	SD	M	SD	t(119)					
Divulgadores		No divulgadores														
M	SD	M	SD	t(119)												

	Síntomas internalizantes	-6,10	7,95	-2,78	5,42	2,70 p<.01.
	Actitudes y creencias	4,08	6,77	1,44	8,03	1,96 p<.05.
Discusión planteada	<p>Al contrario que en las hipótesis planteadas, no hubo asociación entre el nivel de verbalización espontánea y las edades y género de los niños.</p> <p>La divulgación espontánea se ha visto influenciada claramente por la etnicidad de los menores, por un margen de 2 a 1.</p> <p>La asistencia a programas comunitarios de salud mental a menudo se ve obstaculizada por la falta de transporte, la falta de servicios disponibles cerca del lugar de residencia de la familia y eventos típicos, como condiciones climáticas adversas o enfermedades infantiles. Los esfuerzos para anticipar y proporcionar estas necesidades, cuando es posible, parecen esenciales para brindar los mejores servicios a la gran cantidad de niños expuestos a IPV cada año.</p>					
Conclusiones del estudio	<p>Los hallazgos sugieren que la verbalización espontánea de episodios traumáticos tiene una influencia positiva en la reducción de los síntomas internalizantes y las actitudes y creencias respecto a la violencia. Esto puede ser dado a que al exponerse al evento traumático en la terapia, los niños llegan a comprender que no están solos, que sus experiencias pueden ser manejadas, y que los terapeutas pueden ayudarlos a sobrellevar sus difíciles circunstancias familiares, reduciendo así el miedo y los aspectos aterradores de esas experiencias traumáticas.</p>					
Base de datos/Revista	Scopus/ Journal of Interpersonal Violence					
Otros aspectos	<p>Limitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificultades de generalización: familias de etnias minoritarias, de bajo estatus socioeconómico y una muestra ubicada en el medio oeste. - Riesgo de sesgo en cuanto a la evaluación del compromiso terapéutico y las verbalizaciones, que se evaluaron por el terapeuta. Para futuros estudios las sesiones del programa deberían grabarse y codificarse para que sean evaluadas de forma más objetiva. 					

Ficha n°8: Differential Therapeutic Outcomes of Community-Based Group Interventions for Women and Children Exposed to Intimate Partner Violence	
Referencia bibliográfica (Según APA)	McWhirter, P. T. (2011). Differential therapeutic outcomes of community-based group interventions for women and children exposed to intimate partner violence. <i>Journal of Interpersonal Violence</i> , 26(12), 2457–2482. https://doi.org/10.1177/0886260510383026
Objetivo del estudio	Evaluar la efectividad clínica de dos tratamientos para reducir la violencia familiar y aumentar el bienestar psicosocial de mujeres y niños expuestos a violencia de género a través de estrategias de afrontamiento postraumático.
Hipótesis	Se hipotetiza que el tratamiento basado en objetivos disminuirá efectivamente la mayoría de los mecanismos de afrontamiento desadaptativos, pero que su efecto sería menos impactante en el autoaislamiento.
Tipo de estudio	Investigación empírica
Análisis	<u>Características del diseño:</u> Las madres y los menores han sido asignados a de forma aleatoria a las dos condiciones experimentales: <ul style="list-style-type: none">- Centrada en la emoción (n= 22).- Orientada a los objetivos (n=24).
	<u>Número y características de los participantes:</u> Mujeres (n=46) y sus hijos (n=48) residentes en un refugio temporal para familias sin hogar, con una puntuación de 15 o más alta en la herramienta de medición de la violencia de género HITS y que refirieron que sus hijos habían estado presentes en algún episodio de violencia de género durante el último año. Los menores tenían una edad entre 6 y 12 años en el periodo del presente estudio.
	<u>Medidas utilizadas</u> <i>Mujeres</i> <ul style="list-style-type: none">- Student Survey of Risk and Protective Factors, para evaluar el nivel de conflicto familiar y el tipo de apego familiar.- Quality of Social Support Scale, con el objetivo de evaluar la calidad del soporte social.- Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CESD), para evaluar el nivel de depresión.- Generalized Self Efficacy Scale (GSC), que evalúa la autoeficacia.- Un instrumento creado por los autores del estudio para medir la

	<p>autoeficacia en la interrupción del abuso de alcohol, con 7 ítems de escala Lickert.</p> <p><i>Niños</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Termómetro emocional, con el objetivo de medir el bienestar emocional en una escala Lickert de 7 puntos. - Instrumento creado por los autores del estudio para medir el conflicto familiar, el conflicto entre iguales y autoestima, utilizando una escala Lickert de 5 puntos. <p><u>Descripción de la intervención:</u> Durante la sesión, las mujeres se encontraban por separado durante 60 minutos, y el grupo de los menores durante 45. Posteriormente, se reunían para una sesión familiar conjunta de otros 60 minutos. En cada grupo constaban entre 8 y 10 participantes, y se llevaron a cabo las sesiones de forma semanal durante 5 semanas.</p> <p><u>Seguimiento:</u> Al finalizar el programa (5 semanas)</p>																				
<p>Resultados relevantes</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"><u>MENORES</u></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Bienestar emocional</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><u>Línea base</u></td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><u>Post-intervención</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Orientada a objetivos</td> <td style="text-align: center;">Centrada en la emoción</td> <td style="text-align: center;">Orientada a los objetivos</td> <td style="text-align: center;">Centrada en la emoción</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4,25 (m)</td> <td style="text-align: center;">4,48 (m)</td> <td style="text-align: center;">4,76 (m)</td> <td style="text-align: center;">5,00 (m)</td> </tr> </table>	<u>MENORES</u>				Bienestar emocional				<u>Línea base</u>		<u>Post-intervención</u>		Orientada a objetivos	Centrada en la emoción	Orientada a los objetivos	Centrada en la emoción	4,25 (m)	4,48 (m)	4,76 (m)	5,00 (m)
<u>MENORES</u>																					
Bienestar emocional																					
<u>Línea base</u>		<u>Post-intervención</u>																			
Orientada a objetivos	Centrada en la emoción	Orientada a los objetivos	Centrada en la emoción																		
4,25 (m)	4,48 (m)	4,76 (m)	5,00 (m)																		

