

## **APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA MADRES DE NIÑOS EXPUESTOS A VIOLENCIA CONYUGAL**

**Martín Rodríguez, Agustín  
Pérez San Gregorio, M<sup>a</sup> Ángeles**

Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. UNIVERSIDAD DE SEVILLA

### **RESUMEN**

*El objetivo de esta investigación se centra en analizar la eficacia de un programa de intervención psicológica (entrenamiento en modificación de conducta y pautas psicoeducativas) sobre las manifestaciones ansiosas de las madres y en los diferentes trastornos de conducta de sus hijos (hiperactividad, problemas de sueño, dificultades para hacer amigos, etc.). Empleamos una muestra constituida por ocho mujeres y doce niños, todos ellos expuestos a situaciones de violencia conyugal y que actualmente residían en la casa de acogida para mujeres víctimas de malos tratos de la provincia de Sevilla. Los instrumentos de evaluación empleados fueron los siguientes: Encuesta Psicosocial, Cuestionario de An-*

siedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982), Cuestionario de Cualidades y Dificultades (Goodman, 1997) y Cuestionario de Síntomas para Padres (Conners y Barkley, 1985). Los resultados indicaron que el programa terapéutico aplicado fue eficaz para disminuir, por un lado, la ansiedad estado de las madres y, por otro lado, los siguientes trastornos de sus hijos: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con la comida, temores y preocupaciones, tensión muscular, quejas de síntomas sin justificación médica, infantilismo o inmadurez, alteraciones de los sentimientos, dificultades para hacer amigos, inquietud, carácter, conductas sexuales, problemas en el colegio, mentiras, problemas de sueño, sobrevaloración de sí mismo y otros problemas adicionales.

**Palabras clave:** VIOLENCIA CONYUGAL. MALTRATO. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.

## SUMMARY

*The objective of this study is to analyze the influence of a psychological intervention program (training in behavioral modification and psychoeducational rules to mothers' anxiety and to different dysfunctions of their children's behavior (hiperactivity, sleeping problems, difficulties to make friends, etc). We use a sample consisted of eight women and twelve children, all of them exposed to domestic violence and that resided in shelter for battered women in Seville at the moment. Test instruments used were the following: a Psycho-social Questionnaire, State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982), Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997) and Parent Symptoms Questionnaire (Conners y Barkley, 1985). The results showed that the applied therapeutic program was effective to reduce, on the one hand, the mother's anxiety and, on the other hand, the following children's dysfunctions: emotional symptoms, behavioral problems, hiperactivity, problems with the food, fears and concerns, muscular tension, complaints of symptoms without medical justification, childishness or immaturity, mood swings, difficulties to make friends,*

*restlessness, strong character, sexual behaviour, problems at school, lies, sleeping problems overstimating themselves and other additional problems.*

**Key words:** *MARITAL VIOLENCE. ABUSE. PSYCHOLOGICAL INTERVENTION.*

## INTRODUCCIÓN

Las consecuencias psicológicas de los malos tratos a las mujeres han sido ampliamente documentadas en la literatura. Los trastornos y/o síntomas que con mayor frecuencia se asocian a las víctimas del maltrato conyugal son los siguientes: trastornos de estrés postraumático (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1998; Villavicencio, 1993), depresión (Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta, 1997; Walker, 1984) y trastornos de ansiedad (Echeburúa *et al.*, 1997; Villavicencio y Bautista, 1992). Sin embargo, existe menos información acerca de las repercusiones psicológicas del abuso conyugal sobre los hijos. En este sentido, algunas investigaciones concluyen que los niños que han estado expuestos a situaciones de violencia conyugal, presentan más conductas agresivas, más problemas emocionales tales como depresión y/o ansiedad, más problemas en el ámbito de la competencia social y peor funcionamiento académico (Fantuzzo y Mohr, 1999). Así, en un estudio realizado por Blumenthal, Neemann y Murphy (1998), se muestra que los niños expuestos a la violencia doméstica, en comparación con los niños no expuestos a tales situaciones, presentan una mayor dificultad para exteriorizar sus sentimientos y una mayor probabilidad de manifestar conductas agresivas, síntomas depresivos y trastorno de estrés postraumático.

En aquellos casos en que estos niños residen en una casa de acogida para mujeres víctimas de malos tratos, los trastornos psicológicos mencionados anteriormente, pueden aumentar en intensidad. Así, en un estudio realizado por Bennett, Dawe y Power (1999), se constató que, entre otras, las necesidades percibidas por

las madres sobre sus hijos (todos ellos habían sido testigos de violencia conyugal) fueron, por un lado, el recibir asistencia psicológica y pautas psicoeducativas para normalizar las relaciones familiares y, por otro lado, el ajuste emocional del impacto de vivir en una casa de acogida. De este modo, se considera adecuado proporcionar servicios de asesoramiento y apoyo a las madres que residen junto con sus hijos en casas de acogida (Jiménez, 1995).

