



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

**TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO  
EN MENORES QUE HAN SUFRIDO  
MALTRATO FAMILIAR: DIRECTO Y EXPOSICIÓN  
A VIOLENCIA DE GÉNERO**

**TESIS DOCTORAL**

Presentada por:  
MARAVILLAS CASTRO SÁEZ

Dirigida por:  
CONCEPCIÓN LÓPEZ SOLER  
JUAN JOSÉ LÓPEZ GARCÍA

MURCIA, 2011

**Los niños/as  
son mensajes vivientes  
que enviamos al futuro.**  
Marshall McLuhan

Dedicatoria:

A DAVID

A MIS PADRES

## Agradecimientos:

Me resulta muy difícil expresar con palabras mi agradecimiento a todas las personas que han hecho posible que ahora mismo esté poniendo fin a esta investigación. El camino para llegar hasta aquí ha sido como una carrera de obstáculos que he tenido que ir saltando con mucho esfuerzo, y que sin duda no habría podido superar sin el apoyo recibido por los/as que han estado a mi alrededor dándome energía para continuar cuando las fuerzas flaqueaban.

Debo agradecer en primer lugar a la persona que desde hace 10 años y día tras día confía en mi trabajo: Concha, la directora de esta tesis, a la que admiro muchísimo tanto a nivel profesional como personal. Para mí es un modelo a seguir, contagiándome de su ilusión por ayudar a los demás, de su fuerza para enfrentarse a las dificultades y de su manera de hacer un trabajo de calidad (y sobre todo muy humano). Gracias por ayudarme cada día a ser una mejor profesional y una mejor persona.

Del mismo modo, quisiera dar las gracias al otro director de mi tesis, Juanjo, sin el que no hubiera podido organizar y esclarecer los numerosos datos obtenidos en este trabajo. Me ha ofrecido su asesoramiento y guía en este mundo metodológico casi desconocido para mí, con una buena disposición y una gran amabilidad en todo momento.

Mis compañeros y compañeras de trabajo (Mavi, Macarena, Jean Carlos, Nancy, Oscar, Vanesa, Mari Carmen, Visi, Ana, Carlota), el equipo de la Asociación Quiero Crecer, son los/as que han ido viviendo conmigo el día a día de esta investigación, dándome ánimos cuando me faltaban, y comprendiendo mi mal humor en determinados momentos. Quizás con la que he compartido más momentos en este periodo ha sido con Mavi, tanto risas como llantos, realizando juntas nuestras tesis, y quiero darle las gracias porque el camino ha resultado más fácil con compañía. Me gustaría agradecerles a todos/as y por qué no, pedirles disculpas, por el “encierro” en el que he estado inmersa, quizás sin dedicarles el tiempo y la dedicación que se merecen. Ya saben que dentro de poco “vuelvo” y pienso recuperar el tiempo perdido.

Del mismo modo mis compañeras de la Unidad de Psicología Infantil del Hospital Virgen de la Arrixaca (Fuensanta, Laura, Sonia) y las del grupo de investigación (Carmen, Antonia), que aunque no han podido seguirlo de tan cerca, he sentido su apoyo y ayuda en este periodo.

Quisiera agradecer a Gustavo, David y Jean Carlos el asesoramiento recibido para el soporte informático, con el que he tenido bastantes problemillas, haciendo más cómodo este trabajo.

Debo expresar mi gratitud a todas mis amigas y amigos que están esperando durante estos meses que vuelva a estar disponible para disfrutar de su compañía, sin prisas ni agobios.

No quisiera terminar sin agradecer a los niños y niñas que han formado parte de este trabajo, permitiéndome que entrara en sus horribles experiencias de maltrato y en sus emociones más profundas y dolorosas.

Dar las gracias también a los/as profesionales que han derivado a los/as menores y a las Direcciones Generales (Prevención de la Violencia de Género y Reforma Juvenil; y Familia, Igualdad e Infancia) que han hecho posible que se les pueda ofrecer a estos/as menores la intervención psicológica necesaria para disminuir su sufrimiento.

Por último quiero reconocer desde aquí el apoyo incondicional recibido por las personas más importantes en mi vida, mi familia (marido, padres biológicos y políticos, hermanos, cuñados, sobrinos...etc.) que se han agobiado, llorado, reído,...conmigo en toda una maraña de intensos sentimientos que he experimentado durante todo este tiempo. Considero que ellos/as han sido los más perjudicados en esta historia, porque inevitablemente y muy a mi pesar, he tenido que restar tiempo de su compañía para dedicárselo a este trabajo. Pero sé que entienden mi profesión y me apoyan haga lo que haga.

Y como todo llega y todo pasa, aquí estoy, cerrando este periodo de mi vida, duro e intenso, con la satisfacción de haber realizado este trabajo con mucha ilusión, a pesar del esfuerzo.

Sin duda, esto no hubiera sido posible sin la persona que día a día ha estado esperándome en casa con un beso. Gracias David.

Y espero no haberme dejado a nadie. Y si ha sido así, gracias a todos/as.

Esta investigación se ha realizado gracias a los siguientes proyectos:

- **“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 el Instituto de la Mujer de la Región de Murcia (actualmente Dirección General de Prevención de la Violencia de Género y Reforma Juvenil).
- **“Proyecto de evaluación, diagnóstico e intervención psicológica a menores tutelados”**, en base a un convenio establecido entre la Universidad de Murcia y la Dirección General de Familia y Menor (actualmente Dirección General de Familia, Igualdad e Infancia).

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

PARTE TEÓRICA.....	1
<b><u>MALTRATO INFANTIL</u></b> .....	2
<b>1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL</b> .....	3
1.1. CONTEXTO POLÍTICO-SOCIAL DEL MALTRATO INFANTIL.....	4
1.1.A. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	4
1.1.B. INTERÉS ACTUAL.....	4
1.2. DEFINICIÓN DE MALTRATO INFANTIL.....	5
1.3. MALTRATO EN EL HOGAR.....	8
1.3.A. VIOLENCIA FAMILIAR.....	9
1.3. B. VIOLENCIA EN LA PAREJA.....	9
1.3. C. VIOLENCIA DE GÉNERO.....	9
1.3. D. CONTROVERSIA EN LAS DEFINICIONES.....	10
1.4. CATEGORÍAS DEL MALTRATO INFANTIL.....	11
1.5. EXPOSICIÓN DE LOS/AS MENORES A VIOLENCIA DE GÉNERO .....	13
1.5. A. DEBATE SOBRE SU INCLUSIÓN COMO FORMA DE MALTRATO.....	13
1.5. B. TERMINOLOGÍA UTILIZADA .....	14
1.5. C. ASPECTOS LEGALES Y SOCIALES.....	16
1.6. RESUMEN.....	17
<b>2. EPIDEMIOLOGÍA DEL MALTRATO INFANTIL</b> .....	19
2.1. PREVALENCIA DEL MALTRATO INFANTIL .....	20
2.1. A. DIFICULTADES EN EL REGISTRO DE CASOS.....	20
2.1. B. DATOS DE PREVALENCIA DE MALTRATO INFANTIL A NIVEL INTERNACIONAL Y NACIONAL.....	21
2.1. C. DATOS DE PREVALENCIA DE LAS TIPOLOGÍAS DEL MALTRATO.....	23
2.1. D. DATOS DE PREVALENCIA DE LA EXPOSICIÓN DE LOS/AS MENORES A VIOLENCIA DE GÉNERO A NIVEL INTERNACIONAL Y NACIONAL.....	25
2.2. COMORBILIDAD ENTRE LAS CATEGORÍAS DE MALTRATO INFANTIL.....	27
2.2.A. DATOS DE COMORBILIDAD ENTRE LAS CATEGORÍAS CLÁSICAS DE MALTRATO: ABUSO FÍSICO, ABUSO SEXUAL, NEGLIGENCIA Y MALTRATO EMOCIONAL.....	27
2.2.B. DATOS DE COMORBILIDAD ENTRE LA EXPOSICIÓN DE LOS/AS MENORES A VIOLENCIA DE GÉNERO Y OTROS TIPOS DE MALTRATO INFANTIL.....	29
2.3. RESUMEN.....	32
<b>3. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DEL MALTRATO INFANTIL</b> .....	33
<b><u>ESTRÉS POSTRAUMÁTICO</u></b> .....	39
<b>4. CONCEPTUALIZACIÓN: ESTRÉS Y TRAUMA</b> .....	41
4.1. EL ESTRÉS.....	41
4.1. A. DEFINICIÓN DE ESTRÉS.....	41
4.1. B. TEORÍAS DEL ESTRÉS.....	42

4.1. C. TIPOS DE ESTRESORES.....	44
4.2. EL TRAUMA.....	46
4.2.A. DEFINICIÓN DE TRAUMA .....	46
4.3. DIFERENCIACIÓN ENTRE LOS CONCEPTOS DE ESTRÉS Y TRAUMA.....	48
4.4. TIPOS DE EVENTOS TRAUMÁTICOS.....	48
4.5. RESUMEN.....	50
<b>5. REACCIONES AL ESTRÉS. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT).....</b>	<b>52</b>
<b>6. CONCEPTUALIZACIÓN DEL TEPT SEGÚN LAS CLASIFICACIONES OFICIALES.....</b>	<b>55</b>
6.1. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SEGÚN LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (DSM).....	56
6.1. A. ANTECEDENTES: EL DSM-I Y DSM-II. ....	56
6.1. B. INCLUSIÓN DEL TEPT: DSM-III Y SU REVISIÓN DSM-III-TR .....	56
6.1. C. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ACTUALES: DSM-IV Y SU REVISIÓN DSM-IV-TR.....	58
6.1. D. DIFERENCIAS DEL TEPT CON EL TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO.....	61
6.2. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (CIE).....	62
6.2. A. INCLUSIÓN EN EL MANUAL: CIE-9.....	62
6.2.B. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ACTUALES: CIE-10.....	62
6.3. DIFERENCIAS ENTRE EL DSM-IV-TR Y LA CIE-10 EN RELACIÓN AL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO .....	64
6.4. RESUMEN.....	64
<b>7. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....</b>	<b>66</b>
7.1. REACCIONES NORMALES AL ESTRÉS Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TEPT EN POBLACIÓN ADULTA.....	67
7.2. REACCIONES NORMALES AL ESTRÉS Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TEPT EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA.....	69
7.3. RESUMEN.....	74
<b>8. EPIDEMIOLOGÍA DEL TEPT.....</b>	<b>75</b>
8.1. PREVALENCIA DE LA EXPOSICIÓN A EVENTOS TRAUMÁTICOS.....	76
8.2. PREVALENCIA DEL TEPT.....	79
8.2. A. PREVALENCIA DEL TEPT EN POBLACIÓN GENERAL.....	79
8.2. B. PREVALENCIA DEL TEPT EN MALTRATO INFANTIL.....	82
8.2. C. ESTUDIOS ACTUALES CON CRITERIOS DSM-IV-TR.....	89
8.2.D. DIFICULTADES ENCONTRADAS EN ESTUDIOS DE PREVALENCIA.....	98
8.3. CURSO DEL TEPT.....	98
8.4. COMORBILIDAD DEL TEPT CON OTROS TRASTORNOS.....	101
8.5. FACTORES MODULADORES DEL TEPT.....	104
8.5. A. FACTORES DE RIESGO.....	105
8.5. B. FACTORES DE PROTECCIÓN.....	114
8.6. RESUMEN.....	121
<b>9. MODELOS EXPLICATIVOS DEL TEPT.....</b>	<b>123</b>



9.1. MODELOS NEUROBIOLÓGICOS.....	124
9.2. MODELOS PSICOLÓGICOS.....	125
9.2. A. TEORÍAS DEL APRENDIZAJE.....	125
9.2. B. TEORÍAS COGNITIVAS.....	126
9.3. RESUMEN Y CONCLUSIONES.....	136
<b>10. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL TEPT INFANTIL.....</b>	<b>137</b>
10.1. SCREENING.....	138
10.1.A. INSTRUMENTOS MÁS UTILIZADOS PARA EVALUAR LA EXPOSICIÓN A EVENTOS TRAUMÁTICOS.....	140
10.2. EVALUACIÓN EXHAUSTIVA DE TEPT.....	141
10.2. A. MULTI-INFORMANTE.....	141
10.2. B. MULTI-MÉTODO.....	143
10.2. C. INSTRUMENTOS MÁS UTILIZADOS PARA EVALUAR SINTOMATOLOGÍA TEPT.....	143
10.2. D. EVALUACIÓN DEL DETERIORO FUNCIONAL.....	157
10.3. EVALUACIÓN DE LA COMORBILIDAD DEL TEPT.....	159
10.4. LIMITACIONES EN EL PROCESO EVALUATIVO DEL TEPT INFANTIL.....	159
10.4. A. RELACIONADAS CON EL SUJETO DE EVALUACIÓN.....	159
10.4. B. RELACIONADAS CON EL TIPO DE EVENTO TRAUMÁTICO.....	160
10.4. C. RELACIONADAS CON LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.....	161
10.4. D. RELACIONADAS CON LOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....	161
10.4. E. RELACIONADAS CON LAS INVESTIGACIONES EXISTENTES.....	165
10.4. F. RELACIONADAS CON LAS CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	165
10.5. RESUMEN Y CONCLUSIONES.....	165
<b>11. LIMITACIONES ACTUALES EN LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TEPT INFANTIL.....</b>	<b>169</b>
11.1. CRITERIO A1.....	175
11.2. CRITERIO A2.....	177
11.3. CRITERIO C.....	177
11.4. RESUMEN.....	179
<b>12. PROPUESTAS DE FUTURO: REACCIONES POSTRAUMÁTICAS EN EL PRÓXIMO DSM, EL DSM- V.....</b>	<b>181</b>
12.1. NUEVO DIAGNÓSTICO TEPT PARA NIÑOS Y NIÑAS DE EDAD PREESCOLAR.....	182
12.2. REFORMULACIÓN DE LOS CRITERIOS TEPT PARA ADULTOS CON NOTAS REFERENTES A NIÑOS Y NIÑAS DE EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES.....	184
12.3. INCLUSIÓN DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO: DEVELOPMENTAL TRAUMA DISORDER (DTD).....	187
12.4. RESUMEN.....	192
<b>PARTE EMPÍRICA.....</b>	<b>194</b>
<b>13. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....</b>	<b>195</b>
13.1. OBJETIVOS.....	196
13.2. HIPÓTESIS.....	196
<b>14. MÉTODO.....</b>	<b>200</b>

14.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.....	201
14.1.A. GRUPO I: MENORES QUE HAN ESTADO EXPUESTOS A VIOLENCIA DE GÉNERO.....	202
14.1.B. GRUPO II: MENORES MALTRATADOS TUTELADOS .....	204
14.2. PROCEDIMIENTO.....	207
14.2. A. SELECCIÓN DE PARTICIPANTES.....	207
14.2. B. EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN.....	208
14.2. C. RECOGIDA DE INFORMACIÓN SOBRE CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E HISTORIA DE MALTRATO.....	212
14.2. D. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	213
14.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	216
14.3. A. HISTORIA DE MALTRATO.....	216
14.3. B. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	220
14.4. ANÁLISIS DE DATOS.....	229
<b>15. RESULTADOS.....</b>	<b>231</b>
<u>PARTE I: RESULTADOS DESCRIPTIVOS.....</u>	<u>232</u>
15.1. MUESTRA TOTAL.....	232
15.1. A. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	232
15.2. GRUPO I.....	248
15.2.A. HISTORIA DE MALTRATO.....	248
15.2. B. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	252
15.3. GRUPO II.....	269
15.3.A. HISTORIA DE MALTRATO.....	270
15.3.B. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	272
<u>PARTE II: CONFIRMACIÓN DE HIPÓTESIS.....</u>	<u>289</u>
<b>16. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>296</b>
16.1. RESPECTO A LOS INDICADORES DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	297
16.1. A. SINTOMATOLOGÍA TEPT.....	297
16.1.B. DETERIORO FUNCIONAL.....	306
16.2. RESPECTO A LAS HIPÓTESIS PLANTEADAS.....	308
<b>17. CONCLUSIONES.....</b>	<b>317</b>
17.1. CONCLUSIONES GENERALES.....	318
17.2. LIMITACIONES.....	326
17.3. APORTACIONES.....	327
17.4. RETOS PARA EL FUTURO.....	328
17.5. CONSIDERACIONES PERSONALES.....	329
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>331</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>395</b>

## INDICE TABLAS

Tabla 1.1. Definiciones de maltrato infantil por parte de organizaciones a nivel mundial, internacional y nacional.....	7
Tabla 1.2. Definiciones de maltrato infantil por parte de autores expertos en el tema a nivel internacional y nacional.....	8
Tabla 1.3. Definición y formas más representativas de las cuatro categorías clásicas de maltrato, propuestas por organizaciones y autores expertos en el tema.....	12
Tabla 3.1. Consecuencias del maltrato infantil.....	35
Tabla 3.2. Estudios sobre consecuencias del maltrato infantil durante la década de los 80.....	36
Tabla 3.3. Estudios sobre consecuencias del maltrato infantil durante la década de los 90.....	36
Tabla 3.4. Estudios sobre consecuencias del maltrato infantil del 2000 al 2010.....	37
Tabla 4.1. Listado de tipos de eventos traumáticos según Foa et al. (1999).....	48
Tabla 6.1. Criterios diagnósticos de TEPT según el DSM-IV-TR (APA, 2000).....	59
Tabla 6.2. Criterios diagnósticos de TEPT según la CIE-10 (OMS, 1992).....	63
Tabla 6.3. Diferencias en los criterios diagnósticos de TEPT según el DSM-IV-TR y la CIE-10.....	64
Tabla 8.1. Probabilidad de exposición a un suceso traumático en población general adulta.....	76
Tabla 8.2. Eventos traumáticos más asociados con TEPT en adultos (Kessler et al., 1995).....	77
Tabla 8.3. Probabilidad de exposición a un suceso traumático en población infantil.....	78
Tabla 8.4. Prevalencia de TEPT infantil en población general.....	81
Tabla 8.5. Prevalencia de TEPT infantil en menores maltratados (por tipo de maltrato).....	86
Tabla 8.6. Prevalencia de TEPT infantil en menores maltratados.....	88
Tabla 8.7. Prevalencias de diagnóstico TEPT por síntomas.....	96
Tabla 8.8. Puntuaciones medias y desviaciones típicas por puntuación total y grupo de síntomas e ítems de los criterios diagnósticos de TEPT con varias muestras de menores.....	97
Tabla 8.9. Puntuaciones medias y desviaciones típicas por ítems de los criterios diagnósticos de TEPT con varias muestras de menores.....	97
Tabla 8.10. Trastornos comórbidos con TEPT en adultos.....	102
Tabla 8.11. Trastornos comórbidos con TEPT en niños/as.....	104
Tabla 8.12. Factores de riesgo para el desarrollo de TEPT.....	106
Tabla 8.13. Factores protectores para el desarrollo de TEPT.....	116
Tabla 10.1. Instrumentos de evaluación de la exposición a eventos traumáticos.....	140
Tabla 10.2. Entrevistas para evaluar TEPT infantil.....	146
Tabla 10.3. Instrumentos para evaluar TEPT infantil.....	151
Tabla 11.1. Investigaciones que informan de TEPT Parcial.....	173
Tabla 11.2. Estudios que informan sobre la prevalencia de los tres grupos sintomáticos.....	178
Tabla 12.1. Estudios que reflejan la validez de los nuevos criterios diagnósticos para población escolar. Tomado de Zeanah (2010).....	183
Tabla 12.2. Propuesta sobre los criterios diagnósticos para DTD. Tomado de van der Kolk et al. (2009).....	190
Tabla 14.1. Datos de edad y sexo de los/as menores de la muestra total.....	201

Tabla 14.2. Datos de edad y sexo de los/as menores del grupo I.....	202
Tabla 14.3. Datos sociodemográficos de las madres del grupo I.....	203
Tabla 14.4. Datos de edad y sexo de los/as menores del grupo II.....	205
Tabla 14.5. Datos sociodemográficos del grupo II.....	206
Tabla 14.6. Criterios de inclusión y exclusión para el grupo I.....	207
Tabla 14.7. Criterios de inclusión y exclusión para el grupo II.....	208
Tabla 14.8. Coeficientes de fiabilidad de la escala CPSS en nuestro estudio y en otros.....	224
Tabla 14.9. Matriz de componentes rotados.....	227
Tabla 14.10. Distribución de los ítems de la CPSS según nuestro estudio y otros.....	228
Tabla 15.1. Puntuaciones medias y desviaciones típicas para las subescalas y total de la primera parte de la escala en la muestra total.....	233
Tabla 15.2. Puntuaciones medias y desviaciones típicas por sexo para las subescalas y total de la primera parte de la escala en la muestra total.....	233
Tabla 15.3. Puntuaciones medias y desviaciones típicas por grupos de edad para las subescalas y total de la primera parte de la escala en la muestra total.....	234
Tabla 15.4. Puntuaciones medias y desviaciones típicas para los ítems de la primera parte de la escala en la muestra total.....	234
Tabla 15.5. Tasas de prevalencia tomando como criterio la puntuación total de la primera parte de la escala para la muestra total.....	236
Tabla 15.6. Tasas de prevalencia para el total y subescalas según puntuaciones superiores a la media de la muestra y a la media más una desviación típica, para la muestra total.....	237
Tabla 15.7. Tasas de prevalencia tomando como criterio la sintomatología moderada con las puntuaciones 2 (2 a 4 veces a la semana o la mitad del tiempo) y la sintomatología grave 3 (5 o más veces por semana o casi siempre) en los ítems de la primera parte de la muestra total.....	237
Tabla 15.8. Tasas de prevalencia para las subescalas y total de la primera parte de la escala, según DSM-IV-TR, en la muestra total.....	239
Tabla 15.9. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y total de la primera parte de la escala, según DSM-IV-TR, en la muestra total.....	239
Tabla 15.10. Tasas de prevalencia por grupos de edad para las subescalas y total de la primera parte de la escala, según el DSM-IV-TR, en la muestra total.....	240
Tabla 15.11. Tasas de prevalencia para las subescalas y la escala total, según TEPT parcial, en la muestra total.....	240
Tabla 15.12. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y la escala total, según TEPT parcial, en la muestra total.....	241
Tabla 15.13. Tasas de prevalencia por grupos de edad para las subescalas y la escala total, según TEPT parcial, en la muestra total.....	241
Tabla 15.14. Tasas de prevalencia para las subescalas y total de la primera parte de la escala, según DSM-V, en la muestra total.....	242
Tabla 15.15. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y total de la primera parte de la escala, según DSM-V, en la muestra total.....	243
Tabla 15.16. Tasas de prevalencia por grupos de edad para las subescalas y total de la primera parte de la escala, según DSM-V, en la muestra total.....	243
Tabla 15.17. Puntuación media y desviación típica para el total de la segunda parte de la escala en la muestra total.....	244
Tabla 15.18. Puntuaciones medias para los ítems de la segunda parte de la escala en la muestra total.....	244

Tabla 15.19. Tasas de prevalencia para el nivel de interferencia, segunda parte de la escala, en la muestra total.....	245
Tabla 15.20. Tasas de prevalencia por sexo para el nivel de interferencia, tomando como criterio tener al menos un área con deterioro, para la muestra total.....	245
Tabla 15.21. Tasas de prevalencia por edad para el nivel de interferencia, tomando como criterio tener al menos un área con deterioro, para la muestra total.....	246
Tabla 15.22. Tasas de prevalencia para los ítems de la segunda parte de la escala en la muestra total.....	246
Tabla 15.23. Tasas de prevalencia para la relación entre sintomatología y deterioro en la muestra total.....	247
Tabla 15.24. Tipo de maltrato sufrido por la madre de los/as menores del grupo I.....	249
Tabla 15.25. Observación de la violencia de género por parte de los/as menores del grupo I.....	249
Tabla 15.26. Tipo de maltrato directo por parte del padre hacia los/as menores del grupo I.....	250
Tabla 15.27. Tema del acontecimiento traumático del grupo I.....	253
Tabla 15.28. Puntuaciones medias y desviaciones típicas para las subescala y total de la primera parte de la escala en el grupo I.....	255
Tabla 15.29. Puntuaciones medias y desviaciones típicas por sexo para las subescalas y total de la primera parte de la escala en el grupo I.....	255
Tabla 15.30. Puntuaciones medias por grupos de edad para las subescalas y total de la primera parte de la escala en el grupo I.....	256
Tabla 15.31. Puntuaciones medias y desviaciones típicas para los ítems de la primera parte de la escala en el grupo I.....	256
Tabla 15.32. Tasas de prevalencia según la puntuación total de la primera parte de la escala para el grupo I..	258
Tabla 15.33. Tasas de prevalencia para las subescalas y total según puntuación superior a la media y a la media más una desviación típica de la muestra, para el grupo I.....	259
Tabla 15.34. Tasas de prevalencia según la sintomatología moderada con las puntuaciones 2 (2 a 4 veces a la semana o la mitad del tiempo) y la sintomatología grave 3 (5 o más veces por semana o casi siempre) en los ítems del CPSS del grupo I.....	259
Tabla 15.35. Tasas de prevalencia para las subescalas y total, según el DSM-IV-TR, para el grupo I.....	261
Tabla 15.36. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y total, según el DSM-IV-TR, para el grupo I...	261
Tabla 15.37. Tasas de prevalencia por grupos de edad para las subescalas y total, según el DSM-IV-TR, para el grupo I.....	262
Tabla 15.38. Tasas de prevalencia para las subescalas y total, según el TEPT parcial, en el grupo I.....	262
Tabla 15.39. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y total, según el TEPT parcial, en el grupo I...	263
Tabla 15.40. Tasas de prevalencia por grupos de edad para las subescalas y total, según el TEPT parcial, en el grupo I.....	264
Tabla 15.41. Tasas de prevalencia para las subescalas y total, según el DSM-V, para el grupo I.....	264
Tabla 15.42. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas total, según el DSM-V, para el grupo I.....	265
Tabla 15.43. Tasas de prevalencia por grupos de edad para las subescalas y total, según el DSM-V, para el grupo I.....	265
Tabla 15.44. Puntuación media y desviación típica para el total de la segunda parte de la escala en el grupo I	266
Tabla 15.45. Puntuaciones medias para los ítems de la segunda parte de la escala en el grupo I.....	266
Tabla 15.46. Tasas de prevalencia para el nivel de interferencia, segunda parte de la escala, en el grupo I.....	267
Tabla 15.47. Tasas de prevalencia por sexo para el nivel de interferencia, tomando como criterio tener al menos un área con deterioro, para el grupo I.....	267
Tabla 15.48. Tasas de prevalencia por edad para el nivel de interferencia, tomando como criterio tener al	

menos un área con deterioro, para el grupo I.....	268
Tabla 15.49. Tasas de prevalencia para los ítems de la segunda parte de la escala en el grupo I.....	268
Tabla 15.50. Tasas de prevalencia para la relación entre sintomatología y deterioro en el grupo I.....	269
Tabla 15.51. Tipo de maltrato recibido por el grupo II.....	270
Tabla 15.52. Número de maltratos recibidos por el grupo II.....	271
Tabla 15.53. Tema del acontecimiento traumático del grupo II.....	272
Tabla 15.54. Puntuaciones medias y desviaciones típicas para las subescalas y total de la primera parte de la escala en el grupo II.....	274
Tabla 15.55. Puntuaciones medias por sexo para las subescalas y total de la primera parte de la escala en el grupo II.....	274
Tabla 15.56. Puntuaciones medias por grupos de edad para las subescalas y total de la primera parte de la escala en el grupo II.....	275
Tabla 15.57. Puntuaciones medias y desviaciones típicas para los ítems de la primera parte de la escala en el grupo II.....	275
Tabla 15.58. Tasas de prevalencia según niveles de gravedad según la puntuación total de la primera parte de la escala para el grupo II.....	277
Tabla 15.59. Tasas de prevalencia para el total y subescalas según la puntuación superior a la media de la muestra y a la media más una desviación típica, para el grupo II.....	278
Tabla 15.60. Tasas de prevalencia tomando como criterio la sintomatología moderada con las puntuaciones 2 (2 a 4 veces a la semana o la mitad del tiempo) y la sintomatología grave 3 (5 o más veces por semana o casi siempre) en los ítems de la primera parte del grupo II.....	278
Tabla 15.61. Tasas de prevalencia para las subescalas y total, según el DSM-IV-TR, en el grupo II.....	280
Tabla 15.62. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y total, según el DSM-IV-TR, en el grupo II...	280
Tabla 15.63. Tasas de prevalencia por grupos de edad para las subescalas y total, según el DSM-IV-TR, en el grupo II.....	281
Tabla 15.64. Tasas de prevalencia para las subescalas y total, según el TEPT parcial, en el grupo II.....	281
Tabla 15.65. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y escala total, según el TEPT parcial, en el grupo II.....	282
Tabla 15.66. Tasas de prevalencia por grupos de edad para las subescalas y total, según el TEPT parcial, en el grupo II.....	282
Tabla 15.67. Tasas de prevalencia para las subescalas y total, según el DSM-V, en el grupo II.....	283
Tabla 15.68. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y total, según el DSM-V, en el grupo II.....	284
Tabla 15.69. Tasas de prevalencia por grupos de edad para las subescalas y total, según el DSM-V, en el grupo II.....	284
Tabla 15.70. Puntuación media y desviación típica para el total de la segunda parte de la escala en el grupo II.....	285
Tabla 15.71. Puntuaciones medias para los ítems de la segunda parte de la escala en el grupo II.....	285
Tabla 15.72. Tasas de prevalencia para el nivel de interferencia del estresor, segunda parte de la escala, en el grupo II.....	286
Tabla 15.73. Tasas de prevalencia por sexo para el nivel de interferencia, tomando como criterio tener al menos un área con deterioro, para el grupo II.....	286
Tabla 15.74. Tasas de prevalencia por edad para el nivel de interferencia, tomando como criterio tener al menos un área con deterioro, para el grupo II.....	287
Tabla 15.75. Tasas de prevalencia para los ítems de la segunda parte de la escala en el grupo II.....	287

Tabla 15.76. Tasas de prevalencia para la relación entre sintomatología y deterioro en el grupo II.....	288
Tabla. 15.77. Tasas de prevalencia por sexo para TEPT según DSM-IV-TR en muestra total y grupos.....	289
Tabla. 15.78. Tasas de prevalencia por grupos de edad para TEPT según DSM-IV-TR en muestra total y submuestras.....	290
Tabla 15.79. Promedio de ítems en la segunda parte de la escala (deterioro) en menores que cumplen o no TEPT según DSM-IV-TR.....	291
Tabla 15.80. ANOVA entre TEPT según DSM-IV-TR y deterioro.....	291
Tabla 15.81. Promedio de ítems en la segunda parte de la escala (deterioro) en menores.....	292
Tabla 15.82. ANOVA entre TEPT (nulo, leve, grave) y deterioro.....	292
Tabla 15.83. Comparaciones múltiples (Benferroni) entre deterioro y niveles de sintomatología TEPT.....	292
Tabla. 15.84. Tasas de prevalencia en Pensamientos Intrusivos, Evitación e Hiperarousal según criterios DSM-IV-TR en la muestra total.....	293
Tabla. 15.85. Tasas de prevalencia en Pensamientos Intrusivos, Evitación, Hiperarousal y TEPT Total según criterios DSM-IV-TR y DSM-V, en la muestra total.....	294
Tabla. 15.86. Tasas de prevalencia para PI, EV, HI y TEPT total según DSM-IV-TR en el grupo I y grupo II.....	295
Tabla 16.1. Puntuaciones medias y desviaciones típicas de los ítems de la primera parte de la escala en nuestro estudio y en otros.....	298
Tabla 16.2. Tasas de prevalencia de los ítems de la primera parte de la escala en nuestro estudio y en otros..	299
Tabla 16.3. Puntuaciones medias y desviaciones típicas de las subescalas y total de la primera parte de la escala en nuestro estudio y en otros.....	300
Tabla 16.4. Tasas de prevalencia para síntomas y total en la primera parte de la escala según DSM-IV-TR en nuestro estudio y en otros.....	302
Tabla 16.5. Tasas de prevalencia de TEPT en nuestro estudio siguiendo varios criterios.....	303
Tabla 16.6. Tasas de prevalencia de TEPT en menores expuestos/as a violencia de género, en este estudio y en otros.....	304
Tabla 16.7. Tasas de prevalencia de TEPT en menores tutelados, en este estudio y en otros.....	304
Tabla 16.8. Tasas de prevalencia de TEPT en menores con problemas médicos.....	305
Tabla 16.9. Tasas de prevalencia de TEPT en menores que han sufrido accidente de tráfico.....	305
Tabla 16.10. Tasas de prevalencia de TEPT en menores que han sufrido un desastre natural.....	306
Tabla 16.11. Puntuaciones medias de los ítems de la segunda parte de la escala en nuestro estudio.....	306
Tabla 16.12. Tasas de prevalencia de los ítems de la segunda parte de la escala en nuestro estudio y en otros.....	307
Tabla 16.13. Puntuaciones medias de la segunda parte de la escala en nuestro estudio y en otros.....	308
Tabla 16.14. Tasas de prevalencia de la segunda parte de la escala en nuestro estudio y en otros.....	308
Tabla 16.15. Estudios en los que la prevalencia de Evitación es inferior al resto de síntomas.....	313
Tabla 16.16. Tasas de prevalencia de TEPT según criterios DSM-IV-TR y DSM-V en nuestro estudio y en otros.....	314

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1. Los icebergs del maltrato (Morales y Costa, 1997).....	20
Figura 4.1. Modelo procesual del estrés.....	45
Figura 9.1. Modelo de TEPT propuesto por la Teoría de Procesamiento Emocional. Tomado de Dalgleish (2004). .....	130
Figura 9.2. Modelo de TEPT propuesto por la Teoría de la Representación Dual. Tomado de Labrador et al. (2003).....	131
Figura 9.3. Modelo de TEPT propuesto por la Teoría de los Sistemas Representacionales Esquemático, Proposicional, Asociativo y Analógico (SPAARS). Tomado de Rincón (2003).....	134
Figura 9.4. Modelo de TEPT propuesto por la Teoría Cognitiva de Ehlers y Clark. Tomado de Dalgleish (2004). .....	135
Figura 14.1. Tasas de prevalencia por edad de los/las menores de la muestra total.....	201
Figura 14.2. Tasas de prevalencia por rangos de edad de los/las menores de la muestra total.....	202
Figura 14.3. Tasas de prevalencia por sexo de los/las menores de la muestra total.....	202
Figura 14.4. Tasas de prevalencia por edad de los/as menores del grupo I.....	202
Figura 14.5. Tasas de prevalencia por rangos de edad de los/las menores del grupo I.....	203
Figura 14.6. Tasas de prevalencia por sexo de los/las menores del grupo I.....	203
Figura 14.7. Tasas de prevalencia de los estudios de las madres.....	204
Figura 14.8. Tasas de prevalencia de la nacionalidad de las madres.....	204
Figura 14.9. Tasas de prevalencia de la convivencia de la madre con el maltratador.....	204
Figura 14.10. Tasas de prevalencia de la situación de pareja de la madre.....	204
Figura 14.11. Tasas de prevalencia de la estructura familiar.....	204
Figura 14.12. Tasas de prevalencia del nº de hijos/as en el estudio.....	204
Figura 14.13. Tasas de prevalencia por edad de los/las menores del grupo II.....	205
Figura 14.14. Tasas de prevalencia por rangos de edad de los/las menores del grupo II.....	205
Figura 14.15. Tasas de prevalencia por sexo de los/las menores del grupo II.....	205
Figura 14.16. Tasas de prevalencia de la situación actual de los/as menores.....	206
Figura 14.17. Tasas de prevalencia de devolución a centro de los/as menores.....	206
Figura 14.18. Tasas de prevalencia de la nacionalidad de los/as menores.....	206
Figura 14.19. Tasas de prevalencia de años de tutela de los/las menores.....	206
Figura 14.20. Procedimiento de evaluación en el grupo I.....	210
Figura 14.21. Procedimiento de evaluación en el grupo II.....	212
Figura 14.22. Proceso de administración de la CPSS.....	216
Figura 14.23. Instrumentos utilizados para valorar la historia de maltrato en el grupo I.....	219
Figura 14.24. Instrumentos utilizados para valorar la historia de maltrato en el grupo II.....	220
Figura 15.1. Puntuaciones medias y desviaciones típicas para las subescalas y total de la primera parte de la escala en la muestra total.....	233
Figura 15.2. Puntuaciones medias y desviaciones típicas por sexo para las subescalas y total de la primera parte de la escala en la muestra total.....	233



Figura 15.3. Puntuaciones medias y desviaciones típicas por grupos de edad para las subescalas y total de la primera parte de la escala en la muestra total.....	234
Figura 15.4. Puntuaciones medias y desviaciones típicas para los ítems de la primera parte de la escala en la muestra total.....	235
Figura 15.5. Tasas de prevalencia según niveles de gravedad tomando como criterio la puntuación total de la primera parte en la muestra total.....	236
Figura 15.6. Tasas de prevalencia según la puntuación media del total y subescalas de la primera parte en la muestra total.....	237
Figura 15.7. Tasas de prevalencia para los ítems de la primera parte de la escala en la muestra total.....	238
Figura 15.8. Tasas de prevalencia para las subescalas y total de la primera parte de la escala, según DSM-IV-TR, en la muestra total.....	239
Figura 15.9. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y total de la primera parte de la escala, según DSM-IV-TR, en la muestra total.....	239
Figura 15.10. Tasas de prevalencia por rangos de edad para las subescalas y total de la primera parte de la escala, según el DSM-IV-TR, en la muestra total.....	240
Figura 15.11. Tasas de prevalencia para las subescalas y la escala total, según TEPT parcial, en la muestra total.....	240
Figura 15.12. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y la escala total, según TEPT parcial, en la muestra total.....	241
Figura 15.13. Tasas de prevalencia para las subescalas y la escala total, según TEPT parcial, en la muestra total.....	241
Figura 15.14. Tasas de prevalencia para las subescalas y total de la primera parte de la escala, según DSM-V, en la muestra total.....	242
Figura 15.15. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y total de la primera parte de la escala, según DSM-V, en la muestra total.....	243
Figura 15.16. Tasas de prevalencia por rangos de edad para las subescalas y total de la primera parte de la escala, según DSM-V, en la muestra total.....	243
Figura 15.17. Puntuaciones medias para los ítems de la segunda parte de la escala en la muestra total.....	244
Figura 15.18. Tasas de prevalencia para el nivel de interferencia, segunda parte de la escala, en la muestra total.....	245
Figura 15.19. Tasas de prevalencia por sexo para el nivel de interferencia, tomando como criterio tener al menos un área con deterioro, para la muestra total.....	245
Figura 15.20. Tasas de prevalencia por edad para el nivel de interferencia, tomando como criterio tener al menos un área con deterioro, para la muestra total.....	246
Figura 15.21. Tasas de prevalencia para los ítems de la segunda parte de la escala en la muestra total.....	246
Figura 15.22. Tasas de prevalencia para grupos de síntomas más deterioro funcional.....	248
Figura 15.23. Tasas de prevalencia para diagnóstico TEPT más deterioro.....	248
Figura 15.24. Tasas de prevalencia del testimonio de los/as menores del maltrato emocional a la madre.....	249
Figura 15.25. Tasas de prevalencia del testimonio de los/as menores del maltrato físico a la madre.....	249
Figura 15.26. Tasas de prevalencia del maltrato directo (negligencia física) del padre al/la menor.....	251

Figura 15.27. Tasas de prevalencia del maltrato directo (negligencia emocional) del padre al/la menor.....	251
Figura 15.28. Tasas de prevalencia del maltrato emocional directo (aislamiento) del padre al/la menor.....	251
Figura 15.29. Tasas de prevalencia del maltrato emocional directo (degradación) del padre al/la menor.....	251
Figura 15.30. Tasas de prevalencia del maltrato emocional directo (manipulación) del padre al/la menor.....	251
Figura 15.31. Tasas de prevalencia del maltrato emocional directo (debilidad) del padre al/la menor.....	251
Figura 15.32. Tasas de prevalencia del maltrato emocional directo (amenazas) del padre al/la menor.....	252
Figura 15.33. Tasas de prevalencia del maltrato directo (físico) del padre al/la menor.....	252
Figura 15.34. Tasas de prevalencia del maltrato directo (abuso sexual) del padre al/la menor.....	252
Figura 15.35. Tasas de prevalencia de temas del acontecimiento traumático del grupo I.....	254
Figura 15.36. Puntuaciones medias y desviaciones típicas para las subescalas y total de la primera parte de la escala en el grupo I.....	255
Figura 15.37. Puntuaciones medias y desviaciones típicas por sexo para las subescalas y total de la primera parte de la escala en el grupo I.....	255
Figura 15.38. Puntuaciones medias por grupos de edad para las subescalas y total de la primera parte de la escala en el grupo I.....	256
Figura 15.39. Puntuaciones medias y desviaciones típicas para los ítems de la primera parte de la escala en el grupo I.....	257
Figura 15.40. Tasas de prevalencia según niveles de gravedad tomando como criterio la puntuación total de la primera parte de la escala.....	258
Figura 15.41. Tasas de prevalencia según la puntuación media y media más una desviación de la escala total y subescalas.....	259
Figura 15.42. Tasas de prevalencia para los ítems de la primera parte de la escala en el grupo I.....	260
Figura 15.43. Tasas de prevalencia para las subescalas y total, según el DSM-IV-TR, para el grupo I.....	261
Figura 15.44. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y total, según el DSM-IV-TR, para el grupo I.....	261
Figura 15.45. Tasas de prevalencia por rangos de edad para las subescalas y total, según el DSM-IV-TR, para el grupo I.....	262
Figura 15.46. Tasas de prevalencia para las subescalas y total, según el TEPT parcial, en el grupo I.....	262
Figura 14.47. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y total, según el TEPT parcial, en el grupo I.....	263
Figura 15.48. Tasas de prevalencia por grupos de edad para las subescalas y total, según el TEPT parcial, en el grupo I.....	264
Figura 15.49. Tasas de prevalencia para las subescalas y total, según el DSM-V, para el grupo I.....	264
Figura 15.50. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y total, según el DSM-V, para el grupo I.....	265
Figura 15.51. Tasas de prevalencia por rangos de edad para las subescalas y total, según el DSM-V, para el grupo I.....	265
Figura 15.52. Puntuaciones medias para los ítems de la segunda parte de la escala en el grupo I.....	266
Figura 15.53. Tasas de prevalencia para el nivel de interferencia, segunda parte de la escala, en el grupo I.....	267
Figura 15.54. Tasas de prevalencia por sexo para el nivel de interferencia, tomando como criterio tener al	267

menos un área con deterioro, para el grupo I.....	
Figura 15.55. Tasas de prevalencia por edad para el nivel de interferencia, tomando como criterio tener al menos un área con deterioro, para el grupo I.....	268
Figura 15.56. Tasas de prevalencia para los ítems de la segunda parte de la escala en el grupo I.....	268
Figura 15.57. Tasas de prevalencia para grupos de síntomas más deterioro funcional.....	269
Figura 15.58. Tasas de prevalencia para diagnóstico TEPT más deterioro.....	269
Figura 15.59. Tasas de prevalencia de maltrato físico.....	270
Figura 15.60. Tasas de prevalencia de maltrato emocional.....	270
Figura 15.61. Tasas de prevalencia de negligencia.....	270
Figura 15.62. Tasas de prevalencia de abuso sexual.....	270
Figura 15.63. Tasas de prevalencia de maltrato prenatal.....	271
Figura 15.64. Tasas de prevalencia de observación de violencia de género.....	271
Figura 15.65. Número de maltratos recibidos por el grupo II.....	271
Figura 15.66. Tasas de prevalencia de temas del acontecimiento traumático del grupo II.....	273
Figura 15.67. Puntuaciones medias y desviaciones típicas para las subescalas y total de la primera parte de la escala en el grupo II.....	274
Figura 15.68. Puntuaciones medias por sexo para las subescalas y total de la primera parte de la escala en el grupo II.....	274
Figura 15.69. Puntuaciones medias por grupos de edad para las subescalas y total de la primera parte de la escala en el grupo II.....	275
Figura 15.70. Puntuaciones medias y desviaciones típicas para los ítems de la primera parte de la escala en el grupo II.....	276
Figura 15.71. Tasas de prevalencia según niveles de gravedad tomando como criterio la puntuación total de la primera parte de la escala para el grupo II.....	277
Figura 15.72. Tasas de prevalencia según la puntuación media y media más una desviación del total y subescalas de la primera parte en el grupo II.....	278
Figura 15.73. Tasas de prevalencia para los ítems de la primera parte de la escala en el grupo II.....	279
Figura 15.74. Tasas de prevalencia para las subescalas y total, según el DSM-IV-TR, en el grupo II.....	280
Figura 15.75. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y total, según el DSM-IV-TR, en el grupo II...	280
Figura 15.76. Tasas de prevalencia por rangos de edad para las subescalas y total, según el DSM-IV-TR, en el grupo II.....	281
Figura 15.77. Tasas de prevalencia para las subescalas y total, según el TEPT parcial, en el grupo II.....	281
Figura 15.78. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y total, según el TEPT parcial, en el grupo II.....	282
Figura 15.79. Tasas de prevalencia para las subescalas y total, según el TEPT parcial, en el grupo II.....	282
Figura 15.80. Tasas de prevalencia para las subescalas y total, según el DSM-V, en el grupo II.....	283
Figura 15.81. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y total, según el DSM-V, en el grupo II.....	284
Figura 15.82. Tasas de prevalencia por rangos de edad para las subescalas y total, según el DSM-V, en el grupo II.....	284
Figura 15.83. Puntuaciones medias para los ítems de la segunda parte de la escala en el grupo II.....	285
Figura 15.84. Tasas de prevalencia para el nivel de interferencia, segunda parte de la escala, en el grupo II...	286
Figura 15.85. Tasas de prevalencia por sexo para el nivel de interferencia, tomando como criterio tener al menos un área con deterioro, para el grupo II.....	286

Figura 15.86. Tasas de prevalencia por edad para el nivel de interferencia, tomando como criterio tener al menos un área con deterioro, para el grupo II.....	287
Figura 15.87. Tasas de prevalencia para los ítems de la segunda parte de la escala en el grupo II.....	287
Figura 15.88. Tasas de prevalencia para grupos de síntomas más deterioro funcional.....	288
Figura 15.89. Tasas de prevalencia para diagnóstico TEPT más deterioro.....	289
Figura 15.90. Promedio de ítems en la segunda parte de la escala (deterioro) en menores que cumplen o no TEPT según DSM-IV-TR.....	291
Figura 15.91. Promedio de ítems en la segunda parte de la escala (deterioro) en menores con TEPT nulo, leve y grave.....	292

## INDICE DE ANEXOS

ANEXO I: Cambios propuestos en los criterios diagnósticos para trastorno por estrés postraumático del DSM-IV-TR al DSM-V para adultos, niños de edad escolar y adolescentes, y para preescolares (tomado de APA, DSM-V Development, 2010).....	396
ANEXO II: Informes de derivación al servicio.....	405
Anexo II.1. Registro de derivación al servicio de atención psicológica con menores hijos/as de mujeres víctimas de violencia de género.....	405
Anexo II.2. Ficha de derivación de menores al proyecto de evaluación, diagnóstico y tratamiento psicológico de menores tutelados (PEDIMET).....	406
ANEXO III: Instrumentos de evaluación del tipo de maltrato.....	408
Anexo III.1. Entrevista semiestructurada de maltrato infantil (ESMI) Pedimet, 2007).....	408
Anexo III.2. Entrevista a la mujer maltratada (GUIA-PC, 2009).....	411
Anexo III.3. Inventario de evaluación del maltrato a la mujer por su pareja (APCM) de Matud, Caballeira y Marrero (2001).....	418
.....Anexo III.4. Inventario de condiciones de maltrato a la infancia (Adaptación Olivan-Gonzalvo; adaptación Walker; adaptación Matud, Caballeira y Marrero, 2001. Equipo GUIA-PC 2009).....	420
ANEXO IV: Instrumentos de evaluación del Trastorno por Estrés Postraumático.....	422
Anexo IV.1. Versión española de The Child PTSD Symptom Scale (CPSS) de Foa et al. (2001).....	422

# PRESENTACIÓN

La presente tesis está dividida en dos partes: la primera, en la que se desarrollan los antecedentes teóricos que existen en la literatura científica sobre el Maltrato Infantil y el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), y otra segunda parte, empírica, donde describo las características de la muestra que forma parte de este estudio así como los resultados encontrados en los análisis realizados y las conclusiones más relevantes.

La parte teórica está centrada en los dos pilares importantes del trabajo, el maltrato infantil y el TEPT. Si analizamos con más detalle cada apartado, podemos señalar que en el primer capítulo se enmarca el concepto de maltrato infantil, atendiendo de manera sucinta a sus orígenes históricos, el interés que suscita a nivel mundial en la actualidad, así como a las categorías de maltrato, tanto clásicas (maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual y negligencia) y como las más actuales (especialmente la exposición de los/as menores a violencia de género hacia sus madres en el hogar). En el siguiente capítulo, el segundo, se hace un recorrido por la epidemiología del fenómeno del maltrato infantil, apuntando datos de prevalencia y comorbilidad entre los diferentes tipos de maltrato, tanto a nivel internacional como nacional, y resaltando las dificultades existentes en el registro de casos. El tercer capítulo versa sobre las consecuencias psicológicas que causa el maltrato infantil en los niños y niñas, en todas las áreas de desarrollo (emocional, conductual, social, cognitivo y académico), haciendo un breve resumen sobre los resultados de algunas de las investigaciones científicas más significativas en los malos tratos infantiles. Los capítulos comprendidos entre el cuatro y el doce, están destinados a desgranar todas las cuestiones más destacadas del Trastorno por Estrés Postraumático. Así, el capítulo cuarto recoge dos conceptos centrales en el tema, como son el Estrés y el Trauma, así como sus diferencias y tipos. El capítulo siguiente, el quinto, recoge brevemente los antecedentes históricos del trastorno, señalando las diferentes reacciones posibles ante el estrés. El capítulo sexto está dedicado a la descripción que hacen las clasificaciones oficiales propuestas por la APA y la OMS para el Estrés Postraumático, desde su inclusión como trastorno hasta los criterios actuales, señalando las modificaciones realizadas, y especialmente las referencias que han apuntado para el trastorno en población infanto-juvenil. En el siguiente capítulo (el séptimo) se detallan las reacciones normales al estrés así como las características clínicas en la presentación del trastorno, tanto en adultos como en menores, no siendo recogidas todas en los manuales de clasificación descritos en el apartado anterior. El capítulo ocho es uno de los apartados centrales en este trabajo, ya que se realiza un revisión de los estudios

sobre prevalencia de la exposición a un evento traumático y de la sintomatología y diagnóstico TEPT en niños/as y adolescentes, destacando las limitaciones en este sentido. Además, se narra el curso del trastorno, la frecuente comorbilidad con otras entidades clínicas, así como los factores mediadores (de riesgo y protección) que van a mediar entre el acontecimiento estresante y el TEPT. En el capítulo nueve se pueden ver los diferentes modelos psicológicos teóricos que explican el Trastorno por Estrés Postraumático, especialmente los que tienen un enfoque cognitivo. También el capítulo diez resulta fundamental en este trabajo, revisando cómo se encuentra en la actualidad el campo de la evaluación del TEPT infantil, apuntando algunos de los instrumentos más empleados y resaltando las dificultades que aparecen en esta área. En el capítulo once se señalan las limitaciones que en la actualidad se encuentran con respecto a los criterios utilizados para el diagnóstico del Trastorno por Estrés Postraumático en población infantil. El último capítulo de la parte teórica (el doce) está dedicado a ilustrar las propuestas que expertos en el campo del TEPT en infancia han realizado con el objetivo de incluirlas en la nueva versión del manual DSM de la APA, que saldrá a la luz en el año 2013.

El capítulo trece constituye el inicio de la parte empírica del presente trabajo y está dedicado a presentar los objetivos e hipótesis planteadas para este estudio. En el siguiente capítulo, en el catorce, se describe la muestra del estudio, el procedimiento que se ha llevado a cabo para seleccionar a los participantes, para seleccionar los instrumentos y para recoger la información, así como los instrumentos utilizados. El capítulo quince está destinado a detallar los resultados encontrados en este trabajo. En el capítulo dieciséis se realiza la discusión de los resultados, haciendo una comparativa con otros estudios científicos. En el último capítulo se exponen las conclusiones a las que hemos llegado después de realizar el análisis de resultados y comparar con otros estudios existentes en la literatura científica, señalando las limitaciones de nuestro trabajo y futuras líneas de investigación.

# **PARTE TEÓRICA**



# **MALTRATO INFANTIL**

## **CAPÍTULO 1: CONCEPTUALIZACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL.**

A lo largo de este primer capítulo se va a enmarcar uno de los conceptos fundamentales del presente trabajo, el Maltrato Infantil.

Se empieza en el contexto político y social, recordando que éste no es un fenómeno nuevo, ya que ocurría siglos atrás, pero que en la actualidad está suscitando un gran interés debido a las graves consecuencias que conlleva.

Se sigue con la compleja tarea de definir el Maltrato Infantil, exponiendo algunas de las propuestas que surgen de autores y organizaciones a nivel nacional e internacional.

A continuación se centra en el maltrato que se da en el seno familiar, comentando algunos conceptos relacionados con el maltrato infantil como la Violencia Familiar, la Violencia en la Pareja y la Violencia de Género, así como la controversia entorno a estos fenómenos.

Se pasa entonces a describir las diversas formas de maltrato infantil, poniendo especial interés en las cuatro categorías clásicas como son el Maltrato Físico, el Maltrato Emocional, la Negligencia y el Abuso sexual.

Por último, se dedica la parte final de este capítulo a la victimización indirecta, como la exposición de los/as menores a la violencia de género, adentrándose en el actual debate sobre su inclusión o no como una nueva forma de maltrato infantil, en los términos que se emplean para referirse a este fenómeno y en sus aspectos legales y sociales.

## 1.1. CONTEXTO POLÍTICO-SOCIAL DEL MALTRATO INFANTIL

### 1.1.A. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El maltrato infantil es un fenómeno que cuenta con siglos de antigüedad (Loredo, 1994; Martínez y Reyes, 1993). Antiguamente, la agresión a los niños/as estaba justificada. Los sacrificaban para agradar a los dioses o mejorar la especie (Fontana, 1979; Loredo, 1994) y les agredían con el objetivo de imponerles disciplina (Corral, Frias, Romero y Muñoz, 1995; Fontana, 1979; Levav, Guerrero, Phebo, Coe y Cerqueira, 1996; Loredo, 1994; Muller, Hunter y Stollak, 1995). En la segunda mitad del siglo XIX los/as menores maltratados empiezan a recibir una atención jurídica y médica. Pero es un siglo más tarde cuando se reconoce a los niños y niñas como sujetos de derechos.

El 20 de Noviembre de 1959, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración de los Derechos del Niño; y más tarde, en 1989, esa misma Asamblea adoptó la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN). En su artículo 19, exige a sus Estados parte, adoptar *“todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger al niño/a contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño/a se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”*.

Es necesario tener en cuenta los diferentes patrones de crianza y expectativas de comportamiento de los padres en cada cultura. A pesar de ello, el Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas ha enfatizado la importancia de que los países miembros prohíban toda forma de castigo físico y trato degradante contra los niños/as (CDN, 2006), y como refieren Bross, Miyoshi, Miyoshi y Krugman (2000), se está llegando a consenso a través de muchas culturas sobre las prácticas disciplinarias consideradas muy duras y el abuso sexual.

### 1.1.B. INTERÉS ACTUAL

El fenómeno del maltrato a la infancia, considerado como un atentado a los derechos más básicos de los niños, niñas y adolescentes (Lazenbatt, 2010; UNICEF, 2009), se ha convertido por su actual vigencia, en un problema de salud pública (McMenemy, 1999) y universal (Torregosa, 1992).

Además, esta problemática se ha transformado progresivamente en un problema psicosocial (Duarte, 2007; Manterola, 1992), generando importantes consecuencias en la población que lo padece (Arruabarrena y de Paúl, 1994; Nyman y Svensson, 2000; Sanmartín, 1999), tanto en el ámbito psicológico como en el fisiológico (Duarte, 2007).

A pesar de que durante décadas ha sido en muchas ocasiones pasado por alto y silenciado, el tema del maltrato infantil ha ido ganado progresivamente la atención de los investigadores, experimentando en los últimos años un gran avance a nivel mundial en su estudio y detección (Duarte, 2007).

Los estudios de Kempe y Kempe (1979) han servido de referencia en la historia del maltrato a la infancia, dando una visión global del problema, proponiendo un trabajo multidisciplinar para orientar y proteger a los niños/as y reconociendo el riesgo de muerte que pueden sufrir algunos/as menores.

En la actualidad, este fenómeno sigue siendo un tema de gran interés por su prevalencia e incidencia (De Paúl, Arruabarrena, Torres y Muñoz, 1995; Inglés, 1995; Jiménez, Moreno, Oliva, Palacios y Saldaña, 1995; Soriano, 2005); y como indican Díaz y Ayuga (1995), se han ido creando instituciones gubernamentales y no gubernamentales con el fin de mejorar las condiciones de la infancia a nivel mundial, tanto en la prevención de cualquier tipo de daño, como en la promoción del cumplimiento pleno de sus derechos.

Siendo el maltrato infantil un fenómeno multicausal, que involucra una gran variedad de factores biopsicosociales (Lazenbat, 2010; Loredó, Oldak, Carvajal y Reynes, 1990; Santamaría, 1992), su abordaje debe ser integral e incluir a diferentes disciplinas en la solución de esta problemática (Santana-Tavira, Sánchez-Ahedo, Herrera-Basto, 1998).

En España, según comentan Fernández-Del Valle y Bravo (2002), a pesar de que los/as profesionales de los servicios sociales perciben la gravedad y la frecuencia preocupante de la situación del maltrato infantil, no existe conciencia de que es un problema social, como ha ocurrido últimamente con la violencia contra las mujeres. Resulta prioritario entonces, promover y realizar investigaciones en nuestra población sobre maltrato a la infancia, divulgando, instruyendo y educando a la población general con el fin de aumentar la conciencia social (Santana-Tavira et al., 1998).

## **1.2. DEFINICIÓN DE MALTRATO INFANTIL**

En la literatura existente se evidencia una disparidad de opiniones entre diferentes profesionales acerca de la definición de maltrato infantil, sus causas y las propuestas para su abordaje (Billingsley, 1964; Giovannoni y Becerra, 1979; Giovannoni, 1989).

Cada disciplina ha establecido una definición en función de su interés, no resultando algunas de ellas útiles, ya que no consideran todas las características de este fenómeno (Perea et al., 2001). Es por tanto primordial crear una definición adecuada de maltrato infantil y unificar criterios para su detección, diagnóstico, tratamiento y prevención, así como para establecer un marco legal de este complejo problema (Gough, 1996; Wolfe, 1991). La primera conceptualización sobre el maltrato infantil se realizó en referencia al maltrato físico, con un predominio de criterios médico-clínicos, y a la explotación laboral de los niños y niñas (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006).

Fue en 1962, con el artículo "The Battered Child Syndrome", de Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller y Silver (1962), cuando la profesión médica reconoció el Síndrome del Niño Golpeado y se realizó la primera definición: *"El uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño, por parte de sus padres o parientes"*.

Posteriormente, Fontana, en 1979, amplía esta definición incluyendo la negligencia y los aspectos psicológicos como partes del maltrato infantil, sugiriendo que *"El niño golpeado no es más que la última fase del espectro del síndrome de los malos tratos"*. Este autor dejó patente que los/as menores podían ser agredidos tanto física como emocionalmente o por negligencia, por lo que sustituyó el término "golpeado" por el de "maltratado". La definición de maltrato infantil se ha modificado y enriquecido con las aportaciones de numerosos investigadores dedicados al tema, evolucionando hacia la situación actual en la que las definiciones se basan en las necesidades y derechos de los/as menores (Santana-Tavira et al., 1998).

Perea et al. (2001) exponen en su artículo la revisión realizada por el grupo de trabajo multidisciplinario de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP) de México. Éstos analizaron las definiciones propuestas por instituciones internacionales, nacionales e investigadores independientes, líderes en el tema, publicadas en la literatura. Consideraron 8 parámetros en la definición: (1) identificador del agresor, (2) forma de agresión, (3) sitio donde ocurre la agresión, (4) intencionalidad del evento, (5) etapa de la vida involucrada, (6) tipo de lesión, (7) repercusión de la agresión en el menor y (8) amplitud de la definición. La conclusión a la que llegaron en este estudio es que actualmente ninguna definición presenta una descripción concisa para todos los miembros de una sociedad, y no hay ninguna definición que contenga todos los elementos considerados como básicos.

Se exponen a continuación ejemplos de algunas definiciones de maltrato infantil por parte de organizaciones y autores expertos en el tema (*Ver tablas 1.1. y 1.2.*)

**Tabla 1.1. Definiciones de maltrato infantil por parte de organizaciones a nivel mundial, internacional y nacional.**

	ORGANIZACIÓN
MUNDIAL	<p>Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas (CDN, 1989):  <i>“Toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquiera otra persona que le tenga a su cargo”.</i></p> <p>Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002):  <i>“Cualquier forma de daño físico y/o emocional, abuso sexual, negligencia o cualquier forma de trato negligente, comercial u explotación, que resulta en el daño actual o potencial a la salud, sobrevivencia o desarrollo de la dignidad, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.</i></p> <p>Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2006):  <i>“Los menores víctimas del maltrato y el abandono son aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial”.</i></p>
INTERNACIONAL	<p>Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP) de México (2001):  <i>“Toda agresión u omisión intencional dentro o fuera del hogar contra un menor/es, antes o después de nacer y que afecte a su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente por una persona, institución o sociedad, en función a su superioridad física y/o intelectual”.</i></p> <p>Centro Internacional de la Infancia de París:  <i>“Cualquier acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que privan a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su desarrollo”.</i></p>
NACIONAL	<p>Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria:  <i>“Toda acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza y/o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”.</i></p> <p>Código Civil Español:  <i>“Situación que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible e inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material.”</i></p>

**Tabla 1.2. Definiciones de maltrato infantil por parte de autores expertos en el tema a nivel internacional y nacional.**

	AUTOR
INTERNACIONAL	<p>Wolfe (1991):  <i>“La presencia de una lesión no accidental, resultado de actos de perpetración (agresión física) o de omisión (falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño y que requiere de atención médica o intervención legal)”.</i></p> <p>Leeb, Pauloizzi, Melanson, Simon y Arias (2008):  <i>“Actos de comisión u omisión por un progenitor o ambos o por un cuidador que da lugar a daño (daño potencial o amenaza de daño) a un niño/a, incluso si el daño no ha sido intencionado”.</i></p>
NACIONAL	<p>De Paúl y Arruabarrena (1996):  <i>“Cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo”.</i></p> <p>Villanueva, Górriz y Cuervo (2009):  <i>“Toda acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño/a de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.”</i></p>

### 1.3. MALTRATO EN EL HOGAR

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006) indica, que según los autores que perpetrar el maltrato, éste puede ser familiar, extrafamiliar, institucional y/o social; por tanto, el maltrato infantil se da en el seno del hogar, en el barrio, en la escuela, en el trabajo y en instituciones de protección y justicia.

Los niños y niñas son agredidos/as precisamente en estos espacios y lugares que son los encargados de proteger, dar afecto y servir de estímulo al desarrollo integral de los/as menores (UNICEF, 2009). Hay consenso sobre la responsabilidad de salvaguardar a los niños y a las niñas del maltrato, que recae en todos sus adultos cuidadores (incluidos profesores, entrenadores, o educadores de niños/as) (Leeb et al., 2008). Sin embargo, los principales agresores de los/as menores suelen ser el padre, la madre u otro adulto en el hogar (UNICEF, 2009).

La Convención de los Derechos de los Niños (CDN, 1989), considera que la familia es el entorno natural para el desarrollo de los niños y niñas. La familia es el contexto primario en el cual los niños/as pequeños aprenden a cómo relacionarse con los demás (Pollak, 2010) y suele ser percibida como un lugar seguro y estable (Sani, 2002). Sin embargo, como reconoce la CDN (1989), la familia también puede ser un espacio peligroso. La violencia, que se caracteriza en la mayor parte de las situaciones por ser crónica y

recurrente, ocurre frecuentemente en casa (Sani, 2002), y al ocurrir “de puertas adentro”, es muy difícil de detectar. Quizás lo más complejo sea aceptar que quienes se espera que protejan, en general los padres, sean precisamente quienes golpean, agreden, amenazan, castigan o abusan de los/as menores (UNICEF, 2009). En las familias abusivas los/as menores están expuestos/as a una comunicación agresiva, lo que supone un modelo inadecuado para su autorregulación y adaptación emocional (Pollak, 2010).

Los casos de maltrato en la familia suelen tener algunas características comunes: en general, es más frecuente en hijos varones (excepto cuando se trata de abuso sexual) y la víctima suele sufrir más de un tipo de maltrato.

En el hogar se pueden producir distintos tipos de violencia:

- Violencia familiar.
- Violencia en la pareja.
- Violencia de género.

#### 1.3.A. VIOLENCIA FAMILIAR

Se define como *“Los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, inflingidas por personas del medio familiar, y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos”*. Ministerio de Sanidad y Consumo (2003).

#### 1.3.B. VIOLENCIA EN LA PAREJA

Se define como *“Aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado en las que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima”*.

En esta definición debemos tener en cuenta dos elementos: la reiteración o habitualidad de los actos violentos y la situación de dominio del agresor que utiliza la violencia para el sometimiento y control de la víctima. Ministerio de Sanidad y Consumo (2003).

#### 1.3.C. VIOLENCIA DE GÉNERO

Este término hace referencia a *“La violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Comprende la violencia física, sexual y psicológica, incluyendo las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de libertad, que ocurre en la*



*vida pública o privada y cuyo principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer*". Ministerio de Sanidad y Consumo (2003).

### 1.3.D. CONTROVERSIA EN LAS DEFINICIONES

Existe un amplio debate en torno a los términos que se utilizan para referirse al maltrato perpetrado en el ámbito del hogar, especialmente si nos centramos en la violencia entre hombres y mujeres. Según apunta Hornor (2005), el término violencia doméstica es conocido por una variedad de nombres: violencia doméstica, violencia marital, violencia entre compañeros, violencia o abuso de la esposa...etc. Todos ellos con una serie de limitaciones. También la violencia en la pareja se equipara con frecuencia en la literatura a violencia doméstica y a violencia conyugal (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003).

Ante esta polémica, organizaciones como el Instituto Reina Sofía, pretende en los últimos años delimitar con precisión estos conceptos (Centro Reina Sofía, 2007). Así, ponen de relieve que la violencia doméstica no es sinónima de violencia de género.

El término "doméstico" se refiere siempre a lo que ocurre en casa u hogar. De entre todos los tipos de violencia doméstica nos centramos más concretamente en uno, donde la víctima es la mujer y su agresor (con frecuencia la pareja) le ataca por no adecuarse a los estereotipos contruídos para ella. En este caso hablaremos de "violencia de género en las relaciones de pareja", o de forma abreviada "violencia de pareja". Ésta se refiere en definitiva a la forma de violencia de género en la que la mujer es maltratada por su pareja (cónyuge, conviviente, novio) o ex pareja.

Por tanto, debemos tener claro que la violencia de género no tiene nada que ver con el contexto en el que ocurre, sino con el tipo de víctima contra la que se dirige, una mujer. El hogar es uno más de los lugares en los que la violencia de género puede darse, siendo la violencia de pareja una de las formas de violencia de género más extendida en el mundo (Centro Reina Sofía, 2007). No obstante, como señala Save the Children (2008) en su informe, cuando la violencia va destinada hacia la mujer, se superponen las definiciones.

Más allá de controversias conceptuales, en este documento cuando nos referimos a violencia de género estamos haciendo referencia a la violencia que sufre la mujer en el ámbito familiar, y a la que son expuestos/as sus hijos e hijas. Utilizaremos indistintamente los términos violencia doméstica, violencia de género o violencia en la pareja, ya que las investigaciones encontradas en la literatura científica emplean esos conceptos.

#### 1.4. CATEGORÍAS DEL MALTRATO INFANTIL

Los intentos de definir distintos tipos de maltrato ha sido desde hace décadas un tema a debate (Besharov, 1981). Muela (2008), en una revisión sobre las tipologías de maltrato, refiere que, en general, cuatro categorías de maltrato infantil han sido diferenciadas según las acciones concretas que constituyen el maltrato infligido: maltrato físico, abuso sexual, negligencia y maltrato emocional (Barnett, Manly y Cicchetti, 1993; Cicchetti y Lynch, 1995). Sin embargo, la mayoría de los investigadores han considerado otros tipos de maltrato infantil, representados en diversos estudios epidemiológicos.

Un claro ejemplo es el caso del maltrato prenatal. Algunos autores han puesto de manifiesto desde hace décadas que debería ser considerado como un tipo de maltrato específico e incluido en las clasificaciones, debido a la importancia que tiene y el análisis que requiere (Kent, Laidlaw y Brockington, 1997; Loredó, 1994; Morey, Begleiter y Harris, 1981; Stafford, Biddinger y Zumwalt, 1988; Tyler, Howard, Espinosa y Simpson, 1997).

Rosenberg, en 1997, describió varios tipos de maltrato infantil poco comunes, como por ejemplo: maltrato tecnológico, maltrato biotecnológico, maltrato por no proveer atención médica por razones religiosas, maltrato nutricional, maltrato por deshidratación e intoxicación de agua, maltrato por obesidad psicosocial de la infancia, etc.

Recientemente, Lachica (2010) propone la inclusión de otras formas de malos tratos que se podrían denominar "crueldad a la infancia", y que contendrían: la explotación del/la menor, el ensañamiento terapéutico, los niños/as víctimas de acciones terroristas, las agresiones a los niños/as por motivos políticos, los niños-soldado, etc. Hace años, investigadores como Loredó (1994) y Barreto y Suárez (1996) hacían referencia a los niños y niñas de la guerra, el maltrato étnico y el ritualismo satánico, entre otros, si bien aquí deberíamos tener en cuenta un fenómeno transcultural además de los problemas socioeconómicos.

En nuestro país, en un proyecto coordinado por Arruabarrena en el año 2004, surge una propuesta de tipos de maltrato en la "Guía de actuación en situaciones de desprotección infantil". Los tipos de maltrato/abandono infantil que se proponen son: maltrato físico, negligencia infantil, maltrato psicológico/emocional, abandono psicológico/emocional, abuso sexual, corrupción, corrupción por modelos parentales asociales, explotación laboral, maltrato prenatal, retraso no orgánico en el crecimiento, síndrome de Munchausen por poderes e incapacidad parental de control de la conducta infantil/adolescente.

Muela (2008) pone énfasis en la necesidad de delimitar de una forma más precisa cuáles son los criterios más útiles para el tema del maltrato infantil, ya que un consenso en

la clasificación puede facilitar tanto un mayor conocimiento del sufrimiento del niño/a, como su evaluación e intervención más eficaz.

En este trabajo centraremos la atención en los tipos que ampliamente están documentados en la literatura científica existente: maltrato físico, abuso sexual, negligencia y maltrato emocional. En la siguiente *tabla (1.3)* podemos ver la definición y formas más representativas de las cuatro categorías clásicas de maltrato, propuestas por organizaciones y autores expertos en el tema.

**Tabla 1.3. Definición y formas más representativas de las cuatro categorías clásicas de maltrato, propuestas por organizaciones y autores expertos en el tema.**

	DEFINICIÓN	FORMAS
MALTRATO FÍSICO	<p>Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006): <i>“ Toda acción de carácter físico voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar lesiones físicas en el menor ”.</i></p> <p><i>“ No es necesario que sea resultado de un intento premeditado para dañar los menores, sino que puede ser derivado de un exceso de disciplina o por un castigo inapropiado impuesto ”.</i> (Gómez-Pérez y Agudo, 2002).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lesiones cutáneas (equimosis, heridas, hemorragias, escoriaciones, escaldaduras, quemaduras, mordeduras, alopecia traumática)</li> <li>- Fracturas</li> <li>- Zarandeado</li> <li>- Asfixia mecánica</li> <li>- Intoxicaciones</li> <li>- Síndrome de Munchausen</li> </ul>
ABUSO SEXUAL	<p><i>“ Cualquier comportamiento en el que un menor es utilizado por un adulto u otro menor como medio para obtener estimulación o gratificación sexual ”.</i> Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006).</p> <p><i>“ Cualquier clase de contacto sexual con un menor de edad, o su utilización directa como objeto de estimulación sexual, cuando no haya alcanzado la edad y la madurez para consentirlo o, en caso de alcanzarla, se aprovecha una posición de superioridad o poder, o se utiliza el engaño para obtener su consentimiento, así como, en todos los casos, el uso de la violencia o de amenazas para conseguir su propósito ”.</i> (Gómez-Pérez y Agudo, 2002).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con contacto físico (violación, incesto, pornografía, prostitución infantil, sodomía, tocamientos, estimulación sexual).</li> <li>- Sin contacto físico (solicitud indecente a un niño o niña o seducción verbal explícita, realización de un acto sexual o masturbación en presencia de un niño o niña, exposición de los órganos sexuales a un niño o niña, promover la prostitución infantil, pornografía).</li> </ul>
NEGLIGENCIA	<p><i>“ Dejar o abstenerse de atender a las necesidades del niño y a los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño ”.</i> (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desatención (en la higiene, la alimentación)</li> <li>- Abandono</li> <li>- Retraso en el crecimiento no orgánico</li> <li>- Necesidades médicas no atendidas o ausencia de los cuidados médicos rutinarios (vacunaciones)</li> </ul>

<b>MALTRATO EMOCIONAL</b>	<p>Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006):  <i>"Toda acción, normalmente de carácter verbal, o toda actitud hacia un menor que provoquen, o puedan provocar en él, daños psicológicos"</i>.</p> <p><i>"Puede provocarse también por omisión o negligencia en la atención a las necesidades emocionales del menor mediante: la privación afectiva, no atendiendo a sus necesidades afectivas (cariño, estabilidad, seguridad, estimulación, apoyo, protección, rol en la familia, autoestima, etc.), abuso pedagógico"</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rechazar</li> <li>- Ignorar</li> <li>- Aterrorizar</li> <li>- Aislar</li> <li>- Corromper</li> <li>- Implicar al niño/a en actividades antisociales</li> </ul>
---------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 1.5. EXPOSICION DE LOS/AS MENORES A VIOLENCIA DE GÉNERO

### 1.5.A. DEBATE SOBRE SU INCLUSIÓN COMO FORMA DE MALTRATO

En cuanto a las tipologías de la violencia, parece ser que se ha descuidado la victimización indirecta, que debería ser tenida en cuenta como una forma de maltrato independiente, ya que es capaz de provocar por sí sola, en el niño y niña que la experimenta, un estrés suficiente para desencadenar lesiones significativas en su desarrollo (Duarte, 2007). Según afirma Sepúlveda (2006), la cuestión acerca de si el maltrato a las madres se debe incluir como una forma de maltrato infantil ha dado lugar a múltiples debates. Ya en 1994, Wolfe y McGee (1994) concluían que la mera exposición del/a niño/a a la violencia de género supone por sí sola una forma de maltrato infantil. Y años más tarde, De Bellis et al. (2002) confirma que en EEUU las agencias estatales de protección infantil consideran este hecho como una forma de abuso infantil.

En este sentido, UNICEF (1999), basándose en la Convención de Derechos del Niño, que en su Artículo 19 habla de su protección ante *"cualquier forma de violencia física o mental"*, determina la necesidad de considerar maltrato, no sólo la violencia directa, sino también los efectos indirectos de la violencia familiar sobre los niños/as.

Hay algunos autores que lo incluyen como una forma de maltrato psicológico. Por ejemplo Echlin y Marshall (1995); Garbarino, Guttman y Seeley (1986); Peled y Davies (1995); Trocmé (2010).

Esta hipótesis, la de incluir la exposición a la violencia doméstica dentro de la categoría de maltrato infantil, está siendo actualmente un tema complicado en debate (Edleson, 2000), sobre todo bajo el punto de vista jurídico (Edleson, 2001). Ha sido objeto de numerosos estudios en el extranjero, sin embargo, hoy en día no ha sido aceptado universalmente.

Algunos autores defienden la postura de no considerarlo un tipo de maltrato porque aumentaría enormemente la información sobre abuso infantil y porque la definición del concepto “testigo de violencia doméstica” es hoy día demasiado ambigua (Edleson, 1999; Kerig y Fedorowicz, 1999; Magen, Conroy, Hess, Panciera y Levi, 2001).

Independientemente de si se incluye o no como un tipo diferente de maltrato, es unánime la opinión de los expertos de que los/as menores son también víctimas del abuso hacia sus madres.

A lo largo de las últimas décadas, algunos estudios han comenzado a desviarse de la línea de investigación inicial, a saber, la de abuso directo, para demostrar que ser testigo de situaciones de violencia es suficiente para resultar afectado/a (Miller-Perrin y Perrin, 1999; UNICEF, 2006; Zeanah y Scheeringa, 1997).

Y como está demostrado, el impacto emocional que genera la violencia de género es un factor de desequilibrio para la salud mental tanto de las víctimas como de los que conviven con ellas (AAFP Home Study Self Assessment, 1996; Campbell et al., 2002; Sasseti, 1993; Stringham, 1999).

### 1.5.B. TERMINOLOGÍA UTILIZADA

En los hogares donde existe violencia de género se repiten a diario una gran variedad de comportamientos abusivos por parte del maltratador hacia su pareja, tales como: abuso emocional, acoso, amenazas, violencia sexual, agresiones físicas e incluso asesinato. Han sido varios los términos utilizados para referirse a los niños y niñas envueltos/as en este tipo de experiencias.

Así, en las primeras investigaciones se usaban los términos “*testigos*” y “*observadores*”, siendo sustituidos en la actualidad por el término “*exposición*”, ya que éste no sólo se refiere a que el/la menor haya visto realmente la violencia, sino que incluye además que éste/a haya oído, participado o experimentado sus consecuencias (Fantuzzo y Mohr, 1999; Holden, Geffner y Jouriles, 1998). En este sentido, para estar expuesto/a a la violencia es suficiente el hecho de que el niño/a tenga una madre que es o haya sido agredida por su pareja. Por ejemplo, según Jouriles, Norwood, McDonald y Peters (2001), se debería incluir en este caso el maltrato recibido por la madre cuando está embarazada del/la menor, ya que se tiene evidencia de que esta violencia puede afectar a la salud o al desarrollo infantil incluso antes del nacimiento (Lazenbatt, 2010).

También encontramos autores que prefieren utilizar el término “*experiencia*”, resaltando la posición activa del/la menor, puesto que en muchos casos éste/a se ve obligado/a a actuar en los episodios de violencia entre sus padres (Eriksson, Hester,

Keskinen y Pringle, 2005; Hester, Pearson y Harwin, 1999; Holden, 2003; McGee, 2000; Källström, 2004; Øverlien y Hyden, 2007, 2009; Peled, 1998).

Como señala Holden (2003), uno de los problemas a los que se enfrentan los investigadores en el ámbito de los/as menores relacionados con la violencia doméstica es la falta de una terminología y definiciones común.

Por este motivo, en este texto vamos a utilizar indistintamente los términos anteriormente descritos (testimonio, observación, exposición y experiencia) para referirnos a los/as menores que viven en hogares donde existe violencia de género, ya que hoy en día no existe un lenguaje común para clínicos e investigadores. Y siguiendo a varios autores que han trabajado en el tema (por ejemplo, Bancroft y Silverman, 2002; Carpenter y Stacks, 2009; Cunningham y Baker, 2007; Espinosa, 2004; Holden, 2003; McGee, 1997), vamos a considerar la experiencia de estos/as menores víctimas de la violencia de género como una forma de maltrato, ya que han podido ser víctimas de múltiples formas:

- Recibiendo la violencia durante el embarazo de la madre.
- Viviendo en un entorno de violencia (relación de violencia y abuso de poder).
- Escuchando a los adultos hablar sobre el episodio, aunque no estuvieran presentes.
- Presenciando el episodio violento entre los padres (observan, participan).
- Experimentando las consecuencias de la violencia en las madres, a nivel físico (contusiones, heridas...etc.) y psicológico (reacciones emocionales intensas, estrés, depresión, estrés postraumático...etc.), y/o en el hogar (objetos rotos, agujeros en la pared...etc.).
- Recibiendo maltrato activo, ya sea físico (agresiones) y/o psicológico (rechazo, aislamiento, ausencia de afecto).
- Participando en la violencia (vigilar a la madre si se lo pide el agresor, colaborar en las desvalorizaciones hacia ella).
- Estando en contacto con profesionales: del hospital (sanitarios), de la ley (guardia civil, policía) o del servicio de protección de menores.
- Siendo testigos de las consecuencias de la violencia (separación entre los padres, cambios de residencia).
- Viviendo la violencia después de la separación entre los padres (violencia contra una nueva pareja de la que es testigo cuando está con el padre, incumplimiento de visitas y/o de pensión alimenticia como venganza hacia la madre).

Holden (2003) destaca que ante un mismo acontecimiento violento, los/as menores pueden experimentar varias de estas categorías, y que van cambiando sus estrategias de afrontamiento a lo largo de la evolución de la violencia en su hogar.

Como afirma Save the Children (2008) en su informe, *“es en este ambiente de relaciones afectivas y personales, donde se justifica, legitima y desencadena la violencia, en el que los menores viven, internalizando un modelo negativo de relación que daña su desarrollo”*.

Paralelamente a este tipo de violencia, a veces las familias en las que se da violencia de género pueden tener escasez de recursos económicos, estar expuestas también a violencia comunitaria y sufrir inestabilidad a nivel profesional y familiar (Osofsky, 1995).

Esto significa que, estos niños y niñas viven expuestos/as a continuas situaciones de riesgo para su desarrollo físico y psicológico que, mediante procesos y mecanismos diversos, se vuelven más vulnerables al desarrollo de problemas de diferente naturaleza.

#### 1.5.C. ASPECTOS LEGALES Y SOCIALES

Si los hijos/as de mujeres víctimas de violencia de género son víctimas también de esa violencia, como tales deben ser atendidos y contemplados por el sistema de protección.

En el año 2004, en nuestro país se aprueba la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Esta ley integral tiene como objetivo principal prevenir, erradicar y sancionar este tipo de violencia, protegiendo a sus víctimas.

En la Exposición de Motivos de esta ley se nombra a los hijos/as de las mujeres que sufren violencia de género. Se reconoce que *“estas situaciones de violencia sobre la mujer afectan también a los menores que se encuentran dentro de su entorno familiar, víctimas directas o indirectas de esta violencia.”* A través de varios artículos (5, 7, 14, 19.5, 61.2, 63, 65, 66) y en la Disposición Adicional 17 se les concede una serie de derechos con el fin de proporcionar una atención integral a estos/as menores.

A pesar de esto, organizaciones no gubernamentales como UNICEF (2006) y Save the Children (2006) consideran que en el momento de redactar la ley de violencia de género se olvidaron de los/as menores, y no se planteó que podían sufrir traumas asociados a la violencia sufrida por la madre, no incluyéndose en su desarrollo los recursos específicos necesarios y suficientes para atender a sus hijos e hijas y quedando

como víctimas invisibles de la violencia de género, cuando en realidad son víctimas directas.

Save the Children (2008) considera, que basados en el principio del interés superior del niño/a que aparece en la Constitución Española, los/as menores deben tener prioridad en la evaluación de necesidades y atención adecuada a ellas, cuando se encuentre su familia en situación de violencia de género.

En los años 80 se puso de relieve que estos/as menores recibían desproporcionadamente pocos servicios desde Salud Mental (Rosenbaum y O'Leary, 1981). Pero en este sentido, está claro que esta problemática ha ido ganando una importancia gradual tanto en el ámbito de las instituciones de la salud como de los servicios sociales, y ha comenzado a imponerse la necesidad de que los profesionales comprendan, que además del fenómeno de los malos tratos infantiles directos, la experiencia de vivir la violencia entre los padres, es también un problema grave y con elevado impacto en el curso del desarrollo de la población infantil (Duarte, 2007).

## **1.6. RESUMEN**

El Maltrato Infantil cuenta con muchos años de historia, y no es hasta el siglo XX, especialmente con la Declaración de los Derechos del Niño en 1959, cuando se considera a los niños y niñas como sujetos de derechos. Hoy en día se reconoce que es un problema psicosocial y de salud pública que se da en todos los países. Su incidencia y prevalencia es muy elevada y conlleva graves consecuencias en los/as menores, que se ven afectados en todas las áreas de su vida. Por tanto, el enfoque de intervención para esta problemática ha de ser integral, abordado por diversas disciplinas.

En 1962, Kempe y colaboradores propusieron la primera definición referida al maltrato infantil, y desde entonces han surgido infinidad de posibles definiciones sobre el tema, si bien, en la actualidad no existe ninguna que integre todos los elementos básicos incluidos en este fenómeno.

El maltrato a la infancia puede darse en varios contextos, si bien es en la familia, supuestamente el lugar de seguridad y protección de los/as menores, donde ocurre con mayor frecuencia. Además, en el seno del hogar también pueden darse otras formas de violencia relacionadas como la Violencia Familiar, la Violencia en la Pareja y la Violencia de Género, aunque existe una gran controversia en torno a estos conceptos.

En relación a las tipologías del maltrato infantil también se ha despertado un gran debate, si bien existe consenso al hablar de cuatro categorías de maltrato infantil según las



acciones concretas que constituyen el maltrato infligido: maltrato físico, abuso sexual, negligencia y maltrato emocional (Barnett et al., 1993; Cicchetti y Lynch, 1995). Otras formas propuestas serían por ejemplo el maltrato prenatal, el Síndrome de Münchaussen o el maltrato tecnológico, entre otros.

Está claro que la forma de victimización indirecta de los/as menores ha sido durante muchos años descuidada, aunque hoy día está aumentando el interés en torno a otro fenómeno social devastador, la violencia de género, y en especial, cómo ese tipo de violencia afecta a los hijos e hijas de las mujeres que lo padecen. Incluso los expertos en el tema se están planteando incluirlo como otra forma más de maltrato infantil, aunque hoy en día no hay consenso al respecto. Para referirse a este tema se han empleado varios términos, como testimonio, exposición, o experiencia, con el fin de integrar todos los aspectos implicados en la vivencia de estos/as menores. Aunque todavía no queda suficientemente recogido en el ámbito legal que estos niños y niñas son víctimas directas de la violencia de género, poco a poco se van ampliando los recursos dirigidos a paliar las consecuencias sufridas.

## **CAPÍTULO 2: EPIDEMIOLOGÍA DEL MALTRATO INFANTIL**

El segundo capítulo está dedicado a describir la epidemiología del fenómeno del maltrato infantil.

En primer lugar se centra en la prevalencia, es decir, en la proporción de personas que sufren maltrato en su infancia, señalando las dificultades que nos encontramos a la hora de registrar el número real de casos afectados. Se pasa a exponer los datos existentes sobre prevalencia del maltrato infantil, de las categorías de este maltrato y de la exposición de los/as menores a violencia de género, tanto en el ámbito nacional como internacional.

En segundo lugar se habla de comorbilidad entre las diferentes categorías del maltrato infantil, es decir, la presencia de dos o más tipos de maltrato en un niño/a simultáneamente. Se empieza por la comorbilidad presente entre las categorías clásicas (maltrato físico, negligencia, maltrato emocional y abuso sexual) y se sigue con la asociación entre la exposición a violencia de género y otros tipos de maltrato infantil.

## 2.1. PREVALENCIA DEL MALTRATO INFANTIL

### 2.1.A. DIFICULTADES EN EL REGISTRO DE CASOS

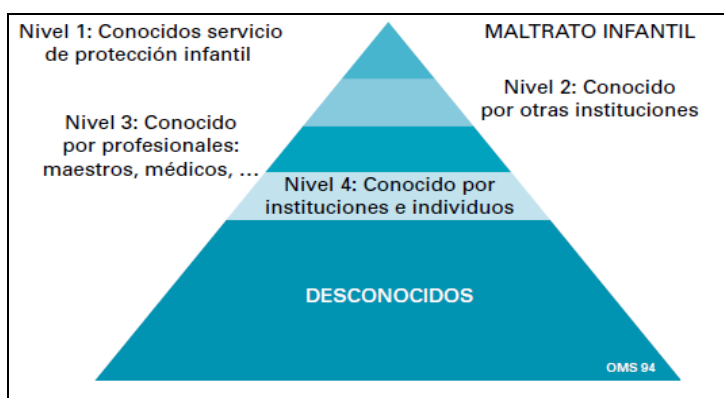
El maltrato infantil intrafamiliar ocurre en una alta proporción y frecuentemente es considerado como uno de los eventos adversos más comunes y severos durante la infancia (Margolin y Gordis, 2000).

Este problema es universal (Santana-Tavira et al., 1998) y como indican expertos en el tema recientemente, parece fuera de toda duda que el maltrato infantil ocurre en todos los países, independientemente de su grado de desarrollo (Lachica, 2010).

Es sabido que una de las grandes dificultades que presenta el maltrato a la infancia es conocer de forma precisa su frecuencia (Fernández-Del Valle y Bravo, 2002; Lachica, 2010), en especial cuando ocurre dentro del hogar y en el contexto familiar (UNICEF, 2009), por lo que seguimos desconociendo las cifras reales en cada uno de los países (Santana-Tavira et al., 1998).

Este hecho puede ser explicado por la propia naturaleza del problema (en la mayoría de los casos se produce dentro de la propia familia, hay miedo a denunciar, los profesionales no estamos lo suficientemente formados, la víctima es un/a menor de edad, etc.), que hace que permanezcan en la clandestinidad (Fallon et al., 2010). Ni siquiera son aproximadas las cifras que se refieren a los malos tratos físicos, que son los más fáciles de objetivar. Se considera que solamente entre el 10% y el 20% de los sucesos reales de malos tratos son denunciados a los servicios sociales (Grupo PrevInfad, AEPap / PAPPS Infancia y Adolescencia, 2005; Lachica, 2010), asemejándose esta situación a la de un iceberg, según opinan varios autores.

**Figura 2.1. Los icebergs del maltrato (Morales y Costa, 1997)**



Estamos ante un gran reto en el ámbito de la epidemiología: es necesario precisar las definiciones, y así podremos conseguir un registro más confiable del maltrato a la infancia (Santana-Tavira et al., 1998). De momento, como refieren Fernández-Del Valle y Bravo (2002), tenemos que referirnos a las estadísticas de maltrato infantil sobre casos localizados por los servicios sociales.

#### 2.1.B. DATOS DE PREVALENCIA DE MALTRATO INFANTIL A NIVEL INTERNACIONAL Y NACIONAL

A nivel internacional, UNICEF (2009) destaca dos grandes contribuciones en la evaluación de este fenómeno. Por un lado está la publicación que hizo la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2003 poniendo de relieve que la violencia es un problema de salud pública en todo el mundo. Por otro, el estudio realizado por Naciones Unidas en 2006 sobre las dimensiones del maltrato infantil.

Según refiere Harris y Sargent (2009), los malos tratos a la infancia han alcanzado proporciones epidémicas en los EEUU. Según un informe del año 2000, cada año se verifica que aproximadamente 13 de cada 1000 niños y niñas norteamericanos/as son víctimas de alguna forma de maltrato (Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, 2000), incrementándose en los últimos años (Toth y Cicchetti, 2010). Sin embargo, parece haber un ligero descenso en el número de denuncias fundadas de maltrato y negligencia. En 2006, la National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS) registró que aproximadamente 6 millones de menores fueron remitidos/as por malos tratos a Servicios de Protección Infantil (US Department of Health and Human Services, 2008).

Investigadores expertos en el tema, como Finkelhor, Ormrod, Turner y Hamby (2005), también han evaluado la prevalencia del maltrato infantil en una muestra comunitaria de menores norteamericanos. Eran niños/as y adolescentes entre 2 y 17 años y los resultados mostraron que más de 1 de cada 8 fueron víctimas de malos tratos en el año anterior (incluido abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, negligencia, ser retenido por la familia o problemas entre los padres por su custodia), lo que se traduce en una estimación de 8.755.000 de víctimas en la población.

Según apunta Creighton (2004), la incidencia del maltrato a la infancia en países como Australia, Canadá y EEUU es más alta que en Reino Unido y España. De todas formas, resulta complicado comparar datos de violencia familiar entre países debido a la escasez de tasas de prevalencia (Straus, Hamby, Finkelhor, Moore y Runyan, 1998).

Según los datos estadísticos nacionales proporcionados por el Centro Reina Sofía (2002), durante el periodo 1997/1998 habían 7,16 menores españoles/as maltratados/as

por cada 10.000 niños y niñas menores de 18 años. Esta información se obtuvo del estudio de los expedientes de protección del menor existente en cada Comunidad Autónoma. Según esto, las ciudades de Ceuta y Melilla son las que presentaban una mayor prevalencia, de 12,92 y 15,19 por cada 10.000 niños/as respectivamente. Y con los índices más bajos, encontraron a la Comunidad de Madrid y al País Vasco, con algo más de 5 por cada 10.000 menores.

Durante la presentación del X Foro Internacional sobre Infancia y Violencia en 2007, el director del Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia, José Sanmartín, informó que en España, en el período de 2001 a 2005, se pasó de 2.614 menores maltratados/as a 6.438, aumentando cerca del 150%. Este crecimiento se debe al aumento de la intolerancia y mayores denuncias. Apuntó los resultados encontrados en referencia al sexo y a la edad. Por un lado, resulta muy significativo que todos los años haya una mayor incidencia de niñas maltratadas que de niños, con un incremento del 183%, además esta diferencia aumenta cada año. En relación a la edad, destacó que la prevalencia más alta correspondía a los 16-17 años, con un 2,13%, aunque hubo más muertes por esta causa en menores de 13 años. Otro dato a señalar es que también se ha observado un crecimiento del maltrato por parte de los padres del 112,8% desde 2001 al 2004.

Según el informe difundido por UNICEF en el año 2003, 9 menores perdieron la vida por malos tratos en el ámbito familiar. A pesar de la dificultad para obtener cifras homologables, UNICEF considera que España es el país desarrollado con menos muertes infantiles por maltrato.

En nuestro país existe una enorme dificultad para disponer de datos sobre la protección a la infancia, en términos de tipologías detectadas, medidas llevadas a cabo, población atendida, perfiles, etc. Según refieren Fernández-Del Valle y Bravo (2002), este hecho puede ser por varios motivos, como por ejemplo: la competencia en materia de servicios sociales es asumida por las Comunidades Autónomas y es difícil recabar datos fiables de todas y cada una de ellas y nos encontramos además con deficientes sistemas de monitorización de datos.

Se han publicado algunos trabajos que han tratado de realizar una aproximación desde este punto de vista (casos localizados en servicios sociales) (De Paul et al., 1995; Inglés, 1995; Moreno, Jiménez, Oliva, Palacios y Saldaña, 1995; Palacios, 1995; Saldaña, Jiménez y Oliva, 1995). Según un informe de la Obra Social de Caja Madrid, en 2007, en España hay más de 30.000 niños y niñas tutelados por organismos públicos, de los que 14.600 menores viven en centros de acogida; en torno a 15.900 lo hacen con parientes o en acogimiento familiar administrativo y 2.800 en régimen de acogimiento familiar judicial.

UNICEF (2003) informa que durante el año 2002 se realizaron 4.506 denuncias en España por maltrato infantil en el ámbito familiar. De ellas, 1.388 correspondieron a delitos y 3.118, a faltas. Con respecto a la incidencia del maltrato infantil en nuestra Comunidad Autónoma, podemos destacar que la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración de la Región de Murcia detectó el año 2009 alrededor de medio centenar de casos de abusos a menores. La Dirección General de Familia y Menor recibió 444 notificaciones por posibles abusos, de los cuales sólo se probaron como auténticas el 12%. Asimismo, de 2003 a 2009 se han recibido cerca de 3.000 notificaciones.

### 2.1.C. DATOS DE PREVALENCIA DE LAS TIPOLOGÍAS DEL MALTRATO

Respecto a la incidencia de cada uno de los tipos de maltrato, la gran mayoría de estudios (por ejemplo De Paúl et al., 1995; Fernández-Del Valle, Álvarez y Fernánz, 1999; Inglés, 1995; Moreno et al., 1995; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006; Palacios, Jiménez, Oliva y Saldaña, 1998; Saldaña, Jiménez y Oliva, 1995), ofrecen los siguientes datos: en primer lugar, la negligencia sería el maltrato más frecuente, en segundo lugar, el maltrato emocional, a continuación el maltrato físico, y por detrás, el abuso sexual.

Esto mismo concluye el Centro Reina Sofía en el año 2002 sobre el estudio realizado durante el periodo 1997/1998. Los resultados mostraron que la negligencia es el tipo de maltrato más frecuente, representando el 86,4% del total de los maltratos, seguido del abuso emocional y posteriormente el maltrato físico. Los casos de abuso sexual sólo representan el 3,6 % de todos los casos informados de maltrato.

La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia realizó un informe en junio de 2008 con datos recogidos desde el año 2003. El tipo de maltrato notificado con más frecuencia es la negligencia o cuidado inadecuado, con el 59,9% de las notificaciones; en una cuantía menor se notifican los casos de maltrato emocional (12,2%) y maltrato físico (11,4 %), siendo los más infrecuentes las notificaciones de abuso sexual (3,9%).

Otras investigaciones, aunque siguen encontrando que la negligencia es el tipo de maltrato con mayor prevalencia, no coinciden al informar sobre el orden de las demás categorías. Así, en el estudio de US Department of Health and Human Services (2006) en 905.000 menores, a la negligencia (64,1%), le siguen el maltrato físico (16%), abuso sexual (8,8%) y maltrato emocional (6,6%). Y Cawson (Cawson, Wattam, Brooker y Kelly, 2000; Cawson, 2002) encuentra después de negligencia: maltrato físico, maltrato emocional y por último abuso sexual.

En general podemos decir que las estadísticas sobre casos de maltrato infantil constatan la enorme importancia, no tanto de las formas más activas ligadas a los malos

tratos físicos y que conforman el estereotipo básico del maltrato infantil (Palacios, 1995), sino de la negligencia (que alcanza un 70-80% de los casos). Este dato es muy importante porque explicaría la importancia de la dramática situación de invisibilidad del maltrato, al ser la negligencia una forma más difícil de detectar que aquellas que dejan secuelas físicas.

En el estudio de Saldaña et al. (1995), al analizar las diferencias en función del sexo, se encontraron algunos datos significativos: por un lado, la mayor incidencia de las situaciones de negligencia entre los niños (53,4%) y por otro, la tendencia inversa en los casos de abuso sexual (el 79% son niñas). La edad también es un factor importante a la hora de comprender la problemática del maltrato. Un primer dato a destacar es el alto número de expedientes abiertos por maltrato en los más pequeños, especialmente en los/as menores de un año (supone el 9% del total de la muestra de niños/as y adolescentes que han sufrido malos tratos); la tasa disminuye notablemente a partir de los 13 años. Como se analiza en este estudio, la negligencia es la categoría más frecuente en todos los grupos de edad, pero especialmente en los/as más pequeños; en el resto de tipologías la incidencia aumenta con la edad.

La **negligencia física** es una de las formas de maltrato que ocurre con mayor frecuencia, sin embargo ha recibido mucha menos atención que otras formas de maltrato (Muela, 2008; Verdugo y Bermejo, 1995; Weschler, 2009). Quizás esto se deba a la dificultad que supone su detección e investigación empírica. Como señalan algunos autores, por ejemplo Muela (2008) y Pollack (2010), es necesario tener en cuenta las necesidades de los/as menores en función del período de desarrollo en el que se encuentren.

El tipo de maltrato más problemático y difícil de definir es el **maltrato emocional** (Muela, 2008). Diversos investigadores sostienen que éste se encuentra presente, en mayor o menor medida, en todas las formas de maltrato infantil (Barnett et al., 1993; Garbarino et al., 1986; Hart y Brassard, 1991), sin embargo, resulta complicado delimitarlo de forma precisa en la investigación.

En relación al **maltrato físico** podemos decir que es uno de los tipos de maltrato que más y mejor se ha investigado. Esto puede ser debido a que es más fácil de detectar por las secuelas físicas que conlleva (Muela, 2008). Estimaciones basadas en datos de Servicios de Protección Infantil (Gateway, 2006), muestran índices de prevalencia de abuso físico severo entre el 1 y el 5% en los EEUU.

El estudio ACTIVA (Actitudes y normas culturales frente a la violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España) (Fournier, De los Ríos, Orpinas y Piquet-Carneiro, 1999) encontró que entre el 3% y el 27% de los/as menores habían recibido

castigo físico con algún objeto por parte de uno de sus padres y hasta un 34% habían sido golpeados con las manos, en el año anterior a la evaluación.

Silverman, Reinhertz y Giaconia (1996), en un estudio longitudinal con población general a lo largo de 17 años, encontraron que el 11% de los participantes informó haber experimentado abuso físico o sexual antes de los 18 años. Incluso niveles más altos fueron encontrados en una muestra comunitaria de 665 jóvenes (edades de 9 a 17 años), en el que cerca del 26% de la muestra informaron de historia de abuso físico (Flisher et al., 1997).

UNICEF (2003) en su informe "Muertes por maltrato infantil en los países ricos" refiere que en los 27 países evaluados se producen casi 3.500 muertes anuales de niños y niñas menores de 15 años por maltrato físico o abandono. Su reparto es muy desigual. España, con una media anual de un fallecimiento por cada millón de niños/as, es el país con menor mortalidad por ese concepto. Debido a la falta de estadísticas fiables y homologables, UNICEF destaca que las cifras presentadas "infravaloran" la magnitud del problema real. Los niños y niñas menores de 5 años, y especialmente los bebés, son los que tienen más riesgo de sufrir violencia. El peligro se reduce conforme avanza la edad. Los padres y las madres son los principales causantes de las muertes por maltrato.

El **abuso sexual** es otra categoría de maltrato infantil que los investigadores han estudiado independientemente de otros tipos de maltrato (Muela, 2008).

Pereda y Forns (2007) utilizaron una muestra de 1.033 estudiantes matriculados en la Universidad de Barcelona durante el curso 2001/2002. La prevalencia del abuso sexual antes de los 18 años se sitúa en un 17,9% (un 14,9% antes de los 13 años y un 3% entre los 13 y los 18 años). Un 15,5% de los varones y un 19% de las mujeres manifiestan haber sufrido esta experiencia.

#### 2.1.D. DATOS DE PREVALENCIA DE LA EXPOSICIÓN DE LOS/AS MENORES A VIOLENCIA DE GÉNERO A NIVEL INTERNACIONAL Y NACIONAL

Sabemos poco acerca de la prevalencia de niños y niñas expuestos/as a la violencia de género (Holden, 1998). La investigación en los últimos 30 años se ha centrado principalmente en las mujeres como víctimas y en segundo lugar en los hombres como agresores (Øverlien, 2010). Los pocos datos sobre tasas de prevalencia disponibles son difíciles de comparar por la falta de una terminología común en los investigadores en relación a la violencia de género en el hogar y a la exposición de los/as menores a este tipo de violencia, por lo que es necesaria una investigación urgente en este ámbito (Duarte, 2007).



Aún así, es necesario tener en cuenta un dato muy significativo, como bien destaca Save the Children (2008), la prevalencia de la violencia de género sufrida por las mujeres es muy alta, por lo tanto se puede concluir que el número de menores expuestos/as a esta violencia es mayor que el número de madres. Como señalan algunos autores como Mullender et al. (2003, 2005), en el 90 % de los incidentes violentos, los/as menores son testigos.

Referente a los datos fuera de nuestras fronteras, en el 2006, un informe de UNICEF revela que entre 133 y 275 millones de niños y niñas de todo el mundo son testigos de violencia de género en su familia cada año. Algunos autores estiman una prevalencia del 10% al 20% cada año (Carlson, 2000).

Spaccarelli, Sandler y Roosa (1994), utilizando una muestra de más de 300 madres, encontraron que el 30% de las mujeres con niños/as de entre 10 y 12 años habían sido víctimas de violencia física por sus esposos o parejas. Estimaron que había alrededor de 17,8 millones de niños y niñas en los hogares donde vivían ambos padres, y por tanto expuestos/as a violencia doméstica.

En un estudio realizado por Silvern y colaboradores un año más tarde (1995), en el que se entrevistó a varios estudiantes, se llegó a la conclusión de que el 37% de los/as encuestados/as reconoció haber estado expuesto/a a alguna forma de violencia entre sus padres.

Si nos centramos en nuestro país, es imprescindible señalar que no existe un seguimiento estadístico centralizado desde el Consejo General del Poder Judicial y las órdenes de protección, en relación a hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género. Por lo que sólo disponemos de datos a nivel de Comunidades Autónomas que mencionan a los niños y niñas que están con sus madres en las casas de acogida (Save the Children, 2008).

En los últimos años, diversas organizaciones no gubernamentales están realizando estudios de población española. Por ejemplo, en un informe elaborado por UNICEF (2006) junto a Bodyshop, se indica que alrededor de 188.000 niños/as españoles están expuestos a la violencia de género, especialmente bebés y menores de 3 años. Un dato más reciente es el que se dio a conocer en el Día Internacional contra la Violencia de género (25 de noviembre de 2009) por Save The Children y la Fundación Instituto de Reinserción Social-IreS. Éstos estiman que en España hay 800.000 niños y niñas que sufren en sus hogares violencia de género. De éstos, 200.000 son hijos/as de mujeres que han recibido órdenes de protección, y se calcula que tan sólo el 4% del total reciben atención especializada.

También diversos autores sacan a la luz estadísticas realizadas sobre hijos/as de mujeres que están residiendo en centros de acogida por sufrir violencia de género. Por

ejemplo, según un estudio realizado por Corbalán y Patró (2003), el 85% de los hijos e hijas fueron testigos de la violencia ejercida sobre sus madres, y en un 66,6% de los casos también ellos/as fueron maltratados a nivel físico y psicológico.

## **2.2. COMORBILIDAD ENTRE LAS CATEGORÍAS DE MALTRATO INFANTIL**

Rosen y Martin (1996) ponen de relieve que muchas de las investigaciones realizadas sobre maltrato infantil se centran en un único tipo de abuso. Sin embargo, existe evidencia de que los/as menores quienes son expuestos a un tipo de maltrato tienen más alto riesgo de otros tipos y de exposición repetida con el tiempo, así también se conoce que la frecuencia de exposición correlaciona con la severidad del maltrato (Clemmons, Walsh, DiLillo y Messman-Moore, 2007; Dong et al., 2004; Edwards, Holden, Felitti y Anda, 2003; National Child Traumatic Stress Network, 2003; Oswald, Heil y Goldbeck, 2010). Por ejemplo, estudios de Finkelhor (Finkelhor, Ormrod y Turner, 2007; Finkelhor, 2008) muestran que el 22% de los/as menores de edades entre 2-17 años quienes tenían 4 o más tipos de victimización en el año anterior (incluyendo maltrato físico o psicológico; abuso sexual; negligencia; exposición a crimen, asalto, testigo de violencia de género; o victimización de iguales o hermanos) tenían más probabilidad de ser victimizados al año siguiente así como de tener victimizaciones más graves que aquellos quienes tenían menos tipos de victimización.

### **2.2.A. DATOS DE COMORBILIDAD ENTRE LAS CATEGORÍAS CLÁSICAS DE MALTRATO: ABUSO FÍSICO, ABUSO SEXUAL, NEGLIGENCIA Y MALTRATO EMOCIONAL.**

Es necesario por tanto tener en cuenta que hay un alto grado de comorbilidad entre los diferentes tipos de maltrato, es decir, que muchos niños y niñas experimentan más de un tipo de maltrato (Arruabarrena y De Paul, 1999; Cicchetti y Rizley, 1981; Cicchetti y Barnett, 1991; Crittenden, Claussen y Sugarman, 1994; Dong et al., 2004; Manly, Kim, Rogosch y Cicchetti, 2001), lo que hace que sean menos frecuentes los casos puros (Belsky, 1993). Como señala Muela (2008), esto tiene graves repercusiones en el campo de la investigación, ya que pueden producirse resultados inconsistentes, difíciles de interpretar y con dificultades para poder generalizarse. Por este motivo, en los últimos años ha aumentado el número de investigadores que valoran múltiples formas de victimización entre los/as menores (Hazen, Connelly, Roesch, Hough y Landsverk, 2010). Diversos estudios pueden reflejar esa amplia comorbilidad entre los diferentes tipos de

maltrato. Así, por ejemplo, Barnett et al. en 1993 encuentran en un estudio de 200 familias que 3 de cada 4 familias referían más de un tipo de maltrato. Trabajos más actuales insisten en el tema. Edwards et al. (2003), en el estudio de los expedientes de 8.667 adultos de una institución de salud mental, encuentran que el 34,6% de los sujetos que habían sido maltratados cuando eran niños/as recibieron más de un tipo de abuso. En el trabajo de Scher, Forde, McQuaid y Stein (2004), en el que administraron cuestionarios a una muestra comunitaria de 967 adultos, se halla que el 13% de los/as participantes informaban de más de un tipo de maltrato infantil.

Muchos autores refieren que el maltrato emocional se encuentra presente en la mayoría de los actos de maltrato (Garbarino et al., 1986; Villanueva et al., 2009), y Palacios et al. (1998) muestran cuáles son las combinaciones más frecuentes entre los distintos tipos de maltrato. La más frecuente de estas combinaciones tiene lugar con la asociación entre negligencia y maltrato emocional, aunque también es frecuente la tríada negligencia, maltrato físico y maltrato emocional (Barnett et al., 1993; Palacios et al., 1998).

Un año más tarde, Arruabarrena y De Paul (1999) apuntan también los casos en los que aparecen simultáneamente maltrato físico y negligencia, o maltrato físico y abuso sexual, destacando como el solapamiento más frecuente el que se da entre maltrato físico y maltrato emocional.

Cerezo, Más y Simó (1998) realizaron un estudio sobre una muestra de 237 menores maltratados. Observaron que de los 188 niños/as que habían sufrido abandono físico, 48 también recibieron maltrato físico. También encontraron una asociación entre abuso sexual y abuso emocional. Destacaron que el 97,1% de los expedientes estudiados habían sufrido maltrato crónico.

Hazen et al. (2010), en una muestra de 1.131 adolescentes de entre 12 y 18 años de alto riesgo psicosocial, encontraron tres perfiles de experiencias múltiples de maltrato: maltrato físico, abuso sexual y maltrato emocional (9%), maltrato físico y emocional (9,4%) y el resto (81,9%) con puntuaciones bajas en todos los tipos de maltrato.

También estudios con poblaciones normales encuentran una alta asociación entre diferentes tipos de maltrato, como por ejemplo abuso físico y sexual. Así, Ackard, Neumark-Sztainer, Hannan, French y Story (2001) la encontraron en el 4,9% de las niñas y el 2,5% de los niños; Bensley, van Eenwyk, Spieker y Schoder (1999) en el 8,8% de los/as estudiantes de su investigación; y Riggs, Alario y McHorney (1990) en el 2,7% de los/as adolescentes.

## 2.2.B. DATOS DE COMORBILIDAD ENTRE LA EXPOSICIÓN DE LOS/AS MENORES A VIOLENCIA DE GÉNERO Y OTROS TIPOS DE MALTRATO INFANTIL.

Por otra parte, una gran cantidad de investigaciones han demostrado que existe una conexión entre la violencia doméstica y otras formas de malos tratos a la infancia (Edleson, 1999; Lee, Kotch y Cox, 2004; McGuigan y Pratt, 2001; Straus, Gelles y Steinmetz, 1980). Carrion, Weems, Ray y Reiss (2002) realizaron un estudio en una muestra formada por 59 menores de entre 7 y 14 años, derivados de Servicios Sociales y de Clínicas de Salud Mental, que habían sufrido trauma interpersonal. Encontraron que más de la mitad de los/as menores habían experimentado múltiples eventos traumáticos, incluyendo separación y pérdida, testimonio de violencia, abuso físico, abuso sexual, negligencia física y abuso emocional. Estudios como los de Osofsky, Wewers, Hann y Fick (1993) y Richter y Martínez (1993) refieren que la violencia en la comunidad y el conflicto interparental también tienden a existir al mismo tiempo.

La agresión entre padres e hijos/as a menudo se produce en las familias donde existe violencia de género (Jouriles y Norwood, 1995; Kellogg y Menard, 2003; Herrenkohl, 2008; Margolin y Gordis, 2000; Rumm, Cummings, Krauss, Bell y Rivera, 2000; UNICEF, 2006). En la revisión que hicieron Appel y Holden en 1998, encontraron 30 estudios que muestran un vínculo claro entre la violencia doméstica y los tipos clásicos de maltrato infantil como maltrato físico, emocional, negligencia y abuso sexual.

También UNICEF encuentra esta comorbilidad. En el año 2006 destaca en su informe que los hijos/as de las mujeres que sufren malos tratos tienen 15 veces más posibilidades de sufrir agresiones físicas y psicológicas directas por parte del padre, incluidos los abusos sexuales.

Los rangos de co-ocurrencia encontrados en diversos estudios se sitúan entre el 30% y el 70% (American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 1998; Edleson, 1999b; Jouriles, McDonald, Slep, Heyman y Garrido, 2008; Mestre, Tur y Samper, 2006; Walby y Allen, 2004). Así, McGuigan y Pratt (2001) realizaron un estudio longitudinal de 2.544 madres que recibieron un programa de atención a domicilio para la prevención del abuso infantil. Los resultados mostraban que en el 38% de las familias había una asociación significativa entre violencia doméstica y maltrato infantil. En el 78% de los casos evaluados, era la violencia doméstica la que precedía al maltrato directo de los/as menores.

Con respecto a la relación entre violencia de género y **negligencia**, algunos estudios muestran datos sobre estos hallazgos. Por ejemplo, Layzer, Goodson y Delange en 1986 encontraron que el 70% de los/as menores testigos de violencia de género que

residían en centros de acogida habían sufrido también abuso o negligencia. Osofsky (1995) apunta que en los hogares de EEUU donde hay violencia doméstica los niños/as sufren abuso o negligencia 15 veces más que la media nacional.

Investigaciones realizadas en las últimas décadas han confirmado que la violencia de género y el **maltrato físico** en la infancia se producen en las mismas familias (Jouriles et al., 2008; Lehmann, 1997; Lynch y Cicchetti, 1998; Straus y Smith, 1990). Autores como Holden, Stein, Ritchie, Harris y Jouriles (1998) concluyeron que existe una comorbilidad entre exposición a violencia de pareja y maltrato físico, con unos rangos del 20 al 100% y una media del 29%. Así, en el estudio de Moore y Pepler (1998) se halló que un 42% de los/as menores que habían estado expuestos a violencia doméstica también habían recibido abuso físico. En un estudio más actual, Knickerbocker, Heyman, Smith, Jouriles y McDonald (2007) encontraron mayores tasas de maltrato físico infantil (22-67%) en las familias caracterizadas por malos tratos físicos al cónyuge, en comparación con las tasas encontradas en la población general, que son como máximo del 4,4%.

También los/as menores expuestos/as a la violencia doméstica son un grupo de riesgo para el **abuso sexual** infantil. Entre los autores que lo confirman están Lehmann (1997) y Lynch y Cicchetti (1998). En un estudio en el que se entrevistó a mujeres víctimas de violencia de género, se encontró que el 10% de esas mujeres informaban que sus hijos/as habían sido abusados/as sexualmente por sus parejas masculinas (McCloskey, Figueredo y Koss, 1995).

Uno de los momentos en los que el/la menor corre más riesgo de ser maltratado directamente por el adulto es cuando interviene en el acto violento, compartiendo el maltrato con la madre por violencia indiscriminada (Linares, 2002). Existe evidencia de que los niños/as que viven en hogares donde hay un ambiente más agresivo, suelen intervenir más en los conflictos parentales (Laumakis, Margolin y John, 1998; O'Hearn, Margolin y John, 1997). Por ejemplo, Edleson, Mbilinyi, Beeman y Hagemeister (2003), en un estudio con hijos e hijas de 114 mujeres maltratadas, informaron que el 25% de los niños/as había pedido ayuda durante el evento violento y también un 25% estuvieron directamente involucrados en el episodio.

Además, algunos/as menores son utilizados por sus padres como un medio para hacer daño o amenazar a la madre. Por ejemplo, en un estudio realizado por McCloskey (2001), el 65 % de los hombres que maltrataban a sus parejas también habían amenazado con dañar a los niños/as. Los hombres que abusan de su pareja presentan mayor probabilidad de abusar también de sus hijos/as (Straus, 1993), especialmente en los casos en los que el maltratador abusa del alcohol (Linares, 2002). En este sentido, la gravedad de

la violencia entre los padres predice la gravedad del maltrato que sufre el/la menor (Bowker, Arbitell y McFerron, 1988).

Las investigaciones se han centrado con mayor frecuencia en los hombres como autores del maltrato hacia sus hijos/as (English, 1998; Hangen, 1994; McKibben, De Vos y Newberger, 1989), ya que en la mayoría de los casos es el hombre el que maltrata tanto a la mujer como a los hijos/as, pero también existen casos donde la agresión se ejerce del hombre hacia la mujer, y de ésta o de ambos hacia los niños/as (Appel y Holden, 1998). Los estudios que han tomado a las mujeres como autoras del maltrato hacia sus hijos han encontrado resultados mixtos, con algunos estudios que encontraron vínculos entre las experiencias de violencia de género de las mujeres y su maltrato hacia sus hijos/as (Berger, 2005; Eckenrode et al., 2000; Straus y Gelles, 1990; Walker, 1984), y otros estudios que no encontraron una asociación directa (Holden et al., 1998; O'Keefe, 1994). Algunos autores señalan que ante el sufrimiento, el dolor y el estrés asociados a la violencia, las mujeres maltratadas por su pareja pueden ser más propensas a mostrarse agresivas y/o negligentes hacia sus hijos/as (Holden y Ritchie, 1991; Levendosky y Graham-Bermann, 2000, 2001; Wolfe, Jaffe, Wilson y Zak, 1985).

McDonald, Jouriles, Tart y Minze (2009), en una muestra formada por 2.508 madres de alto riesgo psicosocial, encontró que en los 6 meses antes del estudio, sus hijos/as habían sido objeto de una agresión grave, el 45% por parte de la pareja de su madre y el 35% por su madre.

En los casos en los que el maltratador es el padre, el/la menor suele aprender a normalizar la violencia como estrategia para resolver sus problemas, lo que hará más probable que se continúe con el ciclo de violencia en la edad adulta; sin embargo, cuando la madre es la que maltrata a los hijos/as, normalmente se altera la vinculación y seguridad emocional del niño/a surgiendo problemas de tipo más internalizante, como ansiedad, depresión y culpa (Kerig y Fedorowicz, 1999).

Varios estudios indican que los/as menores que están en contacto con los servicios de protección del menor provienen de hogares donde la violencia de género en el hogar está ocurriendo o ha ocurrido (Edleson y Beeman, 1999; Kantor y Little, 2003; Shepard y Raschick, 1999). Así, un estudio norteamericano (English, Edleson y Herrick, 2005) seleccionó al azar a 2.000 familias derivadas al Servicio de Protección Infantil, encontrando que la violencia doméstica estuvo presente en casi la mitad (47%) de los casos. Datos similares encontraron Casanueva, Martin y Runyan (2009) con 1.236 familias, en las que el 44% habían sufrido malos tratos físicos 1 año antes de ingresar en los servicios de protección. Otro estudio, el de Hazen et al. (2007), en el que evaluaron la violencia de género en 5.504 menores tutelados/as, hallaron que a lo largo de toda su vida

había ocurrido en el 44,8% de los casos y en el año anterior se dio en el 29% de las mismas familias.

Como conclusión para el tema de la comorbilidad entre las diferentes formas de malos tratos a los niños y niñas, podemos destacar lo que ya señalaban los autores españoles Arruabarrena y De Paul en 1999: *“quizá sea más beneficioso construir taxonomías de situaciones de maltrato en las que aparezcan diferentes combinaciones de tipologías, en vez de realizar el esfuerzo por hacer tipologías «puras»”*.

### 2.3. RESUMEN

A pesar de que el maltrato infantil es un fenómeno universal, no conocemos aún con exactitud cuál es el número de casos existentes, especialmente cuando éste ocurre dentro del hogar. En numerosas ocasiones no se denuncia, por lo que quedan muchos niños y niñas que siguen siendo maltratados/as que no llegan a conocerse. Hasta la fecha, únicamente disponemos de estadísticas sobre los/as menores que son localizados por los Servicios Sociales. En los EEUU las cifras de maltrato infantil son muy elevadas, detallando en un informe de la Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation en el año 2000 que cada año 13 de cada 1000 menores son víctimas de alguna forma de maltrato. Algunos autores apuntan que hay países donde la incidencia del maltrato es mayor, como por ejemplo Australia, Canadá y EEUU, aunque es complicada la comparativa entre países. A pesar de que en España existe una enorme dificultad para disponer de datos sobre la protección a la infancia, varias organizaciones no gubernamentales han señalado tasas de prevalencia del maltrato infantil intrafamiliar. Así, en el año 2003 UNICEF informó que durante el año anterior se realizaron 4.506 denuncias por este motivo. Si nos centramos en las tipologías del maltrato, existe consenso a la hora de señalar cuáles son las más frecuentes: la negligencia seguida del maltrato emocional, el maltrato físico y por último el abuso sexual. Sobre la exposición de menores a violencia de género se conocen muy pocos datos, sólo se dispone de los hijos/as que acompañan a sus madres a centros de acogida.

En la mayoría de los casos se dan simultáneamente varios tipos de maltrato, encontrándose la asociación más frecuente entre negligencia y maltrato emocional, y entre éstos y maltrato físico, como comentan Barnett et al. (1993) y Palacios et al. (1998). Además, del 30 al 70% de casos coexiste la violencia de género con otras tipologías de maltrato, como afirman entre otros la American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect (1998).

## **CAPÍTULO 3: CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DEL MALTRATO INFANTIL**

Este capítulo se dedica a describir de forma resumida las consecuencias que el maltrato infantil tiene en los/as menores.

Además, se exponen los resultados (a grandes rasgos) de algunas de las investigaciones realizadas sobre este tema desde los años 80 hasta la actualidad a nivel nacional e internacional.



El maltrato infantil ejerce un impacto devastador y prolongado en los niños y niñas, y el costo para la sociedad en su conjunto es muy alto (Toth y Cicchetti, 2010).

Como apunta Villanueva et al. (2009), es complicado delimitar cuáles son las consecuencias del maltrato infantil debido a las dificultades que presenta la definición de este fenómeno. Cuando lo que queremos es describir los efectos que tienen varios tipos de victimización en los/as menores, el problema se incrementa exponencialmente.

Durante los primeros años de vida surge la capacidad de regulación emocional, existe una fuerte identificación de los/as menores con sus figuras de apego, requiriendo ciertas condiciones externas de estabilidad y protección, y dependiendo en gran medida tanto a nivel emocional, económico y social, de los adultos y las instituciones (López-Soler, 2008; Pinheiro, 2006).

Las experiencias tempranas proporcionan la base para las adaptaciones posteriores, moderando o exacerbando el impacto de los acontecimientos vitales (Lamb, Gaensbauer, Malkin y Schultz, 1985; Sroufe, Carlson, Levy y Egeland, 1999).

Esto hace que la exposición a la violencia familiar durante la infancia tenga un impacto dramáticamente más significativo, proporcionando efectos negativos más fuertes y duraderos en la adaptación a futuras experiencias (Breslau, Chilcoat, Kessler y Davis, 1999; Herman, 1992a; López-Soler, 2008).

De acuerdo con esta hipótesis, varios investigadores han encontrado que la exposición a la violencia familiar tiene un impacto particularmente fuerte en los lactantes y preescolares (Ingoldsby, Shaw, Owens y Winslow, 1999; Levendosky, Huth, Semen y Shapiro, 2002; Litrownik, Newton, Hunter, English y Everson, 2003; Martin y Clements, 2002), siendo especialmente estudiados los efectos en menores de edad escolar.

Se ha documentado extensamente a lo largo de la literatura científica que los/as menores que han sufrido maltrato (negligencia, maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual y/o exposición a violencia de género) tienen mayor probabilidad de presentar alteraciones en todas las áreas de su desarrollo (emocional, conductual, social, académico y salud física) que los/as menores que no están expuestos a violencia. Así, por ejemplo, podemos consultar algunas investigaciones recientes sobre el tema (Adams, 2006; Colmenares, Martínez y Quiles, 2007; Holt, Buckley y Whelan, 2008; Margolin y Gordis, 2000; Moretti, Obsuth, Reebye y Odgers, 2006; Øverlien, 2010).

Estas manifestaciones impiden a veces mantener el equilibrio del organismo, dando lugar a síntomas graves y disruptivos, que alcanzan un nivel patológico y originan sintomatología característica (Duarte, 2007), persistiendo sus efectos a través del tiempo (Bolger y Patterson, 2001a; Bolger y Patterson, 2001b; Cicchetti y Toth, 1995; Egeland,

1997; Egeland, Uates, Appleyard y van Dulmen, 2002; Éthier, Lemelin y Lacharité, 2004; Manly et al., 2001; Malinosky-Rummell y Hansen, 1993).

Hallazgos de diversos estudios señalan que la exposición a más de un tipo de maltrato se asocia con mayor riesgo de resultados negativos que la exposición a un solo tipo. Algunas de las investigaciones de la última década más interesantes sobre el tema son: Ackard et al. (2001); Edwards et al. (2003); Felitti (2002); Hazen et al. (2010); McDonald et al., 2009; Romano, Zoccolillo y Paquette (2006); Ryan, Kilmer, Cauce, Watanabe y Hoyt (2000) y Walrath, Ybarra, Sheehan, Holden y Burns (2006).

En la siguiente *tabla (3.1)* se describen las consecuencias en los/as menores del maltrato infantil, ya sea éste perpetrado de forma directa (maltrato físico, abuso sexual, negligencia y maltrato emocional) o como exposición a violencia de género entre los adultos. Como puede observarse, los efectos aparecen en todas las áreas de funcionamiento del/la menor: a nivel de sintomatología inter y externalizante, en las relaciones con los demás, en su rendimiento escolar y en la salud física.

**Tabla 3.1. Consecuencias del maltrato infantil.**

FUNCIONAMIENTO EMOCIONAL (SINT. INTERNALIZANTE)	FUNCIONAMIENTO CONDUCTUAL (SINT. EXTERNALIZANTE)	COMPETENCIA SOCIAL	FUNCIONAMIENTO COGNITIVO /ESCOLAR	SALUD FISICA
Miedo	Agresividad	Dependencia	Bajo rendimiento	Probl. sueño
Inhibición	Desobediencia	Aislamiento	Absentismo	Probl. alimentación
Ansiedad	Inconformidad	Actitudes pro-violentas	Trastornos del aprendizaje	Probl. Control esfnteres
Depresión	Hostilidad	Déficits en procesamiento de información social	Retraso desarrollo cognitivo	Déficits habilidades motoras
Baja autoestima	Desafío	Acoso a iguales	Retraso desarrollo lenguaje	Quejas somáticas
Sentimientos de culpa	Oposicionismo	Desconfianza		
Inestabilidad emocional	Delincuencia	Falta empatía		
Trastornos del vínculo	Déficit de atención	Dificultades resolución conflictos		
Estrés postraumático	Impulsividad			
Impotencia	Ira			
Indefensión aprendida	Abuso de alcohol			
Dificultades expresión emocional	Consumo de tóxicos			
Disociación	Intentos de suicidio/ autolesiones			
Inseguridad	Conductas Sexuales Inapropiadas			
	Crueldad animales			
	Fugas			

A continuación se exponen los resultados (a grandes rasgos) de algunas de las investigaciones realizadas en las últimas décadas sobre las consecuencias del maltrato en la población infanto-juvenil. Como ya comentamos anteriormente, una de las dificultades encontradas en la literatura científica existente es la variabilidad de los términos utilizados para referirse a las situaciones de violencia intrafamiliar y al hecho de que los/as menores fueran testigo de ella, por lo que resulta complicado delimitar con precisión a qué tipo o tipos de maltrato están expuestos/as los/as menores que forman parte de los estudios.

Como puede observarse a simple vista en las tablas, desde los años 80 se ha ido incrementando el cuerpo de investigación sobre este tema, con una mejora tanto en la detección de los casos de maltrato, la evaluación de sus efectos (cada vez examinando con mayor precisión las diferentes áreas afectadas) y la intervención temprana sobre estas devastadoras consecuencias.

**Tabla 3.2. Estudios sobre consecuencias del maltrato infantil durante la década de los 80.**

AUTOR	AÑO	CONSECUENCIAS				
		EXTER	INTER	SOCIALES	COGNI/ RENDTO. ACAD	FISICAS
Hughes y Barad	1983		X			
Wolfe y Mosk	1983			X		
Jaffe, Wilson y Wolfe	1986	X		X		
Jaffe, Wolfe, Wilson y Zak	1986	X				
Wolfe, Zak, Wilson y Jaffe	1986			X		
Christopoulos et al.	1987	X	X			
Davis y Carlson	1987		X	X		
Jaffe, Wilson y Wolfe	1988	X				
Hughes	1988		X			
Silvern y Kaersvang	1989		X			

**Tabla 3.3. Estudios sobre consecuencias del maltrato infantil durante la década de los 90.**

AUTOR	AÑO	CONSECUENCIAS				
		EXTER	INTER	SOCIALES	COGNI/ RENDTO. ACAD	FISICAS
Grych y Fincham	1990			X		
Jaffe, Wolfe y Wilson	1990					X
Fantuzzo et al.	1991	X				
Holden y Ritchie	1991	X				
Dishion, Patterson, Stoolmiller y Skinner	1991			X		
McLeer, Deblinger, Henry y Orvaschel	1992		X			
Moeller, Bachmann y Moeller	1993					X
Sternberg et al.	1993	X	X			
Chernoff, Combs-Orme, Risley-Curtiss y Heisler	1994	X				
Luntz y Spatz	1994	X				
Pérez y Widom	1994				X	
Spaccarelli et al.	1994		X			
Abrahams	1994					X
Cerezo	1995			X		
O'Keefe	1995	X	X			
Scheeringa y Zeanah	1995		X			

Silverman et al.	1996	X				
Fergusson, Horwood y Lynskey	1996	X				
Widom y Maxfield	1996	X				
Chaffin, Kelleher y Hollenberg	1996	X				
Copping	1996	X				
Jouriles, Norwood, McDonald, Vincent y Mahoney	1996	X				
Briere	1996	X				
Kolbo	1996	X				
Yates	1996	X				
McCauley et al	1997	X				
Flisher et al.	1997	X				
Clark, Lesnick y Hegedus	1997				X	
Jenkins y Oatley	1997	X				
Lehmann	1997	X				
Kilpatrick, Litt y Williams	1997	X				
Morales, Zunzunegui y Martínez	1997	X				
Adamson y Thompson	1998	X		X		
Rossman	1998	X	X	X	X	
Cantón y Cortés	1998	X	X		X	
Kendler y Gardner	1998	X				
Knapp	1998	X				
Hughes y Luke	1998	X	X			
Moore y Pepler	1998	X		X		
Graham-Bermann y Levendosky	1998b	X	X			
Wolak y Finkelhor	1998					X
Bensley et al.	1999	X				
Edleson	1999a	X				
Eiden	1999	X				
Milner y Crouch	1999	X				

**Tabla 3.4. Estudios sobre consecuencias del maltrato infantil del 2000 al 2010.**

AUTOR	AÑO	CONSECUENCIAS				
		EXTER	INTER	SOCIALES	COGNI/ RENDTO. ACAD	FISICAS
Grych, Jouriles, Swank, McDonald y Norwood	2000	X	X			
Jenkins	2000	X				
Davis y Siegel	2000		X			
Rossman, Hughes y Rosenberg	2000		X			
Margolin y Gordis	2000	X		X		
Bremner et al.	2000	X				
Wolfe, Scott, Wekerle y Pittman	2001	X	X			
Thornberry, Ireland y Smith	2001	X				
Marr	2001		X			
Heim y Nemeroff	2001		X			
Pomeroy, Green y Kiam	2001	X				
Bolger y Patterson	2001a	X				
Shonk y Cicchetti	2001				X	
Rossman	2001		X			
Grych y Cardoza-Fernandes	2001		X			
Mitchell y Finkelhor	2001		X			
Lemmy, McFarlane, Willson y Malecha	2001					X
Johnson et al.	2002		X			
Levendosky et al.	2002		X			
Davies, Harold, Goeke-Morey y Cummings	2002	X				
Lansford et al.	2002	X				
Kernic et al.	2003	X		X		
Costa	2003				X	
Oates	2003	X				
Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith y Jaffe	2003	X	X			

Baldry	2003			X	
Corbalán y Patró	2003	X	X		X
Kitzmann, Gaylord, Holt y Kenny	2003		X		
Onyskiw	2003	X			
McFarlane, Groff, O'Brien y Watson	2003	X			
Litrownik et al.	2003	X			
Pedreira	2003		X		
Zinc y Jacobson	2003		X		
Maxwell y Maxwell	2003		X		
Linning y Kearney	2004		X		
Ballif-Spanvill, Clayton, Hendrix y Hunsaker	2004	X			
Caldwell	2004				X
Chemtob y Carlson	2004		X		
Barudy	2004				X
Card	2005		X		
Patró y Limiñana	2005	X		X	
Graham-Bermann y Seng	2005		X		
Duncan, Thomas y Miller	2005	X			
Jarvis, Godon y Novaco	2005		X		
Hornor	2005		X		
Llanos, Bravo y Del Valle	2006	X	X		
Turner, Finkelhor y Ormrod	2006		X		
Widom, Marmorstein y White	2006	X			
Currie	2006	X			
Adams	2006		X		
Rivett, Howarth y Harold	2006		X		
Griffing et al.	2006		X		
Graham-Berman, DeVoe, Mattis, Lynch y Thomas	2006		X		
Koenen, Moffitt, Capsi, Taylor y Purcell	2006				X
Bogart, DeJonghe, Levendosky, Davidson y von Eye	2006		X		
Kaplow y Widom	2007		X		X
Colmenares et al.	2007	X	X	X	
Fang y Corso	2008	X			
Meltzer, Doos, Vostanis, Ford y Goodman	2009	X			X
Zinzow et al.	2009		X		
Humphreys, Lowe y Williams	2009				X
Graham-Berman, Howell, Miller, Kwek y Lilly	2010				X

Según la Teoría del Desarrollo, no suele haber una vía directa de causalidad que conduce a un resultado concreto. Por lo tanto, y a pesar de que algunos/as menores resultan afectados/as al vivir esta situación de maltrato, existe evidencia de que los efectos que el abuso infantil tiene en los niños y niñas varía en función de una serie de factores protectores y de riesgo en la vida de los mismos (Edleson, 2004).

## **ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

## **CAPÍTULO 4: CONCEPTUALIZACIÓN: ESTRÉS Y TRAUMA**

El cuarto capítulo está centrado en dos conceptos relevantes en el tema del Estrés Postraumático: el estrés y el trauma.

Al principio se clarificará el término estrés, haciendo referencia tanto a su origen etimológico como a su uso actual. Se desarrollarán los tres enfoques teóricos principales en torno al estrés, y se hará referencia a los distintos tipos de estímulos que pueden ser estresantes.

A continuación se define el concepto de trauma y las características de los eventos para que sean considerados como traumáticos.

Se hace la distinción entre los conceptos estrés y trauma, ya que suelen estar asociados pero no son términos idénticos.

Por último, se enumeran los acontecimientos que pueden ser considerados como traumáticos, tanto en población adulta como infantil.

## 4.1. EL ESTRÉS

### 4.1.A. DEFINICIÓN DE ESTRÉS

El trastorno en el que nos vamos a centrar en este trabajo, el Trastorno por Estrés Postraumático, lleva implícitos dos conceptos “estrés” y “trauma” que resulta imprescindible definir, aunque esto no es una tarea sencilla. Empezaremos con el estrés.

El término “estrés” es uno de los constructos más importantes y empleados en psicopatología, ya que la mayoría de los modelos explicativos sobre los trastornos incorporan este concepto como variable predictora (Cicchetti y Toth, 1991, 1997; Haggerty, Sherrod, Garmezy y Rutter, 1994; Rutter, 1989).

En la actualidad, tanto profesionales de distintos ámbitos como la gente en general lo utilizan a diario. Sin embargo, resulta complicado hallar una definición operativa del mismo. La palabra “estrés” deriva del latín “stringere”, que significa provocar tensión. Se empleaba ya en el siglo XIV para referirse a experiencias negativas y después en el siglo XVII se asoció a fenómenos físicos, en el ámbito de la física y la ingeniería, para describir el efecto de la fuerza en los objetos. Fue a principios del siglo XX cuando empezó a investigarse sus efectos en la salud. Selye (1936) introdujo el término en el campo de la psicología, cuando describió cómo circunstancias ambientales adversas provocaban en las ratas de laboratorio determinados fenómenos fisiológicos.

Como señala Cohen, Kessler y Gordon (1995), todas las definiciones predominantes en la literatura propuestas para la palabra estrés incluyen unas circunstancias ambientales ante las que el organismo tiene que actuar. Y desde el ámbito de la psicofisiología, se define como un estado que amenaza la homeostasis corporal (Tsigos y Chrousos, 2002).

De modo general, hoy en día se suele definir el estrés como *“una serie de procesos fisiológicos y psicológicos, que se desarrollan cuando existe un exceso percibido de demandas ambientales sobre las capacidades percibidas del individuo para poder satisfacerlas, y cuando el fracaso en lograrlas tiene consecuencias importantes percibidas por la persona”* (Fernández-Baena, 2007).

El estrés incluye la interacción de 3 factores: el ambiente, la forma en la que la persona percibe el entorno, y la percepción que tiene de sus propios recursos para hacer frente a las demandas del ambiente. Por tanto, es muy importante la percepción de la persona, ya que un mismo acontecimiento puede ser considerado como inocuo o como catastrófico.



#### 4.1.B. TEORÍAS DEL ESTRÉS

Las definiciones de estrés varían en función del modelo conceptual adoptado, existiendo tres enfoques principales.

- **TEORÍAS BASADAS EN LA RESPUESTA:**

Esta teoría es característica de los enfoques fisiológicos y bioquímicos.

Fue formulada por Selye (1936) y es una de las más populares en este campo.

Hace referencia a las reacciones que el sujeto experimenta ante los estímulos adversos.

Esta teoría centra su atención en el conjunto de respuestas del organismo ante cualquier estímulo nocivo, como el frío, el calor, las drogas, el ejercicio físico, etc., siendo éste tanto agradable como desagradable (Selye, 1976), ya que todos tienen la capacidad de provocar una demanda de ajuste del equilibrio homeostático del organismo.

Selye denominó Síndrome General de Adaptación a esta respuesta, que consiste en un sistema de reacciones adaptativas, a nivel fisiológico y psicológico, de carácter generalizado (afecta a todo el organismo) e inespecífica (similar ante diversos estresores).

Según el autor, el organismo pasa por tres fases:

- Fase de alarma: ante la presencia de un agente nocivo, el organismo se prepara para “luchar o huir”, produciéndose una compleja reacción fisiológica. Se activa el Sistema Nervioso Simpático y Endocrino. Aparecen entre otros síntomas: aumento del ritmo cardíaco y respiratorio, de la tensión arterial, dilatación de las pupilas, tensión muscular, liberación de adrenalina...etc. Se genera también una activación psicológica, aumentando la capacidad de atención y concentración. Es una fase de corta duración y no es perjudicial cuando el organismo dispone de tiempo para recuperarse.
- Fase de resistencia: Superada la fase inicial, se desarrolla la adaptación del organismo al estresor y la consiguiente mejoría. Se ha movilizadocompletamente y se ha adaptado al estrés.
- Fase de agotamiento: cuando el estresor es severo y prolongado y la resistencia continúa durante mucho tiempo, comienzan a agotarse las energías físicas y psíquicas del organismo y se produce un daño que puede ser en algunos casos irreversible. Ocurre un desbalance homeostático y fisiológico en el cuerpo, el organismo colapsa y cede ante

la enfermedad. Los mecanismos de adaptación no logran a veces enfrentarse al reto del estrés y, cuando fracasan, dan lugar a cuadros patológicos llamados “Enfermedades de adaptación”.

Esta teoría fue posteriormente mejorada por otros autores como Mason (1971), que señala otros sistemas neuroendocrinos además de los señalados por Selye y sugiere que los estímulos psicológicos pueden provocar mayor estrés que los físicos.

#### ▪ **TEORÍAS BASADAS EN EL ESTÍMULO:**

Son características de los enfoques psicológicos y psicosociales y se conocen también por Enfoque de Sucesos Vitales y son las que más se acercan a la idea popular de estrés.

Especialmente desarrollado por Holmes y Rahe (1967).

Estas teorías centran su atención en el estímulo, considerando al estrés como variable independiente, como un fenómeno externo al individuo. Estas situaciones ambientales, que pueden ser cuantificables de forma objetiva, son las que generan cambios en el organismo, y cuando pasa el límite (que varía de unas personas a otras), el estrés se convierte en intolerable y aparecen alteraciones fisiológicas y/o psicológicas.

Las situaciones ambientales, llamadas estresores, provocan malestar en el organismo sin tener en cuenta la interpretación cognitiva o valoración subjetiva que el sujeto hace del acontecimiento (Brown y Harris, 1989; Dohrenwend y ShROUT, 1985; Grant et al., 2003).

Se define entonces el estrés como *“Acontecimientos ambientales o condiciones crónicas que objetivamente amenazan a la salud física y/o psicológica o al bienestar de los individuos de una particular edad y en una particular sociedad”* (Grant et al., 2003).

Fierro (2002) destaca que los estresores pueden estar en cualquier ámbito: personal, interpersonal, económico, físico...incluso las catástrofes naturales.

El efecto potencial de los sucesos vitales sobre la salud se ha medido en “Unidades de cambio vital”, asignándose a ciertos sucesos más unidades de cambio vital que a otros.

Creó el primer método para cuantificar el estrés social, en el que refiere que cuanto más cambio produzca una situación, más estrés provocará en el individuo.

#### ▪ **TEORÍAS BASADAS EN LA INTERACCIÓN:**

Estos enfoques centran su atención en la interacción entre el ambiente y la respuesta, que depende de los factores psicológicos o subjetivos (básicamente cognitivos) de la persona, dándole un papel más activo a ésta.

Es representado especialmente por Lazarus y Folkman (1984).

El estrés se definiría como *“una clase particular de relación estímulo-respuesta, una relación percibida por el sujeto como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”* (Lazarus y Folkman, 1984/1986).

Este enfoque destaca la valoración cognitiva del individuo, poniendo de manifiesto que varias personas ante situaciones estresantes semejantes pueden manifestar diferentes reacciones. La persona va a realizar una evaluación cognitiva de lo que ocurre en relación a su bienestar personal.

La teoría de Lazarus distingue tres tipos de evaluación:

- Evaluación primaria: cuando el individuo se encuentra con algún tipo de estresor (externo o interno) evalúa su significado. En este caso puede dar lugar a cuatro modalidades:

o *Amenaza*: anticipación de daño.

o *Daño-pérdida*: daño psicológico que ya se ha producido.

o *Desafío*: implica a la vez una posible ganancia positiva y una amenaza. Resulta de demandas difíciles que la persona se siente segura de superar siempre que movilice y emplee adecuadamente sus recursos.

o *Beneficio*: no induce estrés.

A partir de estas formas de evaluación, se pueden deducir por tanto tres tipos de estrés: amenaza, pérdida y desafío.

- Evaluación secundaria: valora cuáles son los recursos para hacer frente a ese estresor. Los recursos de afrontamiento incluyen habilidades de afrontamiento (*coping*), apoyo social y recursos materiales.

- Reevaluación: procesos de feedback a medida que se desarrolla la interacción entre el individuo y las demandas externas o internas. La reevaluación permite que se produzcan correcciones sobre las valoraciones previas.

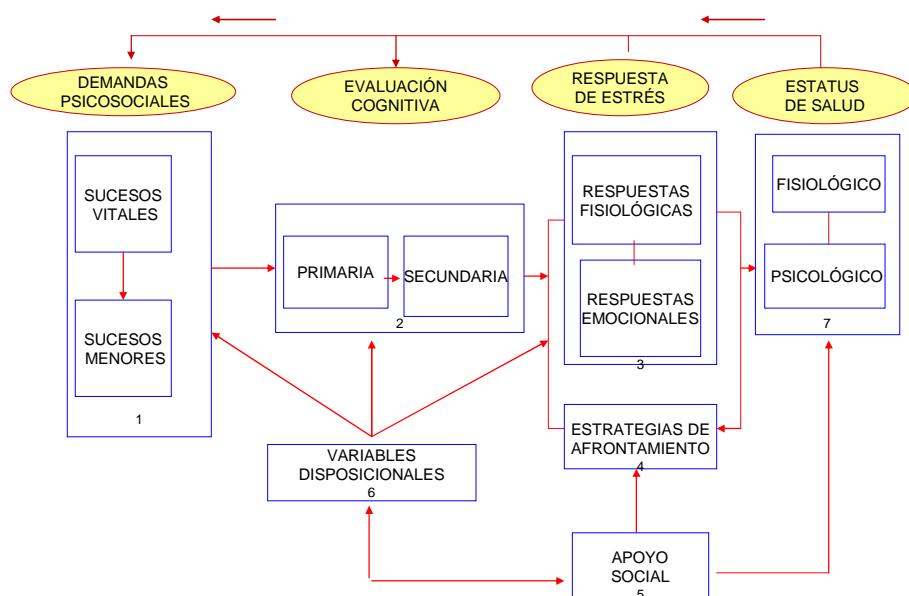
Este enfoque destaca la capacidad del individuo para interactuar con su medio. Por lo tanto, y como puntualiza Fierro (2002), *“no cualquier situación adversa o con propiedades afectivamente negativas es por sí sola estresante. Sólo lo es cuando las circunstancias empiezan a erosionar la capacidad de reacción y los recursos del sujeto”* (p. 210).

#### 4.1.C. TIPOS DE ESTRESORES

En la siguiente *figura (4.1)* podemos ver que no todas las personas van a reaccionar de la misma manera ante los acontecimientos negativos y estresantes. Existe evidencia de que hay unas variables que influyen en la reacción al estrés. Por ejemplo: el

tipo de estresor, la valoración subjetiva que haga la persona, las estrategias de afrontamiento que utilice, el apoyo social del que disponga y sus características personales.

**Figura 4.1. Modelo procesual del estrés.**



En este trabajo no vamos a detenernos en cada uno de estos aspectos, sólo vamos a detallar los tipos de estresores, con el fin de poder delimitar las diferencias con respecto a los eventos traumáticos, que son los que provocan una reacción más patológica en el organismo, como el Estrés Postraumático.

Cuando tenemos que centrarnos en describir cuáles son los tipos de estresores que existen nos encontramos con una dificultad importante, es complicado definir el término "estresor". Si nos quedamos con la última de las teorías descritas, el enfoque interaccional, que es la más completa, podemos decir que un estresor es cualquier estímulo que la persona perciba que excede su capacidad de afrontamiento, por lo que las situaciones consideradas como estresantes podrían ser muchas.

Normalmente podemos encontrar determinadas características que hacen que un estímulo pueda ser estresante. Por ejemplo: la falta de información, cambio en la situación, incertidumbre, ambigüedad, sobrecarga de los canales de procesamiento y alteración de las condiciones biológicas del organismo.

En general, la literatura organiza los distintos tipos de estímulos estresores en tres categorías básicas: acontecimientos o crisis vitales, estresores permanentes o crónicos y

acontecimientos menores de carácter cotidiano (Compas, 1987; Haggerty, 1986; Trad y Greenblatt, 1990).

En cuanto a los **acontecimientos vitales**, Sandín y Chorot (1993) los describen como *“experiencias objetivas que alterarían, o amenazarían con alterar, las actividades usuales del individuo, causando un reajuste sustancial en su conducta”*.

Estos sucesos pueden ser eventos más o menos normativos del desarrollo tales como la transición al instituto (Wagner, Compas y Howell, 1988), matrimonio, divorcio, pérdida del trabajo...etc. o eventos no normativos, por ejemplo, la muerte de un miembro de la familia, terremotos, secuestros o accidentes (Elliot y Eisdorfer, 1982). Lo importante es la cantidad de cambio que conllevan (Compas, Orosan y Grant, 1993; Sandín, 1995).

En relación a las **situaciones estresantes crónicas**, podemos encontrarnos por ejemplo con la pobreza, dificultades económicas (McLoyd y Wilson, 1991), abusos continuados (Manly, Cicchetti y Barnett, 1994), enfermedades crónicas (Kliewer, 1997; Worsham, Compas y Ey, 1997), etc.

Por último, nos encontramos con los **sucesos menores** que son de carácter más cotidiano, ocurren de manera diaria y suelen ser menos impactantes para la persona. Se definen dos tipos de sucesos menores, negativos y positivos: por un lado los ajetreos diarios (hassles) que son contrariedades o sucesos negativos como discusiones, romper cosas, un atasco de tráfico...etc. Y por otro los uplifts, que son placeres o satisfacciones como declaraciones de amor, buenas noticias...etc.

Existe evidencia de que a veces los eventos menores de este tipo pueden tener repercusiones importantes en el ajuste personal de las personas, predisponiendo al sujeto incluso a presentar determinados problemas psicológicos (DeLongis, Coyne, Dakof, Folkman y Lazarus, 1982; Kanner, Coyne, Schaefer y Lazarus, 1981; Reich y Zautra, 1983; Stone y Neale, 1984). En la población infanto-juvenil podemos encontrarnos con: presión ante las tareas escolares, visitas al médico, discusiones con sus iguales o hermanos...etc. (Fallin, Wallinga y Coleman, 2001; Spirito, Stark, Grace y Stamoulis, 1991).

## 4.2. EL TRAUMA

### 4.2.A. DEFINICIÓN DE TRAUMA

Después de conceptualizar el estrés, debemos centrarnos en la definición de trauma, otro asunto complejo. Muchos son los autores que han resaltado que este concepto está lleno de polémica (Brewin, McNally y Taylor, 2004; McNally, 2003; Vázquez,

2005), ya que a lo largo de su evolución se ha convertido en un término poco específico, con posiciones diferentes entre los distintos profesionales (Benyakar, 1997). Como señalan Becker-Blease y Freyd (2005), uno de los propósitos de futuro sería delimitar con precisión la definición de trauma.

El término fue utilizado por primera vez en 1892 por el neurólogo Oppenheim, cuando se refirió a síntomas psicológicos intensos producidos por accidentes laborales traumáticos, denominándolos “neurosis traumática”. Dentro del campo de la psicología, el trauma tiene sus orígenes en el enfoque psicodinámico. Freud recoge el término de la medicina tradicional y lo aplica para describir la “herida” dentro del aparato psíquico, considerándolo como eje central de las neurosis. Después de la Segunda Guerra Mundial, los clínicos lo utilizaron para describir *“la ruptura de las defensas causada por estímulos internos y/o externos que provocan una incapacidad temporaria del yo”* (Furst et al., 1971). A partir de aquí, algunos autores se han centrado en la naturaleza de los estímulos, y otros en la incapacidad de las personas para defenderse de esos estímulos (Benyakar, 1997). En la actualidad ya no posee ese cariz psicodinámico, y se considera que una situación es traumática cuando sentimos la amenaza inminente sobre nosotros o sobre otras personas de producir lesiones graves o muerte, y con frecuencia va seguida de inmediato de graves daños y desgracias (National Traumatic Stress Network, NCTS, 2004).

En general, la literatura existente refiere que los acontecimientos traumáticos tienen, al menos, tres características: que son inesperados, incontrolables y provocan una respuesta emocional intensa (horror, terror). Respondemos ante la gravedad de lo que está sucediendo y no podemos hacer algo para protegernos o cambiar completamente los resultados perjudiciales. Además, la respuesta también se caracteriza por fuertes reacciones físicas como palpitaciones, temblores, e incluso la sensación de que es todo un sueño (NCTS, 2004). Sentimos un fuerte ataque a nuestra sensación de seguridad y de autoconfianza, lo que provoca una gran vulnerabilidad y temor hacia el entorno.

Calhoun lo describe de manera detallada, expresando que *“en la experiencia traumática la persona se enfrenta a unas circunstancias de proporciones sísmicas, porque hacen temblar las bases en que se fundamentan las asunciones de la persona sobre el mundo y sobre ella misma, y suelen llevar a cuestionarse y re-valorar muchas de las asunciones básicas que se mantenían anteriormente”* (Calhoun, 1998; Calhoun y Tedeschi, 1998).

### 4.3. DIFERENCIACIÓN ENTRE LOS CONCEPTOS DE ESTRÉS Y TRAUMA

Normalmente los conceptos de estrés y trauma suelen estar asociados, ya que la sintomatología que provocan suele ser similar (Benyakar, 1997). Sin embargo son fenómenos diferentes que tenemos que diferenciar, incluso hay autores como Benyakar (1997) que señalan que estos conceptos se contraponen.

Por un lado tenemos el **estrés**, que es detectado por el individuo como una amenaza, y desarrolla su organismo una respuesta adaptativa (vigilancia, enfoque de atención, supresión de funciones vegetativas...etc.) y que persiste mientras los factores externos lo exigen o mientras dura su resistencia (Benyakar, 1997; Solano, 2004).

Por otra parte, en el **trauma** no se detecta la amenaza, indica ya una ruptura, un fracaso de integración de la situación externa o interna (Benyakar, 1997).

Como conclusión podemos considerar que la detección de la amenaza y la acción defensiva ante ésta será lo que diferencie estrés de trauma (Benyakar, 1997). Para que un evento estresante se convierta por tanto en traumático es necesario que éste sea de una intensidad o naturaleza que supere las capacidades de procesamiento del sistema nervioso del individuo, dando lugar a alteraciones en la organización del mundo interno.

### 4.4. TIPOS DE EVENTOS TRAUMÁTICOS

En este trabajo vamos a poner la atención en los eventos considerados como traumáticos, ya que en los criterios diagnósticos del trastorno que nos ocupa, el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), se requiere que esté presente un estímulo estresante traumático inicial que provoque reacciones emocionales características. En un principio, el TEPT se relacionaba casi exclusivamente con las situaciones bélicas, aunque con el tiempo se ha ido abriendo el abanico de posibilidades de situaciones que pueden producir este trastorno. En este sentido, Foa, Davidson y Frances, en 1999, recogieron en un listado bastante exhaustivo los posibles eventos traumáticos que pueden provocar TEPT. (*ver tabla 4.1*).

**Tabla 4.1. Listado de tipos de eventos traumáticos según Foa et al. (1999).**

TIPO DE EVENTO TRAUMÁTICO	EJEMPLO
Accidente serio	Coche, avión, barco, accidente industrial
Desastre natural	Tornado, huracán, riada y terremoto
Ataque criminal	Ser físicamente atacado, asaltado, disparado, apuñalado o encañonado con un arma de fuego
Militar	Servir en un puesto activo de combate

Ataque sexual	Violación o intento de violación
Abuso sexual infantil	Incesto, violación o contacto sexual con un adulto o niño mayor
Abuso físico infantil o desatención severa	Palizas, quemaduras, restricciones o inanición
Encarcelamiento, detención, rehén y tortura	Ser raptado o hecho rehén, ataque terrorista, tortura, encarcelado como prisionero de guerra o en campo de concentración, desplazado como refugiado
Ser testigo o enterarse de un evento traumático	Ser testigo de un tiroteo, un accidente devastador, repentina e inesperada muerte de alguien cercano o amado

Tomado de Foa et al., en 1999

Con respecto a la población infantil, tenemos que destacar que en la actualidad todavía no existe una justificación conceptual o empírica para determinar cuáles son los acontecimientos extremos más importantes específicos de la infancia (Duarte, Santos, Green y Hoven, 2009).

Aún así, hay diversos autores (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, AACAP Official Action, 2010; Brown, Madan-Swain y Lambert, 2003; Chiappe, 2000; March, Amaya-Jackson y Pynoos, 1997; Milgram, 1993) que han relacionado varios sucesos traumáticos con TEPT. Por ejemplo:

- Accidentes.
- Ser testigos de homicidios, suicidios o violaciones.
- Ataques graves por animales.
- Violencia escolar.
- Maltrato.
- Enfermedades médicas.
- Terrorismo.
- Guerra.
- Catástrofes humanas o naturales.

Por otra parte, se ha señalado que algunas características de estos eventos traumáticos son importantes, como por ejemplo: duración, frecuencia, cantidad, intensidad, predictibilidad, origen (natural o provocado por el hombre), entre otros.

Una característica destacable en este trabajo es el tiempo de exposición al evento, apuntando que los acontecimientos traumáticos pueden ser agudos o crónicos. En este sentido, es importante señalar la distinción que hizo Terr (Terr, 1985, 1991):

- **Trauma tipo I:** evento traumático aislado, brusco, repentino, no anticipado. Por ejemplo: accidente de automóvil.
- **Trauma tipo II:** evento traumático crónico, con presencia prolongada y mantenida. Por ejemplo: maltrato.



Recientemente ha aparecido un concepto clave para los eventos traumáticos de largo tiempo y repetidos, lo que llamaría Terr: de tipo II. Se denomina **Trauma Complejo** y se refiere a *“la experiencia de adversos eventos traumáticos en desarrollo, múltiples, crónicos y prolongados, la mayoría con frecuencia de una naturaleza interpersonal (ej. abuso físico o sexual, guerra, violencia de la comunidad) e inicio temprano en la vida”* (van der Kolk, 2005, p.401).

Según apunta la National Child Traumatic Stress Network (2003), la exposición a trauma complejo se refiere a la exposición de los/as menores a experiencias de múltiples eventos traumáticos que se producen dentro de su sistema de cuidado (fuente de seguridad y estabilidad). Por lo general, está relacionado con sucesos simultáneos o secuenciales ocurridos en los malos tratos (abuso emocional y negligencia, abuso sexual, abuso físico y testigos de la violencia doméstica) que suelen ser crónicos y empezar en la primera infancia.

#### 4.5. RESUMEN

Antes de hablar del Trastorno por Estrés Postraumático, es imprescindible delimitar dos conceptos implícitos en él: estrés y trauma.

El estrés puede ser definido como *“una serie de procesos fisiológicos y psicológicos, que se desarrollan cuando existe un exceso percibido de demandas ambientales sobre las capacidades percibidas del individuo para poder satisfacerlas, y cuando el fracaso en lograrlas tiene consecuencias importantes percibidas por la persona”* (Fernández-Baena, 2007). Según el modelo conceptual adoptado, las definiciones de estrés varían, existiendo tres enfoques principales. El enfoque basado en la Respuesta, formulado por Selye, centra su atención en el conjunto de respuestas del organismo ante cualquier estímulo nocivo. El enfoque basado en el Estímulo, especialmente desarrollado por Holmes y Rahe, considera al estrés como variable independiente, como un fenómeno externo al individuo. Y el enfoque basado en la Interacción, representado especialmente por Lazarus y Folkman, se centra en la interacción entre el ambiente y la respuesta, que depende de los factores psicológicos o subjetivos (básicamente cognitivos) de la persona, dándole un papel más activo a ésta. Existen variables que influyen en la reacción al estrés, como por ejemplo, el tipo de estresor. En general se habla de tres categorías básicas de estresores: acontecimientos o crisis vitales, estresores permanentes o crónicos y acontecimientos menores de carácter cotidiano (Compas, 1987; Haggerty, 1986; Trad y Greenblatt, 1990).

Por otro lado, cuando hablamos de trauma nos referimos a que *“la persona se enfrenta a unas circunstancias de proporciones sísmicas, porque hacen temblar las bases en que se fundamentan las asunciones de la persona sobre el mundo y sobre ella misma, y suelen llevar a cuestionarse y re-valorar muchas de las asunciones básicas que se mantenían anteriormente”*, como señala Calhoun (1998).

Un evento estresante puede convertirse en traumático si éste es de una intensidad o naturaleza que supera las capacidades de procesamiento del sistema nervioso del individuo, dando lugar a alteraciones en la organización de su mundo interno.

En el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), se requiere que esté presente un estímulo estresante traumático inicial, existiendo un amplio abanico de situaciones que pueden llegar a serlo. En la población infantil hay un mayor desconocimiento en este campo. Una de las características más importantes del evento traumático a tener en cuenta es el tiempo de exposición. En este sentido es imprescindible destacar en este trabajo el concepto de Trauma Complejo, que se refiere a *“la experiencia de adversos eventos traumáticos en desarrollo, múltiples, crónicos y prolongados, la mayoría con frecuencia de una naturaleza interpersonal (ej, abuso físico o sexual, guerra, violencia de la comunidad) e inicio temprano en la vida”* (van der Kolk, 2005, p.401).

## **CAPÍTULO 5: REACCIONES AL ESTRÉS. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)**

En este breve capítulo dedicado a los antecedentes históricos del TEPT no se va a profundizar mucho en el origen del trastorno, pero sí se dan unas pinceladas sobre los antecedentes más próximos.

Aunque el Trastorno por Estrés Postraumático es una realidad reciente, el concepto subyacente es mucho más antiguo. El ser humano ha estado en contacto con el trauma a lo largo de toda su historia (Cazabat, 2001; Palacios y Heinze, 2002). Las reacciones a un evento traumático ha sido un tema de discusión en la literatura desde hace más de un siglo (por ejemplo, Freud, 1919/1955; Janet, 1925; Putnam, 1898; Rivers, 1920). Para una revisión de la evolución del concepto de estrés postraumático podemos ver Ayuso (1988) o Mingote, Torres, Imaz y Ruiz (1999), entre otros. Características clínicas similares a las del TEPT ya se describían en el XIX y XX, e incluso mucho antes (poesía de Homero, de Shakespeare o de Goethe), según refiere Guillén-Botella (2008).

Las respuestas al estrés traumático se han nombrado de diferente manera a lo largo de la historia. Algunos términos utilizados han incluido: Neurosis de Guerra, Neurosis Traumática, Neurosis de Espanto, Síndrome Post-Vietnam o Fatiga de Combate, Corazón de Soldado, Corazón Irritable y Shock por Bombardeo (Calcedo, 2000; Creamer, 2000; Labrador, Crego y Rubio, 2003; Meichenbaum, 1994; Miguel-Tobal, González y López, 2000). La mayoría de los síntomas a los que se referían procedían de soldados que habían combatido en la guerra (Echeburúa y Corral, 1995; Gurwitch, Sullivan y Long, 1998; Labrador et al., 2003; March, Amaya-Jackson y Pynoos, 1997; Milgram, 1993).

Entre las características clínicas observadas se encuentran problemas de autocontrol, ansiedad, culpa, depresión, trastornos del sueño y pesadillas, entre otras. Antes de la inclusión del trastorno como tal en las clasificaciones oficiales, se habían descrito reacciones postraumáticas. Por ejemplo, en víctimas que habían sufrido violación (Burgess y Holmstrom, 1974) y desastres naturales (Titchener y Kapp, 1976). Trabajos más recientes como los de Horowitz (1975, 1976, 1979) y Figley (1978), aportaron un nuevo enfoque de las reacciones postraumáticas, resaltando la importancia de la situación y las dimensiones cognitiva, perceptiva y organizacional del individuo con respecto al evento.

En relación a la población infantil, se habían descrito anteriormente reacciones traumáticas en menores intervenidos quirúrgicamente (Levy, 1945), con problemas familiares, por ejemplo menores que vivían en condiciones amenazantes, con falta de calma y control por parte de los adultos que le rodean (Solomon, 1942; Mercier y Despert, 1943), ante desastres como el hundimiento de un colegio (Lacey, 1972) o inundaciones (Newman, 1976) y en menores con enfermedades potencialmente mortales como el cáncer (Pot-Mees, 1989), destacando en estos relatos la importancia en la infancia del impacto de acontecimientos vitales cotidianos frente a un acontecimiento excepcional.

Pero fue Terr, en los Estados Unidos (1979, 1981, 1983, 1985), la primera en hacer una descripción sistemática de las reacciones psicológicas presentadas por unos niños y niñas después de ser víctimas del secuestro de su autobús escolar en Chowchilla (California) en 1979. Terr informó que el 100% de los/as menores secuestrados/as presentaban síntomas del trastorno, lo que permitió comprender que cuando la situación estresante es lo suficientemente intensa y duradera, el/la menor lo experimenta de forma directa y aparece esta sintomatología.

Después fue Pynoos quien informó de las reacciones de los/as menores ante un desastre natural (Pynoos y Nader, 1988; Pynoos, Steinberg y Wraith, 1995).

## **CAPÍTULO 6: CONCEPTUALIZACIÓN DEL TEPT SEGÚN LAS CLASIFICACIONES OFICIALES**

Este capítulo está destinado a describir cómo ha quedado recogido el área del Estrés Postraumático en las distintas versiones de las clasificaciones oficiales más importantes.

En primer lugar se centra en el manual diagnóstico propuesto por la Asociación Americana de Psiquiatría, el DSM, desde su primera edición a la actual, el Texto Revisado del DSM-IV. Además, se señalan las diferencias entre el Trastorno por Estrés Postraumático y el Trastorno por Estrés Agudo.

En segundo lugar se describen los criterios diagnósticos según la Organización Mundial de la Salud, en su manual diagnóstico (CIE), tanto en la versión actual (CIE-10) como la anterior.

Por último se ponen de relieve las diferentes conceptualizaciones que hacen el DSM y el CIE con respecto al Trastorno por Estrés Postraumático.

## **6.1. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SEGÚN LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (DSM)**

### **6.1.A. ANTECEDENTES: EL DSM-I Y DSM-II.**

En las primeras versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) no aparecía el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) como tal.

En el DSM-I (APA, 1952) se incluía una categoría diagnóstica denominada “Gran reacción al estrés”, refiriéndose a la reacción característica que presentaban los adultos cuando se exponían a combates o catástrofes civiles, y que se convertía en trastorno si ésta era persistente (Montt y Hermosilla, 2001).

En la siguiente versión, el DSM-II (APA, 1968), se minimizan las reacciones después del trauma al incorporar otra categoría “Trastorno situacional transitorio”. Esto fue considerado pronto como insuficiente (Montt y Hermosilla, 2001).

Tanto en el DSM I como II se referían a respuestas psicológicas agudas provocadas por una situación ambiental estresante, pero no describían de forma específica los síntomas del trastorno.

### **6.1.B. INCLUSIÓN DEL TEPT: DSM-III Y SU REVISIÓN DSM-III-TR**

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) aparece como entidad diagnóstica independiente en la tercera edición del DSM (DSM-III) (APA, 1980), constituyendo uno de los cuadros clínicos de más reciente incorporación a los sistemas de clasificación diagnóstica oficiales. Esta inclusión en los manuales refleja la evolución del tema, progresando de la descripción de una reacción aguda en personas sin patología preexistente, presentada en las versiones iniciales del manual, hacia un síndrome mucho más detallado que puede ocurrir como respuesta aguda o crónica, con o sin patología anterior o concurrente (Guillén-Botella, 2008).

Según describe McNally (2003), este nuevo constructo surge especialmente debido a la presión ejercida por los veteranos de la guerra del Vietnam. Esto hizo que los clínicos intensificaran sus esfuerzos durante la década de los 80 para constituir una clasificación estandarizada de los síndromes llamados "post-traumáticos" (Benyakar, 1997). El propósito de los veteranos, como comenta Young (1995), era disponer de una categoría diagnóstica que describiera las secuelas que presentaban a nivel psicológico por la guerra

y, además, poder recibir beneficios tanto médicos como sociales por sufrir un “trastorno mental”.

A partir de aquí, el trastorno fue aceptado por la comunidad científica, recibiendo un reconocimiento oficial, lo que hizo que se iniciaran investigaciones acerca de su etiología, incidencia, clasificación y tratamiento desde ámbitos tanto de la psicología como de la biología (Brewin y Holmes, 2003). El interés desde entonces en este trastorno ha ido creciendo de manera exponencial (Cazabat, 2001). El trastorno fue categorizado dentro de los trastornos de ansiedad, debido a que se definía por ansiedad persistente, hipervigilancia y conductas de evitación fóbica.

A partir de su inclusión en el manual DSM (APA, 1980), este síndrome se ha definido a través de “clusters” o grupos sintomáticos (criterios B, C y D) (Buckley, Blanchard y Hickling, 1998; McWilliams, Cox y Asmundson, 2005), que son secundarios al evento estresor inicial (criterio A).

En el DSM-III (APA, 1980) se incluye el factor etiológico entre sus criterios diagnósticos, sin el cual no puede realizarse el diagnóstico. Este hecho se convierte en una condición necesaria pero no suficiente. Si no se cumple este criterio, la persona podrá tener cualquier otro tipo de entidad diagnóstica, pero no un Trastorno por Estrés Postraumático (Davidson, Hughes, Blazer y George, 1991).

Se convierte por tanto en uno de los pocos trastornos en los que se reconoce como importante la situación vivida en la generación de los síntomas (AACAP, 2010; De Paul, 1995; Miguel-Tobal et al., 2000; Villavicencio, 2000), lo que creó cierta polémica en sus inicios (Báguena, 2001).

En relación al evento traumático, se define que *“tiene que ser lo suficientemente grave como para generar síntomas significativos de malestar en la mayor parte de las personas y que se encontrase fuera de la experiencia humana normal”* (p. 249). Esta definición pone su énfasis en el suceso, minimizando la importancia de las características personales del individuo, lo que presupone que ante esa situación todo el mundo reaccionaría de una determinada forma (Guillén-Botella, 2008).

Con respecto a las respuestas psicológicas consecuentes al estresor, se presentaba:

- Criterio B: Reexperimentación del evento: pesadillas, recuerdos recurrentes e intrusivos e imágenes retrospectivas del trauma.
- Criterio C: Embotamiento afectivo: amnesia del trauma.
- Criterio D: Hiperactivación: aumento de activación, sentimiento de culpa y evitación de actividades que pudieran recordar el trauma.

En la revisión del DSM-III realizada en 1987 (APA), se hacen algunos cambios con respecto a la versión anterior.



Con respecto al criterio A, el estresor, se añade que el evento esté *“más allá del rango normal de la experiencia humana”*. Se enumeran determinados tipos de eventos traumáticos: *“seria amenaza a la vida o a la integridad física; seria amenaza o daño provocado a los hijos, esposa, u otros parientes cercanos; destrucción de la casa o comunidad; además, el acontecimiento puede ser escuchado o presenciado y no sólo directamente experimentado “observación de cómo una persona se lesiona gravemente o muere como resultado de un accidente o de violencia física”*.

En relación a los grupos de síntomas, éstos se reestructuran. El mayor cambio es que en el criterio C se incluyen los síntomas de evitación, además de los de embotamiento afectivo, y que en el criterio D se eliminan los sentimientos de culpa. Además, se requiere que los síntomas de Reexperimentación, Evitación e Hiperactivación se prolonguen por más de 1 mes.

Hasta 1987, con la revisión del DSM-III (DSM-III-TR) (APA, 1987), no se reconoce en los criterios diagnósticos que las reacciones de los niños/as al trauma pueden diferir de las de los adultos. Se introdujeron algunos cambios para la manifestación del TEPT en niños/as.

Así en el criterio B1 sobre recuerdos del acontecimiento, añaden que los niños/as pueden expresarlo a través del juego.

En el criterio C4, disminución del interés en actividades, sugieren que los niños y niñas pueden perder habilidades del desarrollo que anteriormente habían adquirido.

### 6.1.C. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ACTUALES: DSM-IV Y SU REVISIÓN DSM-IV-TR

En el DSM-IV (APA, 1994) se han realizado cambios sustantivos con respecto a ediciones anteriores.

Por un lado se reconoce en el criterio A que los eventos traumáticos no tienen por qué estar fuera de la experiencia normal de las personas, aunque debe ser una experiencia extrema (AACAP, 1998; Echeburúa y Corral, 1995). Una mejora sustancial es la relacionada con el criterio A2, enfatizando la reacción de la persona y su vulnerabilidad, y no tanto el tipo de acontecimiento traumático (Barlow, 1993). La persona, además de exponerse a un evento, debe tener una respuesta emocional intensa, como horror, terror o pánico. Como señala Tomb (1994), la percepción de amenaza o trauma es casi tan esencial en el impacto del estresor y la producción de síntomas, como su objetividad. Ahora tiene que darse una combinación de las dos condiciones (magnitud del suceso y respuesta de la víctima).

Con estos cambios se amplía el abanico de posibles eventos traumáticos, entrando colectivos diferentes a los soldados y supervivientes del holocausto (Keane, 1998a; Levav, 1998; Orner, Lynch y Seed, 1993; Robinson, Bar-Server y Rapaport, 1994; Schnurr et al., 2000), que eran los que hasta ahora estaban cumpliendo los criterios diagnósticos. Así, por ejemplo, se incluirían niños/as maltratados/as, mujeres violadas y personas víctimas de violencia criminal o política (Kilpatrick, Resnick, Saunders y Best, 1998; North, Smith y Spitznagel, 1994; Shalev, 1992; Terr, 1991), supervivientes de desastres (Goenjian, 1993; Green et al., 1997) y de accidentes de tráfico (Blanchard et al., 1996), trabajadores civiles expuestos a sucesos traumáticos (Violanti y Paton, 1999; Weiss, Marmar, Metzler y Ronfeldt, 1995), y personas con un diagnóstico de enfermedad potencialmente mortal (Andrykowski, Cordova, Studts y Miller, 1998).

Con respecto a los grupos sintomáticos, no se realizan cambios significativos. El criterio D6 del DSM-III-TR, referido al malestar fisiológico cuando se expone a estímulos relacionados con el evento traumático, se pasa al criterio B de Reexperimentación, siendo el síntoma B5.

También se incluye que el trastorno debe provocar en la persona malestar clínicamente significativo o deterioro en sus áreas de funcionamiento.

A continuación, en la siguiente *tabla (6.1)* se exponen los criterios diagnósticos para el TEPT según el DSM-IV (APA, 1994) y el DSM-IV-TR (APA, 2000), ya que la versión revisada no implicó modificaciones significativas, sólo en la redacción.

**Tabla 6.1. Criterios diagnósticos de TEPT según el DSM-IV-TR (APA, 2000).**

<b>A.</b> La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:
<b>A1.</b> La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado 1 (o +) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
<b>A2.</b> La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. <i>Nota niños/as.</i>
<b>B.</b> El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de 1 (o +) de las siguientes formas:
<b>B1.</b> Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. <i>Nota niños/as.</i>
<b>B2.</b> Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. <i>Nota niños/as.</i>
<b>B3.</b> El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo. <i>Nota niños/as.</i>
<b>B4.</b> Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
<b>B5.</b> Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
<b>C.</b> Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican 3 (o +) de los siguientes

síntomas:
<b>C1.</b> Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
<b>C2.</b> Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
<b>C3.</b> Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
<b>C4.</b> Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
<b>C5.</b> Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
<b>C6.</b> Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
<b>C7.</b> Sensación de un futuro limitado. p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)
<b>D.</b> Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican 2 (o +) de los siguientes síntomas:
<b>D1.</b> dificultades para conciliar o mantener el sueño
<b>D2.</b> irritabilidad o ataques de ira
<b>D3.</b> dificultades para concentrarse
<b>D4.</b> hipervigilancia
<b>D5.</b> respuestas exageradas de sobresalto
<b>E.</b> Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.
<b>F.</b> Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
Especificar si:
<b>Agudo:</b> si los síntomas duran menos de 3 meses.
<b>Crónico:</b> si los síntomas duran 3 meses o más.
Especificar si:
<b>De inicio demorado:</b> entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

### El TEPT en población infantil:

En general se diagnostica el Trastorno de Estrés Postraumático en la infancia cuando las reacciones de estrés son graves, continuas y cuando interfieren con el desempeño de las funciones diarias de los niños/as y adolescentes (NCTS, 2004). Con respecto a las notas que aparecían en los criterios del TEPT en el DSM-III-TR, se han realizado algunos cambios en el DSM-IV y DSM-IV-TR.

Con respecto al nuevo criterio A2, de respuesta del sujeto al evento, se han añadido notas referentes a los niños y niñas. Éstos, en lugar de responder con horror o temor como lo suelen hacer los adultos, se señala que es más probable que respondan a través de comportamientos desestructurados o agitados.

Se mantiene lo referido en el criterio B1 (expresión a través del juego, donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma) y se añade lo relacionado al síntoma B2 (los sueños en los/as menores pueden tener contenido irreconocible).

Con respecto a los síntomas de evitación, se añade la nota en el criterio B3, flashback en los adultos, apuntando que los niños/as pequeños/as pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.

Sin embargo, se retira de la edición anterior el calificativo del criterio C4 en relación a la pérdida de habilidades.

Es importante tener en cuenta el tiempo con respecto a los síntomas. Puede que los padres no perciban los síntomas de TEPT en sus hijos/as, por lo que hay que extremar la cautela al clasificar el TEPT como de inicio demorado.

#### 6.1.D. DIFERENCIAS DEL TEPT CON EL TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO

Es importante señalar que en el DSM-IV (APA, 1994) aparece una diferenciación temporal en el proceso traumático, que intenta dar respuesta a las limitaciones planteadas en relación a diagnosticar un trastorno inmediatamente después de exponerse a un evento traumático.

Esta diferenciación da lugar a dos categorías diagnósticas distintas pero estrechamente relacionadas: por un lado está el Trastorno por Estrés Postraumático, que es el que nos ocupa, que necesita tener más de 1 mes de duración, por otro, el Trastorno por Estrés Agudo, que requiere que los síntomas aparezcan entre mínimo 2 y máximo 4 semanas después de acontecido el evento traumático. Además, éste último pone mayor énfasis en la sintomatología disociativa (Cardeña, Lewis-Fernández, Bear, Pakianathan y Spiegel, 1996), ya que requiere que durante o después del acontecimiento traumático, la persona presente 3 o más de los 5 síntomas de disociación para su diagnóstico (sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional; reducción del conocimiento de su entorno; desrealización; despersonalización; amnesia disociativa).

El Trastorno por Estrés Agudo ha sido frecuentemente relacionado con el TEPT, señalando que suele ser un predictor de éste (Harvey y Bryant, 1998).

## 6.2. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (CIE)

### 6.2.A. INCLUSIÓN EN EL MANUAL: CIE-9

Aunque los criterios diagnósticos establecidos en el DSM son los más difundidos y utilizados en la investigación del área del Estrés Postraumático, es imprescindible señalar las características que recoge este trastorno en la clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), de gran uso en servicios de salud mental europeos. En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), las respuestas psicológicas ante un evento traumático se incluyen en la novena versión (CIE-9), en 1977 (OMS). Este trastorno es incluido dentro de la sección de “Trastornos neuróticos, de la personalidad y trastornos mentales no psicóticos” bajo el término de “Reacción aguda ante gran tensión”.

Se establece una duración muy restringida desde el acontecimiento traumático (horas o días).

### 6.2.B. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ACTUALES: CIE-10

La última clasificación de la OMS, la CIE- 10 (OMS, 1992), desarrolla una categoría separada de trastornos provocados por el estrés y el trauma, sea un estresor agudo, grave, o una situación traumática sostenida.

Se denomina “Trastornos Neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”, e incluye las Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (F43), donde se encuentran: Reacción a estrés agudo (F43.0), Trastorno por Estrés Postraumático (F43.1), Otras reacciones a estrés grave (F43.8) y Reacción a estrés grave sin especificación (F43.9).

En esta versión ya se introduce el mismo término y criterios similares al DSM, sin embargo, sigue poniendo énfasis en la naturaleza extraordinaria del estresor y en que éste provoca alteraciones en la mayoría de las personas, por lo que minimiza el papel de las características de personalidad del individuo.

Según la CIE, el TEPT es un *“trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por sí mismo malestar generalizado en casi todo el mundo (p. ej., catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen)”*. (OMS, 1992).

En relación al inicio del trastorno, éste puede aparecer después de un período de latencia, cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los 6 meses).

El curso es fluctuante. Algunas personas se recuperan, pero en algunos casos puede tener un curso crónico y evolucionar hacia una “transformación persistente de la personalidad”.

La CIE relaciona el trastorno con ciertos rasgos de personalidad o antecedentes de enfermedad neurótica como factores predisponentes, aunque no considera que sean necesarios ni suficientes para explicar la aparición del trastorno. También se asocia TEPT a desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma, aunque estos síntomas no son imprescindibles para el diagnóstico. También contribuyen al diagnóstico los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal.

A continuación, se describen en la siguiente *tabla (6.2)* los criterios diagnósticos para el Trastorno por Estrés Postraumático según la última edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10).

**Tabla 6.2. Criterios diagnósticos de TEPT según la CIE-10 (OMS, 1992).**

<b>A.</b> El paciente ha debido exponerse a un acontecimiento estresante o situación (tanto grave como prolongado) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar profundo disconfort en casi todo el mundo.
<b>B.</b> Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante en forma de reviviscencias disociativas (flashbacks), recuerdos de gran viveza, sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante.
<b>C.</b> Evitación de circunstancias parecidas o relacionadas al agente estresante (no presentes antes de la exposición al mismo).
<b>D.</b> 1 de las 2:
<b>1)</b> Incapacidades para recordar parcial o completa, respecto a aspectos importantes del período de exposición al agente estresante.
<b>2)</b> Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación (ausentes antes de la exposición al agente estresante) puesto de manifiesto por al menos 2 de los síntomas siguientes:
<b>a)</b> Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
<b>b)</b> Irritabilidad.
<b>c)</b> Dificultad de concentración.
<b>d)</b> Facilidad para distraerse.
<b>e)</b> Respuesta de alarma (sobresaltos) y aprensión exageradas
<b>E.</b> Los criterios B, C y D se satisfacen en los 6 meses posteriores al acontecimiento estresante o del fin del período de estrés (el comienzo retrasado más de 6 meses puede incluirse en circunstancias especiales, lo cual debe especificarse claramente).

### 6.3. DIFERENCIAS ENTRE EL DSM-IV-TR Y LA CIE-10 EN RELACIÓN AL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

Las dos clasificaciones, tanto la elaborada por la APA, el DSM, como la propuesta por la OMS, la CIE, exigen la exposición de la persona a un suceso estresante grave.

A pesar de esto, se observan algunas diferencias relacionadas con la sintomatología y los criterios para el diagnóstico de TEPT (APA, 1994; Brett, 1996; Joseph, Williams y Yule, 1997; Peters, Slade y Andrews, 1999; Yule, Williams y Joseph, 1999).

A continuación se describen a grandes rasgos las diferencias entre las dos clasificaciones en torno al diagnóstico del Trastorno por Estrés Posttraumático. *Ver tabla 6.3.*

**Tabla 6.3. Diferencias en los criterios diagnósticos de TEPT según el DSM-IV-TR y la CIE-10.**

	DSM-IV-TR	CIE-10
<b>CRITERIO A: ESTRESOR</b>	- Énfasis en criterio subjetivo: respuesta emocional intensa ante el suceso traumático (criterio A2)	- Énfasis en el suceso traumático: perturbador para casi cualquier persona.
<b>CRITERIOS B-C-D: SINTOMATOLOGÍA</b>	- Reglas explícitas como algoritmo para abordar la constelación de síntomas que implica el diagnóstico.	- Pauta sintomatológica general. Algunos síntomas no son necesarios para el diagnóstico.
	- Énfasis en síntomas de embotamiento (ítems C4, C5, C6 y C7).	- Síntomas de embotamiento no necesarios para el diagnóstico. Sí se reconocen como asociados.
	- Síntomas de hiperactivación (criterio D) necesarios para diagnóstico.	- Síntomas de hiperactivación (criterio D2) no necesarios para diagnóstico.
<b>TEMPORALIDAD</b>	- Temporalidad referida especialmente a la duración de los síntomas, que deben estar presentes más de un mes (criterio E). - También refiere un inicio demorado (6 meses).	- Temporalidad referida al tiempo de latencia en la aparición de los síntomas (6 meses).
<b>COMORBILIDAD</b>	- Comorbilidad característica, tanto con trastornos del eje I como del eje II.	- Preferencia por diagnóstico simple, único.

### 6.4. RESUMEN

El Trastorno por Estrés Posttraumático aparece como entidad diagnóstica independiente en la tercera edición del DSM (APA, 1980). Las versiones anteriores se referían a respuestas psicológicas agudas provocadas por una situación ambiental estresante, pero no describían de forma específica los síntomas del trastorno. Este síndrome se ha definido a través de tres grupos sintomáticos (criterios B, C y D) (Buckley et al., 1998; McWilliams et al., 2005), que son secundarios al evento estresor inicial (criterio A). En la revisión del DSM-III realizada en 1987 (APA), se hacen algunos cambios

con respecto a la versión anterior, y se reconoce por primera vez en los criterios diagnósticos que las reacciones de los niños/as al trauma pueden diferir de las de los adultos. En el DSM-IV (APA, 1994) se realizaron cambios sustantivos con respecto a ediciones anteriores, especialmente relacionados con el evento traumático, exigiendo que se dé una combinación de dos condiciones (magnitud del suceso y respuesta de la víctima), ampliando con ello el abanico de posibles acontecimientos traumáticos. La revisión de esta versión, DSM-IV-TR (APA, 2000), no implicó modificaciones significativas, sólo en la redacción. A partir del DSM-IV aparecen dos categorías diagnósticas distintas pero estrechamente relacionadas: por un lado está el Trastorno por Estrés Postraumático, que necesita tener más de 1 mes de duración, por otro, el Trastorno por Estrés Agudo, que requiere que los síntomas aparezcan entre un mínimo de 2 y un máximo de 4 semanas después de acontecido el evento traumático

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), las respuestas psicológicas ante un evento traumático se incluyen en la novena versión (CIE-9), en 1977 (OMS). Este trastorno es incluido dentro de la sección de “Trastornos neuróticos, de la personalidad y trastornos mentales no psicóticos” bajo el término de “Reacción aguda ante gran tensión”. La versión actual, CIE- 10 (OMS, 1992), desarrolla una categoría separada de trastornos provocados por el estrés y el trauma, que se denomina “Trastornos Neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos” e introduce el mismo término y criterios similares al DSM.

Las dos clasificaciones, tanto la elaborada por la APA, el DSM, como la propuesta por la OMS, la CIE, exigen la exposición de la persona a un suceso estresante grave. A pesar de esto, se observan algunas diferencias relacionadas con la sintomatología y los criterios para el diagnóstico de TEPT (APA, 1994; Brett, 1996; Joseph et al., 1997; Peters et al., 1999; Yule et al., 1999).



## **CAPÍTULO 7: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

El capítulo 7 se dedica a mostrar la diferencia entre las reacciones que podemos tener ante el estrés, normales y patológicas.

Por un lado se centra en las características clínicas del Trastorno por Estrés Posttraumático en adultos, y por otro en la especificidad de este trastorno en niños/as y adolescentes.

## 7.1. REACCIONES NORMALES AL ESTRÉS Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TEPT EN POBLACIÓN ADULTA

La relación existente entre estrés y enfermedad mental es ampliamente conocida y aceptada (Barret, Rose y Kellarman, 1979; Buendía, 1993; Neufeld, 1984;). Ha existido siempre un amplio debate relacionado con el hecho de si las reacciones psicológicas frente a eventos traumáticos son consideradas patológicas o normativas (Broman-Fulks et al., 2009).

En este sentido, desde la incorporación del Trastorno por Estrés Postraumático a las clasificaciones oficiales, en 1980, se ha reconocido que su sintomatología característica conforma una entidad clínica patológica, diferente a otras reacciones postraumáticas no patológicas. Esto significa que si una persona se expone a un evento traumático como requieren los manuales y cumple los criterios diagnósticos, sufrirá un trastorno psicopatológico, mientras que si presenta estas características en menor medida, estará presentando una reacción normal ante un estrés extremo. Por tanto, la morbilidad relacionada con el estrés depende de la intensidad y duración de los acontecimientos externos, de la respuesta presentada por el individuo y su vulnerabilidad psicológica, y de las variables relevantes que ponen en riesgo o fortalecen los mecanismos de adaptación, como por ejemplo el momento en el que se produce el evento, el lugar, el bagaje cultural y social de la persona, el periodo evolutivo...etc. Esto significa que ante un mismo evento negativo, cada persona puede reaccionar de manera diferente.

Como señala Guillén-Botella (2008), las reacciones generales de los individuos ante un estresor se pueden agrupar en varias categorías:

- Por un lado están las personas que presentan reacciones “esperables, frecuentes, usuales” durante un breve periodo de tiempo. Las características serían: tristeza, ansiedad, enfado, problemas de conducta...etc.

- En segundo lugar se encuentran las personas que desarrollan reacciones emocionales y del comportamiento algo más intensas y que alteran su funcionamiento cotidiano durante un periodo de tiempo más largo.

- También podemos observar a individuos que después de experimentar estrés reaccionan a nivel emocional y/o comportamental con una intensidad y duración suficiente para recibir un diagnóstico específico (trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, etc.).

- Hay determinadas personas que viven el acontecimiento de manera tan intensa que éste les remueve las concepciones básicas sobre sí mismo, los demás y/o el mundo, quedándose “atrapado” por el acontecimiento.

- Por último, no debemos olvidarnos de aquellas personas que viven ese evento estresor como una oportunidad de crecimiento personal, y les produce un “cambio positivo” en sus vidas.

Todas estas reacciones son posibles. En este trabajo nos centramos en las personas que presentan signos y síntomas relacionados con el evento estresante traumático que se agravan, de forma persistente y perjudicial, resultando en un trastorno psicopatológico como es el Trastorno de Estrés Postraumático.

Hemos de señalar, que tras la exposición a un evento traumático se pueden dar una amplia gama de síntomas en la reacción psicológica, si bien sigue siendo esencial el diagnóstico preciso de TEPT (Hawkins y Radcliffe, 2006).

Se ha comentado anteriormente que el Trastorno por Estrés Postraumático es un síndrome que requiere la presencia de un evento estresante traumático para su diagnóstico, lo que lo hace diferente a otros trastornos presentados en las clasificaciones oficiales (APA, 1994; Ballenger, Davidson y Lecrubier, 2000; Shalev, 2000). Además de esta diferencia, también es importante señalar que el TEPT se encuentra claramente contextualizado, ocurriendo el suceso traumático a la persona en un contexto histórico, socio-cultural y ontogenético concreto (Báguena, 2001).

Por otro lado, uno de los rasgos específicos del trastorno es que la vivencia del individuo expuesto a un evento traumático se refleja en miedo intenso, sensación de incapacidad personal para superar el acontecimiento, percibiendo una amenaza para la integridad y la dignidad personal (Cebrian, Mingote, Isla, Ruiz y Jurado, 2009). Destacamos además, que el impacto del trauma puede llegar también a las personas que experimentan el evento de manera indirecta, por la visualización, el mero conocimiento del hecho, o por el sentimiento de solidaridad emocional con las víctimas primarias. Así, víctimas secundarias podrían considerarse a familiares, amigos, vecinos, trabajadores que han intervenido, entre otros (Chung, Easthope, Farmer, Werrett y Chung, 2003; Collins y Long, 2003; Wayment, 2004).

Hasta la actualidad, aunque pueden darse perfiles diferentes en cuanto a la presentación de las características postraumáticas, tres aspectos fundamentales se mantienen en todas las personas que presentan TEPT (Echeburúa y Corral, 1995).

- En primer lugar, las víctimas suelen mantener la experiencia anclada en su memoria. Continúan teniendo imágenes, pensamientos, recuerdos, sobre lo sucedido, o en forma de pesadillas. A veces incluso piensan que esa vivencia está ocurriendo de nuevo, teniendo dificultad para valorar si esa situación es segura o no. Esto hace que presenten reacciones tanto a nivel psicológico como fisiológico cuando se enfrentan a algún estímulo

que tengan asociado con el evento, teniendo la sensación de que el peligro está a punto de repetirse.

- En segundo lugar, estas personas afectadas pueden intentar evitar, por todos los medios, ver a alguien, o ir a lugares que le recuerdan el hecho traumático, manteniéndose en una lucha constante para no pensar, sentir ni tener imágenes relacionadas. Incluso es posible que olviden alguna parte del acontecimiento. La persona se siente extraña, alejada de los demás, embotada emocionalmente, lo que le impide elaborar la experiencia traumática, teniendo una sensación de que ésta no ha pasado.

- En tercer lugar, las víctimas quedan en constante alerta desde que sucedió el evento, presentan dificultades para dormir, se sienten más irritables y no pueden concentrarse. Suelen tener síntomas físicos recurrentes, como dolores de cabeza y de estómago.

Como apuntan Labrador et al., (2003), además de estos tres grupos sintomáticos principales, también el TEPT suele ir acompañado de otras características, entre otras:

- Amnesia disociativa. Debido a sentimientos como la vergüenza o la culpa, y a dificultades de procesamiento, hay incapacidad de evocar determinada información relacionada con el evento traumático.
- Suele provocar interferencia significativa en todas las áreas de funcionamiento.
- Ya no se muestra interés por cosas que antes le resultaban atractivas.
- Embotamiento, con dificultades para recibir y expresar sentimientos de intimidad y ternura.

Todas estas características a veces pueden presentarse de forma tardía, incluso años después de que ocurra el acontecimiento traumático.

## **7.2. REACCIONES NORMALES AL ESTRÉS Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TEPT EN POBLACIÓN EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA.**

Sabemos que cuando un niño o niña experimenta un evento traumático y presenta reacciones como tristeza, ansiedad, enfado, alteración del comportamiento y otras dificultades más leves durante un periodo breve de tiempo, son reacciones normales. Normalmente los/as menores suelen reflejar los síntomas de estrés a través de cambios en el comportamiento y actitudes regresivas. Algunos autores consideran que no siempre es necesaria la intervención temprana en los primeros momentos después del acontecimiento (Litz y Gray, 2004; Stallard et al., 2006). Estas respuestas transitorias son

muy frecuentes en los/as menores y como apuntan Dyregrov y Yule (2006), el hecho de que las superen, permanezcan estables o se agraven, va a depender especialmente de la protección, seguridad y satisfacción de necesidades que les ofrezcan sus cuidadores principales. También van a formar parte de los factores moderadores la severidad, duración y/o el grado de interferencia que conlleve el acontecimiento con su funcionamiento diario.

Aunque la mayoría de los/as menores expuestos a un acontecimiento potencialmente traumático suelen tener variables de resistencia, en algunas ocasiones las respuestas de los niños y niñas se convierten en disfuncionales, dando lugar al desarrollo de importantes problemas psicopatológicos de larga duración, como el Trastorno por Estrés Posttraumático (AACAP, 2010; Cook-Cottone, 2004).

Según apunta la National Child Traumatic Stress Network (NCTS, 2004), más de 20 años de investigación nos confirman el TEPT en infancia y adolescencia, aunque este campo todavía se caracteriza por la escasez de estudios y la ambigüedad (Alberto, 2004; Sarmiento, Fernández, Barbacil y Gutiérrez, 2006). Uno de los síntomas en el periodo inmediato posterior al acontecimiento que se ha relacionado con TEPT posterior es el pánico (Pfefferbaum, Stuber, Galea y Fairbrother, 2006; Sinclair, Salmon y Bryant, 2007).

Inicialmente existía cierto escepticismo en relación a que la población infantil pudiese presentar el diagnóstico TEPT (AACAP, 1998). Algunos autores referían que las respuestas emocionales de los/as menores estaban determinadas por las de sus padres y se subestimaba el impacto emocional que un evento causaba en el/la menor debido a su desarrollo cognitivo o a que los adultos no interpretaban de manera precisa sus reacciones (Allen, Heston, Durbin y Pruitt, 1998).

Terr (1991), una de las autoras pioneras en el TEPT infantil, define trauma infantil como *“el resultado mental de haber sufrido un golpe emocional externo repentino o una serie de golpes que dejan al menor temporalmente indefenso y que sobrepasan sus mecanismos de defensa psicológicos habituales”*. Propuso que los niños/as, tras sufrir un trauma, suelen presentar 4 síntomas característicos:

- Recuerdos repetidos a través de percepciones o visualizaciones. Lo más frecuente es la revisualización, incluso cuando el evento original no haya sido visual. Puede manifestarse por medio de dibujos o juegos.

- Conductas repetitivas. Intentan integrar la experiencia traumática en su vida para darle un significado. Se trata de manifestaciones frecuentes del acontecimiento y de sus consecuencias. Normalmente suele ocurrir en niños y niñas por debajo de los 12 años, no siendo conscientes de ello. Por este motivo es imprescindible recabar información de los adultos cercanos, más que utilizar una prueba de autoinforme.

- Miedos relacionados con el contenido del trauma. Suelen ser miedos específicos y continuar a lo largo de la vida, ya que no son miedos evolutivos.

- Cambios en las actitudes sobre las personas, aspectos de la vida y el futuro: sensación de un futuro acortado y de máxima vulnerabilidad por los acontecimientos negativos que puedan ocurrir.

Además, esta autora (Terr, 1996) describe cuáles son los factores que harán que un niño/a desarrolle TEPT tras una experiencia traumática:

- Entendimiento de que está en peligro o que es testigo de algo terrible.
- Sentimiento de indefensión extrema.
- Percepción y registro de forma implícita o explícita de una memoria traumática.

Los niños/as que presentan TEPT han sufrido, visto o le han contado una situación gravemente traumática en la que han sentido cómo su vida o la de los demás corría peligro y ante la cual ha reaccionado con temor intenso, horror o comportamiento desestructurado (AACAP, 1998, 2010; APA, 1994, 2000; Chiappe, 2000; March et al., 1997; Terr, 1991). Además de la presencia de un trauma conocido, el TEPT infantil también se ve reflejado por la presencia de los tres grupos sintomáticos característicos de los adultos (Reexperimentación, Evitación/Embotamiento, Hiperactivación) pero con presentaciones diferentes, no siendo recogidas en su mayoría por las clasificaciones oficiales al uso.

La **Reexperimentación** del acontecimiento traumático en los niños/as tiende a reflejarse a través de:

- Pensamientos, percepciones en las que la imagen está asociada a un escaso vocabulario o juegos repetitivos con elementos del trauma donde de forma repetitiva dramatizan a través del juego los elementos del evento que le provocan malestar (AACAP, 2010; Cohen, Berliner y Mannarino, 2000; Dyregrow y Yule, 2006; Johnson, 1998; Margolin y Gordis, 2000; Montt y Hermosilla, 2001; Pullis, 1998; Sepúlveda, 2006; Solano, 2004; Terr et al., 1999; Yule, 2001). Como comentan March et al., (1997), tanto a través del juego como con las imágenes, a veces los niños/as pueden alterar la acción del acontecimiento en su fantasía y en la representación, con el objetivo de encontrar una salida o para que el efecto del trauma sea menor. En general, los/as menores no realizan estas reproducciones de manera voluntaria y deseada (Milgram, 1993).

- Pesadillas recurrentes en las que se repite el recuerdo del trauma en particular o sueños terroríficos acerca de otras situaciones o de carácter inespecífico, generalizándose de manera encubierta a otros miedos como la muerte, monstruos o catástrofes (AACAP, 2010; APA, 1994, 2000; March et al., 1997; Márquez, 2000; Montt y Hermosilla, 2001; Solano, 2004; Yule, 2001).

- Ensoñaciones diurnas, alucinaciones e incluso estados disociativos; observándose en niños/as muy rara vez los flashbacks descritos en adultos (AACAP, 1998; APA, 1994; Montt y Hermosilla, 2001; Terr, 1985). Los niños/as mayores incorporan aspectos del trauma en sus vidas. A veces fantasean con intervenir o vengarse por haber experimentado el acontecimiento (Solano, 2004).

- Se intensifica la sintomatología y se sienten más sensibles dando lugar a alteraciones psicológicas y/o fisiológicas cuando se enfrentan con estímulos del medio o internos que asocian con el trauma (AACAP, 1998, 2010; APA, 1994; Montt y Hermosilla, 2001).

- Estos síntomas de Reexperimentación pueden desarrollarse después de pasados meses o incluso años después del acontecimiento (Montt y Hermosilla, 2001).

Los síntomas de **Evitación** deben ser objeto de una cuidadosa valoración a través de los adultos que rodean al niño/a, ya que son difíciles de percibir (Sepúlveda, 2006). Normalmente son manifestados por los/as menores a través de varias respuestas:

- Evitar conversar acerca del suceso, eludir actividades en las que pueda aparecer su recuerdo (AACAP, 2010; Montt y Hermosilla, 2001).

- Alteraciones en la memoria y secuencia de los hechos, no siendo frecuente la amnesia (AACAP, 1998, 2010; March et al., 1997; Terr, 1985).

En relación a los síntomas característicos que representan el **Embotamiento afectivo o Anestesia emocional**, se distinguen en los/as menores:

- Disminución en los intereses o participación reducida en actividades en las que antes disfrutaba (AACAP, 2010; Gurwitch et al., 1998).

- Sensación de desapego de los demás, inhibición conductual, alejamiento (AACAP, 2010; Cook-Cottone, 2000; Gurwitch et al., 1998; Yule, 2001).

- Restricción en los afectos, con una menor capacidad para sentir emociones, especialmente las relacionadas con la intimidad o emociones positivas (Gurwitch et al., 1998).

- Actitudes pesimistas relacionadas con la indefensión. Creencia de que su vida no durará tanto como para llegar a la edad adulta. Además, pueden elaborar profecías, como la creencia de que tienen una capacidad especial para pronosticar futuros eventos negativos (AACAP, 2010; Margolin y Gordis, 2000; Sepúlveda, 2006).

Por último, con respecto a los síntomas que presentan los/as menores en **Hiperactivación**, se pueden destacar:

- Dificultades para conciliar el sueño o mantenerse dormido/a (AACAP, 2010; APA 1994, 2000; Gurwitch et al., 1998; March et al., 1997).

- Dificultades para regular sus emociones. Desde irritabilidad a explosiones de ira en las que temen perder el control, o incapacidad para expresar adecuadamente la rabia. Esto conlleva dificultades en las relaciones con su familia y sus iguales (AACAP, 2010; APA, 1994, 2000; Gurwitch et al., 1998; March et al., 1997; Montt y Herмосilla, 2001).

- Dificultades en la concentración o para terminar una tarea, por ejemplo, en los ejercicios escolares (AACAP, 2010; APA, 1994, 2000; Gurwitch et al., 1998; March et al., 1997).

- Estados de hipervigilancia constante (AACAP, 2010; APA, 1994, 2000; Gurwitch et al., 1998; March et al., 1997).

- Aumento en la reacción de sobresalto (AACAP, 2010; APA, 1994, 2000; Gurwitch et al., 1998; March et al., 1997).

Además de los tres grupos sintomáticos característicos del TEPT, también aparecen en población infantil diversos síntomas asociados. Algunos de ellos son:

- Pérdida de habilidades recientemente adquiridas, actitudes regresivas y déficits en autonomía. Por ejemplo, pueden pedir ayuda para tareas que ya dominaban. Ejemplos de áreas afectadas: control de esfínteres, lenguaje o el vestido (Amaya-Jackson y March, 1995; Gurwitch et al., 1998; Márquez, 2000; Montt y Herмосilla, 2001; Scheeringa, Peebles, Cook y Zeanah, 2004; Terr et al., 1999; Yule, 2001).

- Miedos específicos en relación al trauma o temores más generalizados, por ejemplo miedo a la oscuridad o ansiedad de separación o incluso ansiedad generalizada (Cohen et al., 2000; Gurwitch et al., 1998; Márquez, 2000; Montt y Herмосilla, 2001; Scheeringa et al., 2004; Terr et al., 1999; Yule, 2001).

- Síntomas depresivos, aunque más relacionados a la adolescencia (Gurwitch et al., 1998; Márquez, 2000; Montt y Herмосilla, 2001; Valdivia, 2002). También pérdida de confianza en uno mismo y baja autoestima (Brown y Fromm, 1986).

- Problemas de conducta (oposicionismo, desafío, inquietud psicomotriz, déficit de atención) (Amaya-Jackson y March, 1995; Amorós, Palacios, Fuentes, León y Mesas, 2003; Gurwitch et al., 1998; Margolin y Gordis, 2000; Márquez, 2000; Montt y Herмосilla, 2001; Scheeringa et al., 2004). En adolescentes se asocia más con consumo de sustancias (Valdivia, 2002).

- Exacerbación de trastornos de aprendizaje previos (Valdivia, 2002).

- Quejas somáticas (por ejemplo dolores de estómago, de cabeza, náuseas, entre otros) (Gurwitch et al., 1998; Márquez, 2000; Mongillo, Briggs-Gowan, Ford y Carter, 2009; Montt y Herмосilla, 2001; Sepúlveda, 2006; Valdivia, 2002).

- Estados disociativos (Montt y Herмосilla, 2001).



Como apunta Valdivia (2002), es importante resaltar que además del evento traumático al que es expuesto el/la menor, también pueden surgir más tarde nuevos cambios o situaciones estresantes “secundarios”, como por ejemplo cambio de casa después de ser víctima de abuso o amputaciones después de un accidente de tráfico.

### 7.3. RESUMEN

Las reacciones que podemos tener ante un evento estresor son muy variadas. En este trabajo nos centramos en las personas que presentan signos y síntomas relacionados con el evento estresante traumático que se agravan, de forma persistente y perjudicial, resultando en un trastorno psicopatológico como es el Trastorno por Estrés Posttraumático. Hasta la actualidad, aunque pueden darse perfiles diferentes en cuanto a la presentación de las características posttraumáticas, tres aspectos fundamentales se mantienen en todas las personas que presentan TEPT (Echeburúa y Corral, 1995). En primer lugar, las víctimas suelen mantener la experiencia anclada en su memoria, y ésta reaparece a través de imágenes, pensamientos, recuerdos o pesadillas. En segundo lugar, pueden intentar evitar ver a alguien o ir a lugares que le recuerdan el hecho traumático, manteniéndose en una lucha constante para no pensar, sentir ni tener imágenes relacionadas. En tercer lugar, quedan en constante alerta desde que sucedió el evento, presentan dificultades para dormir, se sienten más irritables y no pueden concentrarse.

Los síntomas de estrés se suelen reflejar en la infancia a través de cambios en el comportamiento y actitudes regresivas. En algunas ocasiones las respuestas de los niños y niñas se convierten en disfuncionales, dando lugar al desarrollo de importantes problemas psicopatológicos de larga duración, como el TEPT (AACAP, 2010; Cook-Cottone, 2004), aunque inicialmente existía cierto escepticismo en relación a que la población infantil pudiese presentar este diagnóstico (AACAP, 1998). Además de la presencia de un trauma conocido, el TEPT infantil también se ve reflejado por la presencia de los tres grupos sintomáticos característicos de los adultos (Reexperimentación, Evitación/Embotamiento, Hiperactivación) pero con presentaciones diferentes, no siendo recogidas en su mayoría por las clasificaciones oficiales al uso. Aparte de estos grupos sintomáticos, también aparecen en población infantil diversos síntomas asociados. Algunos de ellos son: pérdida de habilidades recientemente adquiridas, miedos, síntomas depresivos, problemas de conducta, exacerbación de problemas de aprendizaje previos, quejas somáticas y disociación.

## **CAPÍTULO 8: EPIDEMIOLOGÍA DEL TEPT**

En este capítulo se hace un amplio recorrido por los aspectos epidemiológicos del Trastorno por Estrés Postraumático, es decir, se comenta la frecuencia con la que sucede el trastorno así como sus determinantes en la población.

Primero se exponen los índices de exposición a eventos traumáticos, un tema fundamental en el TEPT, señalando las tasas de prevalencia encontradas tanto en población adulta como en infancia y adolescencia.

A continuación se hace referencia a rangos de prevalencia del trastorno en sí, en adultos y en niños/as, tanto en población general como en clínica (maltrato infantil). Se recogen además los resultados de los estudios realizados a través de un instrumento muy utilizado en infancia para el TEPT, el Child PTSD Symptom Scale (CPSS) de Foa, Johnson, Feeny y Tredwell, (2001). Tras el análisis de los datos de los estudios más significativos, se ponen de relieve las dificultades existentes en las investigaciones sobre prevalencia de este trastorno.

Tras la prevalencia se dedica un apartado al curso del trastorno, detallando cómo suele ser el inicio y la evolución del mismo.

También en este capítulo se describe la comorbilidad del TEPT con otros trastornos psicopatológicos, indicando cuáles son las asociaciones más frecuentes tanto en población adulta como en infantil.

Por último, se exponen cuáles son los factores asociados que median el riesgo de desarrollar Estrés Postraumático, tanto los que aumentan el riesgo de sufrirlo como los que lo atenúan.

### 8.1. PREVALENCIA DE LA EXPOSICIÓN A EVENTOS TRAUMÁTICOS.

La mayoría de autores que investigan el TEPT, como Hidalgo y Davidson (2000) y Rincón (2003), apuntan que el índice de exposición a eventos traumáticos en sí es una parte importante del estudio y valoración de este trastorno. Experimentar un evento traumático es un hecho que se ha documentado ampliamente como algo frecuente entre la población, refiriendo que muchas personas están expuestas a uno o más eventos traumáticos a lo largo de su vida (Breslau, Davis, Andreski, Peterson y Schultz, 1997; Breslau et al., 1998; Hidalgo y Davidson, 2000; Kessler, 2000; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson, 1995; Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders y Best, 1993; Rincón, 2003).

Existen diversos factores de riesgo asociados a sufrir un acontecimiento traumático. Así, Hidalgo y Davidson (2000) y Cebrian et al., (2009), señalan algunos:

- Género masculino (con la excepción de la violencia sexual).
- Edad: disminuye el riesgo a medida que se avanza en edad.
- Historia familiar de trastornos psiquiátricos.
- Exposición previa a eventos traumáticos.

Recientemente se ha señalado que existen grandes diferencias en las tasas de prevalencia aportadas para la exposición de adultos a los eventos traumáticos, con un rango que va desde el 3,9% al 89,6% (Klein y Alexander, 2009).

En este sentido, Shalev en el año 2000 realizó una comparación entre los estudios epidemiológicos más relevantes realizados en su gran mayoría en población norteamericana, encontrando que las prevalencias se situaban en torno a la mitad de la población, llegando incluso casi al 100%. *Ver tabla 8.1.*

**Tabla 8.1. Probabilidad de exposición a un suceso traumático en población general adulta.**

ESTUDIO	POBLACIÓN (N)	TASA DE EXPOSICIÓN A LO LARGO DE LA VIDA		OBSERVACIONES
		HOMBRES	MUJERES	
Breslau, Davis, Andreski y Peterson, 1991	Adultos jóvenes (edad: 21 a 30 años) EE.UU. (1.007)	43%	37%	Cualquier trauma
Norris, 1992	Adultos EE.UU. (1.000)	74%	65%	10 eventos seleccionados
Resnick et al., 1993	Mujeres EE.UU. (4.008)	-	69%	Cualquier trauma
Kessler et al., 1995	Población general EE.UU. (5.877)	61%	51%	Cualquier trauma
Stein, Walker, Hazen y Forde,	Adultos Canadá	81%	74%	Lista de eventos traumáticos

1997	(1.000)			
Breslau et al., 1998	Adultos EE.UU. (2.181)	97%	87%	19 eventos seleccionados

Tomado de Shalev, 2000.

En el estudio realizado por Kessler et al. (1995) para la National Comorbidity Survey, se describieron los tipos de eventos que suelen ser experimentados, destacando que los más frecuentes fueron: ser testigo de que alguien está siendo seriamente dañado o de un asesinato; verse involucrado en un incendio, diluvio o catástrofe natural; y verse involucrado en un accidente que amenaza la propia vida. *Ver tabla 8.2*

**Tabla 8.2. Eventos traumáticos más asociados con TEPT en adultos (Kessler et al., 1995).**

HOMBRES	MUJERES
- Violación (65%)	- Violación (45.9%)
- Exposición al combate	- Acoso sexual
- Negligencia en la infancia	- Ataque físico
- Abuso físico en la infancia	- Ser amenazada con un arma
	- Abuso físico en la infancia

En población infantil se han encontrado muy pocos estudios que examinen los tipos de exposición en población general (Nilsson, 2007), aunque se ha documentado que los eventos traumáticos son comunes en los niños/as (Copeland, Keeler, Angold y Costello, 2007).

Además, los eventos traumáticos a los que son expuestos los/as menores se asocian con alteraciones psicopatológicas en la infancia (Copeland et al., 2007). Así, los trabajos de Brown et al., (2003) y de Goenjian et al. (1995) resaltan que en menores que presentan TEPT se encuentran muchos tipos de eventos traumáticos. Costello, Erkanli, Fairbank y Angold (2002) realizaron un estudio longitudinal en población general de EEUU administrando entrevistas a 1.420 niños/as y adolescentes y a sus padres o cuidadores. Los participantes informaron que al menos un 25% había experimentado un evento de gran magnitud a lo largo de su vida (16 años) y un 6% lo había sufrido en los últimos 3 meses. Un tercio de los/as menores había experimentado un evento de baja magnitud en los últimos 3 meses. El estudio realizado por la National Center for PTSD en 2006, obtuvo un rango de prevalencia de exposición del 15-43% en las chicas y de 14-43% en chicos. Otros estudios han hallado prevalencias superiores, como el estudio longitudinal realizado por Giaconia et al. (1995) con 384 adolescentes. Hallaron una prevalencia de exposición a trauma, según el DSM-III-TR, del 40%. Es decir, más de dos tercios de los/as participantes estuvieron expuestos/as al menos a un evento traumático a lo largo de su vida.

Una investigación actual, la de Copeland et al. (2007), estudió una muestra comunitaria de 1.420 niños/as de 9, 11 y 13 años, realizando un seguimiento anual durante 16 años. Encontró que más de dos tercios de los/as menores (66%) informaron de por lo menos un evento traumático a lo largo de todos esos años.

Elklit (2002), en un estudio con una muestra general de 390 menores daneses que tenían una edad media de 14,5 años, encontró que el 87% de las chicas y el 78% de los chicos habían experimentado al menos un evento traumático. Los eventos que encontraron con más frecuencia fueron: la muerte de un familiar, la amenaza de violencia y los graves accidentes. Además, también señalaron los acontecimientos que producían mayor malestar a los/as menores, que fueron: violación, intento de suicidio, muerte de familiar, enfermedad grave y abuso infantil. Las prevalencias se elevan cuando la población estudiada son jóvenes hospitalizados con serios trastornos emocionales, como el estudio de Lipschitz, Winegar, Hartnick, Foote y Southwick (1999), donde encontraron que un 93% estuvieron expuestos a trauma.

En la *tabla siguiente (8.3)* se muestra un resumen con algunos de los estudios sobre prevalencia de exposición a eventos traumáticos en menores, observando cómo en este tipo de población también existe una variabilidad en cuanto a los rangos de prevalencia encontrados.

**Tabla 8.3. Probabilidad de exposición a un suceso traumático en población infantil.**

ESTUDIO	POBLACIÓN (N)	TASA DE EXPOSICIÓN A LO LARGO DE LA VIDA
Costello et al., (2002)	Población general EE.UU. (1420)	25%
National Center for PTSD (2006)	Población general EEUU	Chicos: 14-43% Chicas: 15-43%
Giaconia et al. (1995)	Población general EEUU (384)	40%
Copeland et al. (2007)	Población general EEUU (1420)	66%
Elklit (2002)	Población general Dinamarca (390)	Chicos: 78% Chicas: 87%
Lipschitz et al., (1999)	Población clínica	93%

## 8.2. PREVALENCIA DEL TEPT

### 8.2.A. PREVALENCIA DE TEPT EN POBLACIÓN GENERAL.

En los últimos años se han aumentado los esfuerzos para desarrollar procedimientos eficaces tanto para realizar un buen diagnóstico como una intervención eficaz, incluso señalando algunos autores que el Trastorno por Estrés Postraumático se ha “puesto de moda” (Labrador et al., 2003). Sin embargo, se han llevado a cabo pocos estudios epidemiológicos en población general para adultos y niños/as (Klein y Alexander, 2009).

Uno de los motivos de las dificultades en la investigación epidemiológica ha sido la ampliación que se llevó a cabo de los posibles eventos traumáticos al cambiar el DSM-IV los criterios sobre la exposición. Resulta complicado establecer datos precisos sobre la prevalencia del trastorno, ya que ahora se consideran víctimas de trauma a varios colectivos, no sólo los que han estado bajo la exposición de una experiencia fuera de lo normal (Miguel-Tobal et al., 2000).

A pesar de estas limitaciones, la literatura existente muestra que la mayoría de las personas sufren por lo menos un hecho traumático durante su vida, y hasta un cuarto de estos individuos desarrollarán finalmente TEPT (Breslau et al., 1998; Davidson et al., 1991; Echeburúa y Corral, 1997; Green, 1994; Hidalgo y Davidson, 2000; Kessler et al., 1995; Perry, 1999; Resnick et al., 1993), o por lo menos algunos de sus síntomas característicos (Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock y Walsh, 1992).

Según datos del DSM-IV (APA, 1994), la prevalencia global de TEPT en población general norteamericana oscila entre el 1 y el 14%. Muchos estudios lo han confirmado, existiendo por tanto cierto consenso. Por ejemplo: Breslau et al. (1998); Creamer, Burgess y McFarlane (2001); Fairbank, Schlenger, Saigh y Davidson (1995), Klein y Alexander (2009); Narrow, Rae, Robbins y Regier (2002); Stein et al. (1997) y U.S. Department of Health and Human Services (2001).

El trabajo que realizaron Kessler et al. entre los años 1990 y 1992 para la National Comorbidity Survey (NCS), ya citado en el apartado anterior, es posiblemente el mejor estudio epidemiológico sobre TEPT realizado en esta población. La muestra estuvo constituida por 5.877 personas de entre 15 y 54 años de 48 estados norteamericanos. Se empleó una versión modificada de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) de Robins et al., (1988). La prevalencia de vida estimada del TEPT, según criterios DSM-III-R, en la muestra total fue de 7.8% (Kessler et al., 1995).

Con respecto a otros países, es importante señalar que hay muy poca información acerca de la prevalencia en población general del TEPT. Un estudio reciente es el llevado a cabo en Chile por Pérez Benítez et al., (2009). Estos autores estudiaron a 2.390 personas mayores de 15 años de tres ciudades chilenas siguiendo los criterios del DSM-III-R. Los resultados encontrados indicaron que la prevalencia de TEPT a lo largo de la vida fue de 4.4% (2.5% para hombres y 6.2% para mujeres). Se reflejaron por tanto tendencias similares a estudios en otros países, a pesar de que Chile tiene un contexto histórico, cultural y económico diferente.

Centrándonos en nuestro país, Sarmiento et al. (2006) pone de relieve que no existe actualmente información disponible referente a la prevalencia de la población general.

Podemos sacar algunos datos parciales de trabajos que hemos encontrado, aunque son muy específicos y poco representativos. Por ejemplo, el de Arillo en 1998 (Arillo, Aguinaga y Guillén, 1998), que encontró una prevalencia de TEPT del 8% en población femenina, y Orengo-García, Rodríguez, Lahera y Ramírez en 2001, comparando población clínica con normal. Este último estudio, entre 1999 y 2000, fue realizado con 177 pacientes psiquiátricos y 90 voluntarios sanos. Para evaluar el TEPT se administró una adaptación española de la escala norteamericana CAPS-DX (Clinician-Administered PTSD Scale, de Blake, 1994). La prevalencia de TEPT encontrada en la población psiquiátrica fue de 8.47% y de 2,22% en población general.

Rincón (2003) apunta que parece más adecuado estimar la prevalencia del TEPT en este país según los datos proporcionados por Kessler et al. (1995), sin embargo, varios hallazgos consistentes ponen en duda que se puedan generalizar las tasas halladas en EEUU (Klein y Alexander, 2009), especialmente por el sesgo cultural (Schnurr, Friedman y Bernardy, 2002).

Por otro lado, estudios recientes han confirmado que los niños y niñas, especialmente los/as más pequeños, que han sufrido eventos traumáticos, tienen un riesgo particularmente alto de desarrollar TEPT y otros trastornos relacionados (Pine, Costello y Masten, 2005; Salmon y Bryant, 2002; Scheeringa y Zeanah, 2008; Solano, 2004). Sin embargo, la investigación sobre este trastorno en población infantil ha quedado relegada a la de los adultos y adolescentes (Fremont, 2004; Scheeringa, Peebles, Cook y Zeanah, 2001).

Los datos sobre prevalencia del TEPT en la infancia han sido muy variables, sugiriendo algunos autores como Giaconia et al. (1995) que los datos son similares a los de los adultos, con un 6,3% de TEPT en adolescentes de población general usando criterios DSM-III-R (APA, 1987). Otros estudios epidemiológicos han encontrado datos equivalentes

a los de Giaconia. Así, por ejemplo, la National Center for PTSD en 2006 encontró unos rangos de prevalencia de TEPT que van del 3-15% en las chicas y del 1-6% en los chicos que se habían expuesto a trauma. El estudio de Kilpatrick y sus colaboradores (2003), sugiere que el 3,7% de los niños y el 6,3% de las niñas expuestos al trauma cumplen criterios para el diagnóstico de TEPT a los 6 meses de la exposición. También Breslau et al. (1991) obtuvieron resultados parecidos, con un 9,2% de prevalencia en adolescentes y adultos jóvenes. Por último, Kaplan y Sadock (2003), en un estudio con 8.000 niños y niñas de Nueva York, encontraron que el 11% tenían síntomas compatibles con TEPT 9 meses después del evento.

Sin embargo, para diagnóstico completo de TEPT según criterios DSM-IV-TR (APA, 2000), la prevalencia actual se encuentra por debajo del 1,10% (Bernat, Ronfeldt, Calhoun y Arias, 1998; Copeland et al., 2007; Ford, Goodman y Meltzer, 2003). En el estudio reciente de Copeland et al. (2007), con una muestra representativa de la población de 1.420 niños/as de 9, 11 y 13 años, a los que realizó un seguimiento anual durante 16 años de edad, encontró que la tasa de prevalencia fue de 0,03% de TEPT y una prevalencia a lo largo de la vida de sólo 0,1%, ambas utilizando criterios DSM-IV. El evento que fue asociado con niveles más altos de TEPT fueron los traumas violentos o sexuales.

En poblaciones distintas de las norteamericanas también encontramos esta variabilidad en los rangos de prevalencia de TEPT infantil. Así, Elklit (2002), en un estudio con una muestra general de 390 menores daneses que tenían una edad media de 14,5 años, hallaron unas tasas estimadas de prevalencia del TEPT a lo largo de la vida del 5 al 10%. En otro estudio con 500 menores brasileños en edad escolar (6-13 años), la prevalencia de los síntomas clínicos del TEPT fue del 6,5% (Furtado, Carvalhães y Gonçalves, 2009). Resultados más bajos también se han encontrado, como en Alemania, en el Bremen Adolescent Study, que se halló que el 1,6% de los 1.035 alumnos/as evaluados/as, de 12-17 años, en población general, había sufrido síntomas de estrés postraumático en algún momento de sus vidas (Essau, Conradt y Peterman, 2000).

En la siguiente *tabla (8.4)* se pueden observar los resultados encontrados sobre prevalencia de TEPT en infancia en estudios con población general.

**Tabla 8.4. Prevalencia de TEPT infantil en población general.**

ESTUDIO	POBLACIÓN (N)	PREVALENCIA TEPT (%)
DSM-IV-TR (2000)	Población general	1-10%
Giaconia et al. (1995)	Población general EEUU (384)	6,3%
National Center for PTSD (2006)	Población general EEUU	Chicos: 1-6 % Chicas: 3-15 %
Kilpatrick et al. (2003)	Población general	Chicos: 3,7 %



	EEUU (4023)	Chicas: 6,3 %
Breslau et al. (1991)	Población general EE.UU. (1.007)	9,2%
Kaplan y Sadock (2003)	Población general EEUU (8000)	11%
Copeland et al. (2007)	Población general EEUU (1420)	0,03%
Elklit (2002)	Población general Dinamarca (390)	5-10 %
Furtado et al. (2009)	Población general Brasil (500)	6,5%
Essau et al. (2000).	Población general Alemania (1035)	1,6%

### 8.2.B. PREVALENCIA DE TEPT EN MALTRATO INFANTIL

En el apartado anterior hemos comentado la gran variabilidad de tasas de prevalencia de TEPT encontradas en población general, tanto adultos como niños/as y adolescentes. Cuando valoramos el TEPT en población clínica, la APA (2000) considera que las cifras de prevalencia son también variables y sus resultados más altos se sitúan entre un tercio y más de la mitad de las personas que han vivido un acontecimiento traumático. Normalmente estos colectivos suelen tener asociados otros trastornos psiquiátricos (Brady, 1997). En relación a la infancia y adolescencia, son numerosos los trabajos que han documentado una alta prevalencia de TEPT en quienes han sufrido trauma físico y/o psicológico extremo después de eventos como guerras, huracanes, secuestros, bombardeos, tiroteos, quemaduras graves, abuso sexual y físico y violencia doméstica, entre otros, con cifras de prevalencia que van desde 3% hasta 100%. Algunos de los trabajos más actuales son: Bogart et al. (2006); Cebrian et al., (2009); La Greca y Prinstein (2002); Sack, Seeley y Clarke (1998); Stoddard et al. (2006); Terr (1996).

Nos vamos a centrar entonces en uno de los colectivos que más se ha asociado a Trastorno por Estrés Postraumático, concretamente a las personas que han sufrido maltrato en su infancia. Anteriormente hemos señalado que existe una gran cantidad de estudios que encuentran una alta relación entre la experiencia de malos tratos y los problemas psicológicos (Fantuzzo y Mohr, 1999; Kitzmann et al., 2003).

El maltrato infantil se diferencia de otros traumas, ya que a menudo se caracteriza por ser recurrente y crónico (Nader, 1997), formando parte de la categoría de traumas complejos (Cook et al., 2005; van der Kolk, 2005). Cuando un/una menor ha experimentado maltrato, ya sea de forma directa o indirecta, y especialmente cuando es

maltratado por sus propios padres, se siente más vulnerable, afectando a la base de su seguridad y de confianza en el mundo y en las personas que lo rodean, lo que resulta absolutamente necesario para que el/la menor desarrolle adecuadamente su personalidad (López-Soler et al., 2008; Patró y Limiñana, 2005). Los sentimientos de indefensión, miedo, ansiedad o preocupación ante la posibilidad de que vuelva a ocurrir le invaden, llegando a ser incluso paralizantes. La amenaza se convierte en continua y se percibe como incontrolable.

Estudios prospectivos y retrospectivos muestran consistentemente asociaciones entre abuso físico y sexual o negligencia y TEPT en niños/as, adolescentes y adultos. Algunos de los más actuales son los realizados por Andrews, Corry, Slade, Issakidis y Swanston (2004); Banyard, Williams y Siegel (2001); Brewin, Andrews y Valentine (2000); Figueira y Mendlowicz (2003); Kaplow, Dodge, Amaya-Jackson y Saxe (2005); Kaplow y Widom (2007); Landsford et al. (2002); Tolin y Foa (2006); Whiffen y Macintosh (2005). Así, el estudio que fue llevado a cabo por Widom (1999) mostró un aumento significativo del riesgo de desarrollar TEPT en menores norteamericanos que han sufrido abandono, abuso físico y sexual, con 1,75 veces mayor probabilidad, en comparación con aquellos que no experimentaron esa violencia.

En una investigación española realizada en el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RACP), Pedreira (2003) detectó que en casi el 60% de los casos de menores estaba presente la violencia familiar, directa o como testigos, y en todos los casos aparecía el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático.

Recientemente, Hulette et al. (2008) realizaron un estudio comparando una muestra de 117 menores tutelados con 60 de población normal, de edades comprendidas entre los 3 y los 6 años, utilizando como instrumento de medida el CBCL (Child Behavior Checklist, de Achenbach, 1991a). Los autores concluyeron que la exposición a cualquier tipo de maltrato se asocia a una mayor sintomatología postraumática. Resultados similares encontró Weschler (2009), apuntando que todos los tipos de maltrato resultan en síntomas similares relacionados con TEPT, debido a las respuestas biológicas.

#### ▪ **TEPT y TIPOS DE MALTRATO**

En la literatura científica encontramos trabajos como los de Kessler et al. (1995) y Reich, Reinherz, Giaconia, Lefkowitz y Pakiz (1993), que apuntan que los traumas con mayor frecuencia asociados a TEPT fueron violación, abuso físico y negligencia.

En relación a los estudios realizados con menores que han recibido **abuso físico**, los investigadores han documentado que el hecho de experimentar este trauma aumenta

la probabilidad de desarrollar TEPT (Levendosky et al., 2002; Nisht, Mechanic y Resick, 2000), encontrando tasas de TEPT entre el 0% y el 50% de los/as menores (Dubner y Motta, 1999; Famularo, Fenton y Kinscherff, 1993; Pelcovitz et al., 1994), y refiriendo que estos síntomas pueden perdurar. En un trabajo reciente con una muestra de adolescentes suecos de entre 10 y 19 años de edad, se comparó un grupo de población general con otro que había sufrido abuso físico y/o sexual, encontrando que los adolescentes del grupo clínico obtuvieron puntuaciones significativamente mayores tanto en disociación y estrés postraumático con respecto a sus iguales que no habían sufrido abuso (Nilsson, 2007).

El **abuso sexual** ha sido reconocido como un trauma potenciador de síntomas de TEPT (Cuffe et al., 1998; Rodriguez, Ryan, Kemp y Foy, 1997; Widom, 1999; Zeledón, Arce, Mejía y Naranjo, 2003). Incluso se ha encontrado que es el evento traumático que con mayor frecuencia lo provoca, sin tener en cuenta el sexo de la persona (Norris, Foster y Weisshaar, 2002; Putnam, 2003). Así por ejemplo, Kessler et al. (1995) encontraron TEPT en el 65% de los hombres y 46% de las mujeres. En el estudio citado anteriormente de Hulette et al. (2008), en una muestra de 177 preescolares (3-6 años) maltratados y residentes en centros de acogida, hallaron en relación a los perfiles de gravedad, que el grupo que había sufrido graves abusos sexuales tenían una mayor sintomatología TEPT con respecto al grupo de abuso físico y negligencia sin abuso sexual. La prevalencia observada de Trastorno de Estrés Postraumático en víctimas de abuso sexual infantil difiere entre los estudios de modo notorio según el tipo de población en que se ha realizado (Rincón, Cova, Bustos, Aedo y Valdivia, 2010). Un metaanálisis sobre abuso sexual realizado por Paolucci, Genuis y Violato (2001) nos revela que el TEPT se encuentra en un 36% de la población infantil. Un estudio muy reciente es el de Rincón et al. (2010). La muestra estaba formada por 75 menores chilenos de entre 8 y 18 años que habían sufrido abuso sexual o violación. Los resultados apuntan una prevalencia para el diagnóstico completo de TEPT según DSM-IV-TR del 21,3% de los/as participantes. En conclusión, los rangos de prevalencia de TEPT en menores abusados sexualmente se encuentran entre 21 y el 48% de los casos estudiados, según diversos estudios (APA, 2000; Barudy, 1998; Cantón y Cortés, 2000; Darves-Bornoz et al., 1998; DiLillo, 2001; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Linning y Kearney, 2004; Montt y Hermosilla, 2001; Plaza, 2005; Sanmartín, 1999; Sosa y Capafons, 1996; Stevenson, 1999; Widom, 1999), llegando hasta el 80% los que experimentan sólo algunos síntomas del trastorno (McLeer et al., 1992; Cuffe et al., 1998). En muestras clínicas se observan tasas más altas.

Dentro del maltrato infantil, mucha de la literatura se ha centrado en el abuso físico y sexual, por ejemplo, pero muy poco trabajo se ha dedicado a la **negligencia** o al **maltrato emocional** y su posible riesgo para los síntomas de TEPT (Kearney, Wechsler,

Kaur y Lemos-Miller, 2010; Weschler, 2009). Weschler (2009) examinó en su estudio si la negligencia tenía un efecto traumático aditivo sobre la juventud maltratada. Encontró que los/as menores que experimentaron negligencia presentaron síntomas de estrés postraumático similares a los adolescentes que sufrieron otros tipos de maltrato. Se ha documentado que la violencia psicológica, por sorprendente que pueda parecer, predice en mayor medida el miedo que la violencia física (O'Leary, 1999) y que es más predictiva en el desarrollo del TEPT tanto en mujeres maltratadas (Arroyo, 2002) como en población infantil (Panuzio, Taft, Black, Doenen y Murfhy, 2007; Sullivan, Fehon, Andres-Hyman, Lipschitz y Grilo, 2006). Así, en el estudio de Levendosky et al. (2002), la agresión verbal de la madre aumentó cinco veces más la probabilidad de desarrollar sintomatología TEPT en sus hijos/as.

Además de los tipos de maltrato considerados como clásicos, es decir, el abuso físico, sexual, emocional y la negligencia, todas las investigaciones sobre **violencia de género** son unánimes al afirmar que el estrés postraumático es una respuesta a la violencia experimentada por el niño/a. Y que además, la incidencia y severidad de los síntomas son similares a los formulados en respuesta a otro tipo de situaciones traumáticas tradicionalmente asociadas con TEPT (Fletcher, 1996; Kilpatrick et al., 1997; Kilpatrick y Williams, 1998; La Greca, Silverman, Vernberg y Prinstein, 1996; Lehmann, 2000). Para Scheeringa y Zeanah (1995) la amenaza al cuidador es la experiencia traumática más perjudicial para un niño/a. Se ha demostrado que los/as menores expuestos a violencia de género, independientemente de la naturaleza de la agresión hacia la madre, desarrollan sintomatología TEPT (Card, 2005; Griffing et al., 2006; Jarvis et al., 2005; Jones, Hughes y Yunterstaller, 2001; Lehmann, 1997; Rossman, 1998), incluso los niños/as más pequeños de 1 año (Bogart et al., 2006; Dejonghe, Bogart, Levendosky, von Eye y Davidson, 2005).

Rossman et al. (2000), resumiendo varios estudios, informaron que entre el 13% y el 50% de menores expuestos/as a violencia entre los padres reunían criterios para diagnóstico de TEPT. Esto es confirmado por varios estudios, como los de McCloskey y Walker (2000) con una prevalencia TEPT de 15%; de Mertin y Mohr (2002) de 20% y de Lehman (1997) con un 56%. Por otro lado, en el estudio de Furtado et al. (2009) en 500 menores brasileños en edad escolar (6-13 años), se concluye que ser testigo de la violencia del padre contra la madre aumentó la probabilidad de TEPT. Otro trabajo, el de Duarte (2007), también es destacable. Realizó un estudio comparativo de menores y adolescentes portugueses con edades comprendidas entre los 8 y 18 años. El grupo I estaba constituido por 67 menores que habían sido testigos de violencia interparental y el grupo II por 69 menores que no habían sufrido este tipo de violencia. Encontraron diferencias

estadísticamente significativas entre los dos grupos realizando una T de Student ( $p=0.01$ ), con una sintomatología TEPT más alta en el grupo clínico.

Analizando la gravedad del TEPT, Jarvis et al. (2005) encontraron que los síntomas de TEPT en los niños/as con madres víctimas de violencia de género en hogares de acogida por situaciones de emergencia se asociaron más con frecuente violencia física entre adultos y una mayor duración de la violencia. Los/as menores presentaron síntomas TEPT moderados (40%), graves (50%), o muy graves (10%). En España, en una muestra de 15 menores de entre 6 y 15 años que acuden a consulta, Colmenares et al. (2007) encuentran que el 71% de los niños/as reconoce un suceso estresante en su vida relacionado con la violencia de género (física y psicológica), cumpliendo criterios para el diagnóstico de TEPT la mitad de ellos.

Ya comentamos en el capítulo de **comorbilidad** entre los distintos tipos de **maltrato** la frecuente concurrencia entre ellos. Por un lado, los/as menores que están expuestos a violencia de género suelen ser también víctimas directas de la violencia de forma acumulativa, física y/o sexual (Lehmann, 1997). Por otro lado, como señalan Kellogg y Menard (2003), aproximadamente la mitad de los niños/as y adolescentes quienes son maltratados también experimentan exposición a violencia de género.

Autores como Jaffee, Caspi, Moffit, Polo-Tomás y Taylor (2007) y Rutter hace décadas (1979), argumentan que los/as menores expuestos/as a diferentes tipos de maltrato están más afectados/as que los niños/as que experimentan un solo tipo, debido al efecto acumulativo de experimentar dos fuentes importantes de estrés. Este hecho se ha considerado como una importante variable para experimentar posteriormente TEPT (Margolin y Vickerman, 2007), ya que suele ser la sintomatología más intensa (Lehmann, 1997), incluso si la comorbilidad es con otro tipo de traumas (Follette, Polusny, Bechtle y Naugle, 1996; Green et al., 2000). En ese sentido se ha sugerido incluso que los/as menores que han sufrido maltrato y tienen que ser testigos de la detención de un miembro de su familia desarrollan síntomas más elevados de TEPT. Éstas son las conclusiones a las que llegaron Phillips y Zhao (2010) recientemente al analizar la base de datos de 1.869 menores mayores de 8 años quienes fueron objeto de informes de malos tratos.

En la siguiente *tabla (8.5)* podemos observar prevalencias de TEPT en menores que han sufrido diferentes tipos de maltrato.

**Tabla 8.5. Prevalencia de TEPT infantil en menores maltratados (por tipo de maltrato).**

ESTUDIO	TIPO MALTRATO	PREVALENCIA TEPT (%)
Dubner y Motta (1999)	Abuso físico	42%
Paolucci et al. (2001)	Abuso sexual (meta-análisis)	36%
Rincón et al. (2010)	Abuso sexual	21,3%
McLeer et al. (1992)	Abuso sexual	43,9%

Rossmann et al. (2000)	Violencia de género (revisión)	13-50%
McCloskey y Walker (2000)	Violencia de género	15%
Mertin y Mohr (2002)	Violencia de género	20%
Lehman (1997)	Violencia de género	56%
Jarvis et al. (2005)	Violencia de género	Síntomas moderados 40% Síntomas graves 50% Síntomas muy graves 10%
Colmenares et al. (2007)	Violencia de género	50%

▪ **POR TIPOS DE MUESTRA: MENORES TUTELADOS VS POBLACIÓN GENERAL**

Vamos a centrar nuestra atención ahora en los menores que han sido maltratados y que además han sido separados de su familia biológica, encontrándose bajo **tutela administrativa**. En este sentido, aunque muchos menores tutelados por los sistemas de protección infantil han tenido experiencias traumáticas, en una revisión sistemática de la literatura, encontramos pocos estudios que traten específicamente el TEPT en los niños/as que residen en centro o familia de acogida temporalmente (Kolko et al., 2009). A continuación se describen algunos de los trabajos más representativos sobre este tema, poniendo énfasis en los realizados en la última década.

Dos trabajos anteriores son los llevados a cabo por los equipos de Famularo y de Dubner. Por un lado, Famularo, Fenton, Kinscherff y Augustyn (1996) administraron la DICA-R (Diagnostic Interview for Children and Adolescents–Revised, de Reich, Leacock y Shanfeld, 1994) para evaluar TEPT en 117 niños y niñas abusados quienes habían sido retirados de la custodia de sus padres, informando que el 35% de los/as menores cumplieron criterios para TEPT. En el otro estudio, Dubner y Motta (1999) realizaron su investigación en 150 menores de 8-19 años de edad residentes en centros de acogida. Encontraron que tanto el 64% de los/as menores con historia de abuso sexual, el 42% de abuso físico e incluso el 18% que no informaron de abuso sexual ni físico, fueron diagnosticados con TEPT. Este hallazgo sugiere que los niños/as habían experimentado otras situaciones traumáticas como la negligencia o violencia de género que pudo conducir también al desarrollo de TEPT.

Por otro lado, en un estudio europeo, Hoksbergen et al. (2003), se examinó a 80 menores rumanos adoptados en los Países Bajos y encontraron que el 20% de los niños y niñas mostraron TEPT clínico. La prevalencia fue mayor en el trabajo de Lubit (2006) también con menores tutelados, encontrando que el 42% de aquellos/as que fueron abusados físicamente experimentaron TEPT.

Kolko et al. (2009), en un estudio con población americana publicado el año pasado, examinaron la prevalencia de sintomatología postraumática en una muestra de

1.848 niños/as y adolescentes (edades 8-14) que fueron remitidos al servicio de protección infantil para la investigación de abuso o negligencia. Encontraron que el 11,7% de los/as menores presentaban síntomas de estrés postraumático clínicamente significativos, siendo la prevalencia mayor en los casos que residían en centros fuera del hogar familiar (19,2%), frente al 10,7% de los/as menores que seguían en su hogar.

Muy recientemente, Oswald, Fegert y Goldbeck (2010) compararon dos grupos de menores alemanes de 7 a 16 años remitidos a consulta clínica, uno de menores tutelados y otro grupo control de menores que convivían al menos con un progenitor biológico, utilizando como instrumento de medida el UCLA PTSD Reaction Index (Pynoos, Rodriguez, Steinberg, Stuber y Frederick, 1998). Encontraron que en comparación con el grupo control, los/as menores que se encontraban en tutela mostraban una significativa mayor prevalencia de síntomas de estrés postraumático, aunque el porcentaje era muy bajo en relación a los múltiples traumas sufridos.

También se han realizado investigaciones de menores de **población general** que han sufrido maltrato y no han sido remitidos a servicios clínicos, en los que también se ha asociado con diagnóstico TEPT. Así, Kilpatrick, Saunders y Smith, en 2003, realizaron entrevistas a más de 4.000 adolescentes, encontrando que el 15,2% de chicos y 27,4% de chicas que habían sido castigados físicamente o habían sufrido agresión física (no limitado a la familia) cumplían TEPT durante su vida, comparado con el 3,1% de chicos y 6,0% de chicas del grupo control.

A continuación se detallan en la *tabla siguiente (8.6)* los estudios que refieren tasas de prevalencia de TEPT en menores que han sufrido maltrato, y se encuentran junto a su familia de origen o están tutelados por la Administración Pública.

**Tabla 8.6. Prevalencia de TEPT infantil en menores maltratados.**

ESTUDIO	POBLACIÓN (N)	PREVALENCIA TEPT (%)
Famularo et al. (1996)	Tutelados (117)	35%
Dubner y Motta (1999)	Tutelados centros acogida (150)	64% (abuso sexual) 42% (abuso físico) 18%
Hoksbergen et al. (2003)	Rumanos adoptados en Países Bajos (80)	20%
Lubit (2006)	Tutelados	42% (abuso físico)
Kolko (2009)	Servicios protección infantil EEUU (1848)	11,7% (19,2% tutelados) (10,7% siguen familia biológica)
Kilpatrick et al. (2003)	Población general (4000)	(castigo físico o agresión física intra-extra familiar) Chicos: 15,2% Chicas: 27,4%

### 8.2.C. ESTUDIOS ACTUALES CON CRITERIOS DSM-IV-TR.

Acabamos de analizar los rangos de prevalencia de TEPT en población adulta e infantil tanto en población general como clínica (maltrato infantil), encontrando variabilidad con respecto a los resultados.

El The Child PTSD Symptom Scale (CPSS) de Foa, Johnson, Feeny y Tredwell, (2001), es un instrumento basado en los criterios diagnósticos para TEPT del DSM-IV (APA, 1994), correspondiéndose cada ítem con un criterio del manual, por tanto resulta muy útil en el diagnóstico TEPT. A continuación exponemos los estudios más representativos de TEPT utilizando las distintas adaptaciones de la CPSS, detallando los resultados tanto en relación a las puntuaciones medias y desviaciones típicas, diferencias por edad y sexo como porcentajes de TEPT por ítem, subescalas y escala total. Es imprescindible empezar por el estudio realizado por los autores del cuestionario con el objetivo de validar la escala The Child PTSD Symptom Scale (CPSS).

Foa et al., (2001), utilizaron una muestra de 75 menores de 8 a 15 años evaluados 2 años después de un terremoto en California, Estados Unidos. En ese estudio se encontró una puntuación media de 7,6 en la escala total, obteniendo los chicos puntuaciones inferiores a las chicas.

#### ▪ EL CPSS EN POBLACIÓN GENERAL

Jaycox et al. en el año 2002 estudiaron una muestra de escolares, recientes inmigrantes latinos, de edades entre los 8 y 15 años, y emplearon la escala CPSS para valorar el estrés postraumático relacionado con la exposición a la violencia antes, durante y después de la inmigración a Los Angeles. Utilizaron dos puntos de corte para el instrumento, de 11 o superior para designar a la sintomatología TEPT leve y de 18 o más para la sintomatología severa, encontrando que el 32% de los/as menores presentaba TEPT de rango clínico, con una mayor prevalencia en las chicas.

El mismo grupo de trabajo, años más tarde (Jaycox et al., 2009), valoraron a 78 menores inmigrantes expuestos a violencia, que se asignaron aleatoriamente a dos grupos de tratamiento como apoyo a la exposición al trauma, en el que 39 de ellos/as empezaron el tratamiento inmediatamente (grupo I) y 37 lo empezaron más tarde, tomando este grupo como lista de espera (grupo II). Las puntuaciones medias y desviaciones típicas para TEPT encontradas en cada uno de los grupos fueron: 17,46 y 10,37 respectivamente para el grupo I, y para el grupo que recibió tratamiento posteriormente obtuvieron como línea base 19,41 de media y 10 de desviación típica.



En el año 2007, Holmes, Creswell y O'Connor evaluaron el estrés postraumático en una muestra de 76 escolares de Londres en relación a ser testigos indirectos a través de los medios de comunicación del atentado ocurrido el 11 septiembre de 2001 en Estados Unidos. Los/as menores, de 10-11 años de edad, fueron evaluados con la CPSS en dos momentos, a los 2 y a los 6 meses después del incidente. En este trabajo se eliminó el ítem 18 de la segunda parte referido a la interferencia que crea el evento traumático a la hora de rezar u orar. Para hallar las prevalencias tomaron los criterios diagnósticos para el Trastorno por Estrés postraumático en el DSM-IV-TR, considerando el criterio de alteración del funcionamiento en las áreas de la vida o sin tenerlo en cuenta. Encontraron que un porcentaje de menores no presentaban sintomatología TEPT ni a los 2 meses (21,1%) ni a los 6 meses (38,2%). A los 2 meses, de los/as menores con sintomatología clínica en TEPT de gravedad moderada o severa se halló que un 5,3% no presentaba interferencia en su vida, mientras que un 14,5% sí la percibía. Del grupo que no presentaba sintomatología TEPT relevante, el 61,8% de los/as menores no presentaba alteración en su vida y un 18,4% sí la presentaba. A los 6 meses, quienes tenían síntomas graves de TEPT presentaban interferencia en sus vidas un 9,2%, mientras que no la presentaban un 1,3%. Y del otro grupo, sin sintomatología clínica, presentan alteración en su vida un 22,4% frente al 67,1%. Además, realizando un análisis pormenorizado por ítems, encontraron que los que tenían mayor prevalencia eran los ítems 16 (Hipervigilancia) con un 21,1%, seguido del ítem 4 con un 19,7% (Malestar psicológico), ítem 17 (Respuesta de sobresalto) con 18,4% de los menores y los ítems 1 y 6, Recuerdos intrusivos y Evitar pensar y sentir en relación al evento traumático, con unos niveles de prevalencia de 17,1% cada uno. Los ítems con rangos de prevalencia más bajos son los referentes a Sensación de desapego o enajenación (ítem 10) y Dificultades de concentración (ítem 15) con unos porcentajes de 2,6% cada uno y le sigue el ítem 9 con un 5,3% de los/as menores (Pérdida de interés en actividades significativas). Con respecto a la segunda parte, el último ítem referido a la Felicidad general, es el que obtiene mayores prevalencias, con un 21,1% de los/as menores que informan que la sintomatología TEPT interfirió en su felicidad.

Por su parte, Leen-Feldner, Feldner, Reardon, Babson y Dixon (2007) utilizaron el CPSS para evaluar el Trastorno por Estrés Postraumático en una muestra de 68 menores de población general, con edades comprendidas entre los 10 y 17 años, que habían estado expuestos a un evento traumático. Encontraron una puntuación media de la escala CPSS en esta muestra de 4,10 con una desviación típica de 6,48.

### ▪ EL CPSS EN POBLACIÓN CLÍNICA

La muestra utilizada en el estudio de Boyer, Knolls, Kafkalas y Tollen (2000) estaba formada por 64 personas que habían sido diagnosticadas de lesión medular en su infancia (59% varones, 41% mujeres) y que recibían tratamiento en el hospital de Filadelfia. En el momento de la evaluación, los pacientes tenían edades comprendidas entre los 11 y 24 años, con una media de 17 años y medio. El promedio de edad del/la paciente cuando le diagnosticaron la lesión fue de 11,6 años (desviación típica 5,5), y el tiempo transcurrido desde la lesión varió entre 4 meses y 19 años después de la lesión. Evaluaron los síntomas de estrés postraumático a través de la escala PDS (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale, de Foa, Cashman, Jaycox y Perry, 1997), en los mayores de 18 años, mientras que en niños/as y adolescentes utilizaron la escala CPSS antes de que ésta se publicara en 2001. Los autores de este trabajo la tomaron de la presentación del instrumento que hicieron Johnson, Foa, Jaycox y Rescorla en la reunión de la International Society for Traumatic Stress Studies, realizado en 1996. La puntuación total en estrés postraumático varió de 0 a 35, con una puntuación media de 9,5 y una desviación típica de 8,8. Para establecer los rangos de prevalencia se basaron en los criterios diagnósticos para el Trastorno por Estrés Postraumático del DSM-IV. Así, los resultados obtenidos indican que el 25,4% de los participantes en este estudio presentaban TEPT según criterios DSM. Además, también usaron los criterios para el TEPT parcial. En este sentido, hay divergencia de opiniones, ya que unos autores como Manne, Du Hamel, Gallelli, Solrgen y Red (1998) consideran el trastorno parcial con 2 de los 3 grupos de síntomas (Pensamientos Intrusivos, Evitación, Hiperarousal), mientras que otros refieren que para cumplir criterios de TEPT Parcial se debe tener 3 de 4 criterios, entre Pensamientos Intrusivos, Evitación, Hiperarousal y Deterioro Funcional (Boyer, Kafkalas, Tollen y Swartz, 1999 a, b). Si tomamos como referencia lo que indican Manne et al. (1998), encontramos en esta muestra que el 31,3% de los/as participantes presentan TEPT Parcial. Si por el contrario tomamos como criterio presentar 3 de 4 síntomas, hallamos una prevalencia de TEPT Parcial del 20,9%. También analizaron los porcentajes de personas que presentaban niveles clínicos para cada uno de los tres grupos de síntomas y deterioro del funcionamiento diario. Así, el 57,8% cumplen criterios para Pensamientos Intrusivos, el 50% para Evitación, para Hiperarousal encontramos una prevalencia de 59,4% y el 48,4% informaron que la sintomatología producía deterioro en su funcionamiento. Como conclusión, alrededor del 46% de estos pacientes presentan como mínimo TEPT Parcial, y un número similar (48%) señalan deterioro en el funcionamiento diario de estos síntomas. Estos datos son acordes a varios

estudios anteriores en pacientes pediátricos con daño medular (Boyer, Tollen y Kafkalas, 1998; Boyer et al., 1999 a, b).

El estudio de Brown et al. (2007) tenía como objetivo evaluar el ajuste de los hijos e hijas de madres con cáncer de mama, actual o anterior, en comparación con los de madres de población normal, utilizando la escala CPSS. La muestra estaba formada por 80 madres con sus hijos/as de 8 a 19 años de edad, la mitad de ellas pertenecía a un grupo, uno con (I) y otro sin (II) la enfermedad. La puntuación media para el grupo I fue de 10,7 con una desviación típica de 7,6, mientras que para el grupo II se halló un promedio de 10,4 y desviación de 8,6.

#### ▪ EL CPSS EN POBLACIÓN MALTRATADA

Además de estos estudios con poblaciones diferentes, también existen otros en los que se han utilizado como objeto de estudio a menores que han sufrido maltrato infantil. Vamos a describir detalladamente sus resultados.

Duarte, en el 2007, realizó un estudio de 67 menores y adolescentes portugueses con edades comprendidas entre los 8 y 18 años que habían sido testigos de violencia interparental. El objetivo era evaluar el Estrés Postraumático a través de la versión portuguesa de la CPSS de Foa, que fue adaptada y validada por Duarte, Costa y Sani en el 2006. Las puntuaciones medias y desviaciones típicas halladas fueron las siguientes: escala Total media de 21,30 con una desviación de 9,34; Pensamientos Intrusivos 6,64 (3,45); Evitación 7,21 (3,80); e Hiperarousal 7,42 (3,38). Realizaron comparaciones en relación a la variable sexo y no encontraron diferencias significativas ni para las subescalas ni para la escala total. Con respecto a la variable edad, comparando los menores de 8 a 11 años con los de 12 a 18 años, no se encontraron diferencias significativas, si bien observaron ligeras discrepancias en la escala total y Evitación, con puntuaciones mayores en el grupo de edad de adolescentes. En relación a la segunda parte de la escala, se obtiene una puntuación media de 3,67 (para un rango de 0 a 7), lo que revela la existencia de alguna afectación en las áreas de la vida de los/as menores. Además, se realiza una correlación de Pearson entre la segunda parte de la escala y la primera (total y subescalas), encontrando una correlación altamente significativa entre ellas ( $p=.001$ ). Así, entre la primera y la segunda parte de la escala se halla una correlación de .518, la segunda parte con Pensamientos Intrusivos un valor de .419, con Evitación .497 y con Hiperarousal un valor de .447.

Por otro lado, Bustos, Rincón y Aedo (2009) realizaron la validación preliminar en Chile de la CPSS. La muestra estaba formada por 75 menores chilenos de entre 8 y 18 años

que habían sufrido violencia sexual. Se modificó el formato de respuesta de la escala Likert presente en la escala original de Foa et al. (2001) y se agregó una categoría más. La escala modificada tenía las siguientes opciones de respuesta: 0 = nunca, 1 = sólo una vez, 2 = entre 2 y 3 veces, 3 = entre 4 y 8 veces y 4 = 9 veces o más. Es importante destacar que el incremento del número de opciones de respuesta permite maximizar la fiabilidad del instrumento sin afectar a la predicción de las variables criterio (Kramp, 2006). Las puntuaciones medias encontradas fueron: escala total una media de 25,44 con una desviación típica de 15,3; una media y una desviación de 7,61 (5,1) para Pensamientos Intrusivos respectivamente; para Evitación promedio de 9,76 y desviación de 6,7; y para Hiperarousal una media y desviación de 8,07 y 5,2 respectivamente. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las variables sexo y edad (rangos 8-11 y 12-18 años) ni para escala total ni subescalas. El proceso de adaptación a población chilena no alteró las propiedades psicométricas del instrumento original respecto a su fiabilidad y validez.

Un año más tarde, el mismo equipo, Rincón et al. (2010) utilizó la muestra de niños/as y adolescentes sexualmente abusados con el fin de establecer rangos de prevalencia de estrés postraumático a través de la versión chilena del CPSS. Como refieren los autores del CPSS original (Foa et al., 2001) y los de la versión de Chile (Bustos et al., 2009), la escala no considera puntos de corte para establecer el diagnóstico de TEPT. Por este motivo, en este trabajo se utilizaron los criterios DSM-IV-TR que establecen la presencia de al menos 1 síntoma de Reexperimentación, 3 de Evitación y 2 de Aumento de activación para considerar que una persona presenta el trastorno (APA, 2000). Asimismo, estos autores tomaron un criterio conservador para calificar la presencia de síntomas: el síntoma fue considerado presente sólo cuando las respuestas referían que éste era experimentado en las dos últimas semanas “entre cuatro y ocho veces” o “nueve veces o más”, es decir con puntuación 3 o 4. Si el síntoma era informado como ausente o presente “sólo una vez” o “entre dos y tres veces”, se estimó que no estaba presente. Este criterio conservador, aunque puede subestimar la presencia de síntomas, permite asumir que los síntomas que fueron reconocidos como tales tienen relevancia clínica. Los resultados apuntan una prevalencia para el diagnóstico completo de TEPT según DSM-IV-TR del 21,3% de los/as participantes. Por otra parte, estimaron la prevalencia del Estrés Postraumático Parcial, que según Hickling y Blanchard (1997) se caracteriza por cumplir el criterio DSM para Pensamientos Intrusivos y para Evitación o Hiperarousal pero no en ambos. En este caso, la prevalencia adicional fue de un 16%, es decir, que el 16% de los/as menores presentaba sintomatología de estrés postraumático con Pensamientos Intrusivos y Evitación o Pensamientos Intrusivos e Hiperarousal, pero no cumplían criterios para el

diagnóstico completo. Además, analizaron los porcentajes de casos en cada ítem de la escala, observando que los síntomas más frecuentes presentados en esta población son: el Malestar psicológico intenso al recordar algún aspecto relacionado con la situación de abuso (ítem 4) con una prevalencia de 38,7%; el ítem 6 (Evitar pensar, sentir o hablar acerca del suceso) con el 36%, la Irritabilidad (34,6%) que es el ítem 14; y los ítems 13 y 17 de la subescala de Hiperarousal (Insomnio y Respuestas de sobresalto exageradas), ambos presentes en un 30,7% de los niños/as y adolescentes. Por otra parte, encontraron que los síntomas de Evitación eran los menos frecuentes, especialmente los ítems: 8 que se refiere a la Amnesia (12%), ítem 12 con un 18,7% (sensación de futuro desolador), Restricción de la vida afectiva (ítem 11) con un 21,4%, Pérdida de interés en actividades significativas (24%) que es el ítem 9 y Evitación de actividades, lugares o personas que recuerden el suceso (ítem 7) con un 28%. También destacan dentro de los síntomas de Pensamientos Intrusivos: ítems 2 y 3, Sueños intrusivos y Flashbacks (ambos presentes sólo en un 18,7% de los/as participantes) y dentro de Hiperarousal: el Malestar fisiológico intenso al recordar algún aspecto del trauma (ítem 5) con un 20%, así como las Dificultades de concentración (20%) que es el ítem 15. Los autores de este trabajo concluyen que las víctimas de violencia sexual de esta muestra desarrollan con más frecuencia síntomas de Hiperarousal que de los otros dos grupos sintomáticos (Pensamientos Intrusivos y Evitación). La explicación para estas características de reacción postraumática la explican atendiendo al tipo de trauma que han sufrido, ya que normalmente estos abusos se viven de manera repetida y a manos de un familiar o de una persona conocida, por lo que se suelen dar menos conductas evitativas. Asimismo, indican que los niveles elevados de Hiperactivación a nivel fisiológico pueden funcionar como una respuesta adaptativa, ya que estas víctimas no se sienten seguras en su propio ambiente y sienten miedo de poder vivir un nuevo episodio. No se hallan diferencias estadísticamente significativas en relación a las variables de riesgo analizadas en este trabajo (sexo, edad, tipo de agresión sexual, tipo de agresor, tiempo transcurrido entre la agresión y la aplicación de la escala, si la familia cree al niño/a o adolescente y si recibe tratamiento tras la agresión).

Además de la CPSS, existen otras pruebas que valoran el TEPT infantil basadas en el DSM, por lo que también podemos describir los resultados obtenidos con ellas para observar qué criterios son los de mayor o menor frecuencia en estas muestras. Una de las escalas es la CAPS-CA (Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents, de Nader et al, 1998). Un estudio significativo en el campo del TEPT infantil es el realizado por Carrion et al. (2002) con este instrumento. La muestra estaba formada por 59

menores de entre 7 y 14 años, con una media de edad de 10,6 años, derivados de Servicios Sociales y de Clínicas de Salud Mental, que habían tenido una exposición a trauma interpersonal. Más del 50% de los/as menores habían experimentado múltiples eventos traumáticos, incluyendo separación y pérdida, testimonio de violencia, abuso físico, abuso sexual, negligencia física y abuso emocional. Los instrumentos de evaluación para el TEPT fueron el CAPS-CA (Nader et al., 1998), el CPSD-RI (Child Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index, de Frederick, Pynoos y Nader, 1992) y el K-SADS-PL (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children–Present and Lifetime version, de Kaufman et al., 1997). Los actuales cuidadores también cumplimentaron el CBCL. Los resultados que vamos a analizar en detalle son los obtenidos por la CAPS-CA: 24% cumplían criterios para TEPT basados en esta prueba. Los 5 síntomas más frecuentes fueron: Item 6 (Evitar hablar, pensar o sentir acerca del evento traumático): 83,1%, Item 1 (Pensamientos o imágenes intrusivas): 69,5%, Item 8 (Incapaz de recordar una parte importante del evento): 69,5%, Item 2 (Sueños malos o pesadillas): 64,4%, Item 15 (Dificultades de concentración): 64,4%. Se realizó un análisis de regresión para la frecuencia de los síntomas, la intensidad de los síntomas y el deterioro clínico por separado. Un diagnóstico completo se asoció de forma más significativa con los tres siguientes síntomas, basados en su frecuencia o intensidad: 10 (Sensación de desapego), 16 (Hipervigilancia) y 17 (Respuesta de sobresalto). Un peor funcionamiento fue asociado más fuertemente con los 3 siguientes síntomas, basados en su frecuencia o intensidad: 1 (Pensamientos o imágenes intrusivas), 2 (Sueños intrusivos) y 8 (Incapacidad de recordar una parte importante del evento). En relación a la intensidad y frecuencia encontrada, podemos decir que en los ítems en los que la intensidad predijo TEPT o deterioro funcional no lo hizo la frecuencia, y al contrario, en los síntomas en los que la frecuencia predijo TEPT o deterioro, no lo hizo la intensidad. Además realizaron un análisis en función de si los/as menores cumplían 1, 2 o 3 síntomas de los propuestos en el DSM. En este sentido, se encontró que los/as que cumplen 2 y 3 síntomas no difieren significativamente entre ellos en ninguna variable, pero sí se encuentran diferencias clínicamente significativas entre ellos y los que cumplen sólo 1 síntoma de TEPT, los/as participantes de 2 y 3 síntomas experimentan más malestar en relación a sus síntomas y más fuerte alteración en el área social, escolar y total que los que tienen 1 síntoma. Los autores llegaron a la conclusión de que sería importante incluir en la evaluación del TEPT pediátrico la evaluación por síntomas, su intensidad y su relación con el deterioro de funcionamiento.

A continuación se presenta el resumen de los resultados encontrados en todos los estudios revisados. Así, en la primera *tabla (8.7)* aparecen las prevalencias de TEPT por ítems utilizando la escala CPSS y la CAPS-CA en población clínica y normal.

**Tabla 8.7. Prevalencias de diagnóstico TEPT por síntomas.**

	PORCENTAJE (%)		
	Holmes et al., 2007	Carrion et al., 2002	Rincón et al., 2010
	Población normal	Población clínica (tutelados + niños salud mental)	Población clínica
	Atentado 11S visto por TV	Mixto (sobre todo maltrato)	Violencia sexual
	CPSS	CAPS-CA	CPSS
	Síntomas Moderados / Severos	¿	Punt. 2 o 3 (min 2 o + vec/sem)
<b>PI</b>			
1. Recuerdos intrusivos	17,1+	69,5**+	53,4
2. Sueños intrusivos	6,6	64,4**+	45,4
3. "Flashbacks"	7,9	40,7	34,7-
4. Malestar psicológico	19,7+	57,6	60+
5. Malestar fisiológico	10,5	32,2-	34,7-
<b>EV</b>			
6. Evitar pensar, sentir...	17,1+	83,1+	57,3+
7. Evitar actividades, lugares...	11,8	59,3	42,7-
8. Amnesia	13,2	69,5**+	30,7-
9. Pérdida interés en actividades significativas	5,3-	37,3-	38,7-
10. Sensación de desapego o enajenación	2,6-	50,8*	52
11. Restricción de la vida afectiva	7,9	50,8	41,4-
12. Sensación de futuro desolador	6,6	30,5-	33,4-
<b>HI</b>			
13. Insomnio	14,5	59,3	50,7+
14. Irritabilidad	7,9	44,1	51,9+
15. Dificultades de concentración	2,6-	64,4+	45,3
16. Hipervigilancia	21,1+	49,2*	50,6
17. Respuesta de sobresalto	18,4+	46,6*	54,7+
<b>DETERIORO</b>			
18. Oraciones/rezos	--		
19. Tareas de la casa	10,5		
20. Relaciones de amistad	11,8		
21. Pasatiempos o actividades de entretenimiento	13,2		
22. Tareas escolares	13,2		
23. Relaciones familiares	9,2		
24. Infelicidad general	21,1+		

\* asociado con diagnóstico

\*\* asociado con deterioro

+ ítems más frecuentes

- ítems menos frecuentes

También podemos observar en las *tablas 8.8 y 8.9* que se exponen a continuación las puntuaciones medias en TEPT.

**Tabla 8.8. Puntuaciones medias y desviaciones típicas por puntuación total y grupo de síntomas e ítems de los criterios diagnósticos de TEPT con varias muestras de menores.**

MEDIA (DESVIACIÓN TÍPICA)								
TEPT	Carrion et al., 2002	Foa et al., 2001	Boyer et al., 2000	Brown et al., 2007	Leen-Feldner et al., 2007	Jaycox et al., 2009	Duarte, 2007	Bustos et al., 2009
	Población clínica (tutelados + salud mental)	Población normal	Población clínica	Población clínica	Población normal	Población normal	Población clínica	Población clínica
	Mixto (sobre todo maltrato)	Terremoto	Lesión medular	Madre con cáncer de mama	Traumas mixtos	Violencia comunitaria	Violencia de género	Violencia sexual
	CAPS-CA	CPSS						
PI							6,64 (3,45)	7,61 (5,1)
EV							7,21 (3,80)	9,76 (6,7)
HI							7,42 (3,38)	8,07 (5,2)
TOTAL		7,6 (8,1)	9,5 (8,8)	10,7 (7,6)	4,10 (6,48)	Tto inmediato: 17,46 (10,37) Tto demorado: 19,41 (10)	21,30 (9,34)	25,44 (15,3)
DETERIORO							3,67	

**Tabla 8.9. Puntuaciones medias y desviaciones típicas por ítems de los criterios diagnósticos de TEPT con varias muestras de menores.**

SÍNTOMAS DE TEPT		MEDIA (DESVIACIÓN TÍPICA)	
		Carrion et al., 2002	Duarte, 2007
		Población clínica (tutelados + salud mental)	Población clínica
		Mixto (sobre todo maltrato)	Violencia de género
		CAPS-CA	CPSS
PI	1. Recuerdos intrusivos	1,98 (1,3)	1,32 (0,88)
	2. Sueños intrusivos	2,37 (0,9)	1,17 (0,99)
	3. "Flasbacks"	1,67 (1,1)	1,15 (0,81)
	4. Malestar psicológico	2,26 (1,0)	1,71 (0,82)
	5. Malestar fisiológico	1,95 (1,1)	1,37 (1,02)
EV	6. Evitar pensar, sentir...	2,18 (1,2)	1,60 (1,04)
	7. Evitar actividades, lugares...	1,86 (1,1)	1,08 (1,03)
	8. Amnesia	2 (1,1)	0,86 (0,70)
	9. Pérdida interés en actividades significativas	1,68 (0,9)	1 (0,88)
	10. Sensación de desapego o enajenación	2,30 (1,0)	0,91 (0,89)
	11. Restricción de la vida afectiva	2,07 (0,9)	0,91 (0,84)
	12. Sensación de futuro desolador	2,28 (1,0)	0,92 (0,97)
HI	13. Insomnio	1,86 (1,0)	1,45 (1,03)
	14. Irritabilidad	2,73 (1,0)	1,68 (1,12)
	15. Dificultades de concentración	2,11 (0,9)	1,69 (1,07)
	16. Hipervigilancia	2,03 (0,9)	1,25 (0,96)
	17. Respuesta de sobresalto	2,07 (0,9)	1,43 (0,93)



### 8.2.D. DIFICULTADES ENCONTRADAS EN ESTUDIOS DE PREVALENCIA

Como podemos observar, existe una amplia variabilidad en relación a la prevalencia de TEPT. A raíz de estos porcentajes, hay autores que sugieren que el hecho de exponerse a un evento traumático dará lugar al desarrollo del TEPT con tasas que oscilan entre el 10-100% de probabilidad (Sauter y Franklin, 1998; Stuber, Nader, Yasuda, Pynoos y Cohen, 1991; Yule, 2001).

Muchas son las explicaciones que a lo largo de la literatura los investigadores han señalado para referirse a estas limitaciones (Fairbank et al., 1995; Hawkins y Radcliffe, 2006; Kessler, 2000; Klein y Alexander, 2009; Labrador et al., 2003; McNally, 2003; Orenge-García et al., 2001; Rosen, 2004; Sauter y Franklin, 1998). Algunos de los factores propuestos son:

- Tipo de evento.
- Características de la muestra.
- Procedimiento de evaluación.
- Criterios diagnósticos.

### 8.3. CURSO DEL TEPT

En relación al inicio del Trastorno por Estrés Postraumático, es importante decir que el DSM-IV y su versión revisada (APA, 1994, 2000) señalan que puede iniciarse a cualquier edad.

Además, la aparición suele ser brusca.

La sintomatología suele aparecer en los primeros 3 meses posteriores al trauma.

Y es frecuente que previamente haya sido diagnosticado de “Trastorno por Estrés Agudo” (TEA).

También el TEPT puede ser de inicio demorado, cuando aparece después de 6 meses o más de haberse producido el acontecimiento traumático. La sintomatología puede aparecer meses o años después del trauma (Trickett y Putman, 1998). Este curso demorado suele ocurrir en contadas ocasiones (Schnurr et al., 2002).

El curso suele ser variable a lo largo del tiempo (APA, 1994, 2000). Tanto en los síntomas como en la predominancia de los síntomas a lo largo de la vida del trastorno, ya que pueden resurgir ante estímulos o situaciones que lo evoquen (Montt y Hermosilla, 2001) o periodos de estrés (Solano, 2004).

El TEPT en menores suele empezar con la presencia de síntomas de activación, con miedo ante el estímulo, a continuación es más probable que aparezcan recuerdos invasores, y conforme va pasando el tiempo, el evento va alterando su funcionamiento diario. Posteriormente suelen presentar disociación (Montt y Hermosilla, 2001).

También se producen variaciones en la duración de los síntomas. El manual DSM en su última versión (APA, 1994, 2000) destaca diferencias en cuanto a la temporalidad de los síntomas TEPT.

Este trastorno puede ser agudo, si su presentación no dura más de tres meses. Aproximadamente, el 50% de los casos suele recuperarse espontáneamente en los 3 primeros meses. Los pocos estudios que han examinado el curso natural del TEPT en los niños/as sugieren que como tendencia general, éste decrece poco a poco con el tiempo (Bryant, Mayo, Wiggs, Ehlers y Store, 2004; Koplewicz et al., 2002; Kuterovic-Jagodic, 2003; La Greca et al., 1996; Vila, Porche y Mouren-Simeoni, 1999). Así se refleja en el estudio reciente de Holmes et al. (2007). La muestra era de 76 escolares de Londres de 10 y 11 años, que son testigos del atentado ocurrido el 11 de septiembre de 2001 a través de los medios de comunicación, evalúan el TEPT a los 2 meses y 6 meses después. Con el paso del tiempo los síntomas TEPT disminuyeron: de síntomas moderados-severos a los 2 meses (media de 7,84) a ligeros a los 6 meses (media 4,93).

Si no se recuperan y los síntomas perduran más de 3 meses, pasa a considerarse TEPT crónico. Este tipo de TEPT parece ser la forma más común del trastorno (Schnurr et al., 2002), con cifras de persistencia del diagnóstico que fluctúan entre el 24% y el 70% (AACAP, 1998; Hubbard, Realmuto, Northwood y Master, 1995; Shaw, Applegate y Schorr, 1996).

Hay autores como Kessler et al. (1995) que apuntan que este síndrome no remite en más de un tercio de las personas que lo sufren, aunque pasen muchos años y se haya recibido tratamiento para el mismo.

Encontramos muchos estudios en los que muestran la cronicidad del trastorno. Así, por ejemplo el estudio siguiente. El estudio de Famularo evaluó en el año 1994 (Famularo, Fenton, Kinscherff, Ayoub y Barnum, 1994) a niños/as con abuso físico y encontraron una prevalencia para TEPT del 36%. A los 2 años siguientes evaluaron de nuevo a estos/as menores encontrando que el 33% de ellos todavía tenía los síntomas de TEPT (Famularo, Fenton, Augustyn y Zuckerman, 1996). Otro trabajo es el de Echeburúa y Corral (1995) con víctimas de agresiones sexuales, en las que sólo el 20% no muestra ningún síntoma un año después de la agresión. En población infantil podemos señalar el trabajo de McFarlane (1987), en el que se mostró que los/as menores australianos que habían sufrido un incendio forestal, con una media de edad de 8 años, no disminuyeron las puntuaciones en

TEPT después de más de 18 meses. Un estudio más reciente, es el de Scheeringa, Zeanah, Myers y Putnam (2005), donde tomaron como muestra a menores más pequeños, de edad preescolar, y demostraron que no disminuyó su sintomatología TEPT en más de 2 años.

Presentar TEPT en la infancia conlleva un mayor riesgo para una serie de problemas en la infancia tardía, adolescencia y edad adulta (AACAP, 2010; Hubbard et al., 1995; Shaw et al., 1996). Algunas de las consecuencias a largo plazo encontradas en adultos son: depresión, dificultades de relación, trastornos de la personalidad, intentos de suicidio y abuso de sustancias (Montt y Herмосilla, 2001; Stiffman, Dore, Earls y Cunningham, 1992).

Se han encontrado variables moderadoras en este sentido. Así, Solano (2004) enumera algunas variables de buen pronóstico para el curso del TEPT. Señala el rápido inicio de los síntomas, la corta duración, el buen funcionamiento premórbido, el fuerte apoyo social y la ausencia de comorbilidad.

Por otra parte, Cebrian et al. (2009) proponen algunos factores de riesgo para la cronificación del TEPT. Señalan éstos:

- Grado de vulnerabilidad al trauma.
- Ausencia de tratamiento eficaz, falta de apoyo social, acumulación de estresores, etc.
- Magnitud del estresor.
- Intensidad de la reacción de estrés.
- Intensidad del TEPT.
- Cronificación.
- Ausencia de reparación para el suceso y de recursos de afrontamiento.

Otros factores relacionados con la cronicidad del trastorno son:

- Tipo de país: en los países menos desarrollados suelen estar presentes eventos traumáticos como guerras prolongadas, hambre, represión política y violencia sectaria. Se ha visto un curso más crónico y una mayor incapacidad de los síntomas (Herman, 1992b; Kessler, 2000; Pelcovitz et al., 1997; Simon, 1999; van der Kolk et al., 1996).
- Sexo: tanto Breslau, Davis, Peterson y Schultz (1997) como Yehuda y Wong (2001) demostraron que las mujeres tienen una duración mayor en el curso de sus síntomas en relación a los hombres.

#### 8.4. COMORBILIDAD DEL TEPT CON OTROS TRASTORNOS

En el 2001 se realizó un estudio sobre comorbilidad en Australia, y los resultados mostraron que en la población general no suele encontrarse el Trastorno por Estrés Postraumático puro (Creamer et al., 2001), encontrando diversas investigaciones en las que la mayoría de personas con TEPT también cumplen criterios para otros trastornos.

Las tasas encontradas sobre la comorbilidad del TEPT crónico tanto en población general como en clínica giran en torno a un rango del 50 al 90% (Cebrian et al., 2009; Engdahl, Dikel, Eberly y Blank, 1998; Freddy, Shaw y Jarrell, 1992; Green, Lindy, Grace y Leonard, 1992), señalando que estos individuos al menos presentan un trastorno psicopatológico de forma concurrente (Breslau et al., 1991). Kessler et al. (1995) sugieren además que el 59 % de los hombres y el 44% de las mujeres reúnen criterios para tres o más diagnósticos. Y propone como posible explicación a la elevada comorbilidad el hecho de que algunos de los síntomas del TEPT son similares a los de otros trastornos. Así por ejemplo, los síntomas TEPT de evitación, embotamiento afectivo e hiperactivación pueden solaparse con la depresión (disminución del interés en actividades significativas, dificultad para dormir, problemas de concentración) y con la ansiedad generalizada (irritabilidad y respuesta de alarma exagerada).

Otros autores también relacionan los síntomas TEPT de evitación con la fobia social, y recuerdos desagradables recurrentes e intrusivos con algunos síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo (Mas Esquerlo y Fernández, 2000). Esto puede alterar las tasas de prevalencia cuando se estima la presencia de los trastornos ansiosos y depresivos sin determinar si se han desarrollado con posterioridad a una experiencia traumática, por tanto es importante tenerlo en cuenta para poder realizar un buen diagnóstico diferencial.

Los trastornos que con más frecuencia se asocian con el Estrés Postraumático son los siguientes:

- Depresión (Blanchard, Hickling, Taylor y Loos, 1995; North et al., 1994; Reed, Anthony y Breslau, 2007; Sharan, Chaudhary, Kavathekar y Saxena, 1996).
- Otros trastornos de ansiedad (De Silva y Marks, 1999; Falsetti y Resnick, 1994; Gleason, 1993; Orsillo et al., 1996; Reed et al., 2007).
- Abuso de sustancias (Brown y Wolfe, 1994; Kilpatrick et al., 1997; Reed et al., 2007).
- Somatización (Rauch et al., 2008; Rogers et al., 1996; Rohleder y Kart, 2006; Sánchez, González, Marsán y Macías, 2006).
- Disociación (Dancu, Riggs, Hearst-Ikeda, Shoyer y Foa, 1996).

- Trastornos de personalidad (Kudler, Gunderson y Sabo, 1993; Yule et al., 1999; Zlotnick, 1997).

Friedman (1996) encontró que los trastornos afectivos eran comórbidos con el TEPT en el 26%-65% de los casos; el 30-60% con ansiedad; con alcoholismo o abuso de drogas un 60-80%; y un 40-60% con trastornos de personalidad.

También han relacionado la variable sexo con los trastornos comórbidos. Así, Brady, Killeen, Brewston y Lucerna (2000) apuntan que los trastornos psicopatológicos asociados más frecuentes son: abuso o dependencia de alcohol y otras adicciones, trastornos depresivos, de ansiedad y trastorno de personalidad antisocial. Para las mujeres destacan más los trastornos: depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada y distimia.

Los trastornos psicopatológicos más frecuentemente comórbidos con el TEPT en población adulta se pueden ver en la *tabla 8.10*.

**Tabla 8.10. Trastornos comórbidos con TEPT en adultos.**

COMORBILIDAD DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN ADULTOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depresión</li> <li>- Trastornos de ansiedad: fobias, ansiedad generalizada, pánico, TOC</li> <li>- Abuso de sustancias</li> <li>- Somatización</li> <li>- Disociación</li> <li>- Trastornos de la personalidad</li> </ul>

Con respecto a la comorbilidad de TEPT en los niños/as y adolescentes, es importante tener en cuenta algunos temas. Como sugieren las recientes recomendaciones prácticas de la AACAP sobre el Trastorno por Estrés Postraumático infantil (2010), en la infancia también hay que tener especial cuidado a la hora de realizar un diagnóstico diferencial adecuado. Los síntomas TEPT pueden confundirse con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad por síntomas como la inquietud, la desorganización, falta de concentración...etc. Además, también puede confundirse con características de un trastorno de conducta (ira, irritabilidad), con otros trastornos de ansiedad como el pánico, fobia social, fobia específica (evitación, hipervigilancia, ansiedad), con depresión (aislamiento, dificultades para dormir), manía (hiperactivación), con trastornos psicóticos (entumecimiento, hipervigilancia) y con enfermedades físicas o el efecto de determinados medicamentos.

Las altas tasas de comorbilidad con TEPT se han documentado en la población infanto-juvenil expuesta a una variedad de traumas (Kilpatrick et al., 2003; Sack et al., 1998).

El TEPT ocurre con frecuencia con depresión, ansiedad, dificultades en el apego, déficits en habilidades sociales, agresividad, dificultades en el control de los impulsos, somatización y uso de sustancias (AACAP, 1998; APA 1994; Kessler, Borges y Walters, 1999; March et al., 1997).

Encontramos varias investigaciones que reflejan esta comorbilidad en la población infantil.

Por ejemplo, Graham-Berman y Levendosky (1998b) hallaron que los/as menores que presentaban unas mayores puntuaciones en Pensamientos Intrusivos e Hiperarousal y con diagnóstico de TEPT, también tenían altas puntuaciones en problemas internalizantes y externalizantes.

Pedreira (2003), en una muestra clínica de menores en los que estaba presente en el 60% de los casos violencia familiar tanto directa como de testigos, aparecía el diagnóstico TEPT en todos los casos. Paralelamente, se encontraron otras alteraciones comórbidas como depresión y alteraciones del sueño. Además, también aparecían síntomas menos específicos como problemas del comportamiento, inhibición, dificultades en el control de esfínteres, apego excesivo a la figura materna...etc.

También Copeland et al. (2007) encontraron como sintomatología asociada a TEPT, ansiedad y depresión, en una muestra representativa de la población de 1.420 niños y niñas de 9, 11 y 13 años.

En el estudio descrito en apartados anteriores de Carrion et al. (2002), en el que se evaluó a menores expuestos/as a trauma interpersonal y derivados de Servicios Sociales y de Clínicas de Salud Mental, se encontró que los trastornos comórbidos más frecuentes de TEPT fueron: Trastorno depresivo no especificado (12%), Trastorno Depresión Mayor (11%), TDAH (11%), Fobia específica (9%), Ansiedad de Separación (7%) y Fobia Social (7%).

Un estudio reciente sobre comorbilidad es el de Oswald y colaboradores (2010). Estos autores compararon dos grupos de menores alemanes de 7 a 16 años remitidos a consulta clínica, uno de menores en acogimiento y otro grupo control de menores que convivían al menos con un progenitor biológico. Encontraron que en comparación con el grupo control, los menores acogidos mostraban una significativa mayor prevalencia de síntomas de estrés postraumático. Se encontraron en los dos grupos sintomatología comórbida. En el grupo de tutelados encontraron que el 25% tenía otros tres trastornos psicopatológicos, un 20% tenía 2 y un 50% tenía 1, mientras que el 5% no presentaba otro diagnóstico. Los 3 más frecuentes fueron: trastornos del apego en el 30% de los/as menores, TDAH en el 25%, y un diagnóstico inespecífico en el 25%. Con respecto al grupo que convivía con su familia, hallaron que 3 trastornos además de sintomatología TEPT

tenían el 10%, 2 diagnósticos el 25% y 1 el 50%, con un 15% sin comorbilidad. En estos/as menores, los más frecuentes fueron: TDAH (40%), trastornos de la conducta social (20%) y depresión (15%).

A continuación se presentan en la *tabla siguiente (8.11)* la sintomatología comórbida más frecuente en los/as menores que presentan TEPT.

**Tabla 8.11. Trastornos comórbidos con TEPT en niños/as.**

COMORBILIDAD DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN NIÑOS/AS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depresión</li> <li>- Ansiedad: de separación, fobias</li> <li>- Inhibición</li> <li>- Déficit de habilidades sociales</li> <li>- Problemas de apego</li> <li>- Abuso de sustancias</li> <li>- Somatización</li> <li>- Agresividad</li> <li>- Problemas de autocontrol</li> <li>- Déficit de Atención con Hiperactividad</li> <li>- Dificultades en el control de esfínteres</li> </ul>

## 8.5. FACTORES MODULADORES DEL TEPT

Hasta ahora hemos estado comentando la relación entre la exposición a determinados eventos considerados traumáticos con el desarrollo de Trastorno por Estrés Posttraumático. En este sentido es importante destacar que esto no ocurrirá a todas las personas (Perrin, Smith y Yule, 2000).

Si tenemos en cuenta este hecho y que hay una alta probabilidad de sufrir un acontecimiento traumático a lo largo de la vida, nos hace pensar que existen factores asociados que median el riesgo de desarrollar este trastorno (Palacios y Heinze, 2002).

Como señala la psicopatología del desarrollo, el estudio de los/as menores requiere de un enfoque multidimensional e interactivo, sin una relación causa-consecuencia directa e inequívoca, sino que hay una interacción permanente entre los factores protectores y los de vulnerabilidad en el niño o niña, entre el /la menor y su entorno.

Estos factores no son procesos absolutos, ya que el mismo evento o condición puede funcionar como un factor protector o de riesgo en función del contexto global en el que se produce, la edad del/la menor, etc. Por tanto, la dinámica establecida entre los procesos internos, otros factores individuales, familiares y sociales, y las características del evento en sí mismo, es lo que nos va a dar la explicación de cómo las personas se

enfrentan y adaptan a una situación traumática, mitigando o exacerbando los síntomas de TEPT (Lehmann, 1997).

### 8.5.A. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para el desarrollo de TEPT se pueden englobar en varias categorías según estén relacionados con los factores personales de la víctima, con el acontecimiento traumático o con el contexto socio-familiar de la víctima.

En primer lugar vamos a señalar los estudios más significativos y recientes en la literatura científica que han puesto el énfasis en estos factores, con una tabla resumen (*tabla 8.12*) de todas las áreas, y a continuación nos centraremos en aquellos factores de riesgo que mayor apoyo han tenido.

- **Factores personales de la víctima:**

- Edad y nivel de desarrollo (Grant et al., 2003; Lehmann, 2000; Pfefferbaum, 1997; Stoppelbein y Greening, 2000)
- Sexo (Grant et al., 2003; Hidalgo y Davidson, 2000; Lehmann, 2000; Pynoos, Steinberg y Piacentini, 1999; Stoppelbein y Greening, 2000)
- Antecedentes psicopatológicos (APA, 2000; Brewin et al., 2000; Fletcher, 1996; Flouri, 2005; Hidalgo y Davidson, 2000; McKnight, Compton y March, 2004; Pandit y Shah, 2000; Scheeringa, Wright, Hunt y Zeanah, 2006)
- Personalidad (APA, 2000; Hidalgo y Davidson, 2000; Ursano et al., 1999).
- Locus de control (AACAP, 1998; Pynoos et al., 1999)
- Estrategias de afrontamiento (AACAP, 1998; Cummings y Davies, 2002; Davies y Cummings, 1994; Kerig, 2001; Pynoos et al., 1999)
- Percepción de la amenaza (AACAP, 1998; Grych, Seid y Fincham, 1992; Kilpatrick y Williams, 1998; Pynoos et al., 1999)
- Reacción en el momento posterior al evento (Dunmore, Clark y Ehlers, 1999; Ehlers, Maercker y Boos, 2000; Murray, Ehlers y Mayou, 2002; Ozer, Best, Lipsey y Weiss, 2003)
- Nivel educacional (Creamer et al., 2001; Stein et al., 1997)



- **Factores relacionados con el acontecimiento traumático.**

- Naturaleza del evento (Breslau et al., 1998; Gurwitch et al., 1998; Hidalgo y Davidson, 2000)
- Nivel de exposición al evento (Cooley, Boyd, Frantz y Walsh, 2001; Pine y Cohen, 2002; Tucker, Pfefferbaum, Nixon y Dickson, 2000)
- Tiempo recorrido desde la exposición al evento (Guillén-Botella, 2008; Kilpatrick y Williams, 1998).
- Cronicidad del evento (Allwood, Bell-Dolan y Husain, 2002; Lehmann, 1997)
- Terror e imprevisibilidad del evento (Lehmann, 1997)
- Grado y magnitud del evento (Abenhaim, Dab y Salmi, 1992; Amir, Kaplan y Zotler, 1996)
- Proximidad afectiva del agresor (Lehmann, 1997)
- Historia de traumas previos (Catani et al., 2009; Copeland et al., 2007; Jones et al., 2001; Lehmann, 2000; National Center for PTSD, 2006; Scott, 2007)

- **Factores relacionados con el contexto familiar y social de la víctima.**

- Antecedentes psicopatológicos familiares (APA, 2000; Fletcher, 1996; Flouri, 2005; Hidalgo y Davidson, 2000; McKnight et al., 2004; Pandit y Shah, 2000)
- Apoyo familiar (Amaya-Jackson y March, 1995; Lehmann, 2000; Ursano et al., 1999)
- Nivel de bienestar emocional de la madre (Amaya-Jackson y March, 1995; Gibbs, 1989)
- Estrés postraumático en la madre (Bogart et al., 2006; Scheeringa y Zeanah, 2001)
- Apoyo social (APA, 2000; Rojas y Papagayo, 2004; Ursano et al., 1999)
- Factores culturales (Fernando, 2004; Pfefferbaum, 1997)

En la *tabla 8.12* pueden verse de manera resumida los factores de riesgo del TEPT.

**Tabla 8.12. Factores de riesgo para el desarrollo de TEPT.**

CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LA VÍCTIMA	CARACTERÍSTICAS DEL ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO	CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO
- Edad y nivel de desarrollo	- Naturaleza	-Antecedentes psicopatológicos familiares
- Sexo	- Nivel de exposición	- Apoyo familiar
-Antecedentes	- Tiempo recorrido desde la	- Bienestar emocional de la

psicopatológicos	exposición	madre
- Rasgos de personalidad	- Cronicidad de la exposición	- Estrés postraumático de la madre
- Locus de control	- Terror e imprevisibilidad	- Apoyo social
- Estrategias de afrontamiento	- Grado y magnitud	- Factores culturales
- Percepción de amenaza	- Proximidad afectiva con el agresor	
- Reacción después del evento	- Historia de traumas previos	

Varios estudios de revisión han intentado averiguar cuáles son los factores más relevantes en este trastorno. Así, por ejemplo, en el estudio de meta-análisis llevado a cabo por Brewin et al. (2000), considerando todos los artículos publicados desde 1980 a 2000 que reunían las suficientes garantías metodológicas (77 en total), se puso de relieve que los tres factores más relevantes para el desarrollo del TEPT tras un trauma eran: la falta de apoyo social, el nivel de estrés después del acontecimiento y la severidad del evento.

Autores como Najarian, Goenjian, Pelcovitz, Mandel y Najarian (2001) ponen de relieve que los factores mantienen una relación recíproca entre ellos, es decir, cuanto más severa sea la situación traumática menos impacto tendrán las características individuales y sociales en determinar la naturaleza de la respuesta. Esto también aparece en el manual DSM-IV (APA, 1994), donde se indica que el TEPT puede aparecer en personas que no tengan ningún factor predisponente, especialmente si el acontecimiento es extremadamente traumático.

### Características de la víctima:

Vamos a describir los factores asociados a la víctima que está expuesta a un suceso traumático. Entre estas variables hay dos que son especialmente relevantes en este trabajo: el sexo y la edad.

- **Edad**

Según numerosos estudios, existe una mayor probabilidad de sufrir TEPT cuando los eventos traumáticos son sufridos tempranamente (Briere, Woo, McRae, Foltz y Sitzman, 1997; López-Soler, 2008; van der Kolk et al., 1996). Por lo tanto, resulta muy importante tener en cuenta la edad a la cual una persona experimenta dicho evento (Maercker, Michael, Fehm, Becker y Margraf, 2004; Pfefferbaum 1997).

Se ha demostrado que a similares niveles de exposición, el TEPT afecta más a niños/as y adolescentes que a los adultos (Pynoos et al., 1987; Arthur y McKenna, 1989). Los niños/as entonces tienen en mayor riesgo, independientemente de si el trauma se

produce dentro o fuera del hogar y del tipo de trauma ocurrido (Famularo et al. 1994; Vila et al., 2001).

El maltrato en los primeros años de vida (generalmente hasta los 5 o 7 años) es más perjudicial para el/la menor, dificultando su adaptación al entorno en edades posteriores (De Paúl y Arruabarrena, 1995; Dodge, Pettit y Bates, 1997; Egeland, 1997; Egeland et al., 2002; Figueira y Mendlowicz, 2003; Lansford et al., 2002). Esto se debe a que la víctima es psicológica y físicamente inmadura, quedando su desarrollo seriamente comprometido por el abuso repetido y la respuesta inadecuada por parte de algunos adultos cercanos (López-Soler, 2008). Sufrir unas inadecuadas condiciones de crianza afecta a un gran número de variables psicológicas y a la maduración del Sistema Nervioso y Neuroendocrino (van der Kolk, 2003).

En relación a esto, se han encontrado con mayor frecuencia síntomas o trastorno TEPT en niños/as que en las muestras de adolescentes (Ackerman, Newton, McPherson, Jones y Dykman, 1998; Dubner y Motta, 1999; Stoppelbein y Greening, 2000).

Hay autores que sugieren que si una persona sufre un evento traumático antes de los 11 años tiene 3 veces más posibilidades de desarrollar TEPT (Davidson y Smith, 1990). De hecho, en la revisión que lleva a cabo Lehmann (2000) sobre investigaciones que relacionan este trastorno con la exposición a violencia entre los padres, concluye que el 65% de los estudios muestran a los niños/as más pequeños/as como los que sufren mayor malestar. En este sentido, Black, Harris-Hendricks y Kaplan (1993) compararon a niños/as de edad escolar con adolescentes, y encontraron que los más pequeños/as presentaban más problemas emocionales. Estos resultados no han sido siempre confirmados (Copeland et al., 2007; Kilpatrick et al., 2003). Desafortunadamente, pocos estudios han informado sobre la prevalencia y las características de diferentes grupos de edad.

La edad también puede influir en el tipo de síntomas que provoca el evento. Así, por ejemplo, el estudio de Schwarz y Kowalski (1991) encontró que los niños/as más pequeños tenían más síntomas de Evitación, mientras que los mayores presentaban en mayor medida síntomas de Reexperimentación e Hiperactivación fisiológica.

En conclusión, son los niños/as y adolescentes en general los que tienen un mayor riesgo de desarrollar este tipo de trastorno (Sani, 2002), dependiendo la afectación según su nivel de desarrollo.

Así, autores como Briere y van der Kolk (Briere et al., 1997; van der Kolk et al., 1996) destacan que el trauma tiene un mayor impacto cuando se inicia en la temprana infancia o adolescencia y provoca un daño más profundo que con el comienzo tardío. Afecta por tanto a un ser humano que requiere ciertas condiciones externas de estabilidad

y protección (López-Soler, 2008) y cuyo cerebro en desarrollo es más sensible a las agresiones traumáticas que afectan la maduración neurobiológica (Yehuda y Wong, 2001).

Como señala la National Child Traumatic Stress Work (NCTS, 2004) los niños/as y los/as adolescentes están cruzando por muchos cambios de desarrollo. En este periodo los/as menores van aprendiendo de sus experiencias y formándose una idea sobre él/ella mismo/a, los demás y el mundo. Si tienen experiencias traumáticas en este momento, éstas pueden crear en él/ella la sensación de que las cosas van a ir mal y de que nadie les va a ofrecer protección, sintiéndose indefensos.

Cuando el trauma tiene su inicio en la edad preescolar, puede afectar al desarrollo normal del cerebro. Además, los niños/as en esa edad están aprendiendo a denominar las emociones con la ayuda de los adultos cuidadores, y si ocurre un trauma, se quedan paralizados ante el miedo y no logran manejar sus emociones. Lo peor ocurre si la persona a la que el/la menor tiene que acudir para que lo proteja y le de seguridad, es la misma a quien teme, como ocurre en los hogares con violencia familiar (NCTS, 2004). Los preescolares sólo tienen una manera de expresar su malestar, de forma no verbal, por lo que utilizan especialmente el llanto para pedir ayuda. Normalmente a estas edades aprenden si un peligro es grave o no según la reacción de los cuidadores. Una de las consecuencias del trauma es que aumentan sus temores ante las separaciones, ante nuevas situaciones...etc., teniendo fuertes reacciones de sobresalto, con terrores nocturnos y rabietas, sin saber bien dónde buscar la protección. (NCTS, 2004).

Cuando los niños/as se encuentran en edad escolar y experimentan un trauma, les afecta en su capacidad de manejar las reacciones automáticas al peligro. Esto hace que permanezcan constantemente en alerta ante cualquier estímulo y les dificulte después conseguir estar calmados y concentrados, por ejemplo en las tareas cotidianas como estudiar. A esta edad, el aprendizaje de las emociones es más elaborado, aprendiendo a diferenciar entre ellas. Si experimentan un trauma les dificulta realizar esta diferenciación, por lo que llevan las emociones al extremo (NCTS, 2004). Disponen de una mayor capacidad verbal y de secuenciación temporal, saben cómo enfrentarse a los peligros y sienten la necesidad de protegerse de ellos. A veces, si no son capaces de enfrentarse a una situación traumática, se sienten culpables o avergonzados. La sintomatología característica del TEPT es representada a través de su cuerpo, por la somatización, ya que les es difícil interpretar de manera abstracta esas experiencias (Cook-Cottone, 2000). Suelen desarrollar nuevos temores, pasar de un comportamiento inhibido a agresividad, tener problemas para dormir, dificultades de concentración...etc.

La adolescencia es una edad de muchos cambios, especialmente hormonales y sociales. Si un/a menor experimenta un suceso traumático puede tener alteradas las

hormonas relacionadas con el estrés y el peligro, lo que les puede afectar a su forma de enfrentarse al peligro en su vida futura (NCTS, 2004). En relación a las emociones, en esta edad tienen un conocimiento más preciso de ellas, lo que conlleva que si ocurre un trauma, el/la menor pueda percibir en mayor medida las emociones que provoca. Al experimentar los rasgos del estrés postraumático suelen asustarse, y puede que incluso se aíslen de los demás por sentirse avergonzados de esas reacciones. Por otro lado, son más sensibles al hecho de que la familia, los amigos o la justicia no les protejan y empiezan a pensar qué medidas tomar por su cuenta, enfrentándose a veces solos al peligro (NCTS, 2004). En estas edades se vuelven más vulnerables a sufrir alteraciones en las concepciones abstractas de identidad, futuro y seguridad (Cook-Cottone, 2000; Johnson, 1998).

Como ya hemos analizado en capítulos anteriores, durante la infancia y adolescencia la manifestación de los síntomas TEPT puede ser muy diferente a la presentada por los adultos (Carrion et al., 2002; Pynoos, Steinberg y Goenjian, 1996).

- **Sexo**

Con respecto a las diferencias de sexo, de acuerdo con los diferentes estudios (Hidalgo y Davidson, 2000; Kessler et al., 2005; Koenen y Spatz, 2009; Stein, Walker, Hazen y Forde, 1997; Weschler, 2009), se sabe que las mujeres corren un riesgo más alto que los hombres de desarrollar TEPT. En población general, el riesgo de las mujeres de desarrollar síntomas TEPT es casi el doble que el de los hombres (Breslau, 1998; Kessler et al., 2005; Norris, Foster y Weisshaar, 2002; National Center for PTSD, 2006). Sin embargo, la evidencia es contradictoria en poblaciones que han sufrido malos tratos (Koenen y Widom, 2009).

También en la infancia parece que las niñas son más sintomáticas que los niños (Giaconia et al., 1995; Jaycox et al., 2002; Kessler et al., 1995; Norris, Foster y Weisshaar, 2002). Kilpatrick y colaboradores (2003) encontraron que la prevalencia de TEPT a los 6 meses de un hecho traumático, en adolescentes de edades de entre 12 y 17 años, fue de 6,3% para chicas y de sólo 3,7% para chicos. En un estudio con dos muestras de adolescentes suecos (población normal vs abuso físico y/o sexual) hallaron puntuaciones significativamente mayores en las chicas con respecto a los chicos en disociación y estrés postraumático en los dos grupos (Nilsson, 2007).

Existen varias teorías para explicar las diferencias de sexo.

Por un lado está la hipótesis denominada por Pimlott-Kubiak y Cortina (2003) como "Vulnerabilidad Situacional". Ésta se refiere a que la mayor probabilidad de las mujeres de presentar TEPT no se debe al hecho de ser mujeres en sí, sino a una mayor exposición de las mujeres a lo largo de su vida a tipos específicos de eventos traumáticos,

como el abuso sexual y violación (Wolfe y Kimerling, 1997). El apoyo a esta hipótesis viene dado por los trabajos de Cortina y Kubiak (2006), Kessler et al. (1995), y Schnurr, Friedman y Bernardy (2002). En un estudio reciente, Koenen y Widom (2009) examinaron las diferencias de sexo en TEPT en una muestra de 674 personas con historias previas de abuso o negligencia. Encontraron a las mujeres con el doble de posibilidades de desarrollar TEPT con respecto a los hombres, especialmente cuando existía abuso sexual, donde el riesgo aumentaba a más de 4 veces para las mujeres. Estos resultados apoyan la hipótesis de que la mujer desarrolla más TEPT porque está expuesta a eventos como el abuso sexual, y por tanto a la teoría situacional.

La segunda explicación es la hipótesis de “Vulnerabilidad Femenina” que informa que las mujeres son más vulnerables al desarrollo de TEPT que los hombres independientemente de la exposición a un evento traumático (Koenen y Widom, 2009). Sugieren que en realidad los chicos son los que tienen mayor probabilidad de exponerse a un hecho traumático, lo que pasa es que no los describen como experiencia personal desbordante, por eso desarrollan en menor medida TEPT (Tolin y Foa, 2006). Esta hipótesis es apoyada por los estudios epidemiológicos de Breslau y sus colegas (Breslau, Davis, Andreski, Peterson, y Schultz, 1997; Breslau, Chilcoat, Kessler, Peterson y Lucía, 1999; Breslau y Anthony, 2007), y por otros autores como Udwin (2000) y Tolin y Foa (2006). Los últimos autores, en un estudio meta-analítico, con revisión crítica de la literatura existente, encontraron que independientemente del tipo de estudio, población, tipo de evaluación u otras variables metodológicas, es más probable que las mujeres y chicas cumplan criterios para TEPT.

Es posible una tercera hipótesis basada en la teoría construccionista de la personalidad (López-Soler, 1994), según la cual la personalidad humana tiene tres componentes: el comportamiento de la persona (actor), el significado adscrito al comportamiento por la propia persona y el significado adscrito por los demás (Hampson, 1986). Desde esta perspectiva, el desarrollo de la personalidad está basado en el proceso de socialización y en la construcción de la identidad personal como identidad de género. Según esta idea, niñas y niños van generando sus valores, creencias, expectativas y asumen las relaciones interpersonales en general y en la familia y pareja en particular, en función de los esquemas cognitivos y condicionamientos emocionales que ha ido interiorizando durante su desarrollo, y estos atributos y características de lo masculino y femenino, van configurando unas guías de acción que determinan en gran medida la forma de relacionarse, de priorizar objetivos y de valorarse a sí mismos/as, a la vez de ser reforzados/as por los demás y por la comunidad cuando se comportan de forma congruente con los atributos correspondientes a su sexo (rol de género). Durante la

infancia, la construcción de la personalidad y de la identidad personal, se basa fundamentalmente en las personas significativas del ambiente, éstas transmiten contenidos informativos sobre cómo es la realidad, cómo son las personas, especialmente cómo son y deben ser hombres y mujeres, y sobre lo que se espera de cada uno/a. Estos contenidos se almacenan como teorías implícitas del sí-mismo/a, y en situaciones adecuadas son las que guían los comportamientos que sólo aparentemente son libres y espontáneos. Así, es posible que chicas de carácter fuerte o sumiso, y otra variedad de rasgos y aptitudes, se muestren en general más interesadas en el amor y la familia que chicos de diferentes rasgos, y asuman actitudes más dependientes en las relaciones interpersonales, aunque sean muy autosuficientes: su identidad personal está construida en base a su identidad de género.

En este sentido, las reacciones emocionales y conductuales de niños y niñas pueden ser diferentes en relación a distintos ámbitos de su experiencia, en función de las prioridades de las metas y su significado personal, y de la congruencia entre su comportamiento y los atributos de las categorías mujer, madre, esposa, pareja. Así, hombres y mujeres pueden sufrir en una relación desdichada, pero su comportamiento y estrategias de afrontamiento serían diferentes pero coherentes con el rol de género. En este sentido, los cambios sociales sobre lo que representa ser hombre y mujer en la pareja pueden modificar los comportamientos y actitudes preferentes o típicos en cada chico/a y ser la base para conductas violentas o sumisas supuestamente legitimadas socialmente.

### **Características del evento:**

Está demostrado que tienen mayor probabilidad de sufrir TEPT aquellas personas que han estado más expuestas a traumas previos (Jones et al., 2001; NCTS, 2004; Scott, 2007). Además, también tienen más posibilidades quienes estén expuestos a hechos traumáticos: infringidos por otro ser humano (Ehlers, Gene-Cos y Perrin, 2009; Kessler et al., 1995; Norris et al., 2002), por familiares directos o personas en las que se confía (Green et al., 2000; Kilpatrick et al., 1997; Larizgoitia, 2006), los que son repetidos y reiterativos (Lehmann, 1997; Rossman, 2000) y por los que se ha recibido presión al silencio.

Diversos autores (Herman, 1992b; Pfefferbaum y Pfefferbaum, 1998; Pfefferbaum, James y Allen, 1998; Terr, 1991) plantean que se debe distinguir un trauma producto de un estresor único de uno crónico, como ya indicábamos en capítulos anteriores. El trauma crónico no resulta sorprendente e impredecible, dando lugar a efectos más complejos y/o diferentes.

Suele asociarse el trauma tipo I con la sintomatología TEPT más típica, especialmente reexperimentación del trauma. Suele estar relacionado con recuerdos completos y detallados del episodio traumático, búsqueda de razones y reelaboraciones retrospectivas y alucinaciones o distorsiones temporales (Terr, 1991; Tremblay, Hebert y Piche, 2000; Wolfe, 1999).

Sin embargo, en el caso del trauma acumulativo (tipo II), actualmente llamado trauma crónico, el niño/a será más vulnerable con cada incidente y puede ser asociado a psicopatología adicional (Terr, 1991; Thabet y Vostanis, 2000; Tremblay et al., 2000; Wolfe, 1999). Las repercusiones más severas del trauma crónico incluyen: estilo atribucional desadaptativo, estados disociativos, alteraciones de la identidad, estrategias de afrontamiento deficientes y excesiva reactividad a los estímulos provocadores de ira, negación, anestesia afectiva, incluso identificación con el agresor (Houzel, Emmauelli y Moggio, 2004; Terr, 1991; Tremblay et al., 2000; Wolfe, 1999).

En determinados tipos de acontecimientos traumáticos, la sintomatología típica de traumas tipo I y II puede coexistir (Karcher, 1994). Según McCloskey y Walker (2000), ambos tipos de trauma pueden resultar en TEPT en un cuarto de los/as menores expuestos/as. Sin embargo, mucha de la literatura sobre TEPT se ha centrado en los niños/as y adolescentes que han sido expuestos/as a un evento traumático único (ej, tiroteo escolar, desastre natural), descuidando la traumatización crónica (Anderson, 2005).

### **Características del contexto:**

Según apunta la literatura, las víctimas que disponen de más relaciones de apoyo se recuperan más rápidamente y presentan menor sintomatología que las víctimas sin apoyo. Por ejemplo, Brewin et al. (2000) y Dalgleish, Joseph, Thrasher, Tranah y Yule (1996).

La reacción que tengan los padres en relación al evento traumático es quizás el factor mediador familiar con un mayor impacto. En este sentido, si el adulto reacciona sin control, o no sabe responder al evento, el/la menor manifiesta ansiedad y se siente inseguro/a (Pynoos, 1994). Y en su lado más extremo, si existe una historia de separación de los cuidadores primarios, será un factor importante con efectos negativos en la consecución de las metas del desarrollo (Barnett et al., 1993).

Como destacan Margolin (1998) y van de Kolk (2005), una característica única de la violencia familiar que puede convertirse en un estresor traumático es el hecho de la disponibilidad de los padres a comprometerse emocionalmente con el/la menor.



Según la teoría del Trastorno por Estrés Postraumático Relacional (Scheeringa y Zeanah, 2001), existe una co-ocurrencia de los síntomas de trauma en la madre y en el bebé. Esto aparece cuando las respuestas de los adultos no están bien reguladas, aumentando la respuesta del niño/a. Los padres pueden mostrarse retraídos, insensibles, con miedo a las reacciones del/la menor y preocupados por el acontecimiento traumático. En este contexto, los bebés son particularmente vulnerables al TEPT relacional debido a su estrecha relación emocional y su proximidad física con los progenitores.

Por ejemplo, Bogart et al. (2006), en un estudio con 48 madres víctimas de violencia de género y sus bebés de un año de edad, encontraron que casi la mitad (44%) de los bebés expuestos a la violencia mostraba al menos un síntoma de trauma. Se halló una relación significativa entre los síntomas de trauma en los niños/as y en las madres y esta relación dependía de la gravedad de la violencia. Es decir, los niños/as presentaban síntomas sólo cuando la violencia era severa, ya que habían experimentado un estresor adicional, la angustia de sus madres.

La co-ocurrencia de síntomas de trauma entre los padres y los/as niños no se limita a los bebés, también se ha encontrado en niños/as mayores respecto a las consecuencias de desastres tanto naturales como de origen humano, como la violencia (Koplewicz et al., 2002; Wasserstein y La Greca, 1998) y el abuso sexual en niñas de edad preescolar y escolar (Cohen y Mannarino, 1996, 2000; Mannarino y Cohen, 1996).

Sin embargo, otros autores como Kilpatrick y Williams (1998) no encontraron el bienestar emocional de las madres como mediador de los síntomas de trauma de los/as menores. En este sentido, es posible que la relación entre el trauma de la madre y del niño/a sea diferente en los diferentes estadios del desarrollo.

#### 8.5.B. FACTORES DE PROTECCIÓN

Seligman (Gillham y Seligman, 1999; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000) critica que históricamente nos hemos centrado en los efectos negativos de la experiencia traumática, lo que nos ha hecho pesimistas ante la visión de la naturaleza humana. Indica que hemos desarrollado una “cultura de la victimología”, pensando que una experiencia traumática siempre provocará daño y que un daño siempre refleja que hay un trauma (Gillham y Seligman, 1999).

En relación a la investigación y clínica de los efectos postraumáticos, se ha dado un mayor énfasis al desarrollo del TEPT y de sus síntomas asociados, considerando que era la forma “normal” de responder al acontecimiento.

En los últimos años han ido aumentando los estudios que indican que la mayoría de las personas resisten los acontecimientos adversos de la vida con gran fortaleza y con escasas repercusiones negativas (Avia y Vázquez, 1998; Bonanno, 2004, Vázquez, 2005). Como hemos comentado anteriormente, la exposición a un acontecimiento traumático no es condición suficiente para desarrollar el trastorno, recuperándose de la experiencia traumática sin enfermar de forma duradera el 75% de las personas (Cebrian et al, 2009).

Muchos niños y niñas sobreviven al trauma, integrándolo en sus experiencias y siguiendo su desarrollo normalmente (Engle, Castle y Menon, 1996; Pynoos et al., 1999). Así, se ve reflejado por ejemplo en el estudio de Richardson, Henry, Black-Pond y Sloane (2008). Estos autores informaron que, aunque casi todos los niños/as que habían sufrido malos tratos durante más de un año tenían síntomas clínicamente significativos, el 46% no cumplía criterios para ningún diagnóstico DSM-IV.

Además de no encontrar síntomas en algunas personas, también es importante señalar que algunas suelen aprender y crecer de la experiencia “traumática”, saliendo fortalecidas de ella (Guillén-Botella, 2008).

Numerosos autores, como Fantuzzo y Lindquist (1989), Foy, Osato, Houskamp y Neumann (1992) y Kilpatrick y Williams (1998), sugieren la existencia de variables mediadoras que son responsables de la promoción de la resistencia o de la minimización de la vulnerabilidad, activando de esta forma un obstáculo al desarrollo de la psicopatología asociada al estrés.

Los factores que pueden atenuar el riesgo de desarrollar TEPT incluyen la resiliencia, la fortaleza, la regulación emocional, extraversión, identidad propia, procesamiento adecuado de los acontecimientos difíciles, apego seguro, madurez del sistema biológico, avanzado desarrollo lingüístico y cognitivo, buenas estrategias de afrontamiento y habilidades sociales, y variables más amplias tales como la cultura (Buka, Sstichick, Birdthistle y Earls, 2001; De Bellis y van Dillen, 2005; Elliot y Carnes, 2001; Fletcher, 1996; Herman, 2004; Kaplow et al., 2005; Koenen, 2006; Scott, Wolfe y Wekerle, 2003; van der Kolk, 2007; Vernberg y Varela, 2001; Weitzman, 2005).

Se conoce que las respuestas de los niños y niñas varían en función del riesgo y la vulnerabilidad, su nivel de desarrollo y la estructura de su entorno más cercano (Osofsky, 2003).

Wolak y Finkelhor (1998) informa que existen tres categorías de factores protectores o de resistencia a la adversidad:

- **Factores personales de la víctima:**

Autoestima positiva, adaptabilidad, optimismo, capacidad de relacionarse, creatividad, grado de desarrollo, inteligencia, resultados académicos, talento, intereses

especiales, etc. (Aguilar, 2008; Lazenbatt, 2010); así como circunstancias propias (edad a la que es separado del agresor, el hecho de que pueda recordar una época sin violencia) (Aguilar, 2008; Wolak y Finkelhor, 1998).

- **Factores familiares:**

Existencia de un vínculo afectivo y apego seguro con un adulto que se ocupe del niño o la niña (Aguilar, 2008).

- **Factores extrafamiliares:**

Apoyo de iguales, profesores u otros adultos, e involucrarse en actividades de su entorno próximo (vecindario, barrio) (Aguilar, 2008; Wolak y Finkelhor, 1998).

En la *tabla 8,13* se señalan los factores protectores más relevantes del TEPT.

**Tabla 8.13. Factores protectores para el desarrollo de TEPT.**

FACTORES PERSONALES	FACTORES FAMILIARES	FACTORES EXTRA-FAMILIARES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoestima positiva</li> <li>- Adaptabilidad</li> <li>- Optimismo</li> <li>- Capacidad de relacionarse</li> <li>- Creatividad</li> <li>- Grado de desarrollo</li> <li>- Inteligencia</li> <li>- Resultados académicos</li> <li>- Talento</li> <li>- Intereses especiales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vínculo afectivo y apego seguro con un adulto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo de iguales, profesores u otros adultos</li> <li>- Involucrarse en actividades de su entorno próximo (vecindario, barrio)</li> </ul>

### Factores personales:

Se han propuesto una serie de variables personales relacionadas con la resistencia a la adversidad que se describen a continuación.

- **Resiliencia**

El estudio de la resiliencia es un tema de actualidad (Cyrulnik, 2002; Rutter, 2002; Rodrigo, Camacho, Máiquez, Byrne y Benito, 2009). Sus inicios estuvieron relacionados con la necesidad de buscar una explicación a la sorprendente adaptación de menores que vivieron en situaciones precarias durante su infancia, potencialmente traumatizantes (Garmezy, 1991; Rutter, 1999; Werner, 1995). Autores expertos en el tema lo han definido como *“la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y salir fortalecido o transformado por experiencias de adversidad”* (Grotberg, 2002; Ryff, Singer, Love y Essex, 1998), o la *“adaptación exitosa después de la exposición a acontecimientos vitales estresantes”* (Werner, 1989). Este concepto tiene varios componentes: existe algún riesgo de trauma o

adversidad; se supera de forma positiva; y existe una relación dinámica entre los mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen sobre el desarrollo humano.

- **Fortaleza**

Este concepto fue introducido en el ámbito de la salud por Kobasa (1979), con el objeto de describir cómo algunas personas tenían menor probabilidad de enfermar a pesar de haber experimentado un acontecimiento estresante. Se trata de varias características de personalidad que actúan como resistencia ante el estrés (Kobasa, Maddi y Kahn, 1982). Está compuesto por tres elementos básicos que están interrelacionados: compromiso, desafío y control percibido (Kobasa et al., 1982). Este concepto permite a la persona reducir la percepción de amenaza e incrementar las expectativas de éxito en el afrontamiento, según Kobasa (1979). Se han encontrado investigaciones que apoyan la relación positiva entre fortaleza y salud (Blaney y Ganellen, 1990; Orr y Westman, 1990).

- **Crecimiento postraumático**

Otro concepto relacionado es el “crecimiento post-traumático” de Tedeschi y Calhoun (1995, 1996, 2004).

Está relacionado con el hecho de que la adversidad puede tener efectos beneficiosos, facilitando que aparezcan en las personas cualidades que nos hacen mejores que antes (Affleck y Tennen, 1996; Carver, 1998; Park, Cohen y Murch, 1996; Tedeschi y Calhoun, 2004). Tras una experiencia adversa, en este caso no se vuelve al nivel de funcionamiento anterior (como ocurre en la resiliencia) sino que implica un funcionamiento mejor (Carver, 1998; O'Leary e Ickovics, 1995; O'Leary, Alday y Ickovics, 1998). En este sentido, después de un evento adverso, se dan cambios que son percibidos por la persona como positivos en tres áreas: en la percepción de uno mismo, en las relaciones con los demás y en la filosofía de vida (Tedeschi y Calhoun, 1996; Tedeschi, Park y Calhoun, 1998).

Diversos estudios muestran que la gran mayoría de menores pueden ser resistentes a la adversidad, como lo indica el estudio realizado sobre el impacto del atentado terrorista cometido en Madrid el 11M (Vázquez, Pérez y Matt, 2006), en una muestra de jóvenes de edades comprendidas entre los 18 y 25 años, en el que se encontró que la prevalencia de TEPT empleando criterios APA (2000) era sólo del 1,9%.

Son escasas las investigaciones realizadas sobre los factores de protección o resistencia en los/as menores víctimas de maltrato. Los resultados encontrados coinciden

con los trabajos referidos a menores expuestos a otros eventos traumáticos (Hughes, Graham-Bermann y Gruber, 2001).

Rincón et al. (2010) evaluaron el TEPT en 75 niños/as y adolescentes que habían sido abusados sexualmente y fueron remitidos a consulta. Los autores hallaron que la mayoría de los/as menores evaluados/as, el 62,7%, no presentaba sintomatología postraumática significativa en ese momento.

Trabajos como los de Hughes y Luke (1998) y los de Grych et al. (2000) indican que un porcentaje significativo de los/as menores que residen en casas de acogida con sus madres por sufrir violencia de género sólo presentan bajos niveles de malestar o ninguna evidencia de desajuste conductual. El hecho de que tanto los niños/as y sus madres informaran de una significativa ausencia de sintomatología, se dirige a un cierto nivel de resiliencia o resistencia en muchos de los/as menores que residen en estos centros.

Así, Martínez-Torteya, Bogart, Von Eye y Leventosky (2009) encontraron que, a pesar de la violencia doméstica, el 54% de los/as menores expuestos/as fueron clasificados como resistentes.

En otro estudio, el realizado por Graham-Bermann, Gruber, Howell y Girz (2009), en el que se evaluó el ajuste social y emocional de 219 niños y niñas de 6 a 12 años de edad cuyas madres habían sufrido violencia doméstica en el último año, encontraron que el 20% de los/as menores presentaban grandes competencias y bajos problemas de ajuste.

### **Factores familiares:**

Sin duda, uno de los factores protectores más importantes, como apunta Aguilar (2008), es el tener al menos una relación duradera y de buena calidad con un adulto, hombre o mujer, significativo para el niño o la niña, que transmita al/la menor que es alguien válido/a e importante. Esa relación fuerte casi siempre es con uno de los padres (Osofsky, 2003).

El hecho de que los cuidadores den respuesta y apoyo a las necesidades de sus hijos/as facilita que los/as menores tengan menos problemas de comportamiento que los niños y niñas que no tienen el mismo apoyo (Øverlien, 2010). Cuando un adulto mantiene la calma y parece controlar la situación, los temores del/la menor son aliviados (Pynoos, 1994), demostrando así que el apoyo de los padres para el niño/a es un importante amortiguador que ayuda a minimizar los síntomas del TEPT (AACAP, 1998; Cummings, 1998; Rossman, Bingham y Emde, 1997).

La literatura sobre la resiliencia sugiere que una relación cálida, cercana y de apoyo de un adulto, particularmente el padre o la madre, puede ayudar a prevenir el

desarrollo de problemas infantiles (Masten y Coatsworth, 1998). También parece ser más probable que en el contexto de una relación padre-hijo cercana y cálida, los/as menores puedan obedecer a los padres y adoptar los valores pro-sociales parentales (Grusec, Goodnow y Kuczynski, 2000; McDonald, 1992).

Por otro lado, el funcionamiento del cuidador no maltratador también es una variable muy significativa (AACAP, 1998; Pynoos et al., 1999). Diversas investigaciones señalan que la habilidad parental de la madre que es víctima de violencia de género protege a sus hijos e hijas de más problemas psicológicos (Davies, Sturge-Apple y Cummings, 2004; Margolin, Gordis y Oliver, 2004; O'Keefe, 1994). Las madres que se muestran más cálidas en la relación con sus hijos/as pueden ser particularmente sensibles y realizar esfuerzos para hablar con sus hijos/as sobre los episodios de violencia observados, teniendo cuidado en validar sus expresiones emocionales y, quizás, ayudándoles a desarrollar estrategias competentes para hacer frente a las emociones negativas (McDowell, Kim, O'Neil y Parke, 2002). Este "entrenamiento emocional" que hacen algunas madres con sus hijos/as (Gottman, Katz y Hooven, 1996), está relacionado con la reducción de los problemas de conducta de los/as menores (Katz y Windecker-Nelson, 2006) y parece promover habilidades de afrontamiento y un comportamiento pro-social, además de frustrar el desarrollo de evaluaciones positivas sobre los beneficios de la agresión.

Madres más cálidas son más capaces de reconocer y modular su propio enfado en presencia de sus hijos/as y este control emocional parece proteger a los niños y niñas en situaciones de riesgo de desarrollar problemas externalizantes (Kliewer et al., 2004).

Diversos investigadores han analizado la importancia de tener una figura adulta de apoyo, especialmente la madre, para los niños y niñas expuestos/as a violencia de género. Así, Skopp, McDonald, Jouriles y Rosenfield (2007) examinaron si una relación maternal cálida podía funcionar como factor de protección de los efectos de la violencia en los niños/as. La muestra estaba formada por 157 madres y sus hijos de 7 a 9 años de edad expuestos a violencia de género y con problemas de conducta severos. Concluyeron que cuando eran los propios menores los que informaban de sus problemas de conducta, se asociaban mayores niveles de calidez maternal con la atenuación de los comportamientos externalizantes tanto en niños como en niñas. En el estudio realizado por Graham-Bermann et al. (2009) comentado anteriormente, se encontró que la diferencia entre los niños/as resilientes y el resto de niños/as con problemas emocionales, fue que estos niños y niñas habían tenido una menor exposición a la violencia. Además, estos/as menores tenían lazos familiares más fuertes, presentaban menores niveles de miedo y preocupación, y por último, sus madres eran más flexibles y poseían mejores habilidades

de crianza (especialmente eran cálidas en la relación con sus hijos/as) y su salud mental era mejor que la de las madres de menores con problemas emocionales.

### **Factores extrafamiliares:**

Los/as menores que están bajo tutela de la Administración son un colectivo con una problemática específica, dada la imposibilidad de obtener protección y apoyo por parte de los adultos en el contexto familiar. Los padres biológicos no han podido evitar la situación de desamparo, por tanto, está claro que su familia no provee protección ni apoyo social (Rodríguez, Camacho, Rodrigo, Martín y Máiquez, 2006).

En algunos casos, su familia extensa o una familia ajena ha sido valorada como idónea para llevar a cabo un acogimiento familiar, pero en la mayoría, estos/as menores tienen que vivir en un centro de protección.

Autores como Bravo y Fernández del Valle (2003), Kendrick (2005), y van der Ploeg (1992), proponen que se ha de indagar, especialmente en los casos que viven en el contexto residencial, en las relaciones que el/la menor establece tanto con adultos como con los iguales, como variables de protección. Esta idea se apoya en investigaciones previas (Cyrulnik, 2002; Fergusson y Lynskey, 1996; Jackson y Martin, 1998; Masten y Coastworth, 1998), cuyos resultados muestran que la presencia de intereses y vínculos afectivos con personas significativas fuera del contexto familiar favorece la manifestación de comportamientos resilientes en circunstancias familiares adversas.

El establecimiento de relaciones de amistad con los iguales, tanto en el contexto residencial (Emond, 2003), como en los contextos normalizados (Han y Choi, 2006), incide en el ajuste tanto escolar como social de los/as menores que viven en contextos residenciales.

Numerosos trabajos resaltan la importancia que tienen las relaciones que el/la menor establece con sus educadores, al identificarlos como un factor de calidad importante de la atención que reciben en los centros (Dixon y Stein, 2003; Legault, Anawati y Flynn, 2006; Martín y González, 2007; Ward, 2003) y como eje fundamental en su adaptación escolar, sobre todo la importancia que le den los/as educadores a los objetivos escolares (Harker, Dobel-Ober, Lawrence, Berridge y Sinclair, 2003; Lindsay y Foley, 1999; Stone, 2007). Sin embargo, a veces el papel del educador/a como tutor de resiliencia es difícil de cumplir, debido entre otros motivos, al elevado desgaste emocional que supone este trabajo (Jenaro, Flores y González, 2007) y a que todavía no se ha reconocido como parte de este perfil profesional el poseer habilidades y actitudes para establecer vinculación afectiva con los/as menores.

Por otra parte, también se ha puesto de manifiesto el efecto positivo y de disminución de problemas emocionales y conductuales de los/as menores en el ámbito escolar que tiene la vinculación establecida entre el profesorado y los alumnos/as (Baker, 2006). Igual que ocurre con los educadores, muchos autores ponen de manifiesto el alto grado de burnout entre el profesorado (Doménech, 2005; Esteve, 1998; Pithers, 1995), lo que dificulta que se pueda cumplir este papel de apoyo social tan importante en el ajuste de los/as menores.

Otros adultos fuera de los ámbitos residencial y escolar pueden realizar el papel de tutores de resiliencia. Es en este contexto donde el/la menor tiene cierta capacidad de elección de aquellos adultos con los que desea vincularse. Así, pueden ser figuras de resiliencia entrenadores deportivos o monitores de ocio, entre otros.

Un estudio reciente en nuestro país, el de Martín y Dávila (2008) analizó la relación entre las redes de apoyo social con la adaptación personal, escolar y social de 102 menores que vivían en hogares de protección. Los resultados hallados muestran que el apoyo social recibido desde el contexto familiar y los iguales no mantienen ninguna relación con la adaptación de los/as menores. En cambio, el apoyo social y el afecto recibido por los adultos de los contextos extrafamiliares, como educadores del centro y profesores, tiene una capacidad predictiva sobre la adaptación de estos/as menores.

## 8.6. RESUMEN

El hecho de experimentar un evento traumático es algo frecuente entre la población, si bien existe una gran variabilidad en las tasas de prevalencia encontradas. Aunque en población infantil no se han realizado muchos estudios al respecto, sí que se ha documentado ampliamente que los acontecimientos traumáticos también son comunes en los niños y niñas (Copeland et al., 2007).

Hasta un cuarto de las personas que se exponen a un evento traumático desarrollarán finalmente Trastorno por Estrés Postraumático (Breslau et al., 1998) o por lo menos algunos de sus síntomas característicos (Rothbaum et al., 1992). La prevalencia global de TEPT en población general norteamericana oscila entre el 1 y el 14% (APA, 1994), y se dispone de poca información acerca de la prevalencia en otros países, incluido España. Los/as menores que han sufrido eventos traumáticos, especialmente los/as más pequeños, tienen un riesgo particularmente alto de desarrollar TEPT y otros trastornos relacionados (Scheeringa y Zeanah, 2008). Algunos autores como Giaconia et al. (1995) sugieren que los datos de prevalencia en infancia son similares a los de los adultos. Para



diagnóstico completo de TEPT según criterios DSM-IV-TR (APA, 2000), la prevalencia actual se encuentra por debajo del 1,10% (Copeland et al., 2007). Con respecto al maltrato infantil, estudios prospectivos y retrospectivos muestran consistentemente asociaciones entre abuso físico, emocional, sexual, negligencia y exposición a violencia de género y TEPT en niños/as, adolescentes y adultos.

El TEPT puede iniciarse a cualquier edad, y su aparición suele ser brusca, encontrando muchos estudios que muestran la cronicidad del trastorno.

Las tasas halladas sobre la comorbilidad del TEPT crónico tanto en población general como en clínica giran en torno a un rango del 50 al 90% (Cebrian et al., 2009), señalando que estos individuos al menos presentan un trastorno psicopatológico de forma concurrente (Breslau et al., 1991). La sintomatología comórbida más frecuente en infancia es: depresión, ansiedad, inhibición, déficit de habilidades sociales, problemas de apego, abuso de sustancias, somatización, agresividad, problemas de autocontrol, déficit de atención con hiperactividad y dificultades en el control de esfínteres.

Existen factores asociados que median el riesgo de desarrollar TEPT (Palacios y Heinze, 2002). Entre los factores de riesgo se encuentran: características personales de la víctima (edad y nivel de desarrollo, sexo, antecedentes psicopatológicos, rasgos de personalidad, locus de control, estrategias de afrontamiento, percepción de amenaza y reacción después del evento), características del acontecimiento traumático (naturaleza del evento, nivel de exposición, tiempo recorrido desde la exposición, cronicidad de la exposición, terror e imprevisibilidad, grado y magnitud, proximidad afectiva con el agresor e historia de traumas previos), y características del contexto (antecedentes psicopatológicos familiares, apoyo familiar, bienestar emocional de la madre, estrés postraumático de la madre, apoyo social y factores culturales). Los factores que pueden funcionar como protectores son los siguientes: factores personales (autoestima positiva, adaptabilidad, optimismo...etc.), factores familiares (tener un vínculo afectivo y apego seguro con un adulto) y factores extrafamiliares (apoyo de iguales, profesores u otros adultos e involucrarse en actividades de su entorno próximo).

## **CAPÍTULO 9: MODELOS EXPLICATIVOS DEL TEPT**

En este capítulo se hace un resumen de las teorías que proponen una explicación para el Trastorno por Estrés Postraumático.

En primer lugar se apuntan los modelos de corte neurobiológico.

Y en segundo lugar se hace una descripción detallada de los modelos psicológicos más significativos en el tema, como las teorías del aprendizaje y las teorías cognitivas (Teoría de la Respuesta al Estrés; Teoría del Procesamiento de la Información; Teoría del Procesamiento Emocional; Teoría de la Representación Dual; Teoría de los Sistemas Representacionales Esquemático, Proposicional, Asociativo y Analógico; Teoría cognitiva de Ehlers y Clark).

En último lugar se termina el capítulo con unas conclusiones generales en torno a los modelos teóricos del TEPT.

## 9.1. MODELOS NEUROBIOLÓGICOS

La complejidad del TEPT está suficientemente documentada en la literatura. Existen numerosos sistemas neurobiológicos afectados cuando una persona se expone a un acontecimiento traumático (van der Kolk, 1987).

Como apuntan Miguel-Tobal et al. (2000), los modelos surgidos en este enfoque han tomado la referencia de las investigaciones realizadas para la psicobiología de la ansiedad y el estrés (Cannon, 1932; Everly, 1989; Gray; 1982; LeDoux, 1986, 1992b, 1995; Selye, 1952). En este sentido, numerosos autores afirman que la neurobiología del TEPT es distinta a la de otros trastornos psicopatológicos, aunque es necesaria mayor información al respecto, según señalan Newport y Nemeroff (2000). La estructura del cerebro tiene la capacidad de analizar las demandas que vienen del medio interno y externo y enfrentarse a ellas para mantener un equilibrio. El problema surge cuando se experimenta un suceso traumático, que puede sobrecargar el cerebro por recibir tanta información con una alta carga emocional, superando las posibilidades de afrontamiento del sujeto. Una persona, en unas condiciones que provocan terror u horror, desarrolla una respuesta extrema de pánico que puede paralizar respuestas adaptativas primarias de ataque, huida o paralización. Una situación de este tipo provocada por los padres, puede provocar estas reacciones primarias, pero su aprendizaje y vínculos de apego les hace buscar respuesta y guía en las mismas personas que le provocan el daño, la confusión generada, la desorientación y el sufrimiento, sumergen al/la menor en un marasmo de respuestas fisiológicas complejas y contradictorias, que en condiciones crónicas, comprometen todo su desarrollo. Esto provoca cambios a nivel neurobiológico que, si se mantienen permanentes, dan lugar al desarrollo del TEPT (Reyes, 2008).

Numerosos autores se han dedicado a explorar todos los procesos biológicos que subyacen al TEPT, tanto en su etiología como en su mantenimiento. Por ejemplo: Kolb (1988); Pitman et al. (1990); y van der Kolk (1987).

Una de las cuestiones que han sido relevantes para conocer de forma más precisa los mecanismos biológicos del TEPT son las investigaciones en animales sobre el estrés (Bremner, Davis, Southwick, Knstal y Charney, 1994). Esto ha resultado útil para medir los cambios fisiológicos, neuroquímicos, inmunológicos y neuroanatómicos en seres humanos (Bremner et al., 1994; van der Kolk, 1997). En este trastorno están involucradas las estructuras cerebrales encargadas de filtrar y procesar la información que nos llega, lo que hace que las personas que lo sufren tengan dificultades a la hora de seleccionar estímulos relevantes, concentrarse en una tarea...etc. (Reyes, 2008). También se producen cambios a

nivel neuroquímico que dificultan el almacenamiento de la información traumática en la memoria, quedando guardada en fragmentos.

Como vemos, la respuesta neurobiológica es compleja en los pacientes adultos, pero cuando el evento estresor le ocurre a un/a menor, esta alteración produce una mayor vulnerabilidad a factores estresantes a lo largo de su desarrollo, reaccionando por tanto ante estímulos generalizados post-traumáticos no necesariamente relacionados con el trauma original (Meiser-Stedman, 2002).

## 9.2. MODELOS PSICOLÓGICOS

A nivel psicológico existen numerosos procesos y mecanismos implicados en el inicio y desarrollo del TEPT, entre otros: la memoria, la atención, las reacciones cognitivo-afectivas, las creencias, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social disponible. Algunos de estos procesos son comunes a otros trastornos psicopatológicos como la depresión y otros trastornos de ansiedad, pero en la actualidad se conoce que los que están vinculados exclusivamente al TEPT son la memoria y las respuestas disociativas (Brewin y Holmes, 2003). Existen dificultades a la hora de integrar el evento traumático en la memoria consciente, lo que hace que las personas con TEPT queden “fijadas” en el acontecimiento. Esto causa dos situaciones, en principio contradictorias: se revive continuamente con el objetivo de integrarlo en nuestra experiencia, y por otro lado se evita, se olvida y se anestesian nuestras emociones, como en la disociación, con el fin de disminuir el sufrimiento.

Con respecto a las teorías de corte psicológico, es destacable señalar que algunas de ellas surgieron incluso antes de incluir el TEPT en los sistemas de clasificación oficiales. A continuación se detallan las provenientes tanto de las orientaciones del aprendizaje como las de un enfoque más cognitivo.

### 9.2.A. TEORÍAS DEL APRENDIZAJE

Estas teorías fueron las primeras en surgir en relación a la explicación sistemática del trastorno. Su inicio estuvo relacionado con los intentos de muchos teóricos y clínicos de conocer las respuestas intensas de ansiedad que aparecían tras situaciones traumáticas bélicas (Keane, Zimering y Caddel, 1985) y algunos actos criminales (Kilpatrick, Veronen y Resick, 1979); y gran parte de los planteamientos propuestos han sido tomados de la **Teoría Bifactorial de Mowrer** (Mowrer, 1947, 1960).

El Trastorno por Estrés Postraumático se explica desde estos modelos a través del condicionamiento clásico y del operante, y como señala Rincón (2003), a través del Condicionamiento Clásico se explica especialmente el desarrollo de los síntomas de activación y malestar característicos del TEPT.

El trauma sería el estímulo incondicionado (EI) que provoca en la persona un temor extremo, que es la respuesta incondicionada (RI). El estímulo provocador del trauma (EI) se asocia con el recuerdo del trauma y con una serie de estímulos que se encuentran presentes en el momento del suceso, los que se convierten en estímulos condicionados (EECC). Así, cada vez que se recuerda el trauma, se reviven los estímulos asociados a él o vuelven a estar presentes estos estímulos, la presencia de ellos o dicho recuerdo (EC), lo que provoca un temor extremo que se convierte en la respuesta condicionada (RC).

Por medio de la generalización de estímulos y del condicionamiento de segundo orden, no sólo el recuerdo del trauma, sino también las señales asociadas con el recuerdo y aquellas neutrales que evocan esos estímulos desencadenantes, se convierten en estímulos condicionados que provocan un temor extremo (RC) (Orr et al., 2000). A partir de aquí, se supone que la asociación entre el EC y la RC se extinguiría con el tiempo, si no se presentase el EI original. Según el Condicionamiento Operante, por tanto, al producir el recuerdo del trauma o los estímulos asociados (EECC) una ansiedad extrema (RC), se intenta evitar el recuerdo (EECC), reduciéndose la ansiedad (RC).

Esto daría explicación de los síntomas evitativos del trastorno y por qué se mantienen a lo largo del tiempo, aunque no esté presente el evento original. Se refuerza negativamente el recuerdo del trauma (Kilpatrick, Veronen y Resnick, 1982). Según Brewin y Holmes (2003), que realizan un análisis de los modelos explicativos del TEPT, uno de los puntos fuertes de este modelo es la explicación sobre los recuerdos del trauma, cómo éstos producen activación fisiológica y emocional y la importancia de la evitación en el mantenimiento del trastorno.

### 9.2.B. TEORÍAS COGNITIVAS

El interés de estas teorías no es sustituir a las ya existentes, sino explicar los mecanismos que causan el TEPT. Se han convertido en imprescindibles e interesantes a la hora de dar cuenta de este trastorno, formulando hipótesis contrastables y desarrollando tratamientos, con un enfoque basado principalmente en el procesamiento de la información (Salmon y Bryant, 2002).

## ▪ TEORÍA DE LA RESPUESTA AL ESTRÉS

Su impulsor, Horowitz (Horowitz, 1973, 1976, 1979, 1986, 1997; Horowitz, Wilner, Kaltreider y Alvarez, 1980), es un pionero en el campo del Trastorno de Estrés Postraumático. Su teoría se basa en la observación de las reacciones normales y anormales ante un evento estresante, y aunque tiene una base inicial psicodinámica, este autor ofreció el primer modelo de influencia cognitiva sobre las reacciones al trauma, influyendo de manera significativa en el desarrollo de las teorías posteriores sobre el tema (Brewin y Holmes, 2003; Dalglish, 2004; Epstein, 1980, 1985; Foa y Kozak, 1986; Janoff-Bulman, 1992).

Contribuye especialmente a la hora de explicar las evocaciones de vivencias pasadas (conscientes o no) tras el trauma y cómo esa persona pone en marcha mecanismos de defensa (Ramos, 2000), incorporando para ello perspectivas del desarrollo (conceptos de “acomodación” y “asimilación”) y del aprendizaje, al ámbito del estrés y el afrontamiento.

Cuando sufrimos un evento traumático es necesario asimilar la información y además, modificar la forma que teníamos de ver el mundo para poder darle una explicación a lo sucedido. Horowitz (1986) describió cuáles son las dos respuestas que suelen ocurrir cuando nos exponemos a una experiencia traumática: la repetición de pensamientos, imágenes y conductas, a las que acompañan sensaciones de malestar, junto con la evitación o negación de las mismas. Los pensamientos intrusivos indican la necesidad de integrar la nueva información, pero dan señales de que todavía no se ha realizado correctamente, mientras que la evitación indica que la persona intenta actuar como si no hubiese ocurrido nada en su vida.

Horowitz postula que pueden ocurrir dos cosas cuando una persona se expone a un acontecimiento y éste se retiene en la memoria para ser comparado con los esquemas preexistentes:

- Si hay poca discrepancia: se produce un rápido procesamiento, la información pasa a la memoria a largo plazo y no vuelve a reaparecer.
- Si hay mucha discrepancia: sigue la información en la memoria activa y aparecen intrusiones cada vez que se encuentra la persona con estímulos evocadores. Esto ocurre hasta que termine de procesar cognitivamente y no hayan incongruencias. Pone en marcha la negación para aliviar el malestar del recuerdo, lo que provoca embotamiento.

Además, señala que se pueden dar unas fases en la adaptación al trauma, aunque no tiene por qué ser igual para todas las personas. Éstas son: protesta, negación, repetición

intrusiva, procesamiento del acontecimiento experimentado y fase de cierre. Como señala Miguel-Tobal et al. (2000), según esta teoría, el individuo se esfuerza para crear una visión de sí mismo mejor y una visión del mundo controlable y predecible, lo que provoca unos síntomas: recuerdos repetitivos alternados con comportamientos evitativos y embotamiento emocional.

#### ▪ TEORÍA DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Estas teorías surgen de la obra de Lang (1979) con el objetivo de entender el condicionamiento del miedo y la respuesta fóbica. Resick y Schnicke (1992, 1993) señalan que las personas que sufren TEPT, además de temor, pueden experimentar otras emociones como la vergüenza, ira o tristeza. Estas emociones son derivadas tanto del trauma como del significado que da el sujeto al mismo, y enfatizan la importancia de que la persona evita realizar el procesamiento cognitivo debido al componente emocional: que lo dificulta o incluso lo bloquea. Si lo integra, aunque sea incongruente con sus esquemas y valores previos o sus sentimientos, modifica las creencias preexistentes, puede que se vuelva una persona más vulnerable ante acontecimientos traumáticos futuros. El sujeto no logra evitar completamente esta reacción, ya que los acontecimientos están asociados a emociones muy complejas y fuertes.

Como la información no se procesa adecuadamente, continúan los recuerdos. Además, aparecen las respuestas emocionales, que provocan una mayor evitación.

#### ▪ TEORÍA DEL PROCESAMIENTO EMOCIONAL

Esta teoría (Foa et al. 1991; Foa, Zinbarg y Rothbaum, 1992), tiene un gran poder explicativo, ofreciendo valiosas sugerencias para el tratamiento del trastorno. Se centra en los factores de riesgo existentes antes del trauma y en los procesos de evaluación del sujeto, y es considerada actualmente como una de las teorías más completas en este ámbito (Dagleish, 2004).

Esta teoría (Foa y Kozak, 1986) se realizó con el objetivo de dar una explicación a la diferencia en la respuesta traumática de los sujetos. Su propuesta estaba basada en el énfasis de la estructura de miedo que resultaba de la experiencia traumática, tomando para ello la Teoría Bioinformacional de la Emoción propuesta por Lang (1979). Foa reelaboró más tarde sus planteamientos iniciales (Foa y Riggs, 1993; Foa y Rothbaum, 1998) integrando las investigaciones más recientes, especialmente del área de las víctimas de violación y asalto, y propone que en la vivencia de experiencias que provocan

reacciones de miedo y horror, se desarrolla una red de miedo en la memoria a largo plazo que contiene información tanto sobre el evento traumático, como sobre la reacción fisiológica, conductual y cognitiva ante éste y sobre la asociación entre los dos. Cualquier estímulo asociado al trauma podría activar la red de miedo y provocar la recuperación consciente de toda o parte de la información y reaparece como pensamientos intrusivos. Cuando intenta el sujeto suprimir la activación, aparecen los síntomas de evitación. Según esta teoría, las personas con visiones más rígidas antes del acontecimiento traumático (tanto positivas como negativas), serían las más vulnerables a padecer TEPT (Guillén-Botella, 2008). Además, le da importancia a las valoraciones negativas que pueda hacer la persona y su sensación de incompetencia.

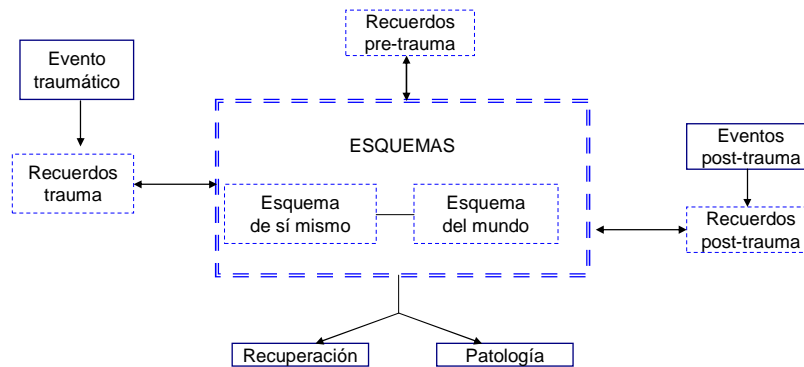
Los esquemas previos al trauma, la memoria traumática y la memoria postraumática, relacionados entre sí, refuerzan los esquemas caracterizados por la visión del mundo como amenazante y de las personas como ineptas o ineficaces (Ramos, 2000). Para resolver el trauma, la persona debe integrar la información de la red de miedo con las estructuras de memoria ya existentes, de manera que la percepción de amenaza coincida con la existencia real de una amenaza (Rincón, 2003).

Los planteamientos de Foa son muy útiles, ya que, según Brewin y Holmes (2003), proporcionan supuestos muy claros sobre el procesamiento de la información del evento, también ponen énfasis en los procesos de atención y memoria, y en la vulnerabilidad que surge al cambiar las creencias. Además, sugieren estrategias eficaces para la intervención.

En la siguiente *figura (9.1)* se presenta el diagrama del modelo de TEPT propuesto por la Teoría de Procesamiento Emocional.



**Figura 9.1. Modelo de TEPT propuesto por la Teoría de Procesamiento Emocional. Tomado de Dalgleish (2004)\*.**



\* Los cuadros con línea continua son eventos externos y los cuadros con línea discontinua son representaciones en la memoria.

#### ▪ TEORÍA DE LA REPRESENTACIÓN DUAL

Esta teoría la propone Brewin en 1989. Señala que el hecho de experimentar un suceso traumático va a ser representado en la memoria de una forma dual a través de dos tipos de representaciones (Brewin, 1989; Brewin, Dalgleish y Joseph, 1996; Brewin, 2001):

- *Conocimiento verbalmente accesible*: representaciones de la experiencia consciente del trauma, que puede recuperarse si el individuo lo requiere. Tras el evento traumático, la persona dispone de información detallada de aspectos sensoriales, las reacciones corporales del momento y el significado del evento. Puede contener información selectiva debido a la ansiedad del momento. Después, los recuerdos se volverán más generales.
- *Conocimiento situacionalmente accesible*: representaciones del procesamiento inconsciente o automático de la situación traumática. La persona accede a éstas si se encuentra con un estímulo, interno o externo, con características similares al evento traumático. Sólo es consciente el sujeto de que estas representaciones existen cuando experimenta síntomas, tales como: activación emocional, impulso motor, imágenes intrusivas espontáneas o disociación.

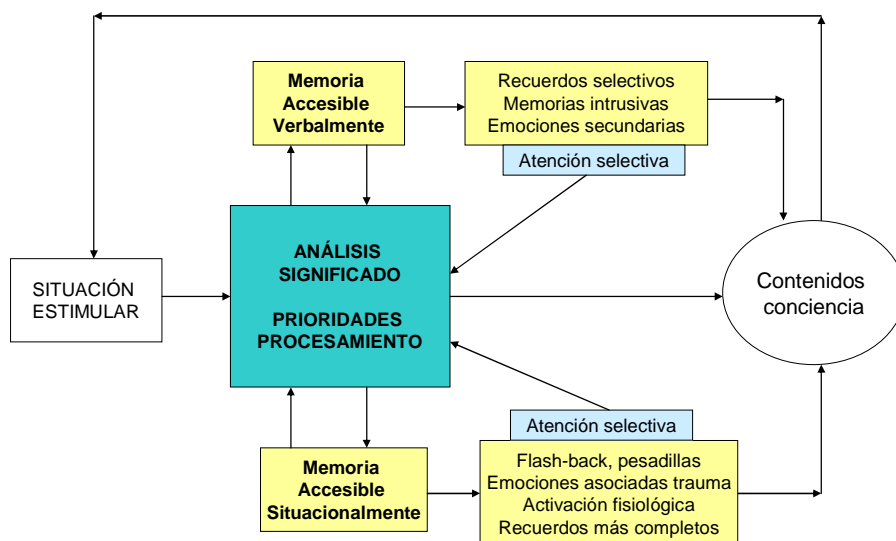
Al experimentar el trauma, ambas representaciones se codifican en paralelo y dan cuenta de la sintomatología postraumática.

Brewin también recoge los conocimientos sobre las estructuras implicadas en el procesamiento de los eventos estresantes, específicamente el hipocampo y la amígdala.

El individuo debe integrar de forma consciente la información verbalmente accesible con sus creencias preexistentes y sus modelos del mundo, con el fin de reducir el afecto negativo secundario. Así se reafirma la percepción de control, y puede realizar juicios adecuados sobre sí y el mundo. Además, tiene que activar la información de la memoria situacionalmente accesible, exponiéndose al recuerdo del evento con el objetivo de prevenir la reactivación automática continua del conocimiento situacionalmente accesible del trauma (Brewin et al., 1996). Este enfoque resulta muy interesante, ya que propone un marco teórico adecuado que ayuda a entender las relaciones establecidas entre los elementos del trastorno, además de sugerir sobre qué y cómo intervenir (Labrador et al., 2003).

En la siguiente *figura (9.2)* se presenta el diagrama del modelo de TEPT propuesto por la Teoría de la Representación Dual.

**Figura 9.2. Modelo de TEPT propuesto por la Teoría de la Representación Dual. Tomado de Labrador et al. (2003).**



- TEORÍA DE LOS SISTEMAS REPRESENTACIONALES ESQUEMÁTICO, PROPOSICIONAL, ASOCIATIVO Y ANALÓGICO (SPAARS)

Este modelo (Dalgleish y Power, 1995; Dalgliesh, 1999; Power y Dalgleish, 1997, 1999) fue introducido con el objetivo de dar cuenta de las experiencias emocionales implicadas en el ámbito de la psicopatología, y señala que son las emociones las herramientas que el sistema cognitivo utiliza cuando tiene que resolver problemas, así, si el objetivo es resolver una amenaza se activará el módulo del miedo, mientras que si es resolver una pérdida se activará el módulo de la tristeza...etc. (Dalgleish, 1999). Estas emociones, consideradas como procesos adaptativos, reorganizarán el sistema cognitivo con el fin de enfrentarse a los cambios que provienen tanto del medio interno como del externo.

Sin embargo, cuando una persona se expone a un trauma, surgirán dificultades del sistema emocional a la hora de tener esa función adaptativa.

El modelo SPAARS tiene 4 niveles de representación que detallan 2 rutas de generación de emociones. Rincón (2003) describe brevemente estos formatos:

- Analógico: guarda la información de manera analógica. Esta información incluye las imágenes visuales, olfativas, auditivas, gustativas y propioceptivas, que pueden ser episódicas o semánticas.
- Proposicional: codifica información verbal que representa creencias, ideas, objetos y conceptos y las relaciones entre ellos, en una forma que no es específica de ningún lenguaje.
- Esquemático: es una representación de alto orden. Ésta proporciona al sujeto el sentido de sí mismo, de la realidad y de su significado. Está asociado con la jerarquía de metas que utiliza el individuo cuando tiene que planificar una acción, para mantener el sentido de sí mismo y para estar conectado con la realidad.
- Asociativo: genera emociones automáticas (que no acceden a la representación esquemática). Asocia acontecimientos y emociones ocurridos de manera repetida.

La persona evalúa la información de un evento traumático a través de las representaciones esquemáticas como una amenaza, provocando miedo intenso. Otras emociones como ira, tristeza, vergüenza y culpa también pueden ser experimentadas dependiendo de la evaluación que realice (Reynolds y Brewin, 1998). Además de la representación en formato esquemático, también será representada en los niveles

analógico, proposicional y asociativo, explicando la constelación de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático.

Los síntomas de Reexperimentación son explicados por esta teoría de la siguiente manera: los modelos esquemáticos sobre el sí mismo y el mundo intentan asimilar la información del trauma, pero al existir una discrepancia, la interpreta como incompatible. Esto hace que se reactive constantemente el módulo de miedo.

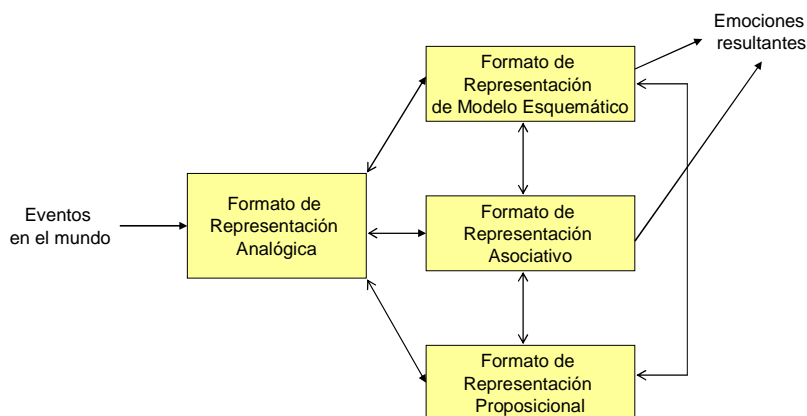
En relación a los síntomas Evitativos, estos autores los explican debido a los numerosos mecanismos protectores que tiene el individuo, que hace que evite los recuerdos y todo lo asociado con el evento traumático.

La Hiperactivación se explica por dos factores: el miedo está continuamente activado, por lo que el sujeto se encuentra en un estado de hipervigilancia. Además, al encontrarse la mayoría de recursos cognitivos valorando la información no integrada, éstos no pueden ser utilizados en otras emociones, como por ejemplo la ira, lo que provoca explosiones de cólera.

Un sujeto reaccionará a un trauma de una forma u otra según sus modelos esquemáticos del sí mismo y del mundo. Si son flexibles, podrá presentar al inicio reacciones postraumáticas, que luego superará integrando la información traumática. Si por el contrario, el individuo posee un modelo esquemático rígido e inflexible, tendrá mayor probabilidad de desarrollar un TEPT crónico, ya que le será difícil integrar la experiencia real, que es tan diferente a su modelo.

En la siguiente *figura (9.3)* se presenta el diagrama del modelo de TEPT propuesto por la Teoría de los Sistemas Representacionales Esquemático, Proposicional, Asociativo y Analógico (SPAARS).

**Figura 9.3. Modelo de TEPT propuesto por la Teoría de los Sistemas Representacionales Esquemático, Proposicional, Asociativo y Analógico (SPAARS). Tomado de Rincón (2003).**



#### ▪ TEORÍA COGNITIVA DE EHLERS Y CLARK

Ehlers y Clark (2000) sugieren un poderoso modelo sobre TEPT que pretende recoger todas las propuestas anteriores. Según señala Dalglish (2004), esta teoría proporciona un marco teórico adecuado para el tratamiento cognitivo-conductual del TEPT (Ehlers et al., 2003; Gillespie, Duffy, Hackmann y Clark, 2002) y para enfatizar la importancia de las cogniciones en este trastorno (Dunmore et al., 1997, 1999, 2001; Ehlers et al., 1998; Ehlers y Steil, 1995; Ehlers et al., 2000; Steil y Ehlers, 2000).

Como resume Guillén-Botella (2008), el TEPT surge, según esta teoría, por el procesamiento que hace la persona sobre el acontecimiento traumático (o sus secuelas) como una amenaza grave en el presente. Van a estar implicados dos procesos clave: valoración del trauma y/o sus secuelas (cuando hay TEPT es excesivamente negativa), y la naturaleza de la memoria del acontecimiento y su unión con otras memorias autobiográficas (la memoria del evento se elabora pobremente, sin un contexto temporal y espacial completo, y se integra de forma inadecuada en la base de datos general del conocimiento auto-biográfico, en una persona con TEPT).

Se producen asociaciones estímulo-estímulo y estímulo-respuesta relacionadas con la información traumática, lo que provoca la activación no intencional de la memoria, y la persona reexperimenta algunos aspectos del trauma de manera involuntaria. Cuando la percepción de amenaza presente se activa, se ponen en marcha síntomas de reexperimentación, respuestas emocionales y también a nivel comportamental y cognitivo,

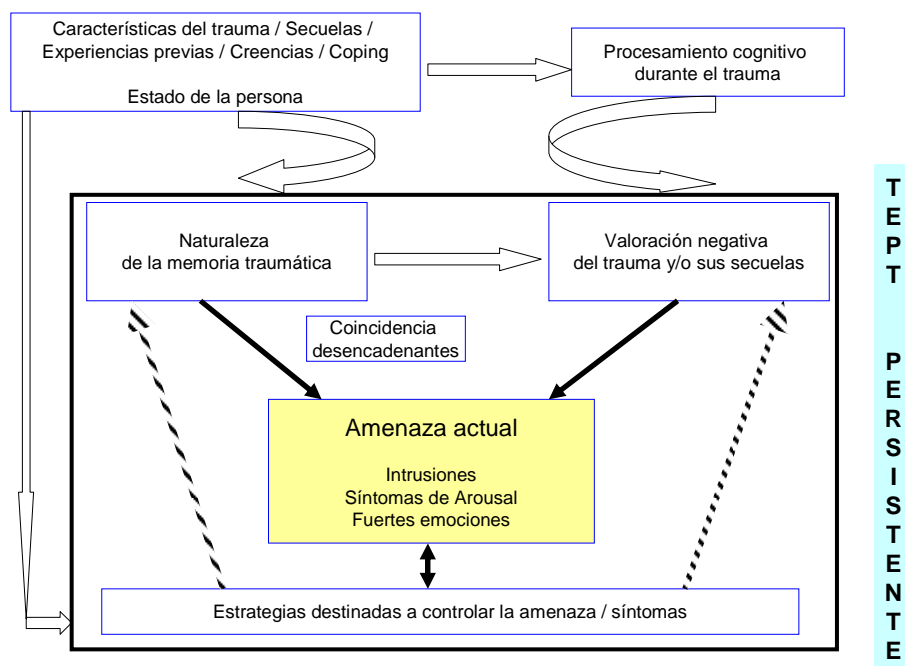
que tienen el objetivo de reducir la amenaza y el malestar a corto plazo, pero que van a dificultar el cambio de valoración negativa, manteniendo el trastorno. Según Brewin y Holmes (2003), estas estrategias de comportamiento pueden ser: distracción, evasión, uso de alcohol, reducción de actividades...etc. Y los estilos cognitivos desadaptativos incluirían atención selectiva a las señales de amenaza y uso persistente de la rumiación o la disociación.

Estos autores también han identificado un nuevo aspecto relacionado con el procesamiento del trauma, la derrota mental, que va a convertirse en un factor de riesgo para después. Esto se refiere a la percepción de la persona de que no tiene capacidad para influir en su destino, realizando evaluaciones débiles e ineficaces.

Puede que en la actualidad, la teoría de Ehlers y Clark sea la explicación más detallada sobre el mantenimiento y tratamiento del TEPT, teniendo muchos puntos en común con los planteamientos de Foa (Guillén-Botella, 2008).

En la siguiente *figura (9.4)* se presenta el diagrama del modelo de TEPT propuesto por la Teoría Cognitiva de Ehlers y Clark.

**Figura 9.4. Modelo de TEPT propuesto por la Teoría Cognitiva de Ehlers y Clark. Tomado de Dagleish (2004)\*.**



\*Las flechas indican la siguiente relación:

Conduce a →

Influencias →

Impide el cambio de

### 9.3. RESUMEN Y CONCLUSIONES

En los últimos años se han planteado diversidad de modelos teóricos, cada vez más sofisticados, con el objetivo de explicar el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Éstos se pueden encontrar tanto desde una perspectiva estrictamente psicológica como neurobiológica, integrando datos de todos los tipos de investigación (Miguel-Tobal et al., 2000).

Dalgleish (1999) hace una propuesta sobre las condiciones necesarias para que una teoría sobre TEPT sea eficaz:

1. Tiene que dar cuenta de los tres grupos sintomáticos presentes en el trastorno: Reexperimentación, Evitación e Hiperactivación.

2. Es necesario que valore la variabilidad en cuanto a las reacciones de cada persona al trauma: puede o no mostrar sintomatología aparente y/o rasgos del trastorno de estrés postraumático agudo, puede variar en la cronicidad del TEPT, puede ser o no de inicio demorado.

3. Debe tener en cuenta los factores mediadores, tales como antecedentes psicopatológicos, apoyo social y estilo atribucional.

4. Tiene que valorar la eficacia de los tratamientos de exposición para el trastorno de estrés postraumático.

5. Desarrollar un modelo coherente que comprenda las condiciones anteriores.

Las diferentes teorías propuestas están abriendo camino a un numeroso grupo de investigaciones, y aunque no son de momento concluyentes, sí que existe cierto consenso en relación a que las variables cognitivas explican de manera eficaz la aparición de síntomas y dan cuenta de las posibles estrategias de intervención útiles para el TEPT, lo que subraya la estrecha unión entre la teoría y la práctica clínica (Duarte, 2007).

Además, en los últimos años están surgiendo modelos que tratan de integrar los datos provenientes tanto de la investigación psicológica como de la neurobiológica. Pueden destacarse los de Everly (1995) y Bremner (2000), revisados exhaustivamente por Miguel-Tobal et al. (2000).

## **CAPÍTULO 10: EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL TEPT INFANTIL**

El capítulo 10 está dedicado a un área del TEPT infantil muy importante en este trabajo, su evaluación y diagnóstico.

Primero se pone de manifiesto la relevancia de realizar un screening en cualquier evaluación a los/as menores, sobre la exposición a eventos traumáticos y sintomatología del trastorno, exponiendo cuáles son los instrumentos de evaluación más significativos en la actualidad sobre la exposición a acontecimientos traumáticos.

A continuación se centra en la evaluación de forma exhaustiva del TEPT infantil, destacando la necesidad de recoger información tanto de varios informantes como de diferentes métodos. Se detallan los instrumentos de evaluación, entrevistas y cuestionarios, que hoy día se usan con mayor frecuencia para valorar la sintomatología de Estrés Postraumático. Además, se hace referencia a la evaluación de las áreas de la vida de un niño/a que se ven afectadas por esta sintomatología.

En tercer lugar se dedica un apartado para hablar sobre la evaluación de la sintomatología y trastornos asociados al TEPT.

Se ponen de manifiesto algunas de las limitaciones que se encuentran a la hora de realizar todo el proceso evaluativo del TEPT en la infancia. Las relacionadas con: el sujeto de evaluación, el tipo de evento traumático, los criterios diagnósticos utilizados, los instrumentos de medida, las investigaciones existentes y las consideraciones éticas.

Finalmente se concluye con las propuestas que hacen algunos expertos en evaluación del trauma infantil.



El área de evaluación y diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático es un tema complejo, y ha sido siempre considerado como un reto para los clínicos y los investigadores (McNally, 2003). Ya hemos señalado a lo largo de todo el trabajo que existían diferencias en cuanto a la semiología del trastorno en población infantil y adulta, por lo que es lógico pensar que en el área de evaluación también habrá que realizar un planteamiento distinto (Sarmiento et al., 2006).

Como ponen de relieve Duarte et al. (2009), el proceso de evaluación del TEPT se realiza en dos pasos. Uno de ellos es conocer cuál ha sido la exposición que se ha tenido a un evento potencialmente traumático, y otro, las reacciones posiblemente relacionadas con dicha exposición.

Tenemos que destacar que en general, la literatura del trauma infantil ha dedicado poca atención a los aspectos metodológicos involucrados en la exposición de los niños/as a eventos traumáticos. Este asunto requiere que exista colaboración entre los diferentes contextos implicados en la vida de un/a menor (familia, colegio, vecinos...), para identificar si el/la niño/a está siendo o ha estado expuesto/a a un evento traumático, ya que normalmente los/as menores no demandan ayuda en este sentido.

Ya en 1998 la American Academy of Child and Adolescent (AACAP) publicó unas recomendaciones prácticas para los profesionales de salud mental dedicados a la evaluación, diagnóstico y tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático en población infantil. Recientemente han realizado una revisión de los parámetros (AACAP, 2010), en la que sugieren tres recomendaciones generales sobre la evaluación del TEPT infantil. Éstas están relacionadas con la importancia de la identificación temprana del TEPT, reunir información tanto de los cuidadores principales como de los/as menores, así como valorar si hay trastornos comórbidos.

Vamos a seguir las recomendaciones que plantea la AACAP (2010) para realizar la descripción de los temas más relevantes en la evaluación del TEPT.

### **10.1. SCREENING**

La primera recomendación que realiza la AACAP (2010) es que en la evaluación psicológica rutinaria de los/as niños y adolescentes, incluso si la exposición a un trauma no es el motivo de consulta, es necesario que los clínicos incluyan preguntas sobre la exposición de los/as menores a experiencias traumáticas así como de sintomatología TEPT. Es muy útil en este sentido el uso de medidas de screening. Como comentan Olaya,

Tarragona, de la Osa y Ezpeleta (2008), estos instrumentos deben ser breves, incluir preguntas poco bruscas, ser fácilmente integrados en la práctica clínica de los profesionales, que permitan establecer una buena relación terapéutica, estar adaptados culturalmente y ser útiles en la investigación. Cuando se conocen altos niveles de exposición a eventos traumáticos, especialmente la violencia, uno de los principales requisitos de la evaluación es la brevedad (Comer y Kendall, 2007; Winston, Kassam-Adams, Garcia-Espana, Ittenbach y Cnaan, 2003).

La evidencia de que un/a menor ha estado expuesto/a a un evento traumático puede venir de muchas fuentes, ya sea por el informe de un testigo fiable, una evaluación forense o incluso una infección de transmisión sexual. El TEPT requiere para su diagnóstico que el/la menor describa el evento traumático o se disponga de información fiable que lo corrobore. Por lo tanto, es importante que antes de valorar si hay sintomatología consecuente, se detecte el evento al que ha sido expuesto el/la menor y su nivel de exposición a él (AACAP, 2010).

Duarte et al. (2009) señalan que el objetivo de la evaluación puede ir desde conocer el impacto de un evento específico (por ejemplo, accidente de coche), de un contexto específico (por ejemplo, la guerra) o incluso de un cierto tipo de exposición (por ejemplo, el abuso sexual infantil). Y en algunos casos, el objetivo sería recopilar información sobre una amplia gama de posibles eventos traumáticos.

Según refiere Pynoos et al. (1987), las evaluaciones sobre un evento específico deben ser desarrolladas para cada estudio en particular.

Por otra parte, existen instrumentos desarrollados para evaluar la exposición de los niños/as a ciertos contextos, como guerras (Macksoud, 1992; Yule, 2006) o violencia de la comunidad (Cooley, Turner y Beidel, 1995; Ohan, Myers y Collett, 2002; Richters y Martínez, 1993).

Pero si lo que se pretende evaluar es la exposición de un/a menor a un tipo de área o evento potencialmente traumático, como el maltrato físico, negligencia o abuso sexual, tenemos que considerar si éstos ocurren como parte de un evento específico (Molnar, Buka y Kessler, 2001) o de un contexto (violación relacionada con la guerra). La experiencia puede ser puntual, pero en la mayoría de los casos el maltrato forma parte de la vida diaria de los niños y niñas.

En muchas ocasiones, sobre todo en población general, es necesario indagar sobre más de un evento específico, un contexto o un área de exposición, por lo que el instrumento utilizado debe disponer de una amplia gama de acontecimientos (Duarte et al., 2009).

### 10.1.A. INSTRUMENTOS MÁS UTILIZADOS PARA EVALUAR LA EXPOSICIÓN A EVENTOS TRAUMÁTICOS

Como opciones para la evaluación de eventos traumáticos, disponemos desde los breves listados de eventos, a las largas y rara vez utilizadas entrevistas detalladas (Grant, Compas, Thurm, McMahon y Gipson, 2004). Se han diseñado diversos cuestionarios para evaluar niveles de exposición a diferentes tipos de trauma. Estos cuestionarios no son instrumentos de evaluación de salud mental en si mismos, pero pueden proporcionar una importante manera de identificar a niños/as y adolescentes en riesgo, por lo que deben ser usados cuando sea posible como parte de la evaluación de salud mental postrauma.

La mayor parte de los cuestionarios disponen de una versión para padres y/o cuidadores, y otra para los/as menores, y generalmente su aplicación se recomienda a partir de los 7-8 años. Cuando tienen menos edad se recomienda emplear la observación y el informe de padres/cuidadores (*ver Tabla 10.1*)

**Tabla 10.1. Instrumentos de evaluación de la exposición a eventos traumáticos.**

INFORMANTE	INSTRUMENTOS	EDAD	BREVE DESCRIPCIÓN
CUIDADORES- NIÑOS/AS	CAPA. Child and Adolescent Psychiatric Assessment. Life Events Scale (Angold y Costello, 2000)	9-17 años	- Es una parte del módulo TEPT de la entrevista CAPA - Evalúa estresores de alta y baja magnitud
	KID-SAVE (Flowers, Hasting y Kelley, 2000; Hasting y Kelley, 1997) y KID-SAVE Parent Version (Flowers, Lanclos y Kelley, 2002)	8-12 años	- Evalúa exposición a violencia en el hogar, colegio y vecindario
	CTS-2 Revised Conflict Tactics Scale (Straus, Hamby, Money, McCoy y Sugarman, 1996)	Niños y adolescentes	- Evalúa el grado de violencia que reciben los menores por parte de padre y madre (maltrato infantil) y violencia manifestada entre padres (violencia pareja)
	LITE. Lifetime Incidence of Traumatic Events, Student and parent form (Greenwald y Rubin, 1999)	A partir de 8 años	- Evalúa 16 estresores potencialmente traumáticos
NIÑOS/AS	ESMI: Entrevista Semiestructurada de Maltrato Infantil (PEDIMET, 2007).	Niños y adolescentes	- Especialmente diseñada para menores víctimas de malos tratos: negligencia, maltrato emocional y físico, abuso sexual y abandono, si bien se puede utilizar en contextos de violencia de género. - Consta de tres partes: (1) gustos, intereses y aficiones del/la menor; (2) área somática, médica y psicosocial, y (3) familia y posibles conflictos familiares.
	JVQ. Juvenile Victimization Questionnaire (Finkelhor, Hamby, Ormrod y Turner, 2005)	A partir de 8 años	- Evalúa la exposición a eventos traumáticos en 5 áreas: crimen convencional, maltrato infantil, victimización entre pares y hermanos, victimización sexual y victimización como testimonio e indirecto.
	CTQ. Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein, Ahluvalia, Pogge y Handelsman, 1997)	A partir de 12 años	- Evalúa la exposición a trauma infantil en 6 áreas: abuso físico, sexual y emocional, negligencia física y emocional y áreas relacionadas con la disfunción familiar.
	CREV. Children's Report of Exposure to Violence (Cooley et al., 1995)	9-15 años	- Evalúa exposición infantil a través de 4 formas: mediática (tv-películas), informada (informe de la gente de lo ocurrido), testimonio (testigo directo) y víctimas (directamente).

	My ETV. My Exposure to Violence (Buka, Selner-O'Hagan, Kindlon y Ears, 1996; Seldner-O'Hagan, Kindlon, Buka, Raudenbusch y Earls, 1998).	A partir de 9 años	- Evalúa 18 eventos violentos a los que han sido testigos o personalmente experimentados.
<b>SÓLO CUIDADORES</b>	PAPA. Preschool Age Psychiatric Assessment. Life Events Scale (Egger y Angold, 2004).	3-6 años	- Es una parte de la entrevista PAPA - Evalúa estresores por grupos de edad
	APCM. Escala de Abuso físico y Psicológico (Matud, 1998; adaptada por Matud, Caballeira y Marrero, 2003)	Todas las edades	- Diseñada para evaluar el tipo de maltrato que sufre una mujer por parte de su pareja, se puede utilizar para que la madre valore el nivel de exposición de éste en sus hijos/as. - Consta de 56 ítems y de dos factores: maltrato psicológico y maltrato físico.
	ICMI: Inventario de Condiciones de Maltrato a la Infancia, desarrollado por el equipo de investigación GUIA-PC de la Universidad de Murcia, a partir de las escalas de Maltrato psicológico tipo pasivo (Oliván-Gonzalvo, 2004), y tipo activo (Walker, 2003).	Todas las edades	- Elaborado con el fin de sistematizar las condiciones de maltrato que ha sufrido el/la menor directamente por parte del padre u otro responsable. - Consta de 60 ítems y presenta 4 áreas: (1) negligencia, tanto física como emocional, (2) maltrato emocional, que incluye: aislamiento, degradación, manipulación, debilidad inducida por malestar o agotamiento físico y amenazas de muerte; (3) maltrato físico, y (4) abuso sexual.
	Entrevista a la mujer maltratada (GUIA-PC, 2009)	Todas las edades	- Elaborada para recoger los datos más relevantes de la historia de violencia de género sufrida por la madre, así como del testimonio de su hijo/a. - consta de 2 partes: (1) datos sociodemográficos de la madre y el/la menor e historia de violencia y (2) dificultades que presenta el/la menor.

## 10.2. EVALUACIÓN EXHAUSTIVA DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

La segunda recomendación de la AACAP (2010) es: si el screening realizado indica síntomas significativos de TEPT, el clínico debe llevar a cabo una evaluación exhaustiva para determinar si el TEPT está presente, la severidad de sus síntomas y el grado de deterioro funcional consecuente.

Antes de entrar en detalle en este tema, es necesario hablar sobre la importancia de realizar una evaluación a través de varios informantes y a través de varios métodos.

### 10.2.A. MULTI-INFORMANTE

Según la AACAP (2010), los padres u otros cuidadores principales deben incluirse en esta evaluación siempre que sea posible, ya que la relación entre un evento traumático y los problemas socioemocionales consecuentes se mantiene incluso cuando se evalúa esa sintomatología a través de otros informadores diferentes al propio menor (Rowlison y Felner, 1988), y los informantes externos pueden dar información igualmente válida sobre

determinados síntomas (Achenbach, 1991a; Achenbach y Rescorla, 2001). Así, los maestros y los padres pueden ser mejores informadores de síntomas externalizantes, mientras que los/as niños/as y adolescentes pueden ser mejores para informar sobre síntomas internalizantes.

Varios autores han demostrado que la información proporcionada por múltiples informantes, incluyendo a los/as menores y a sus padres u otros cuidadores principales, mejora la exactitud del diagnóstico, proporcionando una información más amplia y menos sesgada, cuando la sintomatología es internalizante, incluido el TEPT (Angold y Egger, 2004; Jensen et al. 1999; Scheeringa et al., 2006). Así, por ejemplo, trabajos como los de Korol, Green y Gleser (1999), Earls, Smith y Reich (1988) y Ackerman et al. (1998), indican que la información proporcionada tanto por los padres como por los/as menores tuvieron significativamente una correlación positiva, pero en dos de estos estudios los niños/as referían presentar más síntomas que los que percibían sus cuidadores.

La evaluación multi-informante es una cuestión relevante a tener en cuenta para los niños y niñas mayores, sin embargo, los niños/as menores de 7 años no pueden informar sobre sus síntomas de manera válida (AACAP, 2010). Esto va a resultar en una incidencia subestimada de TEPT en esta población, ya que sólo disponemos de información proporcionada por los padres u otros adultos cuidadores (Angold y Egger, 2004).

Por ejemplo, en el estudio de Scheeringa et al. (2006) evaluaron el TEPT a través de las madres en una muestra de 62 menores hospitalizados con lesiones, de 0 a 18 años. Para los adolescentes a partir de los 11 años también se administró un autoinforme. Los informes de padres y autoinformes de hijos/as correlacionaron significativamente entre sí en relación a los/as menores que presentaban sintomatología TEPT tanto en el criterio de Pensamientos Intrusivos como el de Evitación y para la sintomatología total, no siendo así para la Hiperactivación. Los resultados encontrados indicaban que la combinación de información de padres e hijos/s mostraba casi el doble de síntomas sobre todos los criterios de TEPT así como para su diagnóstico frente a la información sólo de padres (prevalencia de 37,5% frente al 4,2%, un aumento de 8,9 veces). Los autores concluyeron que si este crecimiento en las tasas de prevalencia lo aplicáramos al grupo de edad de los niños y niñas de 0 a 6 años en los que no hay autoinforme, pasaríamos de un 4,8% sugerido en el DSM-IV a cerca del 43% de TEPT, encontrando la posible “verdadera” tasa de prevalencia.

### 10.2.B. MULTI-MÉTODO

Para realizar una buena evaluación del TEPT en menores, además de recoger información de diferentes fuentes, también se recomienda utilizar diversos métodos de evaluación y medir en diferentes momentos (Meichenbaum, 1994). Así, por ejemplo, autores como Kerig, Fedorowicz, Brown y Warren (2000), Ronen (2002), y Mongillo et al., (2009), sugieren incluir observaciones del comportamiento y representaciones a través del juego, para determinar el diagnóstico.

El Trastorno por Estrés Postraumático es característico porque la mayor parte de su sintomatología referida en los manuales de clasificación tiene que ser informada por el sujeto, no siendo sus signos determinados objetivamente (Báguena, 2001). Esta deficiencia ha llevado a diversos autores en los últimos años a identificar índices biológicos más objetivos que puedan proporcionar tanto señales del síndrome como bases para un tratamiento farmacológico más eficaz (Stein, Seedat, van der Linden y Kaminer, 2000). Las medidas de base fisiológica de respuesta al trauma se han considerado como un recurso prometedor (McNally, 1996), si bien es necesaria más investigación en este campo (Hawkins y Radcliffe, 2006).

### 10.2.C. INSTRUMENTOS MÁS UTILIZADOS PARA EVALUAR SINTOMATOLOGÍA TEPT

Para realizar una evaluación exhaustiva del TEPT se requiere por parte del evaluador determinados conocimientos sobre el trastorno y adecuadas habilidades terapéuticas con niños/as y adolescentes, tal vez en mayor medida que para cualquier otro trastorno (AACAP, 2010).

Es conveniente que los/as menores comprendan bien lo que se les pide para que no sobrevaloren o infravaloren los síntomas. Si bien muchas personas conocemos de manera intuitiva los síntomas que pueden caracterizar a determinados trastornos como la depresión o la hiperactividad, es poco común tener conocimientos sobre cuáles son las reacciones postraumáticas tras un evento, en el que la persona se ha sentido gravemente amenazada en situaciones familiares, como se produce en la violencia contra la madre.

En el estudio de Scheeringa et al. (2004) se pone de relieve que el 88% de sintomatología TEPT no es observable a partir de la exploración física de los/as menores, por lo que es necesario indagar sobre las emociones y comportamientos asociados a los síntomas del TEPT, especialmente la reexperimentación y evitación sobre la experiencia en particular del/la menor.

Está demostrado que atender a lo que los/as menores cuentan sobre la comprensión de sus problemas supone un avance en la investigación sobre la infancia, como indican los estudios de Eriksson y Nasman (2008), Forsberg (2005), Källström (2004), McGee (2000), Ornduff y Monahan (1999), y Øverlien y Hydén (2009), Peled (1998) y Weinehall (2005). Para ello necesitamos utilizar instrumentos de detección adecuados (Balaban, 2006; Carlson, 1997; Drake, Bush y van Gorp, 2001; Nader, 1997; Ohan et al., 2002).

Según apunta Duarte et al. (2009), para seleccionar los instrumentos de evaluación de la exposición a la violencia y la psicopatología en los/as menores, es necesario considerar varias cuestiones. Por ejemplo: el trastorno que miden, las propiedades psicométricas del instrumento, la adecuación cultural al contexto específico, longitud, modo de administración, y posibilidad de establecer comparaciones útiles basadas en los datos existentes, entre otros.

Hawkins y Radcliffe (2006) realizaron una revisión desde 1995 a 2004 sobre las medidas de evaluación en estrés postraumático infantil y concluyeron que se han diseñado pocas medidas para los síntomas y para el trastorno específicamente para la población infanto-juvenil y que hay poco consenso sobre las medidas utilizadas. Normalmente las medidas y entrevistas diseñadas para los adultos han sido adaptadas para los más pequeños simplificando el lenguaje y los conceptos.

A pesar de esto, los investigadores interesados en el trauma infantil han ido desarrollado en los últimos años diversos instrumentos de evaluación para su uso en clínica y en investigación (Strand, Sarmiento y Pasquale, 2005); y aunque una de las condiciones para que un instrumento sea eficaz es que esté estandarizado y baremado, hasta hoy, la mayoría de escalas existentes relacionadas con el trauma para niños/as y adolescentes son relativamente nuevas y aún no están lo suficientemente bien examinadas psicométricamente, siendo poco extensas las bases de datos, aunque están creciendo de forma significativa (Balaban, 2006; Ohan et al., 2002; Ruggiero y McLeer, 2000; Saigh et al., 2000).

Hawkins y Radcliffe (2006) en su trabajo de revisión concluyen que entre las actuales medidas de síntomas TEPT encontramos tanto entrevistas como autoinformes para los/as menores, para los padres, o para ambos.

Uno de los instrumentos empleados para evaluar el TEPT infantil son las entrevistas clínicas. Éstas tienen algunas ventajas, como por ejemplo, permite que el/la menor pueda expresarse con mayor libertad, al clínico le permite extraer los detalles de la experiencia vivida por el sujeto y facilitan la relación terapéutica. En los últimos años, como señala Fernández-Baena (2007), se están empleando en algunas investigaciones

entrevistas estructuradas para evaluar la asociación entre eventos y trastornos psicológicos listados en el DSM-IV (APA, 1994).

Otra de las herramientas útiles en la clínica para valorar TEPT en niños y adolescentes es el autoinforme (Cohen et al., 2000; Feeny, Treadwell, Foa y March, 2004; Yule, 2001). Los aspectos positivos de los autoinformes según Grant et al. (2004), son: suelen ser fáciles de administrar, suponen economía de recursos temporales y personales, y permiten a los investigadores recoger datos de grandes muestras, incrementando así el poder estadístico para detectar relaciones entre estresores, variables mediadoras, moderadoras y resultados psicológicos.

Un aspecto de gran importancia en la evaluación es la veracidad del autoinforme en población infantil, que depende de varios factores, como el nivel de desarrollo del niño/a, el tipo de preguntas, la manera en la que son evaluados, y factores sobre el evento en sí mismo.

En general se acepta que a partir de 7-8 años, los/as menores pueden informar de manera fiable tanto de los eventos traumáticos a los que han sido expuestos como de los propios síntomas internos que experimentan (AACAP, 2010; Grant et al., 2004; Vogel y Vernberg, 1993), aunque al ser el trauma un tema tan delicado, Ohan et al. (2002) sugieren que las escalas que lo evalúen deben evitar ser demasiado estresantes, insensibles, intrusivas o largas.

En resumen, Balaban (2006) propuso cinco criterios necesarios para una buena escala de TEPT: brevedad (menos de 1 hora), que esté baremada, que pueda ser administrada por profesionales no clínicos, que puedan utilizarse en diferentes contextos de niños/as y adolescentes, y que disponga de buenas propiedades psicométricas.

Muchas de las escalas de estrés postraumático se componen de ítems del DSM-IV, evaluando el constructo por tanto con los mismos criterios del manual.

A continuación se detallan en la siguiente *tabla (10.2)* las entrevistas más utilizadas en los últimos años para medir sintomatología TEPT en infancia y adolescencia, para después realizar una descripción más detallada de sus características. A continuación pasaremos a describir los cuestionarios.



## ➤ Entrevistas

**Tabla 10.2. Entrevistas para evaluar TEPT infantil.**

		FORMATO
		ENTREVISTAS
INFORMANTE	CUIDADORES- NIÑOS/AS	DICA-R: Diagnostic Interview for Children and Adolescents–Revised, de Reich, Shayka y Taiblesson (1991).
		K-SADS: Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children–Present and Lifetime version, de Kaufman et al. (1997)
		CAPA: Child and Adolescent Psychiatric Assessment, de Angold et al. (1995) y Angold y Costello (2000)
		CPTSDI-C y CPTSDI-P: The Childhood PTSD Interview Child Form / Childhood PTSD Interview-Parent, de Fletcher (1996b)
	SOLO CUIDADORES	PTSDSSI: Posttraumatic Stress Disorder Semi-Structured Interview and Observational Record for Infants and Young Children, de Scheeringa y Zeanah (1994) y Scheeringa, Zeanah, Myers y Putnam (2003)
		PAPA: Preschool Aged Psychiatric Assessment, de Egger, Ascher y Angold (1999)
SOLO NIÑOS/AS	CAPS-CA: Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents, de Nader et al. (1998)	

Las entrevistas que vamos a describir se pueden dividir en función de su informante.

- *Informadores: cuidadores-niños.*

Las entrevistas cuyos informantes son tanto los cuidadores como los propios niños/as son:

**Diagnostic Interview for Children and Adolescents–Revised (DICA-R)**, de Reich et al., 1991. Versión original DICA (Welner, Reich, Herjanic, Jung y Amado, 1987).

- *Formato:* Entrevista semi-estructurada.
- *Objetivo:* Evaluar sintomatología clínica psicológica actual y a lo largo de la vida. Basada en el DSM.
- *Edad de aplicación:* 3 versiones: niños/as (6-12 años), adolescentes (13-17 años) y padres. Han informado que los niños/as de 7 años encuentran dificultades para entender algunas preguntas (Nader, 1997).
- *Descripción:*

18 escalas, una de ellas para evaluación del TEPT: 4 preguntas para evaluar criterio A, 7 para criterio B, 9 para criterio C y 5 para criterio D.

Evaluación de la intensidad de síntomas e interferencia en el contexto social y escolar (criterio F).

Formato de respuesta: no, raramente, algunas veces y si.

- *Versiones disponibles:* Inglés, español y árabe.

**Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children- Present and Lifetime version (K-SADS-PL)**, de Kaufman et al. (1997). Version original K-SADS (Puig-Antich y Chambers, 1978).

- *Formato:* Entrevista semi-estructurada.
- *Objetivo:* Evaluación global de la psicopatología infanto-juvenil. Basada en el DSM-IV.
- *Edad de aplicación:* 6-17 años y versión para padres.
- *Descripción:* 32 escalas.

1 escala para TEPT: refleja los criterios del DSM-IV, y evalúa el diagnóstico actual y a lo largo de la vida.

Evalúa si alguno de una variedad de eventos traumáticos ha ocurrido recientemente o en el pasado y después evalúa criterios diagnósticos TEPT para un evento específico.

Formato de respuesta: Escala de 4 puntos: 0= información no disponible; 1= síntoma no presente, 2= bajo nivel de sintomatología, 3= síntoma presente según criterio DSM.

- *Versiones disponibles:* Inglés y español.

**Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA)**, de Angold et al. (1995); Angold y Costello (2000).

- *Formato:* Entrevista estructurada. Basada en el DSM-IV.
- *Objetivo:* Evaluación global de la psicopatología infanto-juvenil.
- *Edad de aplicación:* 9 a 17 años.
- *Descripción:* 1 escala para TEPT, evalúa también eventos traumáticos con listado de eventos, distinguiendo entre eventos de gran magnitud y de baja magnitud.
- *Versiones disponibles:* inglés.

**The Childhood PTSD Interview Child Form (CPTSDI-C) /Childhood PTSD Interview-Parent (CPTSDI-P)**, de Fletcher (1996b)

- *Formato:* Entrevista estructurada.
- *Objetivo:* Medir los síntomas de TEPT basados en los criterios DSM-IV.
- *Edad de aplicación:* 7 a 18 años y versión padres.
- *Descripción:*

Niños: 93 ítems dicotómicos.

Padres: respuesta dicotómica y tipo likert. Preguntas adicionales sobre comportamiento del/la menor.

Se evalúan además otras características asociadas a TEPT: ansiedad, depresión, disociación, culpa, negación, conductas auto-destructivas, comportamiento antisocial y conductas alimentarias, entre otras (Carlson, 1997).

- *Versiones disponibles:* inglés.
  - o *Informadores: sólo cuidadores*

Vamos a describir dos entrevistas cuya información es recogida sólo por los padres, ya que los niños/as son muy pequeños.

**Posttraumatic Stress Disorder Semi-Structured Interview and Observational Record for Infants and Young Children (PTSDSSI)**, de Scheeringa y Zeanah (1994); Scheeringa et al. (2003).

- *Formato:* Entrevista semi-estructurada.
- *Objetivo:* Evaluar la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático. Basada en criterios DSM-IV o criterio alternativo sensible al desarrollo, creado por los autores (Scheeringa et al., 2001).
- *Edad de aplicación:* 0-7 años.
- *Descripción:*

Al inicio incluye un screening de 11 diferentes tipos de eventos traumáticos.

Después pregunta sobre 17 ítems de criterios TEPT y la alternativa sensible al desarrollo es propuesta en 5 de estos ítems.

También se pregunta sobre sintomatología asociada que no son parte de criterios TEPT pero empíricamente han sido encontrados en niños/as pequeños/as: pérdida de conocimientos previos, la ansiedad de separación y la agresión.

Hay 5 preguntas al final para establecer si la alteración del funcionamiento está asociada con la sintomatología.

- *Versiones disponibles:* inglés, alemán, holandés, hebreo y español.

**Preschool Aged Psychiatric Assessment (PAPA)**, de Egger et al. (1999); Egger y Angold (2004); Egger et al. (2004). Basada en la CAPA (Child and Adolescent Psychiatric Assessment), de Angold et al. (1995) y Angold y Costello (2000).

- *Formato:* Entrevista estructurada. Basada en los criterios alternativos al DSM-IV propuestos por Boris, Zeanah, Larrieu, Scheeringa y Heller (1998); Scheeringa y Zeanah (1995).
- *Objetivo:* Evaluación integral de síntomas clínicos de salud mental infantil.
- *Edad de aplicación:* 3-6 años.
- *Descripción:*

25 módulos.

1 módulo para TEPT.

También evalúa el entorno familiar y las relaciones, problemas psicosociales y eventos traumáticos.

Información sobre 21 cambios de comportamiento, emocionales o en las relaciones del niño/a, que puede que ocurran debido al evento, tales como nuevos miedos o ansiedades, incremento del llanto, incremento agresión, actitudes regresivas en el lenguaje o control esfínteres, y cambios en la interacción con otros (Egger y Angold, 2004).

Cada síntoma es evaluado según su frecuencia, intensidad, duración y fecha de inicio.

Si el cuidador indica que al menos 1 estresor de gran magnitud ha ocurrido en la vida del niño/a y cree que esa experiencia está relacionada con al menos 1 síntoma, entonces se continúa con las preguntas de la sección TEPT.

- *Versiones disponibles:* Ingles, español, rumano y noruego.

○ *Informadores: sólo menores*

Describiremos la entrevista para menores CAPS-CA.

**Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA)**, de Nader et al. (1998). Adaptación de la versión de adultos Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) de Blake et al. (1990).

- *Formato:* Entrevista. Basada en el DSM.
- *Objetivo:* Detección, diagnóstico diferencial y confirmación de un diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático, o la identificación de Trastorno por Estrés Agudo.

Al evaluar síntomas asociados a TEPT en el DSM, podría utilizarse como screening para TEPT complejo.

Para realizar el diagnóstico TEPT, esta entrevista permite al entrevistador hacer juicios sobre el nivel de severidad de TEPT, basado en las puntuaciones totales.

- *Edad de aplicación:* 8-15 años.

- *Descripción:*

53 ítems.

La mayoría de ítems específicos de TEPT son preguntas sobre la ocurrencia, intensidad y frecuencia de síntomas, ambos para el pasado mes y a lo largo de la vida.

Para los niños/as más pequeños quienes pueden tener problemas con el concepto tiempo se empieza con una historia para establecer el significado del tiempo de un mes.

Para establecer criterio A: se describen 17 tipos de estresores de alta magnitud y se pregunta si le ocurre actualmente o le ocurrió a él/ella o si lo vió, aprendió, no está seguro o nunca ocurrió.

Si no tiene ninguno de los 17 eventos, se le pregunta por otros.

Si tiene 3 o más eventos, el entrevistador intenta determinar si la experiencia evocó miedo o terror, o sensación de infelicidad, horror o agitación.

El entrevistador valora si cada evento fue una amenaza vital, un serio daño o amenaza a su integridad física y si se presentaron esas reacciones emocionales.

Después, a todos los que cumplieron criterio A, se les entrena a través de un ejemplo relacionado con cómo responder a las preguntas sobre la frecuencia e intensidad de los síntomas, preguntas de los síntomas TEPT del DSM.

Se le preguntan 2 cuestiones sobre la duración de los síntomas (criterio E) y 4 sobre la alteración del funcionamiento (criterio F).

Se obtienen 3 puntuaciones globales, una que evalúa el total de las respuestas, otra para la severidad de síntomas TEPT y otra que valora la mejora tras repetidas administraciones de la entrevista a lo largo del tiempo.

6 ítems examinan la presencia de 7 rasgos asociados: culpa sobre la omisión o comisión de actos, culpa cuando habían múltiples víctimas, vergüenza, reducción de conciencia, desrealización, despersonalización y cambios en el apego.

3 preguntas abiertas determinan sobre cuánto cree el niño/la que el evento ha afectado a su vida, qué le ha ayudado a sentirse mejor desde el evento y qué estrategias de afrontamiento ha utilizado.

3 opciones proporcionan diferentes representaciones de los rangos para la frecuencia y la intensidad de cada síntoma: con un calendario tachando días o con dibujos de expresiones de caras en un termómetro.

- *Versiones disponibles:* inglés, entre otras.

### ➤ **Otros instrumentos: cuestionarios, inventarios y escalas.**

Nos centramos ahora en la otra forma de recoger información sobre TEPT, los cuestionarios que también pueden ser contestados por los cuidadores o por los propios menores (autoinforme). Ver *tabla 10.3*.

**Tabla 10.3. Instrumentos para evaluar TEPT infantil.**

		FORMATO
		CUESTIONARIOS
INFORMANTE	CUIDADORES -NIÑOS/AS	UCLA PTSD Index for DSM-IV, de Pynoos et al. (1998).
	SOLO CUIDADORES	CBCL: The Child Behavior Checklist, de Achenbach y Edelbrock (1983) y Achenbach (1991)
		TSCYC: Trauma Symptom Checklist for Young Children, de Briere et al. (2001)
	SOLO NIÑOS/AS	SCARED-R: The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders, de Muris, (1997)
		TSCC: Trauma Symptom Checklist for Children, de Briere (1996)
		CPTSD-RI: Child Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index, de Frederick et al. (1992); Pynoos y Nader (1992); Pynoos (2002)
		CRIES-13: Children's Revised Impact of Events Scale, de Children and War Foundation (1998)
		CITES-II: Children's Impact of Traumatic Events Scale, de Wolfe, Gentile, Michienzi, Sas y Wolfe (1991)
	CPSS: The Child PTSD Symptom Scale, de Foa et al. (2001)	

Los instrumentos que vamos a describir también pueden clasificarse en función de su informante.

- *Informadores: cuidadores-niños*

Nombraremos la escala UCLA.

**UCLA PTSD Index for DSM-IV**, de Pynoos et al., (1998); Steinberg, Brymer, Decker y Pynoos (2004). Versión original CPTSD-RI, de Nader, Pynoos, Fairbanks y Frederick (1990).

- *Formato:* Cuestionario. Basado en DSM.

La versión para niños/as y adolescentes también se ha utilizado en formato entrevista. Además, se puede administrar a grupos.

Existen dos versiones cortas de screening: una con 7 y otra con 9 ítems.

- *Objetivo:* Detectar la presencia de cualquier tipo de evento traumático y la frecuencia de síntomas TEPT según DSM-IV.

Se puede realizar un diagnóstico TEPT preliminar, pero no definitivo (Rodríguez, Steinberg y Pynoos, 1999).

- *Edad de aplicación:* Versión para niños/as (7 a 12 años), adolescentes (13 a 18) y para padres.

- *Descripción:*

49 ítems derivados de la CPTS-RI.

Los primeros 13 ítems evalúan exposición a diferentes estresores de gran magnitud, se incluyen: violencia comunitaria, desastre natural, enfermedad médica y abuso. Cada ítem es evaluado si está presente o ausente. Después se pide que seleccionen la experiencia que más les molesta y el grado de molestia sobre una escala de 3 puntos: un poco, algo o un montón.

Los siguientes 13 ítems evalúan las diferentes respuestas como miedo, infelicidad u horror para el criterio A2, aunque también se le pregunta un ítem sobre reacciones de confusión, otro sobre malestar o comportamiento desorganizado, y otro sobre sentimientos de irrealidad. Éstos son contestados Si o No.

Después de esto, 20 ítems evalúan la presencia de síntomas relacionados con los criterios B-D del DSM. Además, el miedo a la recurrencia del trauma y la culpa relacionada con éste son evaluados con un ítem cada uno. El formato de respuesta va en un rango de Ninguna vez (0) o La mayoría del tiempo (4).

El cuestionario va acompañado por una hoja en la que visualmente los niños/as valoran la frecuencia con la que esa reacción ocurrió el pasado mes.

Cuando cumple criterio A y cuando tiene 1 de cada síntoma de B a D se diagnostica un TEPT probable. Si cumple el criterio A y cumplen criterios de 2 síntomas de grupos sintomáticos B-D se diagnostica un TEPT parcial. Una puntuación de corte de 38 o superior se ha considerado como que es sensible y específica para detectar TEPT (Rodríguez et al., 2001 a, b.)

- *Versiones disponibles:* Armenio, bosnio y herzegovino. Además, se ha traducido para su uso con estudiantes de habla española en Los Angeles, California.
  - o *Informadores: sólo cuidadores*

Destacaremos en este apartado el CBCL y el TSCYC.

**The Child Behavior Checklist (CBCL)**, de Achenbach y Edelbrock (1983); Achenbach (1991a)

- *Formato:* informe. instrumento de naturaleza dimensional.
- *Objetivo:* evaluación de síndromes empíricos en psicopatología infantil.
- *Edad de aplicación:* hay versiones de la escala para todas las edades desde 1 a 18 años.
- *Descripción:*
  - 6 escalas orientándose en el DSM u 8 de síndromes empíricos.
  - Subconjunto de ítems para screening TEPT: 20 ítems (Wolfe, Gentile y Wolfe, 1989) para la versión 4-16 años (Achenbach y Edelbrock, 1983); versiones preescolares recogen 15 ítems (Dehon y Scheeringa, 2006).
- *Versiones disponibles:* al menos en 60 idiomas.

**Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)**, de Briere et al. (2000); Briere et al. (2001). Basada en TSCC (Trauma Symptom Checklist for Children), de Briere (1996).

- *Formato:* Informe.
- *Objetivo:* Realizar un diagnóstico de TEPT, excepto en el caso de 3 y 4 años de edad donde además deben utilizarse otras medidas (Briere, 2005).
- *Edad de aplicación:* 3-12 años.
- *Descripción:*
  - 90 ítems.
  - 8 escalas clínicas: intrusión, evitación, hiperarousal, problemas sexuales, disociación, ansiedad, depresión e ira / agresión.
  - 2 escalas de validez.
  - Cada ítem se evalúa según la frecuencia de ocurrencia en el último mes sobre escala de 4 puntos: rango desde "En absoluto" a "Con frecuencia".
- *Versiones disponibles:* Inglés, español y sueco.
  - o *Informadores: sólo niños (autoinformes)*



Describiremos algunos de los más utilizados como el TSCC, CPTSD-RI, CRIES, CITES-II, SCARED-R y CPSS. Centrándonos en éste último que es el que vamos a administrar para nuestra investigación

**The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R)**, de Muris (1997). Versión original SCARED (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders), de Birmaher et al. (1997).

- *Formato:* Cuestionario multidimensional. Basado en el DSM.
- *Objetivo:* Evaluar síntomas de ansiedad.
- *Edad de aplicación:* 9 a 18 años.
- *Descripción:*

66 ítems.

Subescala TEPT: 4 ítems. Los/as menores indican con qué frecuencia han experimentado cada síntoma usando una escala de 3 puntos: casi nunca, algunas veces o con frecuencia. La puntuación total y de las subescalas es derivada por la suma de los ítems relevantes.

- *Versiones disponibles:* inglés, alemán, español, entre otras.

**Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)**, de Briere (1996).

- *Formato:* autoinforme. Instrumento multicarácter.
- *Objetivo:* Evalúa sintomatología de TEPT y respuestas asociadas en niños/as, incluyendo los efectos del abuso infantil (sexual, físico y psicológico) y negligencia, otra violencia interpersonal, testimonio de trauma en otros, accidentes y desastres (Briere, 1996).

No es apropiada para realizar por si misma un diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático, por lo deben utilizarse además otras medidas (Drake et al., 2001).

- *Edad de aplicación:* de 8 a 16 años.
- *Descripción:*

Dos versiones: la completa con 54 ítems donde se incluyen 10 ítems sobre problemas sexuales, y una alternativa de 44 ítems (TSCC-A) que no hace referencia a temas sexuales.

Cada ítem se valora según la frecuencia que ocurre, sobre rangos de respuesta de 4 puntos desde “Nunca” a “La mayoría del tiempo”.

Tiene dos escalas de validez.

6 escalas clínicas (ansiedad, estrés postraumático, depresión, problemas sexuales, disociación e ira). Se componen de 9-10 ítems cada una. Además hay dos subescalas de problemas sexuales (preocupación sexual y angustia sexual) y de la escala de disociación (fantasía y abierta disociación).

- *Versiones disponibles:* camboyano, francés, holandés, chino, japonés, letón, español y sueco.

**Child Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index (CPTSD-RI)**, de Frederick et al. (1992); Pynoos (2002).

- *Formato:* originalmente destinado a ser utilizado como entrevista, pero se utiliza más a menudo como autoinforme.
- *Objetivo:* Medir los síntomas de TEPT en niños/as y adolescentes.  
No se corresponde por completo a los criterios del DSM-IV.  
Sólo evalúa reacciones a un evento traumático específico y no fue diseñado como una herramienta de diagnóstico.
- *Edad de aplicación:* 6-17 años.
- *Descripción:*  
20 ítems.  
3 factores: Intrusión, Entumecimiento-evitación, Miedo-ansiedad.  
Además, valora trastornos en el sueño y la concentración.
- *Versiones disponibles:* inglés, armenio (Goenjian et al., 1995) y camboyano (Realmuto et al., 1992).

**Children's Revised Impact of Events Scale (CRIES-13)**, de Children and War Foundation (1998). Basada en la versión de adultos IES (Impact of Events Scale), de Horowitz et al. (1979) y en la versión de niños/as IES-8, de Dyregrov y Yule (1995); Smith, Perrin, Dyregrov y Yule (2003).

- *Formato:* Autoinforme.
- *Objetivo:* Evaluar los síntomas de TEPT.
- *Edad de aplicación:* Niños/as a partir de 8 años.
- *Descripción:*

13 ítems.

4 ítems para medir criterio B, 4 para C y 5 para D.

Responden a la frecuencia con la que se ha experimentado cada uno de los 13 ítems durante los pasados 7 días, usando una escala tipo likert: "No en absoluto (0), Raramente (1), Algunas veces (2), o Con frecuencia (3)".

Los autores recomiendan que se use la versión screening de 8 ítems con una puntuación de 17 o superior indicando posible TEPT.

- *Versiones disponibles:* arábigo, bosnio, chino, dari, alemán, inglés, finlandés, sueco, noruego y tamil.

**Children's Impact of Traumatic Events Scale (CITES-II)**, de Wolfe, Gentile, Michienzi, Sas y Wolfe (1991). Versión original CITES, de Wolfe, Wolfe, Gentile y LaRose (1986).

- *Formato:* Inicialmente destinado a ser utilizado como una entrevista estructurada: Se utiliza a menudo como una medida de autoinforme (Wolfe y Wolfe, 1996). Basada en el DSM-IV.

- *Objetivo:*

Originalmente diseñado para evaluar reacciones en abuso sexual infantil, ahora puede ser usado con jóvenes expuestos a cualquier clase de eventos potencialmente traumáticos.

Muchos de los ítems se refieren a abuso sexual.

Puede ser puntuada por diagnóstico DSM-IV o como una medida continua.

- *Edad de aplicación:* 8-16 años.

- *Descripción:*

78 ítems.

11 subescalas divididas en 4 dimensiones: TEPT (pensamientos intrusivos, evitación, hiperarousal y ansiedad sexual), Eroticismo, Atribuciones del abuso (odio a sí mismo y culpa, impotencia, vulnerabilidad personal y mundo peligroso) y Reacciones sociales (reacciones negativas a otros y apoyo social).

Subescala TEPT: 24 ítems. Basados en la escala para adultos (IES; Horowitz et al., 1979), incluyendo preguntas para hiperarousal.

Los restantes 54 ítems son de la original CITES. Evalúan otros síntomas, particularmente aquellos asociados con violencia interpersonal o abuso sexual.

Formato de respuesta de 3 puntos: "No verdadero, Algo verdadero y Muy verdadero".

- *Versiones disponibles:* inglés, entre otras.

**The Child PTSD Symptom Scale (CPSS)**, de Foa et al. (2001). Basada en la versión de adultos PDS (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale), de Foa et al. (1997).

- *Formato:* puede ser utilizado como autoinforme o como entrevista clínica estructurada (Foa et al., 2001), aunque se suele utilizar como autoinforme. Basado en el DSM-IV.

- *Objetivo:* evaluar la incidencia y la gravedad de síntomas de estrés post-traumático.
- *Edad de aplicación:* 8 a 18 años.
- *Descripción:*
  - 26 ítems.
  - 2 ítems en los que se evalúa el criterio A, preguntando por el evento que más le ha hecho sufrir.
  - 17 ítems que evalúan los criterios B al D. Éstos se agrupan en tres subescalas, correspondientes con las categorías del DSM: Pensamientos Intrusivos (ítems del 1 al 5, con un total de 5 ítems), Evitación (del ítem 6 al 12, con un total de 7 ítems) e Hiperarousal (ítems del 13 al 17, con 5 ítems). Se pide al/la menor que describa la frecuencia con la que el problema indicado le ha molestado en las últimas dos semanas. El formato de respuesta es una escala tipo Likert de 4 puntos, de 0 a 3, donde 0 = nada o sólo 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.
  - Los últimos 7 ítems evalúan el criterio F, estimando cuánto ha interferido el problema indicado en áreas específicas de su vida: oraciones, tareas de casa, relaciones de amistad, actividades de tiempo libre, tareas escolares, relaciones familiares y felicidad general. Estos ítems son puntuados dicotómicamente, con Si o No.
- *Versiones disponibles:* Inglés, español, portugués, armenio, coreano y ruso.

#### 10.2.D. EVALUACIÓN DEL DETERIORO FUNCIONAL

Como destacan Duarte et al. (2009) y la AACAP (2010), además de la presencia de síntomas de TEPT, durante la evaluación es importante realizar una evaluación objetiva, visible y cuantificable, a través de un indicador breve, sobre la interferencia que la exposición a un evento traumático ha causado en el funcionamiento de los/as menores.

En las clasificaciones oficiales, como el DSM-IV (APA, 1994) y la CIE-10 (OMS, 1992), se requiere deterioro en el funcionamiento diario para que algunos trastornos psicológicos sean diagnosticados. Algunas medidas de evaluación infantil sobre el TEPT realizan preguntas en este sentido. Sin embargo, raramente es señalado por los informantes el deterioro relacionado a específicas categorías diagnósticas (Bird et al., 2000).

En el estudio de Foa et al. (2001) se estimó la relación entre la segunda parte de la prueba (7 ítems), de interferencia en la vida diaria, y se encontró una correlación .42 con

el total de 17 ítems, .37 con Pensamientos Intrusivos, .39 con Evitación y .36 con Hiperarousal. Los/as menores que cumplieron criterios DSM en el CPSS también informaban significativamente más alteración de funcionamiento, mientras que sólo el 14% de quienes no cumplieron criterios dijeron al menos un ítem de alteración del funcionamiento.

El nivel de deterioro funcional de un niño/a es definido en base a los comportamientos y habilidades específicas que desarrollan los niños/as en relación al grupo de su edad. Esto a veces se define de manera diferente entre sociedades y culturas distintas, por lo que es necesario utilizar medidas transculturales, como por ejemplo “The Ten Questions Screen for Childhood Disability” de Durkin et al. (1995). Si la evaluación del deterioro se limita a características claramente observables o físicas, las influencias culturales no son significativas en los resultados.

Podemos utilizar medidas globales, ya que son cortas y fáciles de usar, aunque a veces no describen el funcionamiento del/la menor en situaciones diferentes. Ejemplos de estas medidas son el “Children’s Global Assessment Scale (CGAS)”, que es una adaptación del Eje V del DSM (Shaffer et al., 1983) y otra no basada en el juicio clínico, que es el “Columbia Impairment Scale (CIS)” (Bird et al., 1996; Gould, Bird y Jaramillo, 1993).

Las medidas específicas son las que describen el funcionamiento del/la menor por áreas, dando una puntuación independiente para cada una (Frank, Paul, Marks y van Egeren, 2000). En este sentido podemos encontrar “The Brief Impairment Scale–BIS” (Bird et al., 2005), el “The Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS)” (Bates, 2001; Hodges y Wong, 1996; Hodges y Wotring, 2000) y “The Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents (SAICA)”, de John, Gammon, Prusoff y Warner (1987). Otra medida útil es el “suplemento del SDQ” (Goodman, 1997) que fue desarrollado en 1999 e incluye preguntas adicionales para discriminar entre sujetos clínicos y de población general.

También algunas de las medidas que evalúan TEPT incluyen una clasificación funcional de deterioro que puede servir para supervisar la mejora durante el curso de tratamiento. Un ejemplo de esto es la “The Child PTSD Symptom Scale (CPSS)” (Foa et al., 2001).

Para los/as más pequeños se pueden utilizar dibujos representando caras de emociones (tristeza, miedo...) como un termómetro, para valorar la gravedad de los síntomas y el tipo de interferencia en su funcionamiento (AACAP, 2010).

### **10.3. EVALUACIÓN DE LA COMORBILIDAD DEL TEPT**

Ya hemos comentado anteriormente la frecuente comorbilidad del Trastorno por Estrés Postraumático con otras entidades clínicas, y la posible confusión entre algunos de sus síntomas con los de otros trastornos por tener similitudes.

La tercera recomendación de la AACAP (2010) indica que la evaluación psicológica debe considerar el diagnóstico diferencial de otros trastornos psicopatológicos y las condiciones físicas que pueden confundirse con TEPT, aunque centrarse solamente sobre el estrés postraumático está injustificado (Hoven et al., 2005), ya que la literatura pone de relieve que hay muchas maneras diferentes de cómo los niños y niñas pueden reaccionar ante la exposición de un evento traumático, y siempre hay que discernir el papel que el trauma juega en los síntomas actuales del/la menor, valorando si esa sintomatología tiene relación con él o no (Meichenbaum, 1994).

Para esto se requiere el conocimiento sobre psicopatología infantil general y la complejidad con la que el TEPT y otros síntomas postraumáticos pueden presentarse (AACAP, 2010).

### **10.4. LIMITACIONES EN EL PROCESO EVALUATIVO DEL TEPT INFANTIL**

Como hemos indicado al inicio del capítulo, la evaluación del TEPT en la población infanto-juvenil presenta muchos desafíos, encontrando tanto clínicos como investigadores algunas dificultades. Como señalan Duarte et al. (2009), en general, pocas investigaciones se han dedicado a las cuestiones metodológicas relacionadas con la evaluación de la exposición de los/as menores a acontecimientos traumáticos. Así, podemos encontrar limitaciones en varias áreas: las relacionadas con el sujeto de evaluación, el evento traumático, los criterios diagnósticos utilizados, los instrumentos de medida, las investigaciones realizadas y las consideraciones éticas.

#### **10.4.A. RELACIONADAS CON EL SUJETO DE EVALUACIÓN**

La evaluación y el diagnóstico de los rasgos TEPT en menores y adolescentes presentan una constelación de cambios complejos y únicos debidos en parte al nivel del desarrollo del/la menor (Drake et al., 2001).

Los niños/as y adolescentes con frecuencia presentan dificultades para verbalizar su experiencia subjetiva del trauma, resultando en una menor revelación (March, 1999; McCloskey, 2000).

En general, a la hora de la evaluación se requiere examinar los matices del desarrollo y variables cognitivas en la manifestación de síntomas TEPT, así como la percepción que tiene el/la menor que estamos evaluando, ya que especialmente los niños/as más pequeños, por debajo de los 8 años, tienen mayor dificultad para expresar sus estados internos (Duarte et al., 2009; Kerig et al., 2000; Lipschitz, Rasmusson, Anyan, Cromwell y Southwick, 2000; Ronen, 2002). La mayoría de las medidas de TEPT en los jóvenes no tienen en cuenta estos aspectos.

Por otro lado, explorar eventos traumáticos y/o síntomas durante la evaluación puede ser amenazante para un niño/a, e incluso inducir síntomas (March, 1999; Perrin et al., 2000), sobre todo porque en la gran mayoría de ocasiones no son los/as menores quienes solicitan la ayuda, sino los adultos cercanos a ellos/as, y de una u otra forma están implicados en el suceso: o por causarlo o por sus reacciones.

#### 10.4.B. RELACIONADAS CON EL TIPO DE EVENTO TRAUMÁTICO

Resulta relevante tener en cuenta el tipo de evento traumático al que el/la menor se ha expuesto. La evaluación del TEPT en infancia maltratada implica circunstancias especiales y los riesgos no necesariamente son evidentes en menores que sufrieron traumas de un solo evento, como un desastre natural. Un impedimento es la privacidad y la intimidad en la que tiene lugar este tipo de violencia. Los/as menores que son víctimas de violencia y abuso, a menudo son leales a sus padres y por lo tanto reacios a divulgar experiencias que pueden informar de aspectos negativos sobre ellos (Øverlien, 2010).

Save the Children (2008) destaca en su informe que muchos niños y niñas intentan dar poca importancia a la violencia a la que están o han estado expuestos, como un modo de protegerse del dolor que ello les causa. Muy pocos hablan acerca de lo que ocurre o sobre el sentimiento de desprotección que viven a nivel emocional. Los sentimientos y pensamientos del niño/a acerca de la experiencia pueden llegar a ser fragmentados y desorganizados y tienen dificultad para darle un sentido o explicación a lo que les ocurre.

Según apunta Medina (2002), la información que proporcionan las personas afectadas puede estar sesgada y distorsionada, debido a que suelen vivir la violencia intrafamiliar con secretismo, miedo, sentimientos de culpa y vergüenza, lo que dificulta obtener indicadores precisos acerca de su prevalencia, características y consecuencias.

Por otra parte, los niños/as maltratados a menudo han sido separados de uno o de los dos progenitores tras el abuso, un hecho que por sí mismo podría ser traumático y debe ser cubierto durante la evaluación. El tipo de separación (abandono, separación forzosa, muerte de los padres o encarcelamiento), se debe considerar también.

#### 10.4.C. RELACIONADAS CON LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los aspectos del TEPT parecen ser diferentes para los niños/as y para los adultos, y las formulaciones actuales del diagnóstico TEPT puede que no sean adecuadas cuando se aplican a la infancia, ya que carecen de la sensibilidad y especificidad diagnóstica apropiadas a la edad (McCloskey, 2000; Tierney, 2000).

Por otra parte, según refiere la AACAP (2010), es una contradicción el hecho de que la evitación de la experiencia traumática es un elemento central del TEPT, sin embargo, para realizar el diagnóstico del mismo se requiere que el/la menor describa dicho evento. De hecho, muchos menores pueden mostrarse resistentes o defensivos durante el proceso de evaluación, especialmente en la primera entrevista con el clínico: aún pueden mostrar síntomas activos de malestar emocional y pueden reaccionar mal ante el/la evaluador/a, lo que hace que evite relatar sus experiencias traumáticas. Esto puede formar parte de los síntomas de evitación característicos del trastorno, y no que no haya ocurrido un evento (AACAP, 2010). Y por tanto, puede afectar a la certeza y validez de las medidas estimadas del trauma (McCloskey, 2000).

Además, es importante tener en cuenta que podemos encontrarnos que síntomas (pesadillas, ansiedad, evitación, embotamiento, hiperarousal, etc.), así como la etiología relacionada con el evento traumático, puede ser indicativa de y/o integrante de otros trastornos clínicos (AACAP, 2010; APA, 2000). Para realizar el diagnóstico de TEPT debemos confirmar que esta sintomatología es a causa del evento, sin dar por hecho que el/la menor niega la situación traumática (AACAP, 2010).

La comorbilidad con frecuencia no se tiene en cuenta en estas medidas, por lo que los clínicos deben estar seguros para evaluar, por ejemplo, condiciones comúnmente relacionadas, como la depresión (Lemos-Miller y Kearney, 2006; Ronen, 2002).

#### 10.4.D. RELACIONADAS CON LOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA

- **Medidas estandarizadas de eventos traumáticos**

Según Duarte et al. (2009), hasta la fecha no existe una justificación conceptual o empírica para la selección de los eventos extremos más importantes específicos de la



infancia, y faltan medidas estandarizadas. De hecho, todavía son pocos los estudios que utilizan medidas comparables (Grant et al., 2004). La entrevista rara vez se utiliza, ya que supone un gran costo en su administración (Grant et al., 2004). En este sentido, si se emplean, se recomienda que esté basada en el DSM-IV (APA, 1994), en la que se demanda información relativa al inicio, curso, duración y remisión de acontecimientos estresantes (Cohen et al., 1995).

Autores como Singleton y Straits (1999) refieren que en un informe anónimo se recoge más información que en las entrevistas, especialmente de eventos traumáticos como el maltrato. Por otra parte, en ocasiones no coinciden los eventos relatados en las dos medidas (Grant et al., 2004).

- **Medidas de varios eventos traumáticos**

La evaluación de múltiples traumas es todavía otro desafío. La cuestión, originalmente planteada por Terr (1991) de si los/as menores expuestos/as a un evento traumático único (tipo I) deberían ser evaluados diferentemente de aquellos expuestos a una serie de eventos traumáticos o a un estresor prolongado (tipo II) todavía no ha sido resuelta.

En este sentido, nos encontramos con problemas de fiabilidad y validez en los listados de amplias categorías de eventos que se suelen utilizar para detectar los acontecimientos traumáticos a los que han sido expuestos los/as menores (Dohrenwend, 2006). Además, es difícil decidir cuántas categorías y cuáles son las más relevantes (Grant et al., 2004).

Por lo tanto, suelen utilizarse medidas de síntomas TEPT en los/as menores restringidas a un estresor específico (Hawkins y Radcliffe, 2006; Ohan et al., 2002), resultando ser menos sensibles a malos tratos o traumas relacionados, que son más prolongados, próximos y perjudiciales (Terr, 1991).

Aunque muchas medidas preguntan al informante sobre los eventos traumáticos a los que ha sido expuesto, sólo uno de ellos se convierte en la base para la información de los síntomas, perdiéndose información valiosa si un/a menor ha experimentado trauma crónico/repetido o múltiples traumas.

- **Concordancia entre informantes**

Cuando el objetivo es conocer las reacciones de los niños/as resulta necesario recoger información de diferentes fuentes, pero aún no está claro en qué medida y cuándo los informes de los cuidadores y el niño/a, sobre la exposición del/la menor, son

necesarios para confirmar la exposición, o si es mejor un informante que otro (Duarte et al., 2009).

A veces, los datos que se recogen de varios informadores presentan bajos niveles de concordancia, especialmente para los informes sobre problemas internalizantes (Hawkins y Radcliffe, 2006; Kazdin, 1994).

Algunos autores indican que los cuidadores no informan correctamente sobre los síntomas de estrés postraumático en los/as menores, en comparación con los informes del niño/a (Korol et al., 1999). Entre las razones aducidas destacan: (1) los cuidadores no son conscientes de que el/la menor está expuesto a un evento traumático (AACAP, 2010); (2) son ellos/as mismos/as los agresores (AACAP, 2010); (3) tienen intereses legales o personales (Rosen y Taylor, 2007); o (4) también experimentan síntomas de estrés postraumático, al ver al/la menor ante un trauma (Brown et al., 2003), o siendo ellos/as víctimas de un trauma (De Bellis et al., 2001). Por ejemplo, como indica Save the Children en el 2008, las mujeres víctimas de violencia de género suelen disociarse y actuar como si nada malo estuviera ocurriendo.

Parece ser que los autoinformes de los/as menores son más fiables para los síntomas internalizantes (Vogel y Vernberg, 1993) y los informes de los cuidadores suelen hacer más hincapié en los problemas externalizantes en las reacciones postraumáticas de los niños/as (Stover y Berkowitz, 2005).

- **Medidas estandarizadas sobre sintomatología TEPT**

El problema se agrava cuando comprobamos que existen muy pocas medidas de autoinforme de síntomas infantiles de TEPT que hayan sido validadas psicométricamente e incluidas en los criterios del DSM-IV (Saigh, 2004), siendo la mayoría nuevas, por lo que necesitan ser sometidas a más investigación.

Por otra parte, el hecho de que haya concordancia entre las escalas y los síntomas de los criterios DSM es una ventaja porque apoyan la validez de los cuestionarios, pero también puede dificultar la inclusión de otras reacciones como la depresión, el miedo o la disociación (Nilsson, 2007).

- **Medidas sobre la duración de la sintomatología y su deterioro funcional**

Ruggiero, Rheingold, Resnick, Kilpatrick y Galea (2006) sugieren que a veces resulta difícil comparar los estudios, dadas las diferentes medidas de autoinforme que suelen utilizar y las distintas estimaciones de prevalencia de TEPT que proporcionan.

Boals y Hathaway (2010) resaltan que la mayoría de los autoinformes sobre TEPT miden los síntomas B, C y D, es decir, los Pensamientos Intrusivos, la Evitación y el

Hiperarousal, no prestando la atención suficiente al tiempo que presentan los síntomas y el malestar que provocan en la vida del/la menor (criterios E y F), por lo que pueden dar “falsos negativos”. Estos autores recuerdan que la interferencia que provocan los síntomas en el funcionamiento diario es a menudo el factor crítico para determinar si un problema llega a considerarse trastorno clínico, por lo que recomiendan incluir en las medidas los criterios E y F.

Por otra parte, es importante tener en cuenta la percepción subjetiva que tiene el/la menor sobre el evento, ya que a veces los acontecimientos que se consideran típicamente como traumáticos no siempre son percibidos como tales por todas las víctimas (Boals y Hathaway, 2010).

- **Factores de riesgo y protección**

Muchas de las medidas del TEPT infantil no tienen en cuenta el gran número de variables contextuales que aumentan o amortiguan el riesgo de estrés postraumático, algo que es imprescindible, especialmente en los casos de maltrato infantil (Hawkins y Radcliffe 2006; Ronen, 2002). Algunos factores pueden ser: las experiencias anteriores, resiliencia, funcionamiento familiar, estrategias de afrontamiento, la cultura, el evento traumático actual o la proximidad de un abusador.

- **Validación cultural**

La mayoría de las medidas de evaluación del TEPT han sido desarrolladas con muestras norteamericanas, por lo que es necesario prestar atención a la diferente presentación de síntomas en distintas culturas así como las dificultades que se pueden encontrar en la redacción de las preguntas. Esto repercute en diagnósticos no realizados e insuficientes tratamientos (Hawkins y Radcliffe, 2006). En nuestro país no disponemos de instrumentos de medida adecuados, aptos para nuestro contexto y validados por la comunidad científica.

Además, muchos menores expuestos a eventos traumáticos como el maltrato infantil pertenecen a minorías, que pueden revelar diferencias en la presentación de información, el lenguaje, la visión de sí mismo, el locus de control, tradiciones culturales y religiosas, la interpretación de los síntomas y el apoyo social, que deben ser considerados (Nader, 2007; Vickers, 2005).

- **Medidas a lo largo del tiempo**

Por otra parte, todavía no existe consenso sobre el período de tiempo adecuado para la evaluación de los síntomas (variando desde 1 semana a 1 mes después del evento),

y deben desarrollarse métodos para evaluar los resultados de los tratamientos y hacer un seguimiento longitudinal (Hawkins y Radcliffe, 2006). El uso de medidas repetidas en el tiempo resulta significativo especialmente en los casos de menores que no muestran evidencia de síntomas TEPT hasta varios meses después del evento (Newman, 2002).

#### 10.4.E. RELACIONADAS CON LAS INVESTIGACIONES EXISTENTES

Muchos estudios se han llevado a cabo con muestras clínicas, muy pocos han utilizado un grupo de control e, igualmente, han valorado los efectos en muestras pequeñas, que hacen difícil la generalización de los resultados (McCloskey, 2000).

Pocos trabajos empíricos incorporan en sus diseños el rigor metodológico necesario para explorar la influencia de posibles variables moduladoras (por ejemplo, la edad o el sexo) o efectos mediadores (por ejemplo, el apoyo de la familia) (Cohen et al., 2000).

Las investigaciones no suelen incluir información combinada de los cuidadores y el/la menor, basándose especialmente en los autoinformes de los niños/as (Hawkins y Radcliffe, 2006).

Además, tampoco suelen utilizar medidas de eventos estresantes validados ni otros métodos de evaluación como las medidas psicofisiológicas.

#### 10.4.F. RELACIONADAS CON LAS CONSIDERACIONES ÉTICAS

Por último, es imprescindible hablar sobre las cuestiones éticas implicadas en el empleo de menores en la investigación sobre la violencia en el hogar. Por un lado está la seguridad del/la menor, que tiene que tener prioridad sobre la necesidad científica de analizar detalladamente la realidad, a pesar de que los conocimientos obtenidos con la investigación pueden tener un efecto beneficioso sobre la vida de estos niños y niñas (Øverlien, 2010).

### 10.5. RESUMEN Y CONCLUSIONES

En general se ha dedicado poca atención a la evaluación y diagnóstico del TEPT en infancia. Por este motivo, la American Academy of Child and Adolescent (AACAP), en 1998 y recientemente (2010), propone unas recomendaciones para los profesionales dedicados a este tema.

Una de las propuestas de la AACAP es la necesidad de realizar un screening en el momento de la primera evaluación de los/as menores sobre si éstos/as han estado expuestos a un evento traumático y la sintomatología TEPT derivada, aunque éste no sea el motivo de consulta. Para valorar la exposición a acontecimientos traumáticos disponemos desde listados breves de eventos a extensas y detalladas entrevistas.

Una segunda recomendación es que si en el screening se detectan síntomas significativos, el clínico debe llevar a cabo una evaluación exhaustiva para determinar si el TEPT está presente, la severidad de sus síntomas y el grado de deterioro funcional consecuente. Se recomienda para ello recoger información de varias fuentes (menor, cuidadores principales...etc.) así como utilizar diversos métodos de evaluación y medir en diferentes momentos. Además, se requiere que el evaluador posea determinados conocimientos sobre el trastorno y adecuadas habilidades terapéuticas con niños/as y adolescentes, tal vez en mayor medida que para cualquier otro trastorno. Hawkins y Radcliffe (2006) realizaron una revisión desde 1995 a 2004 sobre las medidas de evaluación en estrés postraumático infantil y concluyeron que se han diseñado pocas medidas para los síntomas y para el trastorno específicamente para la población infanto-juvenil y que hay poco consenso sobre las medidas utilizadas. Normalmente las medidas y entrevistas diseñadas para los adultos han sido adaptadas para los más pequeños simplificando el lenguaje y los conceptos. A pesar de esto, se han desarrollado en los últimos años diversos instrumentos de evaluación para su uso en clínica y en investigación (Strand et al., 2005), aunque no están lo suficientemente bien examinados psicométricamente. Disponemos tanto de entrevistas como de cuestionarios que cumplimentan los cuidadores principales, el/la menor o los dos. Además de la presencia de síntomas de TEPT, durante la evaluación es importante realizar una evaluación objetiva, visible y cuantificable, a través de un indicador breve, sobre la interferencia que la sintomatología causa en el funcionamiento de los/as menores.

La tercera recomendación de la AACAP (2010) indica que la evaluación psicológica debe considerar el diagnóstico diferencial de otros trastornos psicopatológicos y las condiciones físicas que pueden confundirse con Trastorno por Estrés Postraumático.

En el área de evaluación de TEPT infantil podemos encontrar limitaciones en varias áreas: las relacionadas con el sujeto de evaluación, el evento traumático, los criterios diagnósticos utilizados, los instrumentos de medida, las investigaciones realizadas y las consideraciones éticas.

A pesar de todas las dificultades encontradas, la cantidad y calidad de los instrumentos de evaluación específicos de trauma disponibles ha aumentado (Nader, 1997; Thornton, 2001), y las bases de datos, que no son todavía muy extensas, están

creciendo (Balaban, 2006; Ohan et al., 2002), aunque no existe aún una propuesta que se acepte como referencia básica para los clínicos e investigadores (AACAP, 2010).

Revisiones recientes de la literatura indican la necesidad de mejorar los instrumentos de evaluación en esta área (Bethea, 1999; Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta, 1997; Echeburúa y Corral, 2006; Foa et al., 2001; Hawkins y Radcliffe, 2006). Aunque como destacan Lonigan, Phillips y Richey (2003), todavía no existe consenso en cuanto a la forma de realizar esa mejora.

Las propuestas que hacen diversos expertos en el campo de la evaluación del trauma infantil se pueden resumir en las siguientes:

- Estudios en muestras de población general (Hawkins y Radcliffe, 2006).
- Tener en cuenta las variables mediadoras a nivel individual, familiar y social (Hawkins y Radcliffe, 2006; Kearney et al., 2010; Olaya et al., 2008). En este sentido es necesario desarrollar nuevas medidas de evaluación para los niños/as más pequeños/as (Hawkins y Radcliffe, 2006).
- Que empleen múltiples informantes (cuidadores, maestros, menores...) y métodos (observación del comportamiento, medidas psicofisiológicas...) (Clements, Oxtoby y Ogle, 2008).
- Desarrollar instrumentos adaptados a diferentes culturas (Hawkins y Radcliffe, 2006). Realizar la validación de escalas en nuestro país.
- Crear medidas que evalúen múltiples traumas (Hawkins y Radcliffe, 2006).
- Realizar evaluación longitudinal (Clements et al., 2008).

Como conclusión podemos decir que una evaluación y diagnóstico precisos resulta crítico en el Trastorno por Estrés Postraumático infantil debido a los efectos perjudiciales que suele provocar el trauma en el ajuste emocional, familiar, escolar y social de los/as menores (Hawkins y Radcliffe, 2006).

Una mayor investigación en este campo facilitará la identificación de menores que estén en riesgo para poder proporcionarles una intervención temprana (Nilsson, 2007).

En el caso concreto del maltrato infantil, los investigadores necesitarán identificar con precisión cómo los diferentes aspectos del maltrato, incluyendo negligencia o separación de las familias, pueden llevar a diversos aspectos del TEPT o a la falta de síntomas.

A pesar de las dificultades para realizar este tipo de estudios, es imprescindible explorar la asociación entre la exposición y sus impactos, con el fin de desarrollar servicios adecuados en intervención y prevención de la exposición infantil a la violencia familiar y entender la naturaleza del problema a mayor escala (Edleson et al., 2007).

Se requieren mayores esfuerzos para diseñar medidas específicas para la infancia maltratada que pueden tener TEPT, especialmente para los/as menores que han sufrido negligencia, que han experimentado múltiples formas de maltrato/as, o que han sido maltratados y sometidos a traumas no basados en el maltrato.

## **CAPÍTULO 11:**

# **LIMITACIONES ACTUALES EN LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TEPT INFANTIL**

Este capítulo se destina a poner de relieve que los criterios diagnósticos actuales sobre TEPT en la infancia y adolescencia presentan limitaciones, haciendo más difícil la valoración de este trastorno en los/as menores que han sido expuestos a un evento traumático.

Especialmente se describen las dificultades que expertos en el tema han encontrado con algunos de los criterios propuestos por el manual DSM de la APA en su versión actual (DSM-IV-TR): el criterio A1 referido a la exposición a un evento traumático, el criterio A2 sobre la reacción emocional de la persona a ese suceso y el criterio C referido a la evitación que los sujetos hacen de todo aquello que le recuerde al evento traumático.



Uno de los trastornos psicopatológicos que más controversia ha generado ha sido el Trastorno por Estrés Postraumático. Se ha discutido en torno a los límites del trastorno, los criterios diagnósticos, los supuestos centrales, la utilidad clínica y la prevalencia del mismo (Spitzer, First y Wakefield, 2007). Las clasificaciones diagnósticas actuales, dentro de un enfoque categorial, ponen de relieve que las reacciones psicológicas a eventos traumáticos pueden ser consideradas como patológicas o no patológicas (Broman-Fulks et al., 2009).

El manual DSM, a pesar de las modificaciones realizadas en sus diversas versiones, conserva una estructura principal del TEPT homogénea, en torno a las mismas categorías (Reexperimentación, Evitación y Activación) (Weiss y Marmar, 1997). Por su parte, la CIE-10 (OMS, 1992) propone como síntomas la Reexperimentación, la Evitación y una de dos: o Amnesia o Hiperactivación.

Por otro lado, diversos investigadores señalan que la estructura sintomática del TEPT no es la recogida en los manuales diagnósticos, proponiendo modelos factoriales alternativos (Amdur y Liberzon, 2001; Asmundson et al., 2000; Buckley et al., 1998; King, Leskin, King y Weathers, 1998; Taylor, Kuch, Koch, Crockett y Passey, 1998). Estos autores clasifican los síntomas en cuatro dimensiones: a) Reexperimentación, b) Evitación, c) Embotamiento afectivo, y d) Hiperactivación; o en dos dimensiones: a) Reexperimentación y Evitación, y b) Hiperactivación y Embotamiento afectivo; pero todos coinciden en separar los síntomas de Evitación y los de Embotamiento afectivo (Rincón, 2003).

Sin embargo, algunos autores plantean que los sistemas de clasificación actuales son insuficientes y de poca utilidad en la práctica clínica, apoyando la existencia de un TEPT continuo, dentro de un enfoque dimensional. Así, por ejemplo, se han aplicado modelos factoriales en varias poblaciones con estrés postraumático, incluyendo veteranos de guerra (Forbes, Haslam, Williams y Creamer, 2005; Ruscio, Ruscio y Keane, 2002) y mujeres adultas (Broman-Fulks et al., 2006).

Referente a la población infanto-juvenil, ha sido escasa la investigación. El objetivo es evaluar si la estructura latente de las reacciones de estrés postraumático entre los jóvenes difiere sistemáticamente de las respuestas de adultos (Amaya-Jackson y March, 1995; Cohen, 1998). En concreto, el estudio ha sido el realizado por Broman-Fulks et al. (2006), en una gran muestra representativa de adolescentes. Los resultados encontrados son consistentes con la investigación sobre muestras de adultos, apoyando la idea de que el TEPT no representa una categoría natural.

En la última década se han propuesto diversas sugerencias respecto a la posibilidad de asignar un diagnóstico de TEPT parcial (Schützwohl y Maercker, 1999).

Desde la perspectiva categorial del DSM, el TEPT parcial se determina a través de la presencia/ausencia de los grupos de síntomas (por ejemplo, que ocurra un número mínimo de síntomas de Reexperimentación, bien con los de Embotamiento-Evitación, bien con los de Hiperactivación), proporcionando cierta flexibilidad.

Sin embargo, también existe la opción de una perspectiva dimensional del trastorno, en la que el TEPT parcial es visto desde la óptica de una continuidad entre las reacciones de estrés normales/anormales, donde se valora la intensidad de la experiencia emocional de la persona y la posición relativa de sus síntomas en comparación con otras (Joseph et al., 1997; Yule et al., 1999).

Al margen de que se defienda una u otra perspectiva, la idea de TEPT parcial expresa el reconocimiento de un conjunto de personas que sufren deterioro en su funcionamiento socio-personal, debido a cierta sintomatología postraumática que requeriría ayuda psicológica. La opinión más generalizada en la actualidad es que los criterios exigidos en la versión actual del DSM (DSM-IV-TR), con 1 síntoma de Reexperimentación, 3 de Evitación y 2 de Hiperactivación aumenta el umbral para el diagnóstico de TEPT (Oswald et al., 2010; Sass, Wittchen y Zauding, 2009), lo que deja muchos casos sin diagnosticar y tratar, es decir, deja fuera muchos falsos negativos.

Está en debate la aplicabilidad de los criterios del DSM a la infancia (Nader, 2004; Scheeringa et al., 2006; Tierney, 2000). Pese a la notable exposición de los/as menores a eventos traumáticos, varios estudios en niños/as pequeños/as que examinan las tasas de TEPT utilizando criterios DSM-IV, encontraron que son sorprendentemente bajas (Zeanah, 2010). Además, diversos autores (Cohen y Scheeringa, 2009; Margolin y Gordis, 2004; Terr, 1991), señalan que la mayoría de menores no reúne criterios para diagnosticar este trastorno, si los síntomas son los designados para adultos en el DSM. De hecho, existe suficiente documentación para afirmar que la sintomatología parcial es muy frecuente (Aaron, Zaglul y Emery, 1999; Cuffe et al., 1998).

Los propios criterios no son lo suficientemente sensibles para detectar la presencia de las manifestaciones del trastorno en la infancia, deja a los niños/as muy sintomáticos sin diagnosticar (Ohmi et al., 2002; Scheeringa, Zeanah, Drell y Larrieu, 1995). Esto se ve reflejado en varias investigaciones. Por ejemplo, la de Pynoos et al. (2008), que informaron sobre las conclusiones del análisis de la National Child Traumatic Stress Network Core Data Set (NCTSN) en una muestra de 9.336 niños/as que recibían servicios en centros de trauma infantil. Más del 70% de estos niños/as habían experimentado múltiples formas de trauma, con el 48% presentando problemas de comportamiento clínicamente significativos en el hogar o la comunidad, el 41% problemas académicos, el 37%

problemas de conducta en la escuela o guardería, 31% problemas de apego, y el 11% tendencias suicidas. Sólo el 24% cumplían con los criterios diagnósticos de TEPT.

En estudios como los de Famularo et al. (1993), Pelcovitz et al. (1994), Famularo et al. (1994) y Famularo et al. (1996), se concluye que la mayoría de los/as menores maltratados físicamente no fueron diagnosticados con Trastorno por Estrés Postraumático, sino más bien se informó de una variedad de síntomas TEPT.

Las investigaciones realizadas sobre síntomas moderados y leves de TEPT en menores y adolescentes obtienen porcentajes del 30% al 50%. Cuando se aplican todos los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000) para la misma población, estos porcentajes disminuyen a 5-10% (Dyregrov y Yule, 2006).

Elklit (2002), en un estudio con una muestra general de 390 menores daneses que tenían una edad media de 14,5 años, encontró una prevalencia estimada de TEPT del 9%, mientras que otro 14,1% alcanzó un nivel subclínico del Trastorno de Estrés Postraumático.

Boyer et al. (2000) también valoraron en su estudio, comentado anteriormente, un TEPT parcial. La muestra estaba formada por 64 personas que habían sido diagnosticadas de lesión medular en su infancia y que recibían tratamiento hospitalario. En el momento de la evaluación, los pacientes tenían edades comprendidas entre 11 y los 24 años, con una media de 17,6 años. Los resultados obtenidos demuestran que el 25,4% de los/as participantes en este estudio presentaban un Trastorno por Estrés Postraumático según criterios DSM. Para TEPT parcial, tomando 2 de 3 criterios (PI-EV-HI) un 31,3%, y para TEPT parcial recogiendo 3 de 4 criterios (PI-EV-HI-Deterioro) una prevalencia del 20,9%.

Con menores que han sido expuestos a violencia también se han encontrado resultados similares. Un estudio relevante en este tema es el de Carrion et al. (2002), ya comentado anteriormente. La muestra estaba formada por 59 menores de entre 7 y 14 años, con una media de edad de 10,6 años, derivados de Servicios Sociales y de Clínicas de Salud Mental, que habían tenido una exposición a trauma interpersonal. Más del 50% de los menores habían experimentado múltiples eventos traumáticos, incluyendo separación y pérdida, testimonio de violencia, abuso físico, abuso sexual, negligencia física y abuso emocional. Los resultados mostraron que el 24% de los/as menores cumplían criterios para diagnóstico de TEPT. Además, realizaron análisis para valorar el TEPT parcial. Los que cumplían 2 y 3 síntomas no diferían significativamente entre ellos sobre ninguna variable, pero sí diferían del grupo que cumplía 1 síntoma. En este sentido, los/as participantes de 2 y 3 síntomas experimentaron mayor malestar por sus síntomas y más fuerte alteración en funcionamiento social, escolar y total que los que tenían 1 síntoma. Estos datos muestran evidencias que es necesario evaluar tanto la intensidad de los

síntomas, como su relación con la alteración del funcionamiento cotidiano, con el objetivo de proporcionar la intervención psicológica necesaria en función del número de criterios presentados.

Recientemente, Rincón et al. (2010) estudiaron el estrés postraumático en una muestra formada por 75 menores chilenos de entre 8 y 18 años que habían sufrido abuso sexual o violación. Los resultados apuntan una prevalencia para el diagnóstico completo de TEPT según DSM-IV-TR del 21,3% de los participantes. Por otra parte, estimaron la prevalencia del estrés postraumático parcial. En este caso, la prevalencia adicional fue de un 16%. Es decir, que el 37,3% de los menores presentaba al menos 2 criterios para TEPT.

Los datos iniciales de la base de datos de la Child and Adolescent Needs and Strengths (CANS) de Lyons (1999), donde realizaron un screening de 7.668 menores tutelados por el Departamento de Menores y Servicios Familiares de Illinois, encontraron que el 44% de estos niños/as habían estado expuestos al abuso sexual, abuso físico o violencia de género, el 49% habían sufrido negligencia, y el 16% habían sufrido abuso emocional. El 63% de estos niños/as presentaron síntomas relacionados con el trauma, incluyendo pero no limitándose a TEPT. Sólo el 5,5% de los/as menores con síntomas de trauma tenían puntuaciones que incluían Reexperimentación y Evitación de acuerdo con los criterios de TEPT.

En el estudio de Oswald et al. (2010) en menores tutelados con múltiples traumas, se encontró, que teniendo en cuenta los criterios DSM, obteníamos una prevalencia de TEPT del 15%, sólo 3 de 20 menores eran identificados, mientras que si sólo se requerían 2 de 3 grupos sintomáticos (PI-EV, PI-HI o EV-HI) los propios niños/as referían que 3 de ellos tenían sintomatología, y 9 de ellos si la información la proporcionaban sus cuidadores.

En la siguiente *tabla (11.1)* aparecen investigaciones que han informado de TEPT parcial.

**Tabla 11.1. Investigaciones que informan de TEPT Parcial.**

AUTORES	EDAD	N	EVENTO TRAUMÁTICO (MUESTRA)	INSTRUMENTO	TEPT PARCIAL AL MENOS 1 CRIT (PI o EV o HI)	TEPT PARCIAL AL MENOS 2 CRIT (PI-EV o PI-HI o EV-HI)	TEPT DSM-IV 3 CRIT (PI-EV-HI)
Aaron et al., 1999	8-17	40	Daño cerebral	RI (IES)	72,5%	47,5%	22,5%
Boyer et al., 2000	11-24	64	Lesion medular	CPSS (PDS)		31,3%	25,4%
Copeland et al., 2007	9-13	1420	Mixto (población normal)	CAPA	0,2%		0,03 %
	14-16				0,6%		0,1%

Rincon et al. 2010	8-18	75	Violencia sexual	CPSS		37,3%%	21,3%
CANS		7668	Maltrato mixto (tutelados)			5,5%	0%
Oswald et al. 2010	7-16	20	Múltiples traumas (tutelados)	UCLA-PTSD		Cuidadores: n 9 Niños: n 3	15% (n 3)

Esto puede estar relacionado con el hecho de las limitaciones de los criterios diagnósticos y los instrumentos estandarizados disponibles (Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool, 2003). En 8 de los síntomas del diagnóstico se requiere la descripción verbal de la experiencia, y de los pensamientos y sentimientos que les evoca. No tienen en cuenta el hecho de que los niños y niñas más pequeños tienen unas capacidades de procesamiento cognitivo y lingüístico limitado, por lo que no pueden expresar con palabras el trauma que experimentaron (Scheeringa et al., 1995; Scheeringa et al., 2001; Stafford, Zeanah y Scheeringa, 2003). Además, los síntomas son más difíciles de detectar a través de su comportamiento o por medio de informe de los padres (Scheeringa et al. 2006), dependiendo entonces la detección del trastorno de la cuidadosa integración del conocimiento de los profesionales sobre el desarrollo infantil y la expresión de los síntomas (Cook-Cottone, 2004). Puede pasarse por alto este trastorno en la evaluación del investigador, realizando por tanto una subestimación del grado de estrés (Dubner y Motta, 1999).

El DSM-IV dio varios pasos hacia adelante con la introducción de modificaciones evolutivas: criterio A2 ("La experiencia de un trauma con comportamientos desestructurados o agitados"), criterio B ("Revivir el trauma a través del juego repetitivo o sueños terroríficos"), sin embargo los grupos de síntomas C (Evitación y Embotamiento) y D (Hiperarousal), no recibieron modificaciones basadas en la edad de desarrollo (APA, 2000). Además, los criterios de duración siguen siendo los mismos.

El TEPT Parcial se ha definido de varias maneras, para Manne et al. (1998) indican que se refiere a cumplir 2 de 3 grupos de síntomas (Reexperimentación, Evitación, Hiperarousal). Para otros autores como Blanchard et al. (1995, 1996, 1998), Hickling y Blanchard (1992) y Schnurr et al. (2002), el TEPT parcial estaría compuesto por los sujetos que cumplirían el criterio B establecido en el DSM-IV, es decir, tendrían por lo menos un síntoma de Reexperimentación, y el Criterio C (síntomas de Evitación) o el D (síntomas de Hiperactivación), pero no ambos. Otros amplían la definición, añadiendo el criterio F de deterioro clínico. Así, sería TEPT parcial cuando se cumple 3 de 4 criterios (Reexperimentación, Evitación, Hiperarousal, Deterioro), según Boyer et al. (1999 a, b).

Como podemos observar, aún no hay acuerdo respecto a la utilización y definición de este subsíndrome (McMillen, North y Smith, 2000), pero sí amplia coincidencia en

valorar que los criterios DSM no permiten detectar adecuadamente el Trastorno por Estrés Postraumático, en consecuencia, la ausencia de TEPT completo no demuestra que los trastornos por trauma no están presentes. Esta opinión es coherente con la conclusión de que los niños/as con síntomas subclínicos de estrés post-traumático pueden estar funcionalmente afectados, presentando deterioro significativo en su funcionamiento psicosocial y ocupacional, como los niños/as con diagnóstico de TEPT completo (Carrión et al., 2002; Marshall et al., 2001; Pfefferbaum, 1997). Además éstos suelen buscar también ayuda para sus síntomas (por ejemplo, Stein et al., 1997).

Esto hace que sea conveniente considerar de necesidad terapéutica cuando los/as menores tienen niveles de afectación subsindrómica (Báguena, 2001; McMillen et al., 2000; Orengo-García, 2002; Oswald et al., 2010), por su repercusión tanto en la práctica clínica, como en contextos forenses (Araña, Bussé i Oliva y Pedreira, 2006; Carrión et al., 2002). Autores como Blanchard et al. (1996) sugieren además que seguimientos realizados en pacientes que presentan TEPT parcial han mostrado que éste puede convertirse en TEPT en el breve período de un mes y esta posibilidad aumenta significativamente si el período que transcurre es mayor (en torno al año).

La discusión continúa sobre si se deben crear criterios por separado para la población infantil debido a las diferencias de interpretación única del trauma, la manifestación de síntomas y la expresión del afecto (Scheeringa et al., 2003). Los síntomas que mayor debate han creado en población infantil han sido los relacionados con el evento traumático (Criterio A) y con la Evitación y Embotamiento Afectivo consecuentes (Criterio C). Vamos a relatar de forma resumida cada uno de ellos, centrándonos más en el criterio C.

### **11.1. CRITERIO A1**

El Trastorno de Estrés Postraumático es el único trastorno psicológico que requiere que un evento específico se produzca para realizar su diagnóstico. Lo que nos lleva también a otra de las limitaciones en relación a los criterios diagnósticos del TEPT en el DSM-IV para población pediátrica.

En el criterio A1 se requiere que la persona haya experimentado, presenciado o le hayan explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. González de Rivera (2001) señala que una deficiencia notable en el DSM-IV es la confusión de los conceptos de trauma, acontecimiento estresante y sobrecarga, sin que ninguno de ellos llegue a ser definido

adecuadamente. En este sentido, se han encontrado estudios que critican que este criterio es demasiado restrictivo, no incluyendo por ejemplo estresores de baja magnitud.

Así, en una encuesta de población general, Mol et al. (2006) encontraron que los eventos diarios (por ejemplo, padres divorciados, desempleo) generaban síntomas de TEPT. Lloyd y Turner (2003) también apuntan que éstos podrían ser predictores de manera distal del TEPT.

Otro estudio es el de Copeland, Keeler, Angold y Costello (2010), que realizaron un seguimiento a lo largo de 16 años a una muestra comunitaria de 1.420 menores de 9, 11 y 13 años. Encontraron que incluso entre los jóvenes que no habían sufrido a lo largo de su vida un factor de estrés extremo, el haberse expuesto a un estresor de baja magnitud predijo síntomas de TEPT.

También se considera un tema a debate la forma en la que un evento puede significar una amenaza para la vida, como sugiere Mol et al. (2006). Según parece, la exposición a eventos traumáticos por los medios de comunicación, algo que no constituye un trauma según el DSM-IV, ha generado síntomas de TEPT, en este sentido uno de los acontecimientos más estudiados en los últimos años es el atentado terrorista ocurrido el 11 de Septiembre de 2001 en los EEUU. Varios autores han estudiado si el sólo hecho de haber visto imágenes del evento por los medios de comunicación, aunque haya sido desde zonas geográficamente lejanas, ha provocado síntomas de estrés postraumático. Este hecho se ha corroborado en adultos, como por ejemplo Ahern et al., 2002; Blanchard, Rowell, Kuhn, Rogers y Wittrock, 2005; DeLisi et al., 2003; Galea et al., 2002; Lawyer et al., 2006; Silver, Holman, McIntosh, Poulin y Gil-Rivas, 2002; y también en población infantil (Duggal, Berezkin y John, 2002; Gil-Rivas, Holman y Silver, 2004; Schuster et al., 2001), incluso en otros países como en Londres, Holmes et al. (2007), donde encontraron una prevalencia de síntomas TEPT de moderados a severos con deterioro funcional a los 2 meses del evento de 14,5% y a los 6 meses de 9,2%.

Además, nos encontramos que en determinadas poblaciones, como por ejemplo los/as menores que sufren violencia intrafamiliar, presentan características únicas, algunas de las cuales cambian asunciones sobre la conceptualización y el diagnóstico de TEPT. En estos casos el evento es de naturaleza crónica, por lo que puede no haber un estado pre-trauma identificable del funcionamiento del/la menor, puede no haber un evento traumático específico que destaque, y los episodios de violencia pueden no suponer una amenaza para su vida.

## 11.2. CRITERIO A2

Si continuamos con el siguiente criterio en el DSM-IV para el diagnóstico TEPT, la persona que ha experimentado un evento traumático debe responder con temor, desesperanza o un horror intensos, siendo más posible en la presentación del trastorno infantil un comportamiento desestructurado o agitado.

Sin embargo, se han encontrado resultados en los últimos años que cuestionan los aspectos específicos de este criterio: se ha demostrado que no todos los eventos traumáticos que causan daño durante mucho tiempo implican única o mayormente horror. Otras emociones que pueden provocar los eventos traumáticos son: la ira, la culpa, la vergüenza, la tristeza y el embotamiento. Incluso DePrince (2001) encontró que la intensidad de la traición en un evento fue mejor predictor de sintomatología más negativa que la intensidad de miedo.

En un estudio realizado recientemente, Hathaway, Boals y Banks (2010), evaluaron las reacciones emocionales que siguieron a un evento estresante en una muestra de estudiantes universitarios y su asociación con TEPT. Los resultados encontrados mostraban un apoyo mixto para los criterios del DSM-IV. Por un lado, los participantes que experimentaron una emoción dominante de miedo informaron de sintomatología TEPT relativamente alta y por otro, los que habían experimentado ira, repugnancia y tristeza, refirieron síntomas TEPT de gravedad equivalente. Además, los sujetos informaron otras emociones dominantes como tristeza, asco, culpa y vergüenza, con más frecuencia que miedo.

Además, muchas formas de victimización implican pérdidas (Becker-Blease y Freyd, 2005). El abandono de los progenitores, los centros de acogida o la pérdida de relación con su familia biológica son ejemplos comunes de duelos traumáticos. Las experiencias de los supervivientes de la pérdida, la traición, la vergüenza, el estigma y el aislamiento aún no se han considerado rigurosamente como terror.

## 11.3. CRITERIO C

El criterio C (Evitación) es un criterio polémico en el DSM (Araña et al., 2006; Bryant et al., 2004; Scheeringa et al., 2006), teniendo sus limitaciones repercusiones en la práctica clínica diaria (Koch, O'Neill y Douglas, 2005). Estos síntomas de evitación y embotamiento suelen ser los que presentan las tasas de incidencia más bajas tanto en población infantil como adulta, y se evocan más tarde, como refieren algunos autores



(McMillen et al., 2000). Estos autores, en su estudio, evaluaron el TEPT en una muestra de 130 supervivientes del terremoto de California 3 meses después, y no encontraron la presencia de síntomas de Evitación aislados ni junto a Pensamientos Intrusivos.

Rincón (2003) también encontró una prevalencia menor de síntomas de Evitación, especialmente el de “Dificultad para recordar algún aspecto importante del suceso traumático” (18%) y “Sensación de futuro desolador” (38%), en una muestra de mujeres españolas víctimas de violencia de género.

En niños/as y adolescentes hallamos igualmente estudios con diversas poblaciones que resaltan la menor prevalencia del grupo de síntomas de Evitación/Embotamiento, criterio C, que el resto de síntomas. Así, por ejemplo, con lesiones físicas (Aaron et al., 1999; Boyer et al., 2000; Herskovits, Gerring, Davatzikos y Bryan, 2002; Scheeringa et al., 2006), con víctimas de accidentes de tráfico (Keppel-Benson, Ollendick y Benson, 2002; McDermott y Cvitanovich, 2000; Meiser-Stedman, Smith, Glucksman, Yule y Dalgleish, 2008) y con niños/as expuestos a violencia de género (Mertin y Mohr, 2002). (ver tabla 11.2)

**Tabla 11.2. Estudios que informan sobre la prevalencia de los tres grupos sintomáticos.**

AUTORES	EDAD	N	EVENTO TRAUMÁTICO (MUESTRA)	INSTRUMENTO	PI (1 SÍNT) (CRIT B)	EV (3 SÍNT) (CRIT C)	HI (2 SÍNT) (CRIT D)
Landolt, Boehler, Schwager, Schallberger y Nuessli, 1998	5-16	23	Alto riesgo: accidente tráfico, quemados, cáncer	PSS-I	91%	70%	52%
		11	Bajo riesgo: cirugía menor		64%	36%	18%
Aaron et al., 1999	8-17	40	Daño cerebral	RI (IES)	68%	25%-	50%
Boyer et al., 2000	11-24	64	Lesion medular	CPSS (PDS)	57,8%	50%-	59,4%
McDermott y Cvitanovich, 2000	8-13	26	Accidente tráfico		40%	8%-	28%
Herskovits et al., 2002	4-19	94	Traumatismo craneal cerrado	DICA	44%	13%-	59%
Keppel-Benson et al., 2002	7-16	50	Accidente tráfico	DICA-R	56%	16%-	24%
Carrion et al., 2002	7-14	59	Mixto (sobre todo maltrato)	CAPS-CA (CPSDRI K-SADS-PL CBCL)	76%	51%	46%
Mertin y Mohr, 2002	8-16	56	Violencia género		91%	20%-	89%
Copeland et al., 2007	9-13	1420	Mixto (población normal)	CAPA	2%	No informa	No informa
	14-16				2,3%		
Scheeringa et al., 2006	7-11	11	Daño agudo	Entrevista propia creada en base al DSM-	54,5%	9,1%-	36,4%
	12-18						

		29		IV	41,4%	17,2%-	41,4%
Meiser-Stedman et al., 2008	6-10 años	51	Accidente tráfico		65%	21%-	56%

- Prevalencia más baja de Evitación (criterio C) que en los demás síntomas (PI e HI)

Como sostienen Maes et al. (1998) y Mylle y Maes (2004), por tanto, es razonable asumir que en el DSM-IV el criterio C es demasiado restrictivo y que los criterios B y D, respecto al C, no estén bien balanceados.

También se ha argumentado que los niños/as presentan menos síntomas de evitación/embotamiento que los niños/as mayores y adultos (Mongillo et al., 2009; Scheeringa, et al., 2006; Yule, 2001). Los estudios empíricos del mismo modo han planteado serias dudas sobre la conveniencia de este umbral de 3 síntomas en el criterio C para los niños/as (Bryant et al., 2004; Meiser-Stedman et al., 2008; Scheeringa et al., 2006).

Algunos expertos en el tema creen que se debería bajar el umbral para considerar la conducta de evitación (Portnova, 2007; Scheeringa et al., 2003; Scheeringa, et al., 2006).

#### 11.4. RESUMEN

El Trastorno por Estrés Postraumático ha sido uno de los trastornos que más polémica ha generado desde su inicio.

El manual DSM tiene una estructura principal del TEPT homogénea: Reexperimentación, Evitación y Activación (Weiss y Marmar, 1997). Los criterios exigidos en la versión actual (DSM-IV-TR), son 1 síntoma de Reexperimentación, 3 de Evitación y 2 de Hipervigilancia. La opinión más generalizada en la actualidad es que con estos criterios se aumenta el umbral para el diagnóstico de TEPT (Oswald et al., 2010; Sass et al., 2009), lo que deja muchos casos sin diagnosticar y tratar. Está en debate la aplicabilidad de los criterios del DSM a la infancia (Nader, 2004; Scheeringa et al., 2006; Tierney, 2000). Pese a la notable exposición de los/as menores a eventos traumáticos, varios estudios en niños/as pequeños/as que examinan las tasas de TEPT utilizando criterios DSM-IV, encontraron que son sorprendentemente bajas (Zeanah, 2010). Además, diversos autores (Cohen y Scheeringa, 2009; Margolin y Gordis, 2004; Terr, 1991), señalan que la mayoría de menores no reúne criterios para diagnosticar este trastorno, si los síntomas son los designados para adultos en el DSM. Esto puede estar relacionado con el hecho de las limitaciones de los criterios diagnósticos y los instrumentos estandarizados disponibles (Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool, 2003).

Existe suficiente documentación para afirmar que la sintomatología parcial es muy frecuente (Aaron et al., 1999; Cuffe et al., 1998). De hecho, en la última década se han propuesto diversas sugerencias respecto a la posibilidad de asignar un diagnóstico de TEPT parcial (Schützwohl y Maercker, 1999). Aunque no hay acuerdo respecto a la utilización y definición de este subsíndrome (McMillen, North y Smith, 2000), sí existe una amplia coincidencia en valorar que los criterios DSM no permiten detectar adecuadamente el Trastorno por Estrés Postraumático, en consecuencia, la ausencia de TEPT completo no demuestra que los trastornos por trauma no están presentes.

Los síntomas que mayor debate han creado en población infantil han sido los relacionados con el evento traumático (Criterio A) y con la Evitación y Embotamiento Afectivo consecuentes (Criterio C).

El TEPT es el único trastorno psicológico que requiere que un evento específico se produzca para realizar su diagnóstico. Se han encontrado estudios que critican que este criterio (A1) es demasiado restrictivo, no incluyendo por ejemplo estresores de baja magnitud. También se considera un tema a debate la forma en la que un evento puede significar una amenaza para la vida.

Por otro lado, el criterio A2 requiere que la persona que ha experimentado un evento traumático debe responder con temor, desesperanza o un horror intensos, siendo más posible en la presentación del trastorno infantil un comportamiento desestructurado o agitado. Sin embargo, se han encontrado resultados en los últimos años que cuestionan los aspectos específicos de este criterio: se ha demostrado que no todos los eventos traumáticos que causan daño durante mucho tiempo implican única o mayormente horror, sino otras emociones.

El criterio C (Evitación) es el criterio más polémico en el DSM (Araña et al., 2006; Bryant et al., 2004; Scheeringa et al., 2006), teniendo sus limitaciones repercusiones en la práctica clínica diaria (Koch, O'Neill y Douglas, 2005). Estos síntomas de evitación y embotamiento suelen ser los que presentan las tasas de incidencia más bajas tanto en población infantil como adulta, y se evocan más tarde, como refieren algunos autores (McMillen et al., 2000). Indicando algunos expertos en el tema que se debería bajar el umbral para considerar la conducta de evitación (Portnova, 2007; Scheeringa et al., 2003; Scheeringa, et al., 2006).

## **CAPÍTULO 12: PROPUESTAS DE FUTURO: REACCIONES POSTRAUMÁTICAS EN EL PRÓXIMO DSM, EL DSM-V.**

Este último capítulo de la parte teórica recoge las líneas de trabajo futuras que expertos en el tema del TEPT infantil están realizando y que quedan recogidas en las propuestas que se están actualmente debatiendo para la siguiente versión del manual DSM cuya publicación está prevista para el año 2013.

En primer lugar se describe la propuesta de un nuevo diagnóstico TEPT para la población infantil preescolar, hasta los 6 años.

En segundo lugar se hace referencia a la reformulación de los criterios diagnósticos de TEPT en adultos con las notas referentes a los niños/as de edad escolar y adolescente.

Por último se destaca la inclusión de un nuevo trastorno denominado Trastorno de Trauma del Desarrollo (Developmental Trauma Disorder, DTD) que tiene como objetivo capturar el espectro de los síntomas de los niños/as expuestos a la violencia interpersonal y con deficiencias en su cuidado.

Es imprescindible destacar que varios grupos expertos, como el grupo de trabajo de TEPT, el de Trastornos Disociativos y el grupo de trabajo de Trastornos de la infancia y adolescencia, se encuentran en la actualidad debatiendo las nuevas propuestas que han surgido en torno al trauma y su impacto en la expresión de la psicopatología en niños/as y adolescentes (APA, DSM-V Development, 2010).

El debate se centra en tres temas principales:

1. Propuesta de incluir un nuevo Trastorno por Estrés Postraumático para menores de edad preescolar en la categoría de Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia.
2. Propuesta de modificar los criterios para TEPT en adultos, con anotaciones sobre la presentación de éste en niños/as de edad escolar y adolescentes.
3. Propuesta de incluir un nuevo trastorno denominado Trastorno de Trauma del Desarrollo (Developmental Trauma Disorder, DTD).

Vamos a describir de manera resumida los cambios propuestos.

### **12.1. NUEVO DIAGNÓSTICO TEPT PARA NIÑOS Y NIÑAS DE EDAD PREESCOLAR**

El reto de incorporar en el DSM-V una perspectiva de desarrollo en el Trastorno de Estrés Postraumático para menores en edad preescolar requiere una mejora por parte de los profesionales en el conocimiento sobre esa época del desarrollo (Pynoos et al., 2009).

Scheeringa y colaboradores están trabajando desde hace décadas en criterios alternativos a los del DSM-IV, sensibles para TEPT infantil (Scheeringa et al., 1995; Scheeringa et al., 2001). En su trabajo de 2003, Scheeringa et al. recomiendan un algoritmo definitivo que es el que se propone actualmente y está en estudio por la APA. Sería: 1 síntoma del Criterio B (Reexperimentación) + 1 síntoma del Grupo C (Evitación) + 2 síntomas de la Categoría D (Hiperactivación), reduciendo el umbral del criterio de evitación de 3 síntomas a 1 (Zeanah, 2010). Estos criterios también se han adoptado en la última actualización del manual de diagnóstico para los niños/as pequeños (Zero to Three, 2005).

Numerosas investigaciones son las que avalan este cambio. Así por ejemplo, Scheeringa et al. (2003) encontró que 68% de los niños/as traumatizados en su muestra reunió el requisito de tener 1 síntoma de Reexperimentación y el 45% cumplió con el

requisito de 2 síntomas de Hiperactivación. Aunque el 39% de los niños/as tenían al menos 1 síntoma de Evitación / embotamiento, sólo el 2% cumplieron con el criterio de 3 síntomas de Evitación / embotamiento.

Los estudios publicados inicialmente sobre la validez de los criterios alternativos para el diagnóstico TEPT se basan especialmente en datos recogidos por Scheeringa y sus colaboradores en Estados Unidos (Por ejemplo, Scheeringa et al., 1995, 2001, 2003) y se centra en los niños/as que han sufrido maltrato directo y/o expuestos a violencia de género. Estudios posteriores estudian otras poblaciones como menores sometidos a procedimientos médicos invasivos (Dehon y Scheeringa, 2006) y sobrevivientes de desastres naturales (Scheeringa y Zeanah, 2008).

La evidencia se apoya en dos tipos de propuestas, como indica Scheeringa, Zeanah y Cohen (2010). Una de ellas es que las manifestaciones del TEPT en esta etapa del desarrollo están garantizadas en los criterios A al D y la segunda es que el umbral del criterio C se disminuye de 3 a 1 síntoma para su diagnóstico.

En la siguiente *tabla (12.1)* podemos ver los estudios que reflejan la validez de los nuevos criterios diagnósticos para población preescolar.

**12.1. Estudios que recogen la validez de los nuevos criterios diagnósticos para población preescolar.**

AUTORES	EDAD	N	MUESTRA	EVENTO TRAUMÁTICO	CRITERIOS DSM-IV 1PI+3EV+2HI	CRITERIOS DSM-V 1PI+1EV+2HI
Scheeringa et al., 1995*	1-3	12	Múltiples traumas, muestra clínica	Mixto	13%	69%
Scheeringa et al., 2001*	1-3	15	Múltiples traumas, muestra clínica	Mixto	20%	60%
Levendosky et al., 2002*	3-5	62	Contratados	Violencia género	3%	26%
Ohmi et al., 2002*	2-6	32	Contratados	Explosión de gas	0%	25%
Scheeringa et al., 2003	1-6	62	Contratados	Mixto	0%	26%
Stoddard et al., 2006	1-3 años	52	Unidad de quemados	Quemados	No información	29%
Egger et al., 2006	2-5	314	Muestra pediátrica	Mixto	0,2%	0,6%
Scheeringa et al., 2006	1-6	21	Nivel I de Trauma Center	Mixto	4,8%	14,3%
Scheeringa et al., 2008, comunicación personal	3-6	276	Traumatizados y contratados	Accidente tráfico /violencia de género /huracán	12%	41%
Gleason, 2008, comunicación personal	2-5	349	Muestra pediátrica	Mixto	0%	0,2%
Ghosh-Ippen, Lieberman y van Horn, 2008 comunicación personal*	0-6	158	Contratados	Violencia de género	0-3: 2 % 4-6: 1%	0-3: 47% 4-6: 39%

Tomado de Zeanah, 2010

\*En los estudios de Scheeringa et al., 1995, Scheeringa et al., 2001; Levendosky et al., 2002, Ohmi et al., 2002 y Ghosh-Ippen et al., se utilizaron los criterios experimentales de 1 PI-1EV-1HI y 1 criterio E (nuevos temores y agresiones)

Otros estudios más actuales siguen destacando la capacidad de diagnosticar mejor el TEPT en los niños/as pequeños por los criterios alternativos propuestos por Scheeringa. Así por ejemplo, Cohen y Gadassi (2009) utilizaron por primera vez estos criterios en terrorismo. Evaluaron una muestra de 29 menores israelíes con edades entre los 3,5 años y los 6,5 años que han estado expuestos a terrorismo en comparación con un grupo de 25 niños y niñas de 4 a 7 años no expuestos/as. El 7% del grupo expuesto cumplió requisitos para el diagnóstico de TEPT según criterios DSM-IV (1PI+3EV+2HI), mientras que si usaban los criterios alternativos para el DSM-V propuestos por Scheeringa et al. (2003) (1PI+1EV+2HI), se encontraba TEPT en el 24 % de los/as menores. El grupo no expuesto no cumplió criterios para TEPT. Los criterios DSM-IV dejaron a niños/as muy sintomáticos sin diagnosticar.

## **12.2. REFORMULACIÓN DE LOS CRITERIOS TEPT PARA ADULTOS CON NOTAS REFERENTES A NIÑOS Y NIÑAS DE EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES**

Se han propuesto modificaciones para los criterios diagnósticos TEPT en adultos y también para niños de edad escolar y adolescentes. Vamos a comentar algunas de las más destacadas.

- Criterio A:

Por un lado se amplía y se redacta de manera más precisa el concepto de evento traumático en el criterio A1. Se reconoce que el evento al que una persona se expone puede ser uno o varios. Además, las formas de exposición pueden ser: experimentándolo por él mismo/a, siendo testigo, al enterarse de que a alguien le ha ocurrido algo violento o accidental, y experimentando repetidas exposiciones o una aversión extrema a los detalles del evento. No se incluye la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o imágenes. Todavía se está debatiendo la posibilidad que para la población infantil se incluya la pérdida de una figura de apego importante.

Se elimina el criterio A2 sobre la reacción emocional al evento, ya que como los expertos destacan, esto no tiene utilidad en relación al diagnóstico de TEPT.

- Criterio B:

Se reconocen las reacciones disociativas, modificando la redacción del criterio B3. Ya autores como Lanius et al. (2010) demandaba un subtipo de TEPT caracterizado por sobremodulación (es decir, el exceso de inhibición) de las emociones cuando, al exponerse a un recuerdo traumático se produce una desconexión subjetiva del contenido emocional de la memoria traumática a través de la despersonalización o respuestas de desrealización. Este experto destaca que las poblaciones con una mayor probabilidad de presentar este tipo de sintomatología son las personas que han sufrido un trauma crónico, es decir, un trauma complejo, como el abuso en la infancia o la exposición a combate. En este sentido, existe una considerable evidencia de que los niños/as pequeños tienen una mayor capacidad innata disociativa, que se va disminuyendo gradualmente con la edad (Putnam, 1997). Esto puede repercutir en que los niños/as traumatizados hacen un mayor uso de la disociación como una forma de luchar con los efectos abrumadores del trauma que conducen a síndromes clínicos de TEPT. Esto también se ha encontrado entre los adultos que presentan síntomas de disociación, correlacionándose con el abuso físico y sexual en su temprana infancia (Chu, Frey, Ganzel y Matthews, 1999; Lanius et al., 2010).

- Criterio C:

Una de las mayores controversias es el criterio C, que ha sido dividido en dos, por un lado Evitación y por otro Embotamiento, ya que existen distintos tipos de líneas de investigación con apoyo empírico que sostienen la distinción entre estas categorías de síntomas, basadas en la correlación entre ambas sintomatologías, la estructura factorial que presentan las categorías, los efectos diferenciales del tratamiento o el pronóstico (Asmundso, Stapleton y Taylor, 2004).

El criterio de Evitación (nuevo C) se ha reducido el umbral de 3 a 1 síntoma.

- Criterio D:

Se incluye un nuevo criterio D (alteración en las cogniciones negativas y estado de ánimo) se necesitan 3 síntomas para adultos y 2 para niños/as y adolescentes.

El criterio D anterior (DSM-IV) es el nuevo criterio E, para el que se requiere un síntoma más que antes para los adultos (3), sin modificarse para los niños/as y adolescentes (2).

En el *Anexo I* aparecen de manera detallada los cambios propuestos para el diagnóstico en el DSM-V en cada uno de los grupos sintomáticos del TEPT.



Por otro lado, Scheeringa y colaboradores, siguiendo la misma línea propuesta para la población preescolar, están estudiando la posibilidad de que también en la edad escolar y adolescente se puedan utilizar los criterios alternativos para los más pequeños/as. En este sentido, la evidencia es más limitada y son necesarios más datos sobre la validez discriminante y predictiva de los criterios alternativos de Scheeringa en este grupo de población (Scheeringa et al., 2010; Zeanah, 2010).

De lo que sí existe evidencia es de que las modificaciones en los criterios de Trastorno de Estrés Posttraumático A-D, incluyendo menos síntomas de la categoría C, puede facilitar el diagnóstico preciso en este grupo de edad (Scheeringa et al., 2010).

Los estudios de niños/as en edad escolar que han producido tasas por separado de cada criterio han demostrado que el criterio C se presentó con menos frecuencia que los criterios B y D (McDermott y Cvitanovich, 2000).

Un examen de los estudios utilizando criterios DSM-IV indica que en 7 de los 10 estudios, la tasa de criterio C es inferior a la tasa de criterios B y D. Esto es coherente con la literatura de adultos (Kilpatrick y Resnick, 1993).

En un estudio de víctimas de graves lesiones, Scheeringa et al. (2006) entrevistaron a sus padres dos meses más tarde. Ellos demostraron que cuando el umbral de la categoría C se rebajó de 3 síntomas de 1, en el grupo de menores de 7 a 11 años, las tasas de criterio C pasaron de 9.1% a 45.5%. En comparación, cuando esto se realizó en el grupo de adolescentes, de 12 a 18 años, las tasas de criterio C pasaron del 17% al 62%. La prevalencia de criterio C no aumentó cuando el umbral se redujo de 3 a 2 síntomas. Esto sugiere que los estudios futuros deberían examinar el impacto de la reducción del umbral del criterio C para todos los niños/as en edad escolar y adolescente. El diagnóstico TEPT según el DSM-IV con 1PI-3EV-2HI dio como prevalencia un 9,1% aumentando al 18,2% si utilizaban los nuevos criterios (1PI-1EV-2HI), un aumento similar ocurrió con los/as adolescentes, que fue del 3,4% al 20,7%.

Igualmente, en el trabajo de Meiser-Stedman et al. (2008) con 51 menores de 6 a 10 años que habían sufrido accidentes de tráfico, se compararon los porcentajes de prevalencia de TEPT encontrados en los/as menores utilizando los criterios alternativos de Scheeringa et al. (2003) y los referidos en el DSM-IV. En relación al criterio C de Evitación, cuando se requerían 3 síntomas se obtuvo una prevalencia del 21% de TEPT mientras que si era solamente 1, el TEPT se encontró en el 67% de los participantes.

### **12.3. INCLUSIÓN DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO: DEVELOPMENTAL TRAUMA DISORDER (DTD)**

Como reconoce la AACAP (2010), nuevas alternativas al Trastorno por Estrés Postraumático en población infantil, como por ejemplo el Developmental Trauma Disorder (DTD), están siendo objeto de estudio por los grupos de trabajo expertos en el trauma para su inclusión en el futuro DSM-V.

Desde hace dos décadas aproximadamente, un gran número de investigadores que estudian los efectos del trauma sobre el funcionamiento psicológico (Breslau et al., 1991; Cole y Putnam, 1992; Luxenber, Spinazzola y van der Kolk, 2001) han mostrado que el Trastorno por Estrés Postraumático recoge sólo un limitado aspecto de la psicopatología postraumática, y especialmente en niños/as (por ejemplo Brett, Spitzer y Williams, 1988; Briere, 1988; Cole y Putnam, 1992; Scheeringa et al., 1995; Scheeringa et al., 2003; Summit, 1983; Terr, 1979).

El estrés postraumático en la infancia no se produce de forma aislada, sino que se caracteriza por la coexistencia, a menudo crónica, de tipos de victimización y otras experiencias adversas (Anda et al., 2006; Dong, Anda, Dube, Giles y Felitti, 2004; Pynoos et al., 2008; Spinazzola et al., 2005; van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday y Spinazzola, 2005).

El DSM no distingue claramente entre la presentación clínica de la exposición a un solo trauma frente a uno múltiple (Busuttil, 2009).

Clínicos e investigadores, entre ellos Briere (1987, 1992), Courtois (1988), Finklehor (1984) y Herman (1992 a, 1992 b), argumentaron que el diagnóstico TEPT no era adecuado para las reacciones experimentadas por víctimas de abuso infantil y trauma doméstico y otras poblaciones donde la traumatización ocurrió de forma repetida y/o extensa (como cautiverio, prisioneros de campos de concentración, prisioneros de guerra, víctimas de la tortura, explotación sexual, etc.), de tal manera que la exposición prolongada al trauma condiciona el desarrollo de la personalidad del individuo. Como señalan Cook et al. (2005) y van der Kolk (2005), el diagnóstico de TEPT no captura los efectos del desarrollo en la exposición a trauma complejo.

Al evaluar a menores tutelados, se observa una variedad de alteraciones psicológicas, pero ninguno de estos diagnósticos independientes recoge sus profundas alteraciones en el desarrollo ni los orígenes traumáticos de sus particulares presentaciones clínicas (Oswald et al., 2010; van der Kolk, 2001).

A pesar de que muchos niños/as con historias de trauma complejo presentan algunos síntomas de TEPT, múltiples investigaciones muestran que el diagnóstico de este trastorno no responde adecuadamente y no captura los síntomas de los/as menores que

son víctimas de la violencia interpersonal en el contexto de un deficiente cuidado (van der Kolk et al., 2009).

Debido a que no hay otras opciones disponibles de diagnóstico en la actualidad, estos síntomas tienen que ser relegados a una variedad de trastornos comórbidos aparentemente sin relación (van der Kolk et al., 2009).

Después de conocer todos estos datos, es fundamental encontrar una salida a este laberinto de múltiples diagnósticos comórbidos y definir una nueva categoría de diagnóstico que capture la abundancia de síntomas de estos niños/as.

Esta comorbilidad en la sintomatología TEPT apoyó la existencia de lo que Pelcovitz et al. (1997) denominó **Trastorno de Estrés Posttraumático Complejo (TEPTC)**, diagnosticado en la categoría de Trastorno por Estrés Extremo No Especificado (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified, **DESNOS**).

El perfil de la sintomatología DESNOS fue identificado en muchos estudios e investigaciones clínicas y ha recibido atención generalizada en el campo del trauma en los últimos años. Se identificaron alteraciones en 6 dominios de funcionamiento, que resultaban necesarios para el diagnóstico de DESNOS:

- *Alteraciones en la regulación de los impulsos y afectos.* Incluye dificultad para modular la rabia y las conductas autodestructivas.
- *Alteraciones en la atención y la consciencia,* seguido de amnesias, episodios disociativos y despersonalización.
- *Alteraciones en la autopercepción,* así como un sentido crónico de culpabilidad y de responsabilidad personal, que cursa con sentimientos de intensa vergüenza. Los individuos abusados crónicamente, a menudo interiorizan el abuso como una forma de autovaloración (Courtois, 1979a, 1979b; Pearlman, 2001).
- *Alteraciones en las relaciones con los otros.* No están preparados para intimar y confiar en otras personas.
- *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.
- *Alteraciones en el sistema de significados.* Los individuos abusados crónicamente a menudo sienten desesperación por poder encontrar a alguien que les entienda o entienda su sufrimiento. Se desesperan por recuperarse de su angustia psíquica.

Podríamos considerar que algunas de estas características suponen mecanismos adaptativos que estructuran el significado del mundo y de las relaciones en un proceso de

aprendizaje patológico, que está siendo legitimado por el resto de personas consentidoras. De esta manera, los síntomas disociativos proporcionan una respuesta protectora natural a la arrolladora experiencia traumática, que surge como una respuesta automática al estrés, surgiendo como reacciones disociativas primarias el olvido, la fragmentación y el embotamiento emocional (Kisiel y Lyons, 2001), precediendo o acompañando a la despersonalización, desrealización y amnesia.

El diagnóstico de TEPTC, a pesar de no estar incluido en el DSM-IV, excepto como síntomas asociados, encontró apoyo en diversas investigaciones, por considerar que respondía a la adaptación post-traumática en abuso severo y trauma afectivo en la infancia (Briere, 1984; Herman, Perry y van der Kolk, 1989; Kroll, 1993; van der Kolk, Perry y Herman, 1991; Zanarini, 1997).

El reconocimiento de la profunda diferencia entre el inicio del TEPT adulto y los efectos clínicos de la violencia interpersonal en los niños/as, así como la necesidad de desarrollar tratamientos eficaces para estos/as menores, fueron las principales razones para el establecimiento de la Red Nacional sobre el Estrés Traumático del Niño/a (National Child Traumatic Stress Network) en 2001.

Como indicaba López Soler et al. (2008), el DESNOS, a pesar de su carácter complejo y algo difuso, ha ido poco a poco desvelando sus síntomas característicos, transformándose en una entidad definida.

En el 2009, recientemente, van der Kolk y colaboradores, pusieron de manifiesto que el actual sistema de clasificación diagnóstica era inadecuado para las decenas de miles de menores traumatizados que reciben atención psicológica y psiquiátrica para dificultades relacionadas con el trauma y que el Trastorno por Estrés Posttraumático es una consecuencia frecuente de un solo evento traumático (Green et al., 2000).

Sugiriendo que un diagnóstico alternativo era necesario para capturar el espectro de los síntomas de los niños/as expuestos a la violencia interpersonal y las deficiencias en su cuidado, van der Kolk (2005) propuso la creación de un diagnóstico nuevo, el Trastorno del Trauma del Desarrollo (**Developmental Trauma Disorder, DTD**) y describió las áreas generales de deterioro y malestar que caracterizan a estos niños/as y adolescentes. En base a datos empíricos, observación clínica, experiencia y dos décadas de literatura sobre psicopatología del desarrollo y los efectos de las experiencias adversas y traumas en el desarrollo infantil, la National Child Traumatic Stress Network posteriormente ideó el consenso sobre los criterios propuestos para el DTD. La propuesta sobre los criterios DTD se presentan a continuación en la siguiente *tabla (12.2)*

**Tabla 12.2. Propuesta para los criterios diagnósticos DTD.**

<b>PROPUESTA DE CONSENSO PARA LOS CRITERIOS DEL TRASTORNO DEL TRAUMA DEL DESARROLLO</b>
<p><b>A. Exposición. El menor o adolescente ha experimentado o presenciado múltiples o prolongados eventos adversos durante un período mínimo de 1 año comenzando en la niñez o la adolescencia temprana, entre ellos:</b></p> <p>A. 1. Experiencia directa o ser testigo de episodios repetidos y graves de violencia interpersonal</p> <p>A. 2. Importantes perturbaciones de los cuidados de protección como resultado de los repetidos cambios en cuidador primario, la separación repetida por parte del cuidador principal, o la exposición al abuso emocional severo y persistente</p>
<p><b>B. Desregulación afectiva y fisiológica. El niño/a presenta deficiencias en competencias de desarrollo normativas relacionadas con la regulación del arousal, incluyendo al menos 2 de los siguientes:</b></p> <p>B. 1. Incapacidad para modular, tolerar o recuperarse de estados afectivos extremos (por ejemplo, el miedo, la ira, la vergüenza), incluyendo berrinches prolongados y extremos, o la inmovilización</p> <p>B. 2. Las alteraciones en la regulación en las funciones corporales (por ejemplo, alteraciones persistentes en dormir, comer, y la eliminación, sobre-reactividad o bajo-reactividad al tacto y sonidos; desorganización durante las transiciones de rutina)</p> <p>B. 3. Disminución de la conciencia / disociación de sensaciones, emociones y estados corporales</p> <p>B. 4. Deterioro de la capacidad para describir emociones o estados corporales</p>
<p><b>C. Desregulación atencional y del comportamiento: El niño/a presenta alteraciones en competencias del desarrollo normativas relacionadas con la atención sostenida, el aprendizaje o afrontar el estrés, incluyendo por lo menos 3 de los siguientes:</b></p> <p>C. 1. La preocupación por la amenaza o deterioro de la capacidad de percibir la amenaza, incluido la interpretación errónea de las señales de seguridad y peligro</p> <p>C. 2. Deterioro de la capacidad de auto-protección, incluida la extrema asunción de riesgos y la búsqueda de emociones</p> <p>C. 3. Intentos maladaptativos de auto-consuelo (por ejemplo, meciéndose y otros movimientos rítmicos, la masturbación compulsiva)</p> <p>C. 4. Autoagresión habitual (intencional o automática) o reactiva</p> <p>C. 5. Incapacidad para iniciar o mantener comportamientos dirigidos a metas</p>
<p><b>D. Desregulación del yo y en las relaciones. El niño presenta deficiencias en las competencias de desarrollo normativo en su sentido de identidad personal y la participación en las relaciones, incluso en por lo menos 3 de los siguientes:</b></p> <p>D. 1. Intensa preocupación por la seguridad de los cuidadores u otros seres queridos (incluyendo cuidado precoz) o dificultad para tolerar el contacto con ellos después de la separación</p> <p>D. 2. Persistentes negativas del sentido del yo, incluyendo impotencia, odio a si mismo, inutilidad, ineficacia o imperfección</p> <p>D. 3. Extrema y persistente desconfianza, desafío o falta de comportamiento recíproco en relaciones cercanas con los adultos o compañeros</p> <p>D. 4. Agresión física o verbal reactiva hacia los compañeros, cuidadores u otros adultos</p> <p>D. 5. Inadecuados (excesivos o promiscuos) intentos de conseguir un contacto íntimo (incluyendo pero no limitado a la dependencia de la intimidad sexual o física) o excesivos a sus compañeros o adultos para la seguridad y tranquilidad</p> <p>D. 6. Deterioro de la capacidad para regular la activación empática como se evidencia por la falta de empatía,</p>

o la intolerancia de las expresiones de angustia de otros, o la capacidad de respuesta excesiva a la angustia de los demás.
<b>E. Los síntomas del espectro postraumático. El niño exhibe al menos 1 síntoma en por lo menos 2 de los tres grupos de síntomas TEPT: reexperimentación, evitación e hiperarousal.</b>
<b>F. Duración de alteraciones (síntomas de DTD Criterios B, C, D y E) por lo menos 6 meses.</b>
<p><b>G. Deterioro funcional.</b></p> <p>La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en 2 de las siguientes áreas de funcionamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Escolar</u>: bajo rendimiento, falta de asistencia, problemas de disciplina, absentismo escolar, no realización de estudios superiores, conflictos con el personal escolar, dificultades de aprendizaje o discapacidad intelectual que no puede explicarse por factores neurológicos o de otro tipo.</li> <li>- <u>Familiar</u>: conflicto, evitación / pasividad, huida, desapego y sustitución de cuidadores, intentos de herir física o emocionalmente a miembros de la familia, no cumplimiento de las responsabilidades dentro de la familia.</li> <li>- <u>Grupo de iguales</u>: aislamiento, relaciones desadaptativas, conflicto persistente físico o emocional, evitación / pasividad, participación en actos de violencia o actos inseguros, relaciones o estilo de interacción inapropiados a la edad.</li> <li>- <u>Legal</u>: arrestos / reincidencia, detención, sentencias, encarcelamientos, violación de libertad vigilada o de otras órdenes judiciales, cada vez delitos más graves, crímenes en contra de otras personas, desprecio por la ley o por normas convencionales de moral.</li> <li>- <u>Salud</u>: enfermedades físicas o problemas que no pueden tomarse plenamente en cuenta en lesiones físicas o degenerativas, con la participación del sistema neurológico, digestivo (incluyendo los síntomas de conversión y analgesia), sexual, inmune, cardiopulmonar, sistema propioceptivo o sensorial, o fuertes dolores de cabeza (incluyendo migraña) o dolor crónico o fatiga.</li> <li>- <u>Vocacional</u> (para jóvenes involucrados o que buscan empleo, trabajo voluntario o de capacitación laboral): el desinterés en el trabajo y la vocación, la incapacidad para obtener o conservar puestos de trabajo, persistencia del conflicto con los compañeros de trabajo o supervisores, el subempleo en relación a las capacidades, fallos para conseguir avances esperables</li> </ul>

Tomado de van der Kolk et al. (2009)

La literatura de estrés postraumático, hasta hace poco, se ha centrado en gran medida en los efectos de los tipos únicos de trauma (por ejemplo, agresión sexual o abuso sexual) y en aislados diagnósticos o conjunto de síntomas (por ejemplo, Trastorno de Estrés Postraumático o el estilo atribucional).

Este trastorno ha sido desarrollado gracias al consenso entre los líderes de la National Child Traumatic Stress Network y otros investigadores expertos en el área de Psicopatología del Desarrollo.

A partir de ahora, teniendo disponibles los criterios, será posible llevar a cabo estudios para delimitar con más precisión si los niños/as los cumplen, quedando aún por realizar un gran trabajo en el futuro (van der Kolk et al., 2009).

De acuerdo con el conjunto de datos de la NCTSN, la mitad de los/as menores que reunieron criterio A de DTD también reunieron criterios para TEPT (van der Kolk et al., 2009).

En menores víctimas de malos tratos intrafamiliares se observa una mezcla de sintomatología internalizante (ansiedad, culpabilidad, baja autoestima, somatizaciones), externalizante (inquietud, falta de atención, descontrol de impulsos, ira, problemas de conducta), junto a graves problemas cognitivos (déficit funciones ejecutivas, problemas memoria, bajo rendimiento intelectual y académico), y en las relaciones interpersonales (dificultades en la modulación afectiva, reacciones desproporcionadas ante dudosos indicadores de rechazo, dependencia excesiva), por lo que hay una línea de investigación y apoyo a la formalización e inclusión de la nueva categoría diagnóstica (Carlson, 2000; Cook et al., 2005; López-Soler, 2008; López-Soler et al., 2008).

Diversos autores ya resaltan la validez del nuevo diagnóstico propuesto por van der Kolk (2005) (DTD), refiriendo que éste podría dar explicaciones útiles para las múltiples alteraciones en el desarrollo, emocionales y de comportamiento que nos encontramos en los/as menores (Busutil, 2009) y especialmente en niños y niñas que se encuentran tutelados (Oswald, Heil y Goldbeck, 2009).

El impacto de los efectos negativos del maltrato y el curso que éstos sigan en los/as menores, no es en modo alguno lineal. Las consecuencias del maltrato representan un fenómeno de mucha complejidad diagnóstica y predictiva, ya que unas víctimas generan unos problemas y no otros, estos problemas pueden agravarse o bien remitir con el tiempo, se manifiestan tardíamente o, incluso, puede haber víctimas asintomáticas y ajustadas (Cerezo, 1995; Edleson, 1999).

Podemos concluir entonces, que el campo de los estudios de estrés traumático está todavía en su infancia, y vamos avanzando poco a poco en su conocimiento. Por este motivo, es necesario usar con cuidado las formulaciones teóricas y avanzar con precaución.

#### **12.4. RESUMEN**

Después de comentar las limitaciones y dificultades que hoy día plantean los autores que trabajan en el área del TEPT infantil, también hemos querido poner de relieve que en la actualidad varios grupos expertos, entre ellos el grupo de trabajo de TEPT, el de Trastornos Disociativos y el grupo de trabajo de Trastornos de la infancia y adolescencia,

se encuentran debatiendo las nuevas propuestas que han surgido en torno al trauma y su impacto en la expresión de la psicopatología en niños/as y adolescentes (APA, DSM-V Development, 2010).

Este debate gira en torno a tres temas principales:

Uno de ellos es la propuesta de incluir un nuevo Trastorno por Estrés Postraumático para menores de edad preescolar en la categoría de Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia. En este sentido, Scheeringa y colaboradores están trabajando desde hace décadas en criterios alternativos a los del DSM-IV, sensibles para TEPT infantil (Scheeringa et al., 1995; Scheeringa et al., 2001). En su trabajo de 2003, Scheeringa et al. recomiendan un algoritmo definitivo que es el que se propone actualmente y está en estudio por la APA. Sería: 1 síntoma del Criterio B (Reexperimentación) + 1 síntoma del Grupo C (Evitación) + 2 síntomas de la Categoría D (Hiperactivación), reduciendo el umbral del criterio de evitación de 3 síntomas a 1 (Zeanah, 2010). Estos criterios también se han adoptado en la última actualización del manual de diagnóstico para los niños/as pequeños (Zero to Three, 2005).

Otro tema a debate es el relacionado con las modificaciones propuestas para los criterios diagnósticos TEPT en adultos y también para niños/as de edad escolar y adolescentes. Para un análisis más pormenorizado de los cambios *ver el anexo 1* donde aparecen de forma detallada.

La última propuesta es la de incluir un nuevo trastorno denominado Trastorno de Trauma del Desarrollo (Developmental Trauma Disorder, DTD), ya que numerosos autores apuntaban que el TEPT recoge sólo un limitado aspecto de la psicopatología postraumática, y especialmente en niños/as. En menores víctimas de malos tratos intrafamiliares se observaba una mezcla de sintomatología internalizante y externalizante, junto a graves problemas cognitivos y en las relaciones interpersonales, por lo que hay una línea de investigación y apoyo a la formalización e inclusión de la nueva categoría diagnóstica (Carlson, 2000; Cook et al., 2005; López-Soler, 2008; López-Soler et al., 2008).



# **PARTE EMPÍRICA**

## **CAPÍTULO 13: OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

En este capítulo se van a exponer los objetivos que perseguimos en el presente estudio y las hipótesis de trabajo planteadas.

### 13.1. OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo es obtener datos acerca de la presencia del Trastorno por Estrés Postraumático en menores que han sufrido maltrato crónico, y establecer las diferencias en la sintomatología de estrés postraumático entre menores tutelados/as (que han tenido experiencias crónicas de varios tipos de maltrato), y menores expuestos/as a violencia de género.

Los objetivos específicos son:

1. Describir en la muestra total y en cada submuestra:
  - Prevalencia de cada uno de los síntomas del TEPT: Pensamientos Intrusivos, Evitación e Hiperactivación, según criterios DSM-IV-TR.
  - Prevalencia de TEPT parcial.
  - Prevalencia de TEPT completo según criterios DSM-IV-TR.
  - Prevalencia de los síntomas y TEPT completo según criterios propuestos para DSM-V.
  - Prevalencia del deterioro psicosocial.
  - Relación entre sexo y sintomatología.
  - Relación entre edad y sintomatología.
  - Relación entre sintomatología y deterioro.
2. Comparar sintomatología y diagnóstico TEPT entre la submuestra de menores expuestos/as a violencia de género y la submuestra de tutelados/as.

### 13.2. HIPÓTESIS

A continuación se exponen las hipótesis que nos planteamos para este estudio y su fundamentación, basándonos en investigaciones que existen en la literatura científica expuesta en la primera parte.

- ✓ *Hipótesis 1: Las niñas presentarán mayor prevalencia de TEPT que los niños, independientemente del grupo al que pertenezcan.*

Numerosos estudios como los de Hidalgo y Davidson (2000), Kessler et al. (2005), Koenen y Spatz (2009), Stein et al. (1997) y Wessler (2009) apuntan que las mujeres corren un riesgo más alto que los hombres de desarrollar TEPT. Incluso se ha llegado a señalar que en población general, el riesgo de las mujeres de desarrollar síntomas TEPT es casi el doble que el de los hombres (Breslau, 1998; Kessler et al., 2005; National Center for PTSD, 2006).

También en la infancia parece que las niñas son más sintomáticas que los niños (Giaconia et al., 1995; Jaycox et al., 2002; Kessler et al., 1995; Kilpatrick et al., 2003; Nilsson, 2007; Norris et al., 2002).

Las hipótesis explicativas para estas diferencias que tienen un mayor seguimiento son la de Vulnerabilidad Situacional (Pimlott-Kubiak y Cortina, 2003) y la de Vulnerabilidad Femenina (Koenen y Widom, 2009), desarrolladas ampliamente en el capítulo 8.

- ✓ *Hipótesis 2: Los niños/as más pequeños presentarán mayor prevalencia de TEPT que los/as adolescentes, independientemente del grupo al que pertenezcan.*

Se han encontrado con mayor frecuencia síntomas o trastorno TEPT en niños/as que en las muestras de adolescentes (Ackerman et al., 1998; Dubner y Motta, 1999; Fitzpatrick y Boldizar, 1993; Stoppelbein y Greening, 2000), con algunas excepciones (Copeland et al., 2007; Kilpatrick et al., 2003).

Algunas de las explicaciones expuestas para este tema surgen de los modelos de desarrollo cognitivos (Salmon y Bryant, 2002): los niños/as más pequeños pueden tener una mayor vulnerabilidad al TEPT porque disponen de menos estrategias de afrontamiento al enfrentarse a las experiencias traumáticas, porque todavía no tienen totalmente desarrollada su regulación afectiva y cognitiva y porque pueden tener menor apoyo social de sus iguales, en comparación con los/as adolescentes. Por otro lado, puede que la inmadurez en estas áreas lo que haga es proteger a los/as más pequeños del malestar de la experiencia traumática. Por este motivo, como apuntan Kolko et al. (2009), se necesita mayor investigación al respecto.

- ✓ *Hipótesis 3: Los/as menores que presenten mayor sintomatología TEPT sufrirán un mayor deterioro psicosocial.*

Se ha constatado ampliamente en la literatura científica por autores expertos en el tema, como por ejemplo Echeburúa y Corral (2006) y Rincón, Labrador, Arinero y Crespo

(2004), que la sintomatología postraumática afecta de modo significativo el bienestar y calidad de vida de las personas adultas. Esta sintomatología resulta incapacitante y generadora de malestar permanente, bloqueando los recursos personales para afrontar la situación.

Estudios con menores que sufren TEPT también indican esta relación. Así, por ejemplo, en el estudio de Foa et al. (2001), los/as menores que cumplieron criterios para TEPT según DSM en el CPSS también informaban significativamente más alteración de funcionamiento. Resultados similares encontraron Holmes et al. (2007) en su estudio.

- ✓ *Hipótesis 4: Los síntomas de TEPT Pensamientos Intrusivos e Hiperarousal tendrán una mayor prevalencia que Evitación.*

Los síntomas de Evitación y Embotamiento suelen ser los que presentan las tasas de incidencia más bajas en población adulta, y se informan más tarde, como refieren algunos autores (McMillen et al., 2000; Rincón, 2003).

En niños/as y adolescentes hallamos igualmente estudios con diversas poblaciones que resaltan la menor prevalencia del grupo de síntomas de Evitación/Embotamiento, criterio C, que el resto de síntomas (Aaron et al., 1999; Boyer et al., 2000; Herskovits et al., 2002; Keppel-Benson et al., 2002; Kilpatrick y Resnick, 1993; McDermott y Cvitanovich, 2000; Meiser-Stedman et al., 2008; Mertin y Mohr, 2002; Scheeringa et al., 2006).

Especialmente en los/as menores que han sufrido maltrato intrafamiliar en los que la experiencia traumática se repite continuamente y a manos de un familiar, las conductas de evitación suelen darse en menor medida (Rincón et al., 2010).

- ✓ *Hipótesis 5: La sintomatología TEPT tendrá una mayor prevalencia utilizando criterios DSM-V que DSM-IV-TR.*

En niños/as preescolares existen numerosas investigaciones que avalan la eficacia de los nuevos criterios diagnósticos de TEPT (1PI-1EV-2HI). Así por ejemplo Cohen y Gadassi (2009), Egger et al. (2006), Ghosh-Ippen et al. (2008), Gleason (2008), Levendosky et al. (2002), Ohmi et al. (2002), Scheeringa et al. (1995, 2001, 2003, 2006, 2008), Stoddard et al. (2006).

Aunque en niños y niñas de edad escolar la evidencia es más limitada, existe evidencia de que los criterios DSM-V, al bajar el umbral de la categoría C, puede facilitar el diagnóstico preciso en este grupo de edad (Meiser-Stedman et al., 2008; Scheeringa et al., 2010).

- ✓ *Hipótesis 6: Los/as menores tutelados/as presentarán una mayor prevalencia de TEPT que los/as menores expuestos/as a violencia de género que viven con su familia biológica.*

Se ha constatado que los/as menores que se encuentran fuera del hogar familiar, tutelados por la Administración, presentan problemas clínicamente significativos (Burns et al., 2004), y en el estudio de Kolko et al. (2009), se encuentra que los/as menores que residen fuera del hogar familiar presentan mayor sintomatología TEPT que los/as que continúan viviendo con sus padres biológicos. Resultados similares encuentran Oswald et al. (2010) en su trabajo.

Una de las posibles explicaciones a estos resultados puede estar relacionada con el papel que ejerce el padre/madre no maltratador/a como tutor de resiliencia del/la menor. En relación a esto, numerosos estudios apuntan que tener al menos una relación duradera y de buena calidad con un adulto significativo para el niño o la niña, que transmita al/la menor que es alguien válido e importante funciona como un factor protector (Aguilar, 2008). Esa relación fuerte casi siempre es con uno de los padres (Osofsky, 2003). El hecho de que los cuidadores den respuesta y apoyo a las necesidades de sus hijos/as facilita que los/as menores tengan menos problemas psicológicos que los niños y niñas que no tienen el mismo apoyo (Øverlien, 2010). El apoyo de los padres para el niño/a es un importante amortiguador que ayuda a minimizar los síntomas del TEPT (AACAP, 1998; Cummings, 1998; Rossman et al., 1997). Diversos investigadores han analizado la importancia de tener una figura adulta de apoyo, especialmente la madre, para los niños y niñas expuestos a violencia de género (Graham-Bermann et al., 2009; Skopp et al., 2007). La habilidad parental de la madre protege a sus hijos e hijas de más problemas psicológicos (Davies et al., 2004; Margolin et al., 2004; O'Keefe, 1994). Por otro lado, los/as menores que están bajo tutela de la Administración no tienen posibilidad de obtener protección y apoyo por parte de los adultos en el contexto familiar. Los padres biológicos no han podido evitar la situación de desamparo, por tanto, está claro que su familia no provee protección ni apoyo social (Rodríguez et al., 2006).

Sin embargo, autores como Davidson-Arad, Englechin-Segal y Wozner (2003) apuntan que en algunas ocasiones, los niños y niñas tutelados pueden obtener mejores resultados clínicos que aquellos/as que se quedan con sus padres biológicos.

## **CAPÍTULO 14: MÉTODO**

En el capítulo 14 se recoge el procedimiento empleado para alcanzar los objetivos del presente estudio.

En primer lugar se describen las características sociodemográficas de la muestra, tanto la muestra total como las dos submuestras, la primera que está formada por menores expuestos/as a violencia de género y la segunda compuesta por menores maltratados/as que se encuentran bajo tutela de la Administración.

En segundo lugar se detalla el procedimiento que se ha llevado a cabo para seleccionar los participantes del estudio, el protocolo seguido en la evaluación e intervención psicológica, cómo se ha recogido información sobre las características sociodemográficas y la historia de maltrato sufrida, así como el protocolo específico a la hora de evaluar el Trastorno por Estrés Postraumático. Se expone el procedimiento específico seguido por cada una de las submuestras.

En tercer lugar se describen los instrumentos de evaluación utilizados en este estudio, tanto para valorar la historia de maltrato como para evaluar el Trastorno por Estrés Postraumático.

Por último, se hace referencia a los análisis de datos realizados.

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 diseño empleado en esta investigación ha sido de tipo descriptivo-comparativo transversal retrospectivo.

#### 14.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

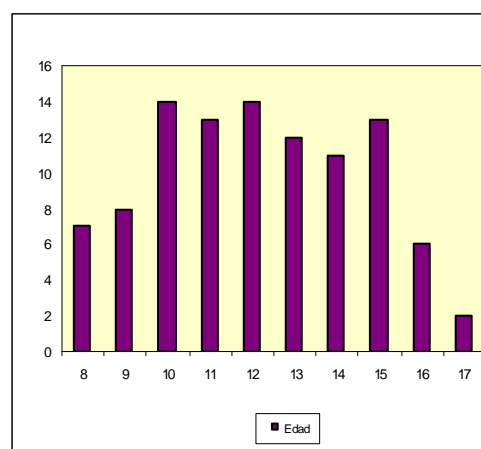
La muestra total está formada por 102 menores, 52 chicos y 50 chicas, de entre 8 y 17 años, que han sufrido violencia en el hogar y presentan alteraciones psicológicas graves. La edad con mayor prevalencia es 10 y 12 años (14% cada uno). A efectos operativos, se agrupa la muestra en dos grupos de edad, uno con los/as de 8 a 12 años y otro con los/as adolescentes (de 13 a 17 años). El 56% pertenece al primer grupo y el 44% al segundo.

Esta muestra total se divide en dos submuestras: la de menores que han estado expuestos/as a violencia de género (n= 64) que formarían el grupo I, y la de menores que se encuentran tutelados/as (n= 38), que es el grupo II (ver tabla 14.1 y figuras 14.1-14.3.).

**Tabla 14.1. Datos de edad y sexo de los/as menores de la muestra total.**

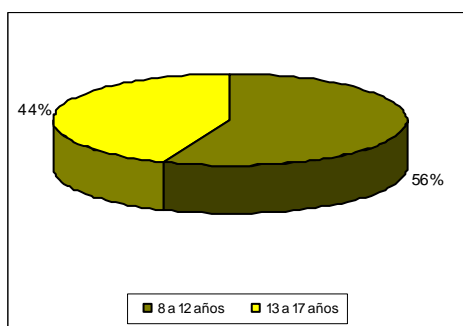
N 102		FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
EDAD	8	7	7,0
	9	8	8,0
	10	14	14,0
	11	13	13,0
	12	14	14,0
	13	12	12,0
	14	11	11,0
	15	13	13,0
	16	6	6,0
SEXO	CHICOS	52	51
	CHICAS	50	49

**Figura 14.1. Tasas de prevalencia por edad de los/las menores de la muestra total.**

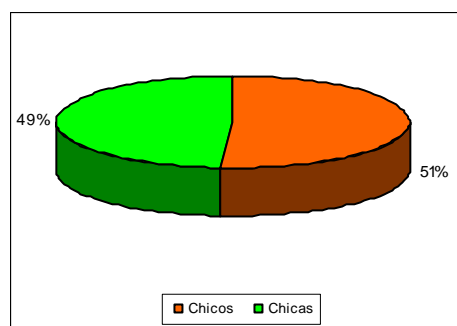




**Figura 14.2. Tasas de prevalencia por rangos de edad de los/las menores de la muestra total.**



**Figura 14.3. Tasas de prevalencia por sexo de los/las menores de la muestra total.**



#### 14.1.A. GRUPO I: MENORES QUE HAN ESTADO EXPUESTOS/AS A VIOLENCIA DE GÉNERO

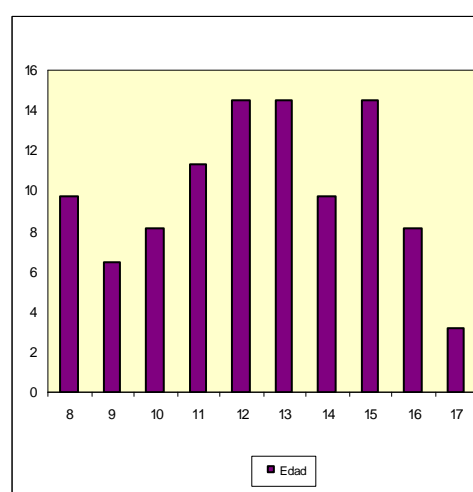
El grupo I lo componen 64 menores, de edades comprendidas entre los 8 y 17 años, de los cuales 33 son niños y 31 niñas, con una media de edad de 12,4 años y una desviación típica de 2,53. Al dividir la submuestra por edad, el 50% pertenece al rango de 8 a 12 años y el 50% restante al rango de 13 a 17 años.

Estos/as menores han estado expuestos/as a violencia de género y conviven actualmente con su familia biológica, la mayoría de los casos con su madre. Son derivados/as al Servicio de Intervención Psicológica con Hijos e Hijas de Mujeres Víctimas de Violencia de Género (ver tabla 14.2 y figuras 14.4-14.6).

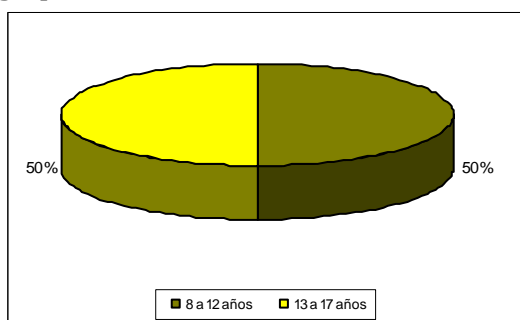
**Tabla 14.2. Datos de edad y sexo de los/as menores del grupo I.**

N 64		FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
EDAD	8	6	9,7
	9	4	6,5
	10	5	8,1
	11	7	11,3
	12	9	14,5
	13	9	14,5
	14	6	9,7
	15	9	14,5
	16	5	8,1
	17	2	3,2
SEXO	CHICOS	33	51,6
	CHICAS	31	48,4

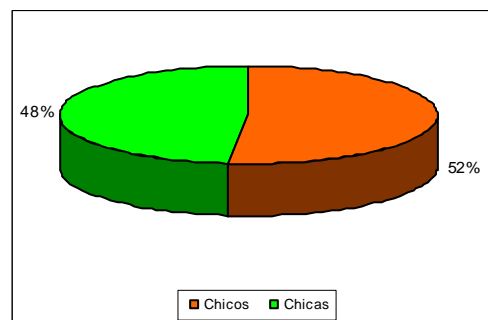
**Figura 14.4. Tasas de prevalencia por edad de los/las menores del grupo I.**



**Figura 14.5. Tasas de prevalencia por rangos de edad de los/las menores del grupo I.**



**Figura 14.6. Tasas de prevalencia por sexo de los/las menores del grupo I.**

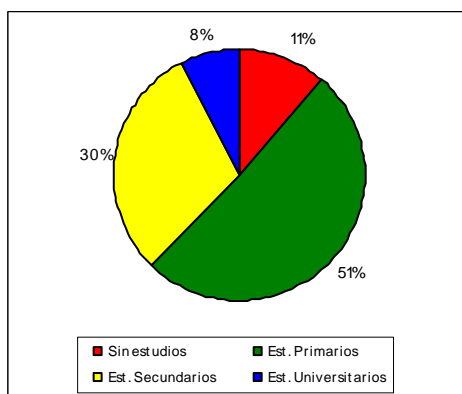


Con respecto a las madres, 54 han solicitado atención psicológica para sus hijos/as, con edades comprendidas entre los 30 y los 53 años, con una media de 39,2 años y una desviación típica de 4,99 años. La mayoría son de nacionalidad española (el 85,2%). El 11,1% de las madres no tiene estudios, el 50% han realizado estudios primarios, teniendo estudios secundarios el 29,6% y universitarios el 7,4%. La mayoría de las madres (94,4%) no convive actualmente con la pareja maltratadora, viviendo en el hogar solamente con sus hijos/as el 74,1%, mientras que el 25,9% vive con sus hijos/as y otras personas (padres, hermanos, pareja, etc.). El 14,8% de las madres tienen pareja estable en la actualidad. De los 64 niños/as analizados, en correspondencia con las 54 madres, 45 madres tienen un hijo en el estudio, 8 madres 2 hijos y 1 madre 3 hijos (*ver tabla 14.3 y figuras 14.7-14.12.*).

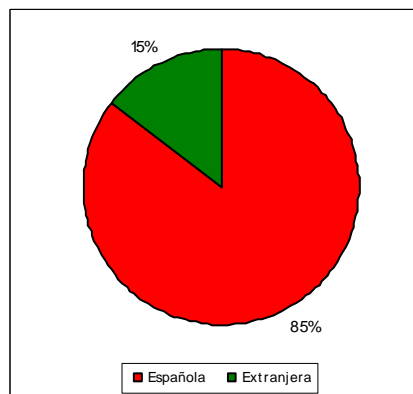
**Tabla 14.3. Datos sociodemográficos de las madres del grupo I.**

MADRES (N 54)	VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
ESTUDIOS	Sin estudios	6	11,1
	Est. Primarios	27	50
	Est. Secundarios	16	29,6
	Est. Universitarios	4	7,4
NACIONALIDAD	Española	46	85,2
	Extranjera	8	14,8
CONVIVENCIA MALTRATADOR	Si	3	5,6
	No	51	94,4
SITUACIÓN	Pareja estable	8	14,8
	No pareja estable	46	85,2
ESTRUCTURA FAMILIAR	Madre con hijo/s	40	74,1
	Madre con hijo/s y otros	13	25,9
HIJOS/AS EN EL ESTUDIO	1 único hijo/a	45	83,3
	Más de 1 hijo/a	9	16,7

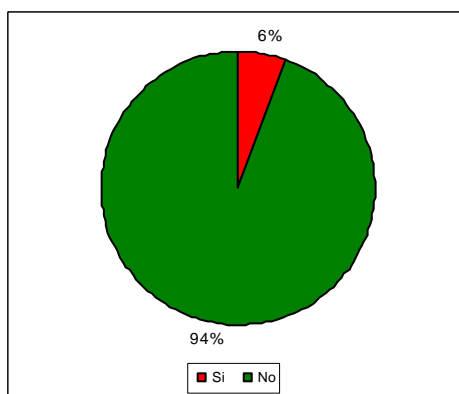
**Figura 14.7. Tasas de prevalencia de los estudios de las madres.**



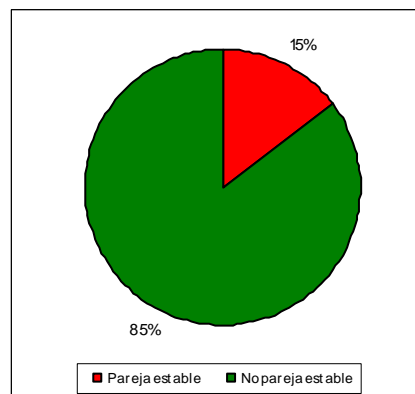
**Figura 14.8. Tasas de prevalencia de la nacionalidad de las madres.**



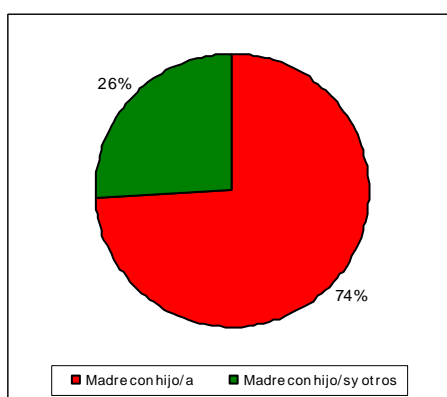
**Figura 14.9. Tasas de prevalencia de la convivencia de la madre con el maltratador.**



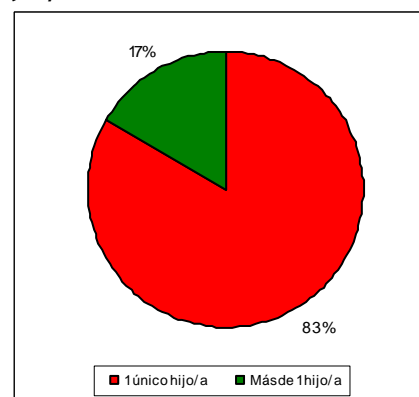
**Figura 14.10. Tasas de prevalencia de la situación de pareja de la madre.**



**Figura 14.11. Tasas de prevalencia de la estructura familiar.**



**Figura 14.12. Tasas de prevalencia del nº de hijos/as en el estudio.**



**14.1.B. GRUPO II: MENORES MALTRATADOS/AS TUTELADOS/AS**

El grupo II lo constituyen 38 menores, de edades comprendidas entre los 8 y 16 años de edad, de los cuales 19 son niños y 19 niñas, con una edad media de 11,7 años y

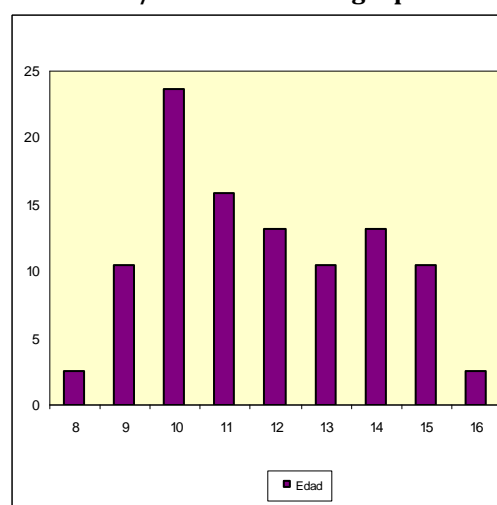
una desviación típica de 2,11. En esta submuestra hay más menores con edades entre los 8 y 12 años (65,8%) que entre los 13 y 17 años (34,2%) (ver tabla 14.4 y figuras 14.13 a 14.15).

Estos/as menores han recibido maltrato intrafamiliar crónico, por lo que han retirado la tutela a sus padres y están actualmente tutelados/as por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Son derivados al Proyecto de Evaluación Diagnóstica y Tratamiento Psicológico a Menores Tutelados (PEDIMET).

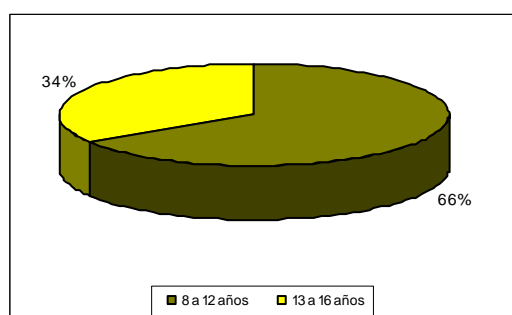
**Tabla 14.4. Datos de edad y sexo de los/as menores del grupo II.**

	N 38	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
EDAD	8	1	2,6
	9	4	10,5
	10	9	23,7
	11	6	15,8
	12	5	13,2
	13	3	7,9
	14	5	13,2
	15	4	10,5
	16	1	2,6
SEXO	CHICOS	19	50,0
	CHICAS	19	50,0

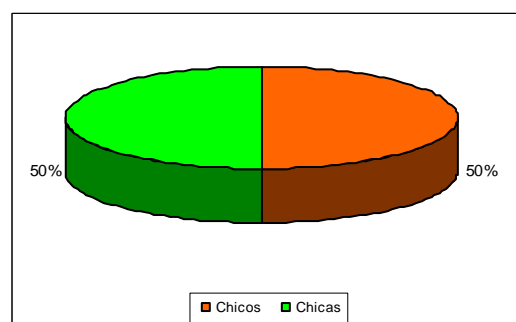
**Figura 14.13. Tasas de prevalencia por edad de los/las menores del grupo II.**



**Figura 14.14. Tasas de prevalencia por rangos de edad de los/las menores del grupo II.**



**Figura 14.15. Tasas de prevalencia por sexo de los/las menores del grupo II.**



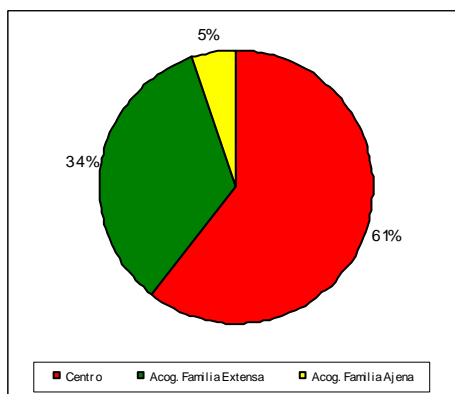
En la actualidad, el 60,5% de los/as menores que componen esta muestra residen en centro, el 34,2% se encuentra en acogimiento con familia extensa y el 5,3% en acogimiento con familia ajena. La media de años tutelados por la Comunidad Autónoma de estos niños/as es de 4,29 años. Es significativo destacar que gran parte de los/as menores están tutelados 1, 2 o 3 años, aunque el rango va de 1 a 14 años. Un 21,1% de ellos/as han

vuelto al centro después de haber sido acogidos/as, y la mayoría son de nacionalidad española (78,9%) (ver tabla 14.5 y figuras 14.16-14.19).

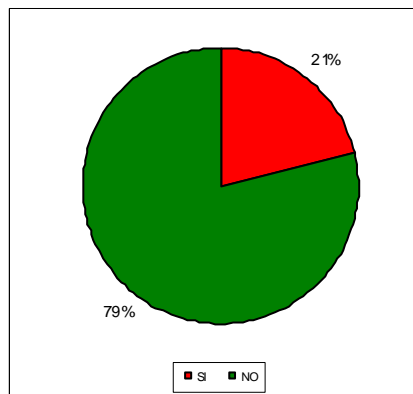
**Tabla 14.5. Datos sociodemográficos del grupo II.**

N 38	VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SITUACIÓN ACTUAL	Centro	23	60,5
	Acogimiento familia extensa	13	34,2
	Acogimiento familia ajena	2	5,3
DEVOLUCIÓN	Si	8	21,1
	No	30	78,9
NACIONALIDAD	Española	30	78,9
	Extranjera	8	21,1
AÑOS DE TUTELA		1-14 años Media: 4,29 y Desviación Típica: 3,42	

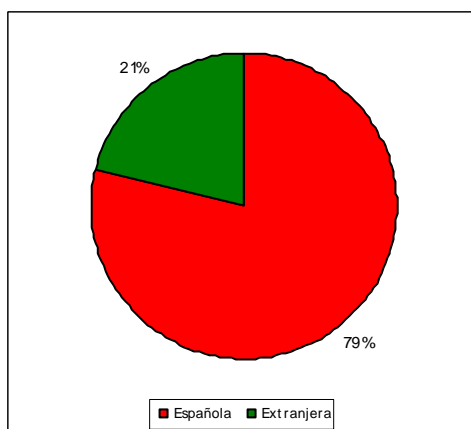
**Figura 14.16. Tasas de prevalencia de la situación actual de los/as menores.**



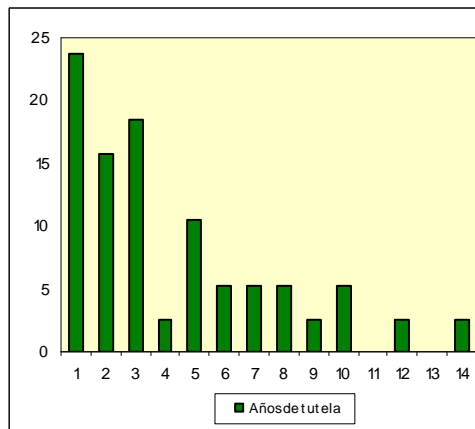
**Figura 14.17. Tasas de prevalencia de devolución a centro de los/as menores.**



**Figura 14.18. Tasas de prevalencia de la nacionalidad de los/as menores.**



**Figura 14.19. Tasas de prevalencia de años de tutela de los/las menores.**



## 14.2. PROCEDIMIENTO

### 14.2.A. SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

#### ▪ GRUPO I

Los/as menores que forman parte de esta muestra pertenecen al grupo de menores cuyas madres han sido o son víctimas de violencia de género por parte de su pareja o expareja y están recibiendo apoyo a nivel psicológico, jurídico y/o social en los Centros de Atención a Víctimas de Violencia de Género (CAVIS) de toda la Región de Murcia, pertenecientes al Instituto de la Mujer.

Los/as menores, cuyas madres acuden al CAVI, y presentan alteraciones emocionales y/o comportamentales, son derivados/as por la psicóloga de este centro al Servicio de Intervención Psicológica con hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género (*ver anexo II.1*).

En la siguiente *tabla (14.6)* se recogen los criterios de inclusión y exclusión para esta submuestra:

**Tabla 14.6. Criterios de inclusión y exclusión para el grupo I.**

CRITERIOS DE INCLUSIÓN GRUPO I	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN GRUPO I
Ser hijo/a de mujer víctima de violencia de género y haber estado expuesto/a a ella.	Deficiencia mental.
Ser atendida la madre en el CAVI.	Trastorno Generalizado del Desarrollo.
Presentar alteraciones emocionales y/o comportamentales.	
Tener 8 o más años de edad.	

Este servicio de atención psicológica lo presta la Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental en Infancia y Juventud, “Quiero Crecer”, en base a un convenio establecido desde 2009 con el Instituto de la Mujer (actualmente Dirección General Prevención de Violencia de Género y Reforma Juvenil).

La intervención con los/as menores se ha realizado en la sede de la Asociación “Quiero Crecer”, en Murcia.

- GRUPO II

La muestra procede del grupo de menores que se encuentran tutelados/as por la Comunidad Autónoma.

Los niños y niñas tutelados/as que presentan alteraciones emocionales y/o comportamentales son derivados por la Dirección General de Familia y Menor (actualmente Dirección General de Familia, Igualdad e Infancia) al Grupo Universitario de Investigación en Infancia y Adolescencia – Psicología Clínica (GUIIA-PC) (E069-03), en base a un convenio establecido desde 2007 entre la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración y la Universidad de Murcia. La ficha de derivación al servicio se muestra en el *anexo II.2*.

En la siguiente *tabla (14.7)* se recogen los criterios de inclusión y exclusión para esta muestra:

**Tabla 14.7. Criterios de inclusión y exclusión para el grupo II.**

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Estar tutelado/a por la Administración de la Región de Murcia.	Deficiencia mental.
Presentar alteraciones emocionales y/o comportamentales.	Trastorno Generalizado del Desarrollo.
Tener 8 o más años de edad.	

El proyecto se denomina PEDIMET.

La intervención con los/as menores se ha realizado en dependencias pertenecientes a la Universidad de Murcia: el Servicio de Instrumentación Psicológica, situado en el Campus de Espinardo, y el Pabellón Docente, situado en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

#### 14.2.B. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

- GRUPO I

Una vez que la psicóloga del CAVI valora que el/la hija de su usuaria necesita atención psicológica, la madre o los mismos/as profesionales que trabajan en los CAVIS solicitan una cita para el Servicio de Menores a través del teléfono 901 101 332, donde les dan la fecha y hora de la primera visita, que se registra en la agenda electrónica.

El/la psicólogo/a que interviene con la madre del/la menor envía por correo electrónico a nuestro servicio un informe detallado sobre los datos más destacables del niño o niña y de la madre, así como de la historia de maltrato sufrida por los/as mismos/as.

Una vez que la madre llega junto a su hijo o hija a la Asociación, se registra y se inicia el proceso de evaluación psicológica, a cargo de un/una psicólogo/a del equipo que trabaja en este proyecto, a través del siguiente procedimiento:

- En primer lugar se realiza una entrevista con la madre, con el objetivo de recoger información de la historia de desarrollo del/la menor y sus condiciones de vida.

- A continuación, en otra sala, la madre cumplimenta los cuestionarios en referencia a la historia de maltrato que ha recibido ella, lo que el/la menor ha presenciado y si ha percibido que el/la menor haya sufrido alguna forma de maltrato directo por parte de su progenitor.

- Mientras la madre está en otra sala, el psicólogo/a entrevista al/la menor para establecer el nivel y percepción de información que tiene sobre su situación, y estimar los indicadores clínicos que presenta.

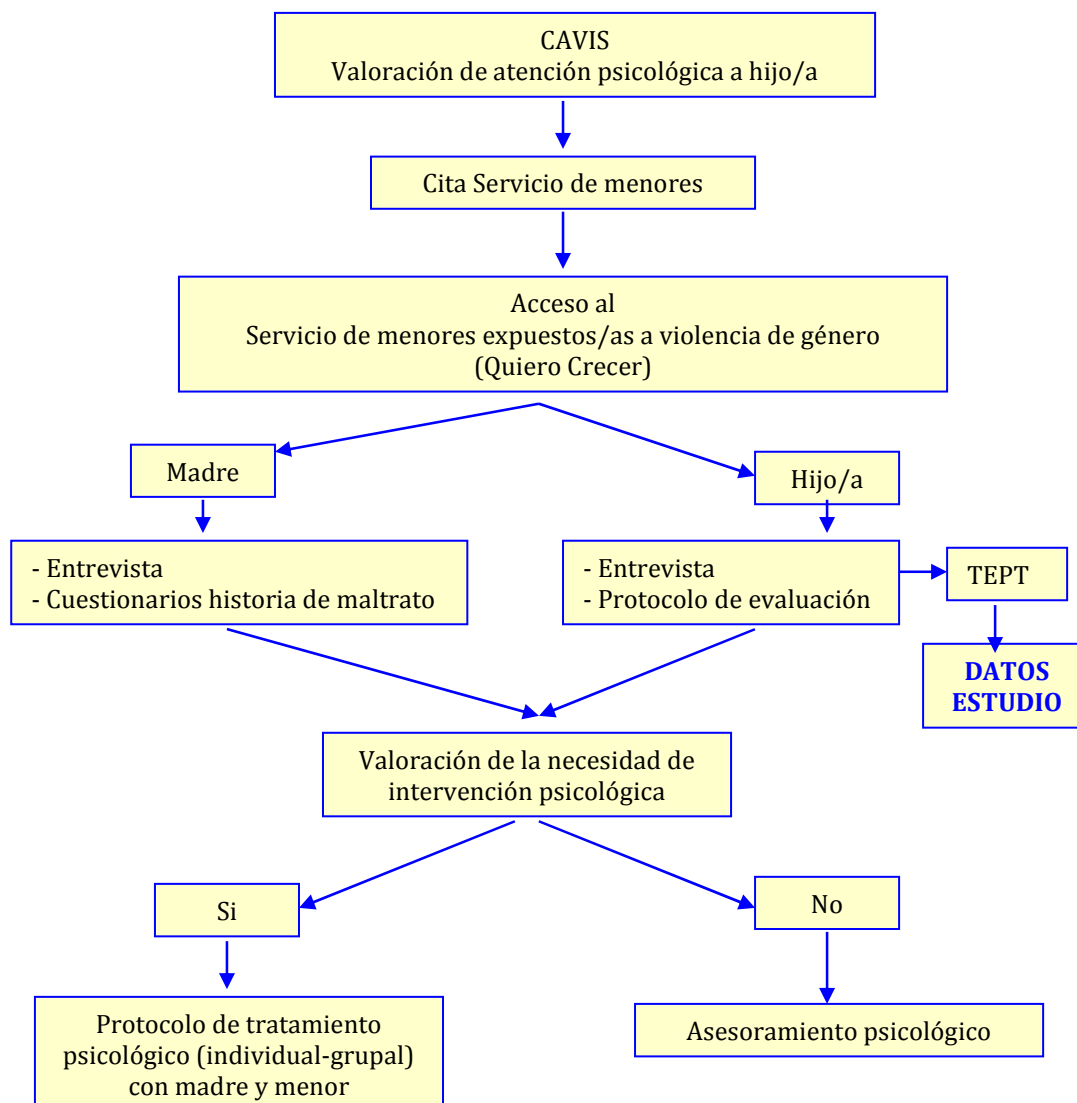
- Se aplican pruebas psicológicas específicas al niño o niña de aquellas alteraciones psicológicas que se consideran probables, a través de un protocolo de evaluación psicológica elaborado por el equipo en 2009 para menores expuestos/as a violencia de género. Los instrumentos utilizados se seleccionan en función de las variables psicológicas a explorar y la edad del/la menor. Se evalúan las siguientes áreas: ansiedad, depresión, ira, estrés posttraumático, trastorno por estrés extremo, disociación, inadaptación (personal, social, escolar y familiar) y resistencia a la adversidad.

Cuando finaliza la evaluación, el/la psicólogo/a corrige los diferentes instrumentos y elabora los datos recogidos, tanto en la evaluación psicométrica del/la menor, la información proporcionada por la madre, la observación clínica del/la menor por parte del/la psicólogo/a y los informes que facilita la madre sobre evaluaciones psicológicas anteriores de su hijo o hija. El psicólogo/a sigue las recomendaciones de diagnóstico clínico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la infancia y adolescencia.

En función de los datos obtenidos en la evaluación psicológica, se valora la necesidad de intervención psicológica. Si precisa, se inicia la fase de intervención, estableciéndose un programa terapéutico protocolizado (equipo Quiero Crecer, 2009) que se desarrolla mediante sesiones individuales y grupales, tanto con el niño o niña como con su madre; si no precisa intervención se lleva a cabo un asesoramiento psicológico.

En la *figura 14.20* se resume el procedimiento que se sigue para la evaluación psicológica.



**Figura 14.20. Procedimiento de evaluación en el grupo I.**

▪ GRUPO II

La Dirección General de Familia y Menor (DGF) deriva a menores que presentan alteraciones psicológicas graves al Proyecto PEDIMET. Envían por fax el expediente del/la menor (con informes del centro de protección, del centro escolar, psiquiatra, entre otros) en el que se describen las situaciones de riesgo y/o maltrato que ha sufrido anteriormente, los motivos de la retirada de su tutela a los padres biológicos, las visitas que actualmente tiene con su familia de origen, así como los antecedentes médicos y escolares más destacados.

Una vez registrado, se da por teléfono la fecha y hora de la primera cita al centro o familia de acogida donde reside el/la menor.

Cuando el/la menor llega a nuestro servicio junto a un educador/a del centro o sus acogedores, se inicia el proceso de evaluación psicológica, llevado a cabo por un/una psicólogo/a del equipo que trabaja en este proyecto, a través del siguiente procedimiento:

- En primer lugar se realiza una entrevista con el/la cuidador/a que le acompaña, con el objetivo de recoger información sobre la problemática que presenta el/la menor, la adaptación en todos sus ámbitos y los motivos de derivación al servicio.

- A continuación, se le dan al/la cuidador/a cuestionarios referidos al comportamiento del/la menor para que los cumplimente en otra sala.

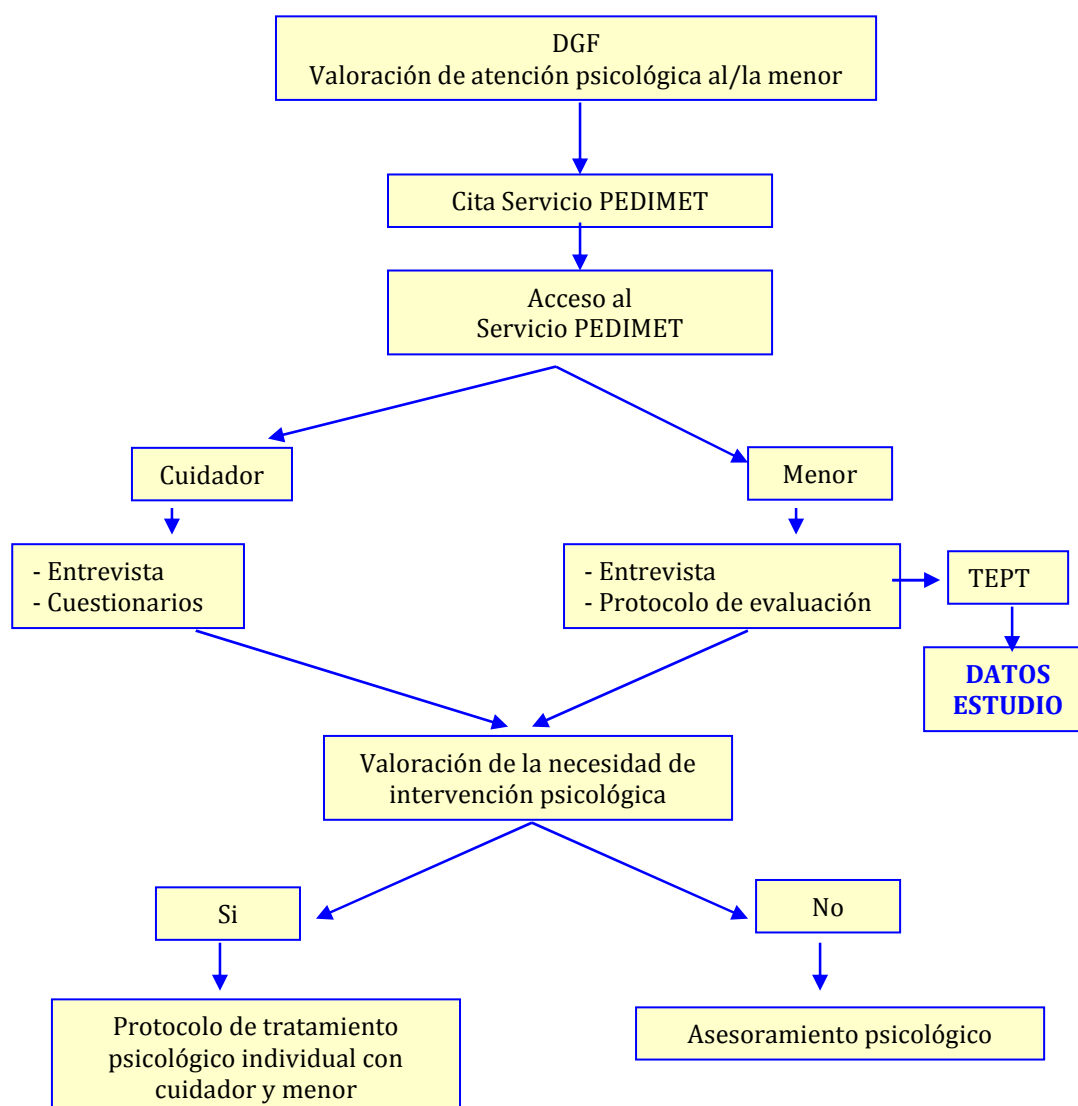
- Mientras, el psicólogo/a entrevista al/la menor para establecer el nivel y percepción de información que tiene sobre su situación, y estimar los indicadores clínicos que presenta.

- Se aplican pruebas psicológicas específicas al niño o niña de aquellas alteraciones psicológicas que se consideran probables, a través de un protocolo de evaluación psicológica elaborado por el equipo en 2007 para menores que han sufrido maltrato. Los instrumentos utilizados se seleccionan en función de las variables psicológicas a explorar y la edad del/la menor. Se evalúan las siguientes áreas: ansiedad, depresión, ira, estrés posttraumático, trastorno por estrés extremo, disociación, inadaptación (personal, social, escolar y familiar) y resistencia a la adversidad.

Cuando finaliza la evaluación, el/la psicólogo/a corrige los diferentes instrumentos y elabora los datos recogidos, tanto en la evaluación psicométrica del/la menor, la información proporcionada por el Servicio del Menor y la observación clínica del/la menor por parte del/la psicólogo/a. Éste/a realiza un informe psicológico con el psicodiagnóstico clínico del niño o niña, remitiéndolo a la Dirección General.

En función de los resultados obtenidos en la fase de evaluación psicológica, se inicia la fase de intervención, estableciéndose un programa terapéutico protocolizado (equipo PEDIMET, 2007) que se desarrolla mediante sesiones individuales, tanto con el niño o niña como con su cuidador principal actual. Si no requiere intervención, se lleva a cabo asesoramiento psicológico.

En la *figura 14.21* se resume el procedimiento que se sigue para la evaluación psicológica.

**Figura 14.21. Procedimiento de evaluación en el grupo II.**

#### 14.2.C. RECOGIDA DE INFORMACIÓN SOBRE CARACTERÍSTICAS SOCIDEMOGRÁFICAS E HISTORIA DE MALTRATO

##### ▪ GRUPO I

En la muestra de menores que han sido testigos de la violencia de género a su madre, se recogen los datos sociodemográficos de los/as menores y sus madres a través del breve informe que envía el/la psicólogo/a del CAVI al que asiste la madre y de la entrevista que se realiza a ésta en nuestro servicio en la primera sesión de evaluación.

En relación a la situación de violencia vivida en el hogar, se pregunta brevemente a la mujer en la entrevista por su historia y la de su hijo/a, si bien debe cumplimentar los cuestionarios de maltrato donde se describen situaciones más concretas de violencia.

También se pregunta al/la menor en la entrevista para ver la percepción que tiene sobre la violencia en el hogar. Al finalizar la entrevista con la madre, el/la psicólogo/a le proporciona las instrucciones sobre la forma de contestar a los dos cuestionarios: uno sobre el maltrato recibido por ella y el testimonio de su hijo o hija, y otro en relación a su percepción sobre el maltrato que ha recibido directamente su hijo/a por parte del padre.

Una vez cumplimentados y aclaradas las dudas que surgen con respecto a los ítems de las escalas, el psicólogo/a encargado/a del caso corrige las escalas, obteniendo puntuaciones directas en las tres categorías: maltrato de la madre, testimonio del/la menor y maltrato directo al/la menor.

#### ▪ GRUPO II

Con respecto al grupo de menores que se encuentran tutelados/as por la Administración, hemos de señalar que tanto los datos sociodemográficos como el tipo/s de maltrato que han recibido los/as menores son recogidos a través de los informes que envía la Dirección General a nuestro servicio. También en la entrevista que se hace al/la menor se pregunta por la percepción que tiene sobre la historia de violencia vivida en su hogar.

Normalmente la información recogida a través de los informes y el/la menor es escasa, y no hay ningún familiar directo que pueda corroborarlo. Por este motivo hemos ampliado la información, recogiendo las verbalizaciones realizadas por los/as menores y por sus cuidadores actuales a lo largo del proceso de intervención psicológica, y las que nos han facilitado los/as psicólogos/as de nuestro equipo encargados/as de cada menor participante en este estudio.

En este sentido, sólo disponemos información sobre la presencia o ausencia de cada una de las formas de maltrato sufridas por los/as menores, pero no de la intensidad de las mismas, aunque es de suponer que hayan sido de gravedad severa y/o de manera reiterada, ya que han dado lugar a la retirada de la tutela a los padres biológicos.

### 14.2. D. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

#### ▪ SELECCIÓN DEL INSTRUMENTO

A lo largo del año 2007, nuestro equipo realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica y consultó a clínicos e investigadores expertos, en referencia a los instrumentos de evaluación para Estrés Posttraumático en población infantil y adolescente.

En aquel momento existían pocas escalas de medida con buenas propiedades psicométricas y que tuvieran una versión en español. Se seleccionaron 4 instrumentos:

- The Child PTSD Symptom Scale (CPSS) de Foa et al. (2001).
- The Children's Impact of Traumatic Events Scale (CITES-R) de Wolfe et al. (1991).
- Impact of Event Scale (IES) de Horowitz et al. (1979).
- The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R) de Muris (1997).

En el año 2008, nuestro grupo llevó a cabo una investigación en la que se analizaron los resultados obtenidos con cada una de estas escalas en una muestra de menores tutelados. Los datos obtenidos reflejaron una baja convergencia en la medida entre los diferentes tests utilizados para medir el TEPT. En relación a las demás escalas, el CPSS presentó el mayor índice de fiabilidad (estimado mediante el alfa de Cronbach), tanto para la escala total (.91) como para las subescalas Evitación (.81) e Hiperarousal (.79). Pero la convergencia estuvo más relacionada con la correlación. Se encontró a su favor la mayor correlación entre sus subescalas Pensamientos Intrusivos y Evitación (.678) a un nivel de significación del 0.01, así como la correlación en la subescala Evitación con la misma subescala del test CITES-R (.567). Por otra parte, su elaboración incorpora los criterios para el diagnóstico del TEPT en el manual del DSM-IV.

Por tanto, la escala CPSS presenta unas adecuadas propiedades psicométricas, evalúa la presencia o ausencia de sintomatología TEPT, así como la severidad de la misma, y su aplicación es rápida y fácil. Además incluye la evaluación de 7 áreas de deterioro funcional. Todo ello nos hizo pensar que ésta podría ser la prueba más interesante para evaluar TEPT en la infancia.

#### ▪ VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA CPSS

El equipo de investigación al que pertenece la Dra. Rincón en Chile, solicitó la versión del CPSS en español a los autores originales de la escala. Esta profesora facilitó el cuestionario a nuestro grupo en el 2007.

#### ▪ APLICACIÓN PILOTO DE LA CPSS

Se llevó a cabo una aplicación piloto de la escala a 10 niños/as y adolescentes que fueron remitidos/as a interconsulta a la Unidad de Psicología Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, con el objetivo de confirmar que los/las

menores comprendían bien tanto las instrucciones como los ítems de la escala. A la luz de los resultados, se llegó a la conclusión de que esta versión en castellano se adaptaba bien a la población española.

#### ▪ ADMINISTRACIÓN DE LA CPSS

La aplicación de la escala se llevó a cabo por parte de los/las psicólogos/as de nuestro equipo, que forman parte de los proyectos con menores tutelados/as y con hijos/as cuyas madres han sufrido violencia de género, y que están instruidos/as en el protocolo de administración de la escala.

El procedimiento de actuación fue el mismo para ambos proyectos.

La administración se realizó de manera individual y sin límite de tiempo, tardando aproximadamente unos 10-15 minutos por participante.

Es importante resaltar que la evaluación del área de estrés postraumático se realiza cuando ya se ha establecido una adecuada alianza con el/la menor, con el fin de disminuir en lo posible la resistencia de los niños y niñas a la hora de relatar, en un entorno no familiar, un suceso que les provoca malestar. Esto puede suponer que se lleve a cabo en la primera o en las sesiones sucesivas de evaluación psicológica.

Antes de la aplicación de la escala en sí, se le dan instrucciones al/la menor sobre la forma de contestar la escala.

La prueba se administra a partir de los 8 años de edad. Si el niño o niña presenta dificultades en lectura, comprensión lectora o se encuentra muy embotado a nivel emocional, se usa la escala como entrevista. Si no es así, se ofrece la posibilidad al/la menor de que sea el/la profesional quien lea las preguntas o que sea él/ella mismo/a quien cumplimente la escala como un autoinforme, aclarándole las dudas que puedan surgir a la hora de entender los ítems.

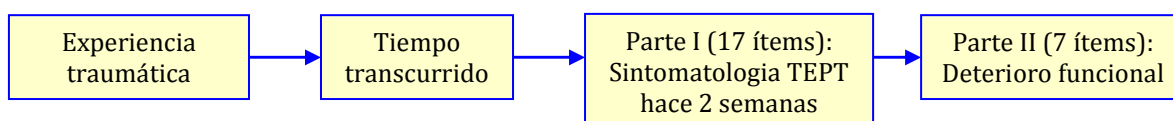
El proceso seguido es el siguiente:

- El niño o niña tiene que elegir de todas sus experiencias vitales cuál ha sido la que mayor malestar le ha producido. En este sentido, los/as menores que han recibido maltrato crónico tienen dificultades a la hora de seleccionar sólo un evento traumático.
- A continuación, el/la menor tiene que referir el tiempo transcurrido desde que ocurrió el acontecimiento. Esto también supone una complicación en este tipo de menores, que sufren maltrato de manera reiterada en el tiempo.

- A partir de aquí, tienen que contestar los 17 ítems de la primera parte de la escala, en referencia a la sintomatología presentada desde hace dos semanas y que se inició tras el evento que ha seleccionado como el más estresante en su vida.
- Por último, se contestan a los 7 ítems de la segunda parte de la CPSS, referidos a la afectación que la sintomatología ha provocado en diferentes ámbitos de su vida.

En la siguiente *figura (14.22)* se resume el proceso:

**Figura 14.22. Proceso de administración de la CPSS:**



Una vez que los/as menores han acabado de rellenar el instrumento, el/la psicólogo/a valora si éstos/as presentan indicadores de malestar significativo, con el objetivo de usar estrategias adecuadas para disminuirlo (relajación, respiración, distracción...etc.).

La corrección de la CPSS la realiza cada psicólogo/a encargado/a del caso, obteniendo puntuaciones directas tanto para la primera parte (subescalas y escala total) como para la segunda.

### 14.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

#### 14.3.A. HISTORIA DE MALTRATO.

##### ▪ GRUPO I

Para valorar la historia de violencia que ha sufrido el/la menor en su hogar se han utilizado dos entrevistas y dos cuestionarios.

Por una parte, las entrevistas utilizadas han sido respondidas, una por la madre y otra por el/la menor. Se presentan a continuación.

La que se administra al/la menor es la **Entrevista semiestructurada de maltrato infantil (ESMI)**. Fue diseñada por nuestro equipo para el Proyecto de Evaluación, Diagnóstico e Intervención en Menores Tutelados (PEDIMET) en el año 2007, si bien en el 2009 se realizó una pequeña modificación (se eliminó la parte donde se habla de la

situación del/la menor en el centro o con los acogedores) para poder ser aplicada a niños/as maltratados pero que no estaban en situación de tutela administrativa. Esta entrevista consta de tres partes. La primera está dedicada a establecer una adecuada alianza terapéutica con el/la menor y se pregunta sobre sus gustos e intereses; en la segunda se habla sobre los problemas médicos, somáticos y psicosociales; y la tercera parte se centra en las relaciones familiares y cómo ha percibido el/la menor la violencia vivida en su hogar (*ver anexo III.1*).

La que contesta la madre es la **Entrevista a la mujer maltratada**. Ésta fue elaborada por el equipo de investigación GUIA-PC en el año 2009 cuando se inició el proyecto de intervención con hijos e hijas de mujeres maltratadas. El objetivo fue recoger de manera sistemática y breve los datos más relevantes sobre el/la menor, su madre y la historia de violencia sufrida. A grandes rasgos ésta consta de dos partes. La primera parte está centrada en los datos sociodemográficos tanto de la mujer como de su hijo/a (nombre, edad, nacionalidad, nivel de estudios...etc.), así como la historia de violencia de género vivida (relación con el maltratador, denuncias interpuestas, tipo y gravedad del maltrato sufrido y el testimonio del/la menor, etc.). La segunda parte se dedica al motivo por el cual la madre trae al/la menor a nuestro servicio (dificultades que presenta, contextos en los que se da, inicio y evolución, nivel de apoyo, variables positivas...etc.). A continuación la madre contesta a la historia pre-perinatal y de los primeros años de su hijo/a donde se da un repaso breve por los aspectos del desarrollo y la historia médica, educativa y social (*ver anexo III.2*).

La madre, además de responder a la entrevista, ha de cumplimentar dos cuestionarios sobre maltrato.

Uno de ellos es el **Inventario de Evaluación del Maltrato a la Mujer por su Pareja (APCM)** (Matud, 1998). Este inventario fue adaptado por Matud, Caballeira y Marrero (2003) y está diseñado para evaluar el tipo de maltrato que sufre una mujer por parte de su pareja. Consta de 56 ítems a través de los cuales se evalúan dos tipos de maltrato: el maltrato emocional, formado por 37 ítems, y el maltrato físico, formado por 19 ítems. Este inventario es administrado a la madre y proporciona dos tipos de información, en primer lugar, sobre el maltrato ejercido por la pareja hacia la madre, y en segundo lugar, el nivel de testimonio del hijo/a sobre dicho maltrato. El formato de respuesta es tipo likert de cinco puntos (0=nunca, 1=a veces, 2=a menudo, 3=bastante; 4= siempre), y contiene distintas columnas para poder realizar una evaluación sobre varios hijos/as. Ambos factores de la escala (maltrato psicológico y físico) presentan una consistencia interna alta, con un coeficiente alfa de 0.94 y una correlación entre ellos de 0.57 (Matud et al., 2003). Los puntos de corte que se han establecido para la valoración del nivel y las



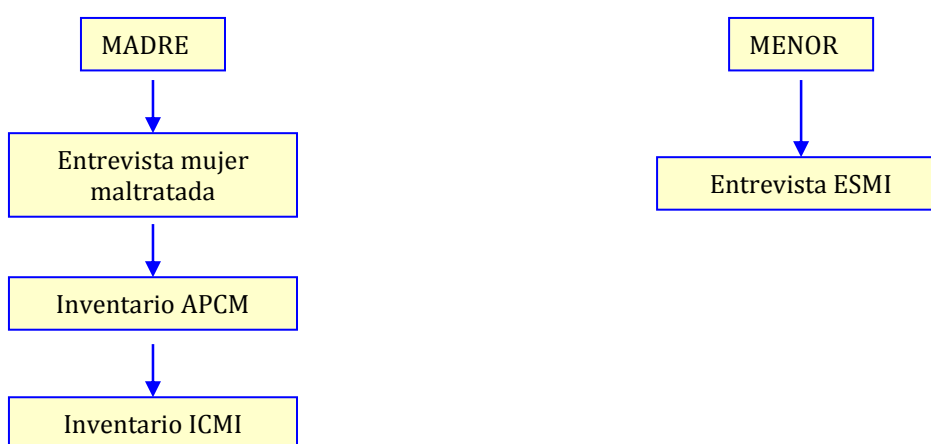
puntuaciones a las que se corresponden, han sido elegidos para este estudio. Las categorías de maltrato son: nulo, leve, moderado, grave y muy grave. Las puntuaciones a las que se corresponde cada nivel de maltrato son iguales para ambas escalas, maltrato directo a la madre y testimonio del/la menor. Éstas son: en la escala de maltrato emocional el nivel leve se corresponde con los rangos de puntuación de 1 a 49,3; el nivel moderado de 49,3 a 98,6; y el nivel grave de 98,6 a 148 (máxima puntuación en esta escala). En la categoría de maltrato físico, el nivel leve se corresponde con puntuaciones de 1 a 25,3; el nivel moderado de 25,3 a 50,6; y el nivel grave de 50,6 a 76 (máxima puntuación en la escala). El inventario se muestra en el *anexo III.3*.

El **Inventario de Condiciones del Maltrato a la Infancia (ICMI)** se basa en las escalas de Matud et al. (2003), en las escalas de maltrato tipo pasivo de Oliván-Gonzálvo (2004), y maltrato tipo activo de Walker (2003). Este inventario es una adaptación del Equipo GUIA-PC (2009), elaborado para evaluar las situaciones de maltrato directo sobre el/la menor. Consta de 60 ítems y valora 4 tipos de maltrato: (1) Negligencia, incluye física y emocional, y consta de 10 ítems; (2) Maltrato Emocional, consta de 31 ítems e incluye los subtipos: Aislamiento; Degradación; Manipulación; Debilidad Inducida por Malestar o Agotamiento Físico; y Amenazas de Muerte; (3) Maltrato Físico formado por 16 ítems, y (4) Abuso Sexual que consta de 2 ítems. El formato de respuesta es tipo likert con cuatro opciones (0=nunca, 1=1 vez cada 2 o 3 meses, 2=varias veces al mes, y 3=varias veces a la semana), e incluye una columna donde se especifica la duración de dicho maltrato. Los puntos de corte que se han establecido para la valoración del maltrato son: leve, moderado y grave. Las puntuaciones a las que se corresponden son: en la escala de negligencia física el nivel leve corresponde al rango de puntuación de 1 a 7; el nivel moderado de 7 a 14; y el nivel grave de 14 a 21 (máxima puntuación en esta escala). En negligencia emocional el nivel leve se corresponde con el rango de puntuación de 1 a 3; el nivel moderado de 3 a 6; y el nivel grave de 6 a 9 (máxima puntuación en esta escala). En la categoría de maltrato emocional, el nivel leve de aislamiento se corresponde con puntuaciones entre 1 y 6; moderado de 6 a 12; y grave de 12 a 18 (máxima puntuación en la escala). En degradación el nivel leve se corresponde con puntuaciones entre 1 y 7; el moderado entre 7 y 14 y el grave entre 14 y 21 (máxima puntuación en la escala). En la subescala de Manipulación el nivel leve se corresponde con puntuaciones de 0 a 3; el moderado de 3 a 6; y el grave de 6 a 9 (máxima puntuación en la escala). El nivel leve en la subescala de debilidad inducida por malestar o agotamiento físico se corresponde con puntuaciones de 1 a 9; el moderado de 9 a 18 y el grave de 18 a 27 (máxima puntuación en la escala). Y en la última subescala que compone el maltrato emocional, amenazas de muerte, el nivel leve se corresponde con

puntuaciones de 1 a 6, el moderado de 6 a 12, y el grave de 12 a 18 (máxima puntuación en la escala). En la escala de maltrato físico el nivel leve se encuentra entre puntuaciones entre 1 y 16; el moderado de 16 a 32; y el grave de 32 a 48 (máxima puntuación en la escala). Y por último el nivel leve en la escala de abuso sexual se corresponde con puntuaciones de 1 a 2; el moderado de 2-4, y el grave de 4 a 6 (máxima puntuación en la escala)(Ver *anexo III.4*).

En la *figura 14.23* se muestran los instrumentos utilizados en el grupo I y la persona que los cumplimenta.

**Figura 14.23. Instrumentos utilizados para valorar la historia de maltrato en el grupo I.**



#### ▪ GRUPO II

Como ya se ha comentado anteriormente, al no disponer de la información proporcionada por la familia biológica del/la menor, los datos sobre la historia de maltrato se recoge mayormente de los informes que nos derivan.

Además, también se le administra al/la menor una entrevista semiestructurada, la **ESMI (Entrevista Semiestructurada de Maltrato Infantil)** elaborada para menores que han sufrido maltrato intrafamiliar crónico y se encuentran en situación de tutela. Al ser detallada en el apartado anterior, en el grupo I, comentaremos aquí solamente que dentro de las tres partes de las que consta la entrevista, hay un apartado donde se habla sobre la situación del/la menor en el centro o en la familia de acogida, el apoyo que recibe y las expectativas sobre su situación personal (Ver *anexo III.1*).

En la *figura 14.24* se muestran los instrumentos utilizados y la persona que los cumplimenta.

**Figura 14.24. Instrumentos utilizados para valorar la historia de maltrato en el grupo II.**

### 14.3.B. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

#### ▪ DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

El instrumento de evaluación utilizado en este estudio para evaluar el Trastorno por Estrés Postraumático es la **Child PTSD Symptom Scale (CPSS)** (ver *anexo IV.1*).

La CPSS de Foa et al. (2001) es un instrumento específico para evaluar la presencia de síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). Es una versión de la escala de adultos Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS) de Foa et al. (1997), para su aplicación en niños/as y adolescentes de 8 a 18 años de edad. Este instrumento puede ser utilizado como autoinforme o como entrevista clínica estructurada (Foa et al., 2001) y está basado en los criterios diagnósticos para el Trastorno por Estrés Postraumático del DSM-IV (APA, 1994) y DSM-IV-TR (APA, 2000). Consta de 2 preguntas abiertas y 24 ítems. Las dos preguntas se refieren al acontecimiento estresante. En la primera, el/la menor tiene que expresar cuál ha sido, a lo largo de su vida, el evento que mayor malestar le ha producido. En la segunda, ha de referir el tiempo que ha acontecido desde que ocurrió ese evento.

A continuación se describen los síntomas que pueden aparecer como consecuencia de ese acontecimiento traumático. Esta primera parte (17 ítems), consta de tres subescalas, con un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos (de 0 a 3), donde 0 = nada o sólo 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. Resulta en una puntuación total de la severidad de los síntomas TEPT y puntuaciones de la severidad para cada uno de los grupos sintomáticos: Pensamientos Intrusivos (PI), Evitación (EV) e Hiperarousal (HI). Además, también las subescalas pueden ser puntuadas dicotómicamente (Si o No) según se cumplan los criterios diagnósticos de TEPT (Foa et al., 2001). La primera subescala, PI, está compuesta por 5 ítems (del 1 al 5) y tiene un rango de puntuación de 0 a 15; en referencia a la segunda (Evitación) consta de 7 ítems, del 6 al 12, con una puntuación de 0 a 21; y por último, la Hiperactivación, que va del ítem 13 al 17, con un

total de 5 ítems, puntuación de 0 a 15. La puntuación total varía de 0 (ausencia de sintomatología TEPT) a 51 (sintomatología TEPT de gravedad severa).

La segunda parte de la escala consta de 7 ítems adicionales, puntuados dicotómicamente, para estimar cuánto ha interferido la sintomatología en áreas específicas que representan la gran mayoría de áreas de funcionamiento en la vida del/la menor. Los/as menores contestan Si o No, siendo puntuados con un 0 si no presentan déficits y 1 si los presentan, resultando en un rango de puntuación para esta parte de la escala de 0 a 7.

#### ▪ PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

En el estudio original del CPSS (Foa et al., 2001), en el que se realizó la validación, la muestra fue de 75 niños/as de edad escolar y adolescentes de 8 a 15 años (media 11,8 años; 59% chicas y 41% chicos), 25 meses después del terremoto ocurrido en 1994 en California. Preguntaron a los/as menores sobre sus reacciones al evento. Todos los niños/as vivían a 3 millas del epicentro del terremoto y se despertaron cuando empezó. Sus hogares sufrieron daños de moderados a severos, la ciudad se quedó sin agua o electricidad durante más de 3 días, el 30% de los niños/as fueron desplazados de sus hogares, y sus colegios permanecieron cerrados durante más de 8 meses. La escala se administró en grupos de 6 a 8 menores, en los que el examinador leía las preguntas para facilitar la comprensión de los ítems y los niños/as los leían silenciosamente. La escala se volvió a administrar de manera individual por los profesores a cada estudiante a una submuestra (n 65) de la muestra original, entre 1 y 2 semanas más tarde de la evaluación inicial. Se estudió tanto la fiabilidad (interna y test-retest) como la validez (convergente y divergente) de la CPSS en este estudio hallando buenos resultados.

A continuación se describen los resultados sobre las propiedades psicométricas de la escala obtenidos por los autores de la misma, otros investigadores y los encontrados en el presente trabajo.

#### **Estudios sobre fiabilidad de la CPSS:**

##### *Consistencia interna:*

Para calcular la consistencia interna de la CPSS, es decir, el nivel en el que los diferentes ítems que la componen se relacionan entre sí, los estudios han utilizado el Coeficiente alfa de Cronbach.

El estudio de Foa et al. (2001) mostró que la CPSS mide sintomatología de estrés postraumático y que es fácil de aplicar. Se hallaron valores alfa para la escala total de .89, encontrando para las subescalas .80 en Pensamientos Intrusivos, .73 en Evitación y .70 para Hiperarousal. La segunda parte, con 7 ítems, tenía una consistencia interna baja, de .35. El ítem 24 sobre Felicidad General no estaba relacionado con ningún otro ítem de deterioro, por lo que lo eliminaron y aumentó la fiabilidad a .89.

Bustos et al. (2009) realizaron la validación preliminar en Chile de la CPSS. La muestra estaba formada por 75 menores chilenos de entre 8 y 18 años que habían sufrido abuso sexual o violación. Los resultados indican una alta consistencia interna, medida con alfa de Cronbach, tanto para la escala total (.91) como para las subescalas. Así, para Pensamientos Intrusivos se halló un valor de .84, de .81 para Evitación y de .78 para Hiperarousal.

Duarte (2007) realizó un estudio de 67 menores y adolescentes portugueses con edades comprendidas entre los 8 y 18 años que habían sido testigos de violencia interparental. El objetivo era evaluar el Estrés Postraumático a través de la versión portuguesa de la CPSS de Foa, que fue adaptada y validada por Duarte et al. en el 2006. Encontraron una buena consistencia interna de este instrumento, tanto para la escala total (alfa de .85), como para las subescalas (Pensamientos Intrusivos con un alfa de .81; y una consistencia interna de .82 tanto para Evitación como para Hiperarousal).

Holmes et al. (2007) evaluaron el estrés postraumático en una muestra con 76 escolares de Londres en relación a ser testigos indirectos a través de los medios de comunicación del atentado ocurrido el 11 septiembre de 2001 en Estados Unidos. Los/as menores, de 10-11 años de edad, fueron evaluados a los 2 meses después del incidente. En este trabajo se eliminó el ítem 18 de la segunda parte referido a la interferencia que crea el evento traumático a la hora de rezar u orar. Encontraron una alta consistencia interna de la escala tanto para la primera como la segunda parte, con unos niveles alfa de .87 y .84 respectivamente.

Jaycox et al. (2002), en una muestra de recientes inmigrantes latinos escolarizados, de edades entre los 8 y 15 años. Utilizaron la escala CPSS para valorar el estrés postraumático relacionado con la exposición a la violencia antes, durante y después de la inmigración a Los Angeles. Encontraron un valor alfa de .89 para la escala total en esta muestra.

Feldner, Leen-Feldner, Trainor, Blanchard y Monson (2008) evaluaron la hipótesis de la mediación de la sensibilidad a la ansiedad en la relación entre historia de fumar a lo largo de la vida y síntomas de estrés postraumático. Administraron la CPSS entre 64

adolescentes de población general expuestos/as a eventos traumáticos. Hallaron una buena consistencia interna de la escala en formato entrevista, con un valor de .85.

Brown et al. (2007) tenían como objetivo evaluar el ajuste de los hijos e hijas de madres con cáncer de mama actual o anterior en comparación con los de madres de población normal utilizando la escala CPSS. La muestra estaba formada por 80 madres con sus hijos/as de 8 a 19 años de edad, la mitad de ellas pertenecía a un grupo, con (I) o sin (II) la enfermedad. La consistencia interna de la escala para el grupo de madres con cáncer (grupo I) fue de .73, siendo de .78 el valor obtenido para el otro grupo (grupo II). Sólo se utilizó la puntuación total para realizar este análisis.

En el presente estudio se ha calculado el coeficiente alfa de Cronbach en la primera parte de la escala (total y subescalas) y en la segunda, en esta muestra de 102 menores que han sufrido maltrato intrafamiliar. Para el total de la primera parte se obtiene un valor de fiabilidad de .89. Analizando los resultados por grupos sintomáticos, se alcanza un coeficiente de .81 para Pensamientos Intrusivos, de .73 para Evitación y de .77 para Hiperarousal. Con respecto a la segunda parte, se encuentra un valor alfa de .65 con todos los ítems. En este trabajo se ha eliminado el ítem 24 (Felicidad General) como se hizo en el estudio de validación de la escala (Foa et al., 2001), pero el coeficiente obtenido es inferior (.56). También se ha calculado el alfa de Cronbach con 6 ítems pero eliminando en este caso el ítem 18 (Oraciones/Rezoes), ya que es poco representativo. El coeficiente encontrado es de .66, siendo el aumento poco significativo.

Como apuntan Carmines y Zeller (1979), una buena consistencia interna debe exceder a un alfa de .80, si bien son aceptables los valores por encima del .60 según Ribeiro (1999). Así, según los datos obtenidos, la fiabilidad de la primera parte de la escala CPSS en nuestro estudio es alta. En relación a las subescalas, se halla una alta consistencia interna en Pensamientos Intrusivos, siendo los valores en Evitación e Hiperarousal aceptables. En este estudio, la subescala con mayor fiabilidad es la de Pensamientos Intrusivos. El coeficiente hallado para la segunda parte tanto con todos los ítems como al eliminar el 18 es aceptable.

Si se realiza una comparativa entre nuestros resultados y los de otros estudios que han empleado este instrumento de medida, podemos decir que la fiabilidad de la primera parte de la escala CPSS en nuestro trabajo (.89) es acorde a otros trabajos, encontrando un rango de valores que rondan entre .73 (Brown et al., 2007) y .91 (Bustos et al., 2009). En relación a las subescalas, la consistencia interna en PI (.81), también es un valor similar al encontrado en otras investigaciones (.84 en Bustos et al., 2009; .81 en Duarte, 2007; .80 en Foa et al., 2001). En EV se ha obtenido un alfa de .73, como el hallado en el estudio de validación de la escala que realizó Foa et al. en el año 2001, aunque inferior al encontrado

en estudios con población que ha sufrido abuso sexual (.81: Bustos et al., 2009) y violencia interparental (.82: Duarte, 2007) con valores por encima de .80. Por último, también se ha encontrado un valor alfa en la subescala de HI (.77) superior al que obtuvo Foa et al. (2001) con alfa de .70, pero inferior al obtenido por Bustos et al. (2009) con .78 y Duarte (2007) con .82 (ver tabla 14.8).

**Tabla 14.8. Coeficientes de fiabilidad interna de la escala CPSS en nuestro estudio y en otros.**

CPSS	Nº ÍTEMS	NUESTRO ESTUDIO	OTROS ESTUDIOS						
		Muestra total (N 102)	Desastre natural (Foa et al., 2001) (N 75)	Abuso sexual (Bustos et al., 2009) (N 75)	Violencia interparental (Duarte, 2007) (N 67)	Atentado terrorista visto por TV (Holmes et al., 2007) (N 76)	Violencia comunitaria inmigrantes (Jaycox et al., 2002)	Población general (Feldner et al., 2008) (N 68)	G I: madres cáncer G II: madres sin cáncer (Brown et al., 2007)
PI	5	.81	.80	.84	.81				
EV	5	.73	.73	.81	.82				
HI	5	.77	.70	.78	.82				
TOTAL (1ª parte)	17	.89	.89	.91	.85	.87	.89	85.	GI: .73 GII: .78
DETERIORO (2ª parte)	7	.65 .56** .66***	.35 .89**		.75	.84			

\*\*6 ítems (- ítem 24)

\*\*\*6 ítems (- ítem 18)

#### *Test-retest:*

En el estudio de validación de la prueba también se estudió la estabilidad de la medida a lo largo del tiempo.

Foa et al. (2001): administraron de nuevo la CPSS a 65 niños/as entre 1 y 2 semanas más tarde de haberla cumplimentado.

La fiabilidad test-retest del diagnóstico TEPT fue moderada, con un Kappa de .55 usando la muestra retest de 65 menores. El porcentaje de acuerdo entre el diagnóstico en los dos momentos fue del 84%, lo que indica un alto grado de fiabilidad. Este nivel de acuerdo es particularmente notable, dado que la primera administración fue en un formato grupal y la segunda de modo individual, por lo que la consistencia entre los dos tipos de administraciones sugiere una gran utilidad clínica de la CPSS.

Con respecto a los coeficientes de fiabilidad test-retest de la puntuación total y de las subescalas, fueron de moderados a excelentes. Así, se obtuvieron unas correlaciones de .85 para Pensamientos Intrusivos, .63 para Evitación, .76 para Hiperarousal y .84 para la escala total. Asimismo, no proporcionan información sobre si para la segunda parte utilizaron 6 o 7 ítems, hallando un coeficiente muy bueno,  $r = .70$ ,  $p < .001$ .

**Estudios de validez de la CPSS:***Validez convergente:*

Los autores de la escala han estudiado también el grado en el que la CPSS se correlaciona con otra medida del mismo concepto, para lo cual eligieron el autoinforme que en ese momento era el más usado, el Child Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index (CPTSD-RI) de Pynoos et al. (1987).

Foa et al. (2001) obtuvieron una correlación de Pearson de .80 ( $p < .001$ ) con la CPTSD-RI que está basada en los criterios diagnósticos para TEPT del DSM-III (APA, 1980).

*Validez divergente:*

Además, se valoró la correlación de la escala con otras medidas de diferentes conceptos.

Foa et al. (2001) correlacionaron la puntuación total y las subescalas de la CPSS con puntuaciones de depresión y ansiedad. Obtuvieron una correlación con el Depression Self-Rating Scale for Children (DSRS) (Birleson, 1981) de .58 y con el Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) de March et al. (1997) de .48, demostrando validez discriminante (mide un constructo diferente de la depresión y la ansiedad), porque estas correlaciones son sustancialmente más pequeñas que con el CPTSD-RI (.80).

Por otro lado, un análisis de función discriminante indicó que una combinación lineal de las tres subescalas discriminan significativamente entre los niños/as de alta y baja puntuación en el CPTSD-RI ( $X^2_3 = 25.21$ ,  $p < .0001$ ). El punto de corte fue de 11, considerando que los/as menores que presentaban esa puntuación o mayor estaban en la categoría de TEPT alto. De los/as menores con altas puntuaciones en el CPTSD-RI, el 70% cumplió criterios para diagnóstico según la CPSS, y el 17% que puntuaron bajo en el CPTSD-RI cumplió criterios para CPSS. Se obtuvo un 95% de sensibilidad y un 96% de especificidad para la escala.

*Validez concurrente:*

La validez concurrente hace referencia a la contrastación de las puntuaciones de un test con una medida criterio que es obtenida al mismo tiempo que la puntuación del test.

Bustos et al. (2009) utilizaron como criterio externo de validación concurrente el juicio clínico de un profesional experto. La correlación de rangos de Spearman entre la puntuación CPSS y el criterio externo de validación fue 0,75 ( $p = 0,000$ ), lo que permitió aseverar que la versión adaptada de la CPSS es una medida adecuada de estimación del TEPT en menores.

*Validez de contenido:*



Con la validez de contenido se trata de garantizar que el test constituye una muestra adecuada y representativa del contenido que éste pretende evaluar.

Bustos et al. (2009) realizaron un análisis considerando como variables independientes las puntuaciones en las tres subescalas (Pensamientos Intrusivos, Evitación e Hiperarousal) de la CPSS y como variables de agrupación la calificación de severidad de síntomas asignada por los jueces expertos, dicotomizada de acuerdo al siguiente criterio: a) bajo TEPT: puntuaciones de sintomatología nula o baja y b) alto TEPT con puntuaciones de sintomatología TEPT moderada o alta. Se obtuvo una correlación de 0.74. La versión adaptada (en Chile) discrimina significativamente entre quienes presentan un TEPT alto o bajo, según la clasificación de los jueces expertos. Se estableció que a partir de las puntuaciones de las tres subescalas de la CPSS era posible clasificar correctamente al 90,7% de los casos clasificados previamente por los jueces expertos. Se estableció el punto de corte en 24 puntos. Se consigue una sensibilidad de la prueba del 80% (es decir que el 80% de los/as menores con TEPT tendrán un resultado positivo en el CPSS) y una especificidad del 90% (proporción de menores que no presentan TEPT que tienen un resultado negativo en la CPSS).

*Validez de constructo:*

Por otra parte, también se ha estudiado la validez de constructo de la prueba con el fin de garantizar que la prueba mide de hecho el constructo que se propone medir, el Trastorno por Estrés Postraumático.

Duarte (2007) calculó la validez de constructo de la versión portuguesa de la CPSS en 67 menores que habían sufrido violencia interparental. Para ello utilizó un Análisis Factorial Exploratorio. Se obtiene un valor de 0,788 cuyo valor se aproxima a lo que consideran Pestana y Gageiro (2005) como aceptable. Al realizar un Análisis de Componentes Principales, éste revela la presencia de 5 factores con valores propios superiores a 1. Mediante una prueba Scree Plot se elige la solución factorial de 4 componentes, si bien, al atender a la varianza explicada aparecen más claros 3 factores, que explican un 54,307% de varianza. Se calcula la Rotación Varimax para mejorarse la interpretación de estos 3 factores. La solución rotada se traduce en una estructura con 3 componentes que revelan saturaciones fuertes, si bien hay 5 ítems (3, 4, 8, 9, 17, 12) que saturan en dos componentes. El factor I, que explica la mayor parte de varianza total de la escala integra 9 ítems, 5 de los cuales se caracterizan por ser reacciones de revivencia del trauma (PI), y son 1, 2, 3, 4, 5. Sin embargo este factor incluye también 4 ítems (10, 13, 14, 15), 1 relativo a comportamientos de Evitación (10) y 3 de Hiperactivación. Por su parte, el factor II engloba a 6 ítems, 4 que se corresponden con Evitación (6, 7, 8, 9) y 2 a Hiperarousal (16, 17). El factor III incluye 2 ítems de Hiperactivación (11, 12).

En nuestro estudio también hemos procedido a realizar un Análisis Factorial Varimax de 3 y 4 factores.

El primero es el que presenta una estructura factorial más satisfactoria desde el punto de vista clínico y psicométrico, con una varianza total explicada por los 3 factores de 53.888%. Se hallan 7 ítems (1, 2, 5, 9, 12, 13, 15) que saturan en dos componentes. El primer factor, cuya varianza explicada es de 22.142% está formado por 10 síntomas, de los cuales 5 son de Evitación (10, 11, 9, 7, 12), 4 de Pensamientos Intrusivos (3, 1, 2, 5) y 1 de Hiperarousal (13). El segundo factor está formado por 7 síntomas de los cuales 5 son de Hiperarousal (13, 16, 14, 17, 15) y 2 de Pensamientos Intrusivos (4, 5), y presenta una varianza explicada del 18,157%. El tercer factor está formado por 7 síntomas, de los cuales 4 son de Evitación (9, 12, 8, 6), 2 de Pensamientos Intrusivos (1, 2), y 1 de Hiperarousal (15), con una varianza explicada del 13,584%. Los resultados se muestran en la *tabla 14.9*.

**Tabla 14.9. Matriz de componentes rotados.**

	COMPONENTE		
	1	2	3
Ítem 10 (EV)	,759*	,248	,003
Ítem 11 (EV)	,720*	,153	-,091
Ítem 3 (PI)	,692*	,299	,064
Ítem 9 (EV)	,617*	-,110	,486*
Ítem 1 (PI)	,564*	,197	,410*
Ítem 13 (EV)	,530*	,495*	,035
Ítem 7 (EV)	,519*	,063	,308
Ítem 2 (PI)	,472*	,272	,458*
Ítem 12 (EV)	,429*	,245	,428*
Ítem 16 (HI)	,063	,829*	,024
Ítem 14 (HI)	,195	,670*	,115
Ítem 17 (HI)	,278	,642*	,327
Ítem 4 (PI)	,321*	,586*	,328
Ítem 5 (PI)	,481*	,529*	,101
Ítem 8 (EV)	-,090	,030	,724*
Ítem 15 (HI)	-,083	,516*	,594*
Ítem 6 (EV)	,258	,196	,538*

\* saturación fuerte

En la factorización de 4 factores, el primer factor está formado por 16 síntomas, quedando fuera del factor únicamente el síntoma 8 de Evitación, con un peso factorial de .269. Aunque este factor general parece adecuado, ya que integra la mayor parte de los síntomas de la escala CPSS, los otros tres factores son bipolares y siguen mezclando ítems de los tres grupos de síntomas. Por ello consideramos más adecuado el de 3 factores.

Si se realiza una comparativa entre los resultados obtenidos en nuestro estudio y los encontrados por los autores de la escala (Foa et al., 2001), se aprecia que la estructura de 3 componentes es consistente con la investigación original de la CPSS, aunque los ítems en este estudio (al igual que en Duarte, 2007) se redistribuyen de una forma diferente para cada uno de los 3 factores. No coinciden con los criterios clínicos, más bien en nuestro estudio hay una clara asociación de síntomas de Evitación y Pensamientos Intrusivos, factores I y III, ambos con un síntoma de Hiperactivación, y un factor, el II, de Hiperactivación con Pensamientos Intrusivos. La distribución de los ítems de la escala hallada en nuestro trabajo y en otros se refleja en la *tabla 14.10*.

**Tabla 14.10. Distribución de los ítems de la CPSS según nuestro estudio y otros.**

CPSS original (Foa et al., 2001)		CPSS adaptación portuguesa (Duarte, 2007)		CPSS nuestro estudio (2011)				
Factores	Ítems	Factores	Ítems	Factores	Ítems			
I	1	I	1	I	10			
	2		2		11			
	3		5		3			
	4		14		9			
	5		13		1			
II	6		15		13			
	7		3		7			
	8		10		2			
	9		4		12			
	10		6		5			
	III	11	II	16	II	16		
		12		8		14		
13		7		17				
14		9		4				
15		17		8				
III		16		III		11	III	6
		17				12		15

Según algunos estudios (Alberto, 2004) estos resultados (nuestro estudio y Duarte, 2007) eran previsibles porque la construcción de la escala no se realizó en función de un procedimiento estadístico mediante derivación factorial, sino por correspondencia con los criterios diagnósticos del DSM-IV. Así entendemos que lo más pertinente sería mantener la organización original de los ítems.

Como hemos podido comprobar, los resultados, tanto del presente estudio como de otros, proporcionan evidencia de que la escala CPSS es un instrumento fiable y válido para evaluar la incidencia de la sintomatología TEPT en menores que han sido expuestos/as a trauma.

#### ▪ ESTUDIOS QUE EMPLEAN LA CPSS

Un dato significativo es que en la actualidad no existe ninguna investigación científica con el CPSS publicada en nuestro país. La mayoría de estudios encontrados están

realizados con menores americanos (Boyer et al., 2000; Brown et al., 2007; Foa et al., 2001; Jaycox et al., 2002; Jaycox et al., 2009; Leen-Feldner et al., 2007). Otras poblaciones son de Reino Unido (Holmes et al., 2007) y de Portugal (Duarte, 2007), en Europa, y Bustos et al. (2009) y Rincón et al. (2010) en menores chilenos.

Con respecto al tipo de muestra utilizada, hemos encontrado datos de TEPT evaluado mediante la CPSS tanto en población general como clínica, y en menores que han sufrido maltrato como los/as participantes de nuestro estudio. En población general se ha utilizado este instrumento con menores que han pasado por un terremoto (Foa et al., 2001), inmigrantes latinoamericanos (Jaycox et al., 2002; Jaycox et al., 2009), niños y niñas que han visto por televisión el atentado terrorista del 11S (Holmes et al., 2007) y menores que han sufrido algún tipo de trauma (Leen-Feldner et al., 2007). En poblaciones clínicas nos encontramos con el estudio de Boyer et al. (2000) con menores que sufren lesión medular y están recibiendo tratamiento médico, y el de Brown et al. (2007) con niños y niñas cuyas madres tienen o han tenido cáncer de mama. En menores que han sufrido maltrato, hemos accedido a los estudios de Duarte (2007) con menores que han estado expuestos a violencia interparental y a los de Bustos et al. (2009) y Rincón et al. (2010) con menores que han sufrido abuso y/o violencia sexual.

#### ▪ BAREMACIÓN

En la actualidad, la CPSS todavía no aporta puntos de corte para establecer el diagnóstico de Trastorno de Estrés Posttraumático (Bustos et al., 2009; Foa et al., 2001). Si bien, algunos autores como Kataoka et al. y Stein et al. en el año 2003 y Jaycox et al. en el año 2009, han establecido como punto de corte la puntuación total en la primera parte de la escala de 11 para designar la sintomatología TEPT leve y la puntuación 18 para establecer la sintomatología TEPT grave.

El no disponer de datos psicométricos en población española ni en ninguna otra limita la comparación de los resultados obtenidos.

#### 14.4. ANÁLISIS DE DATOS

Para el tratamiento estadístico de los datos de este estudio se ha utilizado la versión 15 de SPSS y la versión 11 de SYSTAT. Los procedimientos utilizados han sido los siguientes:

- Análisis de frecuencias y de tablas de contingencia para la determinación de las prevalencias.
- Análisis de fiabilidad, para la determinación del alpha de Cronbach.
- Análisis factorial para analizar la estructura factorial del CPSS.
- Análisis de varianza y prueba t de Student para comparar promedios y pruebas post-hoc tipo Benferroni para determinar las diferencias entre los promedios de pares de variables.
- Prueba Z para contrastes de diferencias entre proporciones (prevalencias).

## **CAPÍTULO 15: RESULTADOS**

Este capítulo, el 15, está dividido en dos partes y se dedica a la descripción de los resultados encontrados en este estudio.

En la parte I se exponen los resultados descriptivos: primero los resultados hallados en la muestra total, menores que han sufrido maltrato intrafamiliar, y a continuación los del grupo I (menores que han sido testigos de violencia de género en el hogar) y los del grupo II (menores maltratados tutelados). En la muestra total se describen los resultados obtenidos con la escala CPSS para valorar Estrés Postraumático. Después se hace referencia a los resultados que se hallan en el grupo I y en el grupo II, exponiendo el análisis de la historia de maltrato sufrida y los indicadores de Estrés Postraumático a través de la CPSS.

En la parte II se describen los criterios empleados y los resultados que confirman o no las hipótesis de trabajo.

## **Parte I: Resultados descriptivos**

### 15.1. MUESTRA TOTAL

Se detallan los resultados encontrados en la escala CPSS para TEPT en la muestra total, formada por 102 menores que han sufrido maltrato intrafamiliar crónico.

#### 15.1.A. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

En primer lugar se describen los síntomas de estrés postraumático (primera parte de la escala), el deterioro funcional (segunda parte de la escala) y por último la relación entre la sintomatología y el deterioro.

##### 1) SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Nos centramos en la primera parte de la escala, que está compuesta por 17 ítems y comprende 3 subescalas: Pensamientos Intrusivos, Evitación e Hiperarousal. En este apartado se van a exponer los resultados en primer lugar del análisis descriptivo y a continuación del análisis de prevalencias.

##### ❖ ANÁLISIS DESCRIPTIVO

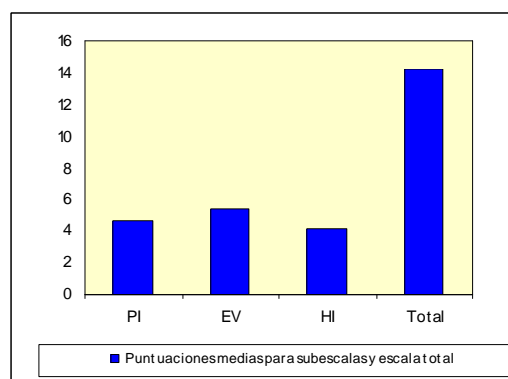
Se calculan las puntuaciones medias y desviaciones típicas en las subescalas y total de la primera parte, tanto en la muestra total, por sexo, por grupos de edad y por ítems.

En la muestra total de menores maltratados se encuentra una puntuación media de 14,26 en el total de la primera parte, con una desviación típica (dt) de 10,65. En los grupos sintomáticos se halla para Pensamientos intrusivos media de 4,72 (dt 4,04); en Evitación la media más elevada, de 5,41, y desviación de 4,48; y para Hiperarousal, una media más baja, de 4,14, y desviación de 3,83 (*ver tabla 15.1 y figura 15.1*).

**Tabla 15.1. Puntuaciones medias y desviaciones típicas para las subescalas y total de la primera parte de la escala en la muestra total.**

SUBESCALAS	Nº ITEMS	PUNT. MINIMA - MÁXIMA	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
PI	5	0 - 15	4,72	4,04
EV	7	0 - 18	5,41	4,48
HI	5	0 - 14	4,14	3,83
<b>TOTAL</b>	17	0 - 42	14,26	10,65

**Figura 15.1. Puntuaciones medias y desviaciones típicas para las subescalas y total de la primera parte de la escala en la muestra total.**

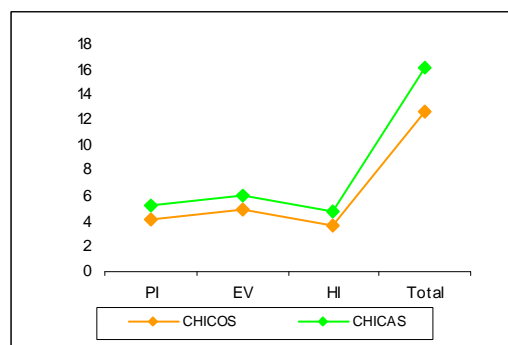


En relación al sexo se ha encontrado para el total de la primera parte de la escala una puntuación media de 12,56 para chicos y de 16,04 para chicas. Con respecto a los grupos sintomáticos, se halla en Pensamientos Intrusivos una media de 4,17 en chicos frente a 5,28 en chicas; en Evitación una puntuación media para chicos de 4,83 y para chicas de 6,02; y para Hiperarousal, una media de 3,56 en chicos frente a 4,74 en chicas. A grandes rasgos se observa que las puntuaciones encontradas para los chicos son ligeramente inferiores que para las chicas (*ver tabla 15.2 y figura 15.2*).

**Tabla 15.2. Puntuaciones medias y desviaciones típicas por sexo para las subescalas y total de la primera parte de la escala en la muestra total.**

SUBESCALAS	MEDIA (DESVIACIÓN TÍPICA)	
	CHICOS	CHICAS
PI	4,17	5,28
EV	4,83	6,02
HI	3,56	4,74
<b>TOTAL</b>	12,56	16,04

**Figura 15.2. Puntuaciones medias y desviaciones típicas por sexo para las subescalas y total de la primera parte de la escala en la muestra total.**



La variable edad está dividida en dos grupos, de 8 a 12 años y de 13 a 17 años. Para el primer grupo la media en el total de la escala es de 14,64; en la subescala Pensamientos Intrusivos de 4,93; de 5,79 en la segunda subescala (Evitación); y de 3,93 en la tercera, Hiperarousal. Para el segundo grupo, la media total fue de 13,84; y de 4,50, de 4,93 y de

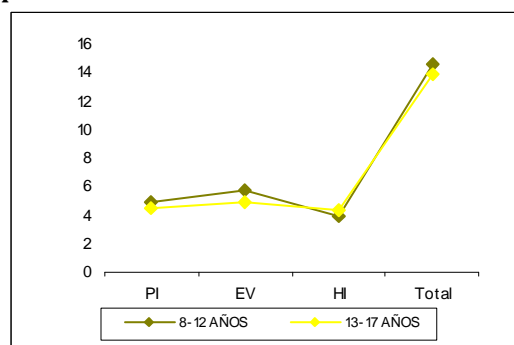


4,41 para las subescalas (Pensamientos intrusivos, Evitación e Hiperarousal respectivamente) (ver tabla 15.3 y figura 15.3).

**Tabla 15.3. Puntuaciones medias y desviaciones típicas por grupos de edad para las subescalas y total de la primera parte de la escala en la muestra total.**

SUBESCALAS	MEDIA (DESVIACIÓN TÍPICA)	
	8-12 AÑOS	13-17 AÑOS
PI	4,93	4,50
EV	5,79	4,93
HI	3,93	4,41
<b>TOTAL</b>	<b>14,64</b>	<b>13,84</b>

**Figura 15.3. Puntuaciones medias y desviaciones típicas por grupos de edad para las subescalas y total de la primera parte de la escala en la muestra total.**

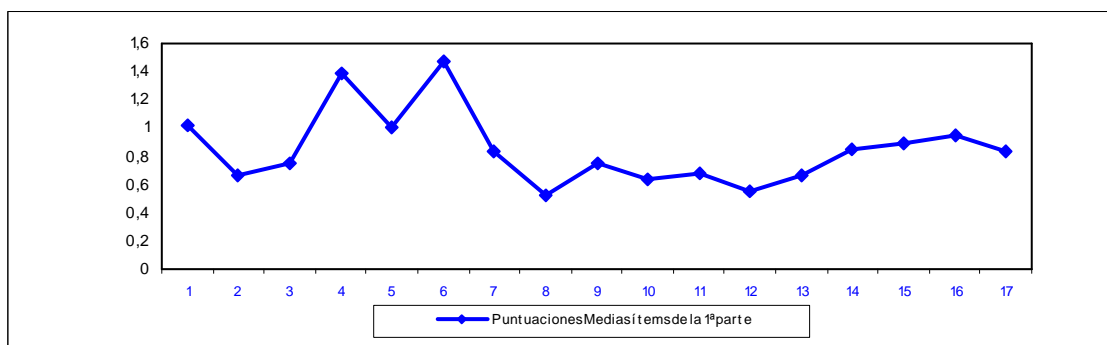


Los resultados en relación a los ítems se muestran en la *tabla 15.4* y en la *figura 15.4*, donde se aprecia especialmente que la mayoría de ítems rondan el valor de 1 (escala de 0 a 3), siendo las puntuaciones medias más elevadas las de 1,47 en el ítem 6 (Evitar pensar, sentir...) que pertenece a la subescala Evitación y 1,39 en el ítem 4 (Malestar psicológico) dentro de Pensamientos Intrusivos. La puntuación media más baja es la encontrada en el ítem de Amnesia (ítem 8) con una media de 0,53 (subescala Evitación).

**Tabla 15.4. Puntuaciones medias y desviaciones típicas para los ítems de la primera parte de la escala en la muestra total.**

SUBESCALAS	ÍTEMS	MEDIAS (DESVIACIONES TÍPICAS)
PI	1. Recuerdos intrusivos	1,02 (1,11)
	2. Sueños intrusivos	0,66 (1,00)
	3. "Flashbacks"	0,75 (1,01)
	4. Malestar psicológico	1,39 (1,11)
	5. Malestar fisiológico	1,00 (1,19)
EV	6. Evitar pensar, sentir...	1,47 (1,21)
	7. Evitar actividades, lugares...	0,84 (1,12)
	8. Amnesia	0,53 (0,84)
	9. Pérdida interés en actividades significativas	0,75 (1,10)
	10. Sensación de desapego o enajenación	0,64 (0,99)
	11. Restricción de la vida afectiva	0,68 (1,06)
	12. Sensación de futuro desolador	0,55 (0,85)
HI	13. Insomnio	0,67 (1,01)
	14. Irritabilidad	0,85 (1,08)
	15. Dificultades de concentración	0,89 (1,03)
	16. Hipervigilancia	0,95 (1,11)
	17. Respuesta de sobresalto	0,84 (1,06)

**Figura 15.4. Puntuaciones medias y desviaciones típicas para los ítems de la primera parte de la escala en la muestra total.**



#### ❖ ANÁLISIS DE PREVALENCIAS

Se ha calculado la prevalencia para el total de la primera parte de la escala, de las subescalas y de los ítems siguiendo varios criterios clínicos y psicométricos.

Los *criterios psicométricos* han sido:

a) Según la puntuación total:

- ❖ Puntuación mayor o igual a 11 en la escala total, tomándola como sintomatología leve (Jaycox et al., 2009; Kataoka et al., 2003 y Stein et al., 2003).
- ❖ Puntuación mayor o igual a 18 en la escala total, tomándola como sintomatología grave (Jaycox et al., 2009; Kataoka et al., 2003 y Stein et al., 2003).

b) Según la puntuación media:

- ❖ Puntuación media del grupo en cada subescala (PI: 4,72; EV: 5,41; HI: 4,14) y escala total (14,26).
- ❖ Puntuación media del grupo más una desviación típica en cada subescala (PI: 8,76; EV: 9,89; HI: 7,97) y escala total (24,91).

c) Según la puntuación en los ítems:

- ❖ Puntuación 2 o superior en la escala (mínimo 2 veces a la semana) para cada ítem.

Los resultados se describen a continuación.

#### a) Tomando como criterio la puntuación total de la primera parte de la escala:

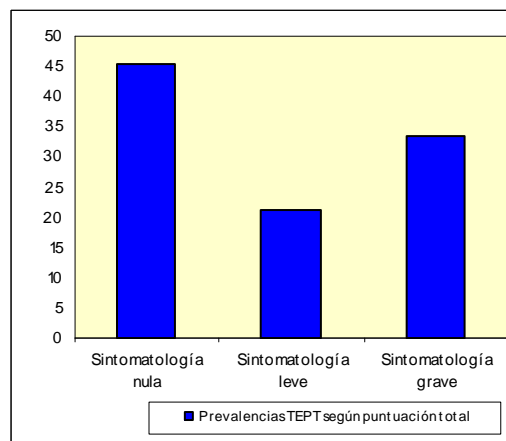
En la muestra total se halla que el 21,2% de los/as menores presenta sintomatología TEPT leve, con puntuaciones totales entre 11 y 17. Es destacable comentar que hay una mayor proporción de participantes con sintomatología grave, un 33,3%. Si

juntamos los dos niveles de gravedad, podemos señalar que el 54,5% de la muestra exhibe sintomatología de Estrés postraumático al menos en intensidad leve. También es importante resaltar que cerca de la mitad de los niños y niñas no presentan sintomatología en este trastorno (45,5%) (ver tabla 15.5 y figura 15.5).

**Tabla 15.5. Tasas de prevalencia tomando como criterio la puntuación total de la primera parte de la escala para la muestra total.**

NIVEL GRAVEDAD	CRITERIO	PORCENTAJE (%)
SINTOMATOLOGÍA NULA	Puntuación total 0-10	45,5
SINTOMATOLOGÍA LEVE	Puntuación total 11-17	21,2
SINTOMATOLOGÍA GRAVE	Puntuación total $\geq 18$	33,3

**Figura 15.5. Tasas de prevalencia según niveles de gravedad tomando como criterio la puntuación total de la primera parte en la muestra total.**



b) Tomando como criterio la puntuación media y desviaciones típicas de los síntomas y la total de la primera parte de la escala:

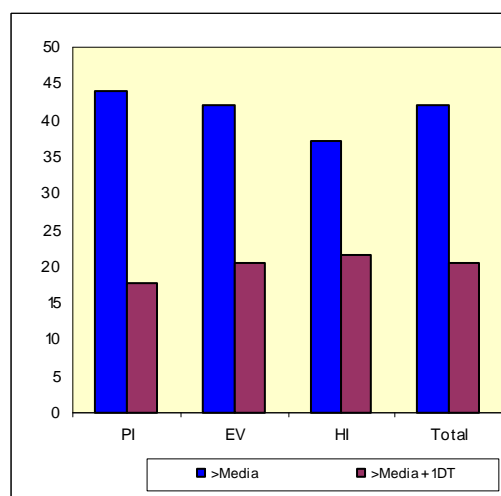
Para la escala total se encuentra que el 42,15% de los/as menores presentan puntuaciones por encima de la media (14,26). Si se toma como criterio la puntuación superior a la media más una desviación típica (24,91), el porcentaje se reduce al 20,58%. Son también destacables algunos aspectos de las subescalas de la CPSS.

La prevalencia obtenida para el síntoma de Pensamientos Intrusivos (PI) es superior a las otras subescalas si se toma como referencia la puntuación media (44,11% frente a 42,15% en EV y 37,25% en HI); pero es el menos frecuente (17,64%) con respecto a los demás (20,58% en EV y 21,56% en HI), si se considera la puntuación media más una desviación típica. La subescala de Hiperactivación obtiene prevalencias inferiores a las otras, si se toma como criterio la puntuación media (37,25% frente a 44,11% PI y 37,25% EV), sin embargo en relación al criterio de media más una desviación típica, es interesante señalar que es el factor más frecuente con una tasa de 21,56% frente a 17,64% en PI y 20,58% en EV (ver tabla 15.6 y figura 15.6).

**Tabla 15.6. Tasas de prevalencia para el total y subescalas según puntuaciones superiores a la media de la muestra y a la media más una desviación típica, para la muestra total.**

SUBESCALAS CPSS	PORCENTAJES	
	> Media	> Media + 1 dt
PI	(4,72) 44,11%	(8,76) 17,64%
EV	(5,41) 42,15%	(9,89) 20,58%
HI	(4,14) 37,25%	(7,97) 21,56%
T	(14,26) 42,15%	(24,91) 20,58%

**Figura 15.6. Tasas de prevalencia según la puntuación media del total y subescalas de la primera parte en la muestra total.**



**c) Tomando como criterio la puntuación en cada ítem:**

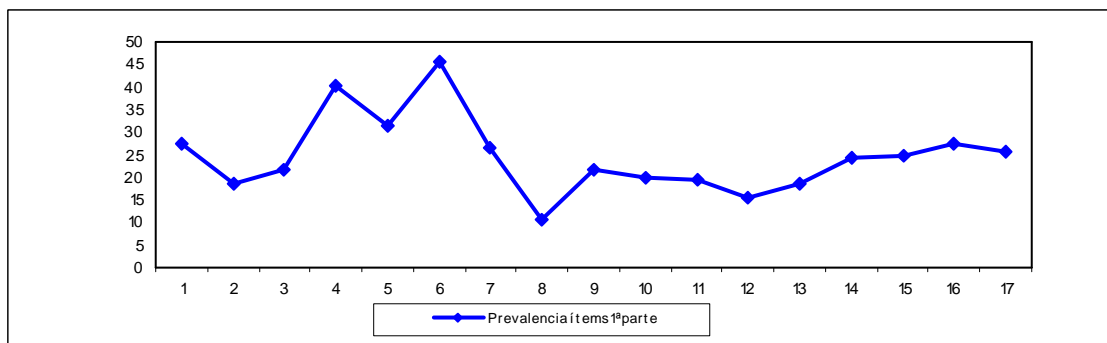
Los resultados sobre las tasas de prevalencia de los ítems de la primera parte de la escala, cuya puntuación se corresponde con sintomatología moderada y grave (puntuación 2 o 3) se muestran en la *tabla 15.7* y en la *figura 15.7*. Es importante destacar que los ítems con tasas de prevalencia más elevadas son el ítem 6 (Evitar pensar, sentir...) dentro de Evitación, con un 45,5%; y el ítem 4 (Malestar psicológico) con un 40,2% dentro de Pensamientos Intrusivos. Los que han obtenido menor prevalencia son el ítem 8 (Amnesia) con un 10,8% y el ítem 12 (Sensación de futuro desolador) con un 15,7% de los/as menores, los dos en Evitación.

**Tabla 15.7. Tasas de prevalencia tomando como criterio la sintomatología moderada con las puntuaciones 2 (2 a 4 veces a la semana o la mitad del tiempo) y la sintomatología grave 3 (5 o más veces por semana o casi siempre) en los ítems de la primera parte de la muestra total.**

SUBESCALAS	Ítems	PORCENTAJE (%)
		Puntuación 2 o 3
PI	1. Recuerdos intrusivos	27,5
	2. Sueños intrusivos	18,6
	3. "Flashbacks"	21,6
	4. Malestar psicológico	40,2
	5. Malestar fisiológico	31,4
EV	6. Evitar pensar, sentir...	45,5
	7. Evitar actividades, lugares...	26,5
	8. Amnesia	10,8
	9. Pérdida interés en actividades significativas	21,6
	10. Sensación de desapego o enajenación	19,8
	11. Restricción de la vida afectiva	19,6
	12. Sensación de futuro desolador	15,7
HI	13. Insomnio	18,6

14. Irritabilidad	24,5
15. Dificultades de concentración	24,8
16. Hipervigilancia	27,5
17. Respuesta de sobresalto	25,5

**Figura 15.7. Tasas de prevalencia para los ítems de la primera parte de la escala en la muestra total.**



Los *criterios clínicos* seguidos son los siguientes:

- Diagnóstico TEPT completo según criterios del manual diagnóstico DSM-IV (APA, 1994) y DSM-IV-TR (APA, 2000), que requiere sintomatología persistente de al menos 1 síntoma en Pensamientos Intrusivos, 3 en Evitación y 2 en Hiperarousal: Puntuación 2 o superior en la escala (mínimo 2 veces a la semana).
- Diagnóstico TEPT Parcial según criterios del manual diagnóstico DSM-IV (APA, 1994) Y DSM-IV-TR (APA, 2000), que requiere cumplir al menos 2 de 3 grupos sintomáticos (PI, EV, HI) según autores como Manne, Du Hamel, Gallelli, Sorgen y Redd (1998): Puntuación 2 o superior en la escala (mínimo 2 veces a la semana).
- Diagnóstico TEPT completo según propuestas para DSM-V que requiere sintomatología persistente de al menos 1 síntoma en Pensamientos Intrusivos, 1 en Evitación y 2 en Hiperarousal: Puntuación 2 o superior en la escala (mínimo 2 veces a la semana).

Los resultados encontrados son los siguientes.

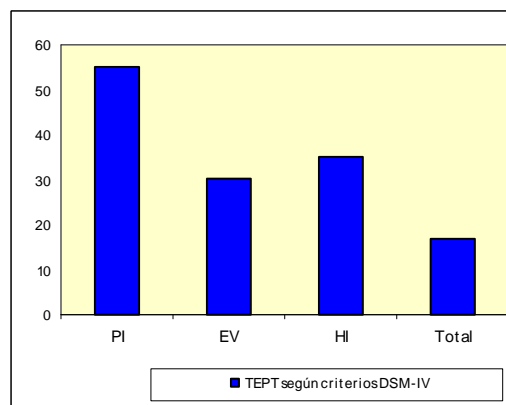
**a) Diagnóstico TEPT completo en DSM-IV-TR:**

De acuerdo a los criterios clínicos señalados en el manual diagnóstico DSM-IV-TR de la APA, requiriéndose 1 ítem en PI, 3 en EV y 2 en HI, se encuentra una prevalencia para el diagnóstico completo de TEPT del 16,7% en los/as menores de toda la muestra. Si nos centramos en los grupos sintomáticos de la primera parte, observamos una mayor prevalencia en Pensamientos Intrusivos (54,9%), seguida de Hiperarousal (35,3%), y en menor medida Evitación (30,4%) (ver tabla 15.8 y figura 15.8).

**Tabla 15.8.** Tasas de prevalencia para las subescalas y total de la primera parte de la escala, según DSM-IV-TR, en la muestra total.

SUBESCALAS	Criterios DSM-IV-TR (1PI, 3EV, 2HI)	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
PI	56	54,9
EV	31	30,4
HI	36	35,3
TOTAL	17	16,7

**Figura 15.8.** Tasas de prevalencia para las subescalas y total de la primera parte de la escala, según DSM-IV-TR, en la muestra total.

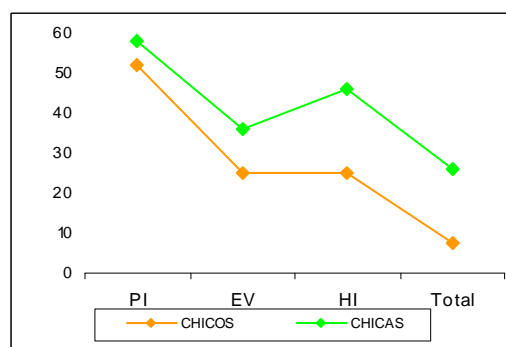


Si analizamos los resultados por sexo, los datos obtenidos indican que las tasas de prevalencia encontradas tanto para el diagnóstico completo de TEPT como en los grupos sintomáticos, es superior en las chicas que en los chicos. Así, en el total se encuentra un 26% de las chicas frente a 7,7% de los chicos. Con respecto a los síntomas, se obtiene un 51,9% en Pensamientos Intrusivos de chicos frente a 58% de las chicas; que el 25% de los chicos y el 36% de las chicas cumplen criterios para Evitación; y en la subescala Hiperarousal se aprecia también una mayor tasa de prevalencia en chicas (46%) que en chicos (25%) (ver tabla15.9 y figura15.9).

**Tabla 15.9.** Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y total de la primera parte de la escala, según DSM-IV-TR, en la muestra total.

SUBESCALAS	PORCENTAJE (%)	
	Criterios DSM-IV-TR (1PI, 3EV, 2HI)	
	CHICOS	CHICAS
PI	51,9	58
EV	25	36
HI	25	46
TOTAL	7,7	26

**Figura 15.9.** Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y total de la primera parte de la escala, según DSM-IV-TR, en la muestra total.



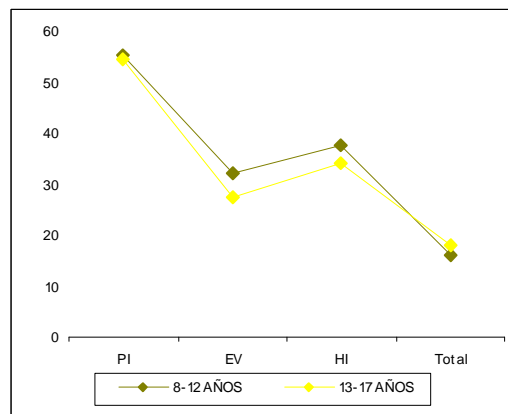
Si se describen los datos hallados en relación a dos grupos de edad, es destacable comentar que tanto en diagnóstico completo TEPT como en los grupos sintomáticos, se obtienen porcentajes similares para los/as menores de 8 a 12 años y los de 13 a 17 años. En el total se encuentra un 16,1% para los/as pequeños y 18,2% para los/as mayores. Por síntomas, en Pensamientos Intrusivos se obtiene en el primer grupo de edad 55,4% y en el

segundo 54,5%; en Evitación 32,1% frente a 27,3%; y en Hiperarousal, 37,5% frente a 34,1% (ver tabla 15.10 y figura 15.10).

**Tabla 15.10. Tasas de prevalencia por grupos de edad para las subescalas y total de la primera parte de la escala, según el DSM-IV-TR, en la muestra total.**

SUBESCALAS	PORCENTAJE (%)	
	Criterios DSM-IV-TR (1PI, 3EV, 2HI)	
	8-12 AÑOS	13-17 AÑOS
PI	55,4	54,5
EV	32,1	27,3
HI	37,5	34,1
TOTAL	16,1	18,2

**Figura 15.10. Tasas de prevalencia por rangos de edad para las subescalas y total de la primera parte de la escala, según el DSM-IV-TR, en la muestra total.**



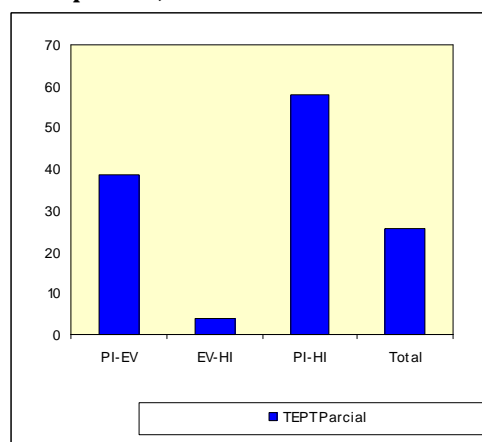
**b) Diagnóstico TEPT parcial según DSM-IV-TR:**

La tasa de prevalencia encontrada en esta muestra para TEPT Parcial (2 grupos sintomáticos) ha sido de 25,5%. De los 26 menores que cumplen TEPT Parcial, un 57,7% presentan la asociación Pensamientos Intrusivos con Hiperarousal, que es la más frecuente; un 38,5% Pensamientos Intrusivos y Evitación; y la asociación menos frecuente ha sido la de Evitación e Hiperarousal, con sólo un 3,8% (ver tabla 15.11 y figura 15.11).

**Tabla 15.11. Tasas de prevalencia para las subescalas y la escala total, según TEPT parcial, en la muestra total.**

SUBESCALAS	Criterio TEPT Parcial	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
PI (1) -EV (3)	10	38,5
EV (3) - HI (2)	1	3,8
PI (1) - HI (2)	15	57,7
TOTAL	26	25,5

**Figura 15.11. Tasas de prevalencia para las subescalas y la escala total, según TEPT parcial, en la muestra total.**



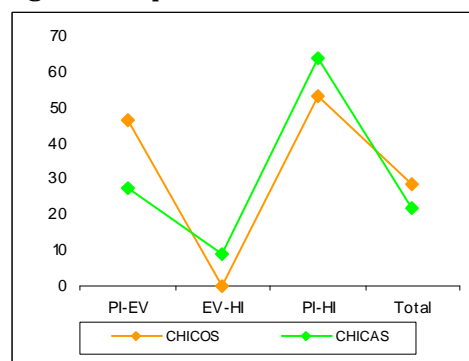
Con respecto al sexo, los datos encontrados indican que el 28,8% de los chicos frente al 22,0% de las chicas cumplen dos criterios según el DSM-IV. Haciendo un análisis

más detallado, se halla que el 46,7% de los chicos y el 27,3% de las chicas que tienen TEPT Parcial cumplen criterios para PI y EV; para la asociación EV-HI se encuentra que el 9,1% de las chicas la cumple, no hallando a ningún chico. Para la asociación PI e HI, requiriéndose tener 1 ítem en el primero y 2 en el segundo, se obtiene que el 53,3% de los chicos y el 63,6% de las chicas lo cumplen (ver tabla 15.12 y figura 15.12).

**Tabla 15.12. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y la escala total, según TEPT parcial, en la muestra total.**

SUBESCALAS	PORCENTAJE (%)	
	Criterio TEPT Parcial	
	CHICOS	CHICAS
PI (1) -EV (3)	46,7	27,3
EV (3) - HI (2)	0	9,1
PI (1) - HI (2)	53,3	63,6
TOTAL	28,8	22,0

**Figura 15.12. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y la escala total, según TEPT parcial, en la muestra total.**

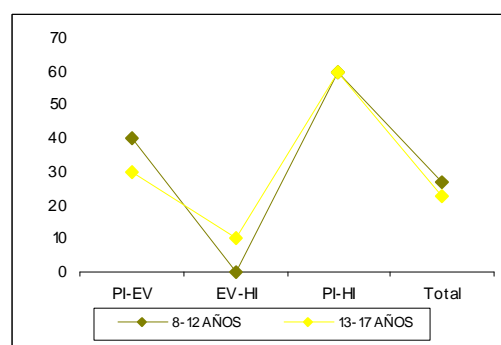


En relación a la edad, los datos indican que el 26,8% de los/as chicos/as que tienen entre 8 y 12 años y el 22,7% de los/as que tienen entre 13 y 17 años, cumplen dos criterios según el DSM-IV. Si se realiza un análisis de las asociaciones encontradas, podemos señalar que el 40,0% de los/as pequeños y el 30,0% de los/as mayores que tienen TEPT Parcial cumplen para PI-EV. Para PI-HI el 60,0% tanto de chicos como de chicas cumplen el criterio. En EV-HI no hay chicos que lo cumplan, siendo el porcentaje para chicas del 10,0% (ver tabla15.13 y figura 15.13).

**Tabla 15.13. Tasas de prevalencia por grupos de edad para las subescalas y la escala total, según TEPT parcial, en la muestra total.**

SUBESCALAS	PORCENTAJE (%)	
	Criterio TEPT Parcial	
	8-12 AÑOS	13-17 AÑOS
PI (1) -EV (3)	40,0	30,0
EV (3) - HI (2)	0	10,0
PI (1) - HI (2)	60,0	60,0
TOTAL	26,8	22,7

**Figura 15.13. Tasas de prevalencia para las subescalas y la escala total, según TEPT parcial, en la muestra total.**





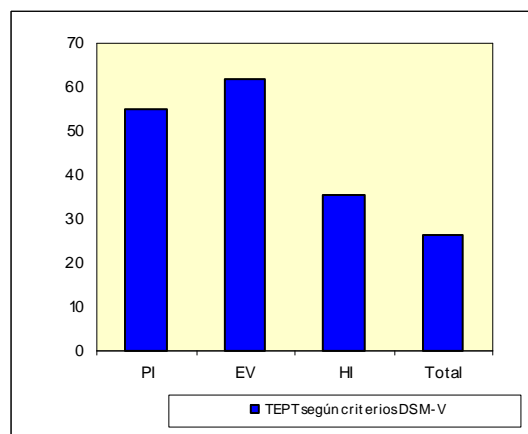
### c) Diagnóstico TEPT completo en el DSM-V:

Considerando los criterios propuestos para el DSM-V, es decir, bajando el número de síntomas para Evitación, se encuentra que el número de menores que cumplirían los criterios para el diagnóstico completo de TEPT es de 27, lo que supone un 26,5% de la muestra total. Con respecto a los grupos sintomáticos, encontramos un 54,9% en Pensamientos Intrusivos, un 61,8% en Evitación y un 25,3% en Hiperarousal (*ver tabla 15.14 y figura 15.14*).

**Tabla 15.14. Tasas de prevalencia para las subescalas y total de la primera parte de la escala, según DSM-V, en la muestra total.**

SUBESCALAS	Criterios DSM-V (1PI, 1EV, 2HI)	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
PI	56	54,9
EV	63	61,8
HI	36	35,3
TOTAL	27	26,5

**Figura 15.14. Tasas de prevalencia para las subescalas y total de la primera parte de la escala, según DSM-V, en la muestra total.**

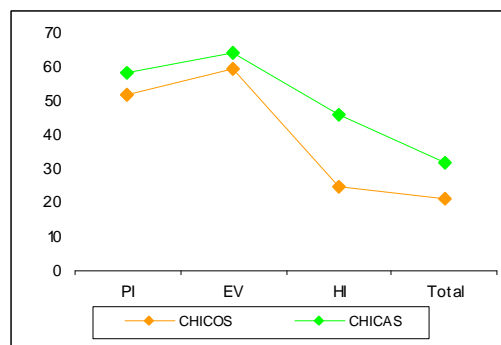


En relación al sexo, se encuentra en la muestra total que el 51,95 de los chicos y el 58% de las chicas cumplen criterios para PI, y que el 25% de chicos y el 46% de chicas cumplen para HI, igual que en el DSM-IV-TR. Para Evitación, cumplen criterios (1 síntoma) el 59,6% de los chicos y el 64% de las chicas. Se aprecian tasas de prevalencia superiores en las chicas con respecto a los chicos en el DSM-V (32% frente a 21,2%) (*Ver tabla 15.15 y figura 15.15*).

**Tabla 15.15. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y total de la primera parte de la escala, según DSM-V, en la muestra total.**

SUBESCALAS	PORCENTAJE (%)	
	Criterios DSM-V (1PI, 1EV, 2HI)	
	CHICOS	CHICAS
PI	51,9	58,0
EV	59,6	64,0
HI	25,0	46,0
<b>TOTAL</b>	<b>21,2</b>	<b>32,0</b>

**Figura 15.15. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas total de la primera parte de la escala, según DSM-V, en la muestra total.**

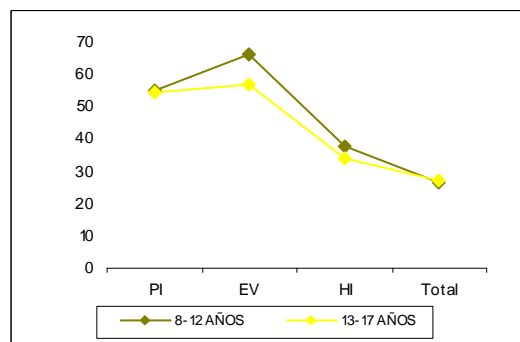


En relación a los grupos de edad, se obtiene una prevalencia de 55,4% para chicos y 54,5% para chicas en PI, y 27,5% y 34,1% para chicos y chicas respectivamente, al igual que en DSM-IV-TR. En Evitación, se encuentra que el 66,1% de los chicos y 56,8% de las chicas cumplen criterios para este factor (ver tabla 15.16 y figura 15.16).

**Tabla 15.16. Tasas de prevalencia por grupos de edad para las subescalas y total de la primera parte de la escala, según DSM-V, en la muestra total.**

SUBESCALAS	PORCENTAJE (%)	
	Criterios DSM-V (1PI, 1EV, 2HI)	
	8-12 AÑOS	13-17 AÑOS
PI	55,4	54,5
EV	66,1	56,8
HI	37,5	34,1
<b>TOTAL</b>	<b>26,8</b>	<b>27,3</b>

**Figura 15.16. Tasas de prevalencia por rangos de edad para las subescalas y total de la primera parte de la escala, según DSM-V, en la muestra total.**



## 2) DETERIORO FUNCIONAL

En este apartado se describen los resultados encontrados en relación a la segunda parte de la escala, referida a la afectación que el estrés postraumático provoca en la vida de los/as menores. Se ha realizado en esta parte un análisis descriptivo y de prevalencias.

## ❖ ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Esta parte está compuesta por 7 ítems, y se ha eliminado el ítem 18 (Oraciones/Rezoes) en los siguientes análisis, ya que los/as menores se extrañan ante la pregunta debido a que no es una práctica habitual en ellos/as. Este hecho coincide con las investigaciones de otros autores que también han eliminado el ítem en su estudio. Por ejemplo la investigación de Holmes et al. (2007).

En la muestra total se obtiene una puntuación media de 1,92 de un rango de 0 a 6 y una desviación típica de 1,63 (*ver tabla 15.17*).

**Tabla 15.17. Puntuación media y desviación típica para el total de la segunda parte de la escala en la muestra total.**

	Nº ITEMS	MIN-MAX	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
<b>TOTAL</b>	6	0-6	1,92	1,63

Si se realiza un análisis por sexo, se halla en chicos una puntuación media de 1,93 y para chicas 1,91.

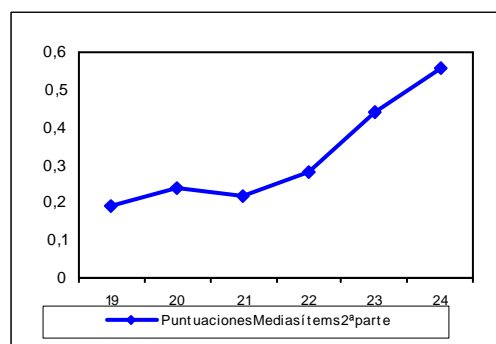
En relación a la variable edad, los/as menores de 8 a 12 años presentan una puntuación media de 1,82 y los/as de 13 a 17 años una puntuación de 2,04.

Los resultados obtenidos haciendo un análisis pormenorizado por ítems en esta parte de la escala se muestran en la *tabla 15.18* y en la *figura 15.17*, donde se aprecia que el ítem con una puntuación media más alta es el denominado Felicidad General (media 0,56), seguido del ítem anterior, Relaciones familiares (media 0,44).

**Tabla 15.18. Puntuaciones medias para los ítems de la segunda parte de la escala en la muestra total.**

ÍTEMS	MEDIAS
19. Tareas de la casa	0,19
20. Relaciones de amistad	0,24
21. Actividades de entretenimiento	0,22
22. Tareas escolares	0,28
23. Relaciones familiares	0,44
24. Felicidad general	0,56

**Figura 15.17. Puntuaciones medias para los ítems de la segunda parte de la escala en la muestra total.**



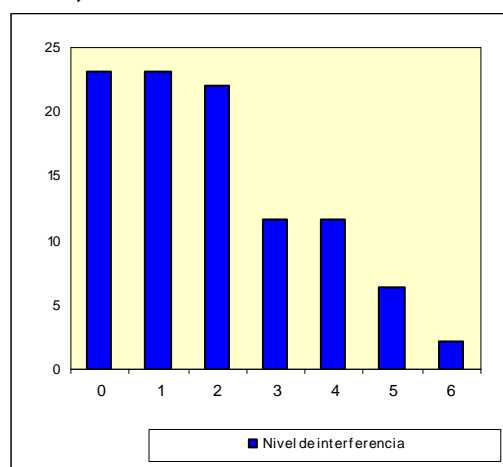
❖ ANÁLISIS DE PREVALENCIAS

En relación al grado de interferencia que causa la sintomatología TEPT en la vida de estos/as menores, se toma como criterio contestar de manera afirmativa a los ítems de la segunda parte de la escala. En este sentido, es destacable que el 76,8% de la muestra total presenta deterioro al menos en un área de su vida cotidiana. Se encuentran unos porcentajes mayores en los/as que presentan 1 ítem, con un 23,2%; seguido del 22,1% de los/as menores que han respondido afirmativamente a 2 ítems en la segunda parte de la escala. El 11,6% presenta 3 y 4 ítems; el 6,3% tiene 5 y el 2,1% tiene alteraciones en 6 áreas de su vida. Por otro lado, el 23,2% refiere que la sintomatología TEPT no le interfiere de manera significativa en su vida (*ver tabla 15.19 y figura 15.18*).

**Tabla 15.19. Tasas de prevalencia para el nivel de interferencia, segunda parte de la escala, en la muestra total.**

ÁREAS CON DETERIORO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
0	22	23,2
1	22	23,2
2	21	22,1
3	11	11,6
4	11	11,6
5	6	6,3
6	2	2,1

**Figura 15.18. Tasas de prevalencia para el nivel de interferencia, segunda parte de la escala, en la muestra total.**

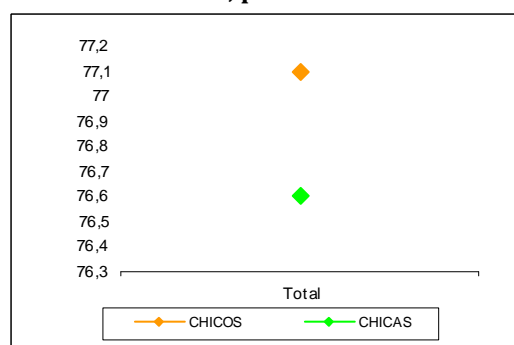


Como se aprecia en la *tabla 15.20 y la figura 15.19*, el 77,1% de los chicos y el 76,6% de las chicas presentan al menos 1 área deteriorada.

**Tabla 15.20. Tasas de prevalencia por sexo para el nivel de interferencia, tomando como criterio tener al menos un área con deterioro, para la muestra total.**

	PORCENTAJE (%)	
	AL MENOS 1 ÁREA DETERIORADA	
	CHICOS	CHICAS
<b>TOTAL</b>	77,1	76,6

**Figura 15.19. Tasas de prevalencia por sexo para el nivel de interferencia, tomando como criterio tener al menos un área con deterioro, para la muestra total.**

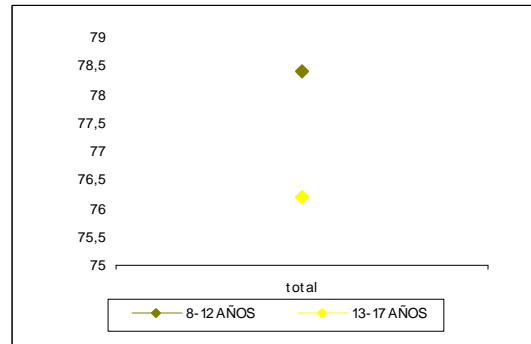


En la siguientes *tabla* (nº 15.21) y *figura* (nº 15.20) se señala que el 78,4% de los/as menores que tienen entre 8 y 12 años de la muestra total y el 76,2% de los/as adolescentes, presentan al menos un área deteriorada.

**Tabla 15.21. Tasas de prevalencia por edad para el nivel de interferencia, tomando como criterio tener al menos un área con deterioro, para la muestra total.**

	PORCENTAJE (%)	
	AL MENOS 1 ÁREA DETERIORADA	
	8-12 AÑOS	13-17 AÑOS
<b>TOTAL</b>	78,4	76,2

**Figura 15.20. Tasas de prevalencia por edad para el nivel de interferencia, tomando como criterio tener al menos un área con deterioro, para la muestra total.**

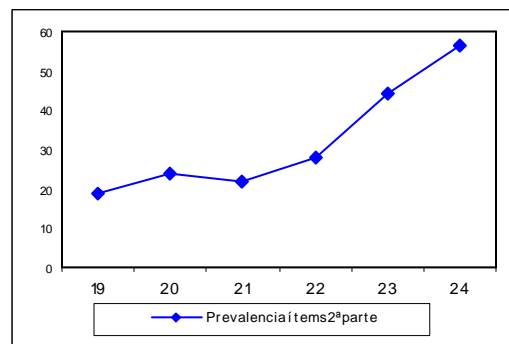


Haciendo un análisis pormenorizado de los ítems, podemos apreciar en la *tabla 15.22* y en la *figura 15.21*, que el área que mayor prevalencia ha obtenido es la de Felicidad General (ítem 24) con un 56,3%, por lo que más de la mitad de la muestra refiere que el acontecimiento traumático le interfiere para ser feliz. Le sigue la alteración en las Relaciones Familiares, con un 44,2%. A continuación las Tareas Escolares (28,1%), Amistades (23,7%), Actividades de Entretenimiento (21,9%) y Tareas de la casa (18,6%).

**Tabla 15.22. Tasas de prevalencia para los ítems de la segunda parte de la escala en la muestra total.**

ÍTEMS	PORCENTAJE (%)
19. Tareas de la casa	18,6
20. Relaciones de amistad	23,7
21. Actividades de entretenimiento	21,9
22. Tareas escolares	28,1
23. Relaciones familiares	44,2
24. Felicidad general	56,3

**Figura 15.21. Tasas de prevalencia para los ítems de la segunda parte de la escala en la muestra total.**



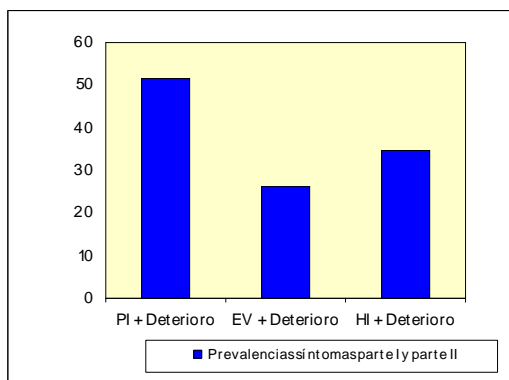
### 3) RELACIONES ENTRE SINTOMATOLOGÍA Y DETERIORO (PARTE 1 Y 2 DE LA ESCALA)

Si atendemos ahora al número de menores que presentan sintomatología significativa según el DSM-IV-TR en los grupos sintomáticos y el grado de deterioro que le provoca (tomando como criterio decir que Si al menos a un área de la segunda parte de la escala), se aprecia que hay un mayor porcentaje de menores que presenta simultáneamente PI y deterioro funcional (51,6%), en segundo lugar encontramos los que tienen Hiperarousal y deterioro (34,7%) y en tercero un 26,3% que cumplen criterios para Evitación y tienen al menos algún área de su vida afectada. El 23,2% de los/as menores de la muestra total cumplen criterios para 2 grupos sintomáticos (TEPT Parcial) y presentan malestar significativo. Los/as que cumplen los 3 criterios (diagnóstico completo de TEPT) y además refieren interferencia en su vida alcanza una prevalencia del 16,8%. Por otro lado, si se consideran los criterios propuestos para el DSM-V (1PI+1EV+2HI), los datos indican que el 26,3% de los niños y niñas de la muestra total cumplen los 3 criterios además de presentar deterioro funcional significativo (*ver tabla15.23 y figuras 15.22-15.23*).

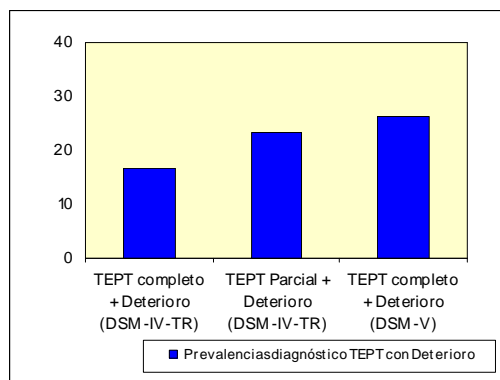
**Tabla 15.23. Tasas de prevalencia para la relación entre sintomatología y deterioro en la muestra total.**

CRITERIOS	COMBINACIÓN	PORCENTAJE (%)
DSM-IV-TR	PI + Deterioro	51,6
	EV + Deterioro	26,3
	HI + Deterioro	34,7
	2 criterios + Deterioro	23,2
	3 criterios + Deterioro	16,8
DSM-V	3 criterios + Deterioro	26,3

**Figura 15.22. Tasas de prevalencia para grupos de síntomas más deterioro funcional.**



**Figura 15.23. Tasas de prevalencia para diagnóstico TEPT más deterioro.**



## 15.2. GRUPO I

La presente submuestra está formada por 64 niños y niñas cuyas madres han sufrido violencia de género. Se describirá en primer lugar la historia de maltrato sufrida y a continuación los resultados encontrados en Estrés Posttraumático a través de la escala CPSS.

### 15.2.A. HISTORIA DE MALTRATO

Si se centra la atención en el tipo de violencia ocurrido en el hogar de estos/as menores, se puede describir tanto la violencia ejercida del padre a la madre, la observación de ésta por sus hijos e hijas, así como el maltrato de forma directa a los/as menores por parte de su padre.

#### 1) MALTRATO HACIA LA MADRE:

En relación al tipo de maltrato recibido por las madres, se diferencia entre maltrato emocional y físico. Los datos indican por una parte una prevalencia de 45,8% en maltrato emocional grave, y del 39,6% en maltrato emocional muy grave. En relación al maltrato físico, el 20,8% de las madres refieren haber sufrido maltrato físico grave y el 8,3% muy grave (*ver tabla 15.24*).

**Tabla 15.24. Tipo de maltrato sufrido por la madre de los/as menores del grupo I.**

TIPO DE MALTRATO		PORCENTAJE (%)			
		LEVE	MODERADO	GRAVE	MUY GRAVE
MALTRATO A MADRE	EMOCIONAL	2,1	12,5	45,8	39,6
	FISICO	37,5	33,3	20,8	8,3

## 2) MALTRATO HACIA LOS HIJOS/AS:

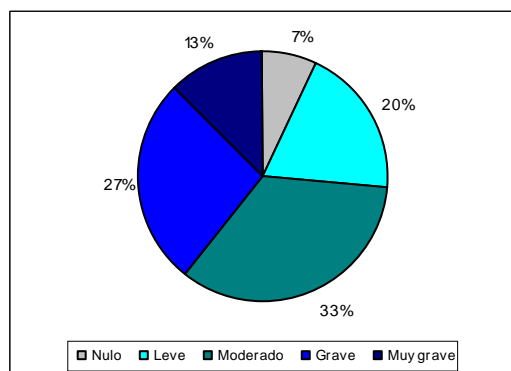
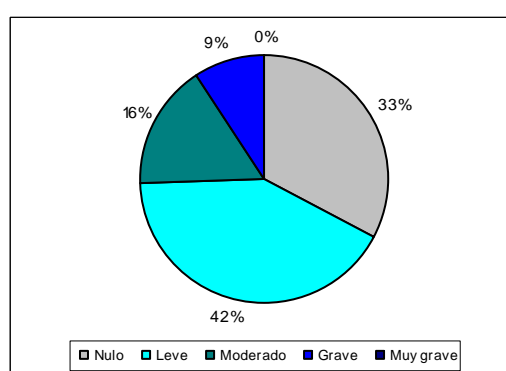
## ❖ TESTIMONIO DE MALTRATO A LAS MADRES:

Las madres informan sobre el testimonio de sus hijos e hijas de la violencia de género ejercida de su pareja hacia ellas. Así, los datos indican una prevalencia para maltrato emocional moderado del 33,9% de los niños y niñas, un 26,8% de los/as menores han sido testigos de maltrato emocional grave, y el 12,5% de maltrato emocional muy grave. Por tanto, los resultados encontrados indican que la gran mayoría de menores (92,8%) han estado expuestos/as a Maltrato Emocional del padre a la madre en una intensidad al menos leve. También es destacable señalar que de éstos, el 39,3% han sido testigos de este tipo de maltrato de tipo grave o muy grave.

Por otro lado, el 16,4% de estos/as menores han sido testigos de la violencia física de gravedad moderada y el 9,1% de maltrato físico grave, no encontrándose ninguno/a de los/as menores en la categoría de observación de maltrato físico muy grave. Por tanto, el 67,3% de los/as menores han estado expuestos/as a maltrato físico al menos leve (ver tabla 15.25 y figuras 15.24-15.25).

**Tabla 15.25. Observación de la violencia de género por parte de los/as menores del grupo I.**

TIPO DE MALTRATO		PORCENTAJE (%)				
		NULO	LEVE	MODERADO	GRAVE	MUY GRAVE
TESTIMONIO HIJO/A	EMOCIONAL	7,1	19,6	33,9	26,8	12,5
	FISICO	32,7	41,8	16,4	9,1	0

**Figura 15.24. Tasas de prevalencia del testimonio de los/as menores del maltrato emocional a la madre.****Figura 15.25. Tasas de prevalencia del testimonio de los/as menores del maltrato físico a la madre.**



❖ **MALTRATO DIRECTO DEL PADRE HACIA AL/LA MENOR:**

En relación al maltrato ejercido directamente del padre hacia el hijo/a, se ha diferenciado entre negligencia (física y emocional), maltrato emocional (aislamiento, degradación, manipulación, debilidad inducida y amenazas), maltrato físico y abuso sexual.

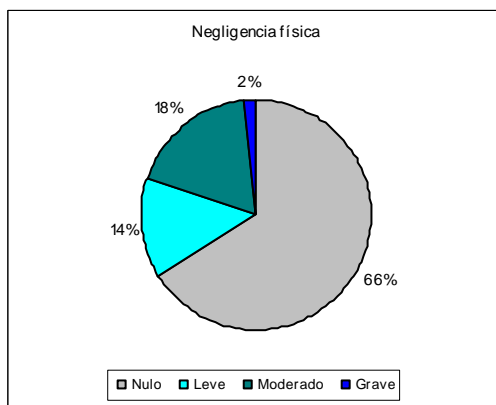
Los datos más destacados, según la información proporcionada por las madres, sobre el tipo de maltrato ejercido hacia los hijos/as, son: un 17,9% ha sufrido negligencia física moderada, un 21,1% de los/as menores negligencia emocional moderada, y 14% de gravedad severa. Es importante resaltar que los/as menores de este grupo han sufrido negligencia especialmente de tipo emocional (“el padre no le pregunta sobre sus estudios o deberes, no recibe expresiones de cariño o afecto”, etc.).

Respecto al maltrato emocional, se destaca que las categorías más relevantes son la degradación (insultos, desprecios, humillaciones...etc.) y la manipulación (convencerle que es tonto/a, mentiras, hacerle dudar...etc.), ya que un 24,6% y un 26,3% de los/as menores han sufrido degradación y manipulación por parte de sus padres de gravedad moderada o severa. También es necesario resaltar una prevalencia de un 12,3% en amenazas de carácter moderado. Asimismo, es importante destacar que un 7% y un 1,8% de esta muestra ha recibido maltrato físico moderado y grave, respectivamente, por parte del padre. Por tanto, casi la mitad de los/as menores han sufrido Maltrato Físico de forma al menos leve (47,4%). No se han encontrado datos sobre abuso sexual, con un único caso de indicios leves no corroborados (*ver tabla 15.26 y figuras 15.26-15.34*).

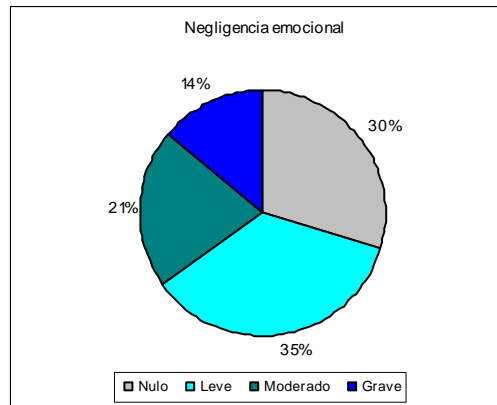
**Tabla 15.26. Tipo de maltrato directo por parte del padre hacia los/as menores del grupo I.**

TIPO DE MALTRATO		PORCENTAJE (%)			
		NULO	LEVE	MODERADO	GRAVE
NEGLIGENCIA	FISICA	66,1	14,3	17,9	1,8
	EMOCIONAL	29,8	35,1	21,1	14,0
MALTRATO EMOCIONAL	AISLAMIENTO	57,9	42,1	0	0
	DEGRADACIÓN	35,1	40,4	21,1	3,5
	MANIPULACION	38,6	35,1	17,5	8,8
	DEBILIDAD	43,9	56,1	0	0
	AMENAZAS	61,4	26,3	12,3	0
MALTRATO FISICO		52,6	38,6	7,0	1,8
ABUSO SEXUAL		98,2	1,8	0	0

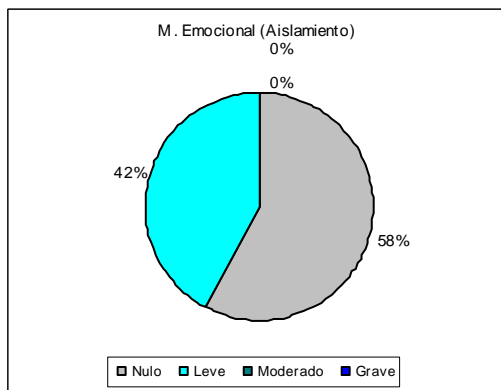
**Figura 15.26. Tasas de prevalencia del maltrato directo (negligencia física) del padre al/la menor.**



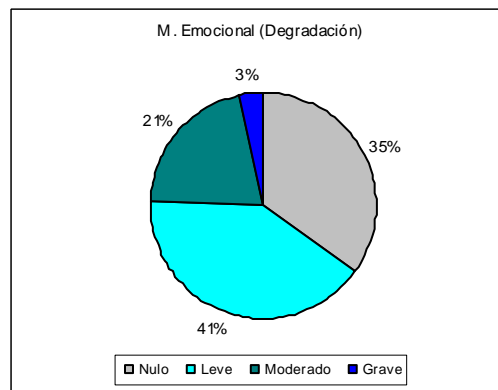
**Figura 15.27. Tasas de prevalencia del maltrato directo (negligencia emocional) del padre al/la menor.**



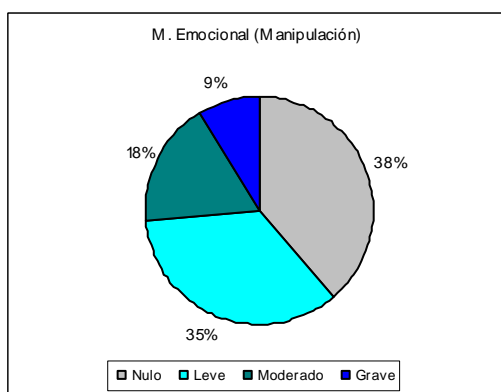
**Figura 15.28. Tasas de prevalencia del maltrato emocional directo (aislamiento) del padre al/la menor.**



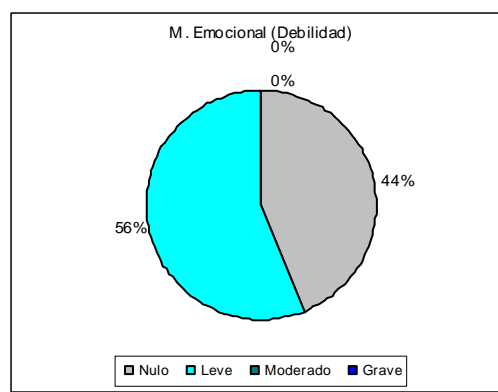
**Figura 15.29. Tasas de prevalencia del maltrato emocional directo (degradación) del padre al/la menor.**



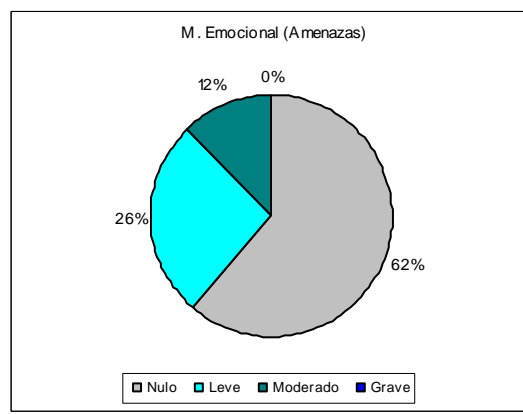
**Figura 15.30. Tasas de prevalencia del maltrato emocional directo (manipulación) del padre al/la menor.**



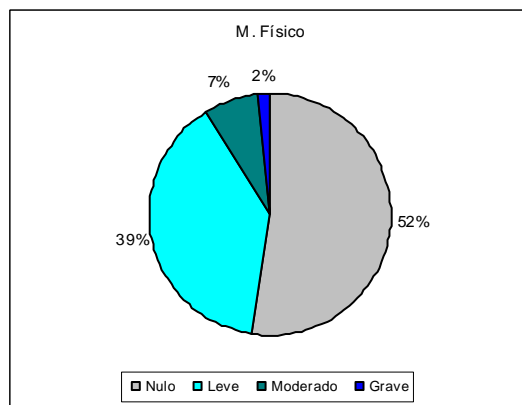
**Figura 15.31. Tasas de prevalencia del maltrato emocional directo (debilidad) del padre al/la menor.**



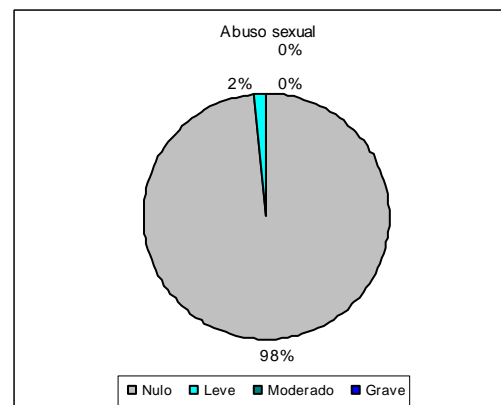
**Figura 15.32. Tasas de prevalencia del maltrato emocional directo (amenazas) del padre al/la menor.**



**Figura 15.33. Tasas de prevalencia del maltrato directo (físico) del padre al/la menor.**



**Figura 15.34. Tasas de prevalencia del maltrato directo (abuso sexual) del padre al/la menor.**



## 15.2.B. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Para esta muestra se va a detallar el tipo de estresor, los síntomas de TEPT (parte I), el deterioro funcional (parte II) y las relaciones entre las dos partes de la escala.

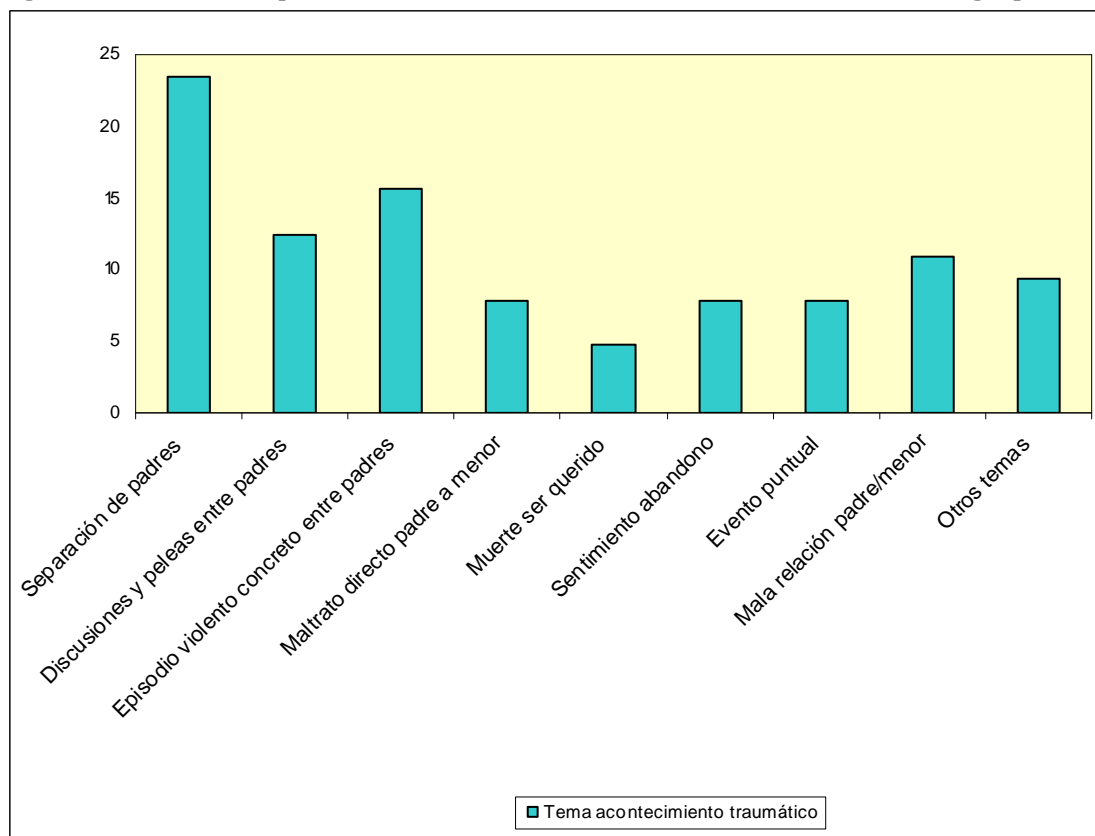
### 1) TIPO DE ESTRESOR

En relación al tema elegido por los/as menores de este grupo como la experiencia vital que mayor malestar les ha producido, se ha realizado una agrupación en varias categorías.

Es destacable que el 23,4% de la presente muestra percibe que la separación de sus padres es el mayor acontecimiento traumático en sus vidas. El segundo tema con mayor prevalencia encontrado es un episodio concreto de violencia del padre hacia la madre del que el/la menor ha sido testigo, con un 15,6% (por ejemplo, “mi padre llegó a casa acusando a mi madre de haberle robado, destrozó la habitación, le insultó, le pegó e intentó matarla con una escopeta”). A continuación, se encuentra que las discusiones y peleas ocurridas entre los padres (12,5%) y después, la mala relación del/la menor con su progenitor (10,9%) (por ejemplo, “desde que se separó de mi madre, mi padre ya no se preocupa por mí”, “mi padre no acude a las visitas”, “veo a mi padre borracho”, etc.). Además, 5 menores (el 7,8% de la muestra) han referido el maltrato directo sufrido por parte de su padre como acontecimiento traumático (por ejemplo, “cuando mi padre me pegó con la correa”), el mismo porcentaje ha verbalizado el sentimiento de abandono de personas significativas para ellos/as (hermanos, primos, amigos, parejas en los adolescentes...etc.), y también un evento puntual, como “me caí de un árbol” o “me operaron”. El 9,4% de los/as menores ha seleccionado otros acontecimientos traumáticos que no han podido englobarse dentro de estas categorías (ver tabla 15.27 y figura 15.35).

**Tabla 15.27. Tema del acontecimiento traumático del grupo I.**

TEMA ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Separación de los padres	15	23,4
Discusiones y peleas entre los padres	8	12,5
Episodio concreto de maltrato del padre a la madre	10	15,6
Maltrato directo padre al menor	5	7,8
Muerte de un ser querido	3	4,7
Sentimiento de abandono	5	7,8
Evento puntual	5	7,8
Mala relación entre el padre y el/la menor	7	10,9
Otros	6	9,4

**Figura 15.35. Tasas de prevalencia de temas del acontecimiento traumático del grupo I.**

## 2) SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Se exponen en primer lugar los resultados del análisis descriptivo y a continuación los del análisis de prevalencias.

### ❖ ANÁLISIS DESCRIPTIVO

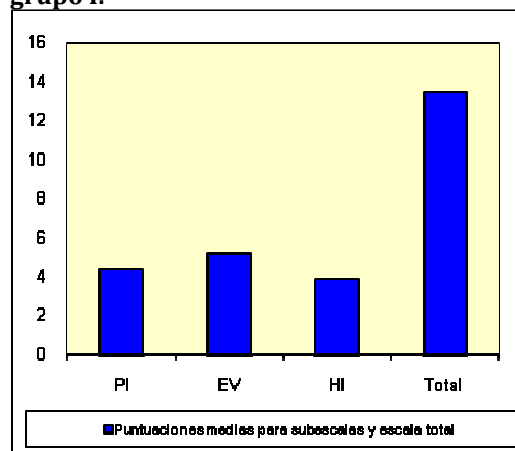
Se calculan las medias y desviaciones típicas igual que en la muestra total.

En la presente submuestra se obtiene una puntuación media de 4,38 (desviación típica 3,51) para la subescala de Pensamientos Intrusivos; de 5,17 en Evitación (desviación típica 4,00); y de 3,88 para Hiperarousal (desviación típica 3,57), siendo mayor la puntuación media del segundo grupo de síntomas (Evitación). Asimismo, la puntuación media encontrada para TEPT total es de 13,42 con una desviación típica de 9,40. Se aprecia una gran variabilidad de puntuaciones con respecto a la media (*ver tabla 15.28 y figura 15.36*).

**Tabla 15.28. Puntuaciones medias y desviaciones típicas para las subescalas y total de la primera parte de la escala en el grupo I.**

	Nº ITEMS	PUNT. MINIMA - MÁXIMA	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
PI	5	0- 15	4,38	3,51
EV	7	0 - 17	5,17	4,00
HI	5	0 - 13	3,88	3,57
TOTAL	17	0 - 41	13,42	9,40

**Figura 15.36. Puntuaciones medias y desviaciones típicas para las subescalas y total de la primera parte de la escala en el grupo I.**

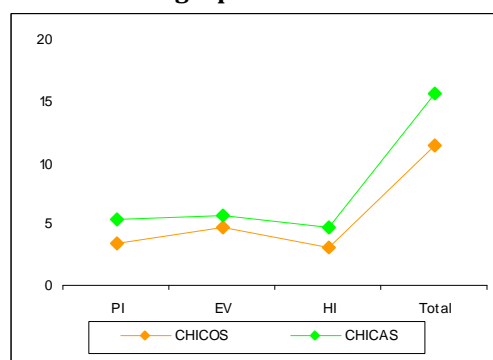


En relación al sexo se ha encontrado para el total de la primera parte de la escala una puntuación media de 11,36 para chicos y de 15,61 para chicas. Con respecto a los grupos sintomáticos, hallamos una media de 3,45 en chicos frente a 5,35 en chicas en Pensamientos Intrusivos; en Evitación una puntuación media para chicos de 4,76 y para chicas de 5,61; y para Hiperarousal, una media de 3,15 en chicos frente a 4,65 en chicas. A grandes rasgos se aprecia que las puntuaciones encontradas para los chicos son inferiores que a las de chicas (ver tabla 15.29 y figura 15.37).

**Tabla 15.29. Puntuaciones medias y desviaciones típicas por sexo para las subescalas y total de la primera parte de la escala en el grupo I.**

SUBESCALAS	MEDIA	
	CHICOS	CHICAS
PI	3,45	5,35
EV	4,76	5,61
HI	3,15	4,65
TOTAL	11,36	15,61

**Figura 15.37. Puntuaciones medias y desviaciones típicas por sexo para las subescalas y total de la primera parte de la escala en el grupo I.**



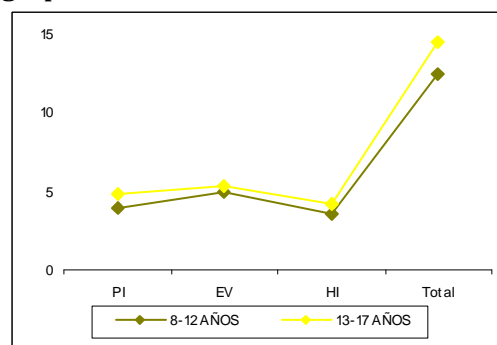
En relación a la variable edad, dividida en dos grupos, de 8 a 12 años y de 13 a 17 años, se obtiene para el primer grupo de edad las siguientes puntuaciones medias: en escala total de 12,42; en la subescala Pensamientos Intrusivos de 3,94; de 4,97 en el segundo síntoma (Evitación); y de 3,52 en el tercero, Hiperarousal. Para los chicos y chicas más mayores, de 13 a 17 años, se encuentra una puntuación media de 14,45 en escala total

y de 4,87, de 5,35 y de 4,23 para las subescalas (Pensamientos intrusivos, Evitación e Hiperarousal respectivamente). Como se puede observar son superiores en el tramo de 13 a 17 años (ver tabla 15.30 y figura 15.38).

**Tabla 15.30. Puntuaciones medias por grupos de edad para las subescalas y total de la primera parte de la escala en el grupo I.**

SUBESCALAS	MEDIA	
	8-12 AÑOS	13-17 AÑOS
PI	3,94	4,87
EV	4,97	5,35
HI	3,52	4,23
TOTAL	12,42	14,45

**Figura 15.38. Puntuaciones medias por grupos de edad para las subescalas y total de la primera parte de la escala en el grupo I.**

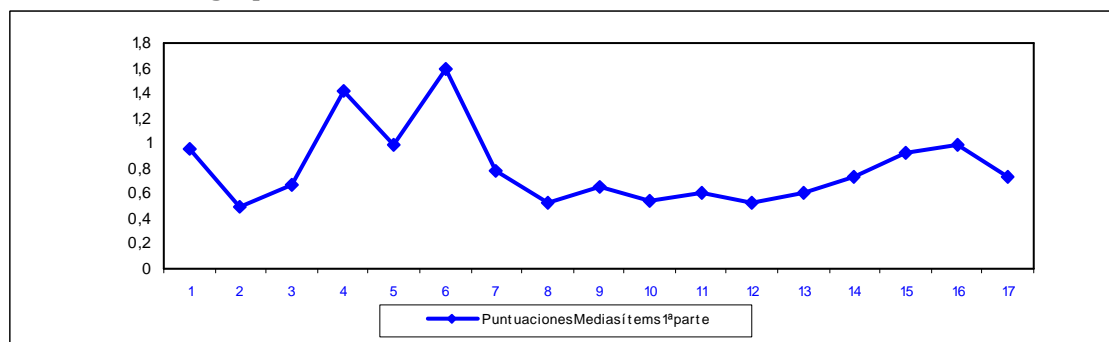


Los resultados con respecto a los ítems se muestran en la *tabla 15.31* y en la *figura 15.39*, donde se aprecia que la mayoría de ítems rondan el valor de 1 (escala de 0 a 3), siendo las puntuaciones medias más elevadas las de 1,59 en el ítem 6 (Evitar pensar, sentir...) y en el ítem 4 (Malestar psicológico). La puntuación media más baja es la encontrada en el ítem de Sueños intrusivos (ítem 2), con una media de 0,50.

**Tabla 15.31. Puntuaciones medias y desviaciones típicas para los ítems de la primera parte de la escala en el grupo I.**

SUBESCALAS	ÍTEMES	MEDIAS (DESVIACIONES TÍPICAS)
PI	1. Recuerdos intrusivos	0,95 (0,95)
	2. Sueños intrusivos	0,50 (0,83)
	3. "Flashbacks"	0,67 (0,94)
	4. Malestar psicológico	1,42 (1,02)
	5. Malestar fisiológico	0,98 (1,14)
EV	6. Evitar pensar, sentir...	1,59 (1,15)
	7. Evitar actividades, lugares...	0,78 (1,03)
	8. Amnesia	0,52 (0,77)
	9. Pérdida interés en actividades significativas	0,66 (1,01)
	10. Sensación de desapego o enajenación	0,54 (0,89)
	11. Restricción de la vida afectiva	0,61 (0,95)
	12. Sensación de futuro desolador	0,53 (0,85)
HI	13. Insomnio	0,61 (0,98)
	14. Irritabilidad	0,73 (0,99)
	15. Dificultades de concentración	0,92 (0,98)
	16. Hipervigilancia	0,98 (1,04)
	17. Respuesta de sobresalto	0,73 (0,94)

**Figura 15.39. Puntuaciones medias y desviaciones típicas para los ítems de la primera parte de la escala en el grupo I.**



#### ❖ ANÁLISIS DE PREVALENCIAS

Se han calculado los datos de prevalencia en el total de la primera parte y en sus subescalas siguiendo varios criterios clínicos y psicométricos.

Los *criterios psicométricos* seguidos son los mismos que para la muestra total:

- a) Según la puntuación total.
- b) Según la puntuación media.
- c) Según la puntuación en los ítems.

Los resultados obtenidos se describen a continuación.

- a) Tomando como criterio la puntuación total de la primera parte de la escala:

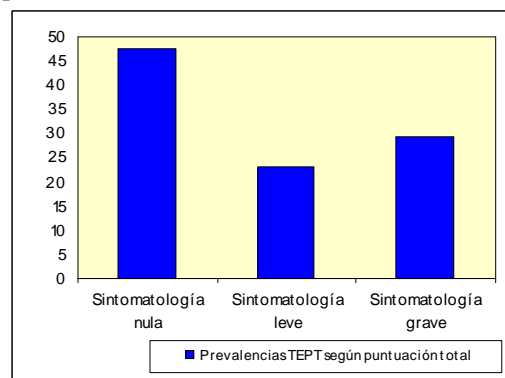
Cerca de la mitad de la presente muestra, el 47,5%, no presenta sintomatología clínica característica del Trastorno por Estrés Postraumático. Considerando como sintomatología leve las puntuaciones totales de la escala que se encuentran entre 11 y 17 puntos (en un rango de 0 a 51), se encuentra que el 23% de los/as menores que forman parte de esta muestra presentan síntomas TEPT de intensidad leve. Los datos indican una prevalencia de 29,5% para sintomatología de gravedad severa, con puntuaciones totales iguales o superiores a 18 en la escala total. Por tanto, el 52,5% de estos/as menores presentan sintomatología TEPT de gravedad leve o severa (*ver tabla 15.32 y figura 15.40*).



**Tabla 15.32. Tasas de prevalencia según la puntuación total de la primera parte de la escala para el grupo I.**

NIVEL GRAVEDAD	CRITERIO	PORCENTAJE (%)
SINTOMATOLOGÍA NULA	Puntuación total 0-10	47,5
SINTOMATOLOGÍA LEVE	Puntuación total 11-17	23,0
SINTOMATOLOGÍA GRAVE	Puntuación total $\geq 18$	29,5

**Figura 15.40. Tasas de prevalencia según niveles de gravedad tomando como criterio la puntuación total de la primera parte de la escala.**



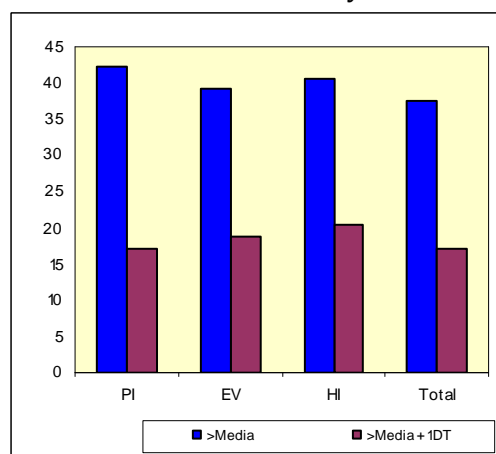
b) Tomando como criterio la puntuación media y desviaciones típicas de los síntomas y total de la primera parte de la escala:

Para el total de la primera parte encontramos que el 37,5% de los/as menores presentan puntuaciones por encima de la media (13,42), que disminuye a 17,2% si se toma como criterio la puntuación superior a la media más una desviación típica (22,82). Son también destacables algunos aspectos de los grupos sintomáticos de la escala. La prevalencia obtenida para Pensamientos Intrusivos (PI) es superior a las otras subescalas si se toma como referencia la puntuación media (42,2% frente a 39,1% en EV y 40,6% en HI), pero es el menos prevalente (17,2%) con respecto a las demás (18,7% en EV y 20,3% en HI), si consideramos la puntuación media más una desviación típica. La subescala de Evitación obtiene prevalencias inferiores a las otras, si tomamos como criterio la puntuación media (39,1% frente a 42,2% PI y 40,6% HI). En relación al criterio de media más una desviación típica, se ha de señalar que el grupo sintomático más frecuente es el de Hiperactivación con una tasa de 20,3% frente a 17,2% en PI y 18,7% en HI (*ver tabla 15.33 y figura 15.41*).

**Tabla 15.33. Tasas de prevalencia para las subescalas y total según puntuación superior a la media y a la media más una desviación típica de la muestra, para el grupo I.**

SUBESCALAS CPSS	PORCENTAJE (%)	
	> MEDIA	> MEDIA + 1 DT
PI	(4,38) 42,2 %	(7,89) 17,2 %
EV	(5,17) 39,1 %	(9,17) 18,7 %
HI	(3,88) 40,6 %	(7,45) 20,3 %
T	(13,42) 37,5 %	(22,82) 17,2 %

**Figura 15.41. Tasas de prevalencia según la puntuación media y media más una desviación de la escala total y subescalas.**



c) Tomando como criterio la puntuación en cada ítem:

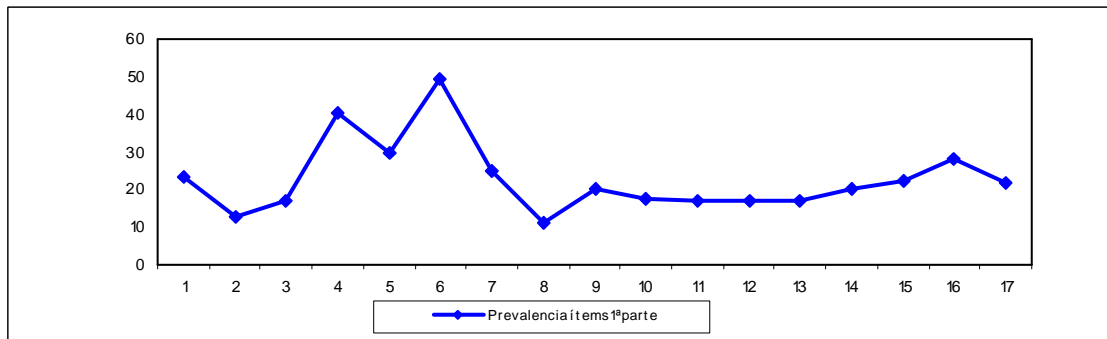
Los resultados sobre las tasas de prevalencia de los ítems de la primera parte de la escala, cuya puntuación se corresponde con sintomatología moderada y grave (puntuación 2 o 3), se muestran en la *tabla15.34* y en la *figura 15.42*. En éstas se aprecia que los ítems con tasas de prevalencia más elevadas son: el ítem 6 (Evitar pensar, sentir...) dentro de Evitación, con un 49,2% y el ítem 4 (Malestar psicológico) con un 40,6% dentro de Pensamientos Intrusivos. Los que han obtenido menor prevalencia son: el ítem 8 (Amnesia) en Evitación con un 10,9% y el ítem 2 (Sueños intrusivos) en Pensamientos Intrusivos, con un 12,5% de los/as menores.

**Tabla 15.34. Tasas de prevalencia según la sintomatología moderada con las puntuaciones 2 (2 a 4 veces a la semana o la mitad del tiempo) y la sintomatología grave 3 (5 o más veces por semana o casi siempre) en los ítems del CPSS del grupo I.**

SUBESCALAS	ÍTEMS	PORCENTAJE (%)
		Puntuación 2 o 3
PI	1. Recuerdos intrusivos	23,4
	2. Sueños intrusivos	12,5
	3. "Flashbacks"	17,2
	4. Malestar psicológico	40,6
	5. Malestar fisiológico	29,7
EV	6. Evitar pensar, sentir...	49,2
	7. Evitar actividades, lugares...	25,0
	8. Amnesia	10,9
	9. Pérdida interés en actividades significativas	20,3
	10. Sensación de desapego o enajenación	17,5
	11. Restricción de la vida afectiva	17,2
	12. Sensación de futuro desolador	17,2
HI	13. Insomnio	17,2
	14. Irritabilidad	20,3

15. Dificultades de concentración	22,2
16. Hipervigilancia	28,1
17. Respuesta de sobresalto	21,9

**Figura 15.42. Tasas de prevalencia para los ítems de la primera parte de la escala en el grupo I.**



Por otra parte, los *criterios clínicos* seguidos también son iguales que para la muestra total, y son los siguientes:

- a) Diagnóstico TEPT completo según DSM-IV-TR.
- b) Diagnóstico TEPT Parcial según DSM-IV-TR.
- c) Diagnóstico TEPT completo según propuestas para DSM-V.

Se exponen a continuación los resultados obtenidos.

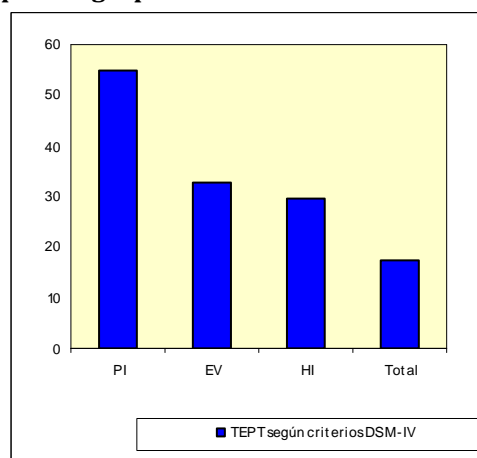
a) Diagnóstico TEPT completo según DSM-IV-TR:

El 17,2% de la muestra de menores que han sido testigos de violencia de género sobre sus madres, cumple con los criterios diagnósticos indicados en el manual DSM-IV-TR para TEPT completo, con al menos 1 ítem en PI, 3 en EV y 2 en HI. Realizando el diagnóstico en cada una de las tres subescalas, se halla que de Pensamientos Intrusivos el 54,7% presenta 1 síntoma, un 32,8% presenta 3 síntomas de Evitación y un 29,7% presenta 2 síntomas de Hiperarousal (*ver tabla15.35 y figura 15.43*).

**Tabla 15.35. Tasas de prevalencia para las subescalas y total, según el DSM-IV-TR, para el grupo I.**

SUBESCALAS	Criterios DSM-IV-TR (1PI, 3EV, 2HI)	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
PI	35	54,7
EV	21	32,8
HI	19	29,7
TOTAL	11	17,2

**Figura 15.43. Tasas de prevalencia para las subescalas y total, según el DSM-IV-TR, para el grupo I.**

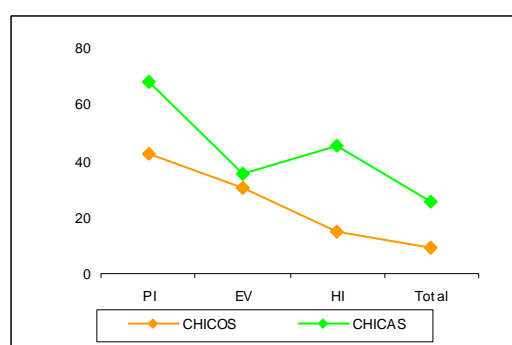


En relación al sexo, los datos indican que el 9,1% de los chicos y el 25,8% de las chicas de esta muestra cumplen criterios para el diagnóstico de TEPT. Por otro lado, el 42,4% de los chicos cumple el criterio de Pensamientos Intrusivos frente al 67,7% de las chicas; el criterio de Evitación lo cumplen el 30,3% de los chicos y el 35,5% de las chicas; y el criterio de Hiperarousal lo cumplen el 15,2% y el 45,2% de los chicos y chicas respectivamente. Se aprecia que los porcentajes encontrados en chicas son superiores a los encontrados en los chicos, especialmente en PI y HI (ver tabla 15.36 y figura 15.44).

**Tabla 15.36. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y total, según el DSM-IV-TR, para el grupo I.**

SUBESCALAS	PORCENTAJE (%)	
	Criterios DSM-IV-TR (1PI, 3EV, 2HI)	
	CHICOS	CHICAS
PI	42,4	67,7
EV	30,3	35,5
HI	15,2	45,2
TOTAL	9,1	25,8

**Figura 15.44. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y total, según el DSM-IV-TR, para el grupo I.**



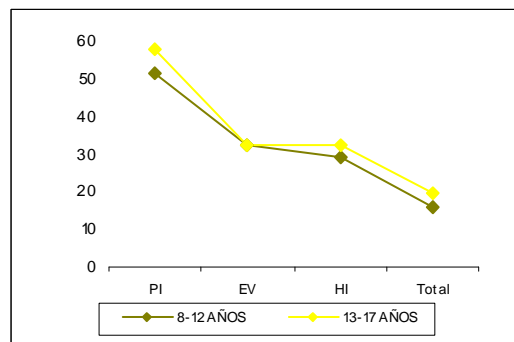
Con respecto a la variable edad, se encuentra que el 16,1% de los/as menores de entre 8 y 12 años cumplen criterios para TEPT según DSM-IV frente al 19,4% de los/as que tienen entre 13 y 17 años. En Pensamientos Intrusivos se halla que el 51,6% de los/as pequeños y el 58,1% de los/as mayores cumple este criterio. El 32,3% tanto del primer grupo de edad (8-12 años) como en el segundo (13-17 años) cumple criterios para el grupo sintomático Evitación. En la última subescala, la de Hiperarousal, se encuentra que

el 29% y el 32,3% de los/as menores (pequeños y mayores respectivamente) lo cumplen (ver tabla 15.37 y figura 15.45).

**Tabla 15.37. Tasas de prevalencia por grupos de edad para las subescalas y total, según el DSM-IV-TR, para el grupo I.**

SUBESCALAS	PORCENTAJE (%)	
	Criterios DSM-IV-TR (1PI, 3EV, 2HI)	
	8-12 AÑOS	13-17 AÑOS
PI	51,6	58,1
EV	32,3	32,3
HI	29,0	32,3
TOTAL	16,1	19,4

**Figura 15.45. Tasas de prevalencia por rangos de edad para las subescalas y total, según el DSM-IV-TR, para el grupo I.**



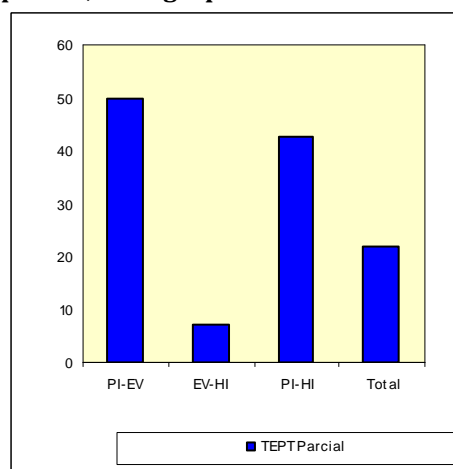
b) Diagnóstico TEPT Parcial según DSM-IV-TR:

La tasa de prevalencia encontrada en esta muestra para TEPT Parcial ha sido de 21,9%, es decir, que el 21,9% de estos/as menores cumplen criterios según el DSM-IV-TR para 2 grupos sintomáticos. La asociación entre síntomas más prevalente entre los/as menores que tienen TEPT Parcial es la de Pensamientos Intrusivos con Evitación, con un 50%, seguida de Pensamientos Intrusivos con Hiperarousal (42,8%), y por último, la prevalencia más baja es la encontrada entre los síntomas de Evitación e Hiperarousal (7,2%) (ver tabla 15.38 y figura 15.46).

**Tabla 15.38. Tasas de prevalencia para las subescalas y total, según el TEPT parcial, en el grupo I.**

SUBESCALAS	Criterio TEPT Parcial	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
PI (1) -EV (3)	7	50
EV (3) - HI (2)	1	7,2
PI (1) - HI (2)	6	42,8
TOTAL	14	21,9

**Figura 15.46. Tasas de prevalencia para las subescalas y total, según el TEPT parcial, en el grupo I.**

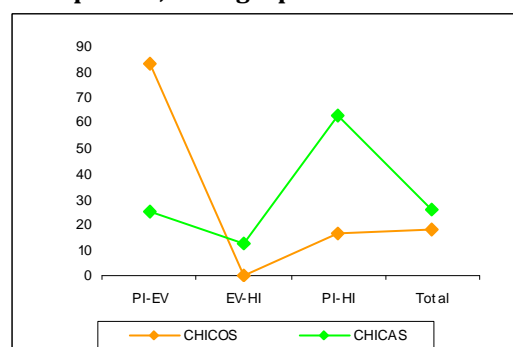


Con respecto al sexo, los datos indican que el 18,2% de los chicos frente al 25,8% de las chicas cumplen dos criterios según el DSM-IV-TR. Haciendo un análisis más detallado, se encuentra que el 83,3% de los chicos y el 25% de las chicas con TEPT Parcial cumplen criterios para PI y EV; para la asociación EV-HI se halla que el 12,5% de las chicas la cumple, no habiendo ningún chico. Para la asociación PI e HI, requiriéndose tener 1 ítem en el primero y 2 en el segundo, se encuentra que el 16,7% de los chicos y el 62,5% de las chicas lo cumplen. En general el porcentaje de menores que presentan TEPT Parcial es superior en chicas, excepto en la asociación PI más EV, en la que los chicos presentan más este problema postraumático (ver tabla 15.39 y figura 15.47).

**Tabla 15.39. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y total, según el TEPT parcial, en el grupo I.**

SUBESCALAS	PORCENTAJE (%)	
	Criterio TEPT Parcial	
	CHICOS	CHICAS
PI (1) -EV (3)	83,3	25,0
EV (3) - HI (2)	0	12,5
PI (1) - HI (2)	16,7	62,5
TOTAL	18,2	25,8

**Figura 15.47. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y total, según el TEPT parcial, en el grupo I.**

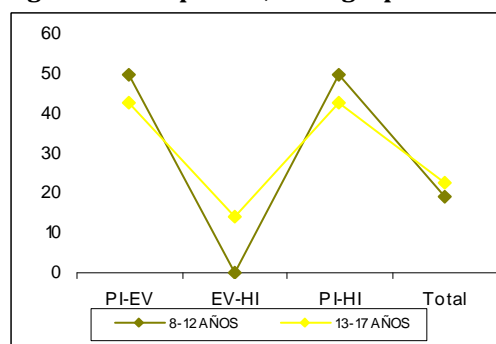


En relación a la edad, el 19,4% de los/as chicos/as que tienen entre 8 y 12 años y el 22,6% de los/as que tienen entre 13 y 17 años, cumplen dos criterios según el DSM-IV. Si se realiza un análisis de las asociaciones encontradas, se puede señalar que la mitad de los/as pequeños (50%) y el 42,9% de los/as mayores con TEPT Parcial cumplen para PI-EV. El mismo porcentaje encontramos para la unión de PI e HI. En EV-HI no hay jóvenes de 8 a 12 años que lo cumplan, siendo el porcentaje para el rango de edad de 13 a 17 años del 14,3% (ver tabla 15.40 y figura 15.48).

**Tabla 15.40. Tasas de prevalencia por grupos de edad para las subescalas y total, según el TEPT parcial, en el grupo I.**

SUBESCALAS	PORCENTAJE (%)	
	Criterio TEPT Parcial	
	8-12 AÑOS	13-17 AÑOS
PI (1) -EV (3)	50	42,9
EV (3) - HI (2)	0	14,3
PI (1) - HI (2)	50	42,9
TOTAL	19,4	22,6

**Figura 15.48. Tasas de prevalencia por grupos de edad para las subescalas y total, según el TEPT parcial, en el grupo I.**



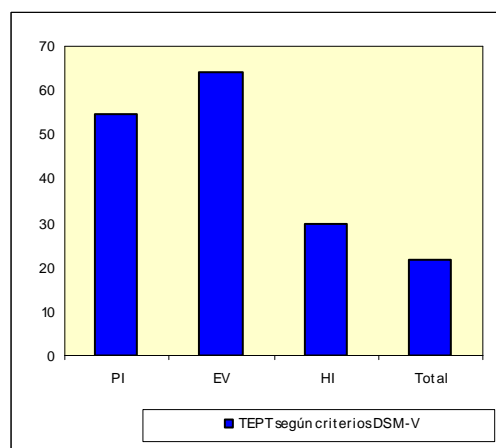
c) Diagnóstico TEPT completo según propuestas para DSM-V:

Al reducir los requisitos exigidos para la sintomatología de Evitación, de 3 síntomas a 1, el número de menores que cumplen todos los criterios para TEPT sería de 14, lo que supone un 21,9% de la presente muestra. Con respecto a los grupos sintomáticos, encontramos que el grupo de síntomas que presenta una prevalencia mayor con respecto a los otros es el de Evitación, con un 64,1% de los/as menores. A continuación, un 54,7% de prevalencia para Pensamientos Intrusivos y un 29,7% para Hiperarousal (con porcentajes iguales a DSM-IV-TR) (ver tabla 15.41 y figura 15.49).

**Tabla 15.41. Tasas de prevalencia para las subescalas y total, según el DSM-V, para el grupo I.**

SUBESCALAS	Criterios DSM-V (1PI, 1EV, 2HI)	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
PI	35	54,7
EV	41	64,1
HI	19	29,7
TOTAL	14	21,9

**Figura 15.49. Tasas de prevalencia para las subescalas y total, según el DSM-V, para el grupo I.**



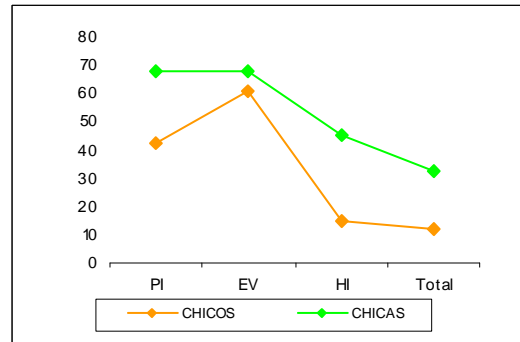
Con respecto al sexo, el 12,1% de los chicos y el 32,3% de las chicas presentan TEPT según el DSM-V. Para las subescalas de PI y de HI las tasas de prevalencia tanto para chicos como para chicas es la misma que la hallada según los criterios DSM-IV-TR (chicos

42,4% y chicas 67,7% en PI; y chicos 15,2% y chicas 32,3% en HI). En Evitación, presenta 1 síntoma el 60,6% de los chicos y el 67,7% de las chicas (ver tabla 15.42 y figura 15.50).

**Tabla 15.42. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas total, según el DSM-V, para el grupo I.**

SUBESCALAS	PORCENTAJE (%)	
	Criterios DSM-V (1PI, 1EV, 2HI)	
	CHICOS	CHICAS
PI	42,4	67,7
EV	60,6	67,7
HI	15,2	45,2
<b>TOTAL</b>	<b>12,1</b>	<b>32,3</b>

**Figura 15.50. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y total, según el DSM-V, para el grupo I.**

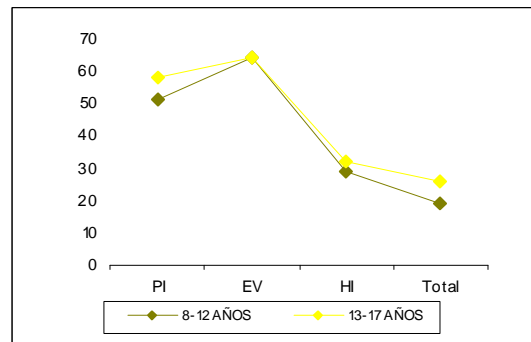


En cuanto a los dos rangos de edad analizados, los datos indican que el 19,4% de los chicos/as de menor edad (8-12 años) y el 25,8% de los/as adolescentes cumplen criterios para TEPT según DSM-V. Como se ha comentado anteriormente, en PI e HI, no cambian las tasas de prevalencia con respecto al DSM-IV (51,6% y 58,1% en pequeños y adolescentes respectivamente en PI; y 29% pequeños y 32,3% adolescentes en HI). En Evitación hallamos el mismo porcentaje para los dos grupos de edad (8 a 12 y de 13 a 17 años), un 64,5% (ver tabla15.43 y figura 15.51).

**Tabla 15.43. Tasas de prevalencia por grupos de edad para las subescalas y total, según el DSM-V, para el grupo I.**

SUBESCALAS	PORCENTAJE (%)	
	Criterios DSM-V (1PI, 1EV, 2HI)	
	8-12 AÑOS	13-17 AÑOS
PI	51,6	58,1
EV	64,5	64,5
HI	29,0	32,3
<b>TOTAL</b>	<b>19,4</b>	<b>25,8</b>

**Figura 15.51. Tasas de prevalencia por rangos de edad para las subescalas y total, según el DSM-V, para el grupo I.**



### 3) DETERIORO FUNCIONAL

En este apartado se van a describir los resultados encontrados en relación a la segunda parte de la escala. Se han calculado análisis descriptivo y de prevalencias en la submuestra I.



## ❖ ANÁLISIS DESCRIPTIVO

En la segunda parte de la escala, la media encontrada en esta submuestra es de 1,98 (en un rango de 0 a 6), con una desviación típica de 1,66 (ver tabla 15.44).

**Tabla 15.44. Puntuación media y desviación típica para el total de la segunda parte de la escala en el grupo I.**

	Nº ITEMS	MIN-MAX	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
<b>TOTAL</b>	6	0-6	1,88	1,62

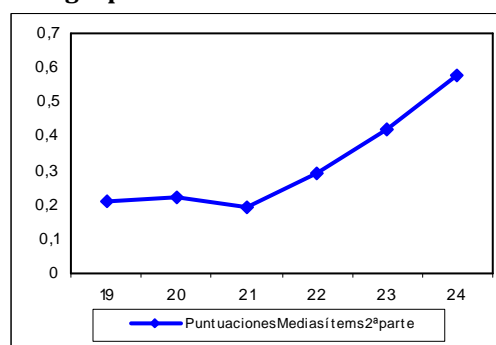
La puntuación media encontrada para los chicos es de 1,84; siendo de 1,93 para las chicas. Con respecto a la edad, la puntuación media para los más pequeños/as (8 a 12 años) es de 1,60 y para los/as adolescentes (13-17 años) es de 2,16.

Los resultados encontrados haciendo un análisis pormenorizado por ítems en esta parte de la escala se muestran en la *tabla 15.45* y en la *figura 15.52*, donde se aprecia especialmente que el ítem con una puntuación media más alta es el denominado Felicidad General (media 0,58), seguido del ítem anterior, Relaciones familiares (media 0,42).

**Tabla 15.45. Puntuaciones medias para los ítems de la segunda parte de la escala en el grupo I.**

ÍTEMS	MEDIAS
19. Tareas de la casa	0,21
20. Relaciones de amistad	0,22
21. Actividades de entretenimiento	0,19
22. Tareas escolares	0,29
23. Relaciones familiares	0,42
24. Felicidad general	0,58

**Figura 15.52. Puntuaciones medias para los ítems de la segunda parte de la escala en el grupo I.**



## ❖ ANÁLISIS DE PREVALENCIAS

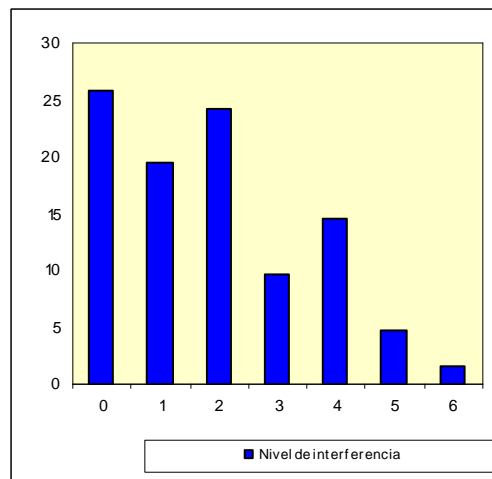
En relación al grado de interferencia que causa la sintomatología TEPT en la vida de estos/as menores, se toma como criterio contestar de manera afirmativa a los ítems de la segunda parte de la escala. En este sentido, es destacable que el 74,2% de la muestra I presenta deterioro al menos en un área de su vida cotidiana. Se encuentran unos porcentajes mayores en los que presentan deterioro en 2 áreas, con un 24,2%, seguido del 19,4% de los/as menores que han respondido afirmativamente a 1 ítem en la segunda parte de la escala. El 14,5% presenta afectadas 4 áreas; el 9,7% tiene 3; el 4,8% tiene 5 y el

1,6% tiene alteraciones en 6 áreas de su vida. Por otro lado, el 25,8% refiere que no ve afectada su vida (ver tabla 15.46 y figura 15.53).

**Tabla 15.46. Tasas de prevalencia para el nivel de interferencia, segunda parte de la escala, en el grupo I.**

ÁREAS CON DETERIORO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
0	16	25,8
1	12	19,4
2	15	24,2
3	6	9,7
4	9	14,5
5	3	4,8
6	1	1,6

**Figura 15.53. Tasas de prevalencia para el nivel de interferencia, segunda parte de la escala, en el grupo I.**

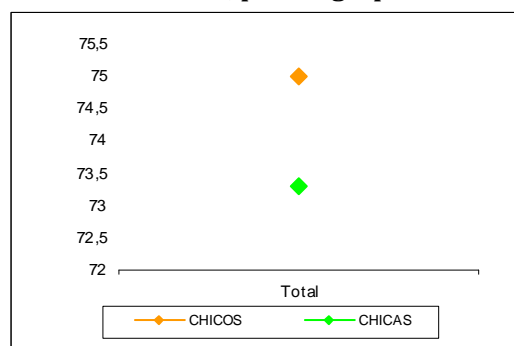


Respecto al sexo, los datos indican que el 75% de los chicos y el 73,3% de las chicas refieren que la sintomatología TEPT le supone al menos interferencia en un área de su vida (ver tabla 15.47 y figura 15.54).

**Tabla 15.47. Tasas de prevalencia por sexo para el nivel de interferencia, tomando como criterio tener al menos un área con deterioro, para el grupo I.**

	PORCENTAJE (%)	
	AL MENOS 1 ÁREA DETERIORADA	
	CHICOS	CHICAS
<b>TOTAL</b>	75,0	73,3

**Figura 15.54. Tasas de prevalencia por sexo para el nivel de interferencia, tomando como criterio tener al menos un área con deterioro, para el grupo I.**

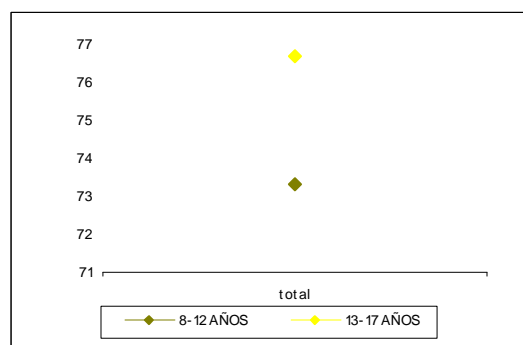


Como podemos observar en la tabla 15.48 y en la figura 15.55, en el grupo de los/as menores de edades comprendidas entre 8 y 12 años, el 73,3% presentan deterioro en al menos un área de su vida, frente al 76,7% del grupo de los/as adolescentes.

**Tabla 15.48. Tasas de prevalencia por edad para el nivel de interferencia, tomando como criterio tener al menos un área con deterioro, para el grupo I.**

	PORCENTAJE (%)	
	AL MENOS 1 ÁREA DETERIORADA	
	8-12 AÑOS	13-17 AÑOS
<b>TOTAL</b>	73,3	76,7

**Figura 15.55. Tasas de prevalencia por edad para el nivel de interferencia, tomando como criterio tener al menos un área con deterioro, para el grupo I.**

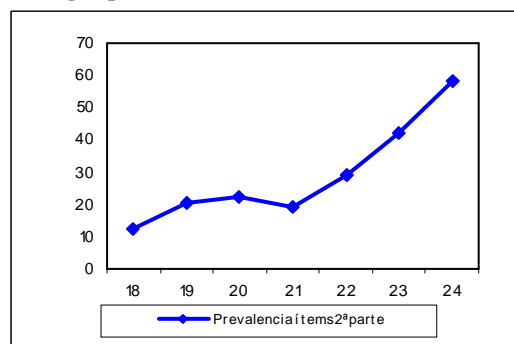


Haciendo un análisis pormenorizado de los ítems, se aprecia en la *tabla 15.49* y en la *figura 15.56* que el área que mayor deterioro o afectación ha obtenido es la de Felicidad General (ítem 24) con un 58,1%, por lo que más de la mitad de este grupo refiere que la sintomatología le interfiere para ser feliz. Le sigue la alteración en las Relaciones Familiares, con un 41,9%. A continuación la interferencia en las Tareas Escolares (29%), Amistades (22,2%), Tareas de la casa (20,6%) y Actividades de Entretenimiento (19,4%).

**Tabla 15.49. Tasas de prevalencia para los ítems de la segunda parte de la escala en el grupo I.**

ÍTEMS	PORCENTAJE (%)
19. Tareas de la casa	20,6
20. Relaciones de amistad	22,2
21. Actividades de entretenimiento	19,4
22. Tareas escolares	29,0
23. Relaciones familiares	41,9
24. Felicidad general	58,1

**Figura 15.56. Tasas de prevalencia para los ítems de la segunda parte de la escala en el grupo I.**



#### 4) RELACIONES ENTRE SINTOMATOLOGÍA TEPT Y DETERIORO (PARTE 1 Y 2 DE LA ESCALA)

Si se centra la atención ahora en el número de menores que presentan sintomatología significativa según el DSM-IV-TR en los grupos sintomáticos y el grado de deterioro que les provoca (tomando como criterio decir que Si al menos a un área de la segunda parte de la escala), es importante resaltar que hay un mayor porcentaje de

menores que presenta simultáneamente PI y deterioro funcional (42,6%), en segundo lugar se encuentran los que tienen Evitación y deterioro (25,5%) y en tercero un 23,4% que cumplen criterios para Hiperarousal y tienen al menos algún área de su vida afectada.

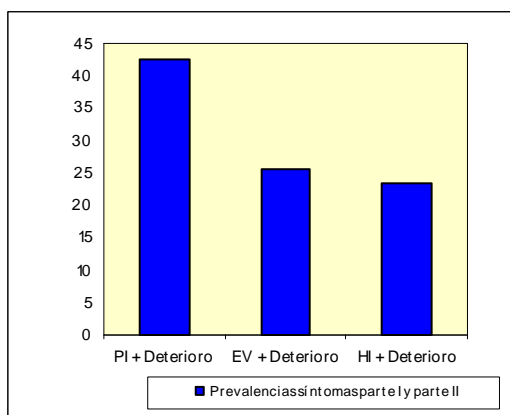
El 19,1% de los/as menores que han estado expuestos/as a violencia de género en su hogar cumplen criterios para 2 grupos sintomáticos (TEPT Parcial) y presentan malestar significativo. Los/as que cumplen los 3 criterios (diagnóstico completo de TEPT) y además refieren interferencia en su vida alcanza una prevalencia del 12,8%.

Por otra parte, si se consideran los criterios propuestos para el DSM-V (1PI+1EV+2HI), se obtiene que el 17% de los niños y niñas del grupo I cumplen los 3 criterios además de presentar deterioro funcional significativo (*ver tabla 15.50 y figuras 15.57-15.58*).

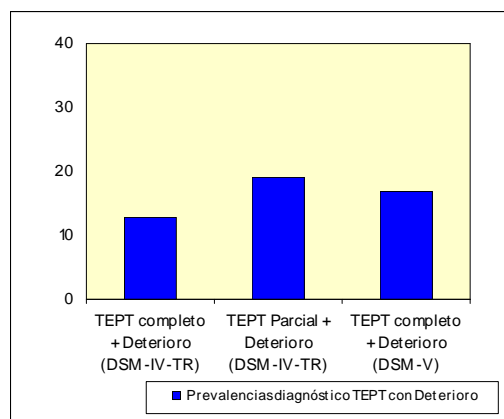
**Tabla 15.50. Tasas de prevalencia para la relación entre sintomatología y deterioro en el grupo I.**

CRITERIOS	COMBINACIÓN	PORCENTAJE (%)
DSM-IV-TR	PI + Deterioro	42,6
	EV + Deterioro	25,5
	HI + Deterioro	23,4
	2 criterios DSM-IV-TR + Deterioro	19,1
	3 criterios DSM-IV-TR + Deterioro	12,8
DSM-V	3 criterios DSM-V + Deterioro	17

**Figura 15.57. Tasas de prevalencia para grupos de síntomas más deterioro funcional.**



**Figura 15.58. Tasas de prevalencia para diagnóstico TEPT más deterioro.**



### 15.3. GRUPO II

A continuación se describen los resultados obtenidos para la submuestra formada por 38 menores que han sufrido maltrato en su familia de origen y se encuentran tutelados/as por la Comunidad Autónoma.

## 15.3.A. HISTORIA DE MALTRATO

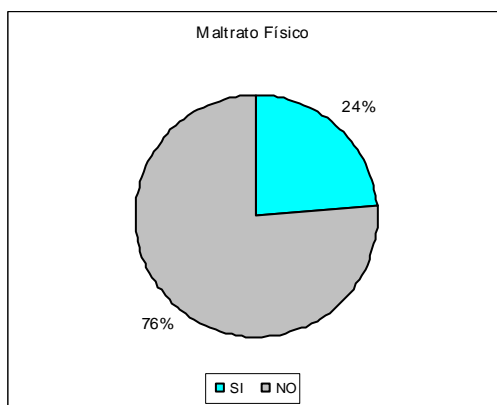
Con respecto al tipo de maltrato que han sufrido estos/as menores cuando residían junto a su familia biológica, se ha diferenciado entre maltrato físico, emocional, negligencia, abuso sexual, maltrato antes del nacimiento (prenatal) y observación de violencia de género.

Los datos encontrados indican que la mayor parte de esta muestra ha recibido un trato negligente por parte de sus padres (84,2%), siendo éste el tipo de maltrato más frecuente. A continuación le siguen el maltrato emocional, con un 34,2% de los/as menores; ser testigo de violencia de género (26,3%); maltrato físico (23,7%); y en último lugar la misma tasa de prevalencia para abuso sexual y maltrato prenatal, con un 5,3% cada uno (ver tabla 15.51 y figuras 15. 59-15.64).

**Tabla 15.51. Tipo de maltrato recibido por el grupo II.**

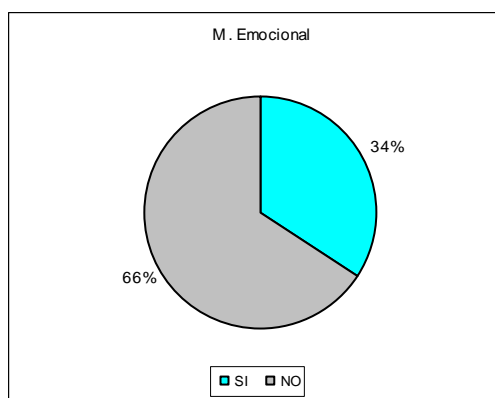
TIPO MALTRATO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
MALTRATO FÍSICO	9	23,7
MALTRATO EMOCIONAL	13	34,2
NEGLIGENCIA	32	84,2
ABUSO SEXUAL	2	5,3
MALTRATO PRENATAL	2	5,3
VIOLENCIA DE GÉNERO	10	26,3

**Figura 15.59. Tasas de prevalencia de maltrato físico.**



**Figura 15.61. Tasas de prevalencia de negligencia.**

**Figura 15.60. Tasas de prevalencia de maltrato emocional.**



**Figura 15.62. Tasas de prevalencia de abuso sexual.**

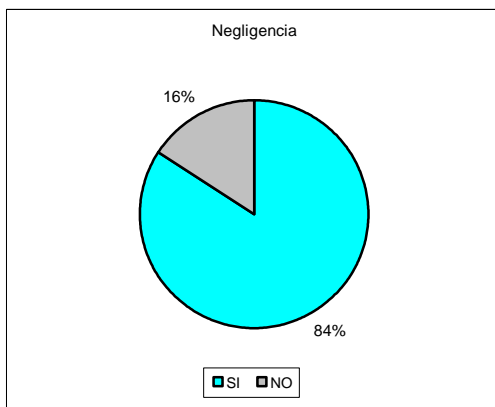


Figura 15.63. Tasas de prevalencia de maltrato prenatal.

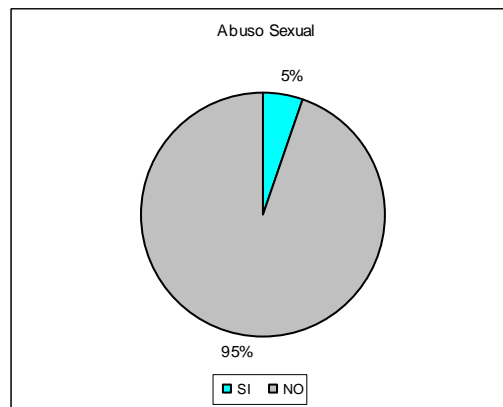
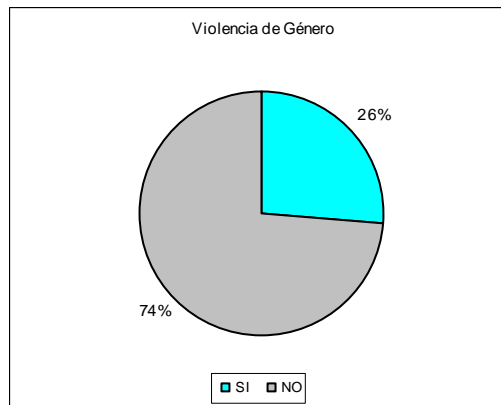
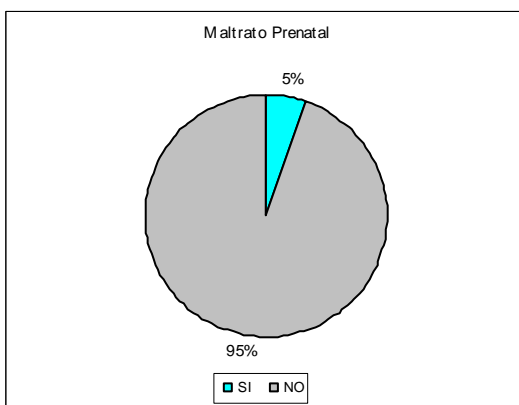


Figura 15.64. Tasas de prevalencia de observación de violencia de género.

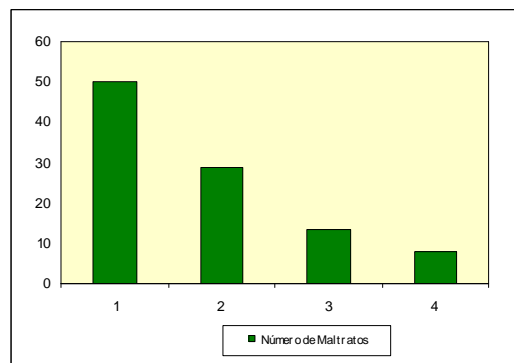


De los 38 menores tutelados, 19 (50%) han sufrido un tipo de maltrato, dos tipos de maltrato el 28,9%, 3 el 13,2% y 4 el 7,9%. Es importante destacar que la mitad de los niños y niñas han soportado al menos 2 tipos de maltrato (ver tabla 15.52 y figura 15.65).

Tabla 15.52. Número de maltratos recibidos por el grupo II.

TIPOS MALTRATO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
1	19	50
2	11	28,9
3	5	13,2
4	3	7,9

Figura 15.65. Número de maltratos recibidos por el grupo II.



### 15.3.B. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

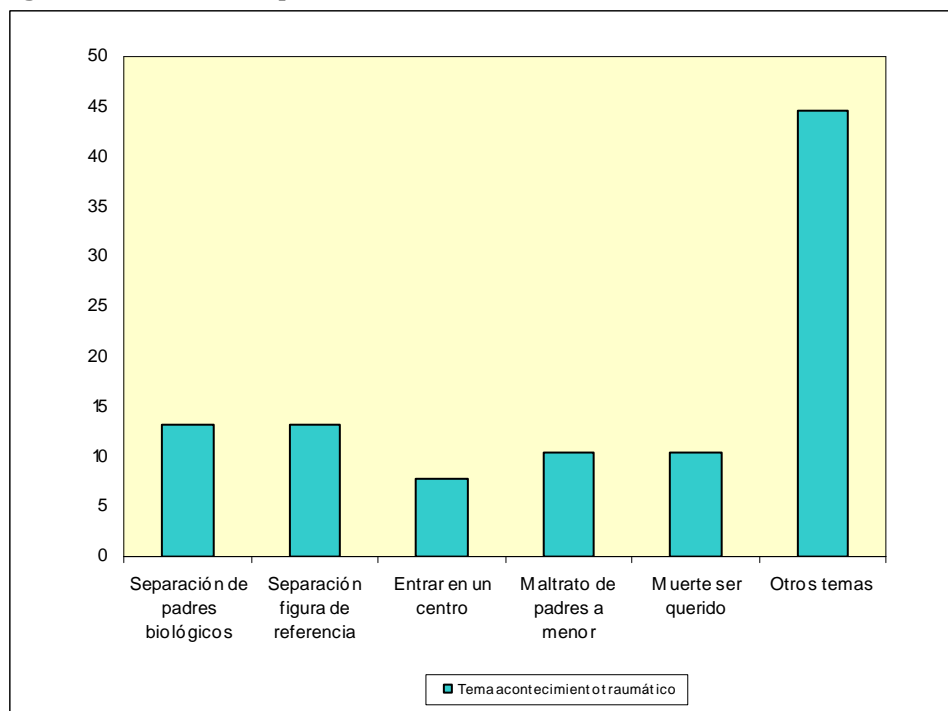
Este apartado está dividido de igual forma que en el grupo I, señalando en primer lugar el tipo de estresor, a continuación los síntomas de estrés postraumático (primera parte de la escala), el deterioro funcional (segunda parte de la escala) y la relación entre la sintomatología y el deterioro en último lugar.

#### 1) TIPO DE ESTRESOR

Los temas que los/as menores han seleccionado como peor evento vital se han agrupado en diversas categorías. Es importante señalar que el 44,7% de la presente muestra ha referido temas estresantes que no han podido englobarse en las categorías descritas, así por ejemplo, “mi madre me dijo que mi padre estaba muerto”, “mis amigos se enteraron que mi padre me pegaba y vivía en un centro”, “mi hermano se clavó una púa sin querer” ...etc., por lo que se ha hecho una categoría denominada Otros. De las categorías recogidas, se encuentra que el 13,2% de los/as menores verbalizan que su separación de los padres biológicos ha sido su experiencia vital más traumática, así como su separación de una figura importante de referencia para ellos/as como hermanos/as, abuelos/as o familias de acogida, con igual tasa de prevalencia. Seguidamente, se halla un 10,5% de niños y niñas que refieren el maltrato sufrido por sus padres (por ejemplo “mi padre me amenazó y me dijo que me iba a cortar el cuello un día que iba borracho”) y la muerte de un ser querido (madre biológica, abuelos/as...etc.) como eventos estresantes en sus vidas. Por último, un tema que también es importante destacar es el hecho de ingresar en un centro de protección, elegido por el 7,9% de la muestra (*ver tabla 15.53 y figura 15.66*).

**Tabla. 15.53. Tema del acontecimiento traumático del grupo II.**

TEMA ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Separación de padres biológicos	5	13,2
Separación de figura importante de referencia	5	13,2
Vivir en un centro	3	7,9
Maltrato de los padres al menor	4	10,5
Muerte del ser querido	4	10,5
Otros	17	44,7

**Figura 15.66. Tasas de prevalencia de temas del acontecimiento traumático del grupo II.**

## 2) SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Se ha realizado un análisis descriptivo y de prevalencias en la primera parte de la escala.

### ❖ ANÁLISIS DESCRIPTIVO

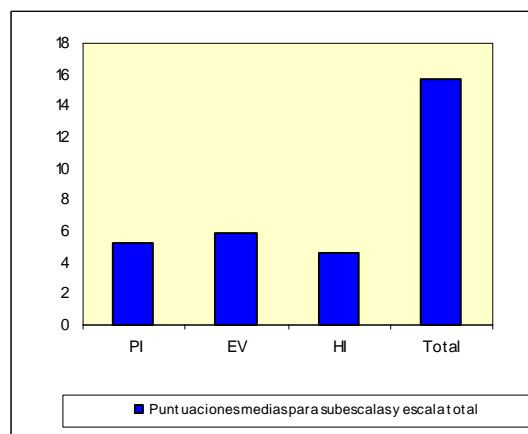
En este grupo de menores se obtiene una puntuación media para TEPT total de 15,68 con una desviación típica (dt) de 12,47. Si se realiza un análisis por grupos sintomáticos, se halla una puntuación media de 5,29 (dt 4,80) para la subescala de Pensamientos Intrusivos; de 5,82 en Evitación (dt 5,22); y de 4,58 para Hiperarousal (dt 4,25) (ver tabla 15.54 y figura 15.67).



**Tabla 15.54. Puntuaciones medias y desviaciones típicas para las subescalas y total de la primera parte de la escala en el grupo II.**

SUBESCALAS	Nº ITEMS	PUNT. MINIMA - MÁXIMA	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
PI	5	0 - 15	5,29	4,809
EV	7	0 - 18	5,82	5,224
HI	5	0 - 14	4,58	4,253
<b>TOTAL</b>	17	0 - 42	15,68	12,479

**Figura 15.67. Puntuaciones medias y desviaciones típicas para las subescalas y total de la primera parte de la escala en el grupo II.**

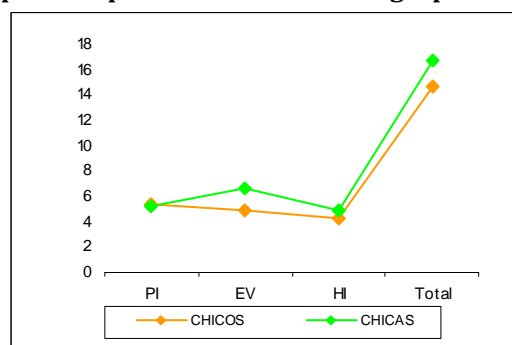


Como puede observarse en la siguiente *tabla (15.55) y figura (15.68)*, se ha encontrado una puntuación media en TEPT total para los chicos de 14,63 y de 16,74 para las chicas. En relación a las subescalas, se halla una media de 5,42 frente a 5,16 para chicos y chicas respectivamente en Pensamientos Intrusivos; una media de 4,95 para chicos y de 6,68 para chicas en Evitación; y en el último grupo sintomático, Hiperarousal, una media de 4,26 en chicos frente a 4,89 en chicas.

**Tabla 15.55. Puntuaciones medias por sexo para las subescalas y total de la primera parte de la escala en el grupo II.**

SUBESCALAS	MEDIA	
	CHICOS	CHICAS
PI	5,42	5,16
EV	4,95	6,68
HI	4,26	4,89
<b>TOTAL</b>	14,63	16,74

**Figura 15.68. Puntuaciones medias por sexo para las subescalas y total de la primera parte de la escala en el grupo II.**



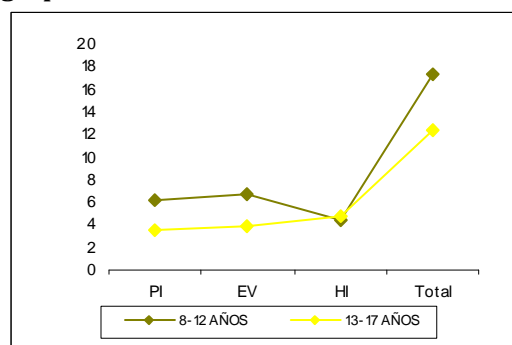
Las puntuaciones medias encontradas por rangos de edad se describen a continuación. Por un lado, para TEPT total, en la primera parte de la escala, hallamos una media de 17,40 en menores de 8 a 12 años y de 12,38 en menores de 13 a 17 años. En relación a las subescalas, las medias son de 6,16 de los/as más pequeños frente a 3,62 de los/as adolescentes en Pensamientos Intrusivos; en Evitación se halla una media de 6,80 en el primer grupo de edad y de 3,92 en el segundo; y en Hiperarousal, una media de 4,44 en menores de 8 a 12 años y de 4,85 en menores de 13 a 17 años. Se aprecia especialmente

que para el total y para las subescalas PI y EV, los/as pequeños presentan puntuaciones medias ligeramente superiores que los chicos/as de mayor edad (ver tabla 15.56 y figura 15.69).

**Tabla 15.56. Puntuaciones medias por grupos de edad para las subescalas y total de la primera parte de la escala en el grupo II.**

SUBESCALAS	MEDIA	
	8-12 AÑOS	13-17 AÑOS
PI	6,16	3,62
EV	6,80	3,92
HI	4,44	4,85
TOTAL	17,40	12,38

**Figura 15.69. Puntuaciones medias por grupos de edad para las subescalas y total de la primera parte de la escala en el grupo II.**

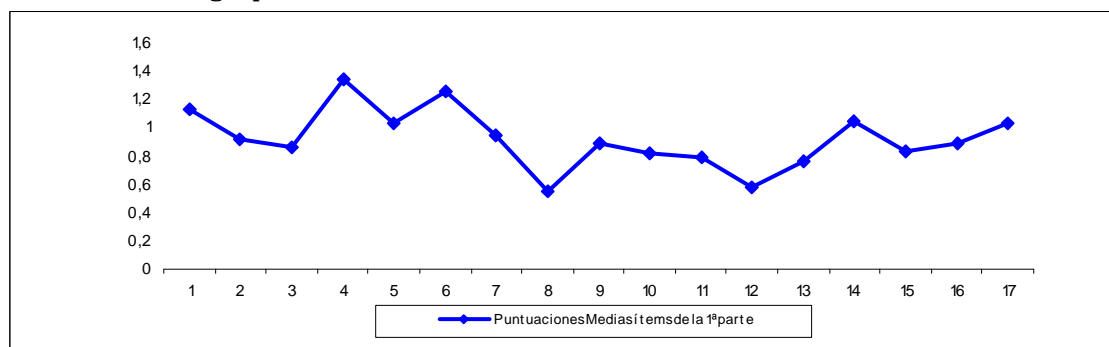


Los resultados en relación a los ítems de la primera parte de la escala se muestran en la tabla 15.57 y en la figura 15.70, donde se aprecia que los ítems con mayores puntuaciones medias son el 4 (Malestar psicológico) y el 6 (Evitar pensar, sentir...).

**Tabla 15.57. Puntuaciones medias y desviaciones típicas para los ítems de la primera parte de la escala en el grupo II.**

SUBESCALAS	ÍTEMS	MEDIAS (DESVIACIONES TÍPICAS)
PI	1. Recuerdos intrusivos	1,13 (1,35)
	2. Sueños intrusivos	0,92 (1,19)
	3. "Flashbacks"	0,87 (1,11)
	4. Malestar psicológico	1,34 (1,27)
	5. Malestar fisiológico	1,03 (1,28)
EV	6. Evitar pensar, sentir...	1,26 (1,28)
	7. Evitar actividades, lugares...	0,95 (1,27)
	8. Amnesia	0,55 (0,95)
	9. Pérdida interés en actividades significativas	0,89 (1,24)
	10. Sensación de desapego o enajenación	0,82 (1,13)
	11. Restricción de la vida afectiva	0,79 (1,23)
	12. Sensación de futuro desolador	0,58 (0,85)
HI	13. Insomnio	0,76 (1,07)
	14. Irritabilidad	1,05 (1,20)
	15. Dificultades de concentración	0,84 (1,12)
	16. Hipervigilancia	0,89 (1,22)
	17. Respuesta de sobresalto	1,03 (1,21)

**Figura 15.70. Puntuaciones medias y desviaciones típicas para los ítems de la primera parte de la escala en el grupo II.**



#### ❖ ANÁLISIS DE PREVALENCIAS

Se han calculado los datos de prevalencia en el total de la primera parte de la escala, en sus subescalas y en sus ítems siguiendo varios criterios clínicos y psicométricos.

Los *criterios psicométricos* seguidos son los mismos que se han utilizado anteriormente:

- a) Según la puntuación total.
- b) Según la puntuación media.
- c) Según la puntuación en los ítems.

Los resultados obtenidos se describen a continuación.

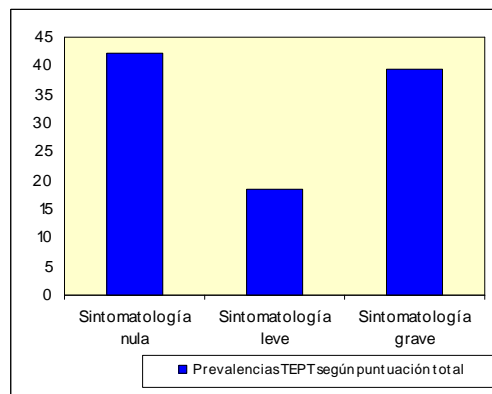
##### a) Tomando como criterio la puntuación total de la primera parte de la escala:

La puntuación total de la escala oscila entre 0 (no sintomatología TEPT) y 51 (máximo en sintomatología TEPT). Si se toma como criterio la puntuación total de la primera parte de la escala de 17 ítems siguiendo las puntuaciones de corte utilizadas en los trabajos de Jaycox et al. el año pasado (2009) y los de Kataoka et al. y Stein et al. en el 2003, en sintomatología leve (puntuaciones de 11 a 17), se obtiene una prevalencia en esta muestra del 18,4%, presentando el 39,5% de estos/as menores sintomatología grave (puntuaciones iguales o mayores a 18). Es destacable que si sumamos las dos tasas, tomando la puntuación mayor o igual 11, encontramos que el 57,9% de los/as menores, más de la mitad de la muestra, presenta en el momento de la evaluación, sintomatología leve o grave de estrés postraumático. Asimismo, también es interesante señalar que el 42,1% no presenta ninguna sintomatología relacionada con TEPT (*ver tabla 15.58 y figura 15.71*).

**Tabla 15.58. Tasas de prevalencia según niveles de gravedad según la puntuación total de la primera parte de la escala para el grupo II.**

NIVEL GRAVEDAD	CRITERIO	PORCENTAJE (%)
SINTOMATOLOGÍA NULA	Puntuación total 0-10	42,1
SINTOMATOLOGÍA LEVE	Puntuación total 11-17	18,4
SINTOMATOLOGÍA GRAVE	Puntuación total $\geq 18$	39,5

**Figura 15.71. Tasas de prevalencia según niveles de gravedad tomando como criterio la puntuación total de la primera parte de la escala para el grupo II.**



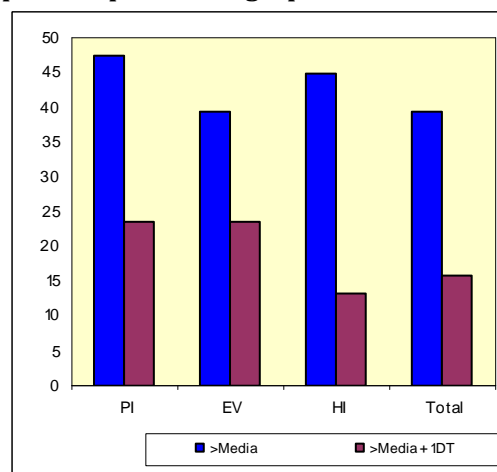
b) Tomando como criterio la puntuación media y desviaciones típicas de los síntomas y total de la primera parte de la escala:

El porcentaje obtenido según la puntuación superior a la media para la escala total es de 39,5%, disminuyendo a un 15,8% en los casos que superan la media más una desviación típica de la muestra. Con respecto a las subescalas, los aspectos más destacables se describen a continuación. Las prevalencias obtenidas en el grupo de Pensamientos Intrusivos son superiores a las demás subescalas es de la escala en uno de los criterios empleados (media) con unas tasas de prevalencia de 47,4% frente a 39,5% en EV y 44,7% en HI. La segunda subescala, denominada Evitación, obtiene una tasa de prevalencia inferior a las demás si tomamos como criterio la puntuación media de la muestra (39,5% frente a 47,4% para PI y 44,7% en HI) (ver tabla 15.59 y figura 15.72).

**Tabla 15.59. Tasas de prevalencia para el total y subescalas según la puntuación superior a la media de la muestra y a la media más una desviación típica, para el grupo II.**

SUBESCALAS CPSS	PORCENTAJES	
	> Media	> Media + 1 dt
PI	(5,29) 47,4%	(10,09) 23,7%
EV	(5,82) 39,5%	(11,04) 23,7%
HI	(4,58) 44,7%	(8,83) 13,2%
T	(15,68) 39,5%	(28,15) 15,8%

**Figura 15.72. Tasas de prevalencia según la puntuación media y media más una desviación del total y subescalas de la primera parte en el grupo II.**



**c) Tomando como criterio la puntuación en cada ítem:**

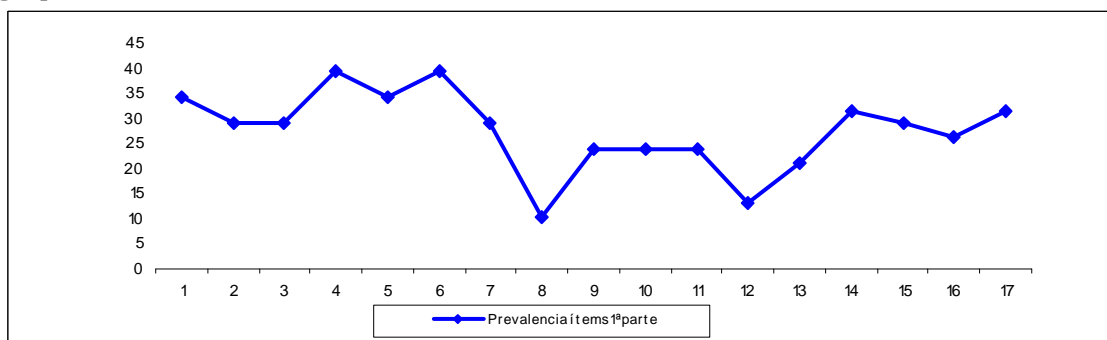
Los resultados obtenidos si sólo tenemos en cuenta las puntuaciones más altas en los ítems (2 o 3) se muestran en la *tabla 15.60* y en la *figura 15.73*, donde se aprecia que los ítems que han obtenido mayor prevalencia son: el 4 (Malestar psicológico) y el 6 (Evitar pensar, sentir...) con un 39,5% de los casos y los ítems 1 (Recuerdos intrusivos) y 5 (Malestar fisiológico) con un 34,2%, siendo por tanto más prevalentes los síntomas del factor Pensamientos Intrusivos.

**Tabla 15.60. Tasas de prevalencia tomando como criterio la sintomatología moderada con las puntuaciones 2 (2 a 4 veces a la semana o la mitad del tiempo) y la sintomatología grave 3 (5 o más veces por semana o casi siempre) en los ítems de la primera parte del grupo II.**

SUBESCALAS	Ítems	PORCENTAJE (%)
		Puntuación 2 o 3
PI	1. Recuerdos intrusivos	34,2
	2. Sueños intrusivos	28,9
	3. "Flashbacks"	28,9
	4. Malestar psicológico	39,5
	5. Malestar fisiológico	34,2
EV	6. Evitar pensar, sentir...	39,5
	7. Evitar actividades, lugares...	28,9
	8. Amnesia	10,5
	9. Pérdida interés en actividades significativas	23,7
	10. Sensación de desapego o enajenación	23,7
	11. Restricción de la vida afectiva	23,7
	12. Sensación de futuro desolador	13,2
HI	13. Insomnio	21,1
	14. Irritabilidad	31,6
	15. Dificultades de concentración	28,9

16. Hipervigilancia	26,3
17. Respuesta de sobresalto	31,6

**Figura 15.73. Tasas de prevalencia para los ítems de la primera parte de la escala en el grupo II.**



Los *criterios clínicos* seguidos son los mismos que anteriormente:

- a) Diagnóstico TEPT completo según DSM-IV-TR.
- b) Diagnóstico TEPT Parcial según DSM-IV-TR.
- c) Diagnóstico TEPT completo según propuestas para DSM-V.

Los resultados obtenidos se detallan a continuación.

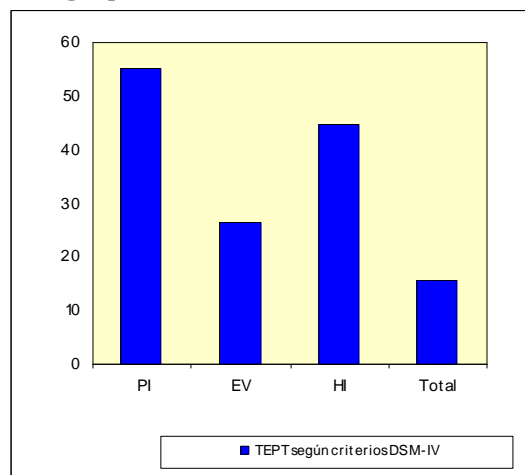
**a) Diagnóstico TEPT completo según DSM-IV-TR:**

De acuerdo a los criterios clínicos señalados en el manual diagnóstico DSM-IV-TR de la APA, requiriéndose 1 ítem en PI, 3 en EV y 2 en HI, se halla una prevalencia para el diagnóstico completo de TEPT en el 15,8% de los/as menores tutelados remitidos a consulta. Si se centra la atención en los grupos de síntomas de la escala, observamos la mayor prevalencia en Pensamientos Intrusivos (55,3%), seguida de Hiperarousal (44,7%) y en menor medida Evitación (26,3%) (ver tabla 15.61 y figura 15.74).

**Tabla 15.61. Tasas de prevalencia para las subescalas y total, según el DSM-IV-TR, en el grupo II.**

SUBESCALAS	Criterios DSM-IV-TR (1PI, 3EV, 2HI)	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
PI	21	55,3
EV	10	26,3
HI	17	44,7
TOTAL	6	15,8

**Figura 15.74. Tasas de prevalencia para las subescalas y total, según el DSM-IV-TR, en el grupo II.**

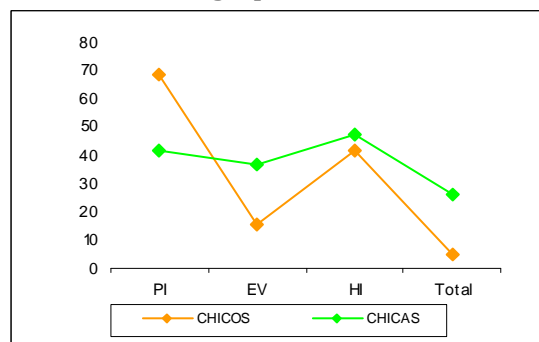


Con respecto a la variable sexo, los datos indican que el 5,3% de los chicos frente al 26,3% de las chicas cumplen criterios para TEPT según DSM-IV-TR. Para los grupos sintomáticos se halla que el 68,4% de los chicos y el 42,1% de las chicas cumplen el criterio de PI con 1 síntoma. En Evitación, donde se requieren 3 síntomas, se encuentra que el 15,8% de los chicos frente al 36,8% de las chicas cumplen este criterio. En Hiperarousal, el 42,1% y el 47,4%, chicos y chicas respectivamente, cumplen 2 síntomas, según el criterio del DSM-IV-TR. En general se aprecia que las chicas tienen con mayor frecuencia en relación a los chicos TEPT Parcial excepto en la asociación PI-EV (ver tabla 15.62 y figura 15.75).

**Tabla 15.62. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y total, según el DSM-IV-TR, en el grupo II.**

SUBESCALAS	PORCENTAJE (%)	
	Criterios DSM-IV-TR (1PI, 3EV, 2HI)	
	CHICOS	CHICAS
PI	68,4	42,1
EV	15,8	36,8
HI	42,1	47,4
TOTAL	5,3	26,3

**Figura 15.75. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y total, según el DSM-IV-TR, en el grupo II.**



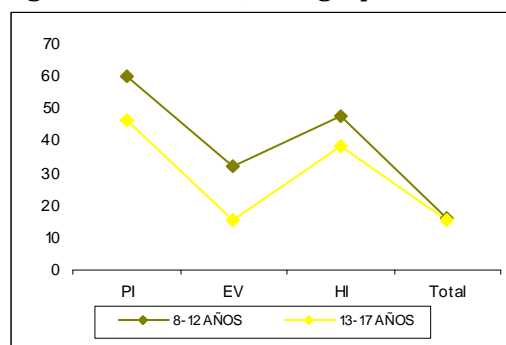
Según el grupo de edad (8-12 años y 13-17 años), los datos indican que el 16% de los pequeños/as y el 15,4% de los/as mayores cumplen TEPT según criterios DSM-IV-TR. Por síntomas, en Pensamientos intrusivos el 60% y el 46,2% del primer y segundo grupo de edad respectivamente, cumplen el criterio; en Evitación, el 32% de los niños y niñas de

8 a 12 años y el 15,4% de los adolescentes presentan este criterio; y cumplen Hiperactivación el 48% de los pequeños/as y el 15,4% de los/as mayores. Las puntuaciones de los más pequeños/as son en general superiores a las de los/as adolescentes (*ver tabla 15.63 y figura 15.76*).

**Tabla 15.63. Tasas de prevalencia por grupos de edad para las subescalas y total, según el DSM-IV-TR, en el grupo II.**

SUBESCALAS	PORCENTAJE (%)	
	Criterios DSM-IV-TR (1PI, 3EV, 2HI)	
	8-12 AÑOS	13-17 AÑOS
PI	60,0	46,2
EV	32,0	15,4
HI	48,0	38,5
TOTAL	16,0	15,4

**Figura 15.76. Tasas de prevalencia por rangos de edad para las subescalas y total, según el DSM-IV-TR, en el grupo II.**



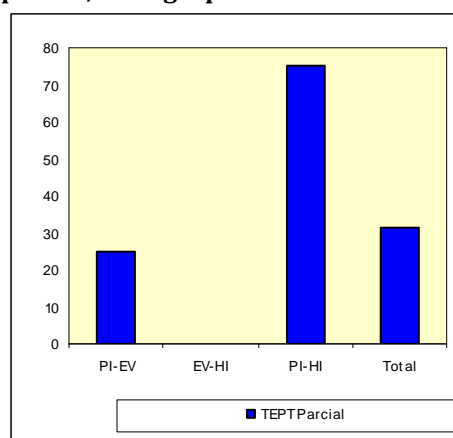
#### b) Diagnóstico TEPT Parcial según DSM-IV-TR:

Si se utiliza un criterio más flexible que el señalado por el DSM para el diagnóstico completo, requiriendo para sintomatología TEPT sólo 2 de los 3 grupos sintomáticos, se encuentra que la tasa de prevalencia se sitúa en un 31,6%. Asimismo, con respecto a qué tipo de grupos sintomáticos se asocian, se halla que la combinación Pensamientos Intrusivos e Hiperarousal tiene una tasa más elevada que las demás (75% de los/as que tienen TEPT Parcial), ya que Pensamientos Intrusivos con Evitación obtiene una prevalencia del 25% y no se encuentra ningún caso que cumpla Evitación e Hiperarousal (*ver tabla 15.64 y figura 15.77*).

**Tabla 15.64. Tasas de prevalencia para las subescalas y total, según el TEPT parcial, en el grupo II.**

SUBESCALAS	Criterio TEPT Parcial	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
PI (1) -EV (3)	3	25
EV (3) - HI (2)	0	0
PI (1) - HI (2)	9	75
TOTAL	12	31,6

**Figura 15.77. Tasas de prevalencia para las subescalas y total, según el TEPT parcial, en el grupo II.**



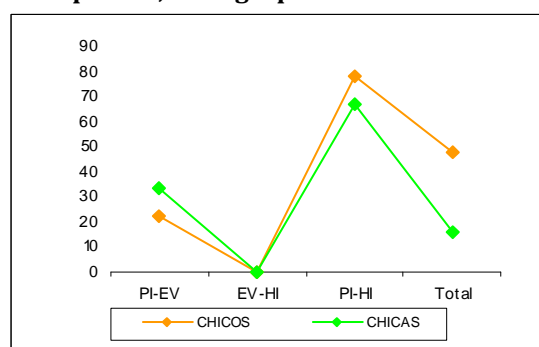


Analizando las prevalencias por sexo, se encuentra que el 47,4% de los chicos frente al 15,8% de las chicas, cumplen 2 criterios según el diagnóstico TEPT en el DSM-IV-TR. Si se presta atención en el tipo de asociación que presentan los criterios, hay un 22,2% de los chicos y un 33,3% de las chicas que presentan TEPT Parcial cumplen PI-EV; no hay ningún chico ni chica que presente a la vez EV-HI; y en PI-HI se encuentran al 77,8% de los chicos y al 15,8% de las chicas. Podemos apreciar que hay una mayor prevalencia en chicas con respecto a chicos en el criterio de TEPT Parcial (*ver tabla 15.65 y figura 15.78*).

**Tabla 15.65. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y escala total, según el TEPT parcial, en el grupo II.**

SUBESCALAS	PORCENTAJE (%)	
	Criterio TEPT Parcial	
	CHICOS	CHICAS
PI (1) -EV (3)	22,2	33,3
EV (3) - HI (2)	0	0
PI (1) - HI (2)	77,8	66,7
TOTAL	47,4	15,8

**Figura 15.78. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y total, según el TEPT parcial, en el grupo II.**

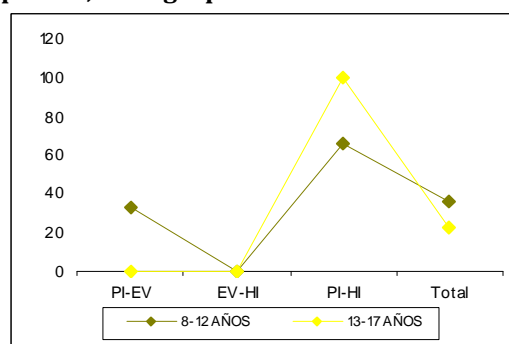


Por grupos de edad se ha obtenido que el 36% de los/as menores de esta muestra de edades entre los 8 y los 12 años, y el 23,1% de los/as menores de 13 a 17 años presentan TEPT Parcial. La asociación PI-EV se encuentra en el 33,3% del primer grupo de edad que presenta TEPT Parcial, no hallando ningún caso de adolescentes. En la asociación EV-HI no se obtiene ningún caso; y en PI-HI hay un 66,7% de los/as pequeños y todos los casos de adolescentes cumplen estos dos criterios (*ver tabla 15.66 y figura 15.79*).

**Tabla 15.66. Tasas de prevalencia por grupos de edad para las subescalas y total, según el TEPT parcial, en el grupo II.**

SUBESCALAS	PORCENTAJE (%)	
	Criterio TEPT Parcial	
	8-12 AÑOS	13-17 AÑOS
PI (1) -EV (3)	33,3	0
EV (3) - HI (2)	0	0
PI (1) - HI (2)	66,7	100
TOTAL	36,0	23,1

**Figura 15.79. Tasas de prevalencia para las subescalas y total, según el TEPT parcial, en el grupo II.**



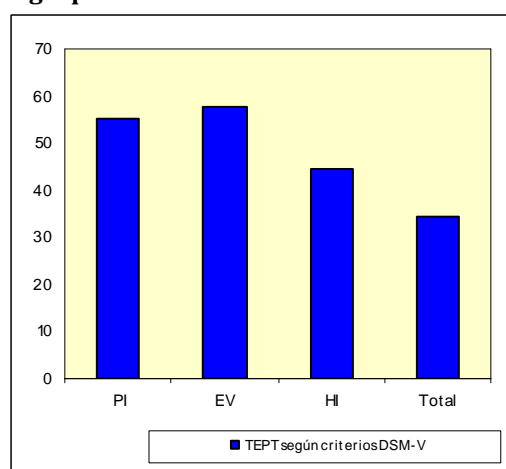
**c) Diagnóstico TEPT completo según propuestas para DSM-V:**

Bajando el umbral para el factor Evitación, como se propone en la nueva versión del manual DSM, se encuentra que el número de menores que cumplirían los criterios para el diagnóstico completo de TEPT aumentaría de 6 a 13, más del doble de participantes, pasando de una prevalencia para la escala total de 15,8% a 34,2%. Con respecto a los grupos de síntomas, se encuentran los mismos porcentajes que en DSM-IV-TR para PI (55,3%) e HI (44,7%), aumentando los casos de Evitación a 22 con un 57,9% de los/as menores (*ver tabla 15.67 y figura 15.80*).

**Tabla 15.67. Tasas de prevalencia para las subescalas y total, según el DSM-V, en el grupo II.**

SUBESCALAS	Criterios DSM-V (1PI, 1EV, 2HI)	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
PI	21	55,3
EV	22	57,9
HI	17	44,7
TOTAL	13	34,2

**Figura 15.80. Tasas de prevalencia para las subescalas y total, según el DSM-V, en el grupo II.**

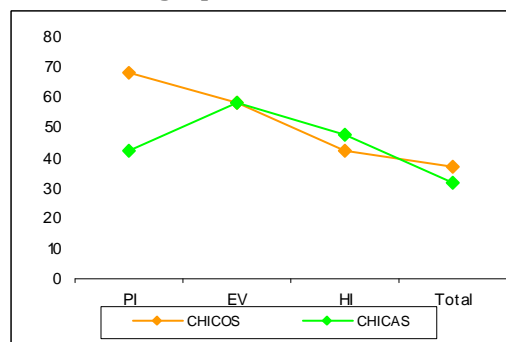


Se describen ahora los resultados en chicos y chicas. El 36,8% de los chicos y el 31,6% de las chicas cumplirían para TEPT según DSM-V. Por grupos sintomáticos se encuentra que el 68,4% frente al 42,1%, chicos y chicas respectivamente, cumplen para PI; el 57,9% tanto en chicos como en chicas cumplen EV; y el 42,1% de los chicos frente al 47,4% de las chicas cumplen HI, igual que según DSM-IV-TR (*ver tabla 15.68 y figura 15.81*).

**Tabla 15.68. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y total, según el DSM-V, en el grupo II.**

SUBESCALAS	PORCENTAJE (%)	
	Criterios DSM-V (1PI, 1EV, 2HI)	
	CHICOS	CHICAS
PI	68,4	42,1
EV	57,9	57,9
HI	42,1	47,4
TOTAL	36,8	31,6

**Figura 15.81. Tasas de prevalencia por sexo para las subescalas y total, según el DSM-V, en el grupo II.**

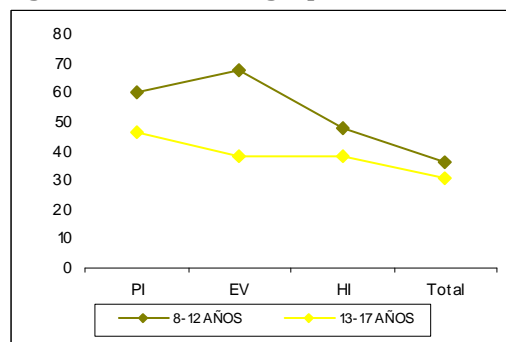


Para la variable edad, se ha obtenido que el 36% de los/as menores de entre 8 y 12 años y el 30,8% de los/as menores de entre 13 y 17 años cumplirían TEPT según DSM-V. Como en el DSM-IV-TR, el 60% de los pequeños/as y 46,2% de los/as adolescentes cumplen PI y el 48% de los/as pequeños y 38,5% de los/as adolescentes cumplen HI. En Evitación, cumplen según DSM-V el 68% de los/as pequeños frente al 38,5% de los/as adolescentes (*ver tabla 15.69 y figura 15.82*).

**Tabla 15.69. Tasas de prevalencia por grupos de edad para las subescalas y total, según el DSM-V, en el grupo II.**

SUBESCALAS	PORCENTAJE (%)	
	Criterios DSM-V (1PI, 1EV, 2HI)	
	8-12 AÑOS	13-17 AÑOS
PI	60,0	46,2
EV	68,0	38,5
HI	48,0	38,5
TOTAL	36,0	30,8

**Figura 15.82. Tasas de prevalencia por rangos de edad para las subescalas y total, según el DSM-V, en el grupo II.**



### 3) DETERIORO FUNCIONAL

Al igual que para la primera parte de la escala, para la segunda también se realiza un análisis descriptivo y de prevalencias.

#### ❖ ANÁLISIS DESCRIPTIVO

En la muestra de tutelados se obtiene una puntuación media de 2,00 en un rango de 0 a 6 y una desviación típica de 1,67 (*ver tabla 15.70*).

**Tabla 15.70. Puntuación media y desviación típica para el total de la segunda parte de la escala en el grupo II.**

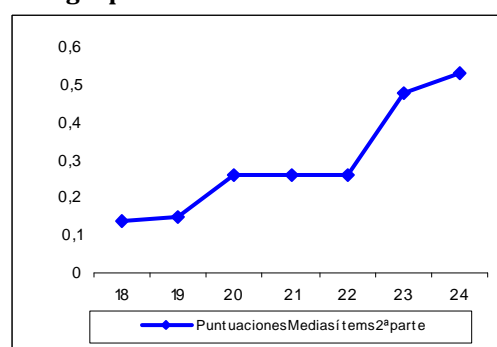
	Nº ITEMS	MIN-MAX	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
<b>TOTAL</b>	6	0-6	2,00	1,67

Por sexo, se obtiene una media de 2,12 en chicos y 1,88 en chicas. Asimismo, por edad, la puntuación media encontrada para menores de 8 a 12 años en esta muestra es de 2,14 frente a 1,75 en los/as adolescentes (13 a 17 años).

Si se realiza un análisis por ítem en esta segunda parte de la escala, se encuentra una media de 0,15 en ítem 19 (Tareas de la casa); media de 0,26 en ítem 20 (Relaciones de amistad), ítem 21 (Actividades de entretenimiento) e ítem 22 (Tareas escolares); promedio de 0,48 en Relaciones familiares (ítem 23); y media de 0,53 en Felicidad general (ítem 24) (ver tabla 15.71 y figura 15.83).

**Tabla 15.71. Puntuaciones medias para los ítems de la segunda parte de la escala en el grupo II.**

ÍTEMS	MEDIAS
19. Tareas de la casa	0,15
20. Relaciones de amistad	0,26
21. Actividades de entretenimiento	0,26
22. Tareas escolares	0,26
23. Relaciones familiares	0,48
24. Felicidad general	0,53

**Figura 15.83. Puntuaciones medias para los ítems de la segunda parte de la escala en el grupo II.**

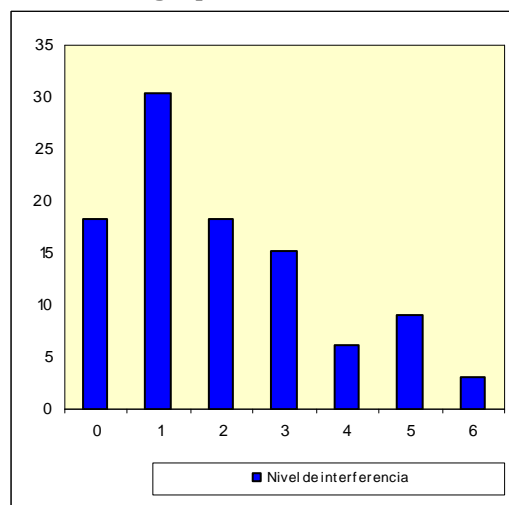
#### ❖ ANÁLISIS DE PREVALENCIAS

En este grupo se encuentra que el 18,2% refiere que la sintomatología que presenta no le causa malestar significativo, frente al 81,9% que presenta al menos 1 área afectada. La tasa de prevalencia más alta está en los/as menores que han respondido afirmativamente a 1 área deteriorada (30,3%). A continuación 2 áreas, con un 18,2%; 3 áreas (15,2%); 5 (9,1%); 4 con un porcentaje de 6,1% de los/as menores; y 6 áreas con 3% (ver tabla 15.72 y figura 15.84).

**Tabla 15.72. Tasas de prevalencia para el nivel de interferencia del estresor, segunda parte de la escala, en el grupo II.**

ÁREAS CON DETERIORO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
0	6	18,2
1	10	30,3
2	6	18,2
3	5	15,2
4	2	6,1
5	3	9,1
6	1	3

**Figura 15.84. Tasas de prevalencia para el nivel de interferencia, segunda parte de la escala, en el grupo II.**

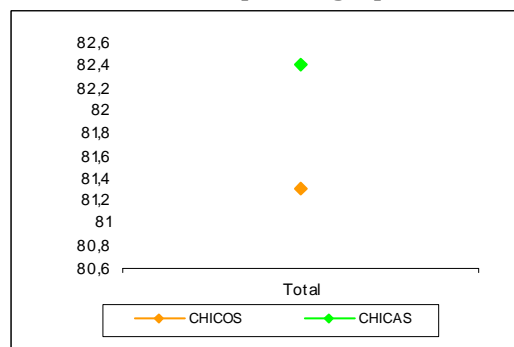


El 81,3% de los chicos y el 82,4% de las chicas presentan al menos un área deteriorada en su vida (ver tabla 15.73 y figura 15.85).

**Tabla 15.73. Tasas de prevalencia por sexo para el nivel de interferencia, tomando como criterio tener al menos un área con deterioro, para el grupo II.**

	PORCENTAJE (%)	
	AL MENOS 1 ÁREA DETERIORADA	
	CHICOS	CHICAS
TOTAL	81,3	82,4

**Figura 15.85. Tasas de prevalencia por sexo para el nivel de interferencia, tomando como criterio tener al menos un área con deterioro, para el grupo II.**

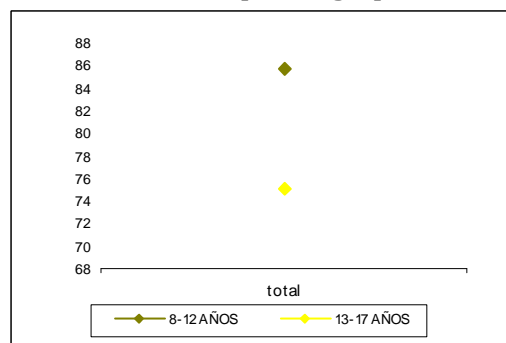


El 85,7% de los/as menores con 8 a 12 años y el 75% de los/as menores de 13 a 17 años presentan al menos un área de deterioro en su vida (ver tabla 15.74 y figura 15.86).

**Tabla 15.74. Tasas de prevalencia por edad para el nivel de interferencia, tomando como criterio tener al menos un área con deterioro, para el grupo II.**

	PORCENTAJE (%)	
	AL MENOS 1 ÁREA DETERIORADA	
	8-12 AÑOS	13-17 AÑOS
<b>TOTAL</b>	85,7	75,0

**Figura 15.86. Tasas de prevalencia por edad para el nivel de interferencia, tomando como criterio tener al menos un área con deterioro, para el grupo II.**

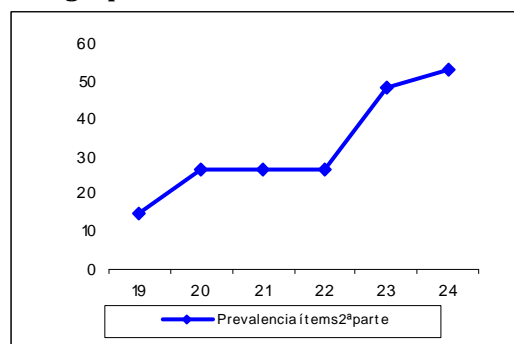


Se presta atención en los ítems de la segunda parte, se aprecia que el 24, referido a la alteración en la Felicidad General, es el que obtiene mayores tasas de prevalencia, con el 52,9%; a continuación las Relaciones Familiares (48,5%) es la segunda área más afectada según refieren los niños y niñas de este grupo. Los ítems 20 (Amistad), 21 (Entretenimiento) y 22 (Tareas escolares) muestran un 26,5% y las Tareas de la Casa presentan una menor prevalencia, con un 14,7% (ver tabla 15.75 y figura 15.87).

**Tabla 15.75. Tasas de prevalencia para los ítems de la segunda parte de la escala en el grupo II.**

ÍTEMS	PORCENTAJE (%)
19. Tareas de la casa	14,7
20. Relaciones de amistad	26,5
21. Actividades de entretenimiento	26,5
22. Tareas escolares	26,5
23. Relaciones familiares	48,5
24. Felicidad general	52,9

**Figura 15.87. Tasas