Conflicto entre iguales			
<u>Línea base</u>		<u>Post-intervención</u>	
Orientada a objetivos	Centrada en la emoción	Orientada a los objetivos	Centrada en la emoción
2,33 (m)	2,23 (m)	1,60 (m)	1,16 (m)
Conflictividad familiar			
<u>Línea base</u>		<u>Post-intervención</u>	
Orientada a objetivos	Centrada en la emoción	Orientada a los objetivos	Centrada en la emoción
2,73 (m)	2,71 (m)	1,03 (m)	1,06 (m)
Autoestima			
<u>Línea base</u>		<u>Post-intervención</u>	
Orientada a objetivos	Centrada en la emoción	Orientada a los objetivos	Centrada en la emoción
1,36 (m)	1,31 (m)	1,93 (m)	2,00 (m)

MUJERES			
Conflictividad familiar			
<u>Línea base</u>		<u>Post-intervención</u>	
Orientada a objetivos	Centrada en la emoción	Orientada a objetivos	Centrada en la emoción
2,80 (m)	2,14 (m)	1,14 (m)	1,39 (m)
Vinculación familiar			
<u>Línea base</u>		<u>Post-intervención</u>	
Orientada a objetivos	Centrada en la emoción	Orientada a objetivos	Centrada en la emoción
1,66 (m)	2,48 (m)	3,34 (m)	3,36 (m)
Calidad de soporte social			
<u>Línea base</u>		<u>Post-intervención</u>	
Orientada a objetivos	Centrada en la emoción	Orientada a objetivos	Centrada en la emoción
0,73 (m)	1,00 (m)	2,21 (m)	2,92 (m)
Depresión			
<u>Línea base</u>		<u>Post-intervención</u>	
Orientada a objetivos	Centrada en la emoción	Orientada a objetivos	Centrada en la emoción
3,60 (m)	3,62 (m)	3,09 (m)	3,37 (m)
Autoeficacia			
<u>Línea base</u>		<u>Post-intervención</u>	
Orientada a objetivos	Centrada en la emoción	Orientada a objetivos	Centrada en la emoción
3,17 (m)	3,34 (m)	3,45 (m)	3,76 (m)
Autoeficacia en el abuso de alcohol			
<u>Línea base</u>		<u>Post-intervención</u>	
Orientada a objetivos	Centrada en la emoción	Orientada a objetivos	Centrada en la emoción
4,25 (m)	4,57 (m)	4,84 (m)	5,48 (m)

	Abuso de alcohol			
	<u>Linea base</u>		<u>Post-intervención</u>	
	Orientada a objetivos	Centrada en la emoción	Orientada a objetivos	Centrada en la emoción
	2,03 (m)	1,80 (m)	0,55 (m)	0,92 (m)
	<p>En el grupo de los menores, los análisis de medidas repetidas revelaron los efectos principales en bienestar emocional, $F(1, 46) = 7,00$; conflicto entre iguales, $F(1, 46) = 4,97$; conflictividad familiar, $F(1, 46) = 22,27$ y autoestima, $F(1, 46) = 7,87$.</p> <p>En el grupo de mujeres, los resultados de ANOVA, revelaron efectos principales en depresión, $F(1,44) = 12,02$; vinculación familiar, $F(1,44) = 23,61$ y autoeficacia, $F(1, 44) = 20,23$.</p>			
Discusión planteada	<p>Son necesarios tratamientos específicos e individualizados para respaldar las necesidades de específicas de las mujeres y los niños tras la exposición a la violencia de género.</p> <p>Los resultados de este estudio son congruentes con estudios que demuestran la eficacia de las intervenciones familiares tras la exposición a la violencia de género.</p>			
Conclusiones del estudio	<p>Los menores en todos los grupos muestran un descenso en conflictividad familiar y con iguales y aumentan el bienestar emocional y la autoestima.</p> <p>Los principales resultados en el grupo de mujeres muestran de manera relativamente efectiva un aumento de la calidad del apoyo social en la intervención centrada en la emoción y la reducción de la conflictividad familiar y el abuso de alcohol en la intervención orientada a objetivos.</p> <p>Se concluye que ambos tratamientos son efectivos, y que sería beneficioso utilizarlos en función de las características individuales de las familias para obtener mejores resultados.</p>			
Base de datos/Revista	Journal of Interpersonal Violence (Scopus)			
Otros aspectos				

Ficha n°9: Positive Outcomes from an Immediate and Ongoing Intervention for Child Witnesses of Interparental Violence	
Referencia bibliográfica (Según APA)	Ernst, A. A., Weiss, S. J., Enright-Smith, S., & Hansen, J. P. (2008). Positive outcomes from an immediate and ongoing intervention for child witnesses of intimate partner violence. <i>American Journal of Emergency Medicine</i> , 26(4), 389–394. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2007.06.018
Objetivo del estudio	Evaluar la eficacia del programa de intervención inmediata The Child Witness to Violence Program (CWIPV), para menores víctimas de violencia de género.
Hipótesis	Se hipotetiza que habrá mejoras significativas en los dos objetivos del programa (1) entender que la violencia no es culpa de los menores y (2) creación de un plan de seguridad en caso de que vuelva a producirse la situación de violencia.
Tipo de estudio	Estudio empírico
Análisis	<u>Características del diseño:</u> Hay un único grupo de tratamiento, el del programa CWIPV, debido a que nos se considera ético crear un grupo control.
	<u>Número y características de los participantes</u> 58 menores de entre 3 y 17 años que han completado el programa y los cuestionarios pre y post tratamiento.
	<u>Medidas utilizadas:</u> Cuestionario elaborado por el programa compuesto por 16 preguntas que se pasan a los menores participantes pre y post intervención.
	<u>Descripción de la intervención</u> El CWIPV consta de terapia de juego, arteterapia y terapia de caja de arena. Además, se incluye un libro para colorear llamado “Sammy the Safety Dinosaur”, proporcionado como herramienta para crear su propio plan de seguridad.
	<u>Seguimiento:</u> La duración del programa no ha sido controlada, hay un amplio rango de variedad, entre 1 y 31 meses de duración, con una media de $7,4 \pm 5,2$.
	Resultados relevantes

	han sido la causa del inicio de la violencia, 31% mejoran el conocimiento de la falta de control sobre la violencia, y el 21% sobre la violencia ya ocurrida. El 25% entiende que no es culpable de la violencia. En cuanto a los objetivos específicos de la hipótesis, los cambios en el porcentaje de niños que son conscientes de que la violencia no es culpa suya son del 59 al 84%, mientras que los cambios en cuanto al plan de seguridad pasaron del 32 al 93% de mejora.
Discusión planteada	<p>Los programas como el analizado pueden ser útiles ayudando a los niños y pueden suponer un importante paso para romper el círculo de la violencia.</p> <p>El departamento de emergencias puede ser un potencial identificador de niños víctimas de violencia de género, con la intención de derivar de forma inmediata a un programa como el nuestro.</p>
Conclusiones del estudio	En base a los resultados obtenidos, se concluye que el CWIPV mejora significativamente la consciencia de que la violencia no es culpa del menor y ayuda a la creación de un plan de seguridad ante posibles futuros episodios de violencia.
Base de datos/Revista	American Journal of Emergency Medicine/ Web of Science
Otros aspectos	<p><u>Limitaciones</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los trabajadores sociales no han evaluado de manera ciega y no hay evaluación independiente. 2. Ha habido menores que han abandonado el programa antes de terminarlo, y otros que a pesar de haberlo terminado no han podido ser incluidos debido a que no realizaron el test pre o post intervención. 3. Los cuestionarios utilizados en el estudio no están validados. Sin embargo, no existen formas validadas para este tipo de intervenciones.

Ficha n°10: The Effectiveness of a trauma-focused psycho-educational secondary prevention program for children exposed to interparental violence: study protocol for a randomized controlled trial.	
Referencia bibliográfica (Según APA)	Lamers-Winkelman, F., & Schuengel, C. (2012). The effectiveness of a trauma-focused psycho-educational secondary prevention program for children exposed to interparental violence: study protocol for a randomized controlled trial . <i>Trials</i> , 13, 12. Retrieved from http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clcentral/articles/733/CN-00842733/frame.html
Objetivo del estudio	El objetivo principal es evaluar la eficacia de factores terapéuticos específicos del programa, a saber (1) reconocimiento y expresión emocional, (2) aprendizaje de estrategias de afrontamiento, (3) desarrollo de narrativa respecto al trauma, (4) mejora de la interacción familiar y (5) psicoeducación. El objetivo secundario es estudiar los factores mediadores y moderadores.
Hipótesis	Se hipotetiza que el programa “It’s my turn now” mejorará significativamente en términos de reducción de los síntomas de TEPT, síntomas internalizantes y externalizantes.
Tipo de estudio	Estudio de un protocolo
Análisis	<u>Características del diseño:</u> Diseño controlado aleatorizado de doble ciego. <ul style="list-style-type: none"> - Programa “It’s my turn now”, cuyos factores específicos son anteriormente descritos. - Grupo control con factores no específicos.
	<u>Número y características de los participantes</u> Niños de edades comprendidas entre 6 y 12 años que han experimentado violencia de género y sus cuidadores (n=140).
	<u>Medidas utilizadas:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de síntomas de TEPT: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)</i>, que es administrado a los progenitores. • <i>Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)</i>, administrado a los menores. - Evaluación de los síntomas inter y externalizantes: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Child Behaviour Checklist (CBCL)</i>, administrado a los

	<p>padres.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Teacher Report Form (TRF)</i>, administrado a los profesores. • <i>Child Depression Inventory (CDI)</i>, administrado a los menores. <p>- Evaluación de las variables mediadoras</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Family Interaction Task (FIT)</i>, para observar la interacción entre padres e hijos. • <i>Autobiographical Emotional Events Dialogue (AEED)</i>, para evaluar la narrativa emocional entre padres e hijos. • <i>Security in the Family System scales (SIFS)</i>, con el objetivo de evaluar los sentimientos del menor en relación a la seguridad percibida en el sistema familiar. • <i>How I coped Under Pressure Scale (HICUPS)</i>, para evaluar las estrategias de afrontamiento de los menores. • <i>Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ-k)</i>, con el objetivo de evaluar el sentimiento de culpabilidad de los niños. • <i>Emotion Awareness Questionnaire (EAQ)</i> para evaluar la capacidad de los menores de reconocer emociones. <p>- Evaluación de las variables moderadoras</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Impacts of Events Scale-Revised (IES-R)</i> para medir los síntomas de TEPT en los progenitores. • <i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i> con el objetivo de valorar los síntomas ansiosodepresivos de los padres. • <i>Parenting Stress Index (PSI)</i> para medir el nivel de estrés parental. • <i>Disturbances of Attachment Interview (DAI)</i>, para evaluar la relación de apego entre el niño y los progenitores. • <i>Revised Conflict Tactics Scale (CTS2)</i>, para medir la duración y la severidad de la violencia de género.
	<p><u>Descripción de la intervención</u></p> <p>El programa consiste en 9 sesiones en grupo de 90 minutos cada una para niños, y otras 9 paralelas para sus cuidadores. Cada grupo consta de un</p>

	<p>máximo de 8 personas.</p> <p>El programa de niños tiene 3 grandes objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Empezar a entender las experiencias de violencia de género. - Aprender a diferenciar y expresar emociones. - Aprender a afrontar los sentimientos y problemas de forma no violenta. <p>Se compone de las siguientes sesiones: (1) conociéndonos y reconociendo emociones, (2) emociones, (3) tristeza o felicidad y lugar seguro, (4) rabia, (5) conflictos y lealtades, (6) violencia, conflictos y contacto con el otro progenitor, (7) secretos y seguridad, (8) el futuro, y (9) diciendo adiós y evaluación.</p> <p>El programa de cuidadores tiene el objetivo de aprender cómo ser más sensible en el apoyo a la hora de lidiar con sus emociones y fomentar la empatía. Por tanto, las sesiones de padres no se centran en ayudarles a ellos con sus experiencias, sino en la ayuda a los menores.</p> <p>Consta de las siguientes sesiones: (1) conociéndonos, emociones, violencia, (2) parentalidad: el rol de padre vs el rol de hijo, (3) lugar seguro: ofreciendo seguridad, ofreciendo cumplidos, (4) afrontamiento de sentimientos de rabia y tristeza, (5) sentimientos de culpa, vergüenza y lealtad, (6) seguridad, conflictos y contacto con el otro progenitor, (7) contactos sociales y red social, (8) temas inespecíficos, dependiendo de las necesidades, (9) despedida y evaluación.</p> <p><u>Seguimiento:</u></p> <p>Una semana antes de la intervención (T1), una semana tras la intervención (T2) y a los 6 meses (T3).</p>
Resultados relevantes	<p>No aparecen debido a que el presente artículo es el estudio de un protocolo. Esperan que los resultados principales se publiquen el 2013.</p>
Discusión planteada	<p>La comprensión de cómo funciona la intervención puede ayudar a mejorar el programa, de ser necesario, para maximizar los efectos preventivos y garantizar que las características importantes se generalicen a la práctica clínica.</p> <p>El uso de múltiples informantes (padre, hijo y profesor) y las observaciones independientes evitarán el riesgo de sesgo.</p> <p>Se utilizan múltiples evaluaciones para evaluar las consecuencias a largo plazo de la intervención y los mecanismos de cambio.</p> <p>Es un programa de prevención secundaria de fácil acceso para todos los niños que experimentaron violencia interparental y no solo para un subgrupo clínico o niños que residen en refugios para mujeres.</p> <p>Una fortaleza de este estudio es el reclutamiento de una submuestra amplia y representativa de todas las familias que experimentaron violencia</p>

	interparental a través de diferentes organizaciones en todo el país.
Conclusiones del estudio	Este estudio obtendrá conocimiento sobre la efectividad de un programa de prevención secundaria para niños expuestos a la violencia interparental.
Base de datos/Revista	Child abuse and neglect / Web of Science
Otros aspectos	

Ficha nº11: Effectiveness of specific factors in community-based intervention for child-witnesses of interparental violence: A randomized trial.	
Referencia bibliográfica (Según APA)	Overbeek, M. M., de Schipper, J. C., Lamers-Winkelmann, F., & Schuengel, C. (2013). Effectiveness of specific factors in community-based intervention for child-witnesses of interparental violence: A randomized trial. <i>Child Abuse & Neglect</i> , 37(12), 1202–1214. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.07.007
Objetivo del estudio	Comparar la eficacia de los factores específicos del tratamiento con la efectividad de los componentes inespecíficos de tratamiento en el grupo control.
Hipótesis	Se hipotetiza que los menores participantes de la intervención con factores específicos mostrarán una mejor recuperación en problemas comportamentales y síntomas de trauma que los niños que participan de la condición de control.
Tipo de estudio	Investigación empírica
Análisis	<u>Características del diseño:</u> Diseño controlado aleatorizado con dos condiciones experimentales <ul style="list-style-type: none"> - “It’s my turn now” de factores específicos (n=108) - “You belong” de factores inespecíficos (n=56)
	<u>Número y características de los participantes</u> 164 díadas padre-hijo que habían participado de la intervención.
	<u>Medidas utilizadas:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de síntomas de TEPT: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)</i>, que es administrado a los progenitores. • <i>Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)</i>, administrado a los menores. - Evaluación de los síntomas inter y externalizantes: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Child Behaviour Checklist (CBCL)</i>, administrado a los padres. • <i>Teacher Report Form (TRF)</i>, administrado a los profesores. • <i>Child Depression Inventory (CDI)</i>, administrado a los

	<p>menores.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de las variables mediadoras <ul style="list-style-type: none"> • <i>Family Interaction Task</i> (FIT), para observar la interacción entre padres e hijos. • <i>Autobiographical Emotional Events Dialogue</i> (AEED), para evaluar la narrativa emocional entre padres e hijos. • <i>Security in the Family System scales</i> (SIFS), con el objetivo de evaluar los sentimientos del menor en relación a la seguridad percibida en el sistema familiar. • <i>How I Coped Under Pressure Scale</i> (HICUPS), para evaluar las estrategias de afrontamiento de los menores. • <i>Cognitive Emotion Regulation Questionnaire</i> (CERQ-k), con el objetivo de evaluar el sentimiento de culpabilidad de los niños. • <i>Emotion Awareness Questionnaire</i> (EAQ) para evaluar la capacidad de los menores de reconocer emociones. - Evaluación de las variables moderadoras <ul style="list-style-type: none"> • <i>Impacts of Events Scale-Revised</i> (IES-R) para medir los síntomas de TEPT en los progenitores. • <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS) con el objetivo de valorar los síntomas ansiosodepresivos de los padres. • <i>Parenting Stress Index</i> (PSI) para medir el nivel de estrés parental. • <i>Disturbances of Attachment Interview</i> (DAI), para evaluar la relación de apego entre el niño y los progenitores. • <i>Revised Conflict Tactics Scale</i> (CTS2), para medir la duración y la severidad de la violencia de género.
	<p><u>Descripción de la intervención</u></p> <p>El programa consiste en 9 sesiones en grupo de 90 minutos cada una para niños, y otras 9 paralelas para sus cuidadores. Cada grupo consta de un máximo de 8 personas.</p> <p>El programa de niños tiene 3 grandes objetivos:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Empezar a entender las experiencias de violencia de género. - Aprender a diferenciar y expresar emociones. - Aprender a afrontar los sentimientos y problemas de forma no violenta. <p>Se compone de las siguientes sesiones: (1) conociéndonos y reconociendo emociones, (2) emociones, (3) tristeza o felicidad y lugar seguro, (4) rabia, (5) conflictos y lealtades, (6) violencia, conflictos y contacto con el otro progenitor, (7) secretos y seguridad, (8) el futuro, y (9) diciendo adiós y evaluación.</p> <p>El programa de cuidadores tiene el objetivo de aprender cómo ser más sensible en el apoyo a la hora de lidiar con sus emociones y fomentar la empatía. Por tanto, las sesiones de padres no se centran en ayudarles a ellos con sus experiencias, sino en la ayuda a los menores.</p> <p>Consta de las siguientes sesiones: (1) conociéndonos, emociones, violencia, (2) parentalidad: el rol de padre vs el rol de hijo, (3) lugar seguro: ofreciendo seguridad, ofreciendo cumplidos, (4) afrontamiento de sentimientos de rabia y tristeza, (5) sentimientos de culpa, vergüenza y lealtad, (6) seguridad, conflictos y contacto con el otro progenitor, (7) contactos sociales y red social, (8) temas inespecíficos, dependiendo de las necesidades, (9) despedida y evaluación.</p> <p><u>Seguimiento:</u></p> <p>Una semana antes de la intervención (T1), una semana tras la intervención (T2) y a los 6 meses (T3).</p>
<p>Resultados relevantes</p>	<p>Independientemente de la condición, los síntomas internalizantes ($B = -8.56$, $t(1, 158.28) = -6.58$, $p < .001$) y externalizantes ($B = -5.84$, $t(1, 164.42) = -5.26$, $p < .001$) informados por los padres disminuyeron con el tiempo. La tendencia cuadrática también fue significativa y positiva, lo que indica que la tasa de disminución se relaciona directamente con el tiempo (síntomas internalizantes: $B = 2.44$, $t(1, 132.81) = 3.91$, $p < .001$; externalizantes $B = 1.76$, $t(1, 137.43) = 3.33$, $p = .001$).</p> <p>En cuanto a los profesores, mostraron una disminución en los síntomas internalizantes en los niños desde el inicio, que se mantuvo durante el seguimiento ($B = -0.97$, $t(1, 199.90) = -2.10$, $p = .037$), independientemente de la condición. Contrariamente al informe de los padres, los informes de los docentes no mostraron una disminución significativa en los síntomas externalizantes a lo largo del tiempo ($B = -0.63$, $t(1, 104.61) = -1.54$, $p = .126$), ni en la condición de intervención de factores específicos ni en la condición de control.</p> <p>Respecto al niño, los autoinformes revelaron una disminución en los síntomas depresivos a lo largo del tiempo desde el inicio, que se mantuvo durante el seguimiento ($B = -6.72$, $t(1, 111.76) = -5.88$, $p < .001$), independientemente de la condición.</p> <p>En relación con los síntomas de TEPT, la información de los padres mostró un efecto lineal significativo ($B = -10.47$, $t(1, 174.05) = -5.83$, $p < .001$) y cuadrático ($B = 2.39$, $t(1, 113.05) = 3.02$, $p = .003$) en los niños</p>

	<p>de ambas condiciones.</p> <p>La media de síntomas de estrés postraumático de los niños en la condición de intervención de factores específicos fue significativamente menor que el nivel medio de los síntomas de estrés postraumático de los niños en la condición de control ($B = -6.31$, $t(1, 126.35) = -2.42$, $p = 0.017$). Además de un efecto principal de tiempo, se encontró un efecto de interacción entre tiempo y condición ($B = 2.97$, $t(1, 122.82) = 2.76$, $p = .007$): los niños en la condición de control disminuyeron más la sintomatología que niños en la condición de intervención de factores específicos.</p> <p>Los autoinformes de los niños revelaron un efecto lineal ($B = -5.75$, $t(1, 182.00) = -3.55$, $p < .001$) y cuadrático ($B = 1.65$, $t(1, 182.38) = 2.11$, $p = .037$) de tiempo en sus propios síntomas de estrés postraumático, independientemente de la condición.</p>
Discusión planteada	<p>El paso del tiempo y la adaptación pueden ser una explicación de la recuperación en ambas condiciones.</p> <p>Es poco probable que la falta de superioridad entre condiciones sea debida a limitaciones metodológicas comunes, como baja potencia estadística o un insuficiente seguimiento.</p> <p>Si bien es contrario a nuestra hipótesis inicial, nuestros resultados están en línea con otros estudios que no encuentran evidencia de factores específicos en las intervenciones psicoterapéuticas para adultos.</p> <p>Los resultados reportados por los padres mostraron mayor mejoría que aquellos informados por los profesores.</p>
Conclusiones del estudio	<p>La intervención basada en factores específicos para niños expuestos a violencia de género no mostró beneficios sobre el grupo control. En ambas condiciones, los menores disminuyeron la sintomatología.</p>
Base de datos/Revista	<p>Child Abuse and Neglect/ Web of Science</p>
Otros aspectos	<p>Limitaciones</p> <p>- Este estudio no dispone de una condición de control sin intervención, debido a las objeciones éticas de las organizaciones comunitarias que implementan el programa.</p>

Ficha nº 12: Community-Based Treatment Outcomes for Parents and Children Exposed to Domestic Violence	
Referencia bibliográfica (Según APA)	Becker, K. D., Mathis, G., Mueller, C. W., Issari, K., & Atta, S. S. (2008). Community-based treatment outcomes for parents and children exposed to domestic violence. <i>Journal of Emotional Abuse</i> , 8(1-2), 187-204. https://doi.org/10.1080/10926790801986122
Objetivo del estudio	Evaluar los resultados de un programa de intervención grupal de 12 semanas para niños y madres expuestos a violencia de género.
Hipótesis	La participación de las familias en el presente estudio mejorará los síntomas inter y externalizantes de los menores.
Tipo de estudio	Investigación empírica
Análisis	<u>Características del diseño</u> Diseño de medidas repetidas sin grupo de comparación.
	<u>Número y características de los participantes</u> 106 niños con edades comprendidas entre 3 y 17 años y el progenitor expuestos a violencia de género.
	<u>Medidas utilizadas</u> <i>En relación a los menores:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Child Behavior Checklist</i>: con el objetivo de medir los síntomas inter y externalizantes. <i>En relación a los padres:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Parenting Practices</i>: instrumento creado por los autores del estudio para evaluar las habilidades de crianza abordados en el programa de tratamiento. <i>Para ambos grupos:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Domestic Violence-Related Skills</i>: instrumento para medir las habilidades relacionadas con la violencia de género, llevado a cabo tanto por los padres como por los menores.
	<u>Descripción de la intervención</u> Sesiones semanales de 90 minutos de duración a lo largo de 12 semanas, madres e hijos de forma paralela. Los contenidos de las sesiones de los menores incluían habilidades de seguridad, autoconfianza, autoconciencia, regulación y expresión emocional, habilidades comunicativas, entender la violencia doméstica, empatía, habilidades de resolución de conflictos, autoestima, sentimiento

	<p>de culpa y estereotipos de género.</p> <p>En cambio, las sesiones del grupo de madres incluían habilidades parentales para ayudar a los menores a lidiar con la exposición a la violencia, la propia adaptación de los padres, autoestima y bienestar emocional.</p> <p><u>Seguimiento</u></p> <p>No se llevó a cabo seguimiento, las medidas fueron tomadas únicamente pre y post tratamiento.</p>
Resultados relevantes	<p>Niños:</p> <p>Los resultados muestran una mejora significativa en ambos grupos de las habilidades relacionadas con la violencia de género $t(72) = 11.10, p < .001$.</p> <p>También indican una disminución en los síntomas internalizantes ($t(44) = 4.43, p < .001$) y externalizantes ($t(44) = 4.80, p < .001$).</p> <p>El 72,3% de los menores que participaron en el presente estudio entraban dentro del rango clínico de problemas psicológicos, en comparación con el 36,2% tras la intervención. Estos resultados muestran una reducción clínicamente significativa, $\chi^2(1, N = 47) = 10.18, p = .001$.</p> <p>En cuanto a los síntomas específicamente internalizantes, más de la mitad (53,2%) de los niños exhibieron dificultades de internalización clínicamente significativas en comparación con el 21,3% posterior, $\chi^2(1, N = 47) = 3.67, p = .055$.</p>
Discusión planteada	<p>Los resultados actuales respaldan y amplían los hallazgos de otros estudios. Se prevé que los síntomas externalizantes mejoran con las intervenciones que incluyen a los cuidadores principales.</p> <p>En cuanto a los síntomas internalizantes, es necesaria más investigación para saber por qué remiten.</p> <p>Es alentador descubrir que se pueden llevar a cabo mejoras significativas en intervenciones basadas en la comunidad, sin las muchas ventajas que ofrecen los entornos de investigación clínica.</p> <p>Se están empezando a identificar tratamientos eficaces, pero es necesario importarlos a entornos comunitarios, ya que se sabe que pueden funcionar y funcionan en estos entornos.</p> <p>Se necesita urgentemente más investigación sobre los factores que contribuyen a la mejora de los síntomas y sobre posibles innovaciones en el tratamiento para estas familias. También es necesario realizar estudios longitudinales que analicen el ajuste de estos menores y sus familias a largo plazo.</p>
Conclusiones del estudio	<p>Los resultados apuntan a una mejora clínicamente significativa a lo largo del tratamiento.</p>

Base de datos/Revista	Journal of Emotional Abuse/ Pubmed
Otros aspectos	<p>Limitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none">• No se recopiló información respecto a las características de la violencia de género sufrida.• Falta un grupo de control sin tratamiento o un grupo con otro tipo de tratamiento para poder hacer una comparación.• Existe una tasa de abandono del 22%.• A pesar de que el hecho que haya múltiples informantes es una fortaleza de este estudio, estas informaciones pueden estar sesgadas. Habría estado bien añadir evaluadores independientes.

Ficha nº13: Children Exposed to Intimate Partner Violence and the Reported Effects of Psychosocial Interventions	
Referencia bibliográfica (Según APA)	Grip, K. K., Almqvist, K., Axberg, U., & Broberg, A. G. (2013). Children Exposed to Intimate Partner Violence and the Reported Effects of Psychosocial Interventions. <i>Violence and Victims</i> , 28(4), 635–655. https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-12-00012
Objetivo del estudio	Los objetivos eran (1) describir la salud mental de los niños al ingresar al estudio y relacionar sus síntomas con (a) contacto con el agresor, (b) cantidad de exposición a VG, (c) experiencia personal de violencia con el agresor y (d) salud mental de las madres; (2) (a) investigar si los problemas de conducta de los niños, los síntomas postraumáticos y los problemas psicológicos generales cambiaron después de la intervención, y (b) informar la proporción de niños identificados como mejorados, empeorados o sin cambios después de la intervención; y (3) evaluar si (a) la cantidad de contacto con el agresor, (b) la cantidad de exposición VG, (c) la experiencia personal de violencia del agresor, (d) los cambios autoinformados de las madres en salud, y (e) el número de sesiones de tratamiento atendidas estuvo relacionado con el resultado del tratamiento.
Hipótesis	Los problemas psicológicos generales de los menores participantes en la intervención disminuirán.
Tipo de estudio	Investigación empírica
Análisis	<u>Características del diseño</u> Diseño de medidas repetidas sin grupo de comparación.
	<u>Número y características de los participantes</u> En el presente estudio participaron 62 niños (34 niñas y 28 niños) con edades comprendidas entre los 3 y los 13 años y sus 53 madres. El padre era el agresor de la madre en el caso de 43 niños (69%); 16 niños (26%) tuvieron contacto con el agresor al menos cada dos semanas, y 46 niños (74%) no tuvieron contacto regular.
	Las madres de los niños habían vivido en una relación violenta durante un promedio de 9 años, variando de menos de 1 año a 25 años. Solo una madre declaró que tenía una relación continua con el agresor.
	<u>Medidas utilizadas</u> Menores <ul style="list-style-type: none"> - Child Exposure to Domestic Violence (CEDV): para medir el nivel de violencia al cual han sido sometidos los menores. - Violence Directed at the Child (VDC): para medir la violencia física y psicológica que han recibido los menores por parte del

	<p>agresor.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trauma Symptom Checklist for Children (<i>TSCC-A</i>): que evalúa los síntomas de estrés postraumático presentes en los menores. <p>Madres</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>CTS2</i>: para evaluar el grado de victimización de las madres. - Symptom Checklist-90 (<i>SCL-90</i>): para medir patrones de síntomas psicológicos y salud mental. <p><u>Descripción de la intervención</u></p> <p>Todos los grupos incluían entre 10 y 15 sesiones protocolarizadas de 60 minutos con las madres y los hijos de forma paralela, y 30 minutos de juego y merienda. Los grupos estaban compuestos por entre 4 y 8 niños de edades similares.</p> <p>El contenido de las sesiones se centraba en: (1) Esperanzas, (2) sentimientos, (3) habilidades de defensa, (4) psicoeducación sobre violencia de género, (5) familia, (6) integridad personal, (7) riesgos y elecciones.</p> <p>Además, 19 niños recibieron terapia individual, consistente entre 5 y 8 sesiones de una hora de duración con el objetivo de crear narrativa alrededor del trauma.</p> <p><u>Seguimiento</u></p> <p>Medidas post-intervención y seguimiento un año posterior.</p>
<p>Resultados relevantes</p>	<p>El 30% de las madres habían sido víctimas de violencia física, un 22% de violencia sexual y un 61% de violencia psicológica.</p> <p>El 53% de los niños declararon que el agresor rompía cosas del hogar, y un 24% que había amenazado con usar armas. El 41% admite que gritaban a su madre y al agresor durante las peleas y un 66% había tratado de alejarse de dichas peleas.</p> <p>En total, 20 niños habían sido víctimas directas del agresor y una minoría de niños (3 o 4 por categoría) reconoció haber sido golpeado repetidamente, golpeado con un objeto, pateado o amenazado con un arma.</p> <p>La única variable que ha correlacionado significativamente con los niveles iniciales de síntomas fue la gravedad de la violencia y los problemas psicológicos.</p> <p>De acuerdo con las calificaciones de las madres, la puntuación de dificultades totales (<i>SDQ-P</i>) disminuyó significativamente en la muestra ($F [2, 64] 5.41, p .05$). Los tamaños del efecto fueron 0,41 (IC: 0,05-0,76) desde la evaluación previa hasta la evaluación posterior y 0,52 (IC: 0,15 a 0,88) desde el pre test hasta el seguimiento de 1 año en la</p>

	<p>muestra completa.</p> <p>El 43% de los niños se autoevaluaron con síntomas de EPT más altos que el punto de corte clínico al inicio del tratamiento. Estos síntomas disminuyeron significativamente desde la evaluación previa al seguimiento de un año ($t [32] 3,41, p <0,05$). El tamaño del efecto desde la prueba inicial hasta el seguimiento de 1 año fue en el rango medio de 0,59 (IC 0,22-0,96).</p> <p>El puntaje T medio para problemas psicológicos generales estaba dentro del rango normativo (M 57.54, SD 12.08). El 16% de los niños mostraban síntomas de problemas psicológicos generales, y estos disminuyeron significativamente desde el pre test hasta el seguimiento de un año ($t [32] 2.05, p .05$). El tamaño del efecto fue pequeño a 0,36 (IC 0,00-0,71).</p> <p>En cuanto a la salud mental auto informada de las madres no hubo ningún cambio significativo (M 1.21, SD .73).</p>
<p>Discusión planteada</p>	<p>Los niños del presente estudio evidenciaron cuotas elevadas de síntomas de TEPT y de problemas de conducta. Tras la intervención, ambos problemas disminuyeron significativamente.</p> <p>Sin embargo, una gran proporción de niños con problemas psicológicos dentro del rango clínico no mostraron mejoría o lo hicieron de forma poco significativa, y el presente estudio no puede explicar el porqué. Estos resultados apuntan a la necesidad de un monitoreo continuo del progreso de los niños para detectar aquellos que permanecen sin cambios o empeoran.</p> <p>Para comprender mejor los efectos de las intervenciones se necesitan evaluaciones de la importancia clínica de los hallazgos de la intervención, además de medidas estadísticas tradicionales y prácticas de significación llevadas a cabo a nivel grupal.</p> <p>La única variable asociada con cambios positivos en los problemas conductuales de los niños fue la mejora de la salud mental de las madres.</p> <p>Los resultados muestran la importancia de incluir tanto a los niños como a las madres como informantes.</p> <p>La cantidad de contactos entre el agresor y el niño no se relacionó con el aumento de los síntomas.</p> <p>Más de la mitad de los niños (67.5%) recibieron 10 sesiones de tratamiento o más, 13.5% entre 6 y 10 sesiones, y 19.0% recibieron 5 sesiones de tratamiento o menos. No se encontraron diferencias significativas entre la cantidad de sesiones de tratamiento y los índices de cambio en las variables de resultado.</p> <p>Los hallazgos de este estudio tienen tres implicaciones para la práctica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los tratamientos para niños expuestos a VG necesitan desarrollar procedimientos de detección de síntomas de trauma. 2. Existe una necesidad acuciante de intervenciones respaldadas

	<p>empíricamente para niños víctimas de VG.</p> <p>3. La mejora de la salud mental en las madres parece vital para desarrollar una mejor salud mental en los niños.</p> <p>4. Las futuras evaluaciones de intervenciones para niños expuestos a VG deberían analizar los efectos tanto a nivel grupal como individual, y siempre que sea posible, las evaluaciones deben incluir varios puntos de medición durante el tratamiento (además de las medidas pre, post-intervención y de seguimiento) para detectar aquellos niños que no responden al tratamiento y realizar análisis de posibles mediadores.</p>
Conclusiones del estudio	Tras la intervención, los síntomas de TEPT y los síntomas externalizantes disminuyeron significativamente.
Base de datos/Revista	Web of Science/ Violence and Victims
Otros aspectos	<p><u>Limitaciones</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Alto desgaste en el tiempo y seguimiento sistemático insuficiente de las razones por las cuales los participantes se retiraron. - Se ha llevado a cabo una evaluación simultánea de varios métodos de tratamiento, que difieren en el contenido, el número de sesiones y el formato. - Es posible que los tratamientos tuvieran efectos sobre factores que no se captaron con las medidas de resultado elegidas. - El estudio no contó con un grupo de comparación, por lo que es imposible descartar la posibilidad de que los efectos mostrados no se debieran al tiempo o a la recuperación espontánea.

Ficha nº 14: Enhancing Safety-planning through Evidence-based Interventions with Preschoolers Exposed to Intimate Partner Violence	
Referencia bibliográfica (Según APA)	Miller, L. E., Howell, K. H., Hunter, E. C., & Graham-Bermann, S. A. (2012). Enhancing Safety-planning through Evidence-based Interventions with Preschoolers Exposed to Intimate Partner Violence. <i>Child Care in Practice, 18</i> (1), 67–82. https://doi.org/10.1080/13575279.2011.621885
Objetivo del estudio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar el conocimiento de los menores sobre estrategias de planificación de seguridad al inicio del estudio. 2. Examinar el impacto del programa de intervención Preschool Kid's Club Program.
Hipótesis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Más niños en el programa de intervención identificarán estrategias adaptativas de planificación de la seguridad después de la intervención que los niños que no participen del programa. 2. Menos niños que participen en el programa de intervención identificarán la planificación de la seguridad inadptada que los niños que no participen en el programa de intervención.
Tipo de estudio	Investigación empírica
Análisis	<u>Características del diseño</u> Diseño controlado aleatorizado. <ul style="list-style-type: none"> - Grupo intervención (n=65) - Grupo control (n=45)
	<u>Número y características de los participantes</u> 110 niños en edad preescolar (entre 4 y 6 años), 55 de ellos niños, expuestos a violencia de género durante los últimos dos años. Todos ellos con unos niveles similares de exposición a la violencia.
	<u>Medidas utilizadas</u> <ul style="list-style-type: none"> - Planificación de la seguridad: esto se midió mediante dos preguntas “¿Qué es un plan de seguridad?” y “¿Qué puede hacer un niño cuando hay una pelea en su familia?” - Severidad de la violencia de género: evaluada mediante el Conflict Tactics Scale (CTS2).
	<u>Descripción de la intervención</u> Es un grupo de tratamiento de 10 sesiones semanales centrado en estrategias de planificación de seguridad. A lo largo de las primeras 5 sesiones, se trabaja la expresión y regulación emocional, en la 5ª sesión se explica el plan de seguridad, y a lo largo de las restantes sesiones se

	<p>trabajan las estrategias de resolución de conflictos y los estereotipos de género, además de ir ampliando y revisando dicho plan de seguridad.</p> <p>Este programa es una adaptación del Kid's Club Program.</p>
	<p><u>Seguimiento</u></p> <p>Entrevistas pre y post intervención (no hay seguimiento posterior).</p>
<p>Resultados relevantes</p>	<p>En la entrevista inicial, únicamente el 25% de los niños pudieron identificar un plan de seguridad adaptativo ante la violencia familiar, mientras que el 24% verbalizaron una estrategia de planificación de seguridad inadaptada. El resto de los menores, no contestaron a la pregunta.</p> <p>El examen de categorías de contenido específicas para las respuestas de los niños al plan de seguridad revelaron que el 26% del grupo de intervención formaron estrategias de búsqueda de ayuda activa tras la intervención, en comparación con el 4% del inicio.</p>
<p>Discusión planteada</p>	<p>Los hallazgos sugieren que, antes de la intervención, la mayoría de los niños en edad preescolar no saben qué es un plan de seguridad ni conocen las estrategias necesarias para protegerse cuando ocurre la violencia.</p> <p>De mayor preocupación son los 26 niños que informaron estrategias de planificación de la seguridad inadaptadas al inicio del estudio. Particularmente preocupante es el hallazgo de que 18 de los niños indicaron estrategias de participación directa (por ejemplo, "yo los rompería") al inicio del estudio, lo que coloca físicamente a estos niños en riesgo de ser victimizados directamente por el agresor.</p> <p>Las respuestas de indefensión a la violencia, aunque ponen a los niños en menor riesgo inmediato de lesión que la participación directa, también son problemáticas ya que estas estrategias están vinculadas a futuros problemas internalizantes y riesgo futuro de victimización múltiple.</p> <p>La planificación de la seguridad parece esencial para proteger la salud física y emocional de los niños pequeños. Dados los hallazgos actuales, está claro que los niños en edad preescolar necesitan una capacitación mucho mayor en planificación de la seguridad que la que se brinda naturalmente en sus entornos.</p> <p>El grupo de intervención mostró una reducción en el uso de respuestas desadaptativas a la violencia, mientras que el grupo de control no mostró tal reducción. Estos hallazgos cualitativos indican que muchos niños en edad preescolar son capaces de aprender y recordar información sobre planificación de seguridad. Además, estos hallazgos sugieren que, sin intervención, los preescolares pueden no estar al tanto de las formas de obtener ayuda de otros adultos (por ejemplo, policías, vecinos, otros miembros de la familia) durante incidentes de violencia familiar.</p> <p>Sin embargo, estos hallazgos deben considerarse desde la gran cantidad de niños que no han podido nombrar ningún tipo de plan de seguridad ni tras la intervención.</p> <p>En la práctica clínica, el desarrollo de estrategias de planes de seguridad</p>

	<p>debe ser el punto central de una sesión de grupo en particular, pero también debe practicarse en sesiones posteriores para obtener el máximo beneficio.</p> <p>La información sobre los planes de seguridad también debe presentarse utilizando estrategias apropiadas en función del desarrollo del menor. La literatura sobre intervenciones para niños en edad preescolar recomienda que la información se ofrezca de manera activa y dinámica mediante el uso de juegos, movimiento o materiales visuales.</p>
Conclusiones del estudio	<p>Se ha observado que conocimiento de los menores sobre estrategias de planificación de seguridad al inicio del estudio era muy deficiente.</p> <p>Se concluye que el programa mejoró las habilidades de los menores para crear estrategias de seguridad, aunque en proporciones menores de las que se esperaba.</p>
Base de datos/Revista	Pubmed/ Child Care in Practice
Otros aspectos	<p>Limitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mayoría de los niños no respondieron a las preguntas de seguridad. - El estudio aborda la información de los menores sobre posibles estrategias de seguridad, pero no sobre si estas son realmente utilizadas.