Por otro lado, la intervención psicológica en los hijos cuando todavía no son adultos previene de consecuencias psicológicas negativas a largo plazo. Según algunas investigaciones, la exposición a la violencia entre los padres es uno de los mayores correlatos consistentes de la violencia doméstica adulta posterior, aunque se sabe poco sobre el desarrollo del modo o los mecanismos específicos de la transmisión intergeneracional (Feldman, 1997; McNeal y Amato, 1998). En este sentido, en una investigación realizada por Fergusson y Horwood (1998), observaron que en los niños que presenciaron violencia entre sus padres, cuando alcanzaron la edad de dieciocho años, aumentó la probabilidad de problemas de salud mental, abuso de sustancias y delitos. En general, estos hallazgos indican que ser testigo de violencia entre los padres durante la infancia, tiene efectos negativos en el ajuste psicológico y social en los adultos (Henning, Leitenberg, Coffey y Turner, 1996).

Por otro lado, algunas investigaciones identifican una serie de variables que pueden modular el impacto de la exposición a la violencia conyugal en los niños, por ejemplo, si también el niño recibía maltrato, sexo del niño, edad, el tiempo desde la última exposición, etc. Así, Kolbo (1996) concluye que la exposición a la violencia doméstica se asocia con problemas de conducta y autovalía en los hijos. Sin embargo, estas relaciones eran diferentes según el sexo y el tipo de apoyo por parte de algún progenitor. En este sentido, la violencia familiar doméstica correlacionaba positivamente con los problemas de conducta en las chicas y negativamente con la autovalía en los chicos. En los chicos los altos niveles de apoyo los protegían de los efectos de la exposición.

Ante estos hechos, en el presente trabajo, nos planteamos analizar la influencia de un programa de intervención psicológica (entrenamiento en modificación de conducta orientado a madres y

formación de éstas en diversas pautas psicoeducativas) en la siguientes variables: ansiedad de las madres (estado y rasgo), cualidades y dificultades de sus hijos (síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con los compañeros y conducta prosocial) y otros síntomas asociados a los trastornos de conducta de éstos (problemas de sueño, problemas de orina, dificultades para hacer amigos, etc.)

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **Muestra**

Para la realización del presente estudio, hemos utilizado un grupo constituido por ocho mujeres y sus hijos, los cuales fueron víctimas de malos tratos por parte de su pareja y padre de sus hijos. Todas estas mujeres y niños residían en la casa de acogida para mujeres víctimas de malos tratos de la provincia de Sevilla, durante el período comprendido entre agosto y diciembre del 2000.

Las madres de los niños presentaban las siguientes características sociodemográficas: tenían una edad media de 31,5 años y, por lo que se refiere al estado civil, el 50% estaban casadas, el 37,5% solteras y el 12,5% separadas. Todas las mujeres convivían con su pareja y padre de los hijos, antes de ingresar en la casa de acogida. Además, la mayoría (75%) presentaba un bajo nivel cultural. El 50% de las mujeres tenían un solo hijo y el otro 50% tenía dos hijos. Todas ellas recibieron maltrato físico y psíquico por parte de su pareja. Al ingresar en la casa de acogida, cinco presentaban lesiones físicas y el 50% llevaban más de cinco años soportando historias de malos tratos.

En cuanto a los niños, en el presente estudio participaron doce sujetos (ocho niñas y cuatro niños), con una edad media de 7,33 años. Diez de los niños tenían edades comprendidas entre los 4 y los 10 años, siendo las edades de los dos restantes de 14 y 15 años, respectivamente. El 33% de los niños había recibido malos tratos físicos directamente por parte de su padre, y el resto de los niños no sufrieron malos tratos físicos. Todos los sujetos presenciaron malos tratos físicos y psíquicos de su padre hacia su madre.

### **Selección de la muestra**

Para la realización del presente estudio, partimos de un grupo de trece mujeres y diecinueve niños que residían en la casa de acogida para mujeres víctimas de malos tratos de la provincia de Sevilla en el momento de la selección (agosto de 2000). Se seleccionaron aquellas que cumplían los dos criterios siguientes: (1) en primer lugar, que tuvieran uno o más hijos residiendo en la casa de acogida, y (2) en segundo lugar, que tuvieran expectativas de permanecer en el centro al menos cuatro meses. Partiendo de estos criterios de inclusión, de las trece mujeres y diecinueve niños, anteriormente mencionados, se descartaron los siguientes sujetos: (1) dos mujeres por no tener hijos, y (2) tres mujeres y siete niños por tener expectativas de marcharse antes de dos meses.

### **Material de evaluación**

Los instrumentos psicológicos empleados en este estudio fueron los siguientes:

- Encuesta psicosocial: fue elaborada por los autores del presente trabajo y se centraba en recoger información, por un lado, sobre aspectos sociodemográficos y, por otro lado, sobre aspectos específicos y propios del maltrato: tipo de maltrato, duración del maltrato, etc.

- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982): contiene dos escalas, cada una con 20 ítems, que miden la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. Cada ítem se contesta según una escala de cuatro puntos y el rango de puntuaciones de cada una de las escalas de este cuestionario oscila entre 0 (ausencia de ansiedad) y 60 (máxima ansiedad).

- Cuestionario de Cualidades y Dificultades (Goodman, 1997): elaborado para detectar probables casos de trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes. Consta de 25 ítems, que se dividen en cinco escalas de cinco ítems cada una de ellas y que hacen referencia a los síntomas emocionales, los problemas de conducta, la hiperactividad, los problemas con los compañeros

y la conducta positiva de socialización (conducta prosocial). Las primeras cuatro escalas son las que se suman para generar una puntuación total de las dificultades y posibles trastornos del niño. Cada ítem presenta tres alternativas de respuesta: “no es cierto”, “un tanto cierto” y “absolutamente cierto”. El rango de puntuaciones de cada una de las escalas de este cuestionario oscila entre 0 y 10. Cuanto más alta sea la puntuación obtenida en las cuatro primeras escalas y en la puntuación total (oscila entre 0 y 40), mayor es la probabilidad de padecer un trastorno mental y del comportamiento.

- Cuestionario de Síntomas para Padres (Conners y Barkley, 1985): evalúa la presencia o gravedad de los síntomas más comúnmente asociados con los trastornos de comportamiento en la infancia. Consta de 93 ítems, que se distribuyen en veinticinco subescalas: problemas con la comida, problemas de sueño, temores y preocupaciones, tensión muscular, problemas de lenguaje, problemas de orina, problemas intestinales, quejas de síntomas sin justificación médica, problemas de succión-masticación, infantilismo o inmadurez, alteraciones de los sentimientos, sobrevaloración de sí mismo, dificultades para hacer amigos, problemas con los hermanos, dificultades para mantener las amistades, inquietud, carácter, conductas sexuales, problemas en el colegio, mentiras, robos, actitud hacia el fuego, problemas con la policía, perfeccionismo y problemas adicionales. Cada ítem tiene cuatro alternativas de respuestas: “nunca”, “pocas veces o con poca intensidad”, “bastantes veces o con bastante intensidad” y “casi siempre o con mucha intensidad”. El rango de puntuaciones del cuestionario oscila entre 0 y 279. Cuanto más alta sea la puntuación obtenida, mayor es la presencia o gravedad de síntomas en las diferentes subescalas.

## **Procedimiento**

Todas las mujeres fueron sometidas a idénticas condiciones de administración en lo que respecta tanto a la aplicación de las pruebas, como al programa de intervención psicológica. Cada madre rellenaba una batería de instrumentos psicológicos por cada hijo que

tuviera, excepto el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, que se le administraba uno solo en cada fase (pre-tratamiento y post-tratamiento). Las fases que se siguieron en el estudio fueron las siguientes:

1. Evaluación pre-tratamiento: se aplicaron de forma individual a las madres, los siguientes instrumentos: la encuesta psicosocial, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982), el Cuestionario de Cualidades y Dificultades (Goodman, 1997) y el Cuestionario de Síntomas para Padres (Conners y Barkley, 1985).

2. Tratamiento (selección y aplicación de las técnicas): el tratamiento que decidimos aplicar consistió, por un lado, en un entrenamiento en técnicas de modificación de conducta orientado a las madres y, por otro lado, en ofrecerles diversas pautas psicoeducativas para afrontar las dificultades específicas de la separación y del maltrato.

Los objetivos de la intervención fueron, en primer lugar, que las madres adquiriesen las habilidades básicas para intervenir adecuadamente en la solución de los problemas de conducta de sus hijos y en la adquisición y desarrollo de hábitos saludables y, en segundo lugar, que desarrollaran las habilidades específicas para afrontar de forma adecuada las consecuencias psicológicas que la separación y el maltrato había generado sobre sus hijos.

El número total de sesiones realizadas fue doce, con una periodicidad de una sesión semanal, y una hora y media de duración cada una.

La estructura de las sesiones fue la siguiente: (1) resumen de la sesión anterior, (2) revisión de las tareas para casa, (3) tratar las dificultades surgidas durante las tareas para casa, (4) exposición de los contenidos del programa en la sesión, (5) discusión, ejercicios prácticos y ensayo de conducta para clarificar los contenidos, (6) resumen del contenido de la sesión, y (7) asignación de tareas para casa.

A continuación se describe el contenido del programa de intervención, que se dividió en tres bloques. El primero de ellos, correspondió a las dos primeras sesiones y realizamos las siguientes actividades:

- Informamos a las madres, por una parte, sobre las consecuencias psicológicas de la violencia conyugal y familiar en los niños y, por otra parte, sobre las consecuencias de la desautorización, ya que se trataba de mujeres que, en la mayoría de las ocasiones, su pareja les quitaba la autoridad con respecto a las normas educativas de sus hijos. Se les explicaba la influencia negativa que ejercía la desautorización en la actual relación del niño con su madre.

- Iniciamos a las madres en los principios centrales de la teoría del aprendizaje.

- Enseñamos a las madres a identificar, describir y registrar las conductas problemas de sus hijos en función de los cuestionarios administrados en la fase de pre-tratamiento.

El segundo bloque de tratamiento correspondió a las ocho sesiones siguientes. Se llevó a cabo el entrenamiento en las siguientes técnicas de modificación de conducta y pautas psicoeducativas:

- Técnicas para fortalecer conductas: se instruía a las madres en cómo aplicar el reforzamiento positivo (por ejemplo, algunas madres lo aplicaban a la conducta de jugar con otros niños sin pegarse y por cada hora que transcurriera sin que su hijo se pegara con otro, ésta le decía lo orgullosa que estaba de él, le daba un beso y un caramelo), el reforzamiento negativo (por ejemplo, siempre que el niño no pidiera las cosas llorando, la madre le prestaba atención, con lo cual desaparecía algo negativo, el que la madre no le prestara atención), el reforzamiento diferencial de otras conductas (por ejemplo, se les decía a las madres que reforzaran al final de la tarde, después de que los niños salieran al patio de la casa de acogida a jugar, siempre que no se hubiesen manifestado conductas agresivas) y el principio de Premack (se utilizó para reforzar conductas como la de quitar la mesa y lavarse los dientes. Por ejemplo, cuando el niño quitaba la mesa, podía ver la televisión durante media hora después de cenar).

- Técnicas para el desarrollo de conductas nuevas: se enseñaba a las madres las técnicas de aproximación sucesiva y encadenamiento (por ejemplo, se utilizó para los problemas en el colegio, de este modo, si el niño estudiaba diez minutos la madre le reforzaba y, posteriormente, se le reforzaba cuando lo hacía quince minutos y así sucesivamente).

- Técnicas para extinguir conductas: se instruía a las madres sobre cómo aplicar de forma efectiva la extinción (por ejemplo, se utilizó para los problemas con las comidas, cuando el niño comenzaba en la hora de la comida a decir que no tenía hambre, se daba instrucciones a la madre de que no le prestara ningún tipo de atención), el tiempo fuera, el coste de respuesta y el castigo positivo. Estas tres últimas técnicas se utilizaron para modificar las variables de hiperactividad, carácter, tensión muscular, etc. (por ejemplo, el coste de respuesta se aplicó de la siguiente forma: cada vez que uno de sus hijos decía un "taco" se le quitaba un punto y por cada dos horas que la madre no escuchara un "taco" se ganaba dos puntos, con un número de puntos determinado conseguía alguna recompensa).

- Pautas psicoeducativas para problemas específicos como la enuresis, los problemas en las situaciones de alimentación y los problemas de sueño. Se les entrenaba en medidas profilácticas y de actuación ante dichos problemas (por ejemplo, se daban a las madres normas generales para la alimentación como la regularidad horaria, no reñir durante las comidas y no prolongar el tiempo de ellas, etc.)

Por último, el tercer bloque de tratamiento constituyó las dos últimas sesiones. Dicho bloque se centró en las pautas de actuación para problemas específicos de la separación, como por ejemplo, el régimen de visitas, el futuro contacto con el maltratador para tratar cuestiones relacionadas con sus hijos, etc.

3. Evaluación post-tratamiento: una vez finalizada la intervención, que duró aproximadamente doce semanas, tuvimos otra sesión en la que de nuevo administramos de forma individual toda la batería de instrumentos psicológicos.

## RESULTADOS

### Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo

Los resultados referidos a la ansiedad estado y a la ansiedad rasgo quedan reflejados en la figura 1. En ella puede apreciarse que

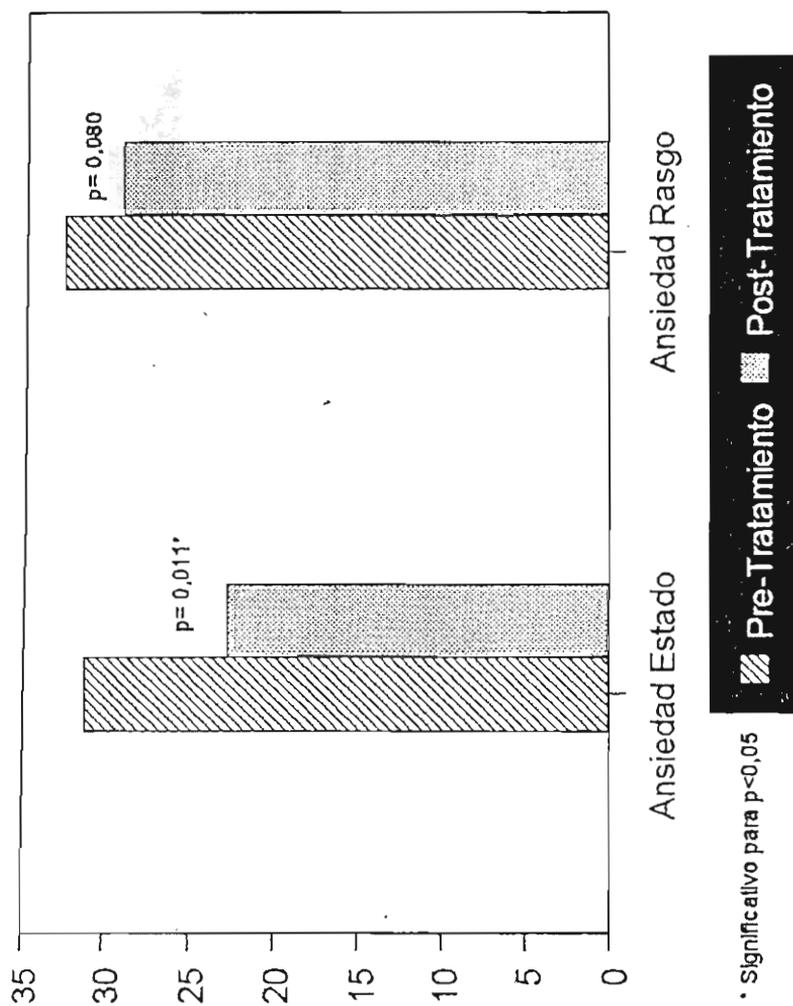


Figura 1.- Inventario de Ansiiedad Estado-Rasgo. Comparación entre las fases pre y post-tratamiento

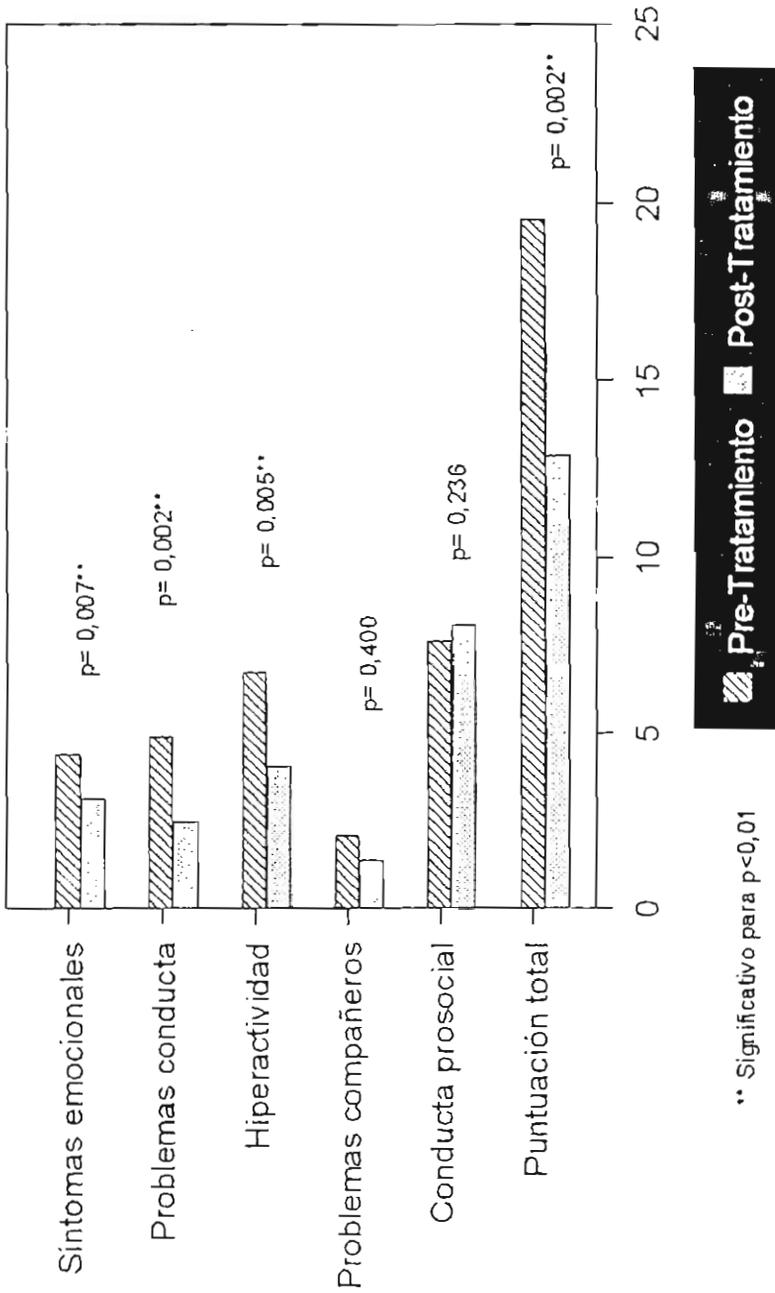


Figura 2.- Cuestionario de cualidades y dificultades. Comparación entre las fases pre y post-tratamiento

Tabla 1.- Cuestionario de síntomas para padres. Comparación entre las fases pre y post-tratamiento

VARIABLES	PRE TRATAM IENTO	POST TRATAM IENTO	SIGNI FICAC IÓN
- Problemas con la comida	2,66	1,00	0,018
- Problemas de sueño	3,75	0,83	0,005
- Temores y preocupaciones	4,08	2,00	0,005
- Tensión muscular	2,75	0,91	0,005
- Problemas de lenguaje	1,00	0,58	0,179
- Problemas de orina	0,50	0,25	0,179
- Problemas intestinales	0,42	0,42	1,000
- Quejas de síntomas sin justificación médica	1,25	0,58	0,027
- Problemas de succión-masticación	2,83	2,33	0,138
- Infantilismo o inmadurez	6,25	4,16	0,007
- Alteraciones de los sentimientos	2,75	1,25	0,011
- Sobrevaloración de sí mismo	4,42	1,33	0,003
- Dificultades para hacer amigos	3,41	2,41	0,027
- Problemas con los hermanos	3,08	1,75	0,007
- Dificultades para mantener las amistades	3,58	1,08	0,005
- Inquietud	5,25	2,66	0,002
- Carácter	4,83	2,33	0,005
- Conductas sexuales	2,50	2,10	0,067
- Problemas en el colegio	2,75	1,41	0,011
- Mentiras	4,10	1,91	0,005
- Robos	0,25	0,08	0,179
- Actitud hacia el fuego	0,58	0,41	0,179
- Problemas con la policía	0,00	0,08	0,317
- Perfeccionismo	2,75	2,25	0,067
- Problemas adicionales	17,16	10,00	0,002

en ambas variables hay una disminución al comparar las dos evaluaciones: pre-tratamiento y pos-tratamiento. Para saber si estas diferencias eran significativas aplicamos la prueba estadística de Wilcoxon y hallamos el siguiente resultado: al comparar las evaluaciones pre-tratamiento y pos-tratamiento fue significativa la diferencia hallada en la ansiedad estado ( $p < 0,05$ ).

### **Cuestionario de Cualidades y Dificultades**

Tras aplicar la prueba de Wilcoxon para grupos idénticos con la finalidad de comparar las evaluaciones pre y pos-tratamiento (figura 2), resultaron significativas las diferencias halladas en el total de la escala ( $p < 0,01$ ) y en las subescalas síntomas emocionales ( $p < 0,01$ ), problemas de conducta ( $p < 0,01$ ) e hiperactividad ( $p < 0,01$ ).

### **Cuestionario de Síntomas para Padres**

Tras aplicar la prueba de Wilcoxon, para saber si existían diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas antes y después del tratamiento, se halló que después del tratamiento las puntuaciones eran significativamente más bajas en las siguientes subescalas: problemas con la comida ( $p < 0,05$ ), problemas de sueño ( $p < 0,01$ ), temores y preocupaciones ( $p < 0,01$ ), tensión muscular ( $p < 0,01$ ), quejas de síntomas sin justificación médica ( $p < 0,05$ ), infantilismo o inmadurez ( $p < 0,01$ ), alteraciones de los sentimientos ( $p < 0,05$ ), sobrevaloración de sí mismo ( $p < 0,01$ ), dificultades para hacer amigos ( $p < 0,05$ ), problemas con los hermanos ( $p < 0,01$ ), dificultades para mantener las amistades ( $p < 0,01$ ), inquietud ( $p < 0,01$ ), carácter ( $p < 0,01$ ), problemas en el colegio ( $p < 0,05$ ), mentiras ( $p < 0,01$ ) y problemas adicionales ( $p < 0,01$ ) (tabla 1).

## **DISCUSIÓN**

A partir de los resultados obtenidos, identificamos los efectos del programa de intervención psicológica utilizado con las madres víc-

timas de malos tratos por parte de sus parejas y que residían en la casa de acogida.

En cuanto a las madres, se redujo la ansiedad estado de forma significativa. Numerosos estudios ponen de manifiesto que las mujeres maltratadas presentan un alto nivel de ansiedad (Zubizarreta, Sarasua, Echeburúa, Corral, Sauca y Emparanza, 1994; Walker, 1984). Esto puede deberse al hecho de que muchas mujeres víctimas de malos tratos conyugales temen ser nuevamente agredidas por sus excompañeros. Además, es difícil evitar el contacto con el maltratador, especialmente cuando tienen hijos en común. Por otro lado, creemos que puede ser un factor estresante el hecho de tener que afrontar la educación de los hijos en el estado emocional en el que se encuentran. Así, el programa de intervención pudiera haber facilitado el que las madres afrontasen de manera más adecuada dicho factor estresante, reduciéndose con ello su nivel de ansiedad. Sin embargo, no hubo diferencias significativas, al comparar las evaluaciones pre y post-tratamiento, en la variable ansiedad rasgo. Esto puede deberse a que se trata de una característica más estable de personalidad y, por tanto, más difícil de modificar.

En cuanto a los niños, en líneas generales, podemos concluir que el programa de entrenamiento en modificación de conducta para madres y las pautas educativas ofrecidas mostró una alta eficacia.

En primer lugar, disminuyeron de forma significativa los síntomas emocionales, los problemas de conducta, la hiperactividad, y otra serie de síntomas asociados con los trastornos de comportamiento en la infancia. Tal y como se constata en numerosos estudios, la exposición en los niños a la violencia conyugal conlleva repercusiones psicológicas negativas, por ejemplo, aumento de la conducta agresiva, disminución de la competencia social y presencia de ansiedad, depresión y estrés postraumático. Aún cuando, en ocasiones, estos datos son inconsistentes y contradictorios, los hallazgos recientes demuestran que los efectos son negativos (Fantuzzo y Mohr, 1999; Kolbo, Blakely y Engleman, 1996; Somer y Braunstein, 1999).

Por otro lado, los programas de entrenamiento a padres en modificación de conducta, han demostrado su efectividad en diversos trastornos de conducta, tales como las rabietas, la conducta

agresiva y la desobediencia (Carrasco y Roldán, 1996; Kazdin, 1985). En este sentido, y apoyando nuestros resultados, los problemas de conducta, la hiperactividad y otros síntomas asociados con trastornos del comportamiento (inquietud, tensión muscular, etc.) disminuyeron de forma significativa tras la aplicación del tratamiento.

Así mismo, disminuyeron significativamente otros síntomas de índole más emocional, por ejemplo, los síntomas emocionales, los temores y preocupaciones, las quejas de síntomas sin justificación médica, etc. La explicación que barajamos respecto a estos hallazgos es que al aumentar la competencia de las madres y al disminuir la ansiedad de éstas, puede haber servido de contenedor de dichos síntomas emocionales en los niños. De este modo, Osofsky (1999) refiere que uno de los recursos más importantes para proteger a los niños de los efectos negativos de la exposición a la violencia sería establecer una fuerte relación con un adulto competente y cuidador, papel frecuentemente desempeñado por algunos de los padres. Pero cuando, a veces, estos padres son ellos mismos testigos o víctimas de la violencia pueden tener dificultades para desempeñar este papel.

Por lo que se refiere a los síntomas de los niños que no disminuyeron significativamente con la intervención, creemos que esto podría ser debido a que el programa aplicado no interviene directamente en la modificación de estos síntomas, o bien, a que estos niños no presentaban problemas en dichas áreas, como por ejemplo conducta positiva de socialización, problemas con la policía, robos, problemas de lenguaje, etc.

Por otro lado, esta investigación tiene las limitaciones propias de un estudio exploratorio. En primer lugar, no hemos podido valorar la eficacia de ciertos contenidos del programa de intervención, concretamente, los que hacen referencia al tercer bloque de tratamiento y que aluden a problemas específicos de la separación y del maltrato. Algunos autores indican la complejidad que supone los asuntos relacionados con la custodia y el régimen de visita en las familias donde hay una esposa maltratada (Lieberman y Van-Horn, 1998).

En segundo lugar, no se ha analizado el papel que juegan determinadas variables mediadoras en el impacto psicológico de la exposición a la violencia conyugal en los hijos, por ejemplo, el estado emocional de la madre, el sexo del niño, la naturaleza y severidad

de la violencia, etc. Así, en un estudio realizado sobre niños que residían en casas de acogida para mujeres víctimas de malos tratos, se demuestra que las chicas presentan significativamente más problemas de conducta que los chicos y que el ajuste emocional de las madres es el mejor predictor de la adaptación emocional de sus hijos. No obstante, otros estudios parecen contradecir estos hallazgos (Copping, 1996; Smith, Berthelsen y O'Connor, 1997).

En tercer lugar, no se realizó un seguimiento para saber si los logros obtenidos con la intervención psicológica se mantuvieron con el tiempo. Ello no fue posible debido a que el tiempo de estancia de las mujeres que ingresan en la casa de acogida es de tres a seis meses. Posteriormente, resulta complicado contactar con ellas, ya que por diferentes motivos (resolución de problemas legales, seguridad, etc.) se trasladan fuera de la provincia de Sevilla.

En cuarto lugar, no se ha valorado la posible influencia de la deseabilidad social de las madres cuando cumplimentaron los instrumentos psicológicos, tanto antes como después de la intervención. Esta posible influencia pudiera haber afectado en los resultados obtenidos, ya que en el contexto ambiental de la casa de acogida se valora de forma positiva los comportamientos asertivos, tanto de las madres como de sus hijos.

Para finalizar, hemos de resaltar la importancia del programa terapéutico aplicado, por un lado, porque a corto plazo ha resultado eficaz para disminuir algunos trastornos de conducta en los niños (por ejemplo, los comportamientos agresivos) y, por otro lado, porque probablemente al eliminar y/o disminuir este tipo de conductas estemos, en parte, ayudando a las madres a que afronten de forma positiva una nueva etapa en la relación con sus hijos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bennett, L., Dawe, D. y Power, J.** (1999). Children's needs in shelters: Mother's perceptions. *Canadian Journal of Community Mental Health, 18*, 57-76.
- Blumenthal, D.R., Neemann, J. y Murphy, C.M.** (1998). Lifetime exposure to interparental physical and verbal aggression and symptom expression in college students. *Violence and Victims, 13*, 175-196.

- Carrasco, F.J. y Roldán, G.M. (1996). Programa de entrenamiento para madres de niños con problemas de conducta. *Apuntes de Psicología*, 47, 115-135.
- Conners, C.K. y Barkley, R.A. (1985). Parent Symptoms Questionnaire. *Psychofarmacology Bulletin*, 21, 809-832.
- Copping, V.E. (1996). Beyond over and under-control: Behavioral observations of shelter children. *Journal of Family Violence*, 11, 41-57.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. I., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 7-19.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1998). Mujeres víctimas de malos tratos. En E. Echeburúa y P. Corral. (Dir.), *Manual de violencia familiar* (pp.11-72). Madrid, Siglo XXI.
- Fantuzzo, J.W. y Mohr, W.K. (1999). Prevalence and effects of child exposure to domestic violence. *Future of Children*, 9, 21-32.
- Feldman, C.M. (1997). Childhood precursors of adult interpartner violence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 307-334.
- Fergusson, D.M. y Horwood, L.J. (1998). Exposure to interparental violence in childhood and psychosocial adjustment in young adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 22, 339-357.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Henning, K., Leitenberg, H., Coffey, P. y Turner, T. (1996). Long-term psychological and social impact of witnessing physical conflict between parents. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 35-51.
- Jiménez, C. (1995). *Malos tratos conyugales a mujeres en el área de Sevilla*, Sevilla, Instituto Andaluz de la Mujer.
- Kazdin, A.E. (1985). *Tratamiento de la conducta antisocial en la infancia y la adolescencia*, Barcelona, Martínez Roca.
- Kolbo, J.R. (1996). Risk and resilience among children exposed to family violence. *Violence and Victims*, 11, 113-128.
- Kolbo, J.R., Blakely, E.H. y Engleman, D. (1996). Children who witness domestic violence: A review of empirical literature. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 281-293.
- Lieberman, A.F. y Van-Horn, P. (1998) Attachment, trauma, and domestic violence: Implications for child custody. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7, 423-443.
- McNeal, C. y Amato, P.R. (1998). Parents' marital violence: Long-term consequences for children. *Journal-of-Family-Issues*, 19, 123-139.

- Osofsky, J.D.** (1999). The impact of violence on children. *Future of Children*, 9, 33-49.
- Smith, J., Berthelsen, D. y O'Connor, I.** (1997). Child adjustment in high conflict families. *Child: Care, Health and Development*, 23, 113-133.
- Somer, E. y Braunstein, A.** (1999). Are children exposed to interparental violence being psychologically maltreated?. *Aggression and Violent Behavior*, 4, 449-456.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E.** (1982). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*, Madrid, Tea Ediciones, S.A.
- Villavicencio, P. y Batista, N.M.** (1992). Un problema específico de salud en la mujer: la situación de maltrato. Revisión teórica. *Clínica y Salud*, 3, 239-249.
- Villavicencio, P.** (1993). Mujeres maltratadas: conceptualización y evaluación. *Clínica y Salud*, 4, 215-228.
- Walker, L.E.** (1984). *The battered women syndrome*, New York, Springer.
- Zubizarreta, I., Sarasua, B., Echeburúa, E., Corral, P., Sauca, D. y Emparanza, I.** (1994). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa (Dir.), *Personalidades Violentas* (pp.129-152), Madrid, Pirámide.