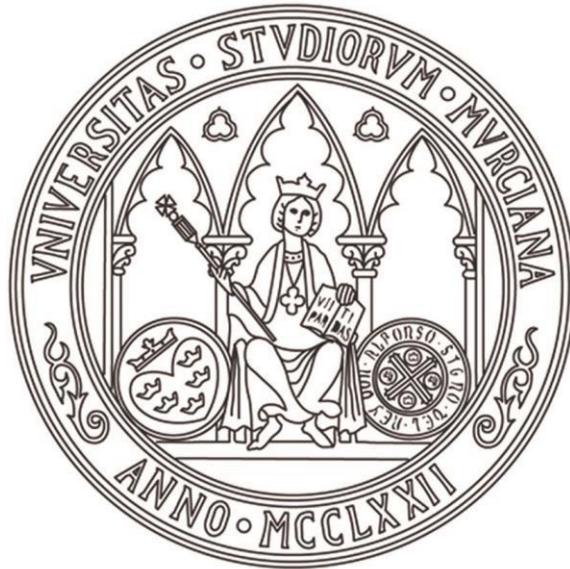




UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
TESIS DOCTORAL

Trauma Complejo o Trastorno Traumático del Desarrollo: una
nueva propuesta diagnóstica para la comprensión de las
reacciones postraumáticas graves en la infancia y adolescencia

D.^a Isabel María Cervera Pérez
2023



UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
TESIS DOCTORAL

Trauma Complejo o Trastorno Traumático del Desarrollo: una nueva propuesta diagnóstica para la comprensión de las reacciones postraumáticas graves en la infancia y adolescencia

Autor: D.^a Isabel María Cervera Pérez

Director/es: D.^a Concepción López Soler y
D.^a Maravillas Castro Sáez



**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD
DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR**

Aprobado por la Comisión General de Doctorado el 19-10-2022

D./Dña. Isabel María Cervera Pérez

doctorando del Programa de Doctorado en

Psicología

de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Murcia, como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor y titulada:

Trauma Complejo o Trastorno Traumático del Desarrollo: una nueva propuesta diagnóstica para la comprensión de las reacciones postraumáticas graves en la infancia y adolescencia

y dirigida por,

D./Dña. Concepción López Soler

D./Dña. Maravillas Castro Sáez

D./Dña.

DECLARO QUE:

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Si la tesis hubiera sido autorizada como tesis por compendio de publicaciones o incluyese 1 o 2 publicaciones (como prevé el artículo 29.8 del reglamento), declarar que cuenta con:

- *La aceptación por escrito de los coautores de las publicaciones de que el doctorando las presente como parte de la tesis.*
- *En su caso, la renuncia por escrito de los coautores no doctores de dichos trabajos a presentarlos como parte de otras tesis doctorales en la Universidad de Murcia o en cualquier otra universidad.*

Del mismo modo, asumo ante la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada, en caso de plagio, de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

En Murcia, a 24 de Julio de 2023

Fdo.:

Esta DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD debe ser insertada en la primera página de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor.

Información básica sobre protección de sus datos personales aportados

Responsable:	Universidad de Murcia. Avenida teniente Flomesta, 5. Edificio de la Convalecencia. 30003; Murcia. Delegado de Protección de Datos: dpd@um.es
Legitimación:	La Universidad de Murcia se encuentra legitimada para el tratamiento de sus datos por ser necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. art. 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos
Finalidad:	Gestionar su declaración de autoría y originalidad
Destinatarios:	No se prevén comunicaciones de datos
Derechos:	Los interesados pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación del tratamiento, olvido y portabilidad a través del procedimiento establecido a tal efecto en el Registro Electrónico o mediante la presentación de la correspondiente solicitud en las Oficinas de Asistencia en Materia de Registro de la Universidad de Murcia

DEDICATORIA

A todos aquellos niños y niñas dañados que me permitieron conocer sus historias, y que pasaron los peores traumas que un ser humano puede sufrir: aquellos perpetrados precisamente por las personas que debieron protegerlos y cuidarlos.

AGRADECIMIENTOS

Hace ahora 8 años que decidí comenzar este proyecto que por fin hoy veo concluido. Era el año 2015 y yo acababa de llegar a una ciudad, Murcia, completamente desconocida para mí en ese momento, con la ilusión de empezar a trabajar por primera vez como psicóloga especialista en Psicología Clínica. El azar y la bolsa de trabajo del Servicio Murciano de Salud me llevaron a la Unidad de Psicología Pediátrica del HCUVA y allí fue donde conocí a la persona que me puso en contacto por primera vez con el apasionante, y a la vez duro, mundo del trauma infantil. Esa persona es la Dra. Concepción López Soler, una de mis directoras de tesis y especialista y referente en el ámbito del trauma grave en la infancia. Muchas gracias Concha por todo, por alentarme hasta el último día para terminar este trabajo, y por creer siempre en mi capacidad para hacerlo, mucho más de lo que yo he confiado en mí misma.

También quiero agradecer a otras muchas personas que me han acompañado en este largo y duro camino, tanto a nivel profesional como emocional. Una de ellas es mi otra directora, la Dra. Maravillas Castro. Gracias Mara, por toda tu ayuda, orientaciones y revisiones. También quiero mencionar especialmente a Antonia Martínez, gran profesional y gran persona que siempre me brindó su ayuda y supervisión tanto en este proyecto como también en mi trabajo como psicóloga clínica en la HCUVA. Otras personas con las que coincidí durante mi paso laboral por Murcia y de las que hoy también me quiero acordar son: Visi, Sonia, Fuensanta, Pedro, Ana Isabel...

Y por supuesto que todo esto no hubiera sido posible sin el apoyo incondicional que siempre he tenido para todo de mi familia, mis padres y hermanos, especialmente mis padres. Gracias por dárme lo absolutamente todo. Todo lo que he conseguido tanto profesional como personalmente ha sido gracias a vosotros. A propósito del tema de esta tesis, mis padres, mis principales figuras de apego en la etapa vital más crítica que es la infancia/adolescencia, me ofrecieron unas condiciones de apego, en cuanto a su disponibilidad y trato dispensado, que me han permitido desarrollarme con normalidad y de manera saludable. No quiero olvidarme, por supuesto, de mi sobrina Dafne, la alegría de todos desde que nació y el mejor ejemplo de cómo debería ser la infancia para cualquier niño/a.

Por último, pero no por ello menos importante, gracias a mi compañero de vida elegido, Edu, por tu mirada porque, como escribe tan bellamente Ángel González “yo existo porque tú me imaginas, soy alta porque tú me crees alta, y limpia porque tú me miras con buenos ojos, con mirada limpia...”. Y es que la visión que nuestros seres significativos tienen de nosotros mismos va a determinar cómo nos veamos y la autoconfianza que vamos a desarrollar para afrontar todas las circunstancias vitales que vayan surgiendo. Y tu mirada hacia mí, Edu, siempre ha sido positiva.

Es más fácil construir niños fuertes que reparar adultos rotos

Frederick Douglas

¿Qué es la infancia?

¿Cuál es el significado de que el ser humano llegue al mundo más desvalido que cualquier otra criatura y necesite, durante un período mucho más prolongado que cualquier otro ser viviente, el cuidado cariñoso y el sabio consejo de los suyos?

John Fiske

Esta investigación se ha realizado gracias al “Proyecto de evaluación, diagnóstico e intervención psicológica a menores tutelados”, en base al convenio establecido entre la Universidad de Murcia y la Dirección General de Familia y Políticas Sociales de la Región de Murcia.

Asimismo, el presente estudio ha sido posible gracias al “Servicio de atención psicológica a hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género”, en base a un convenio establecido entre la Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental en Infancia y Juventud, “Quiero Crecer”, y la Dirección General de Mujer y Diversidad de Género perteneciente a la Consejería de Política Social, Familias e Igualdad de la Región de Murcia.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO	7
Capítulo 1. TRAUMA EN LA INFANCIA.....	8
1.1 ASPECTOS CONCEPTUALES	9
1.2. TIPOS DE EVENTOS TRAUMÁTICOS.....	12
1.2.1 Eventos traumáticos complejos.....	13
1.2.2 Attachment trauma: cuando el trauma ocurre en la relación del niño con sus figuras de apego	18
Capítulo 2. EL MALTRATO INFANTIL.....	24
2.1. CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN	25
2.1.1. Tipos de maltrato infantil.....	26
2.1.2 Maltrato infantil dentro del ámbito familiar	27
2.1.3. Menores expuestos a violencia contra sus madres.....	31
2.2. EPIDEMIOLOGÍA.....	33
2.3 CONSECUENCIAS NEUROBIOLÓGICAS DE TRAUMAS ASOCIADOS A MALOS TRATOS EN LA INFANCIA.....	37
2.3.1. Ambiente temprano adverso y neurodesarrollo	38
2.3.2. Afectación del eje Hipotálamo-Hipofisario-Adrenal (HHA)	41
2.3.3. Cambios morfológicos y funcionales en el cerebro de los niños maltratados	43
2.4. CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS DEL MALTRATO INFANTIL.....	46
Capítulo 3. DIAGNÓSTICO DE LAS REACCIONES POSTRAUMÁTICAS COMPLEJAS.....	51
3.1. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)	52
3.2. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO (TEPT-C)	57



3.2.1. Trauma Complejo en la APA: DSM	62
3.2.2. Trauma Complejo y Trastornos de personalidad	63
3.2.3. Trauma complejo en la OMS: CIE-11	64
3.3. TRAUMA DEL DESARROLLO	68
3.3.1 Estudios sobre TTD.....	76
3.3.2 Comorbilidades entre TTD, TEPT y otros trastornos mentales.....	79
SEGUNDA PARTE: MARCO EMPÍRICO	84
Capítulo 4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	85
4.1. OBJETIVO GENERAL	86
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	86
4.3. HIPÓTESIS	87
Capítulo 5. MÉTODO.....	89
5.1 DISEÑO	90
5.2 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	91
5.3 PROCEDIMIENTO	93
5.4 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	100
5.5 ANÁLISIS DE DATOS (TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS)	102
Capítulo 6. RESULTADOS.....	104
6.1 ANÁLISIS DE LOS TRAUMAS EXPERIMENTADOS	105
6.1.1. Número de eventos traumáticos.....	105
6.1.2. Tipología de traumas	107
6.2. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT).....	111
6.2.1. Tasas de prevalencia del TEPT en el CPSS, de carácter leve (criterios DSM-5) y moderado/grave, en la muestra total y en las submuestras.....	111
6.2.2. Diagnóstico TEPT parcial (criterios DSM-5 para niños/as de 6 años y menores).....	114



6.2.3. Diferencias entre grupos de estudio en diagnóstico TEPT (completo y parcial)	119
6.2.4. Análisis de las diferencias en diagnóstico TEPT en función del sexo y la edad	122
6.3 ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO O TRAUMA DEL DESARROLLO.....	125
6.3.1. Análisis de las puntuaciones obtenidas en los ítems del Listado de Síntomas del Trastorno Traumático del Desarrollo y comparación entre las submuestras	125
6.3.2. Tasas de prevalencia de síntomas de desregulación y análisis de diferencias por sexo	128
6.3.3 Tasas de prevalencia del deterioro psicosocial en la muestra total y las submuestras	130
6.3.4 Tasas de prevalencia de TEPT-C (leve moderado/grave).....	134
6.3.5. Relación entre sexo/edad y diagnóstico de TEPT complejo o Trastorno Traumático del Desarrollo	137
6.4. RELACIÓN ENTRE DIAGNÓSTICO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO Y TIPO DE EVENTOS TRAUMÁTICOS	139
6.4.1. Diferencias entre grupos de estudio en diagnóstico TEPTC o TTD	139
6.4.2. Efectos de los traumas experimentados en el diagnóstico TEPTC .	140
6.5 COMORBILIDAD TEPT Y TEPT COMPLEJO	143
Capítulo 7. DISCUSIÓN.....	145
Capítulo 8. CONCLUSIONES	161
8.1. LIMITACIONES	166
8.2. APORTACIONES E IMPLICACIONES DEL ESTUDIO	168
8.3. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	170
REFERENCIAS.....	172
ANEXO	202



INTRODUCCIÓN

La presente Tesis Doctoral se enmarca dentro de las investigaciones sobre Trauma Complejo o Trauma del Desarrollo. A día de hoy, estos términos resuenan con familiaridad entre clínicos y otros profesionales que atienden y tratan a niños traumatizados, desde la aceptación del diagnóstico de TEPT Complejo en la última versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS, 2018) y la proliferación de estudios sobre el tema en las últimas décadas. A lo largo de este trabajo vamos a desarrollar los siguientes conceptos y las relaciones que se establecen entre todos ellos: trauma infantil, apego/vinculación, maltrato intrafamiliar, psicopatología, desarrollo normal versus desarrollo traumático y neurodesarrollo.

Las reacciones humanas ante situaciones vitales adversas, eventos estresantes o traumáticos son muy diversas y variadas. Dependen, entre otros factores, de variables relacionadas con las características del suceso traumático, factores pretraumáticos, ambientales o individuales, condiciones postraumáticas, etc. (Cadamuro et al., 2021; Motsan et al., 2021). Se sabe que la edad es uno de los factores más relevantes a la hora de desarrollar trastornos postraumáticos, ya que a menor edad, más posibilidad de exposición al trauma, menos recursos personales para hacerle frente y más dependencia de los adultos para recuperarse de los mismos (López-Soler et al., 2022). Por tanto, podemos decir que los niños y las niñas pueden considerarse uno de los grupos más vulnerables a la traumatización en general, y a la de origen interpersonal en particular. Las tasas de prevalencia internacionales de maltrato infantil así lo demuestran (OMS, 2022). Sin embargo, el estudio del trauma en la infancia siempre ha quedado relegado respecto del estudio del trauma en la edad adulta, y en cierta manera sigue siendo así en la actualidad, aunque afortunadamente en menor medida. Siguiendo a Sandra Baita (2015, p. 16) “es como si se creyera que la infancia en sí misma pudiera constituirse como un escudo protector contra las peores adversidades de la vida”. Como si un niño/a, por tratarse de un sujeto en desarrollo, por madurar, le afectara en menor medida los traumas, no fuese capaz de registrarlos, sufriera menos por ellos o fuese más capaz de “taparlos” con nuevas vivencias más afortunadas. Y nada que ver. Todo lo contrario.



Un evento adverso o trauma es algo que nos ocurre que amenaza de alguna manera nuestra supervivencia o bienestar, nos impacta y genera miedo. En la base del miedo siempre hay una idea o creencia de estar en peligro y poder sufrir algún tipo de daño, físico o psíquico, y, en último término, la posibilidad de morir. En el caso de los niños/as, cuando, por el motivo que sea, saltan las alarmas, se advierte el peligro y aparece el miedo, inmediatamente buscará a un adulto que lo socorra y calme. El/la niño/a siempre necesitará vincularse con sus figuras de apego para sobrevivir, y si éstas, por diferentes motivos, no están disponibles, entonces las posibilidades de sobrevivir serán escasas. Por tanto, podemos decir que en la infancia los eventos o circunstancias que tienen mayor potencial traumático y generador de daño son aquellas que de alguna manera implican falta de vinculación o apego seguro con cuidadores primarios. Y si encima la fuente del miedo o amenaza del niño es la misma que debería proporcionarle esa seguridad y protección, es decir, que la figura de apego está implicada de manera directa en el daño y está en el origen del trauma, ya sea como agente concreto por acción (como en el maltrato físico, emocional y sexual), ya sea como agente pasivo por omisión (como en la negligencia), entonces el impacto en el menor será devastador, comprometiendo de manera negativa todo su desarrollo. Los *attachment trauma* o traumas que aparecen en el contexto de las relaciones de apego (Allen et al., 2008) serían todas aquellas situaciones de violencia y negligencia a las que un menor se ve expuesto en el contexto de sus cuidados primarios básicos (por ej., maltrato físico y emocional, abuso sexual, negligencia, abandono o ser testigo directo de violencia entre los padres). Nuestro estudio pone el foco en este tipo de traumas y los efectos postraumáticos que se derivan de ellos en infancia y adolescencia.

El maltrato infantil es un reconocido problema de salud global que afecta de manera sistémica al organismo, asociándose con problemas médicos como la obesidad, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, inmunológicas y de salud mental (Norman et al., 2012). Se ha confirmado que las experiencias repetidas de maltrato durante la infancia actúan como estresores habituales, y generan disfunciones duraderas en los principales sistemas neuroreguladores del estrés, como el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, y consecuencias fisiopatológicas significativas (Boeckel et al., 2017; Marqués-Feixa et al., 2021), así como alteraciones en el desarrollo de estructuras cerebrales fun-



damentales (Rooij et al., 2020; Teicher y Samson, 2016). Esto se relaciona con la presencia de déficits en el funcionamiento cognitivo y dificultades en la autorregulación afectiva y conductual, lo que implica un mayor riesgo para desarrollar múltiples psicopatologías (Karam et al., 2014; Perkins y Graham-Bermann et al., 2012).

El concepto de Trastorno por Estrés Postraumático Complejo (TEPT Complejo o TEPT-C), fue originalmente propuesto por Herman (1992), con la finalidad de proporcionar un diagnóstico alternativo para supervivientes a una exposición traumática repetida y prolongada, cuyos síntomas más graves eran diferentes a los recogidos en los diagnósticos para TEPT del DSM. El TEPT-C describe, más completa y apropiadamente, la psicopatología resultante de la exposición a traumas complejos en adultos (Cook et al., 2005), e incluye un conjunto de síntomas que reflejan graves perturbaciones en la autorregulación afectiva, cognitiva y comportamental en menores (Courtois, 2004). Estos se expresan en la alteración de seis dominios de funcionamiento: regulación de los impulsos y afectos, atención y consciencia, autopercepción, relaciones con los otros, somatización y sistema de significados (van der Kolk et al., 2005). Este nuevo constructo no fue reconocido en el DSM-IV (APA, 1994), ni en su Texto Revisado (APA, 2000), como un trastorno distinto al TEPT, sino como Trastorno por Estrés Extremo no Especificado (DESNOS). Si bien obtuvo apoyo empírico (Cloitre et al., 2013; Karatzias et al., 2018; van der Kolk et al., 2005), no fue incluido tampoco en la última versión DSM (APA, 2013). Recientemente, la CIE-11 (OMS, 2018) lo ha confirmado como diagnóstico, especificando que debe cumplir requisitos de TEPT, además de problemas graves y persistentes en la regulación del afecto; creencias sobre uno mismo de incapacidad y poca valía, sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el evento traumático; así como dificultades para mantener las relaciones y sentirse cerca de los demás.

Desde mediados de los 90 se multiplicaron los estudios en población infanto-juvenil sobre las consecuencias del maltrato en el ámbito familiar, contemplando el diagnóstico de TEPT-C como opción diagnóstica casi una década después. El maltrato está asociado a síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación (TEPT) en menores. Sin embargo, tampoco parece que los criterios diagnósticos sean apropiados para la infancia, ya que pocos cumplen todos los criterios, aumentando la prevalencia



cuando se emplean criterios alternativos (Fernández, 2014; Martínez, 2015; Scheeringa et al., 2008).

Bessel van der Kolk et al. (2005, 2009), postularon el Trastorno Traumático del Desarrollo (TTD o Developmental Trauma Disorder) para el trauma complejo infantil. El TTD incluye múltiples síntomas en diferentes áreas (apego, biología, regulación del afecto y autorregulación, consciencia, control de la conducta, cognición y autoconcepto), que suelen derivarse de la exposición repetida al trauma interpersonal en la infancia (Cook et al., 2005). Un elemento central en el impacto del maltrato en los primeros años de vida se basa en las alteraciones que presenta el sistema de apego entre cuidador/a y menor. Como indica Galán (2020) y hemos comentado previamente, es determinante la protección y los cuidados frente a peligros externos e internos, y para la comunicación y las relaciones interpersonales. Los estudios sobre el TEPT-C en menores tutelados indican problemas de salud mental en todos los dominios evaluados y síntomas de estrés postraumático, dificultades emocionales y conductuales, más conductas de riesgo y dificultades en el funcionamiento diario (González-García et al., 2017; Martín et al., 2020).

Recientemente, Cervera et al. (2020) llevaron a cabo una revisión de las investigaciones empíricas sobre las consecuencias psicológicas de traumas interpersonales en infancia, adolescencia y primera juventud, y encontraron que en todos los estudios revisados los resultados apuntaron a la presencia de sintomatología compatible con reacciones postraumáticas complejas en un gran porcentaje de los menores que habían sufrido alguna forma de maltrato grave a lo largo de la infancia. En la misma línea, de la literatura existente se concluye que el TEPT-C o TTD son construcciones diagnósticas que están resultando válidas y útiles a nivel clínico para explicar los síntomas y graves alteraciones que presentan pacientes pediátricos y adultos con historia de traumas asociados a malos tratos en la infancia. No obstante, es necesaria más investigación para acumular más evidencia empírica sobre trauma complejo, sobre todo en población infanto-juvenil.

Todos estos antecedentes constituyen la base sobre la que se fundamenta la presente investigación, que propone estudiar las reacciones postraumáticas complejas, desde la perspectiva diagnóstica del Trauma Complejo o Trauma del Desarrollo, en menores que han sufrido maltratos y abusos graves por parte de cuidadores primarios. Se to-



ma un grupo control de menores que experimentaron otro de tipo de traumas, no complejos, y se plantea comparar la sintomatología postraumática resultante de ambos grupos, con el objetivo de establecer una asociación entre diferentes tipos de traumas y los efectos en el desarrollo de síntomas postraumáticos más o menos graves.

Nuestra investigación se ha estructurado en dos partes: la primera, el *Marco Teórico*, en la que se argumenta y conceptualiza el maltrato infantil intrafamiliar como un tipo de suceso traumático con un enorme potencial de daño físico y psíquico para las personas que lo sufren, siendo más probable que las víctimas de estos eventos desarrollen alteraciones compatibles con un TEPT Complejo o Trauma del Desarrollo; y, la segunda, el *Marco Empírico*, en la que se expone el estudio empírico.

El *Marco Teórico*, consta de tres capítulos. En el *Capítulo 1*, se introduce el concepto de trauma y se analizan las características asociadas tanto al suceso traumático como al individuo que lo experimenta y su contexto, para explicar los efectos que todas estas variables combinadas tienen en la traumatización final y las posibilidades de recuperación psicológica de las víctimas. Así mismo, se describen las diferentes tipologías de eventos traumáticos, deteniéndonos especialmente en los denominados eventos traumáticos complejos, que se definen como de naturaleza interpersonal, prolongados y tempranos, y más concretamente en los denominados *Attachment Trauma* o traumas que ocurren en el contexto diario de las relaciones del niño/a con su principales figuras de apego, viéndose comprometido, por tanto, el sistema de cuidado, protección y seguridad del menor. Por último, en este primer capítulo se profundiza en la importancia de la relación entre apego y trauma y se razona la necesidad de contar con un sistema de apego seguro para la prevención y reparación de daños derivados de acontecimientos traumáticos o experiencias vitales adversas. En el *Capítulo 2*, se introduce la realidad compleja del maltrato infantil y la violencia hacia los menores en general, se presenta una definición amplia del fenómeno y se describen los tipos de maltrato más aceptados, y finalmente nos detenemos a hablar más profundamente del maltrato familiar. Posteriormente se presentan datos de incidencia y prevalencia del fenómeno, y, por último, se exponen resultados relevantes y recientes acerca de los efectos neurobiológicos del maltrato infantil y las consecuencias que los traumas asociados a los malos tratos en la infancia tienen en la salud en general y mental en particular de las personas que los sufren. Para



terminar, en el *Capítulo 3*, se aborda el diagnóstico de las reacciones postraumáticas complejas que constituye el cuerpo teórico más importante de nuestra investigación, ya que se presenta una revisión de la sintomatología postraumática que se desarrolla por la exposición a traumas tempranos y repetidos en el contexto de las relaciones de apego, y se recapitula la evidencia empírica existente para el diagnóstico de TEPT Complejo y/o Trastorno Traumático del Desarrollo (TTD).

El *Marco Empírico*, se divide en cinco capítulos. El *Capítulo 4*, aborda los objetivos e hipótesis propuestas para este estudio. En el *Capítulo 5*, se plantea el método, partiendo del diseño del estudio, la descripción de la muestra, el procedimiento que se ha llevado a cabo para seleccionar a los participantes, los instrumentos de evaluación que se han utilizado, así como el tipo de análisis estadístico que ha permitido la obtención de los resultados. En el *Capítulo 6* se describe todos los resultados hallados. Los *Capítulos 7 y 8*, recogen la discusión y las conclusiones que se han obtenido, partiendo de los objetivos planteados en este trabajo y las hipótesis correspondientes, estableciendo comparaciones con otros estudios existentes en la literatura científica, señalando las limitaciones del trabajo, aportaciones y futuras líneas de investigación. Por último, las referencias y los anexos cierran este trabajo de investigación.



TRAUMA COMPLEJO O TRASTORNO TRAUMÁTICO DEL DESARROLLO: UNA NUEVA PROPUESTA DIAGNÓSTICA PARA LA COMPRESIÓN DE LAS REACCIONES POSTRAUMÁTICAS GRAVES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO



Capítulo 1. TRAUMA EN LA INFANCIA



1.1 ASPECTOS CONCEPTUALES

El término trauma proviene del griego y significa herida. Podemos hacer una analogía entre el trauma o herida físicos y psíquicos. En el caso de la **herida física** nuestro cuerpo está provisto de un “sistema de reparaciones” que se pone automáticamente en marcha para reparar los tejidos lesionados (proceso de cicatrización): (1) la coagulación, primera fase de la cicatrización, comienza inmediatamente después de presentarse la lesión y el objetivo es detener la hemorragia; 2) en la fase de inflamación o defensiva, el objetivo principal del organismo es destruir bacterias y eliminar residuos, preparando el lecho de la herida para el crecimiento de tejido nuevo; 3) una vez que se limpia la herida, se ingresa en la fase tres, la proliferación, donde el objetivo es regenerar el tejido y cubrir la herida; (4) y, por último, en la fase cuatro (maduración), el nuevo tejido gana fuerza y flexibilidad lentamente (Guarín-Corredor et al., 2013). En el caso del **trauma psíquico** también contamos con una serie de mecanismos a nivel psicobiológico que se ponen en marcha, en primer lugar, para hacer frente a posibles situaciones de peligro que pueden generarnos un daño o para, si el daño finalmente se ocasiona, podernos recuperar del mismo, adaptarnos y seguir adelante (Aznárez, 2019).

Como dice Baita (2015, p. 35):

En circunstancias de peligro los seres humanos respondemos de la misma forma que cualquier otra criatura del reino animal: luchamos por nuestra supervivencia... y en esa lucha, en los seres humanos, a diferencia del resto de criaturas vivientes del reino animal, las consecuencias de dicha lucha se manifiestan no solo en la propia biología, sino que las secuelas son también psicológicas e incluso sociales.

En este sentido, el trauma se puede definir como una reacción ante un acontecimiento o condiciones que la persona percibe como incontrolables, desbordan su capacidad de adaptación y causan daño e intenso malestar por ser muy negativas e interpretarse como una amenaza a la supervivencia (López-Soler et al., 2022).

Muchas de las definiciones de acontecimientos traumáticos utilizadas en la actualidad surgen a partir de la propuesta en 1980 por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, de sus siglas en inglés American Psychiatric Association), para referirse



a los sucesos precipitantes del trastorno por estrés postraumático, y que son descritos originariamente en el DSM-III y en el DMS-III-R como “acontecimientos psicológicamente desagradables, que se encuentran fuera del marco normal de la experiencia habitual” (APA, 1980), y que provocarán un intenso miedo, terror y desesperanza, con una seria amenaza para la vida o la integridad física personal o de un tercero (APA, 1987). Ya muy posteriormente, el DSM-5 (APA, 2013) define el acontecimiento traumático como aquél en que la persona ha experimentado directamente, presenciado o ha estado expuesto o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes, lesiones graves, violencia sexual o amenazas para su integridad física o la de los demás.

La definición de este tipo de acontecimientos ha ido ampliándose progresivamente y en la actualidad se incluyen como sucesos potencialmente traumáticos una amplia variedad que, además, en muchos casos no necesariamente muestran características de anormalidad o excepcionalidad. La mala noticia es que la gran mayoría de sucesos traumáticos sí ocurren dentro de la experiencia humana cotidiana. Según estudios recientes, el trauma en la infancia y la adolescencia es tan común actualmente como para considerarlo normativo. Investigaciones realizadas en EEUU han encontrado cifras de prevalencia de exposición a situaciones traumáticas que oscilan entre un 39.1% y un 60% a lo largo de la vida (Pereda et al., 2013). Vemos, entonces, que nadie puede considerarse exento del riesgo de sufrir un hecho traumático en algún momento de su existencia.

El acontecimiento traumático provocará una demanda para el organismo y dependiendo del contexto biopsicosocial del sujeto, los mecanismos de adaptación serán suficientes o insuficientes para poder conseguir una estabilización (homeostasis) en un determinado lapso de tiempo y a un determinado costo para esa persona. En este punto podemos decir que, al igual que el organismo cuenta con un “sistema de reparación” de las heridas físicas, también contamos con otro dirigido a la recuperación de las heridas psicológicas.

Desde la perspectiva de la teoría de la disociación estructural de la personalidad (Van der Hart et al., 2008), la personalidad se puede entender como una estructura compuesta por sistemas psicobiológicos que funcionan de manera coherente y coordinada entre sí. Estos sistemas constituyen sistemas de acción, en tanto y en cuanto cada uno de



ellos contiene una propensión innata a actuar de una manera determinada y con un fin determinado. Hay dos grandes categorías básicas de sistemas de acción que constituyen la personalidad:

- 1) Los sistemas de acción de la vida cotidiana, que nos ayudan a adaptarnos a la vida diaria de la manera más ajustada, son los encargados de aproximarse a los estímulos agradables para el individuo, fomentando comportamientos que nos acercan a objetos, personas o situaciones placenteras. Por ejemplo, la exploración, los cuidados o el apego son algunos de los sistemas de acción de la vida cotidiana.
- 2) Los sistemas de acción de la defensa, que nos ayudan a alejarnos del peligro, y a recuperarnos de aquellas situaciones en las cuales se ha activado alguna de las respuestas de alarma, una vez cesado el peligro, por lo que están ligados a la supervivencia. Son los sistemas encargados de proteger el organismo de amenazas y situaciones displacenteras. Este sistema se basa en la evitación, la huida o la lucha, alejándonos de aquellas situaciones percibidas como peligrosas o enfrentándose a elementos agresores y disruptivos. Por ejemplo, nos hace huir de un atacante o enfrentarnos a alguien que nos ha ofendido.

En una personalidad integrada ambos sistemas de acción no pueden funcionar de manera simultánea, ya que se inhiben mutuamente; la persona sana tiene una capacidad integrativa y conductas adaptativas en el mundo y cuenta con capacidades regulatorias y reflexivas. En cambio, en el trauma, desde la perspectiva de la teoría de la disociación estructural de la personalidad se produce una división de la personalidad, en términos de partes disociativas de la personalidad, que pueden funcionar con diferentes grados de autonomía, pudiendo a su vez existir conflictos entre estas que estarían mediatizadas por determinados sistemas de acción. Por ejemplo, podría ser el caso de un niño o una niña víctima de abuso sexual y emocional por parte de un progenitor (en este caso el trauma se da en el contexto de sus relaciones de apego), donde la fragmentación mental o disociación permite manejar situaciones que resultan incompatibles o imposibles de tolerar de modo simultáneo (por el día un padre cariñoso con el que juego y que me alimenta y por la noche un padre abusivo que me daña y del que tengo que huir). Aunque desde un



enfoque evolutivo, se nos ha preparado para las tareas de la vida cotidiana y para sobrevivir bajo las amenazas, no somos capaces de implicarnos con facilidad en ambas simultáneamente (Hervías et al., 2017).

Las reacciones de los individuos ante situaciones vitales adversas son muy diversas y variadas. Dependen, entre otros factores, de variables relacionadas con las características del suceso traumático, como la duración, frecuencia, intensidad u origen (Klasen et al., 2013), y variables relacionadas con la persona que sufre la experiencia, como la edad o el sistema de apoyo social/familiar con el que cuenta la persona que sufre la adversidad. Cabanyes (2010), en una revisión acerca del concepto de resiliencia, la define como la capacidad de adaptarse positivamente a pesar de la exposición a experiencias adversas o traumáticas, y señala que en el desarrollo de la misma confluyen factores personales y del entorno, cobrando especial relevancia los sistemas de seguridad y protección dentro del ámbito familiar. En la infancia nuestra capacidad de comprender lo que está pasando y de comunicar cómo nos sentimos está limitada. Cuando la familia no ejerce el papel protector que le corresponde, sino que, por el contrario, potencia el estrés y el daño, entonces la capacidad de recuperación ante situaciones de estrés grave se verá significativamente afectada.

1.2. TIPOS DE EVENTOS TRAUMÁTICOS

Muchas situaciones o eventos tienen el potencial de producir trauma: catástrofes relacionadas con fenómenos de la naturaleza, guerras o ataques terroristas, accidentes de todo tipo, separación prolongada y/o repetida de los cuidadores primarios, exposición a tratamientos médicos intrusivos y prolongados, violencia comunitaria, intrafamiliar o entre iguales (Baita, 2015).

En este sentido, Terr (1991) planteó una de las primeras categorizaciones de los traumas, identificando dos fundamentales: los traumas tipo I, que son eventos únicos, generalmente no anticipados y que se asocian a los síntomas típicos del cuadro de estrés postraumático; y tipo II, que normalmente incluye estresores crónicos y repetidos, siendo las reacciones postraumáticas que se derivan de estos sucesos mucho más complejas y graves.



Una clasificación más actual y especialmente relevante es la propuesta por Allen et al. (2008), quienes organizan los eventos potencialmente traumáticos según la naturaleza y tipo de involucración interpersonal del estresor. De acuerdo a esta clasificación, los desastres y catástrofes naturales estarían en la categoría de estresor impersonal. El segundo tipo incluye eventos cuyo estresor es interpersonal y deriva de la conducta deliberadamente intencional o imprudente de otro ser humano. En esta categoría entrarían los accidentes, la violencia comunitaria o las guerras. Finalmente, existiría una tercera categoría de estresor que se da en el contexto de relaciones de apego (attachment trauma). Este último englobaría todas aquellas situaciones de violencia –en todas sus formas- y negligencia a las que un/a menor se ve expuesto en el contexto de sus cuidados primarios básicos. Incluiría el maltrato físico y emocional, el abuso sexual, la negligencia, el abandono o el estar expuestos a violencia entre los padres.

1.2.1 Eventos traumáticos complejos

En la década de los 90 diversos investigadores en el campo del trauma comienzan a examinar de manera sistemática los efectos psicológicos de un tipo concreto de eventos traumáticos que denominaron “complejos”.

Cook (2005) señaló que estos traumas reunían tres características fundamentales:

- Eran de naturaleza interpersonal.
- Prolongados en el tiempo, crónicos o acumulativos.
- Se iniciaban en una etapa temprana de la vida.

Los resultados que se desprendieron de estas primeras investigaciones constataron que los llamados traumas complejos eran responsables del desarrollo de alteraciones graves en el funcionamiento psicológico posterior de las personas que los sufrían (Herman, 1992; Pelcovitz et al., 1997).

La primera característica del evento traumático complejo hace referencia al agente causante del trauma. Teniendo en consideración este factor podríamos agrupar los traumas en dos grandes grupos: impersonales e interpersonales. Los primeros no están relacionados con la acción deliberada del ser humano. Algunos ejemplos de traumas impersonales serían los siguientes: desastres y catástrofes naturales, pandemias,



ataques de animales o enfermedades médicas graves. En cambio, en los traumas interpersonales la conducta intencional de otros seres humanos es la que genera un daño físico y/o psíquico a las víctimas; y en este segundo grupo estarían incluidos muchos acontecimientos, como ataques terroristas, guerras, accidentes, bullying, violencia comunitaria o familiar, violaciones, situaciones de explotación, etc.

A pesar de que los traumas interpersonales se han asociado con una mayor sintomatología postraumática, en comparación con los impersonales (Cervera et al., 2020; Huang et al., 2017), clásicamente los estresores impersonales son los que más atención han recibido a la hora de estudiar el TEPT (López-Soler, 2022). Según esta autora, los eventos traumáticos interpersonales son los que tienen el potencial de generar mayor sintomatología postraumática y malestar en quienes los padecen, y esto es así cuanto mayor es la cercanía interpersonal del estresor, debido a las implicaciones fundamentales que tiene en el desarrollo postraumático y en su recuperación (López-Soler et al., 2022).

Por otro lado, la gravedad de las secuelas es mayor cuanto mayor intencionalidad es percibida por la víctima; y en el caso del trauma complejo nos estamos refiriendo a un trauma interpersonal deliberado, por lo que sus secuelas son las más severas y devastadoras (Courtois, 2010).

La segunda variable asociada al hecho traumático que define, según Cook, un trauma como complejo, tiene que ver con la frecuencia y/o duración del mismo. En este sentido, el trauma complejo es continuado en el tiempo, persistente o repetido. Así, podemos distinguir entre traumas de carácter interpersonal puntuales o únicos, como puede ser el caso de una violación; o traumas interpersonales que se extienden a lo largo del tiempo, como es habitual que ocurra en las situaciones de maltrato infantil dentro del ambiente familiar. En estos casos, no es que el trauma suceda de manera ocasional o extraordinaria en la vida del niño/a, sino que el contexto habitual y diario del menor es traumatizante. Por tanto, el niño/a en estas situaciones traumáticas queda sumido en un estado continuo de tensión y miedo o, por el contrario, de hipoactivación o sumisión, ambos asociados a los sistemas de defensa y la desregulación, que bloqueará dramáticamente todo su desarrollo (López-Soler, 2008).



Siguiendo a Nieto y López-Casares (2016) la multitraumatización puede implicar que la persona se mantiene en contextos traumatizantes durante largo tiempo, de los que suele resultar imposible o muy difícil escapar, o bien puede ser también que la persona sufra múltiples experiencias traumáticas, en diferentes momentos vitales, del mismo o diferente tipo de trauma, lo que conlleva una acumulación de daño. Sean continuados o intermitentes pero repetidos, en todos los casos de trauma complejo el daño físico y/o psíquico que se genera es grave y global, incidiendo en la totalidad de la persona y afectando a todas sus áreas de funcionamiento (González-García et al., 2017; Martín et al., 2020).

No es raro entonces que los resultados obtenidos en las investigaciones sobre trauma acumulado hayan constatado una asociación entre politraumatización y reacciones posttraumáticas complejas (Brière et al., 2008; Cervera et al., 2020). En esta línea, numerosos estudios empíricos sugieren que la exposición a eventos estresantes traumáticos de naturaleza interpersonal, que se prolonga en el tiempo o es repetida, es probable que aumente el riesgo de aparición de Trastorno de Estrés Posttraumático Complejo (Hyland et al., 2017). Así mismo, Hodges et al. (2013) encontraron que las experiencias traumáticas acumuladas a lo largo de la vida están relacionadas con más complejidad en los síntomas, más deterioro funcional, mayor duración de la sintomatología, fundamentalmente estrés posttraumático, y alta comorbilidad. La Organización Mundial de la Salud también incluye como eventos traumáticos asociados al TEPT Complejo, ya aceptado en su undécima y última versión CIE, los siguientes: “eventos de naturaleza extremadamente amenazadora u horrible, eventos frecuentemente prolongados o repetitivos de los que resulta difícil o imposible escapar (por ejemplo: tortura, esclavitud, campañas de genocidio, violencia doméstica prolongada, abuso sexual o físico repetido en la infancia” (OMS, 2018).

Por último, la tercera característica del evento traumático complejo propuesta por Cook tiene que ver con el momento vital en el que se encuentra la víctima cuando el trauma ocurre o comienza. En este sentido, el trauma complejo sucede en una etapa temprana del desarrollo como es la infanto-juvenil.

La edad de la víctima es otra variable ampliamente estudiada en relación al trauma. En este sentido, se ha constatado la infancia y adolescencia como un período de



especial vulnerabilidad, estableciéndose una relación inversamente proporcional entre la edad de inicio del trauma y la severidad de los síntomas postraumáticos manifestados, presentando más riesgo de desarrollar un TEPT Complejo o Trauma del Desarrollo cuanto antes comienza el evento traumático. En esta línea, de los resultados recogidos en el informe del Centro Reina Sofía sobre el Maltrato Infantil en las Familias Españolas, publicado en España en 2011, se concluye que el maltrato en la familia disminuye al aumentar la edad del menor (Sanmartín et al., 2011).

El nivel de desarrollo y recursos personales de un niño/a son insuficientes para hacer frente a una experiencia traumática, por lo que en el caso de los menores el apoyo social postraumático, en particular el familiar que le brindan fundamentalmente sus cuidadores principales, no solo se convierte en un factor de protección frente al impacto del trauma, sino que tener un ambiente familiar seguro, afectivo y protector se convierte en esencial para que el menor pueda gestionar y sobreponerse a situaciones potencialmente dañinas (Herman, 2004). Y esto es así porque cuanto más pequeño/a es el niño/a más ayuda necesitará de sus adultos responsables para sobrevivir, por lo que la dependencia de éstos es total (Siegel, 2010).

Por todo lo anterior y de acuerdo a López-Soler et al. (2022), si el origen del trauma está precisamente en el contexto de las relaciones del niño/a con su principales figuras de apego, entonces el trauma condicionará inevitablemente todo el desarrollo del menor. Esto es así en los casos de maltrato intrafamiliar, por acción u omisión, ya que en este tipo de traumas los niños y niñas ven comprometidos sus cuidados básicos, así como la relación positiva y sistema de apego seguro con sus cuidadores. Además, siguiendo de nuevo a López-Soler et al. (2022), si el trauma ocurre dentro de la familia es más probable que éste se prolongue en el tiempo y genere más daño acumulado, y esto es así por diferentes motivos: el carácter privado e íntimo que posee lo ocurrido en el interior de esta institución hace que puede pasar inadvertido y oculto al control social; la cercanía, cotidianidad y confianza que se da en las relaciones familiares; y la asimetría en la relación padres-hijos, que facilita al adulto potencialmente maltratador la comisión de posibles abusos a menores, amparándose en el poder y responsabilidad que le otorga su posición dentro de la familia.



Por todo lo expuesto, el menor queda atrapado en unas condiciones de vida traumatizantes de las que ni siquiera es consciente y de las que no puede escapar o salir. Es más, podríamos decir que el menor maltratado por sus cuidadores principales no es que no pueda recuperarse del trauma y volver a la situación de inicio o previa al mismo, es que no sabe ni conoce lo que es una vida libre de daño; por lo que normaliza un ambiente de maltrato traumatizante, no siendo consciente de las secuelas devastadoras y permanentes que el maltrato tiene en todo su desarrollo. Apoyando esta cuestión, Humphreys et al. (2008) observaron que los menores gravemente maltratados que participaron en diversos estudios mostraban dificultades para expresar el maltrato experimentado, así como los sentimientos de temor hacia sus padres violentos. Asimismo, Pinheiro (2006) apunta a que, por regla general, los/las menores víctimas de maltrato no suelen poner freno a la situación que sufren, pedir ayuda o denunciar los hechos cuando el maltrato es perpetrado, paradójicamente, por la persona/as responsable/es de su cuidado.

Muchas investigaciones se han propuesto como objetivo principal estudiar los efectos psicológicos de sufrir diferentes tipos de malos tratos, específicamente durante la etapa de la infancia o adolescencia. En general se puede afirmar que las personas que han sufrido algún tipo de maltrato en su infancia tienen mayores tasas de trastornos psicopatológicos aunque estas secuelas pueden manifestarse a corto, medio plazo o mucho más tarde, incluso cuando la víctima ya es adulta (Delgi-Espositi et al., 2020; García-Nieto, 2011). Por ejemplo, respecto al Trastorno de Estrés Posttraumático, según López-Soler (2022), aunque el TEPT se desarrolla a cualquier edad y, por lo general, los síntomas suelen aparecer pocos meses después del evento traumático, existe la posibilidad de que permanezca en estado latente y aparezca meses o años después, y en ocasiones los síntomas posttraumáticos se ven agravados ante nuevos estresores vitales o nuevos acontecimientos traumáticos. La mayoría de estudios muestran que haber sufrido abusos en la infancia vuelve a la persona más vulnerable de volver a sufrirlos en etapas ulteriores de su vida y en otros contextos, como un niño abusado en su hogar que más tarde se convierte en un adolescente que es maltratado por sus iguales en el instituto, o en un adulto por sus parejas (Courtois, 2010).



1.2.2 Attachment trauma: cuando el trauma ocurre en la relación del niño con sus figuras de apego

El sistema de apego es aquel por el que los niños buscan protección y atención de sus cuidadores. Un bebé necesita de un vínculo para sobrevivir y poder desarrollar sus estructuras cerebrales, y paralelamente poder adquirir las diferentes competencias evolutivas, a nivel cognitivo, emocional, relacional, y para poder lograr una adecuada formación de su personalidad (Siegel, 2010).

Cuando un bebé o un niño/a viven situaciones de tensión o que perciben como peligrosas se moviliza su sistema de apego, y entonces el niño/a busca a sus figuras de cuidado primarias con el fin de sentirse seguro, calmar la tensión interna y poder volcar-se a otros intereses. Para Bowlby (1989), la clave de la seguridad psicológica se encuentra en el vínculo de apego. En este sentido, el sistema de apego también está íntimamente relacionado con el sistema de defensa, que activa la señal de alarma y las respuestas necesarias para garantizar la supervivencia y la evitación del daño ligado al peligro. En los bebés esta estrategia se activa principalmente a través del llanto (Baita, 2015). Bowlby plantea que la protección de los “predadores” es, de hecho, la función más probable de la conducta de apego y que, por ello, esta conducta es más probable que se intensifique en situaciones en las que el/la niño/a presente o percibe el peligro cerca (Bowlby, 1973).

Los estilos de apego se desarrollan tempranamente, permitiendo la formación de un modelo interno (representaciones mentales) que integra creencias acerca de sí mismo y de los demás que influyen en la formación y mantenimiento de las dinámicas relacionales durante toda la vida de un individuo. Los Modelos Operativos Internos (MOI) hablan sobre cómo me vinculo conmigo mismo y los demás, cómo cubro mis necesidades, cómo me regulo y exploro, etc. (Morales y Santelices, 2007).

Schore (2001) explica que la vinculación entre el bebé recién nacido y sus cuidadores primarios sienta las bases de la regulación afectiva, y cuando esta interacción no se da de manera sincronizada, o cuando se determina en base a la violencia y el abuso, entonces la consecuencia es la desregulación emocional.



La clasificación de los tipos de apego infantil más ampliamente utilizada en la actualidad se debe a Mary Ainsworth y sus colaboradores (1978), quienes, a partir de las primeras descripciones realizadas por Bowlby, diseñaron un procedimiento para examinar las conductas de apego y exploración bajo condiciones de estrés. A través de este procedimiento, llamado la *Situación extraña* (*Strange Situation*), Ainsworth estableció tres tipos de apego, asociando cada uno de ellos a una sensibilidad parental diferente:

- 1) Apego seguro. Se caracteriza principalmente por la confianza del niño en que los padres serán accesibles, sensibles y que responderán a sus llamadas si éste se encuentra en una situación amenazadora.
- 2) Apego inseguro-evitativo. En éste el niño no cree que vaya a recibir una respuesta positiva cuando busque ayuda, esperando encontrar en su lugar una respuesta negativa, y buscando, por tanto, su autosuficiencia. Este patrón sería resultado de una actitud relativamente insensible a las peticiones del niño, así como rechazante cuando éste se aproxima buscando protección y consuelo.
- 3) Apego inseguro-ambivalente: Caracterizado por la inseguridad del niño sobre si las figuras cuidadoras serán accesibles, sensibles y le ayudarán cuando lo necesite, lo que le obliga a estar continuamente pendiente de ellas, comportándose de manera muy demandante, y experimentando gran ansiedad por la falta de confianza en la respuesta de estas figuras. Este patrón se formaría ante una manera de responder inconsistente en las figuras de apego (sensible y atento en algunas ocasiones y poco afectuoso y solícito en otras).
- 4) Main y Solomon (1986) añadieron posteriormente una cuarta categoría, a la que denominaron Apego inseguro desorganizado, al observar que algunos niños no eran clasificables en ninguna de las categorías inseguras anteriores, y presentando características de comportamiento desorganizado e incoherente. Esta tipología se asocia a niños víctimas de maltrato o abuso (Cicchetti, Rogosch y Toth, 2006), donde se experimenta la contradicción de buscar apoyo en quien daña.



La cualidad del vínculo de apego (seguro, evitativo, ambivalente-ansioso o desorganizado) es determinada en gran medida por la accesibilidad, sensibilidad y sincronización en la respuesta de la principal figura de protección. Los seres humanos venimos al mundo preparados para conectar con otro ser humano y ser cuidados, en primer lugar; y luego, aprender a cuidar de nosotros mismos y cuidar de otros. Cuando esa conexión positiva se logra aprendemos que el peligro en las relaciones interpersonales es una excepción, no una regla de vida. En el apego seguro, la accesibilidad frecuente y consistente del cuidador, facilita en el menor la creación de una representación interna de sí mismo, de los otros y del mundo basada en la seguridad y en la creencia de que se es alguien valioso y merecedor de la atención del otro cuando la necesita. En este caso el niño aprende que si pide ayuda alguien va a responder, y que hay alguien ahí para cuidarlo y calmar su malestar.

El Modelo del Círculo de Seguridad (Powell et al., 2019) es una teoría sobre apego contemporánea, que propone tres competencias básicas para la adquisición de un apego seguro, que se van adquiriendo de manera jerárquica, en la interacción adecuada del adulto con el infante:

- 1) Regulación: Se trata de cubrir y dar respuesta a los estados fisiológicos y emocionales del bebé para ir reduciendo la tensión y activación que éste experimenta. El adulto regula al niño/a en relación (co-regulación) para que éste/a posteriormente pueda auto-regularse y ser capaz más adelante de regular a otros/as.
- 2) Conexión: El adulto es capaz de poner su atención en el menor y resonar con él, acompañarlo, sentir un poco de lo que el otro/a siente, acogerlo, conectar con él, etc.
- 3) Exploración: Tras ayudar al menor a regularse y conectar con él, el adulto que facilita un apego seguro proporciona al niño/a un entorno estimulante en el que explorar, y equilibra entre darle ayuda y dejar que aprenda solo/a.

Como hemos visto, nuestra seguridad física y psicológica depende completamente de nuestras conexiones con las demás personas (adultos) cuando somos niños/as, y en particular con la figura de apego. Si la figura de apego está implicada de manera directa en el daño, ya sea como agente concreto por acción (como en el maltrato físico,



emocional y sexual), ya sea como agente pasivo por omisión (como en la negligencia) la dicotomía agente del daño versus garantía de supervivencia puesta en la misma persona, colocará al niño en una paradoja sin solución, trazando un camino irreparable hacia la psicopatología y hacia el desarrollo alterado (Bowlby, 1989). En este caso, la patología severa se produce cuando un individuo se enfrenta al peligro pero no dispone de la sensación de una base segura a la que dirigirse o, incluso peor, si la supuesta base segura es en sí misma la fuente de amenaza. El niño se ve en una situación de “miedo sin solución” porque el cuidador al mismo tiempo es la fuente y la solución de la alarma del niño (Morales, 2018).

Estudios clásicos acerca del tema apuntan a que un 80% de los niños/as que sufren formas de maltrato grave presentan vínculos de apego desorganizado (Carlson et al., 1989). Y es que como indica Cervera et al. (2020), un elemento central en el impacto del maltrato en los primeros años de vida se basa en las alteraciones que presenta el sistema de apego entre cuidador/a y menor en estos casos. Como hemos comentado, la protección y los cuidados frente a peligros externos e internos es determinante (Galán, 2020). Si el niño/a tiene un ambiente familiar en el que la violencia y/o la negligencia es lo característico, entonces éste no tendrá un sistema relacional temprano en el que apoyarse para poder alcanzar un desarrollo adecuado. En este sentido, lo traumático o dañino impacta negativamente en la formación de un apego seguro, o más bien podemos decir que el trauma está estrechamente relacionado con el sistema de apego u ocurre en el contexto de los vínculos de apego o en la relación del menor con sus cuidadores principales. Es lo que algunos autores han denominado *attachment trauma* (Allen et al., 2008).

Los estudios han vinculado sistemáticamente los trastornos del apego con la aparición y el mantenimiento de los síntomas del Trauma del Desarrollo, que pueden permanecer latentes hasta las interacciones interpersonales más adelante en la vida adulta (Giovanardi et al., 2018; Poole et al., 2018). Asimismo, los estilos de apego inseguros se asocian frecuentemente con trauma interpersonal (Kong et al., 2018; Lin et al., 2020); y la combinación de traumas infantiles repetidos y ausencia de cuidado, apoyo y protección de los progenitores es aún más devastadora y puede potenciar la aparición de alteraciones propias de trastornos posttraumáticos complejos (Choi et al., 2020; Spinazzola et al., 2018).



Como ya hemos comentado anteriormente, Cook (2005) definió el evento traumático complejo como aquel que es causado intencionalmente por otra persona, es continuado en el tiempo y sucede en una etapa vulnerable del desarrollo como la infancia o la adolescencia. Incluyó como traumas complejos el abuso sexual, físico y emocional en niños y niñas, la negligencia, ser testigo de violencia doméstica y la experiencia de vivir en un campo de refugiados. No obstante, otras situaciones vitales podrían también enmarcarse dentro de la categoría de traumas complejos, según la definición de Cook, a saber: exilios o migraciones de menores por pobreza o por conflictos bélicos, explotación sexual infantil, situaciones graves de acoso o rechazo por parte de iguales en el contexto escolar, entre otros.

Sin embargo, hay otra característica singular y exclusiva de las situaciones de maltrato graves sufridas por menores dentro del contexto familiar, que no incluyó Cook en su definición inicial de traumas complejos, pero que consideramos aumenta significativamente el potencial de daño de estas experiencias adversas frente a otro tipo de eventos traumáticos. Como ya hemos venido comentado, se trataría del impacto en el sistema de apego, así como la disrupción de los vínculos de cuidado y seguridad. En este sentido, el maltrato grave intrafamiliar supone una traumatización severa y crónica, ya que los daños ocurren en el contexto cotidiano de los menores, por acción u omisión, y éstos son perpetrados directa o indirectamente por las personas encargadas de proporcionar los cuidados, afecto y seguridad al niño o niña en desarrollo.

Van der Kolk en su propuesta posterior de Trastorno del Trauma del Desarrollo (2009), de la que hablaremos más extensamente en apartados posteriores, plantea como criterio necesario para la confirmación de dicho diagnóstico (criterios de exposición), que el niño/a o adolescente haya experimentado o sido testigo de múltiples o prolongados eventos adversos a lo largo de un período de por lo menos un año, comenzando en la infancia o adolescencia temprana, e incluyendo además estos sucesos dos condiciones complementarias: a) presencia de violencia interpersonal y b) disrupciones significativas en los cuidados básicos. Todas estas condiciones traumáticas descritas por Van der Kolk las presentan los tipos de maltrato infantil que pueden ocurrir dentro del contexto familiar y que han sido reconocidos internacionalmente (OMS, 2022). Se trataría de los cinco siguientes:



1. Maltrato físico: cualquier acción que tienda a causar lesiones físicas a un niño (las cause o no).
2. Maltrato psicológico: cualquier acción u omisión que provoque o pueda provocar daños emocionales, cognitivos o comportamentales en el niño.
3. Abuso sexual: cualquier acción que involucre o permita involucrar a un menor en actividades de tipo sexual.
4. Negligencia: cualquier inacción por la que se priva al niño de la supervisión o atención esencial para su desarrollo. La forma más extrema de negligencia es el abandono.
5. Exposición del menor a violencia doméstica: un menor de edad ha sido testigo de violencia que se produce entre sus cuidadores. Esto incluiría las situaciones en que el menor de edad fue testigo indirecto de la violencia (por ejemplo, vio las lesiones físicas en su cuidador al día siguiente o escuchó la violencia).

En todos los tipos de maltrato descritos, por un lado, el menor sufre o es testigo de episodios de violencia interpersonal, ya que la violencia puede consistir en una acción pero también puede ser tipificada como violenta aquella conducta en la que se desatiende la obligación de dispensar los cuidados necesarios a una persona, cuando ésta presenta una dependencia (la denominada negligencia). Por otro lado, en todos los casos la violencia ejercida contra el menor ocurriría en el contexto familiar y el autor del maltrato sería un cuidador principal, por lo que también los vínculos de apego, cuidados básicos y ambiente de seguridad para el niño/a se verían comprometidos o afectados.

La idea de incluir como eventos igualmente generadores de daño tanto a los que suponen presencia de estímulos que representan amenazas significativas para la integridad física o bienestar del niño/a, como a los que implican ausencia de estímulos esperados y necesarios para el correcto desarrollo del menor, está en consonancia con la propuesta de González-Vázquez (2017), que define el trauma como algo que no tendría que pasar y pasa, o algo que tendría que pasar y no pasa, aunque siempre tiene un carácter negativo.



Capítulo 2. EL MALTRATO INFANTIL



2.1. CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN

Una definición muy conocida y citada de maltrato infantil es la formulada por la OMS, durante la Consulta de 1999 sobre Prevención del maltrato infantil, y luego actualizada en el Informe mundial sobre violencia y salud. En ella se determina el abuso o maltrato infantil como:

Cualquier forma de violencia física y/o maltrato emocional, abuso sexual, negligencia o trato negligente o explotación comercial o de otro tipo del que resulte un daño real o potencial para la salud, supervivencia, desarrollo o dignidad del menor de edad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (Organización Mundial de la Salud, 2002).

Esta definición abarca un amplio espectro del maltrato y capta una amplia gama de comportamientos que pueden causar daños, tanto a corto como a largo plazo, en el desarrollo social, psicológico, cognitivo y físico de un menor de edad, y deja fuera cualquier consideración acerca de la presencia o no de intencionalidad en la conducta. La definición incluye las actitudes y comportamientos que tienen un carácter activo o de omisión/descuido, y pueden ocurrir dentro o fuera de la familia. Además, también se ocupa de los actos de violencia cometidos por un menor contra otro menor de edad, aunque sabemos que el maltrato infantil sucede generalmente en el contexto de una relación donde existe responsabilidad, confianza o poder. La OMS también reconoce la exposición a la violencia de pareja como una forma de maltrato infantil.

A pesar de que los “malos tratos a la infancia” supone una realidad compleja, difícil de definir, y que ha ido experimentando cambios en su conceptualización y comprensión a lo largo del tiempo, fruto de los avances sociales en derechos infantiles y mayor conocimiento sobre el tema, la OMS ha calificado la violencia ejercida contra los niños y niñas como un problema mundial de gran magnitud, que puede generar graves alteraciones en la salud mental y física de los menores que perduran toda la vida (OMS/Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños [ISPCAN], 2006).



De acuerdo a la clasificación propuesta por el Centro Reina Sofía (2011), podemos fijar diversas modalidades de violencia o maltrato contra los menores de edad, según las siguientes tres variables (véase Figura 2.1):

- El tipo de acción. La violencia puede consistir en una acción, por ejemplo pegar o insultar, pero también puede ser tipificada como violenta aquella conducta en la que se desatiende la obligación de dispensar los cuidados necesarios a una persona, cuando esta presenta una dependencia. Esta última clase de violencia es la denominada negligencia. Se trata de una forma de violencia muy presente en los casos de maltrato de menores o también de personas mayores en la familia.
- El tipo de daño causado o la naturaleza de la violencia. Según el daño causado, tres suelen ser las modalidades más estudiadas de violencia o maltrato infringidos a menores: física, psicológica y sexual.
- El tipo de escenario o contexto en el que ocurre la violencia. Sabemos que lamentablemente la violencia y el maltrato pueden ocurrir en todos los escenarios de la vida de un niño/a. Hay, sin embargo, algunos contextos en los que ocurre con mayor frecuencia. Uno de ellos es la familia, una estructura que a priori debería estar libre de conductas dañinas, ya que es el principal contexto de formación de la persona. El segundo ambiente en el que puede darse el maltrato infantil es el colegio. Finalmente, la comunidad es el tercer escenario donde con frecuencia puede presentarse la violencia hacia menores.

2.1.1. Tipos de maltrato infantil

De acuerdo con Martínez (2015), las dificultades en la conceptualización del maltrato infantil también se extienden a las definiciones operativas de cada tipo de maltrato, lo cual dificulta una delimitación clara entre las distintas tipologías.

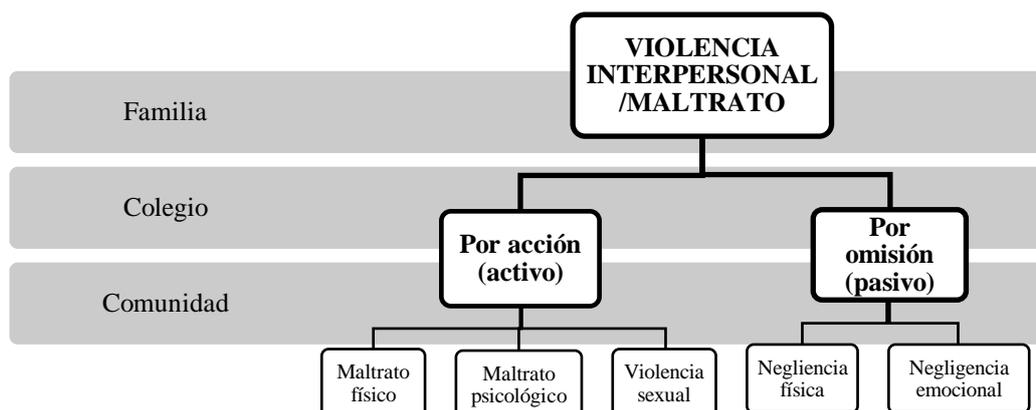
En la literatura encontramos diferentes sistemas de clasificación del maltrato infantil, que se postularon a partir de la década de los noventa: Sistema de Clasificación de Maltrato (SCM) (Barnett et al., 1991; Manly, 2005), Record of Maltreatment Experiences (ROME) (McGee et al., 1997), Sistema de Clasificación del Maltrato Modificado (SCMM) (Barnett et al., 1991; English, 1997; English et al., 2005), Sistema Jerárqui-



co de Clasificación (SJC) (Lau et al., 2005) y Sistema Jerárquico de Clasificación Extendido (SJCE) (Lau et al., 2005), entre otros.

Figura 2.1.

Tipología de la violencia hacia menores



Nota: Adaptado de ChildONEurope (Red Europea de Observatorios Nacionales de Infancia), 2009.

De entre todos estos sistemas de clasificación, el más utilizado es el Sistema de Clasificación Jerárquico (SCJ) que clasifica el maltrato infantil en cuatro grandes categorías, que han sido generalmente las aceptadas por los distintos organismos, nacionales e internacionales, incluida la OMS: maltrato físico, abuso sexual, desatención/negligencia y maltrato emocional/psicológico (OMS/ISPCAN, 2009). Estos tipos de maltrato infantil y sus correspondientes definiciones operativas se recogen en la Figura 2.2.

2.1.2 Maltrato infantil dentro del ámbito familiar

Como ya hemos comentado anteriormente, la violencia ejercida hacia los menores puede acontecer en cualquier contexto de la vida del niño o niña, y uno de los am-

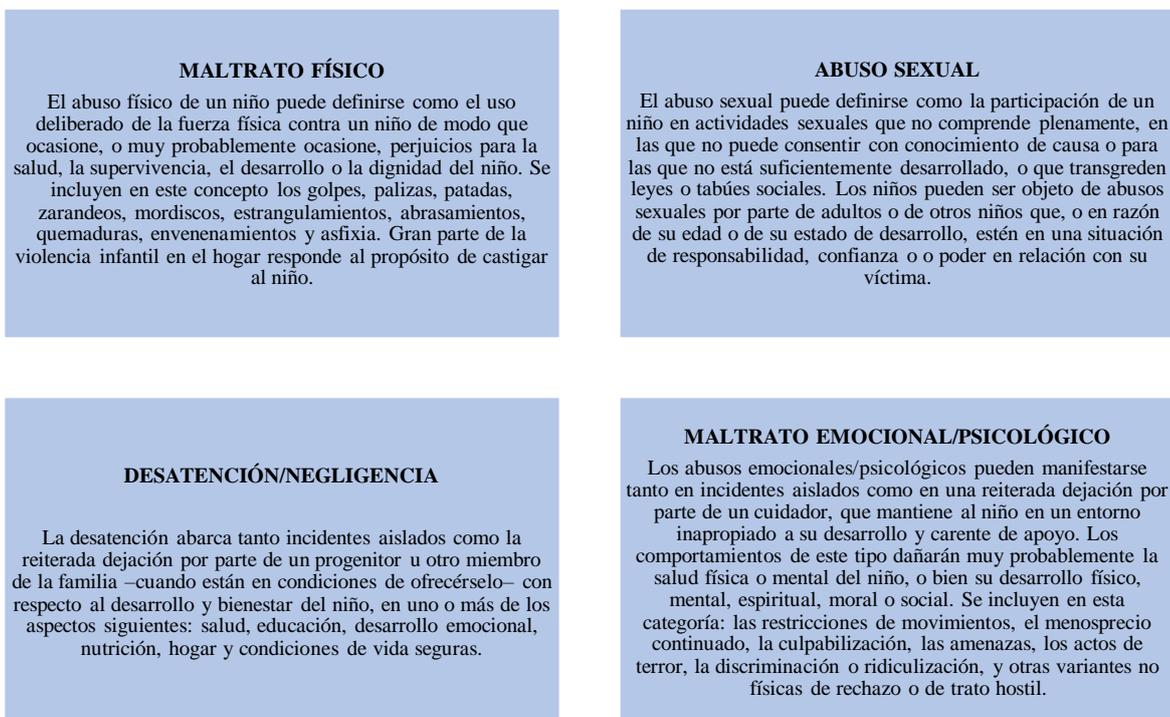


bientes en los que el maltrato, de darse, puede generar efectos especialmente graves es el familiar.

En este sentido, en la literatura encontramos una tipología primaria, que distingue entre maltrato familiar y extra familiar. El maltrato familiar es aquel en el que el acto de violencia se produce por parte de progenitores, tutores u otros familiares (principalmente padre o madre), colocando al menor en una situación de desprotección que en muchos casos hace necesaria la intervención de las instituciones competentes para garantizar la seguridad y cuidado de los menores (OMS, 2002). Es el caso de parte de los niños/as que han participado en nuestro estudio. El maltrato también puede darse en un contexto extra familiar, bien cuando el perpetrador procede de otros círculos de confianza, en ámbitos como el educativo o en actividades de tiempo libre, cuando esta violencia se ejerce a través de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (grooming, sexting....) o cuando directamente se trata de violencia entre iguales (acoso escolar y ciberacoso), entre otros (OMS/ISPCAN, 2006).

Figura 2.2.

Clasificación y definición de los tipos de maltrato infantil





Nota: Extraído del Informe de la Reunión Consultiva sobre el Maltrato de Menores (OMS, 1999).

Lo más dramático del maltrato infantil es que en la mayoría de los casos la violencia se da justamente en aquellos lugares que deberían ser espacios de afecto y protección, o lo que es lo mismo, dentro del contexto relacional más cercano e importante para el menor, y por parte de sus cuidadores primarios.

Sabemos que la familia sigue siendo el primer agente socializador y su papel en la crianza y educación de la infancia es central. No obstante, el desempeño positivo de las funciones parentales no es algo que quede relegado al ámbito privado de cada familia, ni es responsabilidad única de los padres/madres garantizar que esto sea así, sino que es obligación de toda la sociedad garantizar los derechos de los niños/as a tener unos padres que ejerzan como tales de una manera adecuada, asegurando un buen trato a los hijos/as (Cervera et al., 2021). Por tanto, se entiende a la familia como núcleo fundamental de la sociedad, que adquiere, además de su función privada, una dimensión pública, por contribuir a proteger a los menores y a la formación de los ciudadanos a través de sus funciones educativas y asistenciales.

Partiendo de esta dimensión pública de la familia, algunas instituciones tan importantes en el ámbito de Europa, como son el Parlamento Europeo y el Consejo de Europa, formularon Recomendaciones a los Estados Miembros de la UE para que estimularan medidas de apoyo a las familias, que contribuyeran a fomentar en ellas el ejercicio positivo del rol parental, o lo que es lo mismo, lo que se ha denominado “parentalidad positiva”. En este sentido, la parentalidad positiva fue definida dentro de las Recomendaciones del Consejo de Europa (2006) de la siguiente forma:

El conjunto de conductas parentales que procuran el bienestar de los menores y su desarrollo integral desde una perspectiva de cuidado, afecto, protección, enriquecimiento y seguridad personal, de no violencia, que proporciona reconocimiento personal y pautas educativas, e incluye el establecimiento de límites para promover su completo desarrollo, el sentimiento de control de su propia vida y que puedan alcanzar los mejores logros tanto en el ámbito familiar como académico, con los amigos y en el entorno social y comunitario.



En este sentido, algunas competencias parentales positivas que el Consejo de Europa especifica e incluye como especialmente relevantes son las siguientes (Consejo de Europa, 2006):

- Proporcionar afecto y apoyo a los hijos/as.
- Dedicar tiempo para interactuar con ellos/as.
- Comprender las características evolutivas y de comportamiento de los hijos/as a una determinada edad.
- Establecer límites y normas para orientar el adecuado comportamiento de los hijos/as y generar expectativas de que cooperarán en su cumplimiento.
- Comunicarse abiertamente con los hijos/as, escuchar y respetar sus puntos de vista, y promover su participación en la toma de decisiones y en las dinámicas familiares.
- Reaccionar ante sus comportamientos inadecuados proporcionando consecuencias y explicaciones coherentes y evitando castigos violentos o desproporcionados.

Desafortunadamente, muchos padres y madres presentan dificultades muy importantes para el ejercicio de una parentalidad positiva, observándose frecuentemente ambientes familiares en los que las prácticas educativas por parte de los cuidadores se alejan mucho de las que idealmente deberían ser. De hecho, los datos indican que el número de niños/as que sufre la violencia en forma de disciplina es muy elevado, por lo general en sus propios hogares y desde que son muy jóvenes (UNICEF, 2009). De acuerdo a Martín-Quintana et al. (2009), la adquisición de competencias parentales, entendiéndose estas como capacidades prácticas que tienen las madres y los padres para cuidar, proteger y educar a sus hijos e hijas adaptándose de forma flexible y coherente a sus necesidades y sus diferentes estadios evolutivos (Capano y Ubach, 2013), es el resultado de, por un lado, factores personales (por ejemplo, herencia o limitaciones por discapacidad/enfermedad) y, por otro lado, factores contextuales (características socio-históricas del momento en el que se ejerce la parentalidad, historia familiar de buen o mal trato durante la infancia de los progenitores, entre otros).



Siguiendo a Martínez (2015), aunque la visibilidad social de la violencia familiar, en sus distintas manifestaciones, ha ido incrementándose progresivamente en las últimas décadas, y la gravedad del maltrato infantil como problema de salud pública, de derechos humanos, jurídico y social ha sido reconocida internacionalmente (OMS/Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños [ISPCAN], 2009), aún queda mucho camino por recorrer respecto a la erradicación de las situaciones graves de desprotección o maltrato infantil, si atendemos a las cifras de incidencia y prevalencia actuales de violencia ejercida contra los niños/as en el contexto familiar. Y es que, a pesar de los avances sociales comentados, como apunta López-Soler (2022) la violencia de “puertas adentro” es una realidad que en muchos casos sigue siendo difícil de detectar, permaneciendo oculta o pasando inadvertida, debido principalmente a que sigue prevaleciendo el ya referido carácter privado de la familia frente a los derechos de los niños/as a la protección, y a las relaciones de desigualdad respecto al poder, responsabilidad y dependencia que se dan dentro de la misma, principalmente entre padres e hijos/as aunque también entre hombres y mujeres.

2.1.3. Menores expuestos a violencia contra sus madres

La atención a los/as menores expuestos a Violencia de Género (VG) en sus hogares ha sido apoyada desde hace unos años por diferentes instancias internacionales, especialmente por el Consejo de Europa. En mayo de 2011 se firmó el Convenio de Estambul, reclamando a todos los Estados que tomaran medidas para asegurar las necesidades de estos menores y recomendando una asistencia psicosocial adecuada a la edad del niño o la niña. Este convenio entró en vigor en España en 2014. En nuestro país también se están realizando esfuerzos por parte de todos los poderes públicos para atender las necesidades de los menores expuestos a VG. En esta línea, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la VG, nombró por primera vez a los hijos/as de las mujeres que sufren VG, reconociendo que dichas situaciones afectaban a estos/as menores, convirtiéndoles en víctimas indirectas de esta violencia.

En 2015 se materializaron a nivel jurídico las acciones dirigidas a los hijos e hijas de mujeres víctimas de VG, gracias a la publicación de la Ley Orgánica 8/2015, de



22 de julio, de Modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia y la Ley 26/2015, de 28 de julio, de Modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Así, se indicaron las modificaciones de la Ley Orgánica 1/2004, exponiéndose algunas consideraciones importantes en materia de violencia de género y sus secuelas en los/as menores, considerándolos como víctimas directas y ampliando las situaciones objeto de protección. Un paso más en el avance de la protección a estos niños y niñas se ha dado recientemente, en el año 2021. Se publicó la Ley Orgánica 8/2021 de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia y la Ley 8/2021, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.

Desde 2015 se considera que niños y niñas que conviven diariamente con la violencia que se ejerce contra sus madres por parte de su pareja o ex-pareja, ya sea el progenitor o no, también están siendo maltratados y, por tanto, son víctimas directas de este tipo de violencia. Siguiendo a López-Soler et al. (2022), esta modificación implica un cambio de nomenclatura pasando de la inocua descripción de “expuestos a la violencia” a la de sufrir maltrato directo, que abarca el amplio abanico de consecuencias que conlleva el crecer en esta “zona de guerra” (Lemmy et al., 2001; López-Soler et al., 2022).

Ya a finales del siglo pasado, UNICEF consideraba como maltrato, no solo la violencia directa ejercida contra los niños, sino también los efectos indirectos de la violencia familiar sobre éstos. Como hemos comentado, también la Organización Mundial de la Salud, en su Consulta de 1999 sobre Prevención del maltrato infantil, incluía la exposición de los menores a la violencia de pareja dentro del entorno familiar como una forma de maltrato infantil (OMS, 1999/2002). Desde entonces y de manera creciente, múltiples estudios han corroborado las consecuencias psicológicas tan graves que tiene para los menores la exposición de los mismos a la violencia contra sus madres, ejercida por parte de su pareja o ex-pareja, lo que ha acabado derivando en el reconocimiento oficial de este tipo de situaciones como un tipo más de maltrato infantil intrafamiliar. Actualmente ya existe acuerdo sustancial en considerar que vivir en un entorno donde hay violencia de género es una forma de maltrato, concretamente violencia psicológica, que afecta a millones de niños/as y adolescentes en todo el mundo (Dubowitz et al., 2018; OMS, 2020).



En investigaciones sobre menores expuestos a violencia de género en el entorno familiar, se ha constatado un mayor riesgo de ser víctimas de otros eventos traumáticos graves, como abusos físicos y sexuales (Alcántara et al., 2013; Graham-Bermann et al., 2012).

2.2. EPIDEMIOLOGÍA

El maltrato infantil es un problema difícil de estudiar, ya que los cálculos actuales arrojan cifras variables, según el país y el método de estudio utilizado, en función de factores tales como la definición de maltrato infantil empleada, el tipo de maltrato analizado, la calidad de las estadísticas oficiales del país y la calidad de las encuestas realizadas, entre otros.

Un estudio que se llevó a cabo por la Secretaría General de las Naciones Unidas sobre violencia contra los niños en 2006, destaca el alarmante aumento de formas de malos tratos y violencia contra éstos denunciadas en el mundo, prestando especial atención al maltrato infantil a manos de padres y otros miembros de la familia. Según algunos datos de la Organización Mundial de la Salud, casi 3 de cada 4 niños de entre 2 y 4 años (unos 300 millones) sufren con regularidad castigos corporales o violencia psicológica por parte de padres o cuidadores. Una de cada 5 mujeres y uno de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales cuando tenían entre 0 y 17 años. Y 120 millones de niñas y mujeres jóvenes, de menos de 20 años, han sufrido alguna forma de relación sexual forzada (OMS, 2022).

Los estudios internacionales revelan que una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido malos tratos físicos en la infancia. Además, muchos niños son objeto de maltrato psicológico o emocional y víctimas de desatención. Se calcula que cada año mueren en el mundo por homicidio 41000 menores de 15 años, siendo una de las cinco principales causas de defunción entre adolescentes (UNICEF, 2021). Además de las víctimas mortales, hay decenas de millones más de niños y niñas afectados por la violencia.



Estudios realizados en Estados Unidos sobre maltrato infantil y violencia familiar apuntan a que 1 de cada 4 niños/as fue físicamente maltratado por uno de sus progenitores hasta el punto de dejarle alguna marca en el cuerpo; 1 de cada 3 parejas recurre a la violencia física en el hogar; 1 de cada 4 menores creció con familiares alcohólicos, y 1 de cada 8 ha sido testigo de cómo pegaban a su madre (Administration for Children and Families, Children's Bureau, 2022).

Las tasas de incidencia en países europeos son igualmente elevadas. Siguiendo a López-Soler et al. (2022) y de acuerdo al Informe Europeo sobre la Prevención de Maltrato Infantil (European Report on Preventing Child Maltreatment), los niños/as y adolescentes de Europa sufren maltrato emocional en un 29.1% de los casos, en un 22.9% experimentan maltrato físico, un 13.4% de las niñas y un 5.7% de los niños abusos sexuales y un 16.3% abandono físico o emocional (OMS, 2013).

En 2020 en España, el teléfono de atención a la infancia y adolescencia recibió un total de 16210 llamadas relacionadas con la violencia contra menores. Además, se registraron un total de 40482 delitos contra menores, de los cuales el 33% fueron delitos de índole sexual. No hay una cifra exacta de casos de maltrato infantil en España debido a que se trata de una realidad oculta y compleja. Según Save the Children (2019) el número real de víctimas de maltrato infantil en España continúa siendo desconocido. Sin embargo, se estima que alrededor de un 10% de la población infantil ha sufrido alguna forma de maltrato, lo que equivale a aproximadamente 1 millón de niños y niñas. Dentro de los menores atendidos por el Sistema de Protección de la Infancia en España, el tipo de maltrato más prevalente en 2020 fue la negligencia, que afectó al 55% de los menores, seguido del maltrato emocional, que afectó al 38.9%, seguido del maltrato físico que afectó al 24.3% de los menores, y el abuso sexual, que afectó al 4.5% de los menores (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2022).

Si atendemos al tipo de población estudiada, estudios epidemiológicos realizados en varios países sitúan la prevalencia del maltrato infantil en población general entre un 4.5%-21%; sin embargo, en población clínica, la prevalencia del maltrato oscila entre el 6%-48% (Ulloa y Navarro, 2011). Respecto a menores tutelados, el ingreso de menores que habían sufrido maltrato infantil confirmado en centros de protección infantil aumentó de un 4.8% en 2011 a un 5.3% en 2016 (López-Soler et al., 2022). Respecto



a esta población, Fernández (2014) en el estudio que llevó a cabo sobre una muestra de 86 menores, de edades comprendidas entre los 6 y 17 años de edad y que estaban tutelados/as por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia por maltrato intrafamiliar crónico, encontró que el 97.7% de ellos/as sufrieron negligencia física/emocional o ambas, el 81.4% había recibido maltrato emocional, el 44.2% maltrato físico, el 4.7% fue víctima de abuso sexual y el 31.4% fue testigo de violencia de género.

Respecto a la exposición a situaciones de violencia de género, una investigación realizada en el Reino Unido por la *National Society for the Prevention of Cruelty to Children* (NSPCC, 2012) reveló que el 12% de los niños menores de 11 años y el 17% de los adolescentes habían estado expuestos a violencia física entre sus padres al menos una vez en sus vidas. En España, entre un 70 y un 85% de los hijos/as de mujeres víctimas de malos tratos por parte de sus parejas o ex-parejas son testigos de esta violencia y también se ven involucrados en los episodios violentos (Castro et al., 2017; López-Soler et al., 2017).

Como hemos comentado, las prevalencias sobre el maltrato infantil varían dependiendo del tipo de maltrato y de la fuente de referencia utilizada. Si atendemos al Maltrato físico, se estima que alrededor del 25% de los niños menores de 18 años han sufrido abuso físico al menos una vez en su vida (UNICEF, 2021). En los Estados Unidos, el 20.7% de los niños/as experimentó abuso físico en 2020 (Administration for Children and Families, Children's Bureau, 2022). Y en España, se encontró que el 3.8% de los menores de edad han sufrido maltrato físico al menos una vez en su vida (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2022).

En cuanto al Abuso sexual infantil confirmado, en Estados Unidos, se informó que el 8.6% de los menores experimentó abuso sexual en 2020 (Administration for Children and Families, Children's Bureau, 2022). Y en España, se encontró que el 1.9% de los niños y niñas menores de 17 años había sufrido abuso sexual alguna vez en su vida (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2022). Diversos estudios realizados en nuestro país con muestras de universitarios arrojan prevalencias de abuso sexual antes de los 18 años que se sitúan entre un 12% y un 16.2% (Cortés et al., 2011; Pereda y Forns, 2007).



Respecto a la Negligencia, a nivel mundial, se estima que alrededor del 20% de los niños menores de 18 años han experimentado negligencia al menos una vez en su vida (UNICEF, 2021). En Estados Unidos, el 9.2% de los menores experimentó negligencia en 2020 (Administration for Children and Families, Children's Bureau, 2022), y en España, el 9.7% de los niños y niñas menores de edad ha sufrido negligencia alguna vez en su vida (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2022).

En relación al Maltrato psicológico/emocional, a nivel mundial la prevalencia es del 33% (UNICEF, 2021). En 2020, en Estados Unidos, esta prevalencia fue del 7.1% (Administration for Children and Families, Children's Bureau, 2022), y en España, el 17.5% de los niños y niñas menores de edad ha sufrido maltrato psicológico alguna vez en su vida (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2022). De todos los tipos de maltrato, éste es el más difícil de detectar y uno de los que presenta tasas de prevalencia más dispares (English et al., 2015), debido al criterio utilizado y también quién informa sobre la existencia del mismo (López-Soler et al., 2022).

Normalmente coexisten los tipos de maltrato infantil y raramente ocurren de forma aislada (Graham-Bermann et al., 2012). Una encuesta nacional realizada en Noruega en 2019 sobre una muestra de adolescentes de entre 12 y 16 años ($N = 9240$), mostró que el 11% experimentó tres o más tipos diferentes de maltrato en la infancia (Hafstad et al., 2020). Otros autores que han examinado la co-ocurrencia del maltrato concluyen un alto nivel de solapamiento entre la exposición a violencia de género en la pareja y otros tipos de maltrato, pudiendo oscilar entre el 45% y el 70% (Holt et al., 2008).

Del mismo modo, existe suficiente evidencia empírica acerca de que los menores expuestos a un tipo de victimización se encuentran en mayor riesgo de experimentar otras victimizaciones. Diversas investigaciones muestran que muchos de los niños/as que viven en hogares en los que son frecuentes las conductas de maltrato físico por parte de progenitores, también son sometidos a maltrato psicológico severo (Corso et al., 2008). Otros trabajos destacan que la ocurrencia de abuso sexual infantil aumenta la probabilidad de aparición de maltrato emocional, físico y negligencia (Dong et al., 2003). En investigaciones sobre menores expuestos a violencia hacia sus madres por parte de su pareja o ex-pareja, se ha constatado un mayor riesgo de ser víctimas de otros



eventos traumáticos graves (Ahmadabi et al., 2018; Alcántara et al., 2013; Graham-Bermann et al., 2012; Hultmann et al., 2020).

2.3 CONSECUENCIAS NEUROBIOLÓGICAS DE TRAUMAS ASOCIADOS A MALOS TRATOS EN LA INFANCIA

Se va encontrando cada vez más evidencia en investigación sobre la influencia del trauma infantil en el organismo de manera sistémica, y sus secuelas a largo plazo. Se ha corroborado que el cerebro en desarrollo se ve profundamente afectado por las experiencias adversas, de modo diferencial en función del momento evolutivo (Andersen et al., 2008). No solo el sistema nervioso, sino los propios genes se ven influidos por las circunstancias estresantes, y estos factores contribuirán en el adulto al desarrollo de diversos tipos de problemáticas (Labonté et al., 2012).

Los genes contienen la información para la organización general de la estructura cerebral pero es la experiencia la que modela directamente la expresión de los genes y conduce la creación y fortalecimiento de las conexiones neuronales que forman el sustrato de la mente (Teicher y Samson, 2016). Los datos disponibles sugieren que el desarrollo cerebral es un proceso “dependiente de la experiencia”, en el cual la experiencia activa ciertas vías cerebrales, fortaleciendo las conexiones existentes y creando otras nuevas. En cambio, la falta de experiencia puede ocasionar la muerte celular (Siegel, 2010).

Siegel (2010) señala que, aunque la experiencia conforma la actividad cerebral a lo largo de toda la vida, las experiencias tempranas son cruciales en el desarrollo de estructuras “más profundas” del cerebro, que son responsables de las habilidades regulatorias básicas.

El cerebro humano se desarrolla de manera secuencial y jerárquica siguiendo las líneas evolutivas del desarrollo de las especies (Perry, 2009):

- 1) El tallo cerebral es la región evolutivamente más antigua y la primera en madurar. En términos generales su trabajo consiste en regular funciones básicas y necesarias para vivir tales como la temperatura del cuerpo, el ritmo cardíaco, la



presión sanguínea, la respiración y ciertos reflejos. Esta región se suele conocer también como *cerebro reptiliano*.

- 2) La región que se desarrolla a continuación en la línea evolutiva es el sistema límbico, también conocido como *cerebro emocional*. Las estructuras que componen esta región están encargadas de cumplir un rol fundamental en la autopreservación y la supervivencia. Son las encargadas de aportar significado emocional a las experiencias y el centro neurálgico de nuestro sistema de memoria.
- 3) Finalmente la región evolutivamente más nueva y joven, es la neocorteza cerebral o neocórtex, también conocida como *cerebro pensante*. Es el área donde tiene lugar la planificación, el razonamiento y en la que se lleva a cabo el procesamiento cognitivo de la información.

Cuando una persona tiene que enfrentarse a situaciones cotidianas en las que existe un peligro de daño o daño real, como es el caso de los niños/as que sufren maltrato en su contexto familiar, entonces las estructuras más primitivas del cerebro (cerebro reptiliano y cerebro emocional) estarán activadas permanentemente para regular las funciones básicas y preparar al cuerpo para la defensa ante el peligro, quedando las estructuras cerebrales más complejas (cerebro pensante) comprometidas y supeditadas a la lucha por la supervivencia. Además, en el caso del niño maltratado por su figura de apego, como hemos visto, éste queda atrapado en una situación de miedo sin solución, porque las respuestas disponibles para solventar el peligro y asociadas al sistema de defensa (principalmente lucha y huida, aunque también sumisión/congelamiento) van a resultar inútiles cuando el agente del daño es la persona con la que convivo, de la que dependo y que me debe cuidar y proteger. En estos casos, el niño/a no podrá formar apegos seguros, gestionar emociones y conductas y, mucho menos, pensar, aprender y reflexionar mientras éste atrapado en circunstancias adversas en las cuales el primer objetivo es sobrevivir (Lyons et al., 2020).

2.3.1. Ambiente temprano adverso y neurodesarrollo

Siguiendo a Marques-Feixa y Fañanás (2020), los humanos somos primates que nacemos con una gran inmadurez neurológica, y es durante los primeros años de vida cuando se van a producir numerosos cambios estructurales, funcionales y de conectivi-



dad entre las neuronas del córtex cerebral, así como entre éstas y las células gliales. Los diferentes procesos del desarrollo del Sistema Nervioso Central se enmarcarían en las diferentes etapas vitales de la siguiente forma (ver Figura 2.3.):

- La neurogénesis, que incluye la proliferación y migración, prácticamente se ha completado en el momento del nacimiento, por lo que se desarrolla casi por completo en la etapa prenatal.
- Las sinapsis excitatorias (sistema glutamatérgico) se producen en la etapa perinatal y en la primera infancia, aumentando progresivamente hasta aproximadamente los 5 años de vida, momento en el que empiezan a descender hasta perder aproximadamente la mitad de ellas (poda neuronal) al inicio de la adolescencia.
- Las sinapsis inhibitorias (sistema gabaérgico) van aumentando de forma progresiva durante la infancia, con un incremento más pronunciado a partir de la adolescencia.
- El equilibrio entre ambos sistemas neurotransmisores (glutamatérgico y gabaérgico) se alcanza al final de la adolescencia, con la preponderancia del segundo en la etapa adulta.
- El proceso de mielinización, asociado a una mayor protección y eficacia de la conectividad de las neuronas, comienza antes del nacimiento aumentando progresivamente a lo largo de la vida, y alcanzando el 50% de su desarrollo máximo aproximadamente a la edad de 10 años y el 100% del mismo ya en la adultez.

Como hemos comentado previamente, para que este “programa” del neurodesarrollo, que viene predeterminado (filo) genéticamente, pueda ejecutarse correctamente, el individuo en desarrollo debe contar desde el inicio, esto es desde que se produce la fecundación y el embrión logra implantarse en el útero materno, con un ambiente favorable de la estimulación y experiencias necesarias que, a su vez, influirán en los genes a través de los mecanismos epigenéticos (Labonté et al., 2012).

Esto nos devuelve de nuevo a la idea de que todos los seres humanos necesitamos de la vinculación con otros para poder sobrevivir, madurar y hacernos autónomos. En la primera etapa de nuestra vida, principalmente, pero hasta la adultez, son nuestros cuidadores principales los que nos proporcionan el marco relacional y apoyo social ne-

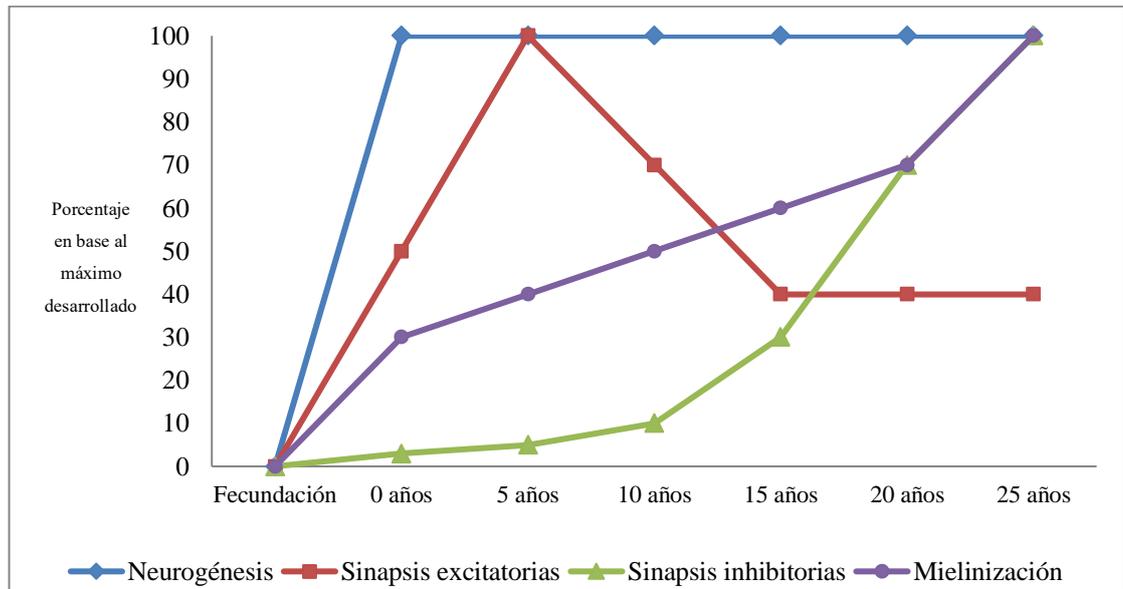


cesarios, a través de las interacciones del bebé/niño con sus principales figura de apego. Por tanto, la cualidad positiva o negativa de estas primeras experiencias relacionales van a tener un tremendo impacto en el crecimiento y diferenciación cerebral, así como en sus procesos asociados (crecimiento de axones, establecimiento de conexiones neuronales, mielinización, poda neuronal, etc.) (Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011; Teicher et al., 2016).

No obstante, como veremos a continuación, cuando se dan ciertas características ambientales que suponen altos niveles de estrés psicosocial, como es el caso de los niños gravemente maltratados, que además se inician y mantienen durante etapas tan cruciales para el neurodesarrollo, como hemos visto son la infancia y adolescencia, entonces el desarrollo cerebral normal se verá alterado, impidiendo que el niño/a pueda adquirir las diferentes funciones mentales o competencias evolutivas necesarias (cognitivas, afectivas/emocionales, conductuales, relacionales/sociales), que le permitan poder adaptarse satisfactoriamente a la realidad de su entorno.

Figura 2.3.

Cronograma de los diferentes procesos del desarrollo del SNC



Nota: Adaptado de Marques-Feixa y Fañanás (2020).



2.3.2. Afectación del eje Hipotálamo-Hipofisario-Adrenal (HHA)

Se ha confirmado que las experiencias repetidas de maltrato durante la infancia actúan como estresores habituales, y generan disfunciones duraderas en los principales sistemas neuroreguladores, como el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA), y otras consecuencias fisiopatológicas significativas (Boeckel et al., 2017; Nemeroff, 2016).

El tipo de apego que se establece desde muy pronto tiene que ver esencialmente al principio con el hecho o no de que el padre o la madre sea capaz de dar respuesta a las necesidades fisiológicas del bebé (por hambre, frío, dolor, etc.), regularle la tensión interna y calmarlo. En este sentido, un adecuado sistema de apego (respuesta apropiada y en sintonía del adulto) regulará óptimamente el malestar del niño/a, pero cuando el apego es disfuncional o muy desorganizado, como ocurre en las experiencias de maltrato o la negligencia, entonces se activa la respuesta de alarma/tensión de manera permanente y esto acabará generando una afectación en los principales mecanismos neuroendocrinos reguladores de la respuesta de estrés en el niño/a (Tarullo y Gunnar, 2006).

Uno de los sistemas neurobiológicos que se ven especialmente afectados por las experiencias de abusos o negligencia es el eje neuroendocrino hipotalámico-hipofisario-adrenal, debido a su importante función en la respuesta de estrés (Pereda y Gallardo-Pujol, 2011). Concretamente, se ha observado que la vivencia repetida de este tipo de traumas puede comportar disfunciones y lesiones duraderas de este eje, observándose una sensibilización del mismo y de la respuesta autónoma al estrés, un fracaso en la capacidad de alostasis del individuo y una sobrereactividad crónica que puede conllevar consecuencias fisiopatológicas muy importantes, como irregularidades en la cantidad de cortisol secretado y mayores concentraciones urinarias de dopamina, noradrenalina y adrenalina (Boeckel et al., 2017; Sturge-Apple et al., 2012). Y esto parece especialmente grave si se produce durante la infancia, puesto que las regiones cerebrales sensibles al estrés se encontrarían en un momento de máxima sensibilidad.

En nuestro país, un potente grupo investigador de la Universidad de Barcelona, liderado por la Dra. Lourdes Fañanás, viene examinando en los últimos años los efectos



del estrés temprano y las experiencias adversas en la infancia, como el maltrato, sobre la función del eje Hipotálamo-Hipofisario-Adrenal y los genes que lo regulan. Los resultados que se desprenden de algunos estudios experimentales recientes realizados por este grupo de investigación sobre muestras de menores maltratados confirman que el eje HHA parece estar desregulado en estos niños/as, mostrándose hiporeactivo frente situaciones de estrés psicosocial medidas mediante el Trier Social Stress Test (TSST) (Marqués-Feixa et al., 2021; Marqués-Feixa y Fañanás, 2020). El TSST es un protocolo específico utilizado por estas investigadoras para evaluar la respuesta de este eje frente a situaciones de estrés agudo. Concretamente, se medía el nivel de cortisol de los niños/as, a través de la saliva, en diferentes momentos temporales (30 minutos antes de aplicar el protocolo, justo al inicio y finalización del mismo y 30 y 45 minutos después de su realización). Sin embargo, estos niños sí manifestaban niveles de ansiedad elevados durante la prueba, por lo que se mostró una clara disociación entre su percepción subjetiva de estrés y su respuesta biológica.

Otros hallazgos que se desprenden de estos estudios se relacionan con cómo afecta la severidad y duración de las situaciones de malos tratos al funcionamiento del eje. En este sentido se ha observado una relación dosis-efecto, de manera que aquellos niños y niñas que habían sufrido experiencias de maltrato más graves muestran mayores alteraciones en el funcionamiento de este eje. Por otro lado, se constató que, en aquellos menores que habían estado expuestos a maltrato infantil durante más tiempo, existía una mayor disfunción en el eje HHA, independientemente de la severidad de las experiencias sufridas (Marqués-Feixa et al., 2021; Marqués-Feixa y Fañanás, 2020).

El funcionamiento del eje Hipotálamo-Hipofisario-Arenal también puede evaluarse midiendo el nivel de cortisol basal diurno. Sabemos que los niveles de cortisol son típicamente altos por la mañana y van disminuyendo lentamente hasta alcanzar sus niveles más bajos a medianoche. La investigación en relación a ello apunta a que los niños maltratados, en comparación con los no maltratados, presentan niveles más altos de cortisol basal por la noche, lo que también podría relacionarse con las dificultades en la conciliación del sueño (estado de hiperactivación) que presentan con frecuencia estos menores (Marqués-Feixa et al., 2021).



2.3.3. Cambios morfológicos y funcionales en el cerebro de los niños maltratados

Los resultados que se desprenden de los estudios realizados confirman que la exposición temprana a patrones anormales de estrés y otras características asociadas a experiencias de maltrato graves en la infancia pueden convertirse en agentes que interrumpen el desarrollo cerebral normal y que, dependiendo de la edad de inicio y de la duración de los malos tratos, pueden incluso llegar a alterar el desarrollo de estructuras cerebrales fundamentales, como el hipocampo, la amígdala, el córtex prefrontal, el cuerpo calloso, el locus cerúleo, el núcleo estriado, el cerebelo, el giro cingulado o el fascículo arqueado (Rooij et al., 2020; Teicher y Samson, 2016). Algunos de los aspectos que se modifican tienen que ver con la morfología y el volumen (fundamentalmente menos materia gris) de estas áreas (Dvir et al., 2014).

En algunas investigaciones, que utilizan técnicas de neuroimagen, se han observado en personas con historia de maltrato infantil, variaciones en las respuestas habituales de diversas zonas cerebrales, como una hiperactividad de la amígdala y de la corteza cingulada anterior, así como una hipoactivación del córtex prefrontal ventromedial (Marinova y Maercker, 2015; Nemeroff, 2016). También se han confirmado disfunciones en el hipocampo, el giro hipocampal y en la corteza orbitofrontal y prefrontal (dorsomedial y ventrolateral) (Lim et al., 2014).

Hanson et al. (2012) estudiaron en un grupo de 61 menores el impacto de los eventos vitales estresantes en el volumen de ciertas áreas cerebrales, medidos a través de resonancia magnética, y encontraron que un mayor número de experiencias adversas tempranas se asoció con un menor volumen de la corteza prefrontal, tanto en la sustancia gris como en la blanca, concretamente entre la corteza cingulada anterior y los polos frontales, lo que a su vez se relacionó con un funcionamiento ejecutivo más deficiente en estos niños/as. En otro estudio en el que se evaluaron a 256 australianos sanos sin psicopatología, las experiencias adversas en la infancia se asociaron de nuevo con volúmenes reducidos de la corteza cingulada anterior, y también de los núcleos caudados (Cohen et al., 2006).



Hallazgos similares fueron reportados por Thomaes et al. (2010), quienes encontraron que niños/as maltratados y que presentaban diagnóstico de trastorno de estrés postraumático relacionado con dichas experiencias, mostraban una reducción de los volúmenes del cíngulo anterior, así como de la corteza orbitofrontal y del hipocampo. La afectación de estas importantes regiones del cerebro en víctimas de traumas infantiles se ha corroborado también en poblaciones de adolescentes y adultos sin psicopatología (Edmiston et al., 2011), así como en muestras clínicas con otros diagnósticos psiquiátricos como trastornos por uso de sustancias (Van Dam et al., 2014) y trastornos psicóticos (Sheffield et al., 2013).

Parece que diferentes tipos de maltrato infantil producen efectos distintos en regiones y circuitos cerebrales particulares. En este sentido, se ha constatado en víctimas de abuso sexual alteraciones en la corteza somatosensorial, mientras que las personas que han sufrido abuso emocional, por el contrario, muestran atrofia (menor grosor) en las áreas corticales del cerebro que median el procesamiento emocional y la autoconciencia, como el cíngulo anterior, el precúneo y el giro parahipocampal (Heim et al., 2013; Nemeroff, 2016).

Dos estructuras cerebrales especialmente estudiadas en cuanto a evaluar el impacto del maltrato han sido el hipocampo y la amígdala. Respecto al hipocampo, algunos estudios informan una reducción del volumen del mismo en mujeres deprimidas con antecedentes de maltrato infantil, en comparación con mujeres igualmente deprimidas pero sin historia de malos tratos en la infancia (Buss et al., 2007; Frodl et al., 2010; Vythilingam et al., 2002). Por su parte, Opel et al. (2014) estudiaron a 85 pacientes deprimidos y 85 controles sanos de la misma edad y sexo y concluyeron que el maltrato infantil y no la depresión per se estaba asociado con la atrofia del hipocampo.

La amígdala también ha sido foco de una considerable investigación, debido a su papel fundamental en la respuesta al estrés y procesamiento de reacciones emocionales fundamentales para la supervivencia del individuo. En consecuencia, el volumen de la amígdala y su capacidad de respuesta a los factores estresantes se han estudiado en voluntarios normales y en personas expuestas a situaciones de abuso y abandono infantil. En este sentido, Dannlowski et al. (2012) buscaron determinar la relación entre el mal-



trato infantil y la capacidad de respuesta de la amígdala utilizando el paradigma estándar de emparejamiento emocional de rostros en una muestra de 148 sujetos sanos. Encontraron una asociación positiva muy fuerte entre las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ) (Bernstein, 2003; Hernández, 2013) y la capacidad de respuesta de la amígdala (hiperreactividad de la misma ante rostros relacionados con amenazas y medida mediante resonancia magnética funcional), y este efecto se mantuvo independientemente de los factores estresantes recientes, la depresión y síntomas de ansiedad actuales o los factores sociodemográficos (edad o nivel educativo). Por su parte, Swartz et al. (2015) encontraron en una muestra de 232 adolescentes resultados similares, ya que la reactividad de la amígdala relacionada con amenazas se asoció con mayor gravedad de los eventos vitales estresantes experimentados por los menores. Otras investigaciones con primates no humanos han constatado un volumen mayor de la amígdala en los grupos de sujetos con mayores niveles de estrés (Coplan et al., 2014).

En cuanto a la evidencia científica acerca del maltrato infantil y la conectividad cerebral, Teicher et al. (2016) encontraron en niños que habían sufrido maltrato, por un lado, áreas hipo-conectadas, concretamente entre la amígdala y el lóbulo frontal e hipocampo respectivamente y, por otro lado, áreas hiper-conectadas, por ejemplo desde la amígdala hasta el cerebelo, y también hacia el locus coeruleus, núcleo que es el origen de la mayoría de las vías de la norepinefrina y otras catecolaminas. Esto último puede relacionarse con la hiperactivación característica de los niños maltratados.

Otros estudios han analizado el cuerpo caloso, que es una estructura central para la comunicación entre los hemisferios cerebrales, y han visto en niños maltratados y adultos que fueron maltratados cuando eran niños que esta área se encontraba más reducida en estas personas (Teicher et al., 2004, 2010).

Por su parte, Teicher et al. (2013) evaluaron la conectividad cerebral, a través de resonancia magnética de alta resolución, en 265 personas de 18 a 25 años clasificadas como maltratadas ($n = 142$) o no maltratadas ($n = 123$). Encontraron que el maltrato infantil se asoció con una disminución sustancial de las conexiones en el cíngulo anterior y un aumento significativo de la centralidad de áreas como la ínsula anterior y el



precúneo, ya que se halló un mayor número de conexiones nodales primarias y secundarias en estas regiones en el grupo maltratado.

2.4. CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS DEL MALTRATO INFANTIL

Acabamos de ver el impacto que determinados tipos de traumas pueden tener el desarrollo de nuestro cerebro. Por tanto, no es de extrañar que los mismos puedan originar múltiples manifestaciones clínicas, algunas muy graves y limitantes. En este sentido, se ha visto que en general cualquier forma de maltrato infantil tiene efectos generalizados y sistémicos sobre la salud física y mental de la persona (Vachon et al., 2015). Estudios sistemáticos realizados en el primer mundo estiman que un 30 % de los trastornos mentales diagnosticados en la edad adulta y un 41 % de los trastornos mentales de inicio en la infancia podrían explicarse por las experiencias adversas vividas durante la niñez (Kessler et al., 2010).

Teicher y Samson (2013) realizaron un interesante estudio que tenía como objetivo examinar la relación entre haber sufrido experiencias de abuso y maltrato en la infancia y el desarrollo de psicopatología posterior, encontrando que el maltrato infantil aparecía como un factor de riesgo en todos los trastornos psiquiátricos analizados. En este sentido, se confirmó que las personas que tenían antecedentes de maltrato infantil, frente a los que no sufrieron estas experiencias, manifestaron un mayor riesgo de presentar alcoholismo (7,2 veces más probabilidad), abuso de sustancias ilegales (4,5 veces más probabilidad), depresión (3,6 veces más probabilidad), ansiedad (2,5 veces más probabilidad), síntomas somáticos y alucinaciones (2,7 veces más probabilidad) y psicosis (hasta 2,6 veces más probable) (Teicher y Samson, 2013). Otros hallazgos de este estudio, que son replicados en otros similares (Nanni et al., 2012), apuntan a que los pacientes con historia de maltrato infantil son, además, un subtipo de pacientes clínicamente distintos, con peor pronóstico: inicio más temprano de la enfermedad mental, mayor comorbilidad, más tentativas suicidas, mayor número de ingresos, mayor prescripción de psicofármacos y peor respuesta al tratamiento psicoterapéutico y farmacológico (Teicher y Samson, 2013).



Ya hemos visto que las diferentes respuestas psicológicas ante el hecho traumático estarán en función del significado que adquiera el mismo para la persona, lo que dependerá a su vez de la interacción entre las características del trauma, la biografía del sujeto, los factores biológicos y el contexto social (Memarzia et al., 2021). En el caso de los niños/as que sufren algún tipo de maltrato infringido por cuidadores principales, ya hemos visto, por un lado, que estos eventos traumáticos reúnen unas condiciones particularmente dañinas, y, por otro lado, el contexto en el que se ve inmerso el menor en estos casos no le facilita un afrontamiento adaptativo al trauma ni un sistema de apoyo para la recuperación o reparación psicológicas. A lo anterior se suma la afectación en los sistemas neurobiológicos del niño/a gravemente maltratado, principalmente el funcionamiento del eje hipotálamo hipofisario adrenal, así como otros cambios significativos en la morfología y función cerebral. La combinación dramática de todos estos factores inevitablemente determinan siempre una respuesta desadaptativa del menor a las circunstancias traumáticas relacionadas directamente con el maltrato, pero también afectan a la hora de responder favorablemente a otros eventos estresantes que pudieran presentarse en la vida de estos niños, viéndose sumidos sin remedio en un bucle biográfico claramente desadaptativo al medio social incrementando su vulnerabilidad al trastorno mental (Marques-Feixa y Fañanás, 2020).

Siguiendo a Fañanás (2021), “la relación entre maltrato infantil y un mayor riesgo para sufrir enfermedad mental es una condición transdiagnóstica que puede afectar a un amplio espectro de diagnósticos psiquiátricos, sino a todos”. Como hemos visto, se ha constatado que el maltrato infantil incrementa el riesgo de padecer trastornos de ansiedad, depresión, estrés postraumático, trastornos de conducta, abuso de sustancias, trastornos de personalidad y psicosis (Carr et al., 2013; De Aquino et al., 2018). La conducta suicida también se asocia de manera repetida a una historia de maltrato temprano (Marques-Feixa et al., 2021); y trastornos mentales graves, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, que presentan una importante vulnerabilidad genética, también se ha confirmado que su expresión clínica se ve modulada por la presencia del maltrato en la infancia. En cuanto a la psicosis, una revisión de 46 estudios que incorporó un total de 4140 pacientes con episodios psicóticos reveló que el 69% de las mujeres y 59% de los hombres habían sufrido maltrato físico y/o abuso sexual infantil (Read et al., 2005).



Las consecuencias del trauma también pueden manifestarse en alteraciones en la salud física. En un estudio ya clásico que incluyó 10000 pacientes que acudieron a consultas médicas se comprobó que antecedentes de maltrato severo en la infancia se asoció a un mayor riesgo de presentar tabaquismo, enfermedades de transmisión sexual, isquemias cardíacas, cáncer, accidentes vasculares cerebrales y diabetes, entre otras enfermedades (Felitti et al., 1998). Otros problemas médicos que han sido asociados al maltrato infantil son las enfermedades respiratorias e inmunológicas (Norman et al., 2012).

Por su parte, Anda et al. (2006) y otros autores (Brown et al., 2009) evidencian que un elevado número de experiencias adversas en la infancia (a partir de 4, que pueden ser maltrato u otras) incrementa significativamente el riesgo de problemas de salud mental y otras enfermedades (cáncer, obesidad) y pueden disminuir la esperanza de vida hasta en 20 años.

En la misma línea, diferentes estudios retrospectivos y prospectivos han demostrado que existe una clara relación dosis-efecto en relación a las adversidades vividas durante la infancia y la aparición de sintomatología psiquiátrica: cuantas más experiencias adversas o de maltrato se han vivido durante la infancia, mayor es el riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos en la edad adulta (Arseneault et al., 2011). Los mismos resultados parecen observarse en población infantil: aquellos niños que han experimentado múltiples tipos de maltrato y de forma crónica tienen mayor riesgo de desarrollar problemas psicológicos y emocionales en comparación con niños que han vivido solo un tipo de maltrato de forma puntual (Warmingham et al., 2019).

Cervera et al. (2020) revisaron las investigaciones empíricas realizadas entre 2015 y 2020 acerca de las consecuencias psicológicas derivadas de traumas interpersonales acontecidos en la infancia, adolescencia y primera juventud, constatando la existencia de sintomatología que era compatible con reacciones postraumáticas complejas en la mayoría de los menores que habían sufrido alguna forma grave de maltrato a lo largo de la infancia. Los resultados de los estudios revisados confirman en las personas con antecedentes de maltrato infantil grave la presencia de múltiples síntomas en diferentes áreas (apego, biología, autorregulación, consciencia, control de la conducta, cog-



nición, autoconcepto) y alteraciones psicopatológicas diversas, además de déficits significativos en el funcionamiento a nivel académico, relacional/social, familiar, etc. (Cervera et al., 2020). En la Tabla 2.1. se muestran los resultados más relevantes extraídos de dicha revisión.

Tabla 2.1.

Consecuencias psicopatológicas de traumas interpersonales tempranos

ESTUDIO	MUESTRA	RESULTADOS
Spinazzola et al. (2005)	Edad: 2-21 años. Víctimas múltiples/prolongados traumas graves en etapa temprana.	Más 50% alteraciones en regulación afectos, procesamiento información, autoconcepto, conducta, relaciones interpersonales y biología.
López Soler (2008)	Edad: 6-15 años. Menores tutelados que habían sufrido experiencias repetidas de maltrato intrafamiliar.	Más 50% alteraciones en afectos/impulsos, en la relación con acogedores/educadores/iguales, distorsiones autopercepción/percepción maltratadores, depresión, ansiedad, autolesiones, abuso sustancias, comportamientos riesgo, desesperanza y consciencia.
Kiesel et al. (2009)	Edad: 0-18 años. Tutelados Servicio Infancia Illinois que sufrieron traumas (≥ 2) perpetrados por cuidadores principales.	Síntomas TEPT, dificultades emocionales y conductuales, conductas riesgo y deterioro funcional.
Greeson et al. (2011)	Edad: 0-21 años. Tutelados que habían experimentado 5.8 (media) eventos traumáticos complejos.	Problemas conductuales, internalizantes, síntomas TEPT y diversos diagnósticos clínicos.
López Soler et al. (2012)	Edad: 6-16 años. Tutelados, expuestos a situaciones de maltrato intrafamiliar crónico.	Sensibilidad a la ansiedad e ira rasgo altas, sintomatología depresiva y bajo control ira.
Graham-Bermann et al. (2012)	Edad: 4-6-años. Violencia de género y otros tipos de violencia intrafamiliar.	Síntomas TEPT y problemas Internalizantes y externalizantes.
Alcántara et al. (2013)	Edad: 6 -17 años. Violencia de género.	Problemas internalizantes (ansiedad/depresión, retraimiento, quejas somáticas) y externalizantes (agresividad).
Tarren-Sweeney (2013)	Edad: 4-11 años. Tutelados, distintos grados de maltrato.	Problemas de apego, alteraciones internalizantes/externalizantes subclínicas.
Wamser-Nanney y Vandenberg (2013)	Edad: 3-18 años. Menores maltratado por cuidadores principales.	Problemas conductuales, ansiedad, depresión, síntomas disociativos, ira/agresividad y dificultades sexuales.



Kiesel et al. (2014)	Edad: 0-20 años. Menores tutelados, víctimas traumas perpetrados por cuidadores principales.	TEPT, disociación, depresión, problemas apego, académicos, TDAH, suicidabilidad/autolesiones, abuso sustancias, conductas sexualizadas y criminalidad.
Carliner et al. (2016)	Adolescentes: 13-18 años. Violencia intrafamiliar.	Síntomas de depresión, TEPT y conductas autolesivas.
Marshall (2016)	Niñas: 13-18 años.	Los eventos potencialmente traumáticos en la infancia estuvieron asociados con el riesgo de consumo de drogas ilícitas y alteraciones diversas en adolescencia.
Wong et al. (2016)	13-25 años. Menores sin hogar.	Síntomas externalizantes y síntomas de TEPT.
Barboza et al. (2017)	Edad: 8-15 años. Jóvenes maltratados tutelados.	Trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, TEPT.
Op den Kelder et al. (2017)	Edad: 9 -17 años. Habían sufrido eventos traumáticos complejos.	Déficit en funciones ejecutiva.
Beal et al. (2018)	Edad: 16-22 años. Tutelados, víctimas de inestabilidad o violencia familiar.	Peor bienestar psicológico y calidad vida, inestabilidad familiar y consumo tabaco/marihuana.
Lansing et al. (2018)	Edad: 16-18 años. Violencia intrafamiliar.	Síndromes internalizantes y externalizantes.
Porto-Faus et al. (2019)	Edad: 15-18 años. Violencia intrafamiliar.	Violencia/delincuencia adolescente.
Van der Kolk et al. (2019)	Edad: 7-18 años. Violencia comunitaria/intrafamiliar.	Trastorno de pánico, trastorno de conducta, trastorno ansiedad separación, TDAH, TEPT, depresión mayor y TAG.
Delgi-Espositi et al. (2020)	Estudio longitudinal (medición desde los 7 a 50 años). Maltrato intrafamiliar.	Riesgo de conductas antisociales en infancia y adultez.
Villalta et al. (2020)	Edad: 13-17 años. Víctimas agresión sexual.	TEPT, desregulación emocional, autoconcepto negativo y problemas interpersonales.
Van Meter et al. (2020)	Edad: 5-12 años Gravemente maltratados.	Afrontamiento centrado en emoción y mayor riesgo de conductas externalizantes.

Nota: Adaptado de Cervera et al. (2020).



Capítulo 3. DIAGNÓSTICO DE LAS REACCIONES POSTRAUMÁTICAS COMPLEJAS



Es común que los menores y los adultos que han sufrido un evento traumático puedan desarrollar posteriormente síntomas o problemas de salud mental que conformen sintomatología de reexperimentación, evitación e hiperactivación, y constituyan un diagnóstico de estrés postraumático.

3.1. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es un trastorno psicopatológico provocado por la exposición a un evento altamente estresante y potencialmente de riesgo para la supervivencia, como puede ser un accidente de tráfico, un desastre natural, episodios de violencia interpersonal o perder a un ser querido. Los síntomas del TEPT, según la definición de la quinta versión de los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (APA, 2013), se caracterizan por pensamientos persistentes e intrusivos (incluyendo reacciones disociativas), evitación deliberada de estímulos asociados al trauma, alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo y síntomas de hiperarousal (sobresalto elevado en respuesta a sonidos o movimientos inesperados). Los síntomas asociados al trauma deben, además, ser persistentes (duración superior a un mes) e ir acompañados de deficiencias significativas en el funcionamiento social, laboral o académico de la persona. Los criterios diagnósticos del DSM-5 para TEPT en adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años se describen en la Tabla 3.1.

El TEPT es incluido por primera vez como diagnóstico específico en la tercera versión de la clasificación diagnóstica de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1980), a raíz de estudiarse ampliamente, en los últimos años de la década de los setenta, los problemas psicopatológicos graves que presentaban poblaciones de veteranos de la guerra de Vietnam. Otros factores que influyeron en el reconocimiento de esta nueva entidad nosológica por la comunidad científica fueron los resultados de estudios realizados en poblaciones civiles, como mujeres y niños víctimas de abusos y/o violaciones y maltrato físico y/o psicológico, lo que amplió el tipo de trauma más allá de las situaciones bélicas (Courtois, 2004; Herman, 1992; van der Kolk et al., 2005). Desde esa fecha en adelante se ha corroborado que este cuadro clínico es un constructo ampliamente útil, con un abanico de aplicabilidad en diversas poblaciones de víctimas, gracias a los estudios realizados durante décadas.



Tabla 3.1.

Criterios diagnósticos TEPT para adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años según DSM-5 (APA, 2013)

-
- A. **Exposición.** Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
- A.1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
 - A.2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.
 - A.3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
 - A.4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil) (no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo).
- B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de **intrusión** siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienzan después del suceso(s) traumático(s):
- B.1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s) (En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s)).
 - B.2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s) (En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible).
 - B.3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente) (En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego).
 - B.4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
 - B.5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
- C. **Evitación** persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
- C.1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
 - C.2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
- D. **Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo** asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
- D.1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
 - D.2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal”, “No puedo confiar en nadie”, “El mundo es muy peligroso”, “Tengo los nervios destrozados”).
 - D.3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
 - D.4. Estado emocional negativo persistente (p.ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
 - D.5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
 - D.6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
 - D.7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p.ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).



E. Alteración importante de la **alerta y reactividad** asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

- E.1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
- E.2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
- E.3. Hipervigilancia.
- E.4. Respuesta de sobresalto exagerada.
- E.5. Problemas de concentración.
- E.6. Alteración del sueño (p.ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta a los factores de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. **Despersonalización:** Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara, sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. **Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p.ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p.ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Sin embargo, como propuso Terr (1991) en el tipo 2 de trauma, las personas expuestas a traumas múltiples y repetidos, fundamentalmente de carácter interpersonal, y cuando éstos comienzan en la etapa de la infancia/adolescencia, no solo pueden desarrollar TEPT, sino que pueden sufrir efectos devastadores y bloqueos en sus trayectorias de desarrollo. Cuando un individuo se mantiene en contextos traumatizantes durante largo tiempo y desde períodos muy tempranos, el daño psíquico y la sintomatología que puede desarrollarse incide en la totalidad de la persona, afectando en mayor o menor medida a todas las áreas de funcionamiento. Las secuelas de este tipo de experiencias adversas a menudo son generalizadas y afectan negativamente al desarrollo biológico, social, cognitivo y emocional de las víctimas.



Siguiendo a López-Soler et al. (2022) el TEPT se desarrolla a cualquier edad aunque la expresión clínica de este cuadro varía en función de la etapa del desarrollo del individuo. Así, por ejemplo, en edades tempranas, los síntomas de reexperimentación pueden manifestarse a través del juego y las alteraciones del estado de ánimo pueden presentarse como cambios en el humor.

Se ha visto que niños/as y adolescentes gravemente traumatizados a menudo tienen altas comorbilidades entre el trauma y otros trastornos, que son subestimados por los criterios diagnósticos del TEPT. Los resultados en población infantil apuntan a que el porcentaje de menores que desarrolla TEPT, según criterios aceptados en clasificaciones oficiales, tras la exposición a traumas complejos es bajo y la mayoría cumple criterios para otros muchos diagnósticos como el Trastorno de Ansiedad por Separación, el Trastorno Negativista Desafiante o el TDAH (Craig et al., 2020; Bernhard et al., 2018; Scheeringa y Zeanah, 2008).

Numerosos estudios arrojan tasas bajas de TEPT, según DSM-IV-TR (APA, 2000), en niños/as víctimas de violencia intrafamiliar cuando se aplican todos los criterios diagnósticos (entre 5-10%) (Dyregrov y Yule, 2006), lo que parece indicar la falta de sensibilidad de estos para el diagnóstico de TEPT en infancia maltratada. Sin embargo, se han informado porcentajes considerablemente más altos (entre 30%-50%) si se aplican otros criterios alternativos. Por ejemplo, Fernández (2014) halló un 44% de TEPT en una muestra de menores tutelados, según criterios de Scheeringa et al. (2003) para TEPT parcial, aceptados por la APA para menores de 6 años en 2013. Igualmente, Martínez (2015) encontró, en una muestra de hijos e hijas de mujeres maltratadas, porcentajes en torno al 35%, siguiendo diversas propuestas para TEPT parcial. Estos trabajos subrayan el incremento que supone la utilización de dichos criterios en la estimación del TEPT infantil, y, aunque han sido incluidos en la última versión del DSM para menores de 6 años (véase Tabla 3.2.), los criterios alternativos propuestos por Scheeringa continúan siendo insuficientes para detectar sintomatología posttraumática en menores de edades comprendidas entre 6 y 18 años y en los/as gravemente traumatizados.



Tabla 3.2.

Criterios diagnósticos TEPT para niños menores de 6 años DSM-5 (APA, 2013)

A. **Exposición.** Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

- A.1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
- A.2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros, especialmente a los cuidadores primarios (no incluye sucesos que solamente se han visto en medios electrónicos, televisión, películas o fotografías).
- A.3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a uno de los padres o cuidadores.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de **intrusión** siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienzan después del suceso(s) traumático(s):

- B.1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s) (Los recuerdos espontáneos e intrusivos pueden no ser necesariamente angustiosos y se pueden expresar como recreación en el juego).
- B.2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s) (Puede resultar imposible determinar que el contenido aterrador está relacionado con el suceso traumático).
- B.3 Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente). La representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
- B.4 Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
- B.5. Reacciones fisiológicas importantes a los recordatorios del suceso(s) traumático(s).

C. Ha de estar presente uno (o más) de los síntomas siguientes, que representan evitación persistente de los estímulos asociados al suceso(s) traumático(s) o alteración cognitiva y del estado de ánimo asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s):

Evitación persistente de los estímulos

- C.1. Evitación o esfuerzos para evitar actividades, lugares o recordatorios físicos que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).
- C.2. Evitación o esfuerzos para personas, conversaciones o situaciones interpersonales que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).

Alteración cognitiva

- C.3. Aumento importante de la frecuencia de estados emocionales negativos (p.ej., miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión).
- C.4. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, que incluye disminución del juego.
- C.5. Comportamiento socialmente retraído.
- C.6. Reducción persistente de la expresión de emociones positivas.

D. Alteración importante de la **alerta y reactividad** asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

- D.1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos (incluidas pataletas extremas).
- D.2. Hipervigilancia.
- D.3. Respuesta de sobresalto exagerada.
- D.4. Problemas de concentración.
- D.5. Alteración del sueño (p.ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

E. La duración de la alteración es superior a un mes.

F. La alteración causa malestar clínicamente significativo o problemas en la relación con los padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores, o en el comportamiento en la escuela.



H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) u otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de uno de los cuadros siguientes:

1. **Despersonalización:** Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego, y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara, sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

2. **Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p.ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., desvanecimiento) u otra afección médica (p.ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

3.2. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO (TEPT-

C)

Judith Herman propuso en 1992 el concepto de Trastorno por Estrés Postraumático Complejo (TEPT Complejo o TEPT-C) con la finalidad de proporcionar un diagnóstico alternativo para supervivientes a una exposición traumática repetida y prolongada (por ejemplo, rehenes, prisioneros de guerra, sobrevivientes de campos de concentración o explotación sexual y víctimas de maltrato doméstico, abuso sexual o físico infantil), cuyos síntomas más graves eran diferentes a los recogidos en los diagnósticos para TEPT del DSM. Herman (1997, p. 78), en su libro *Trauma y Recuperación*, refiere que:

Las personas que han estado sometidas a un trauma prolongado y repetido desarrollan una forma de desorden de estrés postraumático progresivo e insidioso que invade y erosiona la personalidad... no resulta sorprendente que la repetición del trauma amplifique todos los síntomas de hiperactivación del síndrome de estrés postraumático.

La conceptualización del trauma complejo enfatiza circunstancias prolongadas e inevitables. En comparación con aquellos con TEPT, los pacientes con TEPT Complejo informan consistentemente traumas acumulativos, incluida la exposición a violencia interpersonal y el abuso sexual (Cervera et al., 2020; Cruz et al 2022; Hyland et al.,



2017; López-Soler, 2008, López-Soler et al., 2022; Wong et al., 2016). Klasen et al. (2013) confirmaron la asociación entre ocurrencia de traumas impersonales y síntomas TEPT; y traumas interpersonales y síntomas de mayor complejidad, como problemas en la autorregulación y en la interacción social.

Los resultados de las primeras investigaciones acerca del trauma complejo, realizadas en las últimas décadas del siglo pasado, constataron experimentalmente lo que ya se venía observando a nivel clínico. Por un lado, que los pacientes adultos con historias de traumas repetidos interpersonales presentaban características clínicas diferentes a las víctimas de un evento traumático individual, encontrándose múltiples y variados síntomas psicopatológicos (Herman, 1992; Pelcovitz et al., 1997). Por otro lado, se evidenció la insuficiencia del diagnóstico de TEPT para explicar la amplia gama de síntomas resultantes de la traumatización crónica (Herman, 1992). Más recientemente, se ha demostrado la validez discriminante del TEPT y TEPT-C (Haselgruber et al., 2020; Spinazzola et al., 2021). Además, se ha constatado que el TEPT-C, evaluado según criterios diagnósticos CIE-11, es una condición más comúnmente observada que el TEPT en muestras clínicas de pacientes que han sufrido traumas infantiles, interpersonales y múltiples (Barbieri et al., 2019; Karatzias et al., 2018).

Con el paso del tiempo la acumulación de evidencia empírica ha corroborado las limitaciones del diagnóstico TEPT en el ámbito clínico para dar respuesta y explicar los graves problemas psicológicos que presentan las personas que han vivido traumas múltiples crónicos. Así pues, investigadores y clínicos han ido advirtiendo que la estructura de los síntomas de la categoría diagnóstica de TEPT es frecuentemente susceptible de ser sobrediagnosticada (Maercker et al., 2013) o infradiagnosticada, como hemos visto. Como resultado, muchos de estos problemas que se desarrollan en el marco de un trauma crónico y complejo, que no están incluidos en los criterios diagnósticos del TEPT, a menudo se clasifican como comorbilidades en lugar de ser reconocidos como parte de un espectro de problemas relacionados de forma íntima con el trauma y las circunstancias en las que éste aconteció (van der Kolk, 2002).

Como hemos comentado, cuando este tipo de vivencias traumáticas se producen en la infancia, no sólo determinan síntomas y alteraciones psicológicas, sino que comprometen el desarrollo completo de la personalidad del individuo que las sufre (López-



Soler, 2008). Por lo tanto, aunque los/as menores con este tipo de traumatización puedan recibir una variedad de etiquetas psicopatológicas, ninguno de estos diagnósticos captura sus profundas alteraciones del desarrollo, ni los orígenes traumáticos de sus presentaciones clínicas particulares (Van der Kolk, 2002).

Desde esta perspectiva, el diagnóstico de TEPT solo representa una parte limitada de los síntomas que experimentan las personas que han vivido traumas interpersonales repetidos y prolongados. A los síntomas de TEPT a menudo se superponen otros diagnósticos psiquiátricos como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (Craig et al., 2020), los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de la personalidad (de Ruiter et al., 2022), los trastornos de conducta e incluso la psicosis y los trastornos del espectro autista (TEA) (Haruvi-Lamdan et al., 2018).

Las experiencias adversas graves en la infancia impactan en el sistema de creencias fundamentales del individuo, así como en su seguridad y confianza en las personas con las que se establece una relación afectiva (Cruz et al., 2022; Lecannelier et al., 2021). Los estudios retrospectivos con adultos revelan que entre el 50 y el 60% presentan antecedentes de abuso o negligencia infantil, y que estos hechos les han afectado en su desarrollo emocional, sus suposiciones básicas sobre sí mismos y sobre el mundo y en su funcionamiento como adultos (Merrick et al., 2018). Recientemente Pfluger et al. (2022) examinaron la salud mental de adultos mayores suizos (edad media de 70 años) afectados por la exposición a traumas complejos en la infancia y/o la adolescencia, en comparación con las personas no afectadas. También estudiaron el papel que tenían el afrontamiento del estrés y la autopercepción de afrontamiento en la relación entre trauma y psicopatología. El grupo con trauma complejo presentó significativamente más trastornos de salud mental a lo largo de la vida y hasta la vejez, estrategias de afrontamiento más desventajosas y una autopercepción de afrontamiento significativamente más baja, en comparación con el grupo que no presentó trauma complejo. Los análisis de mediación revelaron que el afrontamiento desadaptativo y la autopercepción del afrontamiento eran mediadores relevantes de la relación entre la exposición al trauma complejo y la psicopatología. Por tanto, los resultados sugieren que la exposición a traumas complejos en la niñez y/o la adolescencia puede tener un impacto duradero en la salud mental en la edad adulta y pueden asociarse negativamente con un adecuado manejo del estrés y la percepción de autoeficacia de la persona.



Por tanto, vemos que las alteraciones psicopatológicas y sintomatología post-traumática que presentarán personas que han sufrido exposición a eventos traumáticos repetidos e interpersonales en el seno familiar durante la infancia mostrarán gran complejidad y perduraran a lo largo de su vida. Esta hipótesis se confirma reiteradamente en los múltiples estudios realizados sobre el tema. En esta línea, Rameckers et al. (2021) examinaron la relación entre haber experimentado cinco tipos de maltrato infantil (abuso físico, emocional y sexual y negligencia física y emocional) y la severidad de los síntomas TEPT (criterios DSM-5) en una muestra de adultos. Los resultados indicaron que el abuso emocional fue el único tipo de trauma que se relacionó significativamente con la gravedad del diagnóstico TEPT.

El TEPT-C describe, más completa y apropiadamente, la psicopatología resultante de la exposición a traumas complejos en adultos, e incluye un conjunto de síntomas que reflejan graves perturbaciones en la autorregulación afectiva, cognitiva y comportamental (Courtois, 2004). Estos se expresan en la alteración de siete dominios de funcionamiento (Herman, 1992):

- 1) **Regulación de los impulsos y afectos.** Incluye dificultad para modular la rabia y las conductas autodestructivas. Las personas parecen tener reacciones extremas a estímulos neutrales o moderados, tienen problemas para calmarse y pueden usar medidas extremas autodestructivas, tales como autolesión, abuso de drogas, trastornos alimentarios o actividad sexual compulsiva, en un intento de manejar sus emociones.
- 2) **Atención y consciencia,** tales como embotamiento, lentitud en el procesamiento, dificultades de atención y concentración, amnesias, episodios disociativos y despersonalización. Se considera que la disociación tiende a ser un mecanismo de defensa ante el abuso interpersonal prolongado y severo ocurrido durante la infancia.
- 3) **Autopercepción.** Las personas presentan sensación de culpa, responsabilidad y sentimientos de vergüenza crónicos. Con frecuencia desarrollan visiones negativas sobre ellos mismos, se sienten impotentes, inútiles e indeseables a los demás. Percepciones que surgen directamente de la forma en la que



el/la niño/a interpreta el mundo en función de lo que el/la maltratador/a les ha sugerido, generando la creencia de que ellos han “causado” su propio maltrato (Herman, 1992), que son los responsables de que ocurra.

- 4) **Alteración en la percepción del perpetrador.** Incluye la adopción de creencias distorsionadas, la idealización del perpetrador y la preocupación por hacerle daño.
- 5) **Relaciones con los otros.** Los individuos con TEPT complejo presentan dificultades para confiar e intimar y fuerte sensación de vulnerabilidad y peligro cuando inician nuevas relaciones afectivas en la medida que se hacen más intensas e íntimas. Perciben que las personas con las que se relacionan afectivamente pueden utilizarlos y dañarlos sin respeto y consideración de sus propias necesidades.
- 6) **Somatización y/o problemas médicos.** Estas reacciones somáticas y condiciones médicas pueden explicar directamente el tipo de abusos sufridos y algún daño físico, o bien pueden ser más difusas y aparecer como somatizaciones.
- 7) **Sistema de significados.** Los individuos a menudo sienten una gran desesperanza acerca del mundo y del futuro. Así mismo, creen que no encontrarán a nadie que les acepte, quiera o entienda su sufrimiento. Suelen informar de que su vida no tiene sentido (Herman, 1992), presentan una profunda sensación de impotencia aprendida, adoptan una actitud fatalista de la vida, anticipando que no serán capaces de hacer cambios positivos en la misma.

Los dos grupos que dieron origen al TEPT Complejo, uno con base en Nueva York (Spitzer, Kaplan y Pelcovitz, citado en Pelcovitz et al., 1997), y el otro en Boston (Herman y van der Kolk, 1987) participaron en los estudios de campo del DSM-IV sobre el TEPT, entre el 1990 y 1992, y que principalmente tuvieron como finalidad examinar si las víctimas de traumas interpersonales tienden a reunir criterios diagnósticos para el TEPT o su psicopatología se describía con más precisión en base a otro grupo de síntomas que no estaban descritos en los criterios del TEPT (van der Kolk et al., 2005).



3.2.1. Trauma Complejo en la APA: DSM

Tras los resultados obtenidos en los primeros estudios empíricos, este nuevo síndrome se propuso para su posible inclusión en el DSM-IV y así poder dar una alternativa diagnóstica más apropiada a personas con historias de abuso interpersonal prolongado y grave, revisándose el diagnóstico de TEPT que estaba resultando insuficiente. No obstante, el TEPT Complejo no fue reconocido en el DSM-IV (APA, 1994), ni en su Texto Revisado (APA, 2000), como un trastorno distinto al TEPT, sino como Trastorno por Estrés Extremo no Especificado (DESNOS, de sus siglas en inglés Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified), y su sintomatología se presentó como características asociadas al TEPT (véase Tabla 3.3.). Y todo ello a pesar de los resultados obtenidos en los estudios de campo que apuntaban a algunas de las siguientes conclusiones: (a) la traumatización interpersonal temprana da lugar a una psicopatología postraumática más compleja que la victimización interpersonal tardía o trauma aislado, y tanto más probable es que uno sufra el clúster sintomático del DESNOS además de los síntomas del TEPT; (b) estos síntomas se presentan de forma adicional a los síntomas de TEPT y no constituyen necesariamente un clúster aislado de síntomas; y (c) cuanto más se prolongue la exposición a los efectos traumáticos más probabilidades habrá de desarrollar los síntomas de ambos (TEPT y DESNOS) (van der Kolk et al., 2005).

Tabla 3.3.

Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C) o Trastorno por Estrés Extremo (DESNOS; Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified)

AFFECTOS E IMPULSOS	Regulación del afecto Modulación de la ira Autodestructividad Preocupación suicida Dificultad en la modulación de la sexualidad Conductas de riesgo
ATENCIÓN Y CONSCIENCIA	Amnesia Episodios disociativos transitorios Despersonalización
AUTOPERCEPCIÓN	Ineficacia Culpa y responsabilidad Vergüenza Incomprensión Minimización personal
ALTERACIÓN EN LA PERCEPCIÓN DEL	Adoptar creencias distorsionadas



PERPETRADOR	Idealización del perpetrador Preocupación de lastimar al perpetrador
RELACIONES INTERPERSONALES	Inhabilidad para las relaciones íntimas Revictimización Victimizar a otros
SOMATIZACIONES	Sistema digestivo Dolor crónico Síntomas cardiopulmonares Síntomas de conversión Sistema reproductor
SISTEMA DE SIGNIFICADOS	Desesperanza Infelicidad Pérdida del sistema previo de creencias

Extraído de López-Soler, Daset et al. (2008).

Años más tarde el Trastorno por Estrés Postraumático Complejo (TEPTC) fue propuesto de nuevo como una categoría diagnóstica independiente para el DSM-5 (APA, 2013). Y si bien obtuvo también bastante apoyo empírico (Cloitre et al., 2013; Karatzias et al, 2018; van der Kolk et al., 2005), finalmente el diagnóstico de TEPT Complejo tampoco fue incluido en la última versión DSM (APA, 2013). Algunos autores, como Resick y cols. (2012), defendieron que no existían evidencias científicas suficientes para establecer un diagnóstico de TEPTC o DESNOS diferente al TEPT o con una etiología diferente (Resick et al., 2012). Sin embargo, otros autores como Courtois y Ford (2009) siguen haciendo patente la relevancia de incluir el diagnóstico de TEPTC o DESNOS dada la importancia que presenta para la conceptualización y abordaje terapéutico de estas secuelas psicológicas que no conciernen al diagnóstico TEPT (Courtois y Ford., 2009).

3.2.2. Trauma Complejo y Trastornos de personalidad

El papel del trauma complejo en el desarrollo de psicopatología grave, como son los trastornos de personalidad, se encuentra respaldado en hallazgos recientes. Ruitter et al. (2022) obtuvieron resultados que apoyaban un vínculo moderado entre la psicopatía general y el abuso físico infantil, el abuso emocional y la negligencia, así como el maltrato infantil general; y un vínculo pequeño aunque estadísticamente significativo entre la psicopatía y el abuso sexual infantil. Así, sabemos que un trastorno de la personalidad es un patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento disfuncional que se



manifiesta en dificultades notables en los ámbitos de la cognición (maneras de percibirse o interpretarse a sí mismo, a otras personas y a los acontecimientos), afectividad y funcionamiento interpersonal (APA, 2013). Vemos que el trauma complejo afecta, por tanto, de una manera global a la conformación de la personalidad del individuo y su manera de entender y estar en el mundo.

Se ha apuntado también en diversos estudios la relación entre el TEPT-C y el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP o BPD, de sus siglas en inglés Borderline Personality Disorder), sobre todo en lo que se refiere a las alteraciones en la auto-organización. Por ejemplo, es común que los pacientes con TEPT-C y TLP presenten síntomas comunes de sensibilidad a la ansiedad, baja tolerancia a la angustia psicológica, disociación y problemas relacionales que tienen en su origen patrones de apego inseguro (Knefel et al., 2016). Sin embargo, Brewin et al. (2017) distinguen al TLP del TEPT Complejo, en cuanto que el primero está caracterizado por un sentido de inestabilidad de sí mismo que puede variar de una autovaloración muy alta o muy baja; también se presentan relaciones emocionalmente intensas e inestables, las cuales se ven reflejadas en percepciones idealizadoras y denigrantes de sus semejantes. En contraste, en el segundo se evitan las relaciones porque se las percibe como dolorosas y sustancialmente debe existir una historia de trauma, lo cual para TLP no es necesario. Otros hallazgos empíricos sugieren que el TLP solo representa una porción limitada de los síntomas informados por personas que han experimentado traumas infantiles complejos y respaldan la validez discriminante del diagnóstico de TEPT-C frente al de TLP, aunque haya características clínicas compartidas entre los dos constructos (Hyland et al., 2019). Por tanto, la evidencia actual sugiere que el TEPT-C y TLP son síndromes potencialmente comórbidos pero distintos (Ford et al., 2021).

3.2.3. Trauma complejo en la OMS: CIE-11

A pesar de que, como hemos visto, el diagnóstico de TEPT Complejo no fue reconocido por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM), en ninguna de sus ediciones, recientemente, la CIE-11 (OMS, 2018) sí lo ha confirmado como diagnóstico. El paciente debe cumplir requisitos de TEPT, además de problemas graves y persistentes en la regulación del afecto; creencias sobre uno mismo de incapacidad y poca valía, sentimientos de ver-



güenza, culpa o fracaso relacionados con el evento traumático; así como dificultades para mantener las relaciones y sentirse cerca de los demás. Respecto a las características de los acontecimientos traumáticos que pueden asociarse más comúnmente a este trastorno, la Organización Mundial de la Salud refiere que puede desarrollarse después de la exposición a un evento o una serie de eventos de naturaleza extremadamente amenazadora u horrible, eventos frecuentemente prolongados o repetitivos de los que resulta difícil o imposible escapar (por ejemplo, tortura, esclavitud, campañas de genocidio, violencia doméstica prolongada, abuso sexual o físico repetido en la infancia) (OMS, 2018). La CIE-11 lo incluye dentro de los trastornos mentales asociados específicamente con estrés, junto al TEPT, el trastorno por duelo prolongado o el trastorno de adaptación. Los criterios diagnósticos CIE-11 para TEPT-C pueden visualizarse en la Tabla 3.4.

En una revisión realizada previamente a la publicación de la undécima Clasificación Internacional de Enfermedades, cuyo objetivo fue recopilar la evidencia empírica existente del nuevo diagnóstico Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) y estudiar su validez, se concluyen varias cuestiones de especial relevancia. En primer lugar, los resultados obtenidos en nueve de los diez estudios revisados apoyan la existencia del TEPT-C como un diagnóstico diferenciado del TEPT, ya que permite detectar alteraciones significativas relacionadas con la traumatización en individuos que no son diagnosticados según criterios TEPT DSM-IV o DSM-5. En segundo lugar, se valida la estructura factorial del nuevo diagnóstico, conformada por dos componentes distintos pero relacionados: los síntomas del TEPT y el constructo DSO (siglas del término en inglés Disturbances in Self-Organization). Por último, otros datos relevantes extraídos de esta revisión acerca del diagnóstico TEPT-C CIE-11 tienen que ver con la asociación entre experimentar un tipo de traumas y el desarrollo de síntomas TEPTC-C, concluyéndose que haber experimentado traumas interpersonales crónicos en la primera infancia incrementa el riesgo de desarrollar TEPT-C, a pesar de que también pueden cumplir criterios para este diagnóstico otras personas que hayan sufrido eventos traumáticos que no reúnan estas características (Elklit et al., 2014).



Tabla 3.4.

Criterios diagnósticos CIE-11 para TEPT-C

A) Exposición a un evento o serie de eventos de una naturaleza extremadamente amenazadora u horrible, con mayor frecuencia eventos prolongados o repetitivos de los que es difícil o imposible escapar (por ejemplo, tortura, esclavitud, campañas de genocidio, violencia doméstica prolongada, abuso sexual o físico repetido en la infancia).	
	B.1. Criterios diagnósticos para TEPT
	B.2. Problemas graves y generalizados en la regulación del afecto
	B.3 Creencias persistentes respecto de sentirse uno mismo disminuido, derrotado o sin valor, así como sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el evento traumático
B) 4 clúster de síntomas	B.4 Dificultades persistentes para mantener las relaciones y sentirse cerca de los demás
C) Deterioro significativo en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes	

Nestgaard (2021) revisó los estudios de campo internacionales acerca de la validez de constructo del diagnóstico de TEPT-C, realizados antes de su inclusión como diagnóstico en la CIE-11, y comprobó que el TEPT-C se distinguía tanto del TEPT como del TLP en estudios empíricos, y se detectó la posibilidad de que los casos comórbidos de TLP/TEPT se pudieran describir mejor como casos de TEPT Complejo.

Como hemos visto, según lo definido por los criterios de la CIE-11, el TEPT Complejo se diferencia del TEPT fundamentalmente por las alteraciones en la auto-organización (DSO, de las siglas en inglés Disturbances in Self-Organization). Estos síntomas abarcan la desregulación afectiva, el concepto negativo de uno mismo y las alteraciones generalizadas en las relaciones.

Powers et al. (2017) confirmaron diferencias claras y clínicamente relevantes entre pacientes afroamericanas con diagnósticos de TEPT según criterios DSM-5 y TEPT-C con criterios CIE-11. Las mujeres con TEPT-C, en comparación con las que presentaban diagnóstico de TEPT y las controles, mostraron niveles significativamente más altos



de abuso infantil, tasas más bajas de apego seguro, ya de adultas, más depresión, más trastornos de dependencia de alcohol y otras sustancias, síntomas TEPT de mayor gravedad, mayor desregulación y disociación. En la misma línea, Brewin et al. (2017) apoyan la validez diagnóstica de TEPT-C según criterios CIE-11 para capturar un grupo distinto de menores traumatizados que, frente a aquellos con TEPT, han experimentado con mayor frecuencia traumas múltiples y sostenidos y que presentan mayor deterioro funcional. Los resultados de estos autores también respaldan las estructuras propuestas por la Organización Mundial de la Salud para TEPT (tres factores), TEPT complejo (seis factores de síntomas) y la distinción entre el TEPT y el TEPT complejo como dos síndromes distintos.

El TEPT-C se ha estudiado ampliamente en diversas poblaciones, incluidas las minorías raciales y sexuales, así como en víctimas de trata de personas o de repetidas agresiones físicas o sexuales (Moore et al., 2020). Ho et al. (2020) evaluaron la validez de los síntomas de TEPT-C en 4 muestras de adultos jóvenes de países no occidentales (China, Hong Kong, Japón y Taiwán) aportando evidencia empírica a la diferenciación de TEPT y TEPTC como diagnósticos distintos en Asia. Así mismo, Ben-Ezra et al. (2018) estudiaron la validez factorial y discriminante de las propuestas de la CIE-11 para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el TEPT complejo (TEPT-C) en Israel y los resultados respaldan parcialmente la validez factorial y firmemente la validez discriminante de ambos trastornos en una muestra representativa a nivel nacional, por lo que se prueba la aplicabilidad internacional de estos diagnósticos.

Por su parte, Karatzias et al. (2018) también aportaron evidencia empírica para la diferenciación del TEPT Complejo como diagnóstico diferente al TEPT, según fue conceptualizado en la CIE-11, y estudiaron las tasas de prevalencia de este nuevo constructo en muestras clínicas y generales en diversos países: Estados Unidos, el Reino Unido, Alemania y Lituania. Los hallazgos indican que el TEPT-C es frecuente en muestras clínicas y de población, aunque puede haber variaciones entre países, y que es una condición más comúnmente observada que el TEPT en población clínica.

Facer-Irwin et al. (2022), en un intento por establecer la prevalencia del TEPT y del TEPT-C, según criterios CIE-11, en una muestra de prisioneros del Reino Unido,



encontraron que un 7.7% (IC 95%: 4.5-12) de los hombres condenados cumplían criterios diagnósticos para el TEPT y un 16.7% (IC 95%: 12.1-22.3) para el TEPT-C. El diagnóstico de TEPT se asoció con una exposición traumática más reciente, trastorno de ansiedad generalizada comórbido, dependencia del alcohol y trastorno de personalidad del clúster B. El diagnóstico de TEPT-C se asoció con antecedentes de exposición traumática compleja (traumas interpersonales, repetidos o múltiples a lo largo del desarrollo) y comorbilidad con ansiedad, depresión, abuso de sustancias, psicosis y TDAH.

Por su parte, Rink y Lipinska (2020) estudiaron el TEPT-C según criterios CIE-11 en una muestra de sudafricanos de diferentes niveles económicos. Se examinó concretamente si los eventos traumáticos complejos sufridos en la infancia distinguían entre TEPT y TEPT complejo, según criterios CIE-11. Con respecto al trauma infantil, los de diagnóstico de TEPT complejo tuvieron experiencias de abuso y negligencia infantil más severos, específicamente de carácter emocional, que los participantes con TEPT.

3.3. TRAUMA DEL DESARROLLO

Como hemos visto, cuando una persona se mantiene en contextos traumatizantes durante largo tiempo, el daño psíquico y la sintomatología que puede desarrollarse incide en la totalidad de la persona, afectando en mayor o menor medida a todas las áreas de funcionamiento, y el organismo sufre repercusiones a corto, medio y largo plazo en su sistema neurobiológico (Cook et al, 2005; López-Soler, 2008; Nieto-Martínez y López-Casares, 2016).

Desde mediados de los 90 se multiplicaron los estudios en población infanto-juvenil sobre las consecuencias de la exposición temprana a malos tratos en el ámbito familiar, contemplando el diagnóstico de TEPT-C como opción diagnóstica. Pynoos et al. (2008) confirmaron la relación entre exposición temprana a malos tratos en el contexto familiar y síntomas como ánimo depresivo intenso, problemas de sueño, disociación, abuso de sustancias, ansiedad de separación, dificultades de apego, problemas conductuales y académicos.

Mientras que algunas formas de maltrato están asociadas a alteraciones psicológicas compatibles con TEPT (síntomas de intrusión, evitación e hiperarousal) en menores, cuando los abusos son muy graves (por intensos, cotidianos y perpetrados por fami-



liares significativos), puede afectarles de manera más dramática, comprometiendo todo el desarrollo de su personalidad (Spinazzola et al., 2005), como confirman diversos estudios (López-Soler, 2008; López-Soler et al., 2012; Tarren-Sweeney, 2013).

El trauma del desarrollo (TD o DT, de sus siglas en inglés Developmental Trauma) se origina a partir de la exposición repetida a eventos traumáticos que:

- 1) Tienen lugar durante períodos sensibles del desarrollo de bebés y niños/as.
- 2) Son de carácter interpersonal e involucran episodios de violencia interpersonal y/o abuso emocional severo o persistente.
- 3) Implican la disrupción significativa de cuidados y protección básicos de un individuo.

Todo esto afecta de manera dramática al desarrollo óptimo de las capacidades fundamentales a nivel cognitivo, conductual, emocional, etc. A menudo el Trauma del Desarrollo o el también denominado Trastorno Traumático del Desarrollo (TTD o DTD, de sus siglas en inglés Developmental Trauma Disorder) contribuye posteriormente al desarrollo de TEPT Complejo en la edad adulta. También podemos conceptualizar el TTD como un equivalente al TEPT-C pero aplicado a población infantil y, por tanto, éste supone una continuación del diagnóstico de TTD en la adultez.

Como hemos visto anteriormente, se observó que numerosos adultos que presentaban sintomatología compatible con TEPT-C, tenían documentada una historia de trauma que mayoritariamente había ocurrido en el contexto de sus relaciones de apego primarias. Esta se concretaba en diferentes tipos de maltrato perpetrado por sus cuidadores principales en los primeros años de su infancia. Partiendo de estos hallazgos, se comenzó a investigar cómo se expresaba dicha sintomatología en menores expuestos a tales circunstancias.

En infancia y adolescencia Cook et al. (2005) encontraron siete áreas afectadas que suponen grupos de síntomas para el diagnóstico TEPT-C, y que sintetizan las alteraciones centrales cuando los menores expuestos a condiciones de riesgo graves y crónicas presentan reacciones postraumáticas complejas. Las áreas afectadas y los problemas principales asociados al trauma son: alteraciones en las relaciones afectivas y apego, en las reacciones biológicas (físicas y psicosomáticas), en la regulación del afecto y



la autorregulación, en la consciencia, con síntomas disociativos, en el control de la conducta, en la cognición y en el autoconcepto (véase Tabla 3.5.).

Tabla 3.5.

Áreas afectadas y alteraciones en menores expuestos a trauma complejo (adaptado de Cook et al., 2005)

I. APEGO:	IV. DISOCIACIÓN:	VI. COGNICIÓN:
Problemas con límites	Estado consciencia alterado	Dificultades regulación atención y funciones ejecutivas
Desconfianza, suspicacia	Amnesia	Falta de curiosidad sostenida
Aislamiento social	Despersonalización, desrealización	Probabilidad procesamiento información nueva
Dificultades Interpersonales	Dos o más estados de consciencia	Probabilidad concentración tareas complejas
Dif. estados emocionales otros	Fallos de memoria sucesos	Probabilidad constancia objetivos
Dificultad toma perspectiva		Dificultades planificación/anticipación
		Probabilidad comprensión responsabilidades
II. BIOLOGÍA:	V. CONTROL:	Dificultades aprendizaje
Probabilidad desarrollo psico-motor	Pobre regulación impulsos	Probabilidad desarrollo lenguaje
Analgesia	Conducta autodestructiva	Probabilidad orientación tiempo/espacio
Probabilidad tono/balance, coordinación	Agresividad hacia otros	
Somatizaciones	Prob. patológicos auto-calma	VII. AUTOCONCEPTO:
Problemas médicos aumentados	Problemas sueño	Continuidad/predictibilidad self alterado
	Sumisión excesiva	Pobre sentido separación
III. REGULACIÓN AFECTO:	Conducta oposicionista	Alteración imagen corporal
Dificultades autorregulación emocional	Dificultades comprender/aceptar normas	Baja autoestima
Dificultades reconocer/expresar sentimientos	Representa trauma conductas/juegos	Vergüenza y culpa
Probabilidad reconocer estados internos		
Dificultades comunicar deseos y necesidades		

Tomado de López-Soler (2008).

En un intento por establecer un diagnóstico apropiado para niños y adolescentes que habían sufrido experiencias de maltrato severo, van der Kolk et al. (2005, 2009) postularon un nuevo constructo que denominaron Trastorno Traumático del Desarrollo (TTD). Este nuevo diagnóstico, específico para menores, equivaldría, como hemos comentado, a la categoría de TEPT-C en adultos, pero incorporando las peculiaridades exclusivas del desarrollo infantil. Esta nueva propuesta diagnóstica recoge dos elementos centrales en los criterios de exposición (grupo A), que no están presentes en el diagnóstico de TEPT: a) la cualidad del estresor, que es eminentemente interpersonal, y b) el impacto en el sistema de apego (Cloitre et al., 2009; Stolbach et al., 2013). Los criterios



de exposición aluden a eventos traumáticos cuyas características incrementan el potencial de daño, por ser continuos y comprometer los vínculos afectivos y de seguridad/protección (véase Tabla 3.6.). Por un lado, la persona garante de la seguridad del menor está implicada directamente en el daño causado, bien por acción (como en los casos de maltrato físico, emocional y sexual) u omisión (como en la negligencia). Por otro lado, la exposición al trauma tiende a cronificarse, debido a la accesibilidad del perpetrador, la invisibilidad social de la situación, la inexistencia de estrategias de defensa del menor y su dependencia del adulto, entre otras causas. Un último aspecto relevante es la edad de las víctimas al inicio de los eventos adversos (infancia o adolescencia temprana), ya que son etapas críticas en su desarrollo cerebral y mental.

Un elemento central en el impacto del maltrato en los primeros años de vida se basa en las alteraciones que presenta el sistema de apego entre cuidador/a y menor. Como indica Galán (2020), es determinante la protección y los cuidados frente a peligros externos e internos, y para la comunicación y las relaciones interpersonales. En un estudio reciente, Daniels et al. (2022) confirmaron en una muestra de adultos jóvenes de EEUU que, a pesar de las experiencias traumáticas complejas vivenciadas, aquellos que contaron con un entorno familiar sólido y buena cohesión familiar, presentaban menos síntomas depresivos y mayor resiliencia.

En este sentido y en relación al papel del apego en la aparición de TEPT-C, los estudios han vinculado sistemáticamente los trastornos del apego con la aparición y el mantenimiento de los síntomas del trauma del desarrollo, y aunque TEPT y TTD comparten muchas veces antecedentes traumáticos, solo TTD se ha probado está asociado a ambientes violentos y deterioro significativo en los cuidados (Spinazzola et al., 2018). De esta forma, si bien se postula que el TTD se desarrolla a partir de traumas interpersonales tempranos, la falta de una relación de apego seguro, que proteja al individuo en desarrollo durante eventos traumáticos tempranos, se plantea como un factor de riesgo en el desarrollo de síntomas postraumáticos. Spinazzola et al. (2021) replican y amplían los resultados de estudios previos sobre TTD (Spinazzola et al., 2018), demostrando que, aunque el TEPT y el TTD comparten antecedentes traumáticos, el TTD es el que se asocia únicamente con el abuso emocional traumático y la separación traumática del cuidador principal y también, aunque en menor medida, con deterioro del cuidador principal, agresión/abuso físico y exposición a violencia familiar/comunitaria. En cambio, el



TEPT se asoció a trauma no interpersonal, trauma sexual y pérdida traumática. En este estudio también se vio que los niños y las niñas expuestos a traumas relacionados con el apego (attachment trauma) tenían más probabilidades que los niños expuestos a otro tipo de eventos traumáticos, de cumplir síntomas de TTD.

Se podría considerar que el TTD es un trastorno del neurodesarrollo, en el sentido de que las experiencias traumáticas impiden un adecuado desarrollo cerebral y de las competencias evolutivas del niño/a en todas las áreas: cognitiva, emocional, fisiológica, relacional, etc. Los niños y adolescentes con TTD presentan como elemento común las alteraciones en la regulación de todas las áreas. En este sentido, se puede encontrar en el TTD menores hiperactivados o hipoactivados, con comportamientos que implican un nivel de activación ya sea por encima o por debajo de la zona óptima de activación. Algunos niños/as parecen hiperactivos, agresivos y muy reactivos a su entorno, mientras que otros parecen deprimidos, retraídos y disociados o indiferentes a cualquier estímulo (Cruz et al., 2022). De esta forma, el espectro de síntomas posttraumáticos que pueden manifestar los menores es muy amplio y variado: hiperreactividad, hiporreactividad, hipervigilancia, expectativa de peligro, falta de registro del peligro, desórdenes fisiológicos (alimentación, sueño), distracción, aislamiento, cambios bruscos en conducta y estados anímicos, reacciones fuera de contexto, conductas de riesgo y de autoinjuria, autoconcepto negativo, vergüenza, etc.

Van der Kolk et al. (2009) en su propuesta diagnóstica de TTD agrupan los síntomas en tres áreas principales (véase Tabla 3.6.):

1. **Desregulación afectiva y fisiológica.** El/la niño/a carece de las competencias necesarias para la regulación adecuada de la activación (arousal) e incluye déficits para regular y recuperarse de estados afectivos extremos, trastornos del sueño y la alimentación, falta de control de esfínteres, síntomas disociativos y dificultad para describir e identificar estados internos o emociones.
2. **Desregulación atencional y conductual.** El/la niño/a presenta deterioro en las competencias evolutivas normales relacionadas con el mantenimiento de la atención y para el aprendizaje o afrontamiento adaptativo del estrés. Se incluye dificultades para interpretar correctamente las señales de seguridad/peligro, incapa-



idad de autoprotección, impulsividad, autolesiones y otras conductas desadaptativas para regular la activación, dificultades para planificar y completar tareas, abulia, entre otros.

3. **Desregulación del self (sí mismo) y relacional.** El/la niño/a no presenta las competencias normales relacionadas con el desarrollo de la identidad personal y para el establecimiento de relaciones. Incluye trastornos del apego, persistente concepto/sentido negativo de sí mismo, desconfianza extrema y persistente, conducta desafiante, falta de reciprocidad en las relaciones o reciprocidad inadecuada, agresividad, falta de empatía, etc.

Además de los síntomas de desregulación, el/la menor debe presentar sintomatología de los criterios para un diagnóstico de TEPT, deterioro funcional en al menos dos áreas de funcionamiento (escolar, familiar, social, legal, salud o vocacional), además de haber estado expuesto a los eventos traumáticos ya descritos anteriormente. La propuesta diagnóstica de Trastorno Traumático del Desarrollo de van der Kolk y colaboradores (2009) se recoge de manera completa en la Tabla X. Al igual que ocurría con los criterios diagnósticos de la CIE-11 para TEPT-C, aquí también se exige que el menor presente al menos algunos de los síntomas TEPT, lo cual significa que puede a priori entenderse que dicho diagnóstico puede seguir siendo inválido para diagnosticar a menores que han sufrido maltrato intrafamiliar o experiencias persistentes de abuso y/o negligencia por parte de cuidadores principales, ya que muchos estudios han encontrado bajas tasas de TEPT en estas poblaciones.

Tabla 3.6.

Criterios diagnósticos Trastorno Traumático del Desarrollo (TTD) (van der Kolk et al., 2009)

A. **Exposición.** Ha experimentado o sido testigo de múltiples o prolongados eventos adversos durante al menos un año comenzando en la infancia/adolescencia temprana, incluyendo:

- A.1. Experiencia directa o ser testigo de episodios repetidos y severos de violencia interpersonal.
- A.2. Disrupciones significativas en cuidados básicos como resultado de cambios repetidos o separación repetida del cuidador primario, o exposición a abuso emocional severo y persistente.

B. **Desregulación afectiva y fisiológica.** Exhibe deterioro competencias evolutivas normales relacionadas con regulación activación (arousal), incluyendo al menos dos de los siguientes ítems:

- B.1. Incapacidad modular, tolerar o recuperarse de estados afectivos extremos (miedo, ira, vergüenza), incluyendo rabietas graves y prolongadas o inmovilización.
- B.2. Perturbaciones regulación funciones corporales (por ejemplo, perturbaciones persistentes sueño, alimentación y control esfínteres; hiper/hiporreactividad al tacto y sonidos; desorganización transición entre rutinas).



B.3 Conciencia/reconocimiento disminuidos o disociación de sensaciones/emociones/estados corporales (despersonalización, desrealización, discontinuidad estados afectivos, embotamiento afectivo, analgesia física y dificultad reconocimiento emociones).

B.4 Dificultad descripción de emociones/estados corporales (estados internos o comunicar necesidades -hambre o evacuación/eliminación-).

C. **Desregulación atencional y conductual.** Exhibe deterioro competencias evolutivas normales relacionadas con mantenimiento atención, aprendizaje o afrontamiento del estrés, incluyendo al menos tres ítems:

C.1 Preocupación por la amenaza, o dificultad para percibirla, incluyendo mala interpretación de señales de seguridad/peligro.

C.2 Deterioro capacidad de auto-protección, incluyendo conductas de riesgo o búsqueda emociones intensas (conductas sexuales riesgo, descontrol impulsivo, subestimación riesgo, dificultad comprensión reglas, para planificación conducta y anticipación de consecuencias).

C.3 Intentos desajustados de auto-calma (balanceos, otros movimientos rítmicos, masturbación compulsiva, consumo sustancias).

C.4 Autolesión habitual (intencional/automática) o reactiva (cortarse, golpearse cabeza, quemarse, pellizcarse).

C.5 Incapacidad para iniciar/mantener conducta dirigida a un objetivo (dificultades para planificar/completar tareas, abulia).

D. **Desregulación del self (sí mismo) y relacional.** Exhibe deterioro competencias evolutivas normales relacionadas con identidad personal e involucración en relaciones, incluyendo al menos tres de los siguientes ítems:

D.1 Preocupación intensa por seguridad del cuidador u otros significativos (incluyendo actitud temprana de cuidado hacia otros) o dificultad en tolerancia al reencuentro con éstos después de una separación.

D.2 Persistente concepto/sentido negativo de sí mismo, incluyendo sentimientos de odio hacia sí mismo, impotencia, sentimiento de falta de valía, ineficacia o defectuosidad.

D.3 Desconfianza extrema y persistente, conducta desafiante o falta de reciprocidad en relaciones cercanas con adultos/iguales (incluye expectativa de ser victimizado por otros).

D.4 Reactividad física o agresión verbal (impulsiva, no intencionalmente coercitiva/manipuladora) hacia pares/cuidadores/otros adultos.

D.5 Intentos inapropiados (excesivos/promiscuos) de tener contacto íntimo (incluido pero no limitado a intimidad física/sexual) o excesiva dependencia hacia iguales/adultos en búsqueda de seguridad/reaseguro.

D.6 Deterioro capacidad de regular la activación empática (falta de empatía, intolerancia o excesiva respuesta a las expresiones de estrés/perturbación de otros).

E. **Espectro de Síntomas Postraumáticos.** Exhibe al menos un síntoma en al menos dos de tres clústeres (B, C y D) de síntomas del TEPT.

F. Duración del trastorno (Criterios B, C, D y E): al menos 6 meses.

G. Dificultades o deterioro funcional. Causa malestar clínicamente significativo o deterioro/incapacidad en al menos dos áreas:

ESCOLAR: bajo rendimiento o abandono escolar, problemas disciplina, inasistencia, conflictos con profesores, problemas aprendizaje (no explicado por trastorno neurológico).

FAMILIAR: conflictividad, evitación/pasividad, fuga, desapego, búsqueda de sustitutos, intentos de dañar física/emocionalmente a familiares, incumplimiento de responsabilidades familiares.

GRUPO DE PARES: aislamiento, conflicto físico/emocional persistente, violencia o actos inseguros, estilos de interacción/afiliación inadecuados para edad.

LEGAL: arrestos/reincidencia, condenas/cárcel, violación libertad condicional, aumento en gravedad delitos, delitos contra otros, desinterés por ley o convenciones morales.

SALUD: enfermedad física o problemas que no pueden ser explicados por heridas físicas o degeneración, incluyendo sistemas digestivo, neurológico (síntomas conversivos, analgesias), sexual, inmunológico, cardiopulmonar, propioceptivo/sensorial, dolores cabeza severos o dolor crónico/fatiga.

VOCACIONAL (aplicable a jóvenes que buscan trabajo o trabajan): desinterés en trabajo/vocación, incapacidad para obtener/mantener empleos, conflicto persistente con compañeros de trabajo o supervisores, subempleo en relación a capacidades, incapacidad para



avanzar.

Nota: Tomado de van der Kolk et al. (2009).

Una faceta del desarrollo que según estos autores queda muy afectada en el TTD, es el desarrollo de las funciones ejecutivas (FE), en referencia a diversas habilidades cognitivas, afectivas y motivacionales que incluyen la memoria de trabajo, la flexibilidad mental y el procesamiento de información que regulan la atención, el estado de ánimo y el comportamiento; las FE permiten a la persona llevar a cabo acciones y planes dirigidos a una meta, y que son fundamentales para el afrontamiento efectivo, la resolución de problemas y el éxito en el colegio, el trabajo o en las relaciones (Snyder et al., 2019).

Se sabe que el estrés tóxico generado por los eventos traumáticos causa efectos adversos significativos en las funciones ejecutivas (Kira et al., 2022). Estudios recientes, incluidos varios meta-análisis, han encontrado que el trauma correlaciona negativamente con la memoria de trabajo, la inhibición y la flexibilidad mental; los efectos adversos suelen ser mayores para los niños expuestos a múltiples traumas en comparación con los que informan eventos aislados (Carvalho et al., 2020; Op den Kelder et al., 2017). Por ejemplo, Matte-Landry et al. (2022) compararon los resultados cognitivos de menores con traumas complejos y controles, encontrando que los niños con trauma complejo tenían un funcionamiento cognitivo general más pobre que los otros, y que las dificultades cognitivas se desarrollaban relativamente rápido, poco después de la exposición al trauma.

Lewis et al. (2021) evaluaron en una muestra amplia de jóvenes del Reino Unido la exposición de por vida a traumas complejos y no complejos, y también midieron la psicopatología del año previo y la función cognitiva. Los participantes expuestos a un trauma complejo tenían una psicopatología más grave y una función cognitiva más pobre a los 18 años de edad, en comparación con los participantes no expuestos a trauma y los expuestos a trauma no complejo.

Otros estudios han analizado la repercusión del trauma complejo en el desarrollo de la cognición social de los niños/as. La mentalización se define como la capacidad de considerar los estados mentales de los demás (por ejemplo, inferir sus necesidades, objetivos, intereses y experiencias) como diferentes a los propios (Fonagy et al., 2002).



Conceptos similares al de mentalización son el de teoría de la mente o metacognición. Se han informado déficits de mentalización en diferentes poblaciones clínicas como el trastorno límite de personalidad, la esquizofrenia o el autismo. Más recientemente, también se han estudiado en poblaciones de niños/as afectados por traumas del desarrollo (Protic et al., 2020; Huang et al., 2020). Los niños/as y adolescentes con Trauma del Desarrollo han demostrado una mentalización alterada, refiriéndose a la capacidad de comprenderse a sí mismos (necesidades, fortalezas, limitaciones) y a los demás (darse cuenta que los demás pueden tener visiones del mundo diferentes a la propia) (Huang et al., 2020). Además, el trauma interpersonal temprano y el apego inseguro correlacionan con un bajo funcionamiento reflexivo, y los resultados de los estudios han relacionado estos déficits con la disociación, el temor y la ansiedad (Penner et al., 2019; Protic et al., 2020).

3.3.1 Estudios sobre TTD

Recientemente se ha publicado una revisión narrativa (Morelli y Villodas, 2022) que sintetiza de manera sistemática la literatura empírica disponible desde 2005 hasta 2021 sobre el Trastorno Traumático del Desarrollo. Su objetivo fue comprobar si el TTD es una construcción diagnóstica válida, con medidas de evaluación fiables, si es diferente a otros diagnósticos (especialmente el TEPT), y si es útil a nivel clínico. La revisión siguió las recomendaciones de la guía PRISMA (Moher et al., 2009), y realizó la búsqueda de los artículos en tres bases de datos oficiales (PubMed, APA PsycInfo y Web of Science), en las referencias de los artículos y en la literatura gris. Entre los criterios de inclusión se encontraron: el idioma inglés, la edad de 0 a 21 años y que el artículo realizara un análisis empírico de los criterios del constructo TTD y los síntomas propuestos por van der Kolk (2005). Tras la búsqueda se identificaron 1.023 estudios independientes, de los que finalmente se seleccionaron un número relativamente pequeño de estudios elegibles para la síntesis cualitativa (21 artículos con 17 muestras no superpuestas). Informaron sobre un total de 19.998 menores, especialmente entre 7 y 18 años, con diversidad racial, de etnia y a nivel socioeconómico. La mayoría de los participantes buscaban tratamiento o fueron reclutados a nivel comunitario. Estos estudios eran muy variados en cuanto a sus objetivos, la metodología empleada y el alcance de sus análisis. Al analizar la literatura empírica existente se puede concluir que el TTD es una construcción diagnóstica válida, confiable, diferente a otros diagnósticos ya existentes,



incluido el TEPT, y con una gran utilidad a nivel clínico para mejorar la evaluación y el tratamiento de los menores expuestos a trauma complejo. Los estudios respaldan la inclusión de TTD en ediciones futuras del DSM. El apoyo a TTD en esta revisión resulta prometedor, si bien es necesario realizar mayor investigación para corroborar estos hallazgos.

Yearwood et al. (2021) investigaron los efectos del trauma complejo (definiéndose éste como haber experimentado abuso y/o negligencia en el contexto de las relaciones con los cuidadores) y la adversidad ambiental más amplia (es decir, la exposición a la violencia comunitaria) en una muestra de adolescentes que vivían en una zona muy desfavorecida de Lima. Encontraron que un 39.4% de los adolescentes reportaron al menos un tipo de trauma entre moderado a severo. Además, los resultados mostraron que los niños que estuvieron expuestos a una o más experiencias traumáticas complejas tenían más probabilidades de puntuar dentro de un rango más alto de síntomas de internalización y externalización que los niños sin antecedentes de este tipo de trauma, a pesar de que la violencia comunitaria fue un predictor importante también de sintomatología.

Una de las poblaciones de menores en las que se ha estudiado ampliamente el trauma complejo es en la de menores tutelados, debido a que éstos han sufrido experiencias muy adversas que implican traumas en el contexto de sus relaciones de apego. Los estudios sobre el TEPT Complejo en estos niños y niñas han verificado sistemáticamente que presentan más problemas de salud mental en todos los dominios evaluados y un mayor número de síntomas de estrés postraumático, dificultades emocionales y conductuales, más conductas de riesgo y dificultades en el funcionamiento diario (Castro, 2011; Fernández, 2014; González-García et al., 2017; Martín et al., 2020). Por tanto, vemos que desarrollan síntomas que se extienden más allá de los contemplados en un diagnóstico de TEPT.

Recientemente, Cervera et al. (2020) realizaron una revisión de las investigaciones empíricas sobre las consecuencias psicológicas de traumas interpersonales en infancia, adolescencia y primera juventud, y encontraron que en todos los estudios revisados los resultados apuntaron a la presencia de sintomatología compatible con reacciones postraumáticas complejas en un gran porcentaje de los menores que habían sufrido al-



guna forma de maltrato grave a lo largo de la infancia. Por ejemplo, Spinazzola et al. (2005), López-Soler (2008), Van Meter et al. (2020) y Villalta et al. (2020) reportaron específicamente alteraciones en la regulación de los afectos y las relaciones interpersonales, síntomas centrales en el trauma complejo. Específicamente, López-Soler (2008) encontró que más del 50% de menores que había sufrido maltrato intrafamiliar reiterado presentaba indicadores de TEPT-C: alteraciones en afectos/impulsos, consciencia, en la relación con acogedores/educadores/iguales, distorsiones en la autopercepción y percepción de maltratadores, depresión, ansiedad, autolesiones, abuso de sustancias, comportamientos de riesgo y desesperanza.

Respecto a la comorbilidad de los diagnósticos de TEPT y TEPT-C, algunos autores han informado de alteraciones, sintomatología o diagnóstico conjunto de TEPT y TTD en poblaciones de menores que han sufrido traumas complejos (Spinazzola et al., 2018; Stolbach et al., 2013; van der Kolk et al., 2019). Así, Stolbach et al., 2013 encontraron que el 97% de los menores que cumplieron criterios para un diagnóstico completo de TTD también cumplían criterios para TEPT. Por su parte, van der Kolk et al. (2019) vieron que TEPT y TTD son altamente comórbidos.

En investigaciones sobre menores expuestos a violencia hacia sus madres por parte de su pareja o ex-pareja, se ha observado un mayor riesgo de ser víctimas de otros eventos traumáticos graves, incluyendo agresiones físicas y sexuales, lo cual contribuye al incremento de la tasa de diagnóstico de TEPT y otros síntomas internalizantes y externalizantes (Alcántara et al., 2013; Castro, 2011; Graham-Bermann et al., 2012). En niños y adolescentes con traumas graves y crónicos se observó una comorbilidad alta de otras alteraciones distintas al TEPT, que forman parte de los síntomas de desregulación presentes en el TEPT-C, lo que se relaciona con déficit en las funciones ejecutivas (Opden Kelder et al., 2017).

Los estudios que comparan menores con historia de trauma, según criterios de exposición TTD (exposición a experiencias de maltrato y disrupción significativa en los cuidados básicos), y con otro tipo de experiencias traumáticas, constatan diferencias clínicas sustanciales entre ambos grupos, presentando los primeros mayor probabilidad de alteraciones propias de un TEPT-C infantil o un TTD (McClelland et al., 2009; Stolbach et al., 2009; Stolbach et al., 2013). En este sentido, Stolbach et al. (2013) encontra-



ron que un 31% de los menores que habían sufrido eventos traumáticos con las características descritas presentaban un diagnóstico completo de TTD frente a solo un 6% de los menores que sufrieron otro tipo de eventos traumáticos menos graves.

Como hemos visto anteriormente el TEPT Complejo se ha estudiado ampliamente en múltiples y diversas poblaciones, también en niños y adolescentes. No obstante, se siguen necesitando más estudios y acumulación de evidencia sobre TEPT-C en población infantil (Cloitre et al., 2021).

3.3.2 Comorbilidades entre TTD, TEPT y otros trastornos mentales

La investigación sugiere que los niños y adolescentes que experimentaron un trauma interpersonal temprano significativo a menudo reciben diagnósticos inexactos o incompletos, ya sea durante la infancia/adolescencia o más adelante en la vida, lo que suele derivar en el inicio de tratamientos psicológicos o farmacológicos dirigidos a los trastornos psiquiátricos concurrentes, que en la mayoría de los casos suelen resultar inefectivos, ya que no intervienen sobre las alteraciones postraumáticas que pasan inadvertidas o no son identificadas. Esto se debe a las limitaciones significativas en el sistema de clasificación de TEPT del DSM (Fernández et al., 2020; Mikolajewski et al., 2017).

Daniunaite et al. (2021), en una amplia muestra de adolescentes, analizaron la correlación entre TEPT y TEPT complejo y también entre estos diagnósticos y otras variables como la repetición del trauma (trauma acumulado), el funcionamiento familiar, los problemas escolares y el apoyo social. Se constató que la exposición acumulada al trauma no discriminó entre TEPT y TEPTC, y que el TEPTC se asoció con problemas familiares (problemas económicos y conflictos en el hogar), problemas escolares (acoso escolar y dificultades de aprendizaje) y apoyo social. En cambio, otros estudios sí han confirmado una asociación entre trauma acumulado y mayor gravedad de síntomas TEPT (Sölva et al., 2020). Concretamente, estos autores identificaron tres tipos de maltrato (limitado, alto nivel de negligencia y maltrato acumulado) en una muestra de menores austríacos que residían en centros de acogida, y encontraron una asociación entre



el maltrato acumulado y una mayor gravedad de los síntomas, tanto de TEPT como de TEPT-C, diagnósticos según criterios CIE-11 (Sölva et al., 2020).

Como hemos visto, el Trastorno Traumático del Desarrollo (TTD) tiene una amplia comorbilidad con trastornos de internalización y externalización distintos del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Con el objetivo de replicar estos hallazgos, Ford (2021), analizó la comorbilidad de TTD en una muestra de niños y niñas de entre 8 y 18 años que recibían tratamiento en centros de salud mental de EEUU. Concluyeron que TTD y TEPT fueron altamente comórbidos y ambos compartieron varias comorbilidades de trastornos de internalización y externalización del DSM-IV. Los niños y niñas que presentaban TTD, con o sin TEPT, tenían más diagnósticos comórbidos que los niños con TEPT pero que no cumplían criterios para TTD. Además, TTD se asoció con el trastorno de ansiedad por separación, la depresión y el trastorno oposicionista desafiante después de controlar el TEPT, mientras que el TEPT se asoció solo con el trastorno de ansiedad por separación, después de controlar TTD. Ambos diagnósticos de trauma (TEPT y TTD) se asociaron con tendencias suicidas.

En la misma línea, otras investigaciones detectaron alteraciones emocionales graves y/o conductuales en diferentes grupos de menores expuestos a maltrato intrafamiliar desde etapas tempranas (López-Soler et al., 2012; Wamser-Nanney y Vandenberg, 2013), así como alteraciones internalizantes y/o externalizantes (Geerson, et al., 2011; Graham-Bermann et al., 2012; Lansing et al., 2018; Martín et al., 2020; Tarren-Sweeney, 2013). En todos ellos y en otros trabajos (por ej., Perkins y Graham-Bermann, 2012; Kiesel et al., 2014), observaron además dificultades en el funcionamiento diario en diferentes ámbitos (colegio, ocio, relaciones con iguales, etc.). Además, se vio que esta problemática se expresó a lo largo de la infancia, hasta la primera juventud (Beal et al., 2018; Porto-Faus et al., 2019), o la vida adulta (Delgi-Espositi et al., 2020), en personas que habían sufrido diferentes tipos de maltrato.

Por su parte, Wamser-Nanney y Vandenberg (2013), compararon la sintomatología en menores expuestos a episodios repetidos de violencia interpersonal, que habían experimentado interrupciones en la protección y el cuidado, con la que mostraban aquellos expuestos a otro tipo de traumas. Los resultados confirmaron que el primer grupo



presentó más problemas conductuales, ansiedad, depresión, síntomas disociativos, ira/agresividad y dificultades de carácter sexual.

El Trastorno Traumático del Desarrollo fue propuesto para describir las secuelas biopsicosociales de la exposición a la victimización interpersonal en la infancia que se extiende más allá de los síntomas del TEPT. Y esta realidad se sigue constatando en investigaciones actuales. En este sentido, van der Kolk, Ford y Spinazzola (2019) identificaron, en una muestra pediátrica de 236 niños/as, de edades comprendidas entre los 7 y 18 años, comorbilidades del TTD con diagnósticos de pánico, ansiedad de separación y trastornos de conducta disruptiva. A pesar de la alta comorbilidad del TTD con otros diagnósticos recogidos en los sistemas de clasificación CIE o DSM, los resultados del estudio indican que el TTD no se reduce completamente a ningún otro diagnóstico de los reconocidos o a una combinación de los mismos.

En la actualidad se sigue acumulando evidencia empírica para el Trastorno Traumático del Desarrollo como potencial diagnóstico que representa una variante compleja del TEPT en niños/as, similar a los síntomas adultos de las perturbaciones en la auto-organización en el TEPT Complejo propuesto de la CIE-11. En este sentido, Ford et al. (2022a) realizan recientemente una investigación que tuvo como objetivo replicar los resultados hallados en el estudio de validación inicial del TTD de 2018 de los mismos autores. Se evaluaron alteraciones de TTD en una muestra independiente de niños/as en tratamiento en centros de salud mental. La mayoría de los menores (95.5%) habían vivido al menos un evento traumático anteriormente y el 17% cumplía criterios para polivictimización (al menos 5 tipos de trauma interpersonal). El 24.9% cumplió criterios para TTD pero no para TEPT y el 18% cumplió criterios tanto para TEPT como para TTD. Se encontró que los/as menores que cumplieron con criterios TTD, en comparación con los otros, presentaron mayor victimización interpersonal, peor regulación emocional, mayor alexitimia, más problemas internalizantes y externalizantes y el doble de diagnósticos probables de trastornos psicopatológicos. Se encontró apoyo empírico para los tres factores del Trastorno Traumático del Desarrollo: desregulación emocional/somática, atencional/conductual y auto/relacional. La desregulación de las emociones fue el elemento más informativo en los niveles bajos de gravedad de TTD y resultó un síntoma central, si bien en muchas ocasiones suele aparecer en ausencia de otros síntomas, por lo que es insuficiente para identificar el trastorno. Las autolesiones no



suicidas fueron raras pero discriminatorias en la identificación de niños, niñas y jóvenes con altos niveles de gravedad de TTD. Los resultados del estudio revelan también que, aunque el DTD y el TEPT a menudo coexisten, también puede haber un grupo de menores que sólo tiene uno de los dos trastornos. En conclusión, los hallazgos encontrados en el estudio replican los resultados del anterior sobre Trastorno Traumático del Desarrollo (Ford et al., 2018), poniendo de relieve la validez y utilidad potencial de TTD como diagnóstico unificador para niños traumatizados que presentan síntomas heterogéneos basados en la desregulación postraumática.

El mismo autor, Julian D. Ford, y colaboradores llevaron a cabo otras dos investigaciones en el año 2022, que vuelven a tener como objetivo validar el TTD como síndrome psicopatológico infantil para niños/as con graves secuelas derivadas de la exposición a traumas complejos. En este sentido, en el primero de ellos (Ford et al, 2022b) trato de determinar la existencia de síntomas TTD, que se extienden más allá de los síntomas TEPT, o la coexistencia de sintomatología TTD y TEPT en una muestra de niños y adolescentes norteamericanos gravemente traumatizados. Los resultados señalan que los menores con alteraciones conjuntas de TTD y TEPT tenían más probabilidades de haber experimentado abuso emocional traumático y fueron los que tenían la mayor comorbilidad psicopatológica, tanto con trastornos externalizantes como internalizantes. Por otro lado, los que tenían síntomas predominantemente de TTD tenían más probabilidades de cumplir los criterios para el trastorno negativista desafiante. En general, el estudio corroboró que los síntomas de TTD pueden desarrollarse tanto por separado como conjuntamente a los síntomas de TEPT.

Por otra parte, Ford et al. (2022c) llevaron a cabo un examen empírico para analizar la estructura del Trastorno Traumático del Desarrollo. El 32% de la muestra estudiada fue diagnosticada con TTD, el 35% con TEPT y el 33% con ninguno de los dos síndromes. Los resultados de los análisis factoriales realizados en el presente estudio revelaron que la sintomatología relacionada con el trauma de los niños se podía comprender mejor en una matriz multidimensional formada por dos subgrupos diferentes pero muy relacionados entre sí, correspondientes al TEPT (pensamientos intrusivos, evitación e hiperarousal) y al TTD (desregulación emocional, cognitivo-conductual y auto-relacional), involucrando por tanto seis dominios interrelacionados. La exposición a la violencia intrafamiliar y la polivictimización se asociaron tanto con TEPT como con



DTD, resaltando la conveniencia de evaluar ambos síndromes en menores afectados. Por tanto, se confirma el TTD como un componente diagnóstico imprescindible de la psicopatología infantil relacionada con el trauma, junto con el diagnóstico TEPT. Además, la interrelación de las variables de TTD y TEPT sugiere que TTD puede constituir un buen diagnóstico y más completo para niños/as gravemente traumatizados, paralelo al nuevo diagnóstico de TEPT Complejo en adultos de la CIE-11, que recordemos incluye también para su diagnóstico los síntomas de TEPT.

A pesar de que estos menores que presentan graves síntomas internalizantes y externalizantes, constitutivos de diagnósticos DSM y que cumplen además criterios diagnósticos TTD, tienen bien documentado una historia de traumas asociados a situaciones de maltrato y disrupción de vínculos con cuidadores, normalmente ésta no es tomada en cuenta como un factor relevante de cara al proceso de evaluación y tratamiento y no se intervienen en los aspectos relacionados con el/los trauma/s (van der Kolk, 2002).



SEGUNDA PARTE: MARCO EMPÍRICO



Capítulo 4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS



4.1. OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de la presente investigación fue valorar la presencia de sintomatología postraumática compleja en menores gravemente maltratados, así como analizar la validez del diagnóstico de Trastorno Traumático del Desarrollo para explicar las manifestaciones psicopatológicas resultantes de estas experiencias traumáticas.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar la prevalencia de sintomatología postraumática en las submuestras de menores maltratados y no maltratados o controles, así como en la muestra total, en las siguientes áreas:

a) Trastorno de Estrés Postraumático:

- Prevalencia de TEPT en escala CPSS.
- Prevalencia de TEPT, según criterios DSM-5.
- Prevalencia de TEPT Parcial (criterios DSM-5 para ≤ 6 años).
- Prevalencia de sintomatología TEPT de carácter leve.
- Prevalencia de sintomatología TEPT de carácter moderado o grave.
- Relación entre sexo y sintomatología TEPT.
- Relación entre edad y sintomatología TEPT.

b) Trastorno de Estrés Postraumático Complejo o Trastorno Traumático del Desarrollo:

- Prevalencia de síntomas de desregulación afectiva o fisiológica.
- Prevalencia de síntomas de desregulación atencional o conductual.



- Prevalencia de síntomas de desregulación del self y área relacional.
- Prevalencia del deterioro psicosocial.
- Prevalencia de sintomatología TEPT-C.
- Prevalencia de sintomatología TEPT-C grave.
- Relación entre sexo y sintomatología TEPT-C/TTD.
- Relación entre edad y sintomatología TEPT-C/TTD.

c) TEPT y TEPT-C:

- Prevalencia de sintomatología conjunta de TEPT y TEPT Complejo.

1. Determinar la relación entre la gravedad de sintomatología postraumática y los tipos de traumas experimentados:

- Examinar si existen diferencias significativas en sintomatología TEPT entre niños/as que han sufrido eventos traumáticos complejos (maltrato intrafamiliar) y los que no han sufrido este tipo de traumas.
- Analizar si existen diferencias significativas en sintomatología postraumática compleja, entre niños/as que han sufrido eventos traumáticos complejos (maltrato intrafamiliar) y los que no han sufrido este tipo de traumas.
- Examinar la relación entre el tipo de traumas experimentados y el diagnóstico de estrés postraumático (TEPT y TEPT-C).
- Estudiar la relación entre el número de traumas experimentados y el diagnóstico de estrés postraumático (TEPT y TEPT-C).

4.3. HIPÓTESIS

En función de la literatura científica expuesta en el marco teórico y los objetivos específicos planteados, se proponen las siguientes hipótesis:



1. Los/as menores que han sufrido maltrato intrafamiliar (grupos Pedimet y Violencia de Género) presentarán una historia de eventos traumáticos complejos más amplia frente a los menores del grupo Clínico.
2. Los/as menores maltratados (Pedimet y Violencia de Género) presentarán con mayor probabilidad 2 o más eventos traumáticos (trauma acumulado) frente a los menores no maltratados.
3. Los/as menores pertenecientes a los grupos Pedimet y Violencia de Género manifestarán prevalencias más altas de diagnósticos TEPT (total y parcial) que los del grupo Clínico.
4. Se encontrará mayor prevalencia de TEPT utilizando los criterios de TEPT Parcial (criterios diagnósticos DSM-5 para menores de 6 años), que utilizando los criterios establecidos por el DSM-5 para adultos (TEPT completo).
5. Un mayor número de menores de los grupos Pedimet y Violencia de Género cumplirán criterios diagnósticos de TEPT complejo o Trastorno Traumático del Desarrollo, frente a los menores del grupo Clínico.
6. Se encontrarán diferencias significativas en sintomatología postraumática compleja entre los grupos de menores que han sufrido maltrato y el que no ha sufrido estos eventos traumáticos.
7. A mayor gravedad y número de eventos traumáticos (relacionados con maltrato) más probabilidad de presentar sintomatología postraumática compleja.
8. No se encontrarán diferencias de sexo significativas con respecto a las medidas de TEPT (simple y complejo) evaluadas.
9. A menor edad mayor prevalencia de sintomatología postraumática.



Capítulo 5. MÉTODO



5.1 DISEÑO

En primer lugar, resulta imprescindible señalar de manera explícita que las intervenciones realizadas atienden a todos y cada uno de los principios éticos y recomendaciones que se indican en la “Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial” (52a Asamblea General, Octubre 2000): la preocupación por el bienestar de los/as participantes tiene primacía sobre los intereses científicos.

El estudio adoptó un diseño de tipo transversal y cuasi-experimental, con grupo control. En primer lugar, hablamos de diseño transversal debido a que se estableció una única sesión de evaluación con cada uno de los sujetos que constituyeron la muestra del estudio, en la que se obtuvieron todas las medidas de las variables propuestas. Por tanto, las medidas se tomaron en un único momento temporal para cada uno de los sujetos. De forma complementaria el estudio siguió un patrón de diseño cuasi-experimental, ya que, entre otros aspectos, los sujetos no fueron asignados aleatoriamente a las condiciones o grupos que conformaron el estudio, sino que se distribuyeron en función de las características establecidas a priori, en nuestro caso haber experimentado o no determinadas experiencias negativas, que se detallarán más adelante.

Debido a las limitaciones de los diseños cuasi-experimentales para establecer relaciones causales entre las variables estudiadas, se decidió incluir un grupo control, para fortalecer metodológicamente la investigación, y siguiendo las recomendaciones realizadas desde el ámbito internacional. Las características de los grupos establecidos se detallarán en el apartado siguiente.

A continuación, presentamos la muestra de sujetos que participaron en el estudio y algunos datos relevantes sobre los mismos, así como una descripción de los instrumentos aplicados para la obtención de información y variables dependientes estudiadas, y también del procedimiento seguido para la realización de la investigación.

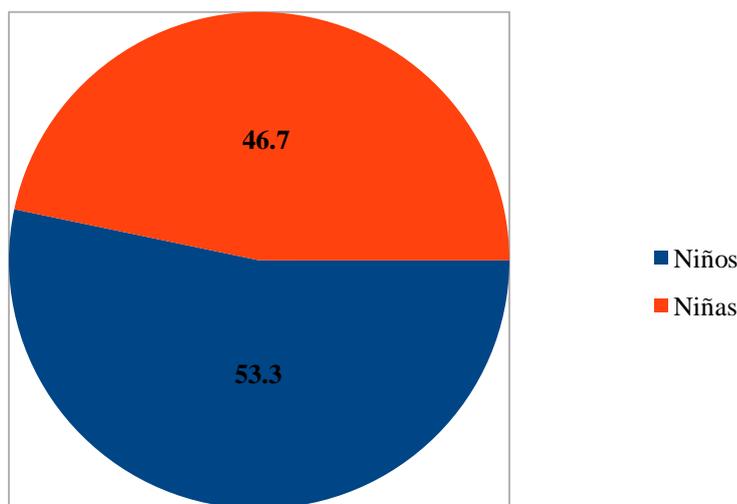


5.2 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

La muestra la constituyeron un total de 180 menores, distribuidos en tres grupos: menores tutelados por la Administración Pública, menores expuestos a violencia de género y menores atendidos en una unidad pediátrica hospitalaria. En la Tabla 5.1 se muestran los estadísticos descriptivos de las características de los participantes por sexo y edad en la muestra total y en las submuestras. Respecto al sexo, un 53.3% ($n=96$) son niños y un 46.7% ($n=84$) niñas (véase Figura 5.1). La edad media fue de 9.8 años ($DT=4.3$).

Figura 5.1.

Distribución de la muestra total por sexo



El primer grupo de estudio, denominado Grupo Pedimet, estaba integrado por 65 niños/as (un 36.1% de la muestra total, véase Figura 5.2) que habían sufrido malos tratos graves por parte de sus cuidadores principales, por lo que la tutela había sido retirada a sus progenitores y estaban en el momento del estudio tutelados/as por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Estos menores habían sido derivados por la Dirección General de Familia y Políticas Sociales al Proyecto de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Psicológico a Menores Tutelados (en adelante Pedimet). La



edad media de este grupo fue 11.09 ($DT= 4.29$). Por sexo, se incluyeron 37 niños y 28 niñas (véase Tabla 5.1).

El segundo grupo de menores maltratados, que denominamos Grupo Violencia de Género (en adelante nos referiremos en algunas ocasiones a él como VG) lo conformaron 41 niños/as (un 22.8% del total de la muestra, véase Figura 5.2) expuestos a la violencia que ejercía el padre biológico contra la madre, y que habían sido derivados al Servicio de Intervención Psicológica con Hijos e Hijas de Mujeres Víctimas de Violencia de Género de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (también denominado SAPMEX). En función del sexo, un 15% fueron niños y un 26% niñas. La edad media en este caso fue 11.61 años ($DT= 3.65$) (véase Tabla 5.1).

Tanto los sujetos pertenecientes al Grupo Pedimet como los del grupo VG habían sufrido algún tipo de maltrato grave de carácter intrafamiliar (abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligencia o exposición a violencia del padre hacia la madre). Las personas responsables de estos sucesos eran en todos los casos familiares del grupo primario de apoyo (frecuentemente progenitores). Además, muchos de los menores habían sufrido dos o más tipos de maltrato, por lo que gran parte eran menores politraumatizados.

El tercer grupo que constituyó la muestra es al que hemos denominado Grupo Clínico o también nos referiremos a él en alguna ocasión a lo largo del presente trabajo como Grupo Control, ya que estuvo integrado por menores que no habían sufrido ninguna de las experiencias descritas en el párrafo anterior. Estos menores estaban siendo atendidos en el Servicio de Psicología Pediátrica del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, remitidos desde otros servicios pediátricos, para valoración y tratamiento por diferentes motivos. Supusieron un 41.1% del total de menores estudiados ($n=74$) (véase Figura 5.2). Como puede apreciarse en la Tabla 5.1, la edad media de este tercer grupo fue 7.55 ($DT=3.59$). En cuanto al sexo, se incluyeron 44 niños y 30 niñas.



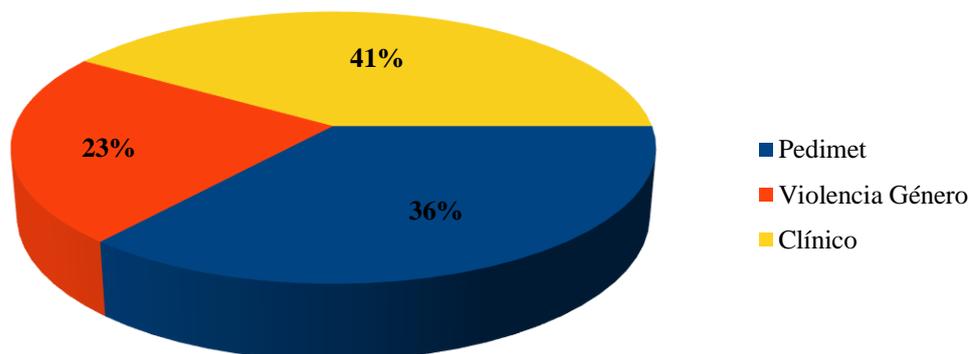
Tabla 5.1.

Características de los participantes por sexo y edad en la muestra total y en las submuestras

	Sexo <i>n</i> (%)		Edad Media (<i>DT</i>)
	Chicos	Chicas	
Grupo Pedimet	37 (38.5)	28 (33.3)	11,09 (4.29)
Grupo VG	15 (15.6)	26 (31)	11,61 (3.65)
Grupo Clínico	44 (45.8)	30 (35.7)	7,55 (3.59)
Muestra total	96 (53.3%)	84 (46.7%)	9.8 (4.3)

Figura 5.2.

Distribución de la muestra total por grupos de estudio



5.3 PROCEDIMIENTO

El estudio constó de tres fases principales. En primer lugar, se llevó a cabo la selección de la muestra; en la fase segunda, se procedió a la recogida de datos, a través de las entrevistas de evaluación y aplicación de instrumentos de medida, y la corrección de todas las pruebas administradas, y finalmente, se realizaron todos los análisis estadísticos correspondientes.



Fase 1: Selección de la muestra

Para recabar las submuestras de los grupos Pedimet y VG, en ambos casos integradas por niños y niñas gravemente maltratados, se reclutaron menores que, como hemos referido con anterioridad, habían sido derivados a los siguientes recursos:

1) Programa PEDIMET. El Proyecto de evaluación, diagnóstico e intervención psicológica en menores maltratados tutelados (PEDIMET) va dirigido a niños/as y jóvenes de edades comprendidas entre los cuatro y los diecisiete años que se encuentran tutelados por la Administración y que presentan reacciones posttraumáticas graves derivadas de la exposición a violencia familiar. Se trata de un proyecto financiado por la Consejería de Mujer, Igualdad, LGTBI, Familias y Política Social de la Región de Murcia, y que se inició en 2006, gracias a un convenio establecido entre dicha Consejería y la Universidad de Murcia. Los menores son derivados por la Dirección General de Familia y Políticas Sociales al Grupo Universitario de Investigación en Infancia y Adolescencia-Psicología Clínica (GUIIA-PC), con el objetivo de recibir un tratamiento especializado que dé una adecuada respuesta psicoterapéutica a las graves alteraciones psicopatológicas que presentan. Las sesiones de evaluación y tratamiento se desarrollan principalmente en las dependencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia.

2) Servicio de Intervención Psicológica con Hijos e Hijas de Mujeres Víctimas de Violencia de Género de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (SAPMEX). Se trata de menores que han estado expuestos a la situación de violencia de género que sufren o han sufrido sus madres, infligida por su pareja o ex-pareja, las cuales están siendo atendidas y asesoradas a nivel psicológico, jurídico y/o social en los Centros de Atención Especializada para Mujeres Víctimas de Violencia de Género (CAVIS) de toda la Comunidad Autónoma de Murcia. Esta red de centros se configura como un servicio público y gratuito dependiente de la Consejería de Mujer, Igualdad, LGTBI, Familias y Política Social. Los niños, niñas y adolescentes que presentan alteraciones emocionales y/o comportamentales, cuyas madres están siendo atendidas en un CAVI, previa valoración de si es o no pertinente, son derivados por los profesionales de estos centros al Servicio de Intervención Psicológica con Hijos e Hijas de Mujeres



Víctimas de Violencia de Género (SAPMEX), que se realiza desde la Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental en Infancia y Juventud, Quiero Crecer, ubicada en Murcia, en base a un convenio establecido desde 2009 con el entonces Instituto de la Mujer, que sigue vigente en la actualidad.

En ambos grupos (Pedimet y Violencia de Género), se tuvieron en cuenta una serie de criterios necesarios a la hora de seleccionar a los menores que finalmente formaron parte del estudio y fueron incluidos en dichas submuestras. En todos los casos los niños y niñas habían sufrido algún tipo de maltrato grave intrafamiliar (abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligencia o exposición a violencia del padre hacia la madre) por parte de cuidadores primarios. En este sentido, cumplían criterios de exposición de la propuesta diagnóstica de Trastorno del Trauma del Desarrollo (Van der Kolk et al., 2009), ya que en todos los casos los menores habían sido víctimas, de manera directa o por exposición, de episodios de violencia interpersonal, por acción u omisión, y había un impacto significativo en el sistema de apego. Por otro lado, los niños y niñas habían desarrollado alteraciones psicopatológicas significativas, por las que estaban siendo atendidos y tratados en los programas citados con anterioridad. Se excluyeron a menores que presentaban diagnósticos de discapacidad intelectual severa o trastornos generalizados del desarrollo.

Para seleccionar a los menores del grupo Clínico, además de los criterios de exclusión anteriores, se excluyeron a todos aquellos niños/as o adolescentes que hubieran sufrido alguna situación de maltrato grave dentro de la familia, aunque éstos podían haber experimentado otro tipo de eventos traumáticos, incluso de carácter interpersonal (como el acoso escolar). Para conformar este tercer grupo, denominado Clínico o Control, se seleccionaron menores atendidos en la Unidad de Psicología Pediátrica del Hospital Virgen de la Arrixaca.

Los datos referentes a las características de los traumas experimentados por los menores de las diferentes submuestras se presentarán con detalle en el apartado de resultados. Los criterios de inclusión y exclusión para cada uno de los tres grupos que conformaron la muestra total del estudio se detallan en la Tabla 5.2.



Tabla 5.2.

Criterios de inclusión/exclusión a los grupos de estudio

	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Grupos violencia intrafamiliar (Pedimet y VG)	<ul style="list-style-type: none">• Edad entre 1 y 17 años.• Haber sufrido al menos 1 trauma asociado a maltrato grave intrafamiliar (abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligencia o exposición a violencia del padre hacia la madre).• Presentaban alteraciones psicopatológicas significativas derivadas de estos traumas.• Tratados en programa Pedimet o servicio SAPMEX.	<ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico de Discapacidad Intelectual.• Diagnóstico de Trastornos del Espectro Autista (TEA).
Grupo clínico	<ul style="list-style-type: none">• Edad entre 1 y 17 años.• Atendidos en la Unidad de Psicología Pediátrica del HUCVA.	<ul style="list-style-type: none">• Haber experimentado algún episodio grave de maltrato intrafamiliar.• Diagnóstico de Discapacidad Intelectual.• Diagnóstico de TEA.

Fase 2: Recogida de datos y corrección de pruebas administradas

Se realizaron las evaluaciones pertinentes a los menores y a los padres o cuidadores, a través de la entrevista clínica y aplicación de los instrumentos de medida seleccionados, con el objetivo de recoger los datos de las diferentes variables objeto de estudio.

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL GRUPO PEDIMET

Como hemos explicado con anterioridad, el programa PEDIMET es ejecutado por profesionales pertenecientes al Grupo Universitario de Investigación en Infancia y Adolescencia-Psicología Clínica (GUIIA-PC) en dependencias del HCUVA, concretamente en la Unidad de Psicología Pediátrica de dicho hospital. Los menores son derivados para valoración y tratamiento por la Dirección General de Familia y Políticas Sociales. Los datos relativos al expediente del menor son enviados por fax a la Unidad



de Psicología Pediátrica. Se informa sobre las situaciones de maltrato que ha sufrido el/la menor, los motivos de la retirada de la tutela a los padres biológicos, las visitas que actualmente tiene con su familia de origen, centro de protección donde se encuentra el/la menor, así como otras informaciones de interés referentes a la salud del niño o niña (informes médicos, psicológicos), situación escolar, etc.

Una vez registrada la recepción del expediente, se contacta telefónicamente con el centro de acogida o familia de acogida (extensa o ajena) donde reside el/la menor, para citarlos en la Unidad de Psicología Pediátrica y realizar todo el protocolo de evaluación PEDIMET. Los menores que residen en centro suelen acudir acompañados por un educador/a referente y los que se encuentran en acogimiento familiar con los adultos responsables de su cuidado.

El protocolo de evaluación incluye la realización de una entrevista clínica al educador/cuidador, una entrevista clínica al/la menor y la aplicación de diferentes escalas psicométricas, algunas cumplimentadas por el propio menor, otras por los cuidadores y alguna por el/la profesional referente. Aunque el protocolo de evaluación es bastante amplio y abarca otras áreas, en la que nos centraremos y explicaremos con mayor detalle será la de estrés postraumático, objeto de estudio de nuestra investigación.

Para cumplir con los objetivos de la investigación, se amplió el protocolo de evaluación inicial, desarrollando e incluyendo instrumentos destinados específicamente a la evaluación de sintomatología postraumática compleja en los menores, como el Listado de Síntomas del Trastorno Traumático del Desarrollo (GUIIA-PC, 2014). Estos instrumentos se desarrollarán más ampliamente en el apartado siguiente.

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL GRUPO VIOLENCIA DE GÉNERO (VG)

Como hemos comentado previamente, los profesionales integrantes de los CAVIS, derivan al Servicio de Intervención Psicológica con Hijos e Hijas de Mujeres Víctimas de Violencia de Género a aquellos/as menores que precisan atención psicológica especializada para el tratamiento de las alteraciones psicológicas derivadas



de la exposición a la situación de violencia de género sufrida por sus madres. Se remite a este servicio un informe en el que se especifican los datos más significativos sobre las dificultades del menor e información detallada sobre la madre, así como acerca de la historia de maltrato.

Se cita al/la menor junto a su madre en las consultas de la Asociación Quiero Crecer, donde se desarrolla el Servicio de Intervención Psicológica con Hijos/as de Mujeres Víctimas de Violencia de Género. El/la profesional que se asigna a cada caso realiza el protocolo de evaluación y posteriormente se realiza intervención psicológica, en el caso que se detecte la necesidad.

Este protocolo, al igual que en el caso del programa Pedimet, incluye la realización de una entrevista clínica a la progenitora, una entrevista clínica al/la menor y la cumplimentación de diferentes escalas psicométricas, algunas por el propio menor, otras por la madre y alguna también por el/la psicólogo/a que atiende el caso. Este protocolo de evaluación es bastante amplio e incluye la evaluación de algunas de las siguientes áreas: trastornos emocionales como ansiedad o depresión, trastorno de estrés postraumático (también TEPT complejo), inadaptación (personal, social, escolar y familiar) y resistencia a la adversidad, entre otras.

Al igual que en el caso del grupo Pedimet, para la realización de nuestro estudio solo se hizo uso de una parte de los cuestionarios que integran el protocolo. Además, se incorporaron algunos instrumentos de evaluación, como el Listado de Síntomas del Trastorno Traumático del Desarrollo (GUIIA-PC, 2014), específicamente para cumplir con los objetivos de la investigación y en función de las variables psicológicas que nos interesaba explorar más extensamente (estrés postraumático complejo). Todos los instrumentos empleados en nuestro estudio se incluyen en el apartado siguiente.

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL GRUPO CLÍNICO

Los/as menores incluidos en el grupo Clínico o Control estaban siendo atendidos en la Unidad de Psicología Pediátrica del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. Esta unidad se integra en el servicio de Pediatría del hospital y en



ella se llevan a cabo funciones de evaluación clínica, diagnóstico y tratamiento psicológico de trastornos mentales en población infanto-juvenil. Los menores son derivados a la Unidad de Psicología Pediátrica, procedentes de otros servicios pediátricos (fundamentalmente Neuropediatria, Genética Médica, Medicina Medioambiental, Oncología, UCI pediátrica, y también Neumología, Gastroenterología o Nefrología) para valoración y, en su caso, tratamiento. Los menores son atendidos en consultas externas y también se llevan a cabo exploraciones e intervenciones a menores que se encuentran hospitalizados. Algunos de los problemas más frecuentes atendidos en dicha unidad o demandas más usuales son: niños/as con enfermedades médicas que presentan alteraciones psicológicas derivadas del proceso de enfermedad, menores que presentan trastornos del neurodesarrollo que precisan evaluaciones psicométricas, valoraciones e intervenciones neuropsicológicas, problemas de conducta, trastornos por somatización, entre otros.

En la Unidad de Psicología Pediátrica existe un protocolo de evaluación estandarizado, llevándose a cabo siempre, en todos los casos atendidos e independientemente del motivo de consulta, una entrevista clínica a familiares (normalmente a ambos progenitores), una entrevista o exploración al menor y la aplicación de algunas escalas psicométricas de screening, como el Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach et al., 1991a), con el objetivo de detectar posibles problemas emocionales o conductuales en los menores. La existencia de posibles situaciones de maltrato u otros eventos traumáticos experimentados por los niños y niñas y la exploración de sintomatología postraumática derivada de los mismos, también son áreas a explorar en todos los casos atendidos en esta unidad. En este sentido, se lleva a cabo una exploración de la historia de traumas y se aplica el cuestionario CPSS (Foa et al., 2001; Adapt. GUIIA-PC, 2014) a menores y padres. No obstante, para la realización de nuestra investigación, en los casos de menores seleccionados que formaron parte del grupo Clínico, al igual que se hizo con los grupos Pedimet y VG, se evaluó más exhaustivamente los trastornos postraumáticos añadiendo algún instrumento de evaluación específico, como el de síntomas TEPT-C.



5.4 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

- 1) Child Posttraumatic Stress Scale (CPSS, Foa et al., 2001; Adapt. GUIIA-PC, 2014)

Es un instrumento desarrollado para evaluar la presencia y gravedad de síntomas TEPT en niños/as y adolescentes. La escala está basada en los criterios diagnósticos para el Trastorno por Estrés Postraumático del DSM-IV-TR (APA, 2000) y DSM-5 (APA, 2013). Aunque inicialmente el rango de edad de aplicación de la escala era de 8 a 18 años (versión autoinforme), el equipo GUIIA-PC elaboró una versión de la escala para ser cumplimentada por los cuidadores o educadores, pudiéndose de esta forma evaluar la sintomatología TEPT también en niños y niñas más pequeños, utilizando a los progenitores como fuente de información. La versión para los menores puede ser directamente cumplimentada por éstos/as o también ser utilizada como entrevista clínica (en este caso es el clínico el que va preguntando al menor la presencia de los diferentes síntomas).

La escala consta de 2 preguntas abiertas y 28 ítems. Las dos preguntas abiertas exploran los acontecimientos estresantes ocurridos a lo largo de la vida del menor, y el tiempo transcurrido desde que estos se produjeron. Se compone de una primera parte que abarca 21 ítems, referidos a la frecuencia de manifestación de síntomas TEPT, distribuidos en 4 subescalas: Pensamientos Intrusivos (PI) (5 ítems; rango de puntuación de 0 a 15); Evitación (EV) (2 ítems, rango de puntuación de 0 a 6); Alteraciones del Humor y de la Cognición (AHC) (8 ítems, rango de puntuación de 0 a 24) e Hiperarousal (HI) (6 ítems, rango de puntuación de 0 a 18). Presenta formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos (0 = *Nada o solo un momento*, 1 = *Una vez/semana o de vez en cuando*, 2 = *2-4 Veces/semana o la mitad del tiempo*, 3 = *5 o Más veces/semana o casi siempre*). Permite, por tanto, obtener una puntuación total de la severidad del TEPT (con rango de puntuación de 0 a 63) y puntuaciones de la severidad para cada uno de los grupos sintomáticos. La segunda parte de la escala está constituida por 7 ítems adicionales, puntuados dicotómicamente (*Sí=1; No=0*; rango de puntuación de 0 a 7), para estimar en qué medida ha interferido la sintomatología en ámbitos



específicos del funcionamiento de la vida del menor (social, familiar, académico, espiritual, recreativo, etc.).

Los resultados de diferentes investigaciones realizadas tanto fuera como dentro de España confirman las adecuadas propiedades psicométricas de la escala CPSS y la validan como un instrumento valioso para el diagnóstico de TEPT, así como para evaluar la gravedad de los síntomas, en diferentes poblaciones que han experimentado traumas, incluidos los de carácter interpersonal. Los estudios de Foa et al. (2001) y Gillihan et al., (2013) confirmaron fuertes propiedades psicométricas de la CPSS, y mostraron una buena consistencia interna, buena fiabilidad test-retest y alta validez convergente (Fernández et al., 2020).

- 2) Listado de Síntomas del Trastorno Traumático del Desarrollo (GUIIA-PC, 2014).

Debido a que no hay ningún instrumento que mida sintomatología específica TTD o TEPTC en menores, para este estudio se empleó el Listado de Síntomas del Trastorno Traumático del Desarrollo, elaborado por el equipo GUIIA-PC en 2014, a partir de la propuesta de Van der Kolk y colaboradores (2009), y que evalúa sintomatología TTD o sintomatología postraumática compleja en menores (Cook et al., 2005; Van der Kolk et al., 2009). Este listado también explora el número y tipo de sucesos traumáticos experimentados por los menores, su duración y la edad de los menores al inicio de los mismos. Es un instrumento de evaluación diseñado para ser utilizado principalmente como entrevista clínica, siendo el profesional encargado de cada caso el que cumplimenta los ítems, a partir de la información proporcionada por el propio menor y también por cuidadores o educadores del niño/a o adolescente.

La escala consta de tres partes. En la primera aparece un listado de posibles eventos traumáticos que ha podido experimentar o presenciar el/la menor. Éstos son los siguientes: negligencia, abuso/maltrato físico, abuso sexual, abuso/maltrato emocional, violencia doméstica, enfermedad mental del cuidador, muerte del cuidador, violencia escolar, violencia en la comunidad, enfermedad grave del menor, accidente grave del menor, desastre natural, guerra/terrorismo y otros. También se pregunta acerca de



cuándo comenzaron los traumas y cuánto duraron. La segunda parte consta de 15 ítems, referidos a la frecuencia de manifestación de los síntomas del Trastorno Traumático del Desarrollo o TEPT complejo en menores, distribuidos en 3 áreas: Desregulación Afectiva/Fisiológica (4 ítems), Desregulación Atencional y del Comportamiento (5 ítems) y Desregulación del Yo y en Las Relaciones (6 ítems). Al igual que el CPSS, hay 4 opciones de respuesta en un rango de puntuación de 0 a 3 en función de la gravedad o frecuencia de los síntomas manifestados (0 = *Nada*, 1 = *Una vez por semana o menos/Poco*, 2 = *De 2 a 4 veces por semana/bastante*, 3 = *5 o más veces por semana/mucho*). En este caso, el/la profesional deberá asignar directamente el número que corresponda al lado de cada ítem. Por tanto, se puede obtener información de si el/la menor presenta o no determinado síntoma y si lo presenta en un grado leve (puntuación igual a 1) o moderado/grave (puntuación igual o mayor de 2). De manera complementaria, se incluye una pregunta abierta que evalúa la duración de las alteraciones (¿desde cuándo experimenta el menor estos síntomas?). Por último, la tercera parte del Listado de Síntomas TTD indaga acerca del grado de afectación de la sintomatología en el funcionamiento del menor (deterioro funcional) en 5 áreas (escolar, familiar, social, legal y salud). Por tanto, esta última parte consta de 5 ítems adicionales, puntuados dicotómicamente (*Sí* = 1; *No* = 0; rango de puntuación de 0 a 5). El Listado de Síntomas del Trastorno Traumático del Desarrollo (GUIIA-PC, 2014) puede verse en el Anexo.

Respecto a la consistencia interna del cuestionario, para esta investigación las puntuaciones totales obtenidas fueron altas, obteniendo un alfa de Cronbach de .916 ($\alpha = 0.916$), por lo que estos primeros resultados en relación a la escala Listado de Síntomas TTD darían un apoyo inicial a este instrumento como instrumento útil y válido para explorar sintomatología postraumática compleja en menores.

5.5 ANÁLISIS DE DATOS (TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS)

Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS para Windows, versión 25.0. Con este software se llevaron a cabo principalmente los análisis que se detallan a continuación:



- Para hallar la prevalencia de las alteraciones psicopatológicas estudiadas (síntomatología/diagnóstico TEPT y TEPT Complejo o TTD) y otras variables de interés para este estudio (historia de traumas, etc.) se realizaron análisis descriptivos. Se utilizaron frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y medidas de tendencia central (máximo, mínimo, media) y dispersión (desviación típica) para las variables cuantitativas.
- Por otra parte, la comparación entre grupos de estudio en las variables descritas se realizó mediante la prueba Chi-cuadrado (variables cualitativas) y con la prueba t-Sudent (variables cuantitativas), una vez comprobados los supuestos de normalidad (test de Shapiro-Wilk) y homogeneidad de varianzas (test de Levene). Para las comparaciones post-hoc o comparaciones dos a dos se utilizó el valor del estadístico Dunn-Bonferroni. El tamaño del efecto se midió mediante la V de Cramer o d de Cohen, en función de la prueba estadística realizada.
- Se ejecutaron también análisis de frecuencias y tablas de contingencia, mediante la prueba Chi-Cuadrado, para analizar la correlación de la variable sexo con las diferentes variables psicopatológicas estudiadas.
- Para estudiar la correlación entre variable edad y diagnóstico positivo de TEPT y TEPT complejo se ejecutaron análisis de diferencia de medias utilizando la prueba t-Student.
- Por último, para estudiar la relación entre el tipo de trauma experimentado y el diagnóstico de TEPT complejo o sintomatología TTD se llevaron a cabo modelos de regresión logística multivariante. También se ejecutaron análisis de regresión para analizar el efecto de las variables sociodemográficas (sexo y edad) en el diagnóstico de TEPTC o TTD.



Capítulo 6. RESULTADOS



6.1 ANÁLISIS DE LOS TRAUMAS EXPERIMENTADOS

6.1.1. Número de eventos traumáticos

Se consideró relevante analizar las diferentes características asociadas a los traumas experimentados por los menores que compusieron nuestra muestra. En este sentido, la cantidad o número de sucesos traumáticos sufridos es una variable de especial interés para nuestro estudio, debido a que en la literatura encontramos evidencia en relación al mayor impacto que el trauma acumulado tiene en el desarrollo de síntomas postraumáticos severos (Brière et al., 2008; Hodges et al., 2013).

Como ya comentamos en el apartado de metodología, para nuestro estudio utilizamos como principal instrumento de evaluación el Listado de Síntomas del Trastorno Traumático del Desarrollo (GUIIA-PC, 2014). La primera parte de esta escala consta de un listado de posibles eventos traumáticos que ha podido experimentar o presenciar un/a menor. Éstos son los siguientes: negligencia, abuso/maltrato físico, abuso sexual, abuso/maltrato emocional, violencia doméstica, enfermedad mental del cuidador, muerte del cuidador, violencia escolar, violencia en la comunidad, enfermedad grave del menor, accidente grave del menor, desastre natural, guerra/terrorismo y otros. Además, se recopila información del inicio y duración de estos sucesos. Hay que recordar que los cinco primeros eventos corresponden a diferentes tipos de maltrato que pueden ocurrir dentro de la familia.

En primer lugar, se exponen los resultados correspondientes a los análisis estadísticos realizados para estudiar el número o cantidad de traumas experimentados por los menores. En la Tabla 6.1 se muestran los datos resultantes de los análisis descriptivos realizados, así como las pruebas Chi-cuadrado efectuadas para comparar los resultados entre las tres submuestras. Los resultados evidenciaron, por un lado, que todos los/as menores del grupo Pedimet experimentaron al menos un suceso traumático del listado; un 87.7% de éstos/as sufrieron dos eventos traumáticos, un 75.4%, tres traumas, y más de la mitad de los niños/as del grupo de tutelados (52.3%) informaron haber padecido más de tres acontecimientos adversos a lo largo de su vida, bastantes de ellos de forma repetida. Por otro lado, en este grupo todos los niños y niñas fueron



separados de sus progenitores y pasaron a condiciones de vida y figuras de apego diferentes. En cuanto al grupo de Violencia de Género, también el total de menores experimentó al menos un trauma y un altísimo porcentaje de éstos documentaron dos hechos traumáticos (un 70.7%). Así mismo, más de un tercio de los niños/as expuestos a situaciones de violencia de género hacia sus madres (36.6%) experimentaron tres traumas del listado y un 17.1% (porcentaje para nada desdeñable) más de tres. Por último, los resultados referentes al grupo Clínico indican que un 70.3% de los niños y niñas notificaron un único evento de los recogidos en el listado administrado y pocos/as informaron haber experimentado dos o más experiencias desfavorables (un 14.9% dos, un 5.4% tres y un 2.7% más de tres). Los resultados evidenciaron diferencias significativas entre los grupos de estudio en la variable cantidad de traumas experimentados, que se asocia al concepto de trauma acumulado. Concretamente, las comparaciones por pares de grupos muestran que no se encuentran diferencias significativas entre el grupo Pedimet (tutelados) y el de Violencia de Género en la variable haber experimentado dos sucesos traumáticos, pero sí entre estos dos grupos y el grupo Clínico ($\chi^2 = 79.92, p < .001$). Por tanto, los resultados apoyan una mayor traumatización en los grupos de maltratados frente al grupo no maltratado. En cambio, cuando se evaluó la existencia de tres o más eventos traumáticos los resultados arrojan diferencias estadísticamente significativas entre todos los grupos de estudio, siendo el grupo Pedimet el que alcanzó un mayor porcentaje de menores que habían experimentado tres o más sucesos traumáticos (véase Tabla 6.1) frente a los otros dos grupos.

Según el sexo, como puede verse en la Figura 6.1, las niñas sufrieron mayor número de eventos traumáticos que los niños en todos los casos (uno, dos, tres o más de tres sucesos adversos), aunque los resultados evidenciaron que no existieron diferencias significativas entre niños y niñas en esta variable.



Figura 6.1.

Prevalencias por sexo en número de traumas experimentados

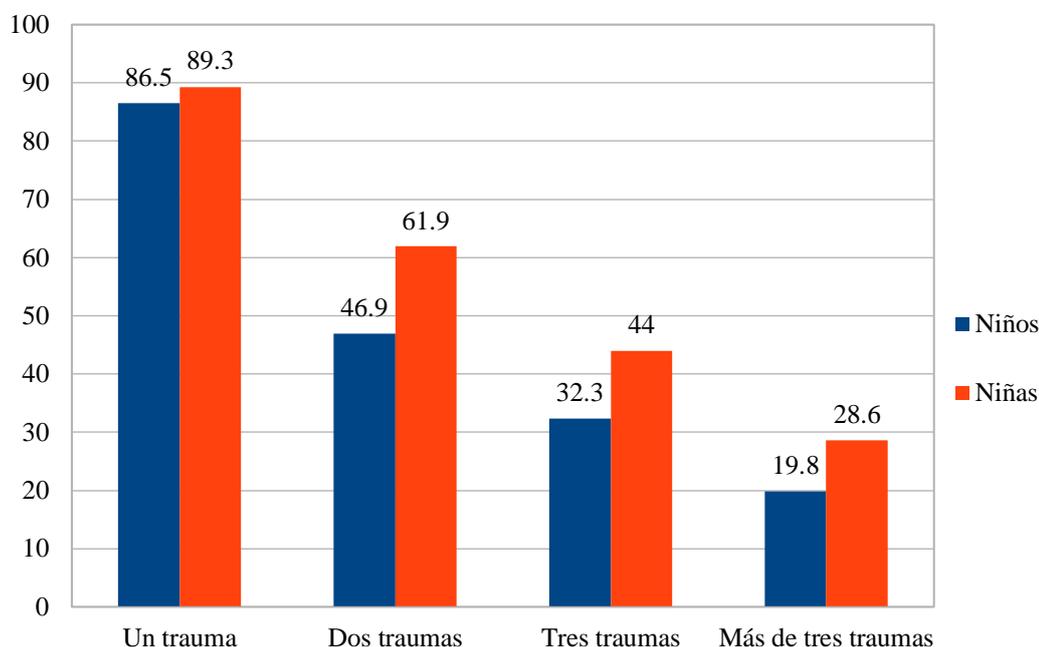


Tabla 6.1.

Número de traumas experimentados por grupo de estudio

	Grupo, % menores			χ^2 *
	Pedimet	Violencia Género	Clínico	
1 trauma	100%	100%	70.3%	35.90
2 traumas	87.7% ^a	70.7% ^a	14.9% ^b	79.92
3 traumas	75.4% ^a	36.6% ^b	5.4% ^c	72.12
Más de 3 traumas	52.3% ^a	17.1% ^b	2.7% ^c	48.19

Nota: * Todas las comparaciones resultaron estadísticamente significativas ($p < .001$).

Nota: a-b Comparaciones dos a dos. Entre dos columnas diferentes letras indican diferencias estadísticamente significativas (corrección de Bonferroni).

6.1.2. Tipología de traumas

Otra característica relacionada con el evento traumático, sobre la que hablaremos a continuación y que resulta clave para dar respuesta a las preguntas fundamentales planteadas en nuestra investigación, es la que hace referencia al tipo de trauma sufrido.



En este sentido, siguiendo de nuevo la clasificación de Allen et al. (2008) se pueden organizar los eventos traumáticos en tres grandes grupos en función de la naturaleza e implicación interpersonal del estresor: impersonales, interpersonales y traumas que aparecen en el contexto de las relaciones de apego con las principales figuras vinculares (attachment trauma). Sabemos que estos últimos hacen referencia a todas aquellas situaciones de violencia (por acción u omisión) a las que un/una menor se ve expuesto en el contexto de sus cuidados primarios, y que en nuestro instrumento de evaluación se corresponden a los cinco primeros traumas recogidos en el Listado de Síntomas del Trastorno Traumático del Desarrollo (GUIIA-PC, 2014): negligencia, abuso/maltrato físico, abuso sexual, abuso/maltrato emocional y violencia doméstica (véase Anexo 3).

Por grupos de estudios, en el grupo Pedimet el trauma sufrido más prevalente fue la negligencia (casi un 94% del total de la submuestra), seguido del maltrato emocional (un 66.7% de los menores Pedimet habían sido víctimas de este tipo de maltrato), la enfermedad mental del cuidador principal (en un 60.3% de los casos) y, en cuarto lugar se situó el maltrato físico (casi un 45% los menores que conformaron el grupo Pedimet había sufrido violencia física en el ámbito familiar). En la Tabla 6.2 se muestran los datos resultantes de los análisis descriptivos realizados, así como las pruebas Chi-cuadrado efectuadas para comparar los resultados entre las tres submuestras en cuanto a la tipología de traumas experimentados por los menores. En cuanto al grupo Violencia de Género, el evento traumático más frecuente fue la violencia doméstica, se refiere a la exposición de los menores a la violencia ejercida por parte del padre hacia la madre, de la que habían sido víctimas el total de niños/as de este subgrupo. Otros traumas experimentados por gran parte de los menores del grupo Violencia de Género fueron en el siguiente orden: el abuso/maltrato emocional (más de la mitad de los menores: 61%), la negligencia (29.3%) y, en menor medida, la muerte del cuidador principal (un 17.1% de los menores). En el caso del tercer grupo de estudio (Grupo Clínico) el tipo de trauma experimentado con mayor frecuencia fue significativamente diferente al de los otros dos grupos. En este grupo la enfermedad grave fue la experiencia adversa más prevalente, habiéndola padecido casi el 19% de los menores de la submuestra. Respecto al resto de los traumas específicos recogidos en nuestro instrumento de evaluación, el porcentaje de menores que los experimentaron fue muy bajo (menos de un 10% de los niños) (véase Tabla 6.2). Por tanto, estos primeros



datos descritos son consistentes también con la existencia de diferencias significativas entre los grupos de estudio en la variable tipo de traumas experimentados, al igual que ocurría con la variable número de traumas, ya que en los grupos Pedimet y Violencia de Género los traumas más prevalentes fueron los referentes a experiencias de maltrato intrafamiliar o lo que hemos denominado attachment trauma. En cambio, en el caso del grupo Clínico los eventos traumáticos sufridos no estaban relacionados con situaciones de violencia interpersonal sino con traumas más de carácter impersonal, en los que no hay daño ocasionado por otras personas, como es sufrir una enfermedad.

Por otra parte, los resultados obtenidos tras la realización de las pruebas Chi-cuadrado efectuadas muestran diferencias entre grupos de estudio en los cinco tipos de maltrato intrafamiliar o traumas ocurridos en el seno de las relaciones de apego con cuidadores primarios, y también en relación a otros eventos traumáticos: padecer una enfermedad mental el cuidador principal, la muerte del cuidador principal, violencia en la comunidad o la existencia de una enfermedad médica grave en el/la menor (véase Tabla 6.2). Concretamente, los resultados de las comparaciones por pares de grupos revelan, por un lado, que en relación a los tipos de maltrato intrafamiliar no se encontraron diferencias significativas entre los grupos Pedimet y de Violencia de Género en abuso sexual y maltrato emocional pero sí entre estos dos grupos y el grupo Clínico (Tabla 6.2), habiendo sufrido más violencia sexual y emocional los niños/as de estos dos grupos frente a los del grupo Clínico. En cambio, se detectaron diferencias significativas entre los tres grupos de estudio en negligencia, siendo en este caso los menores del grupo de tutelados o Pedimet los más afectados por este tipo de maltrato; y en violencia doméstica, siendo el grupo Violencia de Género el que sufrió más este tipo de trauma. No obstante, al igual que en el caso del maltrato emocional y el abuso sexual, también en negligencia y violencia doméstica los porcentajes de menores afectados en el Grupo Clínico fueron significativamente inferiores, en comparación con los otros dos grupos. Respecto al maltrato físico, se encontraron diferencias entre el grupo Pedimet y el grupo de Violencia de Género y Clínico respectivamente, pero no se hallaron diferencias entre estos dos últimos grupos. En resumen, podemos decir que el grupo de tutelados fue el más afectado en todos los tipos de maltrato intrafamiliar, excepto en violencia doméstica que lo superó el grupo de Violencia de Género. En cuanto al resto de traumas, cabe destacar también que de nuevo se encontraron



diferencias significativas entre el grupo Pedimet y los otros dos grupos en los traumas referentes a enfermedad mental del cuidador y muerte del cuidador, siendo en estos dos casos también los/as niños/as tutelados los más perjudicados por estos eventos, que implican también ausencia del cuidador y, por tanto, interrupción en los vínculos de un apego seguro. Por último, se encontraron diferencias significativas entre el grupo Clínico y el grupo Pedimet, y entre el grupo Clínico y el grupo de Violencia de Género en el trauma enfermedad médica grave del menor, encontrándose un porcentaje significativamente mayor de menores afectados por una enfermedad en el grupo Clínico, frente a los otros dos grupos, y no encontrándose diferencias significativas a su vez entre el grupo Pedimet y el grupo Violencia Género en este tipo de trauma de carácter impersonal.

Tabla 6.2.

Tipos de traumas experimentados por grupo de estudio

	Grupo, % menores			χ^2
	Pedimet	Violencia Género	Clínico	
Negligencia	93.8% ^a	29.3% ^b	5.4% ^c	114.53**
Maltrato físico	44.4% ^a	14.6% ^b	4.1% ^b	34.94**
Abuso sexual	11.1% ^a	7.3% ^a	0%	8.21*
Maltrato emocional	66.7% ^a	61% ^a	5.4% ^b	63.14**
Violencia doméstica	34.9% ^a	100% ^b	1.4% ^c	111.54**
Enfermedad mental cuidador	60.3% ^a	17.1% ^b	5.4% ^b	54.35**
Muerte cuidador	12.7% ^a	0%	2.7% ^b	9.58*
Violencia escolar	9.5%	0%	9.5%	4.20
Violencia comunidad	9.5% ^a	0%	1.4% ^b	8.20*
Enfermedad grave menor	4.8% ^a	2.4% ^a	18.9% ^b	10.95*
Accidente grave menor	1.6%	0%	0%	1.84
Desastre natural	0%	0%	1,4%	1.41
Guerra/terrorismo	0%	0%	0%	
Otros	14.3% ^a	2.4% ^a	41.9% ^b	27.37**

Nota: * $p < .01$; ** $p < .001$.

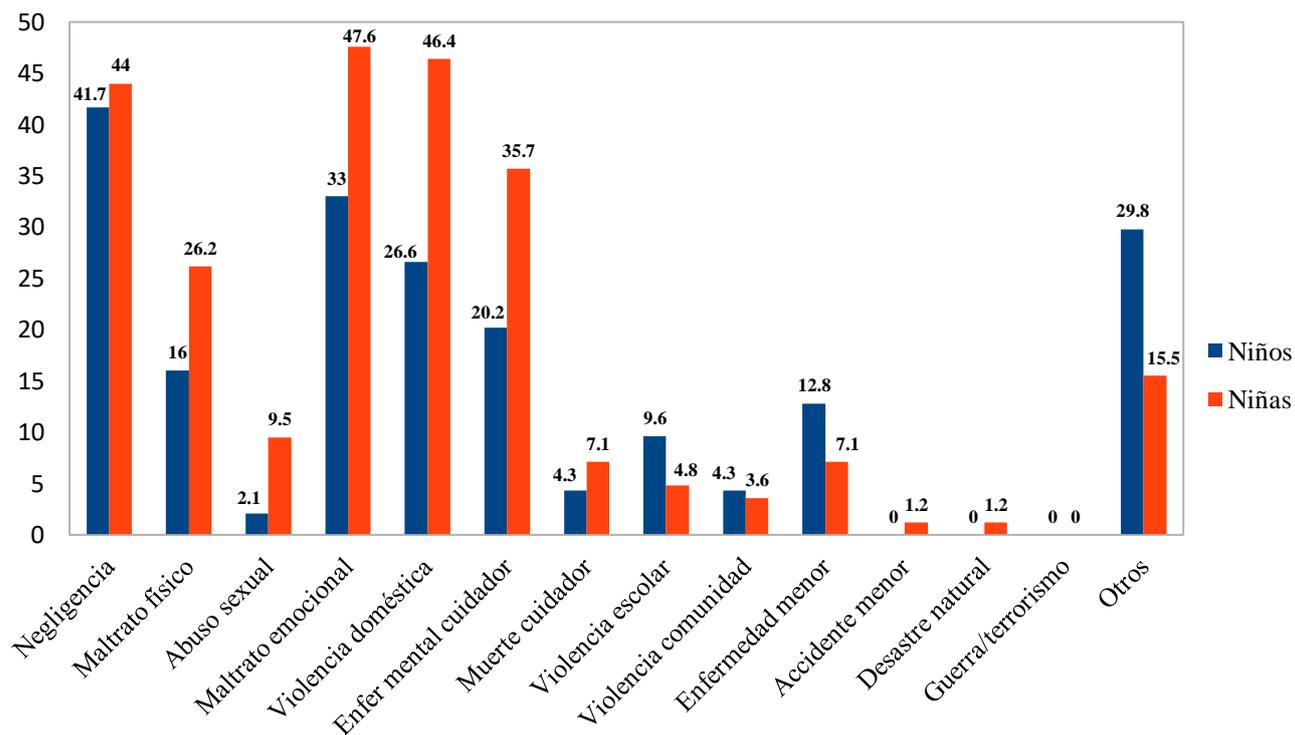
Nota: a-b-c Comparaciones dos a dos de columna (corrección de Bonferroni). Entre dos columnas diferentes letras indican diferencias estadísticamente significativas.



Según el sexo, las niñas, en comparación con los niños, sufrieron más abuso sexual, más maltrato emocional, más violencia doméstica y más enfermedad mental del cuidador principal, evidenciando los resultados diferencias significativas entre niños y niñas en estos cuatro tipos de traumas (véase Figura 6.2).

Figura 6.2.

Tasas de prevalencia por sexo en tipo de traumas experimentados



6.2. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

6.2.1. Tasas de prevalencia del TEPT en el CPSS, de carácter leve (criterios DSM-5) y moderado/grave, en la muestra total y en las submuestras

A continuación, se describen los criterios que se establecieron para determinar la gravedad de la sintomatología posttraumática experimentada por los menores (véase Tabla 6.3). En este sentido, para un diagnóstico de TEPT leve se consideraron los criterios diagnósticos mínimos exigidos por el manual DSM-5 (APA, 2013) para un



diagnóstico de TEPT, incrementándose el número de síntomas requeridos en algunos grupos sintomáticos (concretamente Evitación y Alteraciones del Humor y la Cognición), y también en cuanto al deterioro funcional, para considerar una severidad mayor del trastorno.

Por un lado, se estableció que los síntomas eran leves si se obtenía una puntuación igual o superior a 1 (lo que supone haber experimentado el síntoma en cuestión al menos una vez por semana) en al menos 1 ítem de la subescala Pensamientos Intrusivos (PI), 1 ítem de la subescala Evitación (EV), 2 ítems de la subescala Alteraciones del Humor y de la Cognición (AHC) y 2 ítems de la subescala Hiperarousal (HI). Además, el sujeto debía responder afirmativamente en al menos 1 de los 7 ítems correspondientes a deterioro funcional, que se integran en la segunda parte de la escala CPSS, lo que equivale a una afectación de la sintomatología TEPT en al menos un ámbito de la vida del menor. Como hemos comentado anteriormente, éstos son los criterios clínicos que propone el manual diagnóstico DSM-5 para considerar que un sujeto presenta un diagnóstico de TEPT.

Por otro lado, se consideró que un niño/a presentaba síntomas TEPT moderados o graves cuando obtenía de nuevo una puntuación igual o superior a 1, pero en al menos 1 ítem de la subescala Pensamientos Intrusivos (PI), los 2 ítems de la subescala Evitación (EV), 3 ítems de la subescala Alteraciones del Humor y de la Cognición (AHC) y 2 ítems de la subescala Hiperarousal (HI). Además, debía responder afirmativamente en al menos 2 ítems de deterioro funcional.

Tabla 6.3.

Criterios establecidos para diagnóstico de TEPT (leve y moderado/grave)

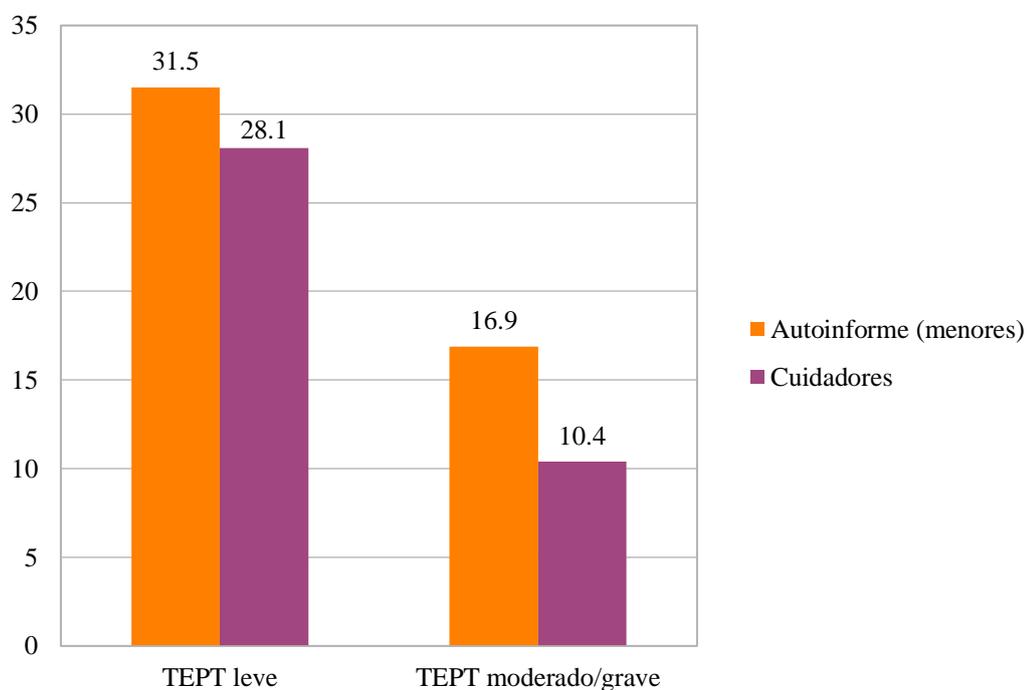
	TEPT leve	TEPT grave
Pensamientos intrusivos	1 síntoma	1 síntoma
Evitación	1 síntoma	2 síntomas
Alteraciones cognitivas/humor	2 síntomas	3 síntomas
Hiperarousal	2 síntomas	2 síntomas
Deterioro funcional	1 área	2 áreas



Según la información aportada por los educadores/cuidadores, un 28.1% de los menores de la muestra total presentó sintomatología TEPT leve y un 10.4% moderada/grave (véase Figura 6.3). Se aprecia que las tasas de prevalencias son superiores cuando son los propios menores los que informan sobre su sintomatología: un 31.5% de todos los sujetos que conformaron la muestra cumplieron criterios para TEPT leve y un 16.9% para TEPT moderado/grave, según los criterios propuestos.

Figura 6.3.

Porcentajes de TEPT (leve y moderado/grave) en la muestra total



A continuación, pasaremos a describir los resultados de TEPT obtenidos según el grupo de estudio. Se utilizó un diseño de tablas de contingencia, con tres niveles de grupo (Pedimet, Violencia de Género y Clínico) y dos niveles de diagnóstico (presencia o ausencia de diagnóstico TEPT), para realizar la comparación entre grupos de estudio y determinar si en los grupos de menores maltratados había mayor frecuencia de sujetos que sí cumplieron criterios diagnósticos de TEPT. Los datos obtenidos a partir de dichos análisis revelan, por un lado, la presencia de un diagnóstico TEPT en una proporción de



menores que fue variable en función del grupo al que pertenecían. En este sentido, el grupo que reunió mayor número de menores con sintomatología TEPT leve fue el Pedimet con un 45.5%, seguido del grupo Violencia de Género con un 36.8% y, por último, el grupo Clínico en el que se identificaron un 16.1% de menores afectados. Del mismo modo, si atendemos a la variable diagnóstico TEPT moderado/grave, el mayor porcentaje de menores con sintomatología postraumática severa se localiza de nuevo en el grupo Pedimet (29.1%), después el grupo Violencia de Género (21.1%), y en último lugar, el grupo Clínico en el que solo un 3.6% de los niños/as presentó criterios graves de TEPT. Los resultados descritos pueden verse en la Tabla 6.4 y Figura 6.4. Hay que aclarar que estos resultados se obtuvieron a partir de las medidas CPSS de autoinforme, ya que en el grupo Violencia de Género no pudieron recopilarse medidas CPSS de cuidadores/educadores para todos los casos. No obstante, si atendemos a los datos disponibles en relación a esta medida, procedentes de los otros dos grupos (Pedimet y Clínico), tal y como puede observarse en la Tabla 6.4, otra vez los menores del grupo Pedimet obtuvieron tasas de prevalencias significativamente más altas que el grupo Clínico, tanto de TEPT leve (49.2% vs 10.8%) como de moderado/grave (21.3% vs 1.4%).

Tabla 6.4.

Porcentaje de menores con diagnóstico TEPT (leve y moderado/grave) en los diferentes grupos

Nivel de gravedad	Tipo de medida	Pedimet	Violencia Género	Clínico
Leve (criterios DSM-5)	Autoinforme	45.5%	36.8%	16.1%
Moderado/grave	Autoinforme	29.1%	21.1%	3.6%
Leve (criterios DSM-5)	Cuidadores	49.2%	---	10.8%
Moderado/grave	Cuidadores	21.3%	---	1.4%

6.2.2. Diagnóstico TEPT parcial (criterios DSM-5 para niños/as de 6 años y menores)

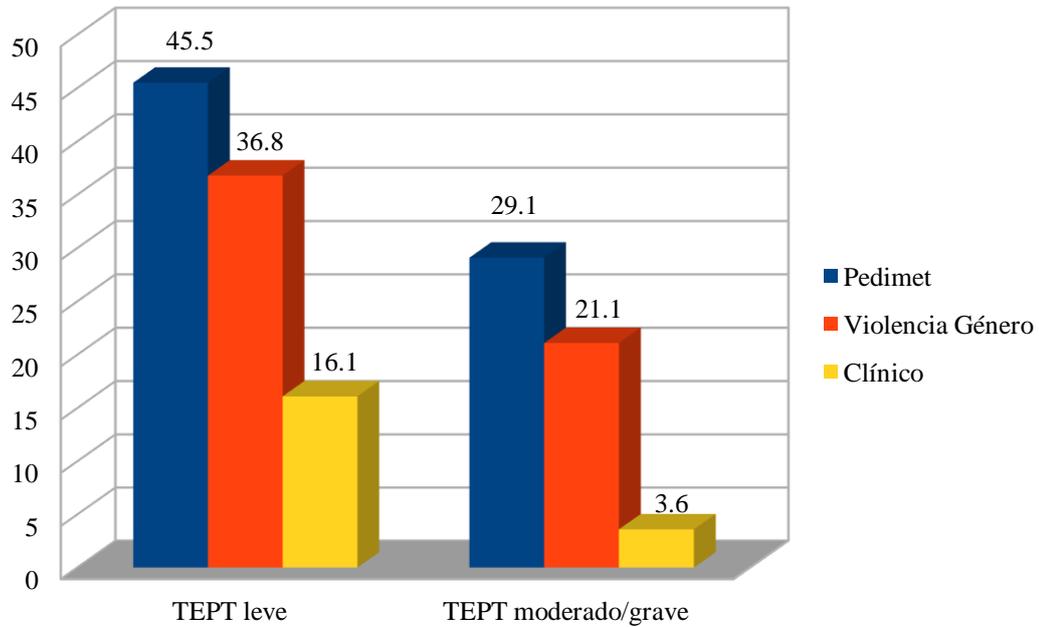
En este apartado se describen las tasas de prevalencias obtenidas en TEPT Parcial, según los criterios propuestos por el manual DSM-5 para niños y niñas con edad igual o inferior a 6 años. Estos criterios alternativos requieren cumplir 1 síntoma de Pensamientos Intrusivos, 1 síntoma de Evitación o Alteraciones Cognitivas y del Humor, 2 síntomas de Hiperarousal, además de 1 indicador de deterioro funcional



(véase Tabla 6.5). Se puede observar en la Figura 6.5 las diferencias con los criterios diagnósticos establecidos para los adultos.

Figura 6.4

Comparación del diagnóstico TEPT entre las submuestras



Las ediciones anteriores al DSM-5 (APA, 2013), se desarrollaron sin tener en cuenta criterios de TEPT específicos para la infancia y la adolescencia, tal y como algunos autores sugerían (p.ej., Scheeringa et al., 2001; Scheeringa et al., 2005; Scheeringa et al., 2012). La evidencia empírica tras años de trabajos acerca del TEPT parcial, culminó con la inclusión de un nuevo diagnóstico de TEPT para preescolares en el DSM-5, que proporciona criterios más apropiados para esta etapa de desarrollo. En este sentido, muchas investigaciones en las que se ha comparado el uso de estos criterios alternativos frente a criterios previos como los del manual DSM-IV, arrojan tasas de prevalencias más altas de TEPT en población infantil. (Fernández et al., 2020).

Para nuestro estudio, en el caso del TEPT parcial, de nuevo se diferenció entre sintomatología de carácter leve o moderada/grave. Se establecieron como criterios de sintomatología leve los descritos anteriormente y para TEPT parcial moderado/grave se



exigió 1 síntoma más de Evitación o Alteraciones cognitivas y del Humor y 2 áreas de deterioro funcional (véase Tabla 6.5).

Tabla 6.5.

Criterios alternativos TEPT parcial

	TEPT parcial leve	TEPT parcial grave
Pensamientos intrusivos	1 síntoma	1 síntoma
Evitación y Alteraciones cognitivas/humor	1 síntoma	2 síntomas
Hiperarousal	2 síntomas	2 síntomas
Deterioro funcional	1 área	2 áreas

Figura 6.5.

Criterios diagnósticos TEPT y alternativos TEPT parcial, de dos niveles de gravedad (leve y moderado/grave)

TEPT 1 Pensamiento Intrusivos 1 Evitación 2 Alteraciones cognitivas/humor 2 Hiperarousal 1 Área deterioro funcional	TEPT PARCIAL 1 Pensamiento Intrusivos 1 Evitación y Alteraciones cognitivas/humor 2 Hiperarousal 1 Área deterioro funcional
TEPT GRAVE 1 Pensamiento Intrusivos 2 Evitación 3 Alteraciones cognitivas/humor 2 Hiperarousal 2 Áreas deterioro funcional	TEPT PARCIAL GRAVE 1 Pensamiento Intrusivos 2 Evitación y Alteraciones cognitivas/humor 2 Hiperarousal 2 Áreas deterioro funcional

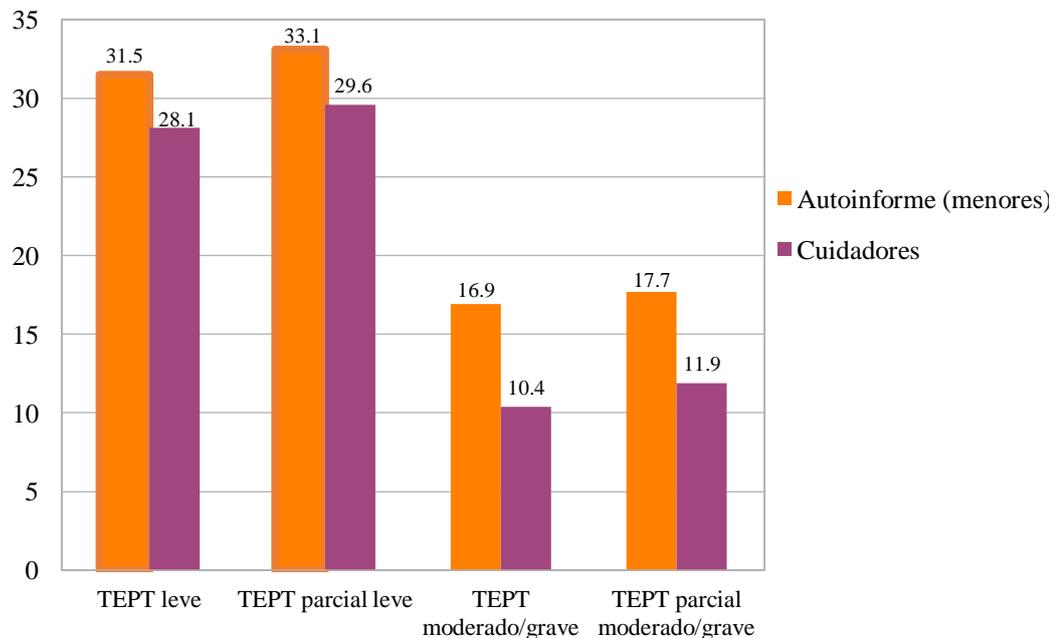
Los resultados mostraron que cuando se utilizaron los criterios alternativos de TEPT parcial, el porcentaje de menores con diagnóstico TEPT aumentó, aunque no de manera considerable, en la muestra total, tanto cuando los menores informaban los síntomas (un 33.1% cumplió criterios de TEPT parcial frente al 31.5% TEPT completo), como cuando la fuente de información eran los cuidadores/educadores (un 29.6% de



TEPT parcial frente al 28.1% de TEPT total). Como puede observarse en la Figura 6.6 los resultados descritos son referentes a sintomatología TEPT parcial de carácter leve. En el caso del TEPT parcial moderado/grave, los resultados son muy similares para la muestra completa (véase de nuevo Figura 6.6), ya que se observan ligeros incrementos, respecto a las medidas de TEPT total, en el número de menores diagnosticados (17.7% vs 16.9% en la medida CPSS menores y 11.9% vs 10.4% en el CPSS cumplimentado por cuidadores).

Figura 6.6.

Tasas de prevalencia de diagnóstico TEPT parcial frente a TEPT en la muestra total



Al igual que se hizo para la variable diagnóstico TEPT total o TEPT completo se ejecuta una nueva tabla de contingencia para la variable TEPT parcial, leve y moderado/grave, con el objetivo de examinar las diferencias entre las tres submuestras de nuestro estudio en las medidas de TEPT parcial. Los resultados constataron de nuevo, al igual que en el TEPT total, un mayor porcentaje de menores con diagnóstico positivo en el grupo Pedimet, tanto en las medidas de autoinforme (un 49.1% con criterios de gravedad leve y un 30.9% tomando criterios moderados/graves) como en el



CPSS de cuidadores (más de la mitad de los menores del grupo, un 52.5%, resultó positivo para TEPT parcial leve y un 23% para TEPT parcial moderado/grave). De nuevo, al igual que en los resultados encontrados referentes a TEPT total, cuando se usaron criterios diagnósticos alternativos de TEPT, el grupo de Violencia de Género es el que se situó en segundo lugar, tras el grupo Pedimet, en cuanto a número de menores con diagnóstico positivo de TEPT parcial (36.8% en medida CPSS menores gravedad leve y 21.1% en CPSS menores gravedad moderada/grave). Por último, en el grupo Clínico se hallaron los porcentajes menores de niños/as con síntomas y esto fue así para todas las medidas de TEPT parcial evaluadas (16.1% en CPSS menores gravedad leve, 10.8% en CPSS cuidadores gravedad leve, 3.6% en CPSS menores gravedad moderada/grave y 2.7% en CPSS cuidadores gravedad moderada/grave). Los resultados descritos pueden visualizarse en la Tabla 6.6 y la Figura 6.7.

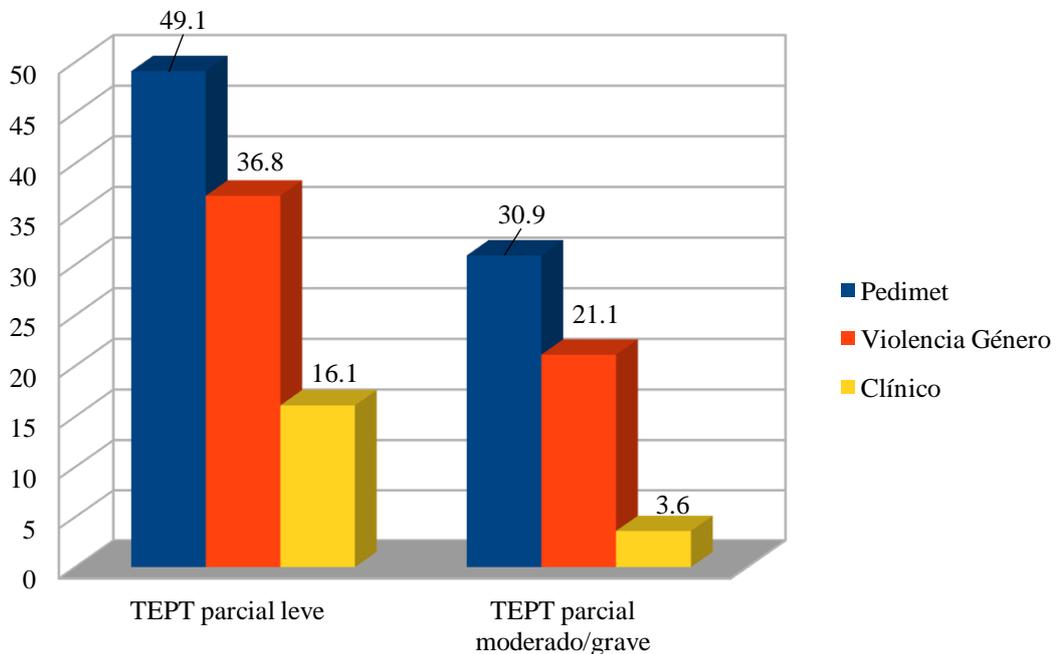
Tabla 6.6.

Porcentaje de menores con diagnóstico TEPT Parcial (leve y moderado/grave) en los diferentes grupos

Nivel de gravedad	Tipo de medida	Pedimet	Violencia Género	Clínico
Leve (criterios DSM5 ≤ 6 años)	Autoinforme	49.1%	36.8%	16.1%
Moderado/grave	Autoinforme	30.9%	21.1%	3.6%
Leve (criterios DSM5 ≤ 6 años)	Cuidadores	52.5%	---	10.8%
Moderado/grave	Cuidadores	23%	---	2.7%

Figura 6.7.

Comparación del diagnóstico TEPT parcial entre las submuestras

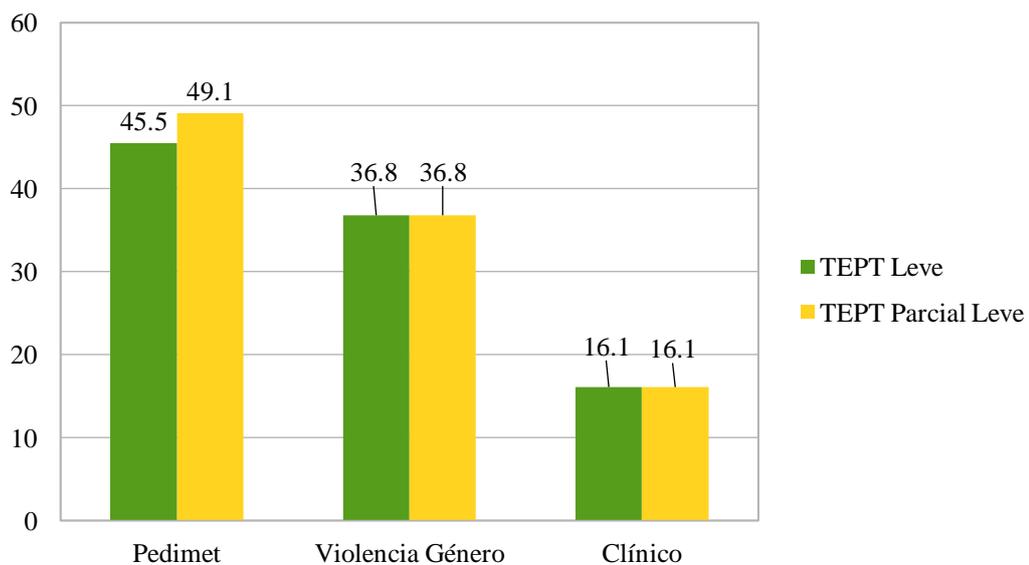




No obstante, un análisis más pormenorizado de los datos obtenidos, que compara los resultados de TEPT completo con los datos de TEPT parcial en cada una de las tres submuestras, indican que solo se constataron mayores porcentajes de TEPT, usando los criterios alternativos descritos y para todas las medidas propuestas de TEPT parcial, en el grupo Pedimet. En los otros dos grupos no se obtuvo un mayor porcentaje de menores diagnosticados usando los criterios alternativos, sino que se mantuvieron los mismos porcentajes (véanse Figuras 6.8 y 6.9).

Figura 6.8.

Diagnóstico TEPT frente a TEPT parcial, de carácter leve, en grupos de estudio



6.2.3. Diferencias entre grupos de estudio en diagnóstico TEPT (completo y parcial)

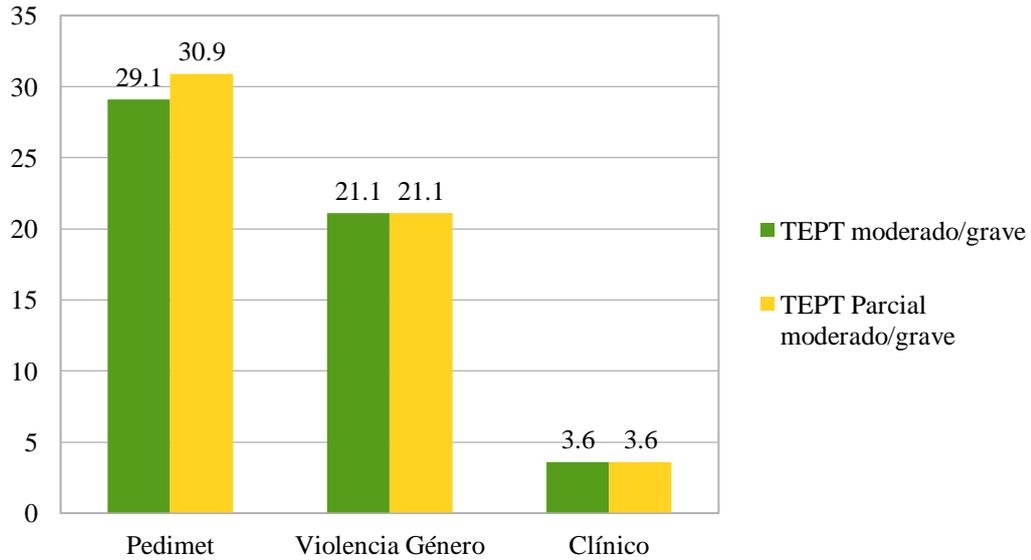
Aunque en el apartado anterior ya hemos comentado algunos resultados relativos a los análisis comparativos entre los grupos de estudio (tutelados, violencia de género y clínicos generales), a continuación vamos a pasar a describir otros datos resultantes de los análisis llevados a cabo a partir del diseño de tablas de contingencia, empleando la prueba Chi cuadrado (χ^2), para conocer si existieron diferencias significativas en



sintomatología TEPT, total y parcial, entre los grupos de estudio, y en caso afirmativo, entre qué grupos concretos se dieron dichas diferencias.

Figura 6.9.

Diagnóstico TEPT frente a TEPT parcial, de carácter moderado-grave, en grupos de estudio



Se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre las submuestras en todas las medidas TEPT o test diagnósticos utilizados: CPSS menores criterios TEPT total leve, CPSS menores criterios TEPT total moderado/grave, CPSS menores criterios TEPT parcial leve, CPSS menores criterios TEPT parcial moderado/grave, CPSS cuidadores criterios TEPT total leve, CPSS cuidadores criterios TEPT total moderado/grave, CPSS cuidadores criterios TEPT parcial leve y CPSS cuidadores criterios TEPT parcial moderado/grave. Por tanto, se confirmarían diferencias significativas inter-grupos en diagnóstico TEPT (véase Tabla 6.7).

Por otro lado, se llevaron a cabo pruebas post hoc Bonferroni (realiza la comparación por pares de grupos), que nos permitieron conocer entre qué grupos concretos de los tres estudiados se encontraron las diferencias significativas en los tests diagnósticos referidos con anterioridad. Así, si atendemos de nuevo a la Tabla 6.7, comprobamos que en TEPT leve las diferencias significativas se encontraron entre el



grupo Pedimet y el grupo Clínico. En cambio, las diferencias en tasas de prevalencias TEPT leve entre el grupo de Violencia de Género y los grupos Pedimet y Clínico no son significativas (hay que recordar que estos resultados son los procedentes de los CPSS cumplimentados por los menores, ya que no contamos con cuestionarios cumplimentados por cuidadores en el grupo de Violencia de Género). En el caso de las medidas o test diagnóstico para TEPT moderado/grave, encontramos resultados distintos. Observamos en la Tabla 6.7 que para todas las variables de TEPT estudiadas, cuando la severidad del diagnóstico es mayor, sí se hallan diferencias significativas entre los grupos de menores maltratados (Grupo Pedimet y de Violencia de Género) y el grupo no maltratado (Clínico), siendo las tasas de prevalencias significativamente superiores en los grupos de maltrato. En cambio, no existen diferencias importantes en sintomatología TEPT severa entre niños/as expuestos a violencia de género (grupo VG) y niños/as que han sufrido otros traumas severos en el contexto familiar (grupo Pedimet). No obstante, en el caso del diagnóstico de TEPT grave, de nuevo los resultados se obtienen a partir de los CPSS de autoinforme (menores), ya que no contamos con cuestionarios cumplimentados por cuidadores procedentes del grupo de VG.

Tabla 6.7.

Comparación entre grupos en diagnóstico TEPT con diferentes criterios diagnósticos

	Pedimet	Violencia Género	Clínico	χ^2
TEPT	45.5% ^a	36.8% ^{ab}	16.1% ^b	11.39*
TEPT grave	29.1% ^a	21.1% ^a	3.6% ^b	13.12**
TEPT parcial	49.1% ^a	36.8% ^{ab}	16.1% ^b	13.81**
TEPT parcial grave	30.9% ^a	21.1% ^a	3.6% ^b	14.41**

Nota: * $p < .01$; ** $p < .001$.

Nota: a-b Comparaciones dos a dos. Entre dos columnas diferentes letras indican diferencias estadísticamente significativas (corrección de Bonferroni).



6.2.4. Análisis de las diferencias en diagnóstico TEPT en función del sexo y la edad

Se ejecutaron también pruebas Chi cuadrado (χ^2) para comparar los porcentajes de menores con diagnóstico positivo TEPT (completo o parcial) en función del sexo. En la Tabla 6.8 se muestran los datos de medidas TEPT (autoinforme y cuidadores/educadores) por sexo y los resultados comparativos obtenidos evidenciándose que no existen diferencias significativas en ningún caso entre niños y niñas en sintomatología TEPT, ya sea leve, moderada o grave. Se obtuvieron tasas de prevalencias TEPT más altas en niños, excepto en TEPT (parcial y completo) de carácter leve que se obtuvo un mayor porcentaje de niñas afectadas, cuando las informantes eran las propias menores (véase las Figuras 6.10 y 6.11).

Tabla 6.8.

Comparativa de porcentajes de niños y niñas con diagnóstico TEPT (total y parcial) en la muestra total

Criterios diagnósticos	Medida	Niños	Niñas	χ^2
TEPT completo leve	Cuidadores	30.4	25	0.469
	Autoinforme	30.6	32.8	0.072
TEPT completo moderado/grave	Cuidadores	12.7	7.1	1.072
	Autoinforme	19.4	13.8	0.73
TEPT parcial leve	Cuidadores	32.9	25	0.984
	Autoinforme	31.9	34.5	0.093
TEPT parcial moderado/grave	Cuidadores	15.2	7.1	2.031
	Autoinforme	20.8	13.8	1.093

Nota: Ninguna de las comparaciones resultaron estadísticamente significativas ($p < .01$).

Por otra parte, para comparar la edad de los pacientes con diagnóstico positivo y negativo de TEPT (total o parcial y leve o moderado/grave) se realizaron análisis descriptivos (media y desviación típica) y pruebas t-Student. Los resultados muestran que en todas las medidas o test utilizados (TEPT total menores, TEPT parcial menores, TEPT total cuidadores y TEPT parcial cuidadores) la edad de los menores con diagnóstico positivo fue significativamente superior a la de los menores con diagnóstico negativo (véase Tabla 6.9 y Figura 6.12). Esto significa que se constató una relación positiva entre edad y diagnóstico positivo de TEPT.



Figura 6.10.

Tasas de prevalencia del diagnóstico TEPT total por sexo

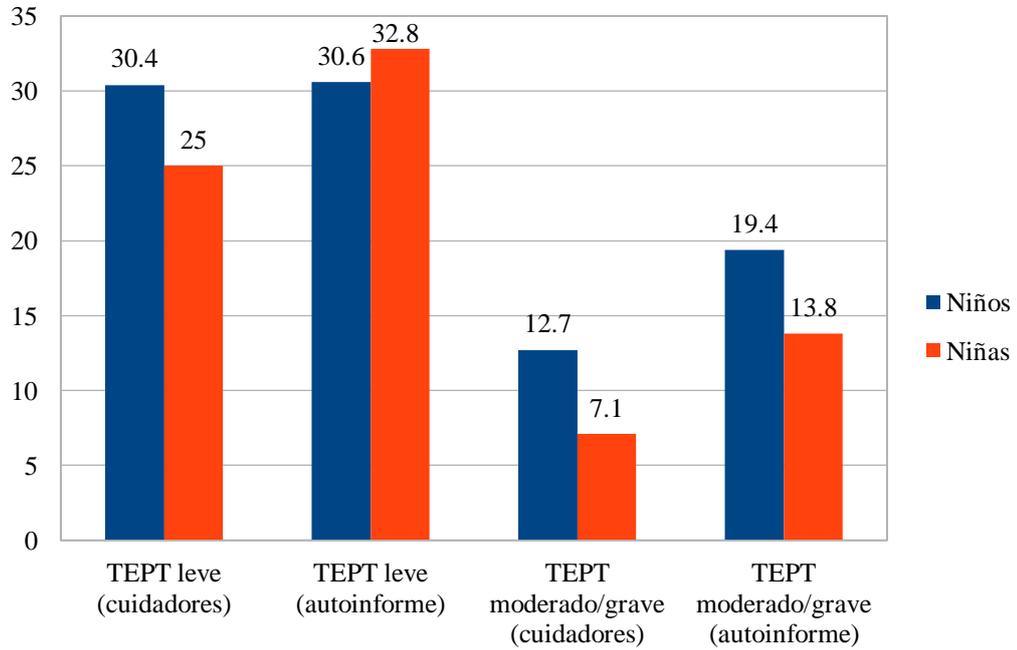


Figura 6.11.

Tasas de prevalencia del diagnóstico TEPT parcial por sexo

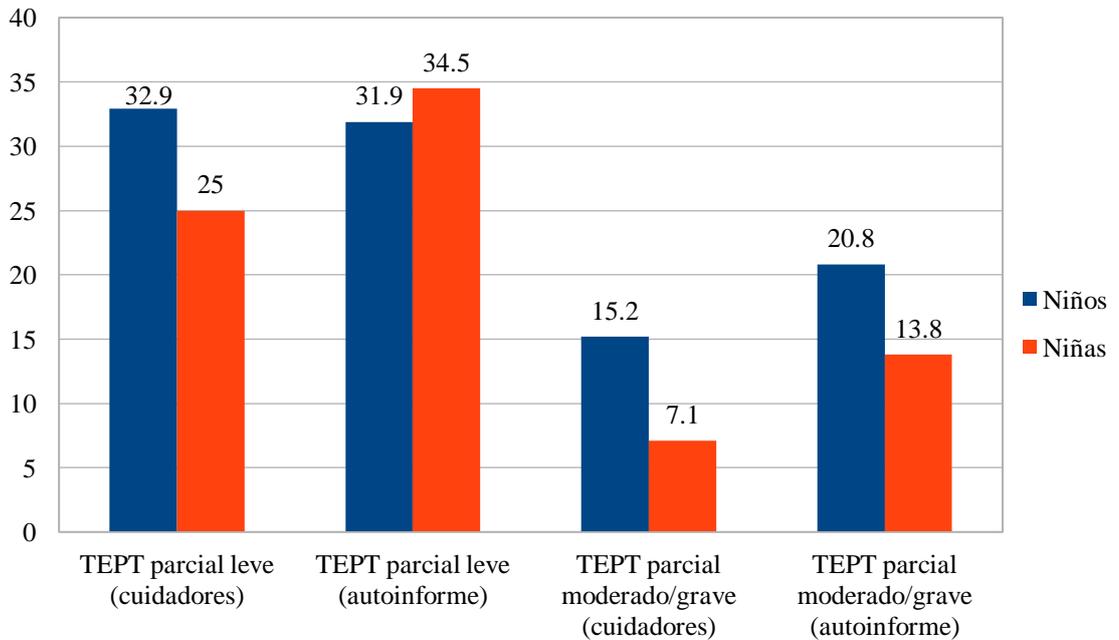




Tabla 6.9.

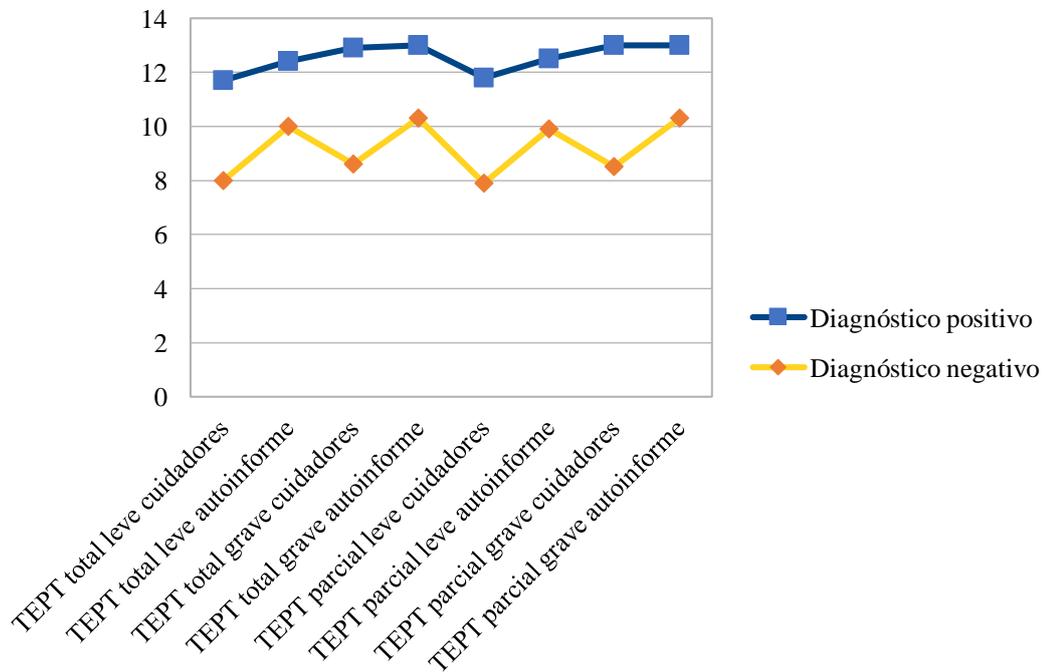
Descriptivos y comparativos de la edad según resultados de los tests diagnósticos TEPT

Criterios diagnósticos	Medida	Diagnóstico TEPT, media (DT)		Diferencia de medias	Prueba t-Student t
		Negativo	Positivo		
TEPT completo leve	Cuidadores	8 (4.2)	11.7 (3)	-3.7	-5.35**
	Autoinforme	10 (3.5)	12.4 (2.8)	-2.4	-3.71*
TEPT completo moderado/grave	Cuidadores	8.6 (4.1)	12.9 (2.7)	-4.3	-5.35**
	Autoinforme	10.3 (3.4)	13 (3)	-2.7	-3.71*
TEPT parcial leve	Cuidadores	7.9 (4.1)	11.8 (3)	-3.9	-5.86**
	Autoinforme	9.9 (3.4)	12.5 (2.9)	-2.6	-3.87**
TEPT parcial moderado/grave	Cuidadores	8.5 (4.1)	13 (2.7)	-4.5	-5.86**
	Autoinforme	10.3 (3.4)	13 (3)	-2.7	-3.87**

Nota: * $p < .01$; ** $p < .001$. En todos los casos las diferencias fueron estadísticamente significativas.

Figura 6.12.

Comparativa de la edad media de menores con diagnóstico positivo y negativo de TEPT





6.3 ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO O TRAUMA DEL DESARROLLO

6.3.1. Análisis de las puntuaciones obtenidas en los ítems del Listado de Síntomas del Trastorno Traumático del Desarrollo y comparación entre las submuestras

En cuanto a los datos referentes a la segunda parte del Listado de Síntomas TTD, en primer lugar, se realizaron análisis descriptivos. Los resultados indican que tanto en el grupo Pedimet como en el de Violencia de Género el valor 1 ocupó el punto medio del conjunto de datos en la práctica totalidad de ítems del Listado de Síntomas TTD, por lo que los menores maltratados habían experimentado los síntomas de estrés posttraumático complejo una frecuencia media de una vez por semana, excepto el ítem 1, correspondiente al síntoma Incapacidad para modular, tolerar o recuperarse de estados afectivos extremos, que en el caso de los sujetos pertenecientes al grupo Pedimet lo habían presentado con una frecuencia media mayor (de 2 a 4 veces por semana) (véase Tabla 6.9). Para el grupo Clínico los datos muestran que para todos los ítems la puntuación 0 es el valor medio del conjunto de datos. Respecto a las puntuaciones máximas y mínimas obtenidas, en el grupo Pedimet las puntuaciones se situaron en un rango de 0 a 2, excepto en los ítems 7 y 8 (correspondientes a los síntomas Intentos desajustados de auto-calma, por ejemplo, balanceos, masturbación compulsiva o consumo de sustancias, y Autolesiones habituales), que todos los sujetos puntuaron 0. Las puntuaciones alcanzadas por el grupo Violencia de Género oscilaron entre 0 y 3, alcanzándose las puntuaciones máximas (puntuación de 3 que corresponde a una frecuencia del síntoma de 5 o más veces por semana) en el ítem 10 del cuestionario, que hace referencia al síntoma Preocupación intensa por la seguridad del cuidador o de otros seres queridos significativos. Es precisamente este síntoma, junto con la Incapacidad para modular, tolerar o recuperarse de estados afectivos extremos (ítem 1), los que presentaron todos los sujetos de este grupo al menos 1 vez por semana (puntuación mínima alcanzada en los ítems 10 y 1 fue de 1). Respecto al grupo Clínico, el margen de puntuaciones fue de 0 a 1. Por tanto, algunos sujetos de este grupo presentaron algún síntoma TTD en una frecuencia baja, aunque, como puede verse en la Tabla 6.9, en la



mayoría de síntomas (9 de los 15 propuestos), ninguno de los menores integrantes de este grupo presentó alteración de TEPT complejo.

En segundo lugar, se llevó a cabo un análisis comparativo entre los grupos de estudio respecto a las puntuaciones obtenidas en los 15 ítems del Listado de Síntomas TTD, mediante la prueba de Kruskal Wallis, para conocer las diferencias intergrupo en síntomas de estrés postraumático complejo o sintomatología TTD. Los resultados evidenciaron que, en todos los ítems, excepto de nuevo en los ítems 7 y 8, los pacientes de los grupos Pedimet y Violencia de Género obtuvieron puntuaciones iguales o superiores a 1, frente a los del grupo Clínico, que puntuaron valores de 0. Esto significa que los menores maltratados presentaron la práctica totalidad de síntomas TTD estudiados al menos una vez por semana, frente a los no maltratados, que nunca (o casi nunca) había presentado esta grave sintomatología. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0.001$) entre los dos grupos de maltrato y el no maltratado en todos los ítems o síntomas TEPTC, excepto en los ítems 7 y 8 (véase Tabla 6.9). Y aunque pueden observarse algunas diferencias entre el grupo Pedimet y de VG, éstas no fueron significativas en síntomas TTD.

Tabla 6.9.

Puntuaciones medias obtenidas en Listado de Síntomas TTD y comparativo entre grupos de estudio

	Grupo, mediana (RI)			Prueba Kruskal Wallis H
	Pedimet	Violencia Género	Clínico	
1. Incapacidad modulación estados afectivos	2 (0-2)a	1 (1-2)a	0 (0-1)b	29.41**
2. Perturbación regulación funciones corporales	1 (0-2)a	1 (0-2)a	0 (0-0)b	42.831**
3. Conciencia disminuida/disociación	1 (0-2)a	0 (0-1)a	0 (0-0)b	36.511**
4. Dificultad descripción emociones/estados	1 (0-2)a	1 (0-1)a	0 (0-1)b	17.062**
5. Dificultades interpretación peligro/amenaza	1 (0-2)a	1 (0-2)a	0 (0-0)b	37.394**
6. Deterioro capacidad autoprotección	1 (0-2)a	0 (0-1)a	0 (0-0)b	40.67**
7. Intentos desajustados auto-calma	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	2.676
8. Autolesiones habituales	0 (0-0)a	0 (0-0)a	0 (0-0)b	13.558*



9. Dificultades planificación/abulia	1 (0-2)a	1 (0-1)a	0 (0-1)b	24.865**
10. Preocupación intensa seguridad cuidador	1 (0-2)a	1 (1-3)a	0 (0-1)b	28.597**
11. Autoconcepto negativo persistente	1 (0-2)a	1 (0-2)a	0 (0-1)b	29.86**
12. Desconfianza extrema/conducta desafiante	1 (0-2)a	1 (0-2)a	0 (0-0)b	30.26**
13. Reactividad física/agresión verbal	1 (0-2)a	1 (0-2)a	0 (0-1)b	21.522**
14. Contacto íntimo promiscuo/dependencia excesiva	0 (0-2)a	0 (0-0)a	0 (0-0)b	31.884**
15. Deterioro regulación empatía	1 (0-2)a	0 (0-1)a	0 (0-0)b	25.56**

Nota. (0) Nada; (1) 1 vez/semana; (2) 2-4 veces/semana; (3) 5 o más veces/semana.

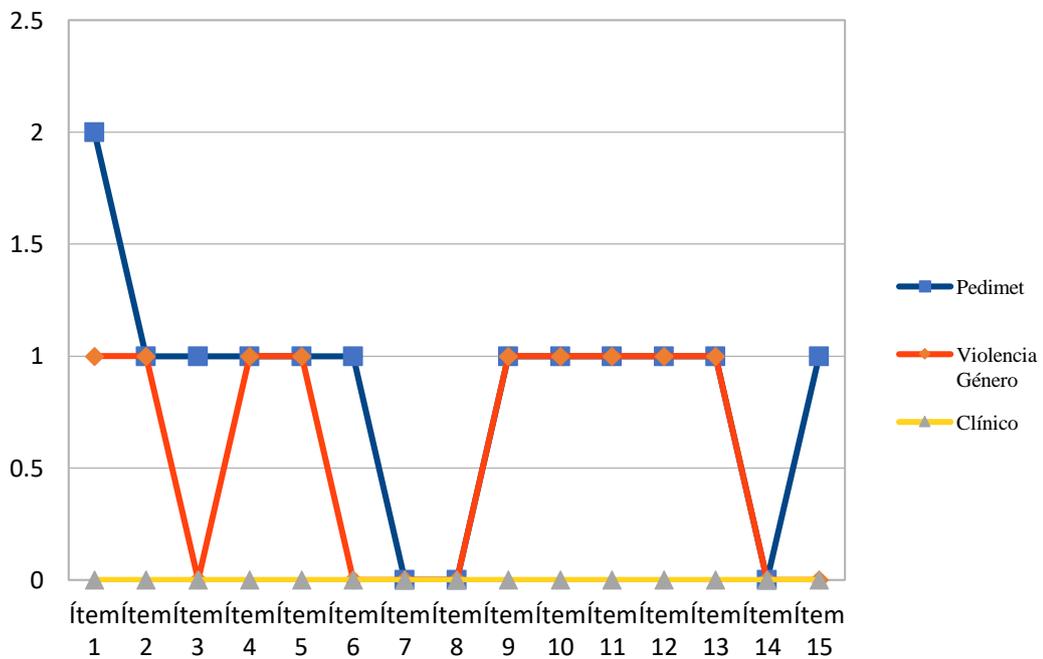
Nota: * $p < .01$; ** $p < .001$.

Nota: a-b Comparaciones dos a dos. Entre dos columnas diferentes letras indican diferencias estadísticamente significativas (corrección de Bonferroni).

Figura 6.12.

Diferencias entre grupos de estudio en sintomatología de Trastorno Traumático del Desarrollo (Listado

Síntomas TTD)





6.3.2. Tasas de prevalencia de síntomas de desregulación y análisis de diferencias por sexo

El TEPT complejo incluye graves perturbaciones en la autorregulación viéndose afectadas múltiples áreas: regulación de los afectos e impulsos, atención/consciencia, autoconcepto, relación con los otros, somatizaciones, sistema de significados, etc.

En la propuesta diagnóstica de Trastorno Traumático del Desarrollo o TEPT complejo infantil, Van der Kolk y colaboradores (2009) plantearon déficits en la autorregulación que afectaban principalmente a tres áreas: en primer lugar, el niño/a muestra incapacidad para adquirir competencias de regulación de la activación o arousal (desregulación afectiva y fisiológica); en segundo lugar, no muestra competencias evolutivas normales para el mantenimiento de la atención, el aprendizaje o el afrontamiento del estrés (desregulación atencional y conductual); y por último, el niño/a exhibe un deterioro en competencias relacionadas con la identidad personal y para el desarrollo de relaciones (desregulación del yo y las relaciones). Cada una de las áreas constituye un grupo sintomático o clúster de síntomas del TTD.

En la escala los ítems se agrupan en tres subescalas (coincidentes con las tres áreas de desregulación descritas), de la siguiente forma: ítems del 1 al 4 evalúan Desregulación Afectiva/Fisiológica, ítems del 5 al 9 son de Desregulación Atencional y del Comportamiento, e ítems del 10 al 15 corresponden al área de Desregulación del Yo y en las Relaciones.

Al igual que para el TEPT, para calcular las tasas de prevalencias de síntomas TTD significativos, en las tres áreas de desregulación descritas, se realizaron nuevos análisis descriptivos (frecuencias absolutas y porcentajes) de los tests de desregulación por grupos, así como pruebas para comparar los resultados entre las tres submuestras del estudio (tablas de contingencia y Chi cuadrado). Los criterios establecidos para considerar que un/a menor presentaba síntomas de desregulación significativos fueron los siguientes: registrar una puntuación de al menos 1 en al menos 1 ítem de desregulación afectiva, 1 ítem de desregulación atencional/conductual y 1 ítem de desregulación del yo/relacional. Es decir, el/la menor debía haber manifestado al menos



una vez por semana al menos un síntoma de cada una de las áreas de desregulación para considerar que presentaba perturbaciones significativas en la autorregulación.

Los resultados revelaron que los menores pertenecientes a los grupos de maltrato (Pedimet y VG) mostraron tasas de prevalencia más altas que el grupo Clínico en las tres áreas de desregulación estudiadas (véase Tabla 6.10 y Figura 6.13). El área que reunió mayor número de sujetos con síntomas significativos fue la del yo y las relaciones (más de un 80% en los grupos de maltrato frente a un 31.1% del grupo clínico); tras ésta, los síntomas de desregulación afectiva/fisiológica fueron los más prevalentes (más de un 70% de los menores del grupo Pedimet y VG versus un 28.4% del Clínico). Por último, en el área de desregulación atencional/conductual, un alto porcentaje de menores tutelados presentaron alteraciones importantes (71.4%), también más de la mitad de los del grupo de Violencia de Género (58.5%) y solo un 25.7% del grupo Clínico, que de nuevo fue el grupo menos afectado presentando porcentajes muy dispares a los encontrados en los grupos de menores maltratados. El resto de los datos resultantes de los análisis comparativos entre grupos en síntomas de desregulación se explicarán en el apartado de Diferencias entre grupos en diagnóstico TEPTC/TTD.

Tabla 6.10.

Porcentajes de menores con síntomas de desregulación por grupos

ÁREAS DESREGULACIÓN	Pedimet	Violencia Género	Clínico
Afectiva/fisiológica	74.6%	70.7%	28.4%
Atencional/conductual	71.4%	58.5%	25.7%
Self y relacional	88.9%	80.5%	31.1%

Por otra parte, se estudiaron las tasas de prevalencias de síntomas de desregulación significativos según el sexo. En la Tabla 6.11 se muestran los resultados obtenidos en las pruebas realizadas y éstos revelan que no existen diferencias entre niños y niñas en ninguno de los tres grupos de desregulación.



Figura 6.13.

Comparativa entre grupos de estudio en síntomas de desregulación

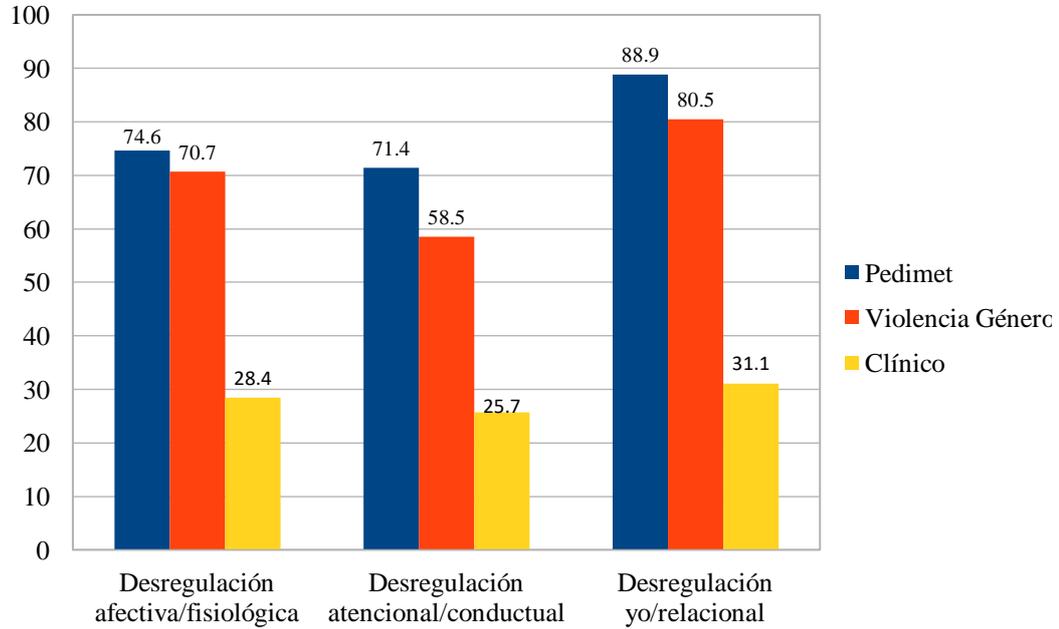


Tabla 6.11.

Tasas de prevalencias de síntomas de desregulación por sexo en la muestra total

ÁREAS DESREGULACIÓN	Niños	Niñas	χ^2
Afectiva/fisiológica	45.7	45.2	0.01
Atencional/conductual	51.1	50	0.02
Yo y las relaciones	35.1	39.3	0.33

Nota: Ninguna de las comparaciones resultaron estadísticamente significativas ($p < .01$).

6.3.3 Tasas de prevalencia del deterioro psicosocial en la muestra total y las submuestras

En este apartado se describen los resultados encontrados en relación a la tercera parte del Listado de Síntomas TTD, que evalúa la afectación que el estrés posttraumático complejo provoca en la vida de los menores. Se llevaron a cabo análisis de prevalencias y se ejecutaron de nuevo pruebas Chi-cuadrado para comparar los resultados entre



grupos en deterioro funcional. En cuanto a la interferencia que provoca la sintomatología TEPTC en la vida de estos menores, se tomó como criterio contestar de manera afirmativa a los ítems de la tercera parte de la escala. Se evalúa el deterioro en 5 áreas de funcionamiento: escolar, familiar, grupo de pares o social, legal y salud.

En primer lugar, del total de la muestra, 91 menores (un 51.1%) presentaron deterioro funcional en al menos un área de su vida cotidiana. Se estableció el criterio de afectación en al menos 1 ámbito de los 5 propuestos para considerar, junto a los síntomas de desregulación descritos anteriormente, que un menor cumplía criterios suficientes para realizar un diagnóstico de TEPT complejo. En este sentido, el 69.8% de los menores del grupo Pedimet, el 65.9% del grupo Violencia de Género y el 27% del grupo Clínico mostró afectación en al menos un área de funcionamiento. De nuevo, los resultados comparativos inter-grupo mostraron diferencias estadísticamente significativas en deterioro funcional entre los dos grupos de maltrato y el grupo no maltratado (véase Figura 6.14).

Los análisis realizados para estudiar el impacto de la sintomatología TEPTC en las diferentes áreas vitales de los menores muestran que, en la muestra total, un 53.7% de los niños y niñas exhibió problemas a nivel familiar, el 45.8% presentó complicaciones en el ámbito escolar y un 40.7% vio afectado significativamente su funcionamiento social, como consecuencia de las alteraciones TTD. En cuanto a las dos áreas restantes, se identificó un menor porcentaje de sujetos de la muestra total que hubieran presentado una afectación significativa de los síntomas TEPTC en el ámbito de su salud (21.5%), y tan solo 4 sujetos de la muestra completa (2.3%) desarrollaron problemas a nivel legal o judicial como consecuencia de la sintomatología TTD (véase Tabla 6.12 y Figura 6.15).

Los resultados de las pruebas Chi-cuadrado realizadas para comparar los resultados entre los grupos de estudio en deterioro funcional evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos a nivel de afectación funcional en 3 áreas de las 5 estudiadas: escolar, familiar y social. No se encontraron diferencias significativas inter-grupo en cuanto a deterioro de la salud y problemas legales (véase Tabla 6.12).



Figura 6.14.

Porcentaje de menores con deterioro funcional en 1 área

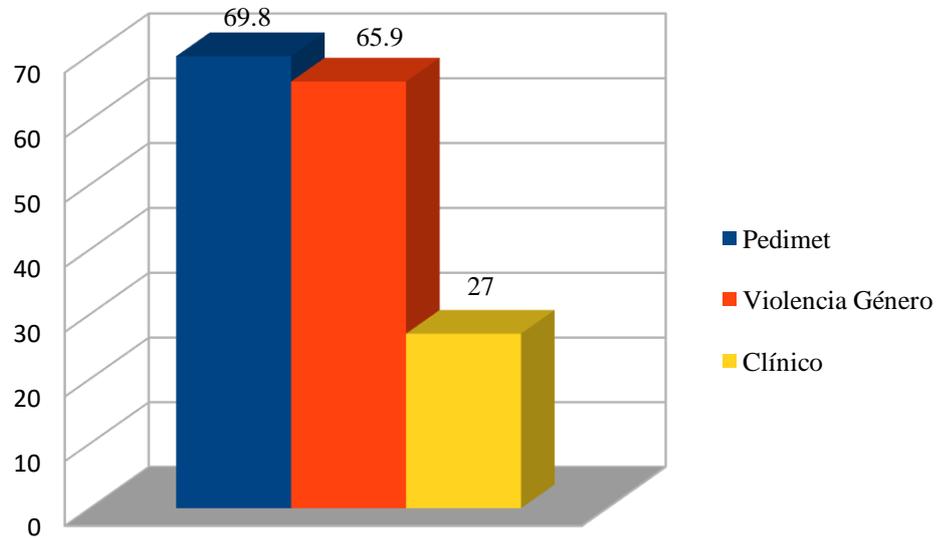
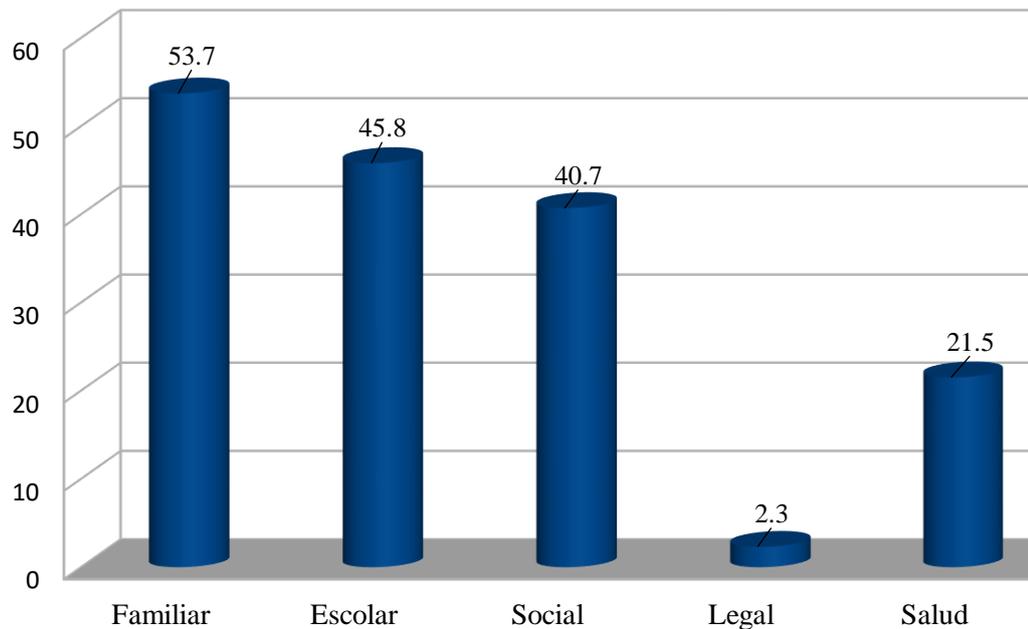


Figura 6.15.

Tasas de prevalencia de deterioro funcional por áreas en la muestra total





Cuando se realizó la comparación por pares de grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de tutelados (Pedimet) y el de Violencia de Género en deterioro funcional en el área escolar pero sí entre estos dos grupos y el grupo Clínico (véase Tabla 6.12), siendo el porcentaje de menores maltratados que presentaron afectación en este área muy similar (62.9 % Pedimet y 58.5% VG), frente al porcentaje significativamente inferior del grupo Clínico (24.3%). En cuanto al deterioro en el ámbito familiar, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los 3 grupos de estudio, también entre el grupo Pedimet y el de Violencia de Género ($\chi^2(2) = 59,53, p < .001$) (véase Tabla 6.12), encontrándose el porcentaje más alto de menores afectados en el grupo de Violencia de Género (92.7%), seguido del grupo Pedimet (66.1%) y, por último, el grupo clínico (21.6%). Respecto al área de grupo de iguales o relaciones sociales, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en deterioro funcional entre los grupos Pedimet y Clínico, sin embargo, no entre estos dos grupos y el de Violencia de Género (véase Tabla 6.12).

Tabla 6.12.

Porcentajes de menores con deterioro funcional en las diferentes áreas en la muestra total y por grupos

ÁREA DETERIORO FUNCIONAL	Muestra total	Grupo, %			χ^2	V de Cramer
		Pedimet	Violencia Género	Clínico		
Escolar	45.8%	62.9% ^a	58.5% ^a	24.3% ^b	23.74*	.366
Familiar	53.7%	66.1% ^a	92.7% ^b	21.6% ^c	59.53*	.58
Social	40.7%	61.3% ^a	39% ^{a,b}	24.3% ^b	19.16*	.329
Legal	2.3%	4.8% ^a	2.4% ^a	0%	3.58	.142
Salud	21.5%	27.4% ^a	24.4% ^a	14.9% ^a	3.42	.139

Nota: * Comparaciones estadísticamente significativas ($p < .001$).

Nota: a-b Comparaciones dos a dos. Entre dos columnas diferentes letras indican diferencias estadísticamente significativas (corrección de Bonferroni).



6.3.4 Tasas de prevalencia de diagnóstico TEPTC (leve y moderado/grave)

En primer lugar, tal y como se ha hecho también para el TEPT, se describen los criterios establecidos para considerar un diagnóstico positivo de TEPT complejo. Se propusieron de nuevo dos niveles de gravedad (leve y moderado/grave), asumiendo a priori que toda sintomatología postraumática compleja ya implica un cuadro clínico profuso y complicado.

Para un diagnóstico de TEPT complejo leve (en algunos casos también nos referiremos a éste de forma abreviada como TEPT complejo) el sujeto debía presentar con una frecuencia de al menos 1 vez por semana 1 síntoma de desregulación afectiva/fisiológica, 1 síntoma de desregulación atencional/conductual y 1 síntoma de desregulación del yo y en las relaciones (véase Tabla 6.13). Éstos son los mismos criterios comentados en el apartado previo de análisis de síntomas de desregulación, pero, además, el sujeto debía cumplir al menos un indicador de deterioro funcional (evaluado en la tercera parte del Listado de Síntomas TTD).

Por otro lado, se consideró que un/a niño/a presentaba síntomas TEPTC moderados o graves cuando obtenía de nuevo una puntuación igual o superior a 1, esto es frecuencia de al menos una vez por semana, pero en este caso tenía que manifestar más de 1 síntoma en cada una de las áreas de desregulación descritas. Además, los síntomas debían afectar significativamente a su funcionamiento en al menos dos ámbitos, esto es, debía responder afirmativamente en al menos 2 ítems de deterioro funcional (véase Tabla 6.13).

Tabla 6.13.

Criterios diagnósticos para un diagnóstico de TEPT complejo o TTD, leve y grave

	TEPT Complejo	TEPT Complejo grave
Desregulación afectiva/fisiológica	1 síntoma	2 síntomas
Desregulación atencional/conductual	1 síntoma	2 síntomas
Desregulación yo y relaciones	1 síntoma	2 síntomas
Deterioro funcional	1 área	2 áreas



En primer lugar, se hallaron las tasas de prevalencia para determinar cuántos menores del estudio presentaban diagnóstico de TEPT complejo en la muestra total, en función de los criterios diagnósticos descritos. Como puede verse en la Figuras 6.16 y 6.17, un 57.6% del total de menores cumplió criterios para un diagnóstico de TEPT complejo leve y un 38.4% para un diagnóstico de TEPT complejo moderado/grave.

Figura 6.16.

Porcentaje de menores con diagnóstico positivo y negativo de TEPT complejo leve en la muestra total

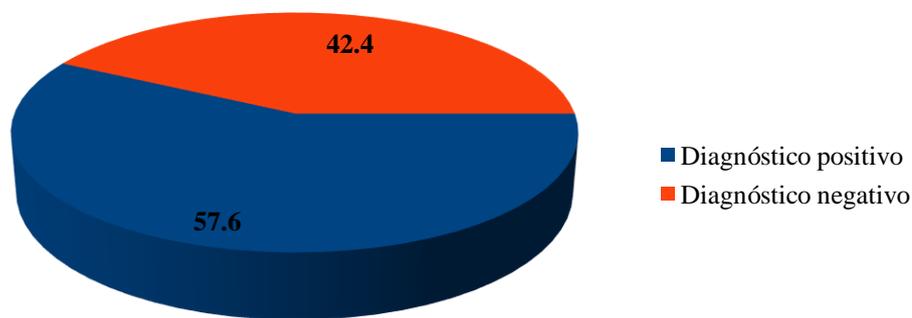
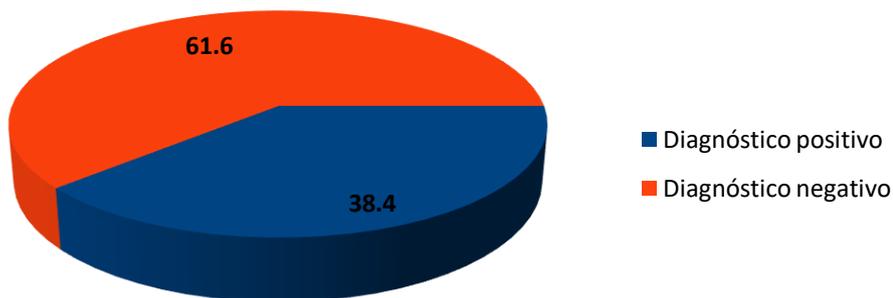


Figura 6.17.

Porcentaje de menores con diagnóstico positivo y negativo de TEPT complejo grave en la muestra total



Posteriormente se realizaron tablas de contingencia para hallar el porcentaje de sujetos con diagnóstico de TEPT complejo en cada uno de los grupos estudiados (muestra clínica general, Violencia de Género y tutelados -grupo Pedimet-). Se observa

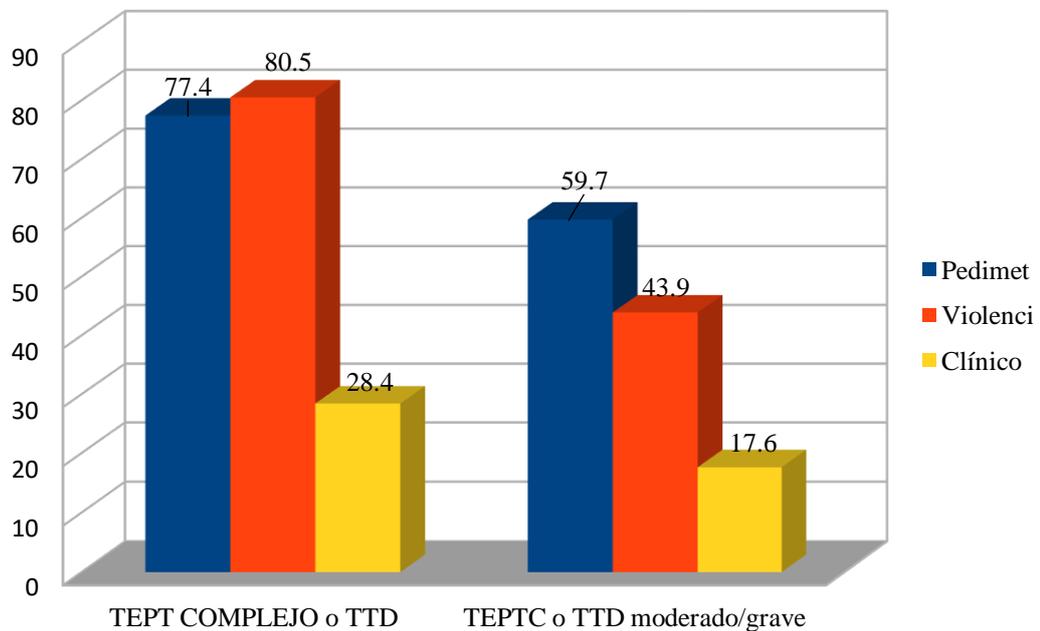


en la Figura 6.18, que un 80.5% de los menores del grupo Violencia de Género y un 77.4% de los del grupo Pedimet (tutelados) presentó sintomatología TTD significativa más deterioro funcional, cumpliendo los criterios requeridos establecidos en este estudio para un diagnóstico de TEPT complejo. Sin embargo, un 28.4% de los sujetos del grupo Clínico presentaron estos indicadores.

Los análisis referentes a TEPT complejo moderado/grave reflejan un menor número de menores afectados en los tres grupos estudiados, cuando se utilizan criterios de mayor gravedad, aunque de nuevo los porcentajes son significativamente mayores en el grupo Pedimet (59.7%) y en el de Violencia de Género (43.9%), frente al grupo Clínico (17.6%).

Figura 6.18.

Prevalencias de menores con diagnóstico de TEPT complejo o TTD (leve y grave) por grupos de estudio





6.3.5. Relación entre sexo/edad y diagnóstico de TEPT complejo o Trastorno Traumático del Desarrollo

Al igual que se hizo respecto al diagnóstico de TEPT, se realizaron pruebas Chi cuadrado (χ^2) para comparar los porcentajes de menores con diagnóstico positivo de TEPT Complejo o TTD en función del sexo. Según el sexo, las niñas presentaron una tasa de prevalencia TEPTC algo mayor que los niños (60.2% frente al 55.3%). En cambio, cuando se utilizaron criterios diagnósticos de mayor gravedad de TEPTC el porcentaje de niños (40.4%) fue superior al de las niñas (36.1%) aunque los resultados no evidenciaron diferencias en función del sexo en ninguno de los dos casos (véanse Tabla 6.14 y Figura 6.19).

Tabla 6.14.

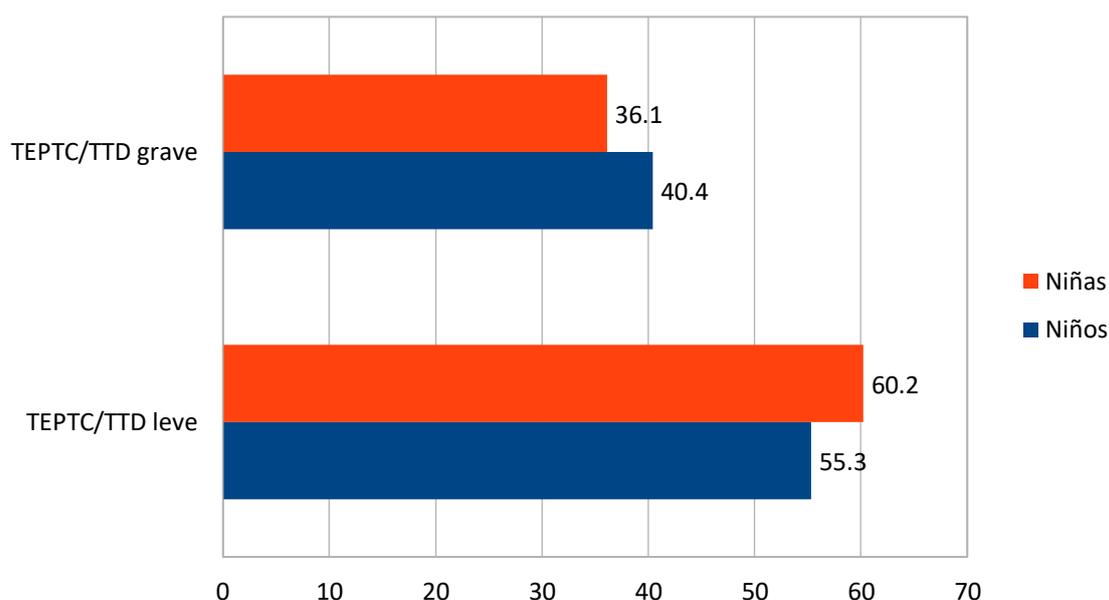
Comparativa de porcentajes de niños y niñas con diagnóstico TEPT complejo/TTD en la muestra total

	Niños	Niñas	χ^2
TEPT complejo o TTD leve	55.3	60.2	.437
TEPT complejo o TTD grave	40.4	36.1	.341

Nota: Ninguna de las comparaciones resultaron estadísticamente significativas ($p < .01$).

Figura 6.19.

Prevalencias diagnóstico TEPT complejo o TTD por sexo





Por otra parte, para comparar la edad de los pacientes con diagnóstico positivo y negativo de TEPT Complejo o TTD (leve y moderado/grave) se realizaron análisis descriptivos (media y desviación típica) y pruebas t-Student. Como podemos observar en la Tabla 6.15, en el grupo de diagnóstico positivo la media de edad fue de 11.2 años y en el de diagnóstico negativo fue de 7.7 años, siendo la diferencia de medias entre ambos grupos de 3.5 años. Los datos de edad referentes a diagnóstico de TEPT Complejo o TTD de carácter grave son similares, siendo la edad media en el grupo de diagnóstico positivo 11 y 8.9 años en el grupo de diagnóstico negativo. En ambos casos los resultados reflejan que la edad de los menores con diagnóstico positivo fue significativamente superior a la de los menores con diagnóstico negativo (véase Figura 6.20). Estos datos van en la misma línea que los hallados para diagnóstico de TEPT: una asociación entre diagnóstico positivo y mayor edad.

Tabla 6.15.

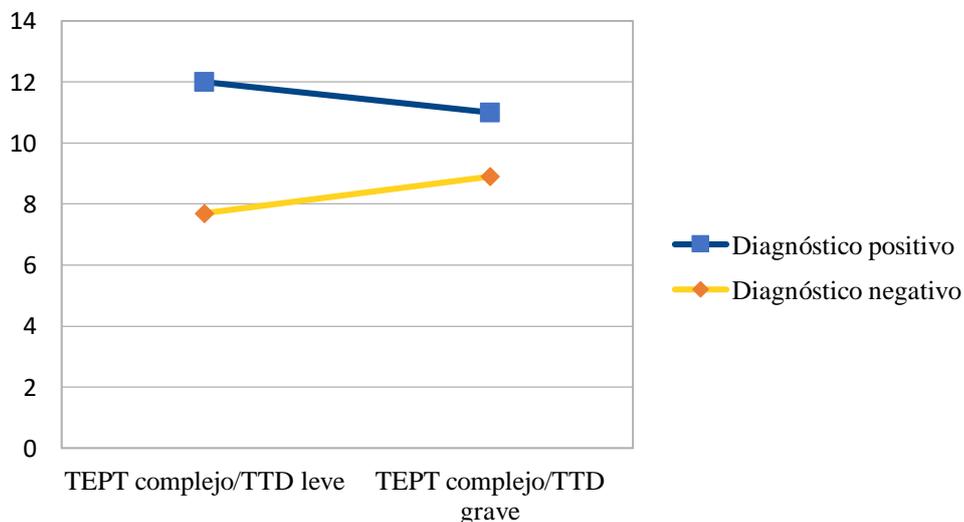
Descriptivos y comparativos de la edad según resultados de los test diagnósticos TEPT complejo o TTD

	Diagnóstico TEPT, media (DT)		Diferencia medias	Prueba t-Student
	Negativo	Positivo		t
TEPT complejo o TTD leve	7.7 (4.2)	11.2 (3.7)	-3.5	-3.56*
TEPT complejo o TTD grave	8.9 (4.65)	11 (3.5)	-2.1	-3.56*

Nota: * Las comparaciones resultaron estadísticamente significativas ($p < .001$).

Figura 6.20.

Comparativa de la edad media de menores con diagnóstico positivo y negativo de TEPT complejo o TTD





6.4. RELACIÓN ENTRE DIAGNÓSTICO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO Y TIPO DE EVENTOS TRAUMÁTICOS

6.4.1. Diferencias entre grupos de estudio en diagnóstico TEPTC o TTD

En este apartado exponemos los resultados más relevantes extraídos de los análisis realizados para comparar los grupos de estudio en diagnóstico de TEPT Complejo, a partir del diseño de tablas de contingencia, empleando las pruebas Chi cuadrado y post hoc Bonferroni, para hacer la comparación general entre grupos y también por pares de grupos. En este sentido, la variable grupo se convierte en variable independiente y la variable diagnóstico positivo TEPTC/TTD en variable dependiente y, por tanto, los resultados obtenidos en los análisis de diferencias entre grupos en diagnóstico TEPTC o TTD van a resultar muy valiosos para afianzar o desmentir la relación entre vivencias de maltrato intrafamiliar y sintomatología postraumática compleja.

En primer lugar, los datos resultantes de los análisis llevados a cabo a partir del diseño de tablas de contingencia, prueban diferencias estadísticamente significativas entre las tres muestras de menores en diagnóstico positivo de Trastorno Traumático del Desarrollo o TEPT complejo ($p < .001$) (véase Tabla 6.16). Como ya hemos expuesto anteriormente los criterios establecidos en nuestro estudio para un diagnóstico positivo de TEPTC o TTD exigen, por una parte, sintomatología de desregulación significativa en las tres áreas y, por otra, deterioro en al menos un área de funcionamiento. Respecto a las perturbaciones en la autorregulación, los resultados apoyan la existencia de diferencias inter-grupo que son estadísticamente significativas en las tres áreas de desregulación, encontrándose un nivel de relación entre las variables, esto es grupo de estudio y síntomas TTD manifestados, entre medio y alto: efecto alto en síntomas de desregulación del self y relaciones (V de Cramer = .56) y efecto medio en desregulación afectiva/fisiológica (V de Cramer = 0,443) y desregulación atencional/conductual (V de Cramer = .412) (véase Tabla 6.16). En cuanto al deterioro funcional, como puede verse de nuevo en la Tabla 6.16 y como ya hemos descrito anteriormente, también se encontraron diferencias significativas entre los grupos en esta variable, constatándose



que un 69.8% de los menores Pedimet vieron afectada su actividad diaria en al menos un área por los síntomas TEPTC, así como un porcentaje similar de menores del grupo Violencia de Género (65.9%), frente a un solo 27% de los menores del grupo Clínico.

Cuando se realizó la comparación por pares de grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de tutelados y el de Violencia de Género en ninguna de las variables de desregulación o síntomas TTD estudiados ni tampoco en deterioro funcional o diagnóstico positivo de TEPT complejo o Trastorno Traumático del Desarrollo; pero sí entre la muestra clínica general y los menores maltratados en todos los casos (véase Tabla 6.16). Respecto al diagnóstico TEPTC o TTD se constató un nivel de relación alto entre esta variable y la variable grupo de estudio (V de Cramer $\geq .50$).

Tabla 6.16.

Comparativa de menores maltratados frente a no maltratados que cumplen criterios en grupos sintomáticos de TEPTC y diagnóstico de TEPTC/TTD

	Pedimet	Violencia Género	Clínico	χ^2	V de Cramer (efecto)
Desregulación Afectiva/Fisiológica	74.6% ^a	70.7% ^a	28.4% ^b	34.99*	.443 (medio)
Desregulación Atención/Conducta	71.4% ^a	58.5% ^a	25.7% ^b	30.26*	.412 (medio)
Desregulación Yo/Relaciones	88.9% ^a	80.5% ^a	31.1% ^b	55.79*	.56 (alto)
Deterioro funcional	69.8% ^a	65.9% ^a	27% ^b	29.59*	.408 (medio)
Diagnóstico TEPT o TTD	77.4% ^a	80.5% ^a	28.4% ^b	44.65*	.502 (alto)

Nota: * Comparaciones estadísticamente significativas ($p < .001$).

Nota: a-b Comparaciones dos a dos. Entre dos columnas diferentes letras indican diferencias estadísticamente significativas (corrección de Bonferroni).

Nota: Para la V de Cramer valores de .10-.29 indican un efecto bajo, .30-.49 indican un efecto medio y $\geq .50$ indican efecto alto.

6.4.2. Efectos de los traumas experimentados en el diagnóstico TEPTC



Tal y como ya se ha comentado en apartados previos, en nuestro estudio hemos evaluado la historia de traumas experimentados por los menores que conformaron la muestra, incluyendo diferentes tipos de eventos traumáticos e incidiendo principalmente en la diferenciación entre traumas que acontecen en el contexto de las relaciones de apego con figuras vinculares (que recordemos serían los cinco tipos de maltrato intrafamiliar: negligencia, maltrato físico, abuso sexual, maltrato emocional y violencia doméstica) y traumas que no cumplen estos criterios (resto de eventos evaluados y recogidos en el Listado de Síntomas TTD: enfermedad mental y muerte del cuidador, violencia escolar, violencia en la comunidad, enfermedad grave y accidente grave del menor, desastre natural, guerra/terrorismo y otros).

Pues bien, con el objetivo de nuevo de obtener datos que nos permitan refutar o corroborar la principal hipótesis de nuestra investigación, esto es que existe una relación entre sufrir determinados tipos de traumas (sufrir experiencias de violencia interpersonal perpetrada por cuidadores principales), frente a otro tipo de eventos traumáticos, y desarrollar una sintomatología postraumática más grave compatible con un diagnóstico de TEPT complejo o TTD, llevamos a cabo análisis estadísticos para determinar el efecto de los diferentes tipos de traumas en la aparición de sintomatología postraumática compleja en los menores. Concretamente se realizaron modelos de regresión logística multivariante cuyos resultados se describen a continuación.

Se llevaron a cabo dos análisis de regresión, atendiendo a diagnóstico de TEPT complejo, utilizando medidas, por un lado, de síntomas TEPT informados por cuidadores, y, por otro lado, medidas TEPT siendo los informantes los propios menores. En relación a las medidas de cuidadores, como puede observarse en la Tabla 6.17, los menores que sufren negligencia tienen 7.62 veces más probabilidad de presentar un diagnóstico de TEPT complejo o TTD que los menores que no sufren este evento traumático ($OR = 7.62, p = .014$). Del mismo modo, los menores que sufren maltrato físico, maltrato emocional y abuso sexual tienen 9.66 veces más probabilidad de presentar TEPT-C o TTD que los que no sufren estas experiencias traumáticas ($OR = 9.66, p = .004$). En cuanto a los resultados obtenidos utilizando como medidas TEPT los síntomas informados por los propios menores, éstos son muy similares a los obtenidos a partir de síntomas informados por cuidadores, ya que los eventos traumáticos que mostraron un efecto estadísticamente significativo en diagnóstico de TEPT complejo en



este caso fueron el maltrato físico, el abuso sexual y el maltrato emocional. Como puede verse en la Tabla 6.18, los menores que sufren estos maltratos o eventos traumáticos tienen 3.67 veces más probabilidad de sufrir TTD que los menores que no los sufren ($OR = 3.67, p = .036$).

Por otra parte, también nos interesó estudiar el efecto de las variables demográficas (sexo y edad) en el diagnóstico de TEPTC/TTD. De nuevo se ejecutaron modelos de regresión logística multivariante utilizando dos medidas TEPT (cuidadores y menores). En menores (véase Tabla 6.18), la variable que mostró un efecto estadísticamente significativo fue la edad. Así, a medida que aumenta la edad del menor, aumenta la probabilidad de TEPT complejo o TTD ($OR = 1.14, p = .047$). En cuanto a los datos aportados por cuidadores, también se constató un efecto significativo de la edad en la aparición de TTD en el mismo sentido: a medida que aumenta la edad del menor, aumenta la probabilidad de TTD o TEPT complejo ($OR = 1.26, p = .001$). Además, en cuidadores la variable sexo también mostró un efecto estadísticamente significativo. En relación al sexo, los cuidadores informaron que los niños tenían más probabilidad de presentar TEPT complejo que las niñas ($OR = .27, p = .023$). Estos datos pueden visualizarse en la Tabla 6.17.

Tabla 6.17.

Efecto de las variables demográficas y traumáticas en diagnóstico de TEPTC/TTD (medidas TEPT de cuidadores)

	OR (IC 95%)	p-valor
Sexo (Niña vs. Niño)	.27 (.09 – .83)	.023*
Edad	1.26 (1.10 – 1.43)	.001*
Negligencia	7.62 (1.51 – 38.34)	.014*
Maltrato/abuso físico, sexual y emocional	9.66 (2.10 – 44.46)	.004*
Violencia doméstica	1.26 (0.29 – 5.47)	.755
Enfermedad mental o muerte de cuidador	.90 (.19 – 4.32)	.892
Otros traumas	.25 (.05 – 1.19)	.081

OR: Odds ratio. IC: intervalo de confianza. Modelo: $\chi^2(7) = 67.47, p < .001$. R^2 de Nagelkerke=.541

Nota: * Comparaciones estadísticamente significativas ($p < .01$).



Tabla 6.18.

Efecto de las variables demográficas y traumáticas en diagnóstico de TEPTC/TTD (medidas TEPT de menores)

	OR (IC 95%)	p-valor
Sexo (Niña vs. Niño)	.93 (.37 – 2.30)	.871
Edad	1.14 (1.04 – 1.30)	.047*
Negligencia	1.97 (.51 – 7.59)	.323
Maltrato/abuso físico, sexual y emocional	.67 (1.09 – 12.31)	.036*
Violencia doméstica	1.73 (.46 – 6.43)	.416
Enfermedad mental o muerte de cuidador	2.10 (.70 – 6.28)	.187
Otros traumas	.49 (.14 – 1.80)	.286

OR: Odds ratio. IC: intervalo de confianza. Modelo: $\chi^2(7) = 33.43, p < .001$. R^2 de Nagelkerke=.332

Nota: * Comparaciones estadísticamente significativas ($p < .01$).

6.5 COMORBILIDAD TEPT Y TEPT COMPLEJO

Como hemos comentado en la revisión teórica, recientemente la CIE-11 (OMS, 2018) ha confirmado como diagnóstico el TEPT complejo. Entre los criterios diagnósticos propuestos se especifica que la persona debe presentar problemas graves y persistentes en la regulación del afecto; creencias sobre uno mismo de incapacidad y poca valía, sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el evento traumático; así como dificultades para mantener las relaciones y sentirse cerca de los demás. Además, la persona también debe cumplir requisitos de TEPT.

En la misma línea, Van de Kolk y colaboradores (2019) en su propuesta diagnóstica de Trastorno Traumático del Desarrollo, exigen, junto con los criterios de exposición, síntomas de desregulación y deterioro funcional, que el sujeto también presente un espectro de síntomas postraumáticos (concretamente un síntoma en al menos dos de los tres clústeres de síntomas TEPT).

En relación con esto, nos pareció interesante estudiar la coexistencia de sintomatología TEPT, utilizando criterios de TEPT completo y TEPT parcial, y sintomatología de TEPT complejo (desregulación en las tres esferas). Para ello se



ejecutaron nuevas tablas de contingencia para analizar el porcentaje de menores en cada una de las tres muestras que cumplieron criterios diagnósticos de TEPT complejo, junto con criterios para un diagnóstico también de TEPT, según criterios ya descritos en apartados previos.

Como puede apreciarse en la Tabla 6.19, los resultados muestran, por un lado, que las tasas de prevalencia de TEPT simple, tanto parcial como completo, fueron muy inferiores a las de TEPT complejo, sobre todo en los grupos de menores gravemente maltratados (Pedimet y Violencia de Género). En la misma línea, cuando se evalúa la coexistencia de síntomas de desregulación (TEPT complejo) y sintomatología TEPT (pensamientos intrusivos, evitación, alteraciones cognitivas y del humor e hiperarousal), el porcentaje de niños/as que cumplió criterios para ambos diagnósticos conjuntamente en los tres grupos de estudio fue muy inferior a los niños que presentaron solo TEPT complejo, pero sobre todo estas diferencias son más patentes de nuevo en los grupos Pedimet y Violencia de Género.

Por otro lado, los resultados obtenidos tras la ejecución de las pruebas Chi-cuadrado para comparar los resultados entre grupos en sintomatología de TEPT y TEPT complejo de manera conjunta reflejan que se encuentran diferencias significativas entre los grupos pero solo entre el grupo Pedimet y los otros dos grupos de estudio pero no existen diferencias entre el grupo de Violencia de Género y el Clínico, como sí ocurría cuando se analizaban las diferencias inter-grupo en la variable diagnóstico solo de TEPT complejo (véase Tabla 6.19).

Tabla 6.19.

Comparación entre grupos en las diferentes variables diagnósticas (TEPT parcial, TEPT total, TTD y TEPT+TTD)

	Pedimet	Violencia Género	Clínico	χ^2	V de Cramer
TEPT parcial	45.5%a	36.8%ab	16.1%b	11.39*	.326
TEPT total	49.1%a	36.8%ab	16.1%b	13.81**	.296
TEPTC/TTD	77.4%a	80.5%a	28.4%b	44.65**	.502
TEPT parcial + TTD	29.2%a	17.1%ab	9.5%b	9.09**	.225
TEPT total + TTD	29.2%a	17.1%ab	9.5%b	7.89**	.209

Nota: * $p < .01$; ** $p < .001$. Nota: a-b Comparaciones dos a dos. Entre dos columnas diferentes letras indican diferencias estadísticamente significativas (corrección de Bonferroni).



Capítulo 7. DISCUSIÓN



Aunque los estudios empíricos sobre trauma complejo se han incrementado exponencialmente en los últimos años a nivel internacional, y también, aunque en menor medida, en nuestro país, las revisiones recientes acerca del tema apuntan a que aún son necesarias más investigaciones que examinen las reacciones postraumáticas complejas en población infanto-juvenil (Cloitre et al., 2021; Cruz et al., 2022; López-Soler et al., 2022).

A lo largo de este capítulo, se describen los resultados generales encontrados en nuestra investigación, así como la discusión de cada una de las hipótesis planteadas en nuestro estudio en base a la literatura científica sobre el tema.

El objetivo general de la presente investigación fue valorar la presencia de sintomatología postraumática compleja en menores gravemente maltratados, desde el prisma del Trauma del Desarrollo, así como examinar la relación entre los síntomas identificados y el tipo de eventos traumáticos sufridos por los menores, comparando los menores maltratados (tutelados por la Administración Pública y que habían estado expuestos a la situación de violencia de género que sufrían sus madres) con otros que habían sufrido otro tipo de traumas.

Con el propósito de alcanzar dicho objetivo se plantearon una serie de objetivos específicos, y unas hipótesis, que se pasan a discutir a continuación:

Hipótesis 1: *Los menores del grupo Pedimet y Violencia de Género presentarán una historia de eventos traumáticos complejos (maltrato intrafamiliar) frente a los menores del grupo Clínico.*

Aunque haber experimentado al menos un trauma asociado a maltrato grave intrafamiliar (abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligencia o exposición a violencia hacia la madre) era un criterio de inclusión para formar parte de los grupos Pedimet y Violencia de Género y, a su vez, no haber sufrido eventos de este tipo para formar parte del grupo Clínico, por lo que ya era una característica que a priori presentaban estos grupos cuando se conformaron los mismos para el estudio, y por lo que podríamos deducir en principio que la primera hipótesis de nuestra investigación se iba a cumplir, nos pareció interesante confirmarla con los resultados obtenidos, dadas las al-



tas prevalencias que arrojan los estudios en población general en relación a la exposición infantil a situaciones traumáticas (Pereda et al., 2013), y especialmente a aquellas que implican violencia interpersonal o maltratos (OMS, 2022).

En cuanto al tipo de traumas sufridos, los resultados obtenidos corroboran diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio, siendo los menores del grupo Pedimet y de Violencia de Género, frente a los del grupo Clínico, los más afectados por eventos traumáticos complejos, es decir, relacionados principalmente con experiencias de malos tratos en el contexto de las relaciones de apego con las principales figuras vinculares. En los grupos Pedimet y Violencia de Género las prevalencias de traumas complejos oscilaron entre un 7.3% (porcentaje de menores de Violencia de Género que informaron experiencias de abuso sexual) y un 100% (todos los menores del grupo de Violencia de Género habían estado expuestos a una situación de violencia doméstica). En contraste, las prevalencias de traumas complejos en el grupo Clínico se situaron entre un 0% (ningún niño/a de los del grupo Clínico sufrió abuso sexual) y un 5.4% (porcentaje de menores del grupo Clínico que informaron alguna experiencia de negligencia o maltrato emocional dentro de su contexto familiar). Los tipos de maltrato más prevalentes en los grupos Pedimet y Violencia de Género fueron la exposición a violencia hacia sus madres (en el caso de los niños pertenecientes al grupo Violencia de Género), la negligencia (fue el más frecuente en el grupo Pedimet con un 93.8% de niños/as afectados) y el maltrato emocional (un 66.7% de menores Pedimet y un 61% de los de Violencia de Género).

En relación al resto de traumas evaluados en las muestras de estudio, calificados como no complejos, también se encontraron diferencias significativas entre los grupos de maltrato (Pedimet y Violencia de Género) y el grupo Clínico, encontrándose en este caso, al contrario de lo hallado en los traumas complejos, prevalencias significativamente mayores en el grupo Clínico frente a los otros dos grupos, por ejemplo en la situación traumática enfermedad médica grave del menor (un 18.9% de los niños/as del grupo Clínico frente a un 4.8% y 2.4% de los Pedimet y Violencia de Género, respectivamente). También se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos maltratados y el Clínico o control en la categoría residual Otros Traumas, que incluían otras experiencias adversas ocurridas y potencialmente estresantes para los menores pero calificadas de no complejas, como el divorcio de los padres, cambios de domicilio



o colegio, o el encontrarse el padre o la madre encarcelados. De todos los tipos de traumas evaluados, la categoría residual Otros traumas que acabamos de comentar fue la más prevalente en el caso del grupo Clínico (un 41.9% de los menores de este grupo).

Por tanto, los resultados evidencian la existencia de traumas más graves (denominados complejos) en los grupos Pedimet y Violencia de Género, y la ausencia de este tipo de eventos en el grupo Clínico, por lo que se confirmaría nuestra primera hipótesis de estudio.

Por otro lado, podemos decir que las tasas de prevalencia de malos tratos encontradas en nuestra investigación son consonantes con las encontradas en otros estudios recientes. La primera tiene que ver con prevalencias generales de maltrato en población general y clínica, sin distinguir entre tipologías. En este sentido, las prevalencias encontradas en nuestros grupos de estudio, principalmente los grupos Pedimet y Violencia de Género, son similares a las informadas en los estudios realizados en población clínica y que se sitúan entre un 6% y 48% (Ulloa y Navarro, 2011). Hay que recordar que los menores pertenecientes a estos dos grupos estaban en tratamiento psicológico en recursos específicos porque presentaban graves alteraciones psicopatológicas derivadas de estas experiencias, por lo que se consideran población clínica. Por tipos de maltrato, el maltrato emocional se sitúa como uno de los más prevalentes en ambos grupos de menores maltratados y el abuso sexual como el menos prevalente. Estos datos son semejantes a los encontrados recientemente en nuestro país (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2022). En el caso específico de los menores tutelados (Grupo Pedimet), las prevalencias por tipo de maltrato son similares a las encontradas por Fernández (2014), también en un grupo de menores tutelados, y que colocan la negligencia como el maltrato más frecuente, seguido del maltrato emocional; en tercer lugar se sitúa el maltrato físico, después la violencia doméstica y, por último, el abuso sexual.

Hipótesis 2: *Los menores maltratados (Pedimet y Violencia de Género) presentarán con mayor probabilidad 2 o más eventos traumáticos (trauma acumulado) frente a los menores no maltratados.*

Los resultados obtenidos en relación a la cantidad de traumas sufridos ponen de manifiesto que de nuevo los grupos gravemente maltratados, frente al grupo Clínico o control, fueron los que sufrieron más traumas y, como hemos visto justo en la discusión



de la hipótesis primera, también los de carácter más grave. Más concretamente cuando se analizan el número concreto de traumas presentados, en el caso de 2 eventos traumáticos se identificaron un 87.7% de los menores Pedimet, un 70.7% de los niños/as pertenecientes al grupo Violencia de Género y un 14.9% de los menores del grupo Clínico, constatándose las diferencias inter-grupo entre ambos grupos de maltrato y el grupo control. Los datos referentes a 3 o más de 3 traumas también apuntan a mayor número de menores Pedimet afectados (75.4% y 52.3% respectivamente), seguidos del grupo Violencia de Género (36.6% experimentaron tres traumas y un 17.1% más de tres) y muy por detrás los menores del grupo Clínico (tan solo 5.4% presentaron tres y un 2.7% más de tres), y en estos casos también se encontraron diferencias entre ambos grupos de maltrato, siendo el grupo de tutelados los que significativamente habían sufrido más eventos traumáticos, frente a los otros dos grupos. Por tanto, podemos decir que nuestra segunda hipótesis se ve también confirmada pero solo parcialmente (sí cuando el número de traumas analizados son 2 pero no cuando son 3 o más de 3).

Estos resultados son consistentes con otros trabajos que apuntan a que normalmente coexisten los tipos de maltrato infantil y que raramente se encuentran de forma aislada (Graham-Bermann et al., 2012; Pereda et al, 2013). Por ejemplo, estudios publicados sobre la co-ocurrencia de maltrato en población de menores expuestos a violencia de género concluyen que se da un alto nivel de solapamiento entre la exposición a violencia de género en la pareja y otros tipos de maltrato, presentando una coexistencia de entre el 45% y el 70% (Holt et al., 2008). Otros trabajos en la misma línea destacan que la ocurrencia de un tipo de maltrato intrafamiliar aumenta la probabilidad de aparición de otros (Corso et al., 2008; Graham-Bermann et al., 2012).

Hipótesis 3: *Los/as menores pertenecientes a los grupos Pedimet y Violencia de Género manifestarán prevalencias más altas de diagnósticos TEPT (total y parcial) que los del grupo Clínico.*

Numerosos estudios han examinado las tasas de prevalencia de TEPT en muestras de menores que han sufrido traumas diversos. Las cifras documentadas pueden ser muy dispares, debido, por un lado, a los criterios diagnósticos utilizados, y, por otro lado, a las características de los eventos traumáticos sufridos. En este sentido, se observa un aumento de las prevalencias de TEPT cuando el trauma es de tipo interpersonal



(versus impersonal) (Huang et al., 2017; López-Soler et al., 2022), y cuando se produce de manera reiterada a lo largo del tiempo (Hodges et al., 2013). En esta línea, se han documentado altas tasas de síntomas TEPT y otras alteraciones psicopatológicas en diversas muestras de menores maltratados (Cervera et al., 2020).

Los análisis comparativos entre nuestros grupos de estudio (tutelados, violencia de género y clínicos generales), muestran tasas de diagnóstico TEPT que fueron significativamente diferentes entre las muestras, y esto fue así utilizando tanto criterios DSM-5 total (Pedimet un 45.5%, Violencia de Género un 36.8% y un 16.1% de los menores controles), como DSM-5 parcial (49.1%, 36.8% y 16.1% respectivamente). No obstante, los resultados procedentes de la comparación por pares de grupo nos revelan que las diferencias significativas se dieron solo entre el grupo de tutelados y el de clínicos generales. La comparación entre el grupo de Violencia de Género con las otras dos muestras arrojan cifras de TEPT en el grupo de menores expuestos a violencia de género que no son significativamente diferentes de las de tutelados pero tampoco de las manifestadas por controles. En el caso de las medidas o test diagnóstico para TEPT moderado/grave, encontramos resultados distintos, ya que cuando la severidad del diagnóstico es mayor, sí se hallan diferencias significativas entre los grupos de menores maltratados (Grupo Pedimet y de Violencia de Género) y el grupo no maltratado (Clínico), siendo las prevalencias significativamente superiores en los grupos de maltrato. En cambio, no existen diferencias importantes en sintomatología TEPT severa entre niños/as expuestos a violencia de género (grupo VG) y niños/as que han sufrido otros traumas severos en el contexto familiar (grupo Pedimet).

Por tanto, aunque no hubo diferencias significativas a nivel estadístico entre uno de los grupos maltratados (Violencia de Género) y el grupo no maltratado (Clínico) en las prevalencias de TEPT (total y parcial) sí se confirma la hipótesis tercera, ya que en ambos grupos de menores maltratados (Pedimet y Violencia de Género) se encontraron tasas más altas de diagnósticos TEPT, frente al grupo Clínico o control.

Respecto a las tasas de TEPT obtenidas en los grupos de maltrato, los datos son similares a los obtenidos por otros autores que han estudiado las prevalencias de TEPT en muestras de menores maltratados de similares características a los de nuestro estudio.



Por ejemplo, Fernández (2014) halló un 44% de TEPT en una muestra de menores tutelados (criterios TEPT Parcial DSM-5) y Martínez (2015) encontró porcentajes en torno al 35% en una muestra de hijos e hijas de mujeres maltratadas. Del mismo modo, los datos comparativos entre grupos coinciden con los hallazgos informados por otros autores en relación a mayores prevalencias de TEPT en menores expuestos a traumas interpersonales repetidos, frente a los que sufren traumas interpersonales y únicos (Kiesel et al., 2014). En contraposición a lo anterior, nuestros datos en relación al TEPT se distinguen de los encontrados en otros estudios, que hallan tasas de TEPT muy inferiores (13%) en menores que experimentaron traumas ocurridos en el contexto de las relaciones de apego (van der Kolk et al., 2019), y que no validan el diagnóstico TEPT como sensible para diferenciar niños/as que han sufrido traumas complejos o no complejos.

***Hipótesis 4:** Se encontrará mayor prevalencia de TEPT utilizando los criterios de TEPT Parcial (criterios diagnósticos DSM-5 para menores de 6 años), que utilizando los criterios establecidos por el DSM-5 para adultos (TEPT completo).*

Con respecto a los criterios diagnósticos de TEPT utilizados, los resultados obtenidos en investigaciones sobre el tema demuestran que bajar el umbral de síntomas facilita un diagnóstico más adecuado y preciso de TEPT en menores y adolescentes (Scheeringa et al. 2003, 2012), obteniendo prevalencias más elevadas que con criterios DSM para adultos. Por ejemplo, Fernández et al. (2020) obtuvieron una prevalencia de TEPT con deterioro del 17.7% en un grupo de menores tutelados que habían sufrido maltrato intrafamiliar crónico, y una prevalencia del 13.1% en una muestra de menores expuestos a violencia de género, según criterios DSM-5; y en base a criterios TEPT Parcial las prevalencias se incrementaron de manera considerable (28.6% en tutelados y 26.8% en menores expuestos a violencia de género).

En nuestro estudio, empleando criterios DSM-5 para adultos o niños/as mayores de 6 años la prevalencia de TEPT en la muestra total fue de un 28.1%, cuando los informantes eran los cuidadores/educadores, y de un 31.5%, cuando eran los propios menores los que comunicaban la sintomatología. En contraste, atendiendo a criterios de TEPT Parcial y estableciéndose como criterios alternativos los de DSM-5 para menores de 6 años, la prevalencia fue del 29.6% cuando los informantes eran los cuida-



res/educadores y del 33.1% cuando los menores informaban los síntomas. Por tanto, se confirma la cuarta hipótesis, ya que se han obtenido prevalencias más elevadas según criterios de TEPT Parcial frente a los criterios de TEPT completo. No obstante, cabe decir que las diferencias no resultaron sustanciales.

Estos datos están en sintonía con los obtenidos en algunas investigaciones, que encuentran diferencias, aunque no significativas, en prevalencias TEPT usando criterios alternativos en algunos grupos concretos, como niños mayores y preadolescentes (Mikolajewski et al., 2017), lo que sugiere que, aunque el nuevo diagnóstico de TEPT para preescolares del DSM-5 proporciona criterios más apropiados para esta etapa de desarrollo, aún sigue siendo necesaria una revisión de los criterios diagnósticos TEPT actuales para la etapa de la infancia y la adolescencia.

Hipótesis 5: *Un mayor número de menores de los grupos Pedimet y Violencia de Género cumplirán criterios diagnósticos de TEPT complejo o Trastorno Traumático del Desarrollo, frente a los menores del grupo Clínico.*

Investigaciones recientes, como la de Hyland y colaboradores (2017), han constatado que la exposición a múltiples eventos traumáticos que implican violencia interpersonal en la infancia se asociaba a un mayor riesgo de desarrollar TEPT complejo, según criterios CIE-11. Wamser-Nanney y Vandenberg (2013) y otros autores más recientemente, compararon la sintomatología en menores expuestos a violencia interpersonal, con interrupciones en la protección y el cuidado, con expuestos a otro tipo de traumas, y confirman que el primer grupo presentó más problemas conductuales como ansiedad, depresión, síntomas disociativos, ira/agresividad y dificultades de carácter sexual.

Los resultados obtenidos en las variables de auto-regulación que definen el trauma complejo, revelan que los/las niños/as de los grupos Pedimet y Violencia de Género, frente a los del grupo Clínico, obtuvieron tasas de prevalencia más elevadas en las tres áreas de desregulación del TEPT Complejo: afectiva/fisiológica (74.6% Pedimet y 70.7% VG frente a 28.4% Clínico), atencional/conductual (un 71.4% de tutelados y un



58.5% de Violencia de Género frente a un 25.7% de controles) y del sí mismo y las relaciones (88.9% Pedimet y 80.5% VG versus 31.1% Clínico).

Por otra parte, con respecto a los datos de prevalencia obtenidos en TEPT Complejo o Trastorno Traumático del Desarrollo, que implica la existencia de los déficits en la autorregulación que acabamos de comentar más deterioro funcional, se observa de nuevo que los menores de los grupos maltratados (Pedimet y Violencia de Género) mostraron prevalencias más elevadas que el grupo no maltratado o Clínico (un 77.4% de los niños/as Pedimet y un 80.5% de los menores de Violencia de Género frente a un 28.4% de los del grupo Clínico).

Por último, en relación a la comparación entre los grupos de estudio en diagnóstico de TEPT Complejo, según criterios CIE-11 (OMS, 2018) y también conforme a la propuesta de van de Kolk et al. (2019), que exigen, junto a los síntomas de desregulación y deterioro funcional también la presencia de síntomas TEPT, los resultados del análisis de coexistencia de sintomatología TEPT-C y TEPT muestran de nuevo prevalencias mayores en los grupos Pedimet (29.2%) y Violencia de Género (17.1%) frente a la encontrada en el grupo Clínico (9.5%).

Por tanto, los datos obtenidos en nuestra investigación en relación a la quinta hipótesis de estudio permiten confirmar la misma y son consistentes con la evidencia empírica acumulada que apunta a que la combinación de traumas infantiles repetidos y disrupción de los vínculos de cuidado y seguridad hace más probable la aparición de alteraciones propias de trastornos posttraumáticos complejos (Choi et al., 2020; Spinazola et al., 2018).

Hipótesis 6: *Se encontrarán diferencias significativas en sintomatología posttraumática compleja entre los grupos de menores que han sufrido maltrato y el que no ha sufrido estos eventos traumáticos.*

Cervera et al. (2020) revisaron numerosas investigaciones empíricas recientes sobre las consecuencias psicológicas de traumas interpersonales en infancia, adolescencia y primera juventud, constatando la presencia de sintomatología compatible con reac-



ciones postraumáticas complejas en un gran porcentaje de menores que habían sufrido alguna forma grave de maltrato a lo largo de la infancia.

Las puntuaciones obtenidas en los ítems del Listado de Síntomas del Trastorno Traumático del Desarrollo (GUIIA-PC, 2014) ponen de manifiesto que los menores maltratados (grupos Pedimet y Violencia de Género) obtuvieron puntuaciones superiores a los no maltratados (grupo Clínico) en los quince ítems o síntomas del Trastorno Traumático del Desarrollo, excepto en dos de ellos (Intentos desajustados de auto-calma y Autolesiones habituales). Además, las diferencias fueron estadísticamente significativas entre los grupos de maltrato y el no maltratado, no encontrando diferencias entre los niños expuestos a violencia de género y los tutelados en síntomas TTD.

En cuanto a los síntomas de desregulación, también se hallaron diferencias significativas entre los grupos maltratados y el no maltratado en los déficits de autorregulación en las tres áreas (Afectiva/Fisiológica, Atencional/Conductual y del Yo y Relacional). En relación a la afectación que los síntomas de estrés postraumático complejo provoca en las principales áreas de funcionamiento, también identificaron diferencias significativas entre los grupos, presentaron los menores Pedimet y Violencia de Género, frente a los niños/as del grupo Clínico, más deterioro familiar, escolar y social.

Respecto al diagnóstico de TEPT Complejo, que implica la sintomatología de desregulación y deterioro funcional asociado en al menos un área, los análisis comparativos entre las tres muestras arrojan resultados semejantes, ya que se encuentran diferencias significativas a nivel estadístico entre, por un lado, el grupo de tutelados y el control, y, por otra parte, el grupo de menores expuestos a violencia de género y el control. No se hallan diferencias relevantes de nuevo entre los grupos Pedimet y Violencia de Género. Además, se constata un nivel de relación alto (V de Cramer ≥ 0.50) entre la variable diagnóstico TEPTC/TTD y la variable grupo de estudio (concretamente haber sufrido o no maltrato grave intrafamiliar).

Finalmente, en relación a la comparación entre los grupos de estudio en diagnóstico de TEPT Complejo, según criterios CIE-11, a pesar de que, como hemos visto en la discusión de la hipótesis anterior, las prevalencias de nuevo son superiores en el grupo Pedimet y VG, en este caso, las comparaciones por pares de grupos nos confirman que



las diferencias significativas se hallan entre solo uno de los grupos maltratados (tutelados) y el grupo control, no siendo significativas las diferencias entre los niños expuestos a violencia de género y los controles en TEPT Complejo, según criterios de la OMS (2018) para TEPT-C.

Por tanto, la interpretación conjunta de todos los resultados obtenidos, nos permiten confirmar la sexta hipótesis de estudio de manera total, si atendemos a criterios de TEPT Complejo o TTD sin diagnóstico TEPT asociado, con y sin deterioro funcional, puesto que hubo diferencias entre la muestra clínica general y los menores maltratados (Pedimet y VG) en todos estos casos; y de manera parcial si se exige cumplir criterios TEPT, además de los síntomas TTD (criterio CIE-11), ya que desde esta perspectiva solo se encontraron diferencias significativas entre el grupo de tutelados y el control, a pesar de que la prevalencia identificada de TEPT Complejo CIE-11 (OMS, 2018) fue superior en el grupo de Violencia de Género (17.1%) frente a la encontrada en el grupo Clínico (9.5%).

Los resultados son consistentes con otros trabajos que comparan menores con historia de trauma, según criterios de exposición TTD, con otro tipo de experiencias traumáticas, y que encuentran diferencias clínicas sustanciales entre ambos grupos, presentando los primeros mayor probabilidad de alteraciones propias de un TEPT-C infantil o un TTD (Cloitre et al., 2009; McClelland et al., 2009; Stolbach et al., 2009; Stolbach et al., 2013; Zhang et al., 2019).

Hipótesis 7: *A mayor gravedad y número de eventos traumáticos (relacionados con maltrato) más probabilidad de presentar sintomatología postraumática compleja.*

Como hemos visto, los estudios que analizan las consecuencias del maltrato infantil en el ámbito familiar encuentran de manera reiterada en los menores víctimas de estos traumas la existencia, además de síntomas TEPT en muchos casos, otras tantas diagnósticos clínicos, incluyendo alteraciones en la regulación de los afectos y las relaciones interpersonales, síntomas centrales y compatibles con un diagnóstico de trauma complejo (Cervera et al., 2020). Además, se conoce que a mayor cantidad e intensidad



del maltrato mayor gravedad en la sintomatología postraumática que se desarrolla (López-Soler et al., 2022).

Por una parte, como ya hemos comentado en la discusión de nuestras dos primeras hipótesis de estudio, los resultados obtenidos en relación a los tipos y cantidad de traumas sufridos ratifican que los grupos maltratados, frente al grupo Clínico o control, sufrieron más traumas y los de carácter más grave (relacionados con experiencias de maltrato infringidas por parte de cuidadores principales). De igual modo, tal y como hemos desarrollado también en la discusión de las hipótesis quinta y sexta, en nuestra investigación se encuentran diferencias significativas en sintomatología postraumática entre el grupo control y los menores más gravemente traumatizados, esto es los del grupo de tutelados y expuestos a violencia infringida a la madre por parte de su pareja o expareja. Estas diferencias clínicas se manifiestan en mayor prevalencia de diagnóstico TEPT, más síntomas de trauma complejo, más deterioro funcional asociado y más diagnóstico de TEPT Complejo o TTD.

Por otra parte, los resultados procedentes de los análisis de regresión indicaron que los menores que sufren maltrato físico, maltrato emocional y abuso sexual tienen 3.67 veces más probabilidad de presentar TEPTC o TTD que los que no sufren estas experiencias traumáticas, teniendo en cuenta como informantes de los síntomas TEPT los propios menores; y esta probabilidad sube a un 9.66 cuando los informantes de la sintomatología TEPT son los educadores/cuidadores. Además, tomando como medidas TEPT las de los CPSS de los cuidadores, la negligencia también mostró un efecto significativo en el diagnóstico de TEPT Complejo. Por tanto, el haber sufrido negligencia, maltrato físico, maltrato emocional o abuso sexual incrementaba considerablemente la probabilidad de desarrollar un diagnóstico de TEPT Complejo o TTD. Estos resultados están en consonancia con los encontrados por Spinazzola et al. (2018), que informaron que el TTD y TEPT se asociaron con agresiones y/o abuso físico, violencia familiar, maltrato emocional, negligencia y cuidadores discapacitados. Los datos de nuestro estudio son similares también a los encontrados por Spinazzola et al. (2021) en una amplia muestra de menores en tratamiento en servicios de Salud Mental en EEUU. Los autores demostraron una asociación entre el diagnóstico de TTD y experiencias de abuso emocional traumático, separación traumática del cuidador principal y deterioro del cuidador



principal, agresión/abuso físico y exposición a violencia familiar/comunitaria. Así mismo, otros trabajos confirman la relación entre diagnóstico de TEPT complejo y experiencias de abuso y negligencia infantil más severos (Facer-Irwin et al., 2022; Lewis et al., 2021; Rink y Lipinska, 2020).

Por tanto, se confirma la hipótesis propuesta, ya que existe más prevalencia de diagnósticos postraumáticos complejos en los grupos de estudio que presentaron mayor número y gravedad de eventos traumáticos (relacionados con el maltrato), constatándose, además, que cuatro de los cinco traumas complejos evaluados en nuestra investigación predicen el diagnóstico de TEPT Complejo.

Por último, los hallazgos en relación a la séptima hipótesis de estudio son análogos a los de otras investigaciones que apuntan a que la exposición a más de un tipo de violencia intrafamiliar se asocia con síntomas más graves, frente a un único tipo (Warmingham et al., 2019); y, a su vez, cuando ocurre doble exposición o exposición única a violencia intrafamiliar, los síntomas tienden a ser más graves, en comparación con población no expuesta (López-Soler, 2022).

Hipótesis 8: *No se encontrarán diferencias de sexo significativas con respecto a las medidas de TEPT (simple y complejo) evaluadas.*

Los resultados obtenidos en las medidas de TEPT simple ponen de manifiesto que las niñas obtuvieron tasas de prevalencia más elevadas, frente a las niños, en la mayoría de ellas: TEPT completo grave, cuando los informantes eran los cuidadores (12.7% de niños frente a un 7.1% de niñas), y también cuando informaban los síntomas los menores (19.4% versus 13.8%); en TEPT completo de carácter leve cuando los informantes eran los cuidadores (30.4% vs 25%); en TEPT parcial grave, para ambos informantes (si informante cuidador 15.2% de niños frente a 7.1% de niñas y si informante menor 20.8% niños versus 13.8% niñas); y en TEPT parcial leve, cuando de nuevo los cuidadores comunicaban los síntomas (32.9% vs 25%). Mientras que las niñas mostraron porcentajes más elevados solo en TEPT (completo y parcial) de carácter leve (en completo un 32.8% de niñas frente a un 30.6% de niños y en parcial un 34.5% de niñas versus un 31.9% de niños). Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos.



Con respecto a los resultados de prevalencia obtenidos en TEPT complejo, en primer lugar y en cuanto a los síntomas de desregulación, los niños mostraron prevalencias algo más elevadas que las niñas en las áreas de desregulación afectiva/fisiológica y atencional/conductual, y, por el contrario, un mayor número de niñas presentaron síntomas en el área de desregulación del yo y las relaciones, aunque de nuevo en ninguna de las medidas las diferencias entre niños y niñas resultaron significativas. Por otro lado, los resultados correspondientes al diagnóstico de TEPT Complejo o TTD revelan que las niñas presentaron una prevalencia TEPT-C algo mayor que los niños (60.2% frente al 55.3%). En cambio, cuando se utilizaron criterios diagnósticos de mayor gravedad de TEPT-C el porcentaje de niños (40.4%) fue superior al de las niñas (36.1%) aunque los resultados, en la misma línea que los comentados previamente, no evidenciaron diferencias en función del sexo en ninguno de los dos casos.

Por tanto, la hipótesis se confirma, ya que no se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las medidas TEPT (simple y complejo) analizadas entre ambos sexos.

Los resultados son consistentes con otros trabajos que no han encontrado diferencias significativas entre niñas y niños en relación al TEPT (Martínez, 2015), aunque dispares a los que apuntan al género femenino como un factor de riesgo para el desarrollo de estrés postraumático (López-Soler et al., 2022; Wamser-Nanney y Cherry, 2018). Wamser-Nanney y Cherry examinaron las diferencias de género en niños/as supervivientes de traumas complejos y encontraron que las niñas, en comparación con los niños, exhibieron niveles más altos de depresión, disociación, síntomas de hiperactivación del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y síntomas de TEPT totales.

Hipótesis 9: *A menor edad mayor prevalencia de sintomatología postraumática.*

Se ha constatado la infancia y adolescencia como una etapa de especial vulnerabilidad, estableciéndose una relación inversamente proporcional entre la edad de inicio del trauma y la severidad de los síntomas postraumáticos manifestados posteriormente, ya sea a corto plazo o más tarde, cuando la víctima ya es adulta (Delgi-Espositi et al., 2020; Nieto, 2011). En este sentido, López-Soler y colaboradores (2022) indican que la edad es uno de los factores más relevantes a la hora de desarrollar TEPT o TTD, y esto es así porque cuanto más pequeño/a es el menor mayor probabilidad presenta de estar



expuesto durante más tiempo al o los traumas, y, además, el niño o niña en etapas tempranas queda completamente a merced del cuidado de los adultos y no dispone de recursos propios de autocuidado ni autoprotección.

Con respecto a la sintomatología TEPT, en nuestro estudio los resultados resultantes de los análisis descriptivos y las pruebas t-Student revelaron que la edad de los menores que cumplieron criterios para un diagnóstico TEPT fue significativamente superior a la de los menores que no los cumplieron, y esto fue así tanto cuando se utilizaron criterios de TEPT completo (DSM-5 para adultos o niños/as mayores de 6 años) como de TEPT parcial (DSM-5 para menores de 6 años), e independientemente de que los que informaban los síntomas fueran los cuidadores o los propios menores: TEPT completo cuidadores (los menores con diagnóstico positivo tenían una edad media de 11.7 años frente a los 8 años de los menores con diagnóstico negativo), TEPT total menores (12.4 años versus 10), TEPT parcial cuidadores (11.8 vs 7.9) y TEPT parcial menores (12.5 vs 9.9).

Para examinar la relación entre edad y diagnósticos de TEPT complejo o TTD, se llevaron a cabo los mismos análisis estadísticos que en el caso del TEPT, y se obtuvieron datos que van en la misma línea que los hallados para TEPT: la edad media de los menores que presentaron un diagnóstico TEPT-C o TTD fue significativamente superior que la edad de los menores que no cumplían criterios para estos diagnósticos, tanto para sintomatología postraumática compleja moderada (media de 11.2 años en menores con diagnóstico positivo frente a 7.7 con diagnóstico negativo) como de mayor gravedad (11 versus 8.9). Para estudiar más exhaustivamente la relación entre edad y TEPT complejo, se llevaron a cabo otros análisis estadísticos, concretamente modelos de regresión logística multivariante, a partir de los cuales se pretendía conocer el efecto de la variable edad en el diagnóstico de TEPT-C o TTD. Los resultados confirmaron resultados similares a los comentados previamente, ya que se constató que a medida que aumenta la edad del menor, aumenta la probabilidad de presentar un diagnóstico de TTD o TEPT complejo.

Por tanto la hipótesis sobre la edad no se confirma para TEPT, ni tampoco para TEPT complejo, ya que los menores de mayor edad resultaron más afectados respecto a la sintomatología postraumática. Por tanto, los datos encontrados difieren de los que



plantean que el impacto traumático es mayor en niños/as más pequeños, y son más coincidentes con los que obtienen tasas más elevadas de sintomatología postraumática en adolescentes o preadolescentes (Fernández, 2014). Esto plantea la posibilidad de que quizá la sintomatología no sea tan fácil de identificar en niños más pequeños, ya sea porque los criterios diagnósticos para TEPT o TEPT Complejo siguen siendo poco sensibles o apropiados para menores antes de la adolescencia, o porque en el caso de los niños/as, en comparación con los adultos, frecuentemente la expresión de los efectos completos de la exposición al trauma se produce más tardíamente (Herringa, 2017). Estos resultados podrían estar determinados también, parcial o totalmente, por la edad media de los grupos estudiados, ya que niños y niñas del grupo clínico, y por criterio de selección, sin traumas interpersonales de maltrato grave, son de menor edad que los/las de los grupos maltratados (grupo clínico edad media 7 años frente a la edad media de los grupos de maltrato que es 11 años).



Capítulo 8. CONCLUSIONES



El presente trabajo tuvo como finalidad examinar la presencia de sintomatología postraumática compleja tanto en menores que habían sufrido experiencias adversas prolongadas perpetradas por cuidadores primarios (maltrato intrafamiliar), como en niños y niñas que no habían sufrido este tipo de traumas. La exploración mediante diferentes instrumentos administrados a los cuidadores y a los propios menores ha permitido conocer el grado de afectación de los distintos eventos traumáticos analizados a nivel psicopatológico, tomando como referencia los diagnósticos de TEPT Complejo y Trastorno Traumático del Desarrollo, así como analizar la validez de estos síndromes clínicos. A continuación se exponen las conclusiones obtenidas en base a los resultados que se han derivado de la investigación.

Respecto a las características de los traumas sufridos por los niños y niñas estudiados, un 59% de los menores que formaron parte de la muestra de este estudio padecieron al menos uno de los siguientes maltratos, ocasionado por progenitores o principales figuras de cuidado: negligencia, maltrato físico, abuso sexual, maltrato emocional o exposición a la violencia de género sufrida por sus madres y ejercida por su pareja o expareja. Como ya se ha comentado en diferentes momentos a lo largo de este trabajo, la literatura apunta a que suele existir frecuentemente co-ocurrencia de maltrato infantil, cuestión que se ve apoyada también en los resultados obtenidos en nuestra investigación, ya que más del 70% de los niños/as gravemente maltratados habían sufrido 2 tipos de maltrato y más de la mitad de los menores 3 o más de 3. Se conceptualizan estas experiencias de maltrato infantil intrafamiliar como eventos traumáticos complejos, según la definición propuesta por la CIE-11 en sus criterios de exposición (OMS, 2018), ya que se trata de condiciones traumatizantes que amenazan de alguna forma la supervivencia o el adecuado desarrollo del niño/a y que son prolongadas o repetidas y de las que le resulta imposible escapar. Además, los tipos de maltrato infantil que ocurren dentro del contexto familiar y constatados en los menores de nuestro estudio (grupos *Pedimet* y *Violencia de Género*) cumplirían las características de los denominados también *Attachment Trauma* o traumas que ocurren en el contexto diario de las relaciones del niño/a con su principales figuras de apego (Allen et al., 2008), ya que el sistema de cuidado y protección del niño/a se ve comprometido. En contraste, los menores que formaron parte del grupo control de nuestro estudio y que supusieron un 41% de la muestra total, no sufrieron experiencias de maltrato intrafamiliar y sí otro tipo de traumas deno-



minados no complejos, en el sentido de que no reunían las características descritas con anterioridad. Partiendo de estos dos grupos bien diferenciados en cuanto a historia traumática, nos interesó estudiar la sintomatología postraumática que presentaban ambos y compararla con el objetivo de corroborar resultados obtenidos en estudios previos y aportar nuevos datos que acumulen evidencia empírica acerca del Trauma Complejo.

Por tanto, la familia, que debería ser un entorno de protección y bienestar para los menores, se convierte en un lugar donde se pueden generar las situaciones más violentas y en el que pueden ocurrir los acontecimientos más generadores de daño y sufrimiento humanos (OMS, 2022). Como hemos podido ver, las consecuencias del maltrato infantil, sobre todo el que acontece dentro del contexto familiar, son profundas a nivel neurobiológico y psicopatológico. En todos los estudios revisados los resultados apoyan la presencia de sintomatología compatible con reacciones postraumáticas complejas en menores que han sufrido traumas interpersonales y repetidos que perturban el sistema de apego, lo que se traduce en presencia de síntomas extensos y heterogéneos, así como graves alteraciones en la autorregulación (afectiva, cognitiva y conductual), que se ajustan a un TEPT Complejo o TTD,

En cuanto al Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), los resultados obtenidos en este trabajo confirman tasas de prevalencia elevadas en todos los menores evaluados, que oscilaron entre un 16.1% y un 49.1%. Además, esto fue así tomando como criterio tanto los requisitos para el diagnóstico TEPT exigidos por el DSM-5 para adultos y niños mayores de 6 años (APA, 2013) como los criterios para preescolares (TEPT Parcial) de este mismo manual diagnóstico, lo que contradice algunos resultados que apuntan a que los criterios DSM no son lo suficientemente sensibles para detectar la presencia de estrés postraumático en niños/as (Martínez, 2015). Por otro lado, las altas tasas de TEPT halladas en los grupos de menores maltratados de nuestro estudio (49.1% en tutelados y 36.8% en menores expuestos a violencia de género) y los resultados comparativos entre niños/as maltratados y no maltratados (la tasa de prevalencia de menores controles que cumplió los criterios para diagnóstico de TEPT se situó en el 16.1%) apoyan la idea de que la exposición a violencia dentro de la pareja y otros tipos de maltrato infantil aumenta la probabilidad de sufrir TEPT u otros síntomas psicopatológicos en menores, si se compara con otros que no han sufrido violencia intrafamiliar (Alcántara et



al., 2013). Por el contrario, estos resultados replican otros que encuentran bajos porcentajes de menores que desarrolla TEPT, según criterios oficiales, tras la exposición a traumas complejos (Humpherys et al., 2020; Klasen et al., 2013; Scheeringa y Zeanah, 2008).

Respecto a las alteraciones de TEPT Complejo o TTD, este trabajo también confirma en sintonía con otros estudios recientes, la presencia de sintomatología compatible con reacciones postraumáticas complejas en un alto porcentaje de los menores que han sufrido alguna forma grave de maltrato a lo largo de la infancia (Cervera et al., 2020). En este sentido, un 77.4% de los niños/as tutelados/as y un 80.5% de los expuestos a violencia de género, frente a un 28.4% de los controles, presentaron déficits significativos en la autorregulación más deterioro en su funcionamiento diario asociado. No se encontraron diferencias en sintomatología postraumática compleja entre los menores gravemente maltratados, en función del tipo de maltrato recibido (exposición de violencia hacia sus madres y otros tipos de maltrato de carácter intrafamiliar -físico, sexual, emocional o negligencia-). Estos resultados fueron semejantes para todas las áreas de desregulación del TTD: afectiva/fisiológica (74.6% Pedimet y 70.7% VG frente a 28.4% Clínico), atencional/conductual (un 71.4% de tutelados y un 58.5% de Violencia de Género frente a un 25.7% de controles) y del sí mismo y las relaciones (88.9% Pedimet y 80.5% VG versus 31.1% Clínico). Otros autores informan conclusiones análogas, que apuntan a un aumento de las prevalencias de TEPT Complejo cuando el trauma es de tipo interpersonal, incrementándose aún más cuando el trauma ocurre en el contexto de las relaciones de apego (López-Soler, 2022).

Otro aspecto que nos interesó estudiar es la comorbilidad estimada entre el TEPT-C y el TEPT, además de comparar las tasas de prevalencia de ambos diagnósticos por separado. Por un lado, podemos observar que las tasas de prevalencia de TEPT-C fueron superiores a las de TEPT en todos los grupos evaluados. Respecto a los grupos de niños/as maltratados estos resultados se ajustan a los que aportan otros estudios que indican que el TEPT-C, evaluado según criterios diagnósticos CIE-11, es una condición más comúnmente observada que el TEPT en muestras clínicas de pacientes que han sufrido traumas infantiles, interpersonales y múltiples (Barbieri et al., 2019; Karatzias et al., 2018). Por el contrario, los resultados obtenidos en la comparativa TEPT y TEPT-C respecto al grupo control refutan esta idea, ya que en este grupo también un porcentaje



mayor de menores presentó TEPT-C frente a TEPT, a pesar de que se trataba de niños/as que habían experimentado traumas de carácter impersonal o calificados como no complejos. Respecto a la comorbilidad TEPT y TEPT-C, cuando se evaluó la coexistencia de síntomas de desregulación (TEPT Complejo) y sintomatología TEPT (pensamientos intrusivos, evitación, alteraciones cognitivas y del humor e hiperarousal), el porcentaje de niños/as que cumplió criterios para ambos diagnósticos conjuntamente en los tres grupos de estudio fue muy inferior a los niños que presentaron solo TEPT Complejo, siendo estas diferencias más patentes en los grupos de maltrato. Por tanto, parece que el diagnóstico de TEPT Complejo detecta con mayor probabilidad los síntomas postraumáticos en los grupos de menores maltratados que el diagnóstico de TEPT, y si se exige que los menores presenten síntomas de TEPT junto a síntomas de desregulación, se reduce significativamente el porcentaje de menores afectados. Todo lo anterior nos hace reflexionar acerca de la necesidad de excluir los síntomas TEPT como necesarios para establecer un diagnóstico de TEPT-C, ya que quizá la exigencia de éstos, como ocurre en la CIE-11 (OMS, 2018) y también en la propuesta diagnóstica de Trastorno Traumático del Desarrollo de van der Kolk et al. (2009), reduciría la sensibilidad de este diagnóstico para capturar de una manera más eficaz a los menores gravemente traumatizados.

Este trabajo también confirma que el número y tipo de eventos traumáticos sufridos se encuentran estrechamente relacionados con la gravedad de las manifestaciones de estrés postraumático que se desarrollan posteriormente. De esta forma, la negligencia, el maltrato físico, el maltrato emocional y el abuso sexual predijeron el desarrollo de un diagnóstico de TEPT Complejo o TTD. Así, a mayor gravedad y frecuencia de los traumas (relacionados con maltrato) más probabilidad de presentar sintomatología postraumática compleja. Del mismo modo, los niños maltratados presentaron también mayores tasas de prevalencia TEPT-C que los controles.

Paralelamente al objetivo de examinar la sintomatología postraumática en menores que habían sufrido eventos traumáticos complejos y no complejos, en nuestro estudio también nos planteamos analizar la validez del nuevo diagnóstico de TEPT Complejo, recientemente aceptado en la última versión de la CIE (OMS, 2018), más concretamente la propuesta diagnóstica de Trastorno Traumático del Desarrollo (van der Kolk et al., 2009), equivalente al TEPT-C para población infantil. En este sentido, la literatura



empírica existente permite concluir que el TTD es una construcción diagnóstica válida y diferente a otros diagnósticos ya existentes, incluido el TEPT, y con una gran utilidad a nivel clínico para mejorar la evaluación y el tratamiento de los menores expuestos a traumas complejos (Morelli y Villodas, 2022; Nestgaard, 2021). En la misma línea, los resultados de nuestra investigación respaldan también la validez y utilidad del diagnóstico TEPT-C/TTD para capturar y explicar las alteraciones que presentan menores que han sufrido eventos traumáticos que ocurren en el contexto diario de sus relaciones de apego y que comprometen el sistema de cuidados y protección, ya que un alto porcentaje de estos menores presentaron los síntomas requeridos para este diagnóstico. Además, los datos obtenidos en nuestro estudio también apoyan diferencias significativas entre los menores con historia de trauma, según criterios de exposición TTD, con los que presentan otro tipo de experiencias traumáticas, mostrando los primeros más alteraciones propias de un TEPT-C infantil o un TTD. Estos resultados son análogos a los encontrados por otros investigadores (McClelland et al., 2009; Stolbach et al., 2009; Stolbach et al., 2013).

Para concluir, cabe señalar que los resultados obtenidos en nuestro estudio vienen a aportar más evidencia empírica, que se suma a la ya existente, al nuevo diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, aceptado en la undécima y última versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018). Se ha comprobado que el TEPT Complejo se distinguía del TEPT, a pesar de que en algunos casos se daban ambos diagnósticos de forma comórbida, y se confirman el TEPT-C y TTD como diagnósticos consistentes y capaces de explicar el impacto negativo diferencial que determinados eventos traumáticos (complejos), frente a otros, tienen a nivel de desarrollo cerebral y en la grave psicopatología resultante, que incluye alteraciones globales y persistentes en múltiples dominios de funcionamiento (regulación de los impulsos y afectos, atención y consciencia, autopercepción, relaciones con los otros, somatización y sistema de significados) (van der Kolk et al., 2005).

8.1. LIMITACIONES

- Este estudio presenta también limitaciones que se pueden mejorar para futuras investigaciones, algunas de las cuales pasamos a describir a continuación:



- El tamaño de la muestra no es tan amplio como hubiera sido deseable, y también hubiera sido recomendable incluir un grupo control de población general, ya que todos los menores que formaron parte de la muestra pertenecían a población clínica y la extrapolación de resultados se limita a estos contextos.
- Al ser un estudio transversal, el presente estudio no examinó la psicopatología antes del trauma, por lo que es difícil distinguir la psicopatología postraumática de los problemas previos que ya pudieran presentar los menores, a pesar de que en prácticamente todos los casos el inicio de los traumas fue a una edad muy temprana.
- No se han incluido otras variables asociadas, individuales y ambientales, tanto relacionadas con los traumas como con otros factores, que pudieran estar influyendo en la sintomatología postraumática hallada y la intensidad y gravedad de la misma.
- Los síntomas TEPT-C/TTD se han medido con un instrumento de evaluación, el Listado de Síntomas del Trastorno Traumático del Desarrollo (GUIIA-PC, 2014), creado a partir de la propuesta de van der Kolk y colaboradores (2009), que aún no ha sido validado empíricamente, a pesar de que los resultados iniciales ($\alpha = 0.916$) apoyan la consistencia interna del mismo. En relación a este aspecto, decir que actualmente no contamos con ningún instrumento válido para explorar sintomatología postraumática compleja en menores, adaptado a población española, aunque sí se han desarrollado algunas versiones para niños y adolescentes de cuestionarios reconocidos para evaluar sintomatología TEPT-C en adultos, que están mostrando adecuadas propiedades psicométricas. Tal es el caso de la Versión para niños y adolescentes del Cuestionario Internacional del Trauma (ITQ) (Haselgruber et al., 2020). Así mismo, el Listado de Síntomas del Trastorno Traumático del Desarrollo es cumplimentado por el clínico referente, por lo que tampoco tendríamos medidas de los síntomas informadas por los propios menores ni por sus cuidadores.



- Al no contar tampoco con una referencia oficial y reconocida respecto al número de criterios diagnósticos requeridos para el diagnóstico de TEPT-C, ni en adultos ni para menores, para nuestro estudio establecimos dos niveles de gravedad de TEPT-C (en el leve se requería 1 síntoma de cada una de las 3 áreas de desregulación, y en el grave 2 síntomas de cada área, ajustándonos en este último caso a la propuesta de van der Kolk para Trastorno Traumático del Desarrollo), con el riesgo de haber bajado en exceso el número de síntomas requeridos para un diagnóstico de TEPT Complejo, sobre todo en relación al nivel leve, y haber podido obtener un sobrediagnóstico de menores gravemente traumatizados.

8.2. APORTACIONES E IMPLICACIONES DEL ESTUDIO

Pese a las limitaciones comentadas anteriormente, creemos que nuestro estudio aporta resultados que ayudan a ampliar la comprensión, conceptualización y diagnóstico de las reacciones postraumáticas graves en la infancia y adolescencia. En este sentido, los resultados obtenidos corroboran, en la misma línea que los estudios previos sobre el tema, el impacto dramático a nivel de desarrollo global que tiene para los menores la exposición temprana y repetida a eventos traumáticos que ocurren en el contexto diario de las relaciones de apego, y que implican unos cuidados y protección inexistentes o inapropiados por parte de sus adultos responsables.

El maltrato, los abusos y el abandono durante la infancia, perpetrado por cuidadores principales, se consideran actualmente sucesos traumáticos que interrumpen el desarrollo cerebral normal y que pueden incluso llegar a producir modificaciones considerables en algunas estructuras cerebrales; y estos efectos neurobiológicos parecen desempeñar un papel relevante, junto con otros factores ambientales y genéticos, en el desarrollo posterior de diversas psicopatologías, tanto a corto como a largo plazo. En este sentido, las investigaciones sobre el tema, que comienzan ya en los años 90, han ido aportando evidencia empírica acerca de la diversidad de manifestaciones psicopatológicas que se asocian a estos eventos traumáticos complejos, y que se ha confirmado



repetidamente exceden a la sintomatología exclusiva de TEPT, y afectan a la regulación afectiva, cognitiva y conductual de los menores, cronificándose en el tiempo.

Con el objetivo de mejorar el diagnóstico del impacto de estos traumas, surgieron dos nuevas propuestas diagnósticas, la de Trastorno de Estrés Posttraumático Complejo, ya aceptado en la CIE-11 (OMS, 2018), y la de Trastorno Traumático del Desarrollo, equivalente al TEPT Complejo pero específico para población infantil. Los estudios sobre TEPT-C y TTD llevados a cabo en múltiples y diversas poblaciones respaldan ambos diagnósticos como válidos y capaces de explicar las graves manifestaciones psicopatológicas que se derivan de la exposición a eventos traumáticos complejos. No obstante, todos los investigadores apuntan la necesidad de realizar más estudios para corroborar estos hallazgos.

En este punto, nuestra investigación nace con este propósito. Nos propusimos explorar sintomatología posttraumática compleja en menores que habían sufrido experiencias graves de maltrato intrafamiliar, tomando como referencia los diagnósticos TEPT-C/TTD. Por ello, nuestro estudio sería de carácter empírico, ya que ofrece datos sobre alteraciones TEPT-C/TTD en poblaciones de menores gravemente traumatizados, concretamente en una muestra de menores tutelados y otra de menores expuestos a violencia hacia sus madres, dos colectivos de enorme interés en el trauma infantil, debido a que éstos han sufrido experiencias muy adversas que implican traumas en el contexto de sus relaciones de apego. Igualmente, se aportan nuevos datos sobre tasas de prevalencia TEPT y comorbilidad entre ambos diagnósticos posttraumáticos, todo lo cual resulta significativo y novedoso, debido a que en nuestro país existen muy pocos estudios empíricos sobre trauma complejo. Además, el incluir un grupo control de menores con traumas significativamente diferentes da más valor a nuestra investigación, ya que permite concluir con más fiabilidad la asociación entre historia de traumas complejos y desarrollo de alteraciones TEPT-C, sumando evidencia empírica al diagnóstico de TEPT Complejo.

Por otro lado, los resultados obtenidos tienen implicaciones importantes para la evaluación, el diagnóstico y tratamiento en esta materia. Una mayor comprensión del trauma complejo y contar con un diagnóstico específico y válido, que permite constatar el impacto temprano de determinados sucesos traumáticos en el desarrollo psicológico



humano, evita etiquetar y estigmatizar de manera errónea a un menor con múltiples trastornos psicopatológicos, y permite reconocer todo este espectro de problemas y secuelas psicológicas como relacionados de forma íntima con el trauma y las circunstancias ambientales adversas en las que aconteció, mejorando, a su vez, los abordajes terapéuticos. Y el impacto no es solo clínico, abarca también aspectos cruciales del apego y condiciones de tutela y adopción, ya que las rupturas afectivas previas y las nuevas condiciones del cuidado y protección, así como de las condiciones postraumáticas del/la menor, permiten entender más las dificultades en los procedimientos de acogida y adopción nacional e internacional, al modificarse todo el sistema de relaciones afectivas.

Para concluir, reiterar que la comprensión del trauma complejo permite y, a su vez, exige generar un marco de referencia específico en los tratamientos psicológicos con menores expuestos a abusos y negligencia por parte de sus cuidadores. Un abordaje terapéutico exitoso del trauma complejo implica al menos que reúna las siguientes condiciones: en primer lugar, entender el vínculo que existe entre la violencia y maltrato sufridos y los comportamientos desajustados que presentan estos niños/as; en segundo lugar, involucrar a todos los agentes implicados en la atención a estos menores (familias, educadores, clínicos, etc.) y facilitarles la comprensión del trauma complejo; y, por último pero no menos importante, permitir a los menores salir de los contextos traumáticos lo antes posible, asegurándoles un entorno protector y seguro, lo que implica poner el foco en la prevención y la intervención temprana.

8.3. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Aunque en nuestro estudio teníamos dos grupos a comparar claramente diferenciados respecto al tipo de traumas padecidos, en cuanto que unos habían sufrido maltrato intrafamiliar y otros no, no se evaluó dentro del grupo de menores maltratados los efectos diferenciales en sintomatología postraumática de variables como la severidad e intensidad del maltrato, la duración del mismo o el momento evolutivo en el que éste tiene lugar. En este sentido, algunos autores han obtenido datos que corroboran consecuencias neurobiológicas y psicopatológicas diferentes en función de estas características distintivas relacionadas con el maltrato (Marques-Feixa y Fañanás, 2020), y reco-



miendan incluirlas para futuras investigaciones que evalúen las reacciones postraumáticas en infancia.

Como ya hemos comentado en el apartado de limitaciones, a pesar de haber avanzado muchísimo en la comprensión y diagnóstico del trauma complejo, aún no contamos con consensos internacionales y oficiales acerca del número de síntomas requeridos y otras cuestiones específicas que supongan un marco de referencia común para la investigación. Esto es así en mayor medida respecto a los diagnósticos de TEPT Complejo específicos para infancia y adolescencia, acerca de los cuales existen potentes propuestas diagnósticas como la de van der Kolk (2009) pero que aún no han sido aceptadas en las clasificaciones oficiales internacionales de trastornos mentales.

Podemos decir lo mismo en relación a los instrumentos de evaluación fiables y válidos para examinar sintomatología postraumática compleja en menores. Es importante ampliar la investigación en este sentido para poder seguir avanzando en la comprensión del trauma grave infantil.

Por último, volver a hacer hincapié en la importancia de elaborar tratamientos específicos y más eficaces para el abordaje del trauma complejo infantil, paralelamente a la mayor comprensión del tema, y aplicarlos de manera precoz. Y, por supuesto, fomentar la investigación también dirigida a evaluar la eficacia de dichas intervenciones terapéuticas.



REFERENCIAS



- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Administration for Children and Families, Children's Bureau (2022). *Child Maltreatment 2021*. Recuperado de: <https://www.acf.hhs.gov/cb/report/child-maltreatment-2021>
- Ahmadabadi, Z., Najman, J. M., Williams, G. M., Clavarino, A. M., d'Abbs, P., & Abajobir, A. A. (2018). Maternal intimate partner violence victimization and child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 82, 23-33. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.05.017>
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the Strange Situation*. Lawrence Erlbaum.
- Alcántara, M. V., 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. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.171481>
- Allen, J. G, Fonagy P., & Bateman A. W. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (1980). *DSM-III. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson.
- American Psychiatric Association (1987). *DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson.
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D, Whitfield, C., Perry, B. D, Dube, S. R., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology



- and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256 (3), 174-186. <http://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Andersen, S. L., Tomada, A., Vincow, E. S., Valente, E., Polcari, A., & Teicher, M. H. (2008). Preliminary Evidence for Sensitive Periods in the Effect of Childhood Sexual Abuse on Regional Brain Development. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 20 (3), 292-301. <http://doi.org/10.1176/jnp.2008.20.3.292>.
- Arseneault, L., Cannon, M., Fisher, H. L., Polanczyk, G., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2011). Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: A genetically sensitive longitudinal cohort study. *The American Journal of Psychiatry*, 168 (1), 65-72. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10040567>
- Aznárez, B. (2019). Historia, calidad, clínica y realidad del trauma psíquico. *Revista de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 9 (1).
- Baita, S. (2015). *Rompecabezas: una guía introductoria al trauma y la disociación en la infancia*. Sandra Baita.
- Barbieri, A., Visco-Comandini, F., Alunni Fegatelli, D., Schepisi, C., Russo, V., Calò, F., Dessì, A., Cannella, G., & Stellacci, A (2019). Complex trauma, PTSD and complex PTSD in African refugees. *European Journal of Psychotraumatology*, 10, 1700621. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1700621>
- Barboza, G. E., Dominguez, S., & Pinder, J. (2017). Trajectories of post-traumatic stress and externalizing Psychopathology among maltreated foster care youth: A parallel process latent growth curve model. *Child Abuse and Neglect*, 72, 370-382. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.09.007>.
- Barnett, D., Manly, J. T., & Cicchetti, D. (1991). Continuing toward an operational definition of psychological maltreatment. *Development and Psychopathology*, 3(1), 19-29. <http://doi.org/10.1017/S0954579400005046>
- Beal, S. J., Wingrove, T., Mara, C. A., Lutz, N., Noll, J. G., & Greiner, M. V. (2018). Childhood adversity and associated psychosocial function in adolescents with Complex Trauma. *Child and Youth Care Forum*, 48, 305-322. <https://doi.org/10.1007/s10566-018-9479-5>.
- Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., & Bisson, J. I. (2018). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as



- per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depression and Anxiety*, 35, 264-274. <https://doi.org/10.1002/da.22723>
- Bernhard, A., Martinelli, A., Ackermann, K., Saure, D., Freitag, C. M. (2018) Association of trauma, posttraumatic stress disorder and conduct disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience Biobehavioral Reviews*, 91, 153-169. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.12.019>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27 (2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0)
- Boeckel, M., Viola, T., Daruy-Filho, L., Martínez, M., & Grassi-Oliveira, R. (2017). Intimate partner violence is associated with increased maternal hair cortisol in mother-child dyads. *Comprehensive Psychiatry*, 72, 18-24. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.09.006>
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation, Anxiety and Anger*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós.
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., van Ommeren, M., & Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Brière, J., Kaltman, S., & Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 223-226. <https://doi.org/10.1002/jts.20317>
- Brown, D. W., Anda, R. F., Tiemeier, H., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Croft, J. B. & Giles, W. H. (2009). Adverse Childhood Experiences and the Risk of Premature Mortality. *American Journal of Preventive Medicine*, 37 (5), 389-396. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.06.021>



- Buss, C., Lord, C., Wadiwalla, M., Hellhammer, D. H., Lupien, S. J., Meaney, M. J., & Pruessner, J. C. (2007). Maternal care modulates the relationship between prenatal risk and hippocampal volume in women but not in men. *Journal of Neuroscience*, 27, 2592–2595.
- Cabanyes, J. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3 (4), 145-151. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2010.09.003>
- Cadamuro, A., Birtel, M. D., Di Bernardo, G. A., Crapolicchio, E., Vezzali, L., & Drury, J. (2020). Resilience in children in the aftermath of disasters: A systematic review and a new perspective on individual, interpersonal, Group, and intergroup level factors. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 31 (3), 259-275. <https://doi.org/10.1002/casp.2500>
- Capano, A. y Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias Psicológicas*, 2 (1), 83-95.
- Carliner, H., Keyes, K. M., McLaughlin, K. A., Meyers, J. L., Dunn, E. C., & Martins, S. S. (2016). Childhood trauma and illicit drug use in adolescence: A population-based National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55 (8), 701-708. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.010>
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25(4), 525–531. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.4.525>
- Carr, C. P., Martins, C. M. S., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B. y Juruena, M. F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: A systematic review according to childhood trauma subtypes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201 (12), 1007-1020. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000049>
- Carvalho, J. N., Renner, A. M., Donat, J. C., de Moura, T.C., Fonseca, R. P., & Kristensen, C. H. (2020). Executive functions and clinical symptoms in children exposed to maltreatment. *Applied Neuropsychology Child*, 9, 1-12. <https://doi.org/10.1080/21622965.2018.1497989>
- Castro, M. (2011). *Trastorno por estrés postraumático en menores que han sufrido maltrato familiar. Directo y exposición a violencia de género* (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, Murcia, España. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=94235>



- Castro, M., Alcántara-López, M., Martínez, A., Fernández, V., Sánchez-Meca, J., & López-Soler, C. (2017). Mother's IPV, child maltreatment type and the presence of PTSD in children and adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14 (9), 1077. <https://doi.org/10.3390/ijerph14091077>
- Cervera, I. M., López-Soler, C., Alcántara-López, M., Castro, M., Fernández-Fernández, V. y Martínez, A. (2020). Consecuencias del maltrato crónico intra-familiar en la infancia: Trauma del Desarrollo. *Papeles del Psicólogo*, 41(3), 219-227. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2934>
- Cervera, I. M., Melgar, J., & Camino, G. (2021). A review of Parenting Skills Programmes. *Journal of Clinical Psychology & Psychiatry*, 5 (1), 15-24.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2006). Fostering secure attachment in infant in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology*, 18, 623-649.
- Choi, K. R., Stewart, T., Fein, E., McCreary, M., Kenan, K. N., Davies, J. D., Naureckas, S., & Zima, B. T. (2020). The impact of attachment-disrupting adverse childhood experiences on child behavioral health. *The Journal of Pediatrics*, 221, 224-229. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.006>
- Cloitre, M., Brewin, C. R., Kazlauskas, E., Lueger-Schuster, B., Karatzias, T., Hyland, P., & Shevlin, M. (2021). Commentary: The need for research on PTSD in Children and adolescents – a commentary on Elliot et al. (2020). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62 (3), 277-279. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13361>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 1-12. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (5), 399-408. <https://doi.org/10.1002/jts.20444>
- Cohen, R. A., Grieve, S., Hoth, K. F., Paul, R. H., Sweet, L., Tate, D., Gunstad, J., Stroud, L., McCaffery, J., Hitsman, B., Niaura, R., Clark, C. R., MacFarlane, A., Bryant, R., Gordon, E., & Williams, L. M. (2006). Early life stress and morpho-



- metry of the adult anterior cingulate cortex and caudate nuclei. *Biological Psychiatry*, 59 (10), 975–982. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.12.016>
- Consejo de Europa (2011). *Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica*. www.coe.int/conventionviolence
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liataud, J., Mallah, K., Olafson, E., & van der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35 (5), 390-398. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-05>
- Coplan, J., Fathy, H., Jackowski, A., Tang, C., Perera, T., Mathew, S., Martínez, J., Abdallah, C., Dwork, A., & Pantol, G. (2014). Early life stress and macaque amygdala hypertrophy: preliminary evidence for a role for the serotonin transporter gene. *Frontiers Behavioral Neuroscience*, 8, 342.
- Corso, P. S., Edwards, V. J., Fang, X. & Mercy, J. A. (2008). Health related quality of life among adults who experienced maltreatment during childhood. *American Journal of Public Health*, 98 (6), 1094-1100. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.119826>
- Cortés, M. R., Cantón, J., y Cantón-Cortés, D. (2011). Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencia en la salud mental de las víctimas. *Gaceta Sanitaria*, 25 (2), 157-165. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.10.009>
- Council of Europe: Committee of Ministers (2006). Recommendation Rec (2006) 19 of the Committee of Ministers to Member States on Policy to support Positive Parenting. Available at: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d6dda
- Courtois, C. A. (2004). Complex Trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 41, 412-425. <https://doi.org/10.1037/1942-9681.S.1.86>
- Courtois, C. A. (2010). Understanding Complex Trauma, Complex Reactions, and Treatment Approaches. Retrieved from American Academy of Experts in Traumatic Stress website: <https://www.aets.org/traumatic-stress-library/understanding-complex-trauma-complex-reactions-and-treatment-approaches>



- Courtois, C. A. & Ford, J. D. (2009). Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-Based Guide. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*. <https://doi.org/10.1606/1945-1350.4045>
- Craig, S. G, Bondi, B. C., O'Donnell, K. A., Pepler, D. J., & Weiss, M. D. (2020) ADHD and exposure to maltreatment in children and youth: A systematic review of the past 10 years. *Current Psychiatry Reports*, 22 (12), 79. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01193-w>
- Cruz, D., Lichten, M., Berg, K., & George, P. (2022). Developmental trauma: Conceptual framework, associated risks and comorbidities, and evaluation and Treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 800687. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.800687>
- Daniels, A. D., Bryan, J., Liles, S., & Carney, J. V. (2022). The Family System Amidst Complex Trauma: A Driving Force to Enhance Resilience and Reduce Depression in Young Adults. *The Family Journal*, 30 (4), 531–541. <https://doi.org/10.1177/10664807221104115>
- Daniunaite, I., Cloitre, M., Karatzias, T., Shevlin, M., Thoresen, S., Zelviene, P., & Kazlauskas, E. (2021). PTSD and complex PTSD in adolescence: discriminating factors in a population-based cross-sectional study. *European Journal of Psychotraumatology*, 12 (1), 1890937. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1890937>
- Dannlowski, U., Stuhrmann, A., Beutelmann, V., Zwanzger, P., Lenzen, T., Grotegerd, D., Domschke, K., Hohoff, C., Ohrmann, P., Bauer, J., Lindner, C., Postert, C., Konrad, C., Arolt, V., Heindel, W., Suslow, T., & Kugel, H. (2012). Limbic Scars: Long-Term Consequences of Childhood Maltreatment Revealed by Functional and Structural Magnetic Resonance Imaging. *Biological Psychiatry* 71 (4), 286-293. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.10.021>
- De Aquino Ferreira, L. F., Queiroz Pereira, F. H., Neri Benevides, A. M. L. & Aguiar Melo, M. C. (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Research*, 262, 70-77. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.043>



- Delgi-Espositi, M., Pinto, S. M., Humpherys, K. L., Sale, R. D., & Bowes, L. (2020). Child maltreatment and the risk of antisocial behaviour: A population-based cohort study spanning 50 years. *Child Abuse & Neglect*, 99, 104281. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104281>
- De Ruiter, C., Burghart, M., De Silva, R., Griesbeck Garcia, S., Mian, U., Walshe, E., & Zouharova, V. (2022). A meta-analysis of childhood maltreatment in relation to psychopathic traits. *PLoS ONE* 17 (8), e0272704. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272704>
- Dong, M., Anda, R. F., Dube, S. R., Giles, W. H., & Felitti, V. J. (2003). The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child Abuse & Neglect* 27 (6), 625-639. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(03\)00105-4](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(03)00105-4)
- Dubowitz, H., Hein, H., & Tummala, P. (2018). *World perspectives on child abuse and neglect 2018 (13th ed.)*. The International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect.
- Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., & Frazier, J. A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard Review of Psychiatry*, 22 (3), 149–161. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000014>
- Dyregrov, A., & Yule, W. (2006). A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health*, 11 (4), 176-184. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2005.00384.x>
- Edmiston, E. E., Wang, F., Mazure, C. M., Guiney, J., Sinha, R., Mayes, L. C., & Blumberg, H.P. (2011). Corticostriatal-limbic gray matter morphology in adolescents with self-reported exposure to childhood maltreatment. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 165 (12), 1069–1077. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2011.565>
- English, D. & The LONGSCAN Investigators (1997). *Modified maltreatment classification system (MMCS)*. Recuperado de <http://www.iprc.unc.edu/longscan/>
- Elklit, A., Hyland, P., & Shevlin, M. (2014). Evidence of symptom profiles consistent with posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in



- different trauma samples. *European Journal of Psychotraumatology*, 5 (1), 24221. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24221>
- English, D., Thompson, R., White, C. R., & Wilson, D. (2015). Why should child welfare pay more attention to emotional maltreatment? *Children and Youth Services Review*, 50, 53-63. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.01.010>
- English, D., Upadhyaya, M., Litrownik, A., Marshall, J., Runyan, D., Graham, C., & Dubowitz, H. (2005). Maltreatment's wake: The relationship of maltreatment dimensions to child outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 29, 597-619.
- European Network of National Observatories on Childhood (2009). *Pautas sobre sistemas de recogida de datos y seguimiento del maltrato infantil*. Secretaría de ChildONEurope, Serie 1.
- Facer-Irwin, E., Karatzias, T., Bird, A., Blackwood, N., & MacManus, D. (2022). PTSD and complex PTSD in sentenced male prisoners in the UK: prevalence, trauma antecedents, psychiatric comorbidities. *Psychological Medicine*, 52, 2794–2804. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004936>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Fernández, M. V. (2014). *Maltrato infantil: Un estudio empírico sobre variables psicopatológicas en menores tutelados* (Tesis doctoral publicada online por DIGITUM y TDX). Universidad de Murcia, Murcia, España. Recuperado de <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/39453>
- Fernández, M. V., Martínez, A., Castro, M., Alcántara-López, M. y López-Soler, C. (2020). Trastorno de estrés postraumático en la infancia y la adolescencia: Cuestiones sobre diagnóstico y evaluación. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25 (3), 207-217. <https://doi.org/10.5944/rppc.29015>



- Foa, E. B., Johnson, K. M., Feeny, N. C., & Tredwell, K. R. H. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30 (3), 376-384. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003_9
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. Other Press.
- Ford, J. D. (2021). Progress and Limitations in the Treatment of Complex PTSD and Developmental Trauma Disorder. *Current Treatments Options in Psychiatry*, 8, 1-17 <https://doi.org/10.1007/s40501-020-00236-6>
- Ford, J. D., Charak, R., Karatzias, T., Shevlin, M., & Spinazzola, J. (2022b). Can developmental trauma disorder be distinguished from posttraumatic stress disorder? A symptom-level person-centred empirical approach. *European Journal of Psychotraumatology*, 13 (2), 2133488. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2133488>
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2021). Complex PTSD and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8, 16. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00155-9>
- Ford, J. D., Shevlin, M., Karatzias, T., Charak, R., & Spinazzola, J. (2022c). Can Developmental Trauma disorder be distinguished from posttraumatic stress disorder? A confirmatory factor Analytic Test of Four Structural Models. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 50 (9), 1207-1218. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00916-2>
- Ford, J. D., Spinazzola, J., van der Kolk, B. y Grasso, D. (2018). Toward an empirically-based developmental trauma disorder diagnosis for children: factor structure, item characteristics, reliability, and validity of the Developmental Trauma Disorder Semi-Structured Interview (DTD-SI). *Journal of Clinical Psychiatry*, 79 (5), e1-e9.
- Ford, J. D., Spinazzola, J., van der Kolk, B. y Chan, G. (2022a). Toward an empirically based Developmental Trauma Disorder diagnosis and semi-structured interview



- for children: The DTD field trial replication. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 145 (6), 628-639. <https://doi.org/10.1111/acps.13424>
- Frodl, T., Reinhold, E., Koutsouleris, N., Reiser, M., & Meisenzahl, E. M. (2010). Interaction of childhood stress with hippocampus and prefrontal cortex volume reduction in major depression. *Journal of Psychiatric Research*, 44 (13), 799-807. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.01.006>
- Galán-Rodríguez, A. (2020). ¿En qué mejora la teoría del apego nuestra práctica clínica? Es hora de recapitular [How does attachment theory improve our clinical practice? A time for summing-up]. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 41 (1), 66-73. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2917>
- García-Nieto, R. (2011). *Complejidad de síntomas del trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de malos tratos en la infancia y adolescencia* (Tesis doctoral). Universidad pública de Navarra, Pamplona, España.
- Geerson, J. K., Briggs, E. C., Kisiel, C. L., Layne, C. M., Ake, G. S., Ko, S. J., Gerrity, E. T., Steinberg, A. M., Howard, M. L., Pynoos, R. S., & Fairbank, J. A. (2011). Complex Trauma and mental health in children and adolescent placed in foster care: Findings from the national child traumatic stress network. *Child Welfare*, 90 (6), 91-108.
- Gillihan, S. J., Aderka, I. M., Conklin, P. H., Capaldi, S., & Foa, E. B. (2013). The Child PTSD Symptom Scale: Psychometric properties in female adolescent sexual assault survivors. *Psychological Assessment*, 25 (1), 23-31. <https://doi.org/10.1037/a0029553>
- Giovanardi, G., Vitelli, R., Maggiora-Vergano, C., Fortunato, A., Chianura, L., Lingiar-di, V., & Speranza, A. M. (2018). Attachment patterns and complex trauma in a sample of adults diagnosed with gender dysphoria. *Frontiers in Psychology*, 9, 60. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00060>
- González-García, C., Bravo, A., Arruabarrena, I., Martín, E., Santos, I., & Fernández del Valle, J. (2017). Emotional and behavioral problems of children in residential care: Screening detection and referrals to mental health services. *Children and Youth Services Review*, 70, 100-106. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.12.011>



- González-Vázquez, A. I. (2017). *No soy yo. Entendiendo el trauma complejo, el apego y la disociación: una guía para pacientes y profesionales*. Ana Isabel González Vázquez.
- Graham-Bermann, S., Castor, L. E., Miller, L. E., & Howell, K. H. (2012). The impact of intimate partner violence and additional traumatic events on trauma symptoms and PTSD in preschool-aged children. *Journal of Traumatic Stress, 25*, 393-400. <https://doi.org/10.1002/jts.21724>
- Guarín-Corredor, C., Quiroga-Santamaría, P., y Landínez-Parra, N. C. (2013). Proceso de cicatrización de heridas de piel, campos endógenos y su relación con las heridas crónicas. *Revista de la Facultad de Medicina (Universidad Nacional de Colombia), 61 (4)*, 441-448.
- Hafstad, G. S., Saetren, S. S., Myhre, M. C., Bergerud-Wichstrom, M., & Else-Marie, A. (2020). Cohort profile: Norwegian youth study on child maltreatment (the UEVO study). *BMJ Open, 10 (8)*, e038655. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038655>
- Hanson, J. L., Chung, M. K., Avants, B. B., Rudolph, K. D., Shirtcliff, E. A., Gee, J. C., Davidson, R. J., & Pollak, S.D. (2012). Structural variations in prefrontal cortex mediate the relationship between early childhood stress and spatial working memory. *Journal of Neuroscience, 32*, 7917–7925.
- Haruvi-Lamdan, N., Horesh, D., & Golan, O. (2018). PTSD and autism spectrum disorder: Co-morbidity, gaps in research, and potential shared mechanisms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 10 (3)*, 290–299. <https://doi.org/10.1037/tra0000298>
- Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020). Validation of ICD-11 PTSD and complex PTSD in foster children using the international trauma questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 141 (1)*, 60–73. <https://doi.org/10.1111/acps.13100>



- Heim, C. M., Mayberg, H. S., Mletzko, T., Nemeroff, C. B., & Pruessner, J. C. (2013). Decreased cortical representation of genital somatosensory field after childhood sexual abuse. *The American Journal of Psychiatry*, *170*, 616–623. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12070950>
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *13*, 271-286. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
- Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación: como superar las consecuencias de la violencia*. Espasa Hoy.
- Hernández, A., Gallardo-Pujol D., Pereda, N., Arntz, A., Bernstein, D. P., Gaviria, A. M., Labad, A., Valero, J., & Gutiérrez-Zotes, J. A. (2013). Initial validation of the Spanish childhood trauma questionnaire-short form: factor structure, reliability and association with parenting. *Journal of Interpersonal Violence*, *28* (7), 1498-1518. . <http://doi.org/10.1177/0886260512468240>
- Hervías, P., Maroto, L. y Benítez, M. (2017). *Trastorno de estrés postraumático complejo*. XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Interpsiquis 2017.
- Ho, G. W. K., Hyland, P. Shevlin, M., Chien, W. T., Inoue, S. Yang, P. J., Chen, F. H., Chan, A. C. Y., & Karatzias, T. (2020). The validity of ICD-11 PTSD and Complex PTSD in East Asian cultures: findings with young adults from China, Hong Kong, Japan, and Taiwan. *European Journal of Psychotraumatology*, *11* (1), 1717826. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1717826>
- Hodges, M., Godbout, N., Brière, J., Lanktree, C., Gilbert, A., & Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom *complexity* in children: A path analysis. *Child Abuse & Neglect*, *37*, 891-898. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.04.001>
- Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people. A review of the literatura. *Child Abuse & Neglect*, *32*, 797-810. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.02.004>
- Huang, Y. L., Chen, S. H., Su, Y. J., & Kung, Y. W. (2017). Attachment dimensions and post-traumatic symptoms following interpersonal traumas versus impersonal traumas in Young adults in Taiwan. *Stress and Health*, *33* (3), 233-243. <https://doi.org/10.1002/smi.2702>



- Huang, Y. L., Fonagy, P., Feigenbaum, J., Montague, P. R., Nolte T. & London Personality and Mood Disorder Research Consortium (2020). Multidirectional pathways between attachment, mentalizing, and posttraumatic stress symptomatology in the context of childhood trauma. *Psychopathology*, *53* (1), 48-58. <https://doi.org/10.1159/000506406>
- Hultmann, O., Broberg, A. G., & Axberg, U. (2020). Child psychiatric patients exposed to intimate partner violence and/or abuse: The impact of double exposure. *Journal of Interpersonal Violence*, *37* (11-12), 088626052097818. <https://doi.org/10.1177/0886260520978186>
- Humphreys, C., Houghton, C., & Ellis, J. (2008). *Literature review: Better outcomes for children and Young people experiencing domestic abuse*. Scottish Executive Domestic Abuse Delivery Group, Scottish Government, Edinburgh. <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2008/08/04112614/0>
- Humpherys, K. L., LeMolot, J., Wear, J. G., Piersiak, H. A., Lee, A., & Gotlib, I. H. (2020). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, *102*, 104361. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104361>.
- Hyland, P., Shevlin, M., Elklit, A., Murphy, J., Vallières, F., Garvert, D.W. & Cloitre, M. (2017). An assessment of the construct validity of the ICD-11 proposal for Complex posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *9*, 1–9. <https://doi.org/10.1037/tra0000114>
- Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M., & Cloitre, M. (2019). Examining the Discriminant Validity of Complex Posttraumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder Symptoms: Results From a United Kingdom Population Sample. *Journal of Traumatic Stress*, *32* (6), 855-863. <https://doi.org/10.1002/jts.22444>
- Karam, E. G., Friedman, M. J., Hill, E. D., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., & Petukhova, M. (2014). Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World mental health (WMH) surveys. *Depression and Anxiety*, *31*(2), 130-142. <https://doi.org/10.1002/da.22169>
- Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Roberts, N. P., & Brewin, C. R. (2018). PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and



- Lithuania. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, 1418103. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1418103>
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alhamzawi, A. O., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., Chatterji, S., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Florescu, S., Gal, G., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C. Y., ... Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197 (5), 378-385. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>
- Kira, I. A., Shuweikh, H., Al-Huwailiah, A., El-Wakeel, S. A., Waheep, N. N., & Ebadat, E. E. (2022). The direct and indirect impact of trauma types and cumulative stressors and traumas on executive functions. *Applied Neuropsychology Adult*, 29 (5), 1078-1094, <https://doi.org/10.1080/23279095.2020.1848835>
- Kisiel, C., Fehrenbach, T., Stolbach, B., Briggs, E., Layne, C., & Liang, L.J. (2014). Examining child sexual abuse in relation to complex patterns of trauma exposure: Findings from the National Child Traumatic Stress Network. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6 (1), 29-39. <https://doi.org/10.1037/a0037812>
- Klasen, F., Gehrke, J., Metzner, F., Blotevogel, M., & Okello, J. (2013). Complex Trauma symptoms in former Ugandan child soldiers. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22, 698-713. <https://doi.org/10.1080/10926771.2013.814741>
- Knefel, M., Tran, U. S., & Lueger-Schuster, B. (2016). The association of posttraumatic stress disorder, complex posttraumatic stress disorder, and borderline personality disorder from a network analytical perspective. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 70-78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.002>
- Kong, S. S., Kang, D. R., Oh, M. J., Kim, N. H. (2018). Attachment insecurity as a mediator of the relationship between childhood trauma and adult dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 19 (2), 214-231. <https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1329772>
- Labonté, B., Suderman, M., Maussion, G., Navarro, L., Yerko, V., Mahar, I., Bureau, A., Mechawar, N., Szyf, M., Meaney, M. J., & Turecki, G. (2012). Genome-



- wide Epigenetic Regulation by Early-Life Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 69 (7), 722-731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2287>
- Lansing, A. E., Plante, W. Y., Beck, A. N., & Ellenberg, M. (2018). Loss and grief among persistently delinquent youth: The contribution of adversity indicators and psychopathy-spectrum traits to broadband internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 11 (3), 375-389. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0209-9>
- Lau, A. S., Leeb, R. T., English, D. J., Graham, J. C., Briggs, E. C., Brody, K. E., & Marshall, J. M. (2005). What's in a name? A comparison of methods for classifying predominant type of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 29, 533-551.
- Lecanier, F., Guajardo, H., Kushner, D., Barrientos, C. y Monje, G. (2021). La complejidad del trauma complejo del desarrollo: Una propuesta del modelo de apego y complejidad (MAC). *Revista de Psicoterapia*, 32 (120), 105-124. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.463>
- Lemmy, D., McFarlane, J., Willson, P., & Malecha, A. (2001). Intimate partner violence. Mothers' perspectives of effects on children. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 26, 98-103. <https://doi.org/10.1097/00005721200103000-00009>
- Lewis, S. J., Koenen, K. C., Ambler, A., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H. L., Moffitt, T. E., & Danese, A. (2021). Unravelling the contribution of complex trauma to psychopathology and cognitive deficits: a cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 219 (2), 448-455. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.57>
- Ley de medidas de protección integral contra la Violencia de Género (Ley Orgánica 1/2004, 28 de diciembre). *Boletín Oficial del Estado*, nº 313, 2004, 29 diciembre.
- Ley de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia (Ley Orgánica 8/2015, 22 de julio). *Boletín Oficial del Estado*, nº 175, 2015, 23 julio.
- Ley de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia (Ley Orgánica 26/2015, 28 de julio). *Boletín Oficial del Estado*, nº 180, 2015, 29 julio.
- Ley de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (Ley Orgánica 8/2021, 4 de junio). *Boletín Oficial del Estado*, nº134, 2021, 5 junio.



- Ley por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica (Ley Orgánica 8/2021, 2 de junio). *Boletín Oficial del Estado*, n° 132, 2021, 3 junio.
- Lim, L., Radua, J., & Rubia, K. (2014). Gray matter abnormalities in childhood maltreatment: a voxel-wise meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, *171*, 854–863. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13101427>
- Lin, H. C., Yang, Y., Elliott, L., & Green, E. (2020). Individual differences in attachment anxiety shape the association between adverse childhood experiences and adult somatic symptoms. *Child Abuse & Neglect*, *101*, 104325. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104325>
- Lyons, S., Whyte, K., Stephens, R., & Townsend, H. (2020). Developmental Trauma Close Up. Available at: www.beaconhouse.org.uk/useful-resources/
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El Trauma Complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *13*(3), 159-174. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.3.2008.4057>
- López-Soler, C., Alcántara, M., Castro, M., & Fernández, V. (2017). The association between maternal exposure to intimate partner violence and emotional and behavioral problems in Spanish children and adolescents. *Journal of Family Violence*, *32* (2), 135-144. <https://doi.org/10.1007/s10896-016-9864-5>
- López-Soler, C., Fernández, V., Prieto, M., Alcántara, M. V., Castro, M. y López-Pina, J. A. (2012). Prevalencia de las alteraciones emocionales en una muestra de menores maltratados. *Anales de Psicología*, *28* (3), 780-788. <https://doi.org/10.6018/analesps.28.3.140441>
- López-Soler, C., Martínez, A., Alcántara, M., Castro, M. y Fernández, M. V. (2022). *Reacciones postraumáticas a lo largo de la infancia y la adolescencia. Intervención en el trauma del desarrollo*. Klinik.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M. Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B. & Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet*, *381* (9878), 1683-1685. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62191-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62191-6)



- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. En T. B. Brazelton y M. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy*. Ablex.
- Manly, J. T. (2005). Advances in research definitions of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 29, 425-439.
- Marinova, Z., & Maercker, A. (2015). Biological correlates of complex posttraumatic stress disorder – state of research and future directions. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 25913. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.25913>
- Marques-Feixa, L. y Fañanás, L. (2020). Las consecuencias neurobiológicas del maltrato infantil y su impacto en la funcionalidad del eje HHA. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y el Adolescente*, 4, 11-24.
- Marques-Feixa, L., Palma-Gudiel, H., Romero, S., Moya-Higueras, J., Rapado-Castro, M., Castro-Quintas, A., Zorrilla, I., Muñoz, M. J., Ramírez, M., Mayoral, M., Mas, A., Lobato, M. J., Blasco-Fontencilla, H., Fañanás, L., & EPI-Young Stress Group (2021). Childhood maltreatment disrupts HPA-axis activity under basal and stress conditions in a dose-response relationship in children and adolescents. *Psychological Medicine* 1–14. <https://doi.org/10.1017/S003329172100249X>
- Marshall, A. D. (2016). Developmental timing of trauma exposure relative to puberty and the nature of Psychopathology among adolescent girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55 (1), 25-32. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.10.004>.
- Martín, E., González-García, C., del Valle, J., & Bravo, A. (2020). Detection of behavioral and emotional disorders in residential child care: Using a multi-informant approach. *Children and Youth Services Review*, 108, 104588. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104588>
- Martín-Quintana, J. C., Máiquez, M. L. y Rodrigo, M. L. (2009). Programas de Educación Parental. *Intervención Psicosocial*, 18 (2), 121-133.
- Martínez, A. M. (2015). *Perfil externalizante e internalizante, y estrés postraumático en menores expuestos a violencia de género: Características y comorbilidad* (Tesis doctoral publicada online por DIGITUM y TDX). Universidad de Murcia, Murcia, España. Recuperado de <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/47129>
- Matte-Landry, A., Grisé Bolduc, M., Tanguay-Garneau, L., Collin-Vézina, D., & Ouellet-Morin, I. (2022). Cognitive Outcomes of Children With Complex Trauma: A



- Systematic Review and Meta-Analyses of Longitudinal Studies. *Trauma Violence Abuse*, 4, 15248380221111484. <https://doi.org/10.1177/15248380221111484>
- McClelland, G., Fehrenbach, T., Griffin, E., Burkman, K., & Kisiel C. En van der Kolk, B. A., Pynoos, R. S., Cichetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., & Ford, J. D. (2009). *Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM V*. Recuperado de: www.traumacenter.org.
- McGee, R. A., Wolfe, D. A., & Wilson, S. K. (1997). Multiple maltreatment experiences and adolescent behavior problems: Adolescents' perspectives. *Development and Psychopathology*, 9 (1), 131-149.
- Memarzia, J., Walker, J., & Meiser-Stedman, R. (2021). Psychological peritraumatic risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Affective Disorders*, 282, 1036-1047. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.016>.
- Merrick, M. T., Ford, D. C., Ports, K. A., Guinn, A. S. (2018). Prevalence of Adverse Childhood Experiences From the 2011-2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System in 23 States. *JAMA Pediatrics*, 172 (11), 1038-1044. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2537>.
- Mesa-Gresa, P. y Moya-Albiol, L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: el “ciclo de la violencia”. *Revista de Neurología*, 52 (8), 489-503. <https://doi.org/10.33588/rn.5208.2009256>
- Mikolajewski, A., Scheeringa, M., & Weems, C. (2017). Evaluating diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition Posttraumatic Stress Disorder Diagnostic Criteria in older children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 27, 374-382. <https://doi.org/10.1089/cap.2016.0134>
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2022). *Estrategia de Erradicación de la Violencia contra la infancia y adolescencia*. Recuperado de https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=8074
- Moore, J. L., Houck, C., Hirway, P., Barron, C. E., & Goldberg, A. P. (2020) Trafficking experiences and psychosocial features of domestic minor sex trafficking victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 35, 3148–3163. <https://doi.org/10.1177/0886260517703373>



- Morales, D. (2008). Desafíos en psicoterapia: trauma complejo, apego y disociación. *Avances en Psicología*, 26 (2), 135-144. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1186>
- Morales, S. y Santelices, M. P. (2007). Los Modelos Operantes Internos y su abordaje en psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 25 (2), 163-172.
- Morelli, N. M. & Villodas, M. T. (2022). A Systematic Review of the Validity, Reliability, and Clinical Utility of Developmental Trauma Disorder (DTD) Symptom Criteria. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 25 (2), 376-394. <https://doi.org/10.1007/s10567-021-00374-0>
- Motsan, S., Bar-Kalifa, E., Yirmiya, K., & Feldman, R. (2021). Physiological and social synchrony as markers of PTSD and Resilience following chronic early trauma. *Depression and Anxiety*, 38, 89-99. <https://doi.org/10.1002/da.23106>
- Nanni, V., Uher, R. & Danese, A. (2012). Childhood Maltreatment Predicts Unfavorable Course of illness and treatment outcome in Depression: A Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 169 (2), 141-51. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11020335>.
- National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC) (2012). *Child abuse and neglect in the UK today*. Author.
- Nemeroff, C. B. (2016). Paradise Lost: The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect. *Neuron*, 89 (5), 892-909. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2016.01.019>.
- Nestgaard, A. & Schmidt, C. (2021), Complex PTSD: what is the clinical utility of the diagnosis?. *European Journal of Psychotraumatology*, 12, 2002028. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2002028>
- Nieto, I. y López-Casares, M. C. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica Contemporánea*, 7 (2), 87-104. <https://doi.org/10.5093/cc2016a7>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. y Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Medicine*, 9 (11). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Op den Kelder, R., Ensink, J. B. M., Overbeek, G., Maric, M., & Lindauer, R. J. L. (2017). Executive function as a mediator in the link between single or complex



- trauma and posttraumatic stress in children and adolescents. *Quality of Life Research*, 26 (7), 1687-1696. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1535-3>.
- Opel, N., Redlich, R., Zwanzger, P., Grotegerd, D., Arolt, V., Heindel, W., Konrad, C., Kugel, H., & Dannlowski, U. (2014). Hippocampal atrophy in major depression: a function of childhood maltreatment rather than diagnosis? *Neuropsychopharmacology*, 39, 2723-2731. <https://doi.org/10.1038/npp.2014.145>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen*. Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). *European report on Preventing child maltreatment*. WHO. Regional Office for Europe.
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Maltrato infantil*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Maltrato infantil*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los niños (ISPCAN) (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. OMS/ISPCAN.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños (ISPCAN) (2009). *Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias*. OMS/ISPCAN.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10 (1), 3-16.
- Penner, F., Gambin, M., & Sharp, C. (2019). Childhood maltreatment and identity diffusion among inpatient adolescents: The role of reflective function. *Journal of Adolescence*, 76, 65-74. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.08.002>
- Pereda, N., & Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect*, 31 (4), 417-426. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.08.010>
- Pereda, N., Forns, M y Abad, J. (2013). Prevalencia de acontecimientos potencialmente traumáticos en universitarios españoles. *Anales de Psicología*, 29 (1), 178-186. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.12492>



- Pereda, N. y Gallardo-Pujol, D (2011). Revisión sistemática de las consecuencias neurológicas del abuso sexual infantil. *Gaceta Sanitaria*, 25 (3): 233-239. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.12.004>
- Perkins, S., & Graham-Bermann, S. (2012). Violence exposure and the development of school-related functioning: Mental health, neurocognition. *Aggression and Violent Behavior*, 17 (1), 89-98. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.10.001>
- Perry, B. D. (2009) Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: Clinical applications of the neurosequential model of therapeutics. *Journal of Loss and Trauma*, 14, 240-255. <https://doi.org/10.1080/15325020903004350>
- Pfluger, V., Rohner, S. L., Eising, C. M., Maercker, A. & Thoma, M. V. (2022). Associations Between Complex Trauma Exposure in Childhood/Adolescence and Psychopathology in Older Age: The Role of Stress Coping and Coping Self-Perception. *Journal of Child Adolescent Trauma*, 15, 539–551. <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00419-0>
- Pinheiro, P. S. (2006). *Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas*. Recuperado de la página web de la Organización de las Naciones Unidas: https://violenceagainstchildren.un.org/sites/violenceagainstchildren.un.org/files/document_files/world_report_on_violence_against_children_sp.pdf
- Poole, J. C., Dobson, K. S., & Pusch, D. (2018) Do adverse childhood experiences predict adult interpersonal difficulties? The role of emotion dysregulation. *Child Abuse & Neglect*, 80, 123-133. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.006>
- Porto-Faus, D., Leite de Moraes, C., Reichenheim, M. E., Borges da Matta Souza, L. M., & Taquette, S. R. (2019). Childhood abuse and community violence: Risk factors for youth violence. *Child Abuse & Neglect*, 98, 104182. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104182>
- Protic, S., Wittmann, L., Taubner, S., & Dimitrijevic, A. (2020) Differences in attachment dimensions and reflective functioning between traumatized juvenile offenders and maltreated non-delinquent adolescents from care services. *Child Abuse & Neglect*, 103, 104420. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104420>
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., y Marvin, B. (2019). La intervención del Círculo de Seguridad: cómo mejorar el apego en las relaciones entre padre e hijos mediante la intervención temprana. *Eleftheria*.



- Powers, A., Fani, N., Carter, S., Cross, D., Cloitre, M. & Bradley, B. (2017). Differential predictors of DSM-5 PTSD and ICD-11 complex PTSD among African American women, *European Journal of Psychotraumatology*, 8 (1), 1338914. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1338914>
- Pynoos, R., Fairbank, J. A., Briggs-King, E. C., Steinberg, A., Layne, C., & Stolbach, B. (2008). Trauma exposure, adverse experiences and diverse symptom profiles in a national sample of traumatized children. Paper presented at the 24th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies. Chicago.
- Rameckers, S. A., van Emmerik, A.A.P., Bachrach, N., Lee, C. W., Morina, N., & Arntz, A. (2021). The impact of childhood maltreatment on the severity of childhood-related posttraumatic stress disorder in adults. *Child Abuse & Neglect*, 120, 105208. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105208>.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112 (5), 330-350. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x>
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., Suvak, M. K., Wells, S. Y., Stirman, S. W., & Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 25 (3), 241-251. <https://doi.org/10.1002/jts.21699>
- Rink J., & Lipinska, G. (2020). Evidence of distinct profiles of ICD-11 post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD in a South African sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 11 (1), 1818965. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1818965>
- Sanmartín, J., Serrano, A., García, Y., Rodríguez, A., Martínez, P., Blundell, H. e Iborra, I. (2011). *Maltrato infantil en la familia en España: Informe del Centro Reina Sofía*. Recuperado de Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad: https://observatoriodelainfancia.vpsocial.gob.es/productos/pdf/malt2011v4_total_100_acces.pdf
- Save the Children (2019). *Más me duele a mí. La violencia que se ejerce en casa*. Save the Children España.



- Scheeringa, M. S., Myers, L., Putnam, F. W., & Zeanah, C. H. (2012). Diagnosing PTSD in early childhood: An empirical assessment of four approaches. *Journal of Traumatic Stress, 25*, 359-367. <https://doi.org/10.1002/jts.21723>
- Scheeringa, M. S., Peebles, C. D., Cook, C. A., & Zeanah, C. H. (2001). Towards establishing procedural, criterion and discriminant validity for PTSD in early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40* (1), 52-60. <https://doi.org/10.1097/00004583-200101000-00016>
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H. Myers, L., & Putnam, F. W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42* (5), 561-570. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046822.95464.14>
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H. Myers, L., & Putnam, F. W. (2005). Predictive validity in a prospective follow-up of PTSD in preschool children. *Journal American Academy Child and Adolescent Psychiatry, 44* (9), 899-906. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000169013.81536.71>
- Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (2008). Reconsideration of harm's: Onsets and comorbidity patterns in preschool children and their caregivers following Hurricane Katrina. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*, 508-518. <https://doi.org/10.1080/15374410802148178>
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 22* (1-2), 201-269.
- Sheffield, J. M., Williams, L. E., Woodward, N. D., & Heckers, S. (2013). Reduced gray matter volume in psychotic disorder patients with a history of childhood sexual abuse. *Schizophrenia Research, 143* (1), 185-191. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.10.032>
- Siegel, D. J. (2010). *La mente en desarrollo. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser. 2ª Edición*. Desclée de Brouwer.
- Snyder, H. R., Friedman, N. P., & Hankin, B. L. (2019). Transdiagnostic mechanisms of psychopathology in youth: Executive functions, dependent stress, and rumination. *Cognitive Therapy and Research, 43*, 834-851. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-10016-z>



- Sölva, K., Haselgruber, A., & Lueger-Schuster, B. (2020). Latent classes of childhood maltreatment in children and adolescents in foster care: associations with ICD-11 PTSD and complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology, 11*, 1832757. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1832757>
- Spinazzola, J., Ford, J., Zucker, M., van der Kolk, B., Silva, S., Smith, S., Smith, S., & Blaustein, M. (2005). National survey of complex trauma exposure, outcome and intervention for children and adolescents. *Psychiatric Annals, 35*, 433-439. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-09>
- Spinazzola, J., van der Kolk, B., & Ford, J. D. (2018). When nowhere is safe: Interpersonal trauma and attachment adversity as antecedents of posttraumatic stress disorder and developmental trauma disorder. *Journal of Traumatic Stress, 31* (5), 631-642. <https://doi.org/10.1002/jts.22320>
- Spinazzola, J., van der Kolk, B., & Ford, J. D. (2021). Developmental Trauma Disorder: a Legacy of Attachment Trauma in Victimized Children. *Journal of Traumatic Stress, 34*, 711-720. [10.1002/jts.22697](https://doi.org/10.1002/jts.22697)
- Stolbach, B. C., Dominguez, R. Z., Rompala, V., Gazibara, T., & Finke, R. (2009). *Complex trauma histories, PTSD and Developmental Trauma Disorder symptoms in traumatized urban children*. Paper presented at the 25th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Atlanta.
- Stolbach, B. C., Minshew, R., Rompala, V., Dominguez, R. Z., Gazibara, T., & Finke, R. (2013). Complex trauma exposure and symptoms in urban traumatized children: A preliminary test of proposed criteria for Developmental Trauma Disorder. *Journal of Traumatic Stress, 26*, 1-9. <https://doi.org/10.1002/jts.21826>
- Sturge-Apple, M. L., Davies, P. T., Cicchetti, D., & Manning, L. G. (2012). Interparental violence, maternal emotional unavailability and children's cortisol functioning in family contexts. *Developmental Psychology, 48* (1), 237-249. <https://doi.org/10.1037/a0025419>
- Swartz, J. R., Williamson, D. E., & Hariri, A. R. (2015). Developmental change in amygdala reactivity during adolescence: effects of family history of depression and stressful life events. *The American Journal of Psychiatry, 172*, 276-283. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14020195>
- Tarren-Sweeney, M. (2013). An investigation of complex attachment and trauma-related symptomatology among children in foster and kinship care. *Child*



- Psychiatry & Human Development*, 44 (6), 727-741.
<https://doi.org/10.1007/s10578-013-0366-x>.
- Tarullo, A. R. y Gunnar, M. R. (2006). Child maltreatment and the developing HPA axis. *Hormones and Behavior*, 50 (4), 632-639.
<https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2006.06.010>
- Teicher, M. H., Dumont, N. L., Ito, Y., Vaituzis, C., Giedd, J. N., & Andersen, S. L. (2004). Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biological Psychiatry*, 56 (2), 80-85.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.03.016>. PMID: 15231439.
- Teicher, M. H. & Samson, J. A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *The American Journal of Psychiatry*, 170 (10), 1114-1133.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12070957>.
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual research review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241-266. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12507>
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience*, 17 (10), 652-666. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.111>
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Sheu, Y. S., Polcari, A. & McGreenery, C. E. (2010). Hurtful words: association of exposure to peer verbal abuse with elevated psychiatric symptom scores and corpus callosum abnormalities. *The American Journal of Psychiatry* 167 (12), 1464-1471.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10010030>
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Thomaes, K., Dorrepaal, E., Draijer, N., de Ruiter, M. B., van Balkom, A. J., Smit, J. H., & Veltman, D. J. (2010). Reduced anterior cingulate and orbitofrontal volumes in child abuse-related complex PTSD. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 1636-1644.
- Ulloa, R. E. y Navarro, I. G. (2011). Estudio descriptivo de la prevalencia y tipos de maltrato en adolescentes con psicopatología. *Salud Mental*, 34 (3), 219-225.



- UNICEF (2006). *Informe mundial sobre violencia contra los niños y niñas*. Estudio del Secretario General de la Naciones Unidas sobre violencia contra los niños. Publicación de las Naciones Unidas.
- UNICEF (2009). *Estado mundial de la infancia 2008*. Publicación de las Naciones Unidas.
- UNICEF (2021). Global Annual Results 2021: Goal Area 3. Recuperado de: <https://www.unicef.org/reports/global-annual-results-2021-goal-area-3>
- Vachon, D. D., Krueger, R. F., Rogosch, F. A. & Cicchetti, D. (2015). Assessment of the harmful psychiatric and behavioral effects of different forms of child maltreatment. *JAMA Psychiatry*, 72 (11), 1135-1142.
- Van Dam, N. T., Rando, K., Potenza, M. N., Tuit, K., & Sinha, R. (2014). Childhood maltreatment, altered limbic neurobiology, and substance use relapse severity via trauma-specific reductions in limbic gray matter volume. *JAMA Psychiatry* 71 (8), 917–925. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.680>
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. y Steele, K. (2008). *El yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Desclée de Brower.
- Van der Kolk, B. A. (2002). The assessment and Treatment of Complex PTSD. In R. Yehuda (Eds.), *Traumatic Stress*. American Psychiatric Press.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35 (5), 401-408. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>
- Van der Kolk, B., Ford, J. D., & Spinazzola, J. (2019). Comorbidity of developmental trauma disorder (DTD) and post-traumatic stress disorder: Findings for the DTD field trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 10 (1), 1562841. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1562841>
- Van der Kolk, B. A., Pynoos, R. S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J. D., Lieberman, A. F., Putnam, F. W., Saxe, G., Spinazzola, J., Stolbach, B. C., & Teicher, M. (2009). Proposal to include a developmental trauma diagnosis for children and adolescents in DSM V. Recuperado de www.traumacenter.org.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389-399. <https://doi.org/10.1002/jts.20047>



- Van Meter, F., Handley, E. D., & Cicchetti, D. (2020). The role of coping strategies in the pathway between child maltreatment and internalizing and externalizing behaviors. *Child Abuse & Neglect, 101*, 104323 <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104323>
- Van Rooij, S. J. H., Smith, R. D., Stenson, A. F., Ely, T. D., Yang, X., Tottenham, N., Stevens, J. S., & Jovanovic, T. (2020). Increased activation of the fear neurocircuitry in children exposed to violence. *Depression and Anxiety, 37* (4), 303-312. <https://doi.org/10.1002/da.22994>
- Villalta, L., Khadr, S., Chua, K., Kramer, T., Clarke, V., Viner, R. M., Stringaris, A., & Smith, P. (2020). Complex post-traumatic stress symptoms in female adolescents: the role of emotion dysregulation in impairment and trauma exposure after an acute sexual assault. *European Journal of Psychotraumatology, 11* (1), 1710400. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1710400>.
- Vythilingam, M., Heim, C., Newport, J., Miller, A. H., Anderson, E., Bronen, R., Brummer, M., Staib, L., Vermetten, E., & Charney, D. S. (2002). Childhood trauma associated with smaller hippocampal volume in women with major depression. *American Journal of Psychiatry, 159*, 2072-2080.
- Wamser-Nanney, R., & Cherry, K. E. (2018). Children's trauma-related symptoms following complex trauma exposure: Evidence of gender differences. *Child Abuse & Neglect, 77*, 188-197. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.009>
- Wamser-Nanney, R., & Vandenberg, B. R. (2013). Empirical support for the definition of a Complex Trauma event in children and adolescents. *Journal of Traumatic Stress, 26*, 671-678. <https://doi.org/10.1002/jts.21857>
- Warmingham, J. M., Handley, E. D., Rogosch, F. A., Manly, J. T. & Cicchetti, D. (2019). Identifying maltreatment subgroups with patterns of maltreatment subtype and chronicity: A latent class analysis approach. *Child Abuse & Neglect, 87*, 28-39. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.08.013>
- Wong, C. F., Clark, L. F., & Marlotte, L. (2016) The impact of specific and complex trauma on the mental health of homeless youth. *Journal of Interpersonal Violence, 31* (5), 831–854. <https://doi.org/10.1177/0886260514556770>
- World Health Organization (2018). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11th Revision (ICD-11). Recuperado de <https://www.who.int/classifications/icd/en/>



- Yearwood, K., Vliegen, N., Chau, C., Corveleyn, J., & Luyten, P. (2021) Prevalence of Exposure to Complex Trauma and Community Violence and Their Associations With Internalizing and Externalizing Symptoms. *Journal of Interpersonal Violence*, 36 (1-2), 843-861. <https://doi.org/10.1177/0886260517731788>
- Zhang, Y., Zhang, J., & Ding, C. (2019). Investigating the association between parental absence and developmental trauma disorder symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 32 (5), 733-741. <https://doi.org/10.1002/jts.22446>



ANEXO

Listado de Síntomas del Trastorno Traumático del Desarrollo (GUIIA-PC, 2014)

Nombre del menor:

Edad:

Procedencia: HUCVA PEDIMET VIOLENCIA DE GÉNERO OTRO

Señale con una cruz cuáles de los siguientes eventos adversos ha experimentado o presenciado el menor:

TIPO DE TRAUMA	INICIO ¿Cuándo comenzó?	DURACIÓN ¿Cuánto duró?
<input type="radio"/> Negligencia		
<input type="radio"/> Abuso/maltrato físico		
<input type="radio"/> Abuso sexual		
<input type="radio"/> Abuso/maltrato emocional		
<input type="radio"/> Violencia doméstica		
<input type="radio"/> Enfermedad mental cuidador		
<input type="radio"/> Muerte cuidador		
<input type="radio"/> Violencia escolar		
<input type="radio"/> Violencia en la comunidad		
<input type="radio"/> Enfermedad grave del menor		
<input type="radio"/> Accidente grave del menor		
<input type="radio"/> Desastre natural		
<input type="radio"/> Guerra/terrorismo		
<input type="radio"/> Otro:		

A continuación aparecen una serie de síntomas que el menor puede presentar después de experimentar o vivenciar un suceso traumático. Por favor, coloque en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3, según la frecuencia e intensidad con que cree el menor ha presentado los siguientes síntomas.

0: Nada

1: Una vez por semana o menos/poco



2: De 2 a 4 veces por semana/bastante

3: 5 o más veces por semana/mucho

DESREGULACIÓN AFECTIVA Y FISIOLÓGICA

1. Incapacidad para modular, tolerar o recuperarse de estados afectivos extremos (miedo, ira, vergüenza), incluyendo rabietas graves y prolongadas o inmovilización. _____
2. Perturbaciones en la regulación de funciones corporales (por ejemplo, perturbaciones persistentes en el sueño, alimentación y/o control esfinteriano; hiper o hipo reactividad al tacto y los sonidos; desorganización durante la transición entre rutinas). _____
3. Conciencia/reconocimiento disminuida/o o disociación de sensaciones, emociones y estados corporales (despersonalización, desrealización, discontinuidad en los estados afectivos, embotamiento afectivo, analgesia física y dificultad para el reconocimiento de emociones). _____
4. Dificultad en la descripción de emociones y estados corporales (dificultad para describir estados internos o para comunicar necesidades tales como hambre o la evacuación y eliminación). _____

DESREGULACIÓN ATENCIONAL Y DEL COMPORTAMIENTO

1. Preocupación por la amenaza, o dificultad para percibirla, incluyendo una mala interpretación de las señales de seguridad y peligro. _____
2. Deterioro en la capacidad de auto protegerse, incluyendo conductas de riesgo o búsqueda de emociones intensas (conductas sexuales de riesgo, descontrol impulsivo, subestimación del riesgo, dificultad para comprender las reglas, para planificar la conducta y anticipar las consecuencias). _____
3. Intentos desajustados de auto-calma (por ejemplo, balanceos y otros movimientos rítmicos, masturbación compulsiva) (incluye también consumo de sustancias). _____
4. Auto injuria/autolesión habitual (intencional o automática) o reactiva (cortarse, golpearse la cabeza, quemarse, pellizcarse). _____
5. Incapacidad para iniciar o mantener una conducta dirigida a un objetivo (falta de curiosidad, dificultades para planificar o completar tareas, abulia). _____



DESREGULACIÓN DEL YO Y EN LAS RELACIONES

1. Preocupación intensa por la seguridad del cuidador o de otros seres queridos significativos (incluyendo una actitud temprana de cuidado hacia otros) o dificultad en la tolerancia al reencuentro con los mismos después de una separación. _____
2. Persistente concepto/sentido negativo de sí mismo, incluyendo sentimientos de odio hacia sí mismo, impotencia, sentimiento de falta de valía, ineficacia o defectuosidad. _____
3. Desconfianza extrema y persistente, conducta desafiante o falta de reciprocidad en las relaciones cercanas con adultos o iguales (incluye expectativa de ser victimizado por otros). _____
4. Reactividad física o agresión verbal (impulsiva, no intencionalmente coercitiva o manipuladora) hacia pares, cuidadores u otros adultos. _____
5. Intentos inapropiados (excesivos o promiscuos) de tener contacto íntimo (incluido pero no limitado a la intimidad física o sexual) o excesiva dependencia hacia iguales o adultos en búsqueda de seguridad o reaseguro. _____
6. Deterioro en la capacidad de regular la activación empática, evidenciado por una falta de empatía por, o intolerancia a, las expresiones de estrés de otros, o excesiva respuesta al estrés/perturbación de los otros. _____

DURACIÓN DE ALTERACIONES (¿Desde cuándo experimenta estos síntomas?):

DETERIORO FUNCIONAL. Los síntomas causan malestar significativo o deterioro/incapacidad en las siguientes áreas (señale sí o no):

	SÍ	NO
ESCOLAR (bajo rendimiento escolar, problemas de disciplina, inasistencia, abandono escolar, conflictos con profesores, problemas aprendizaje, dificultades intelectual que no se explica por ningún trastorno neurológico u otros factores).		
FAMILIAR (conflictividad, evitación/pasividad, fuga, desapego y búsqueda de sustitutos, intentos de dañar física o emocionalmente a miembros de la familia, incumplimiento de las responsabilidades dentro de la familia).		
GRUPO DE PARES (aislamiento, afiliaciones desajustadas, conflicto físico o emocional persistente, involucración en violencia o actos inseguros, estilos de interacción o afiliación inadecuados para la edad).		
LEGAL (arrestos/reincidencia, detención, condenas, cárcel, violación de libertad condicional o de		



otras órdenes legales, aumento en la gravedad de los delitos, delitos contra otras personas, desinterés por la ley o las convenciones morales estándar).		
SALUD (enfermedad física o problemas que no pueden ser explicados por heridas físicas o degeneración, incluyendo los sistemas digestivo, neurológico (incluyendo síntomas conversivos y analgesias), sexual, inmunológico, cardiopulmonar, propioceptivo o sensorial, o dolores de cabeza severos (incluyendo migrañas) o dolor crónico o fatiga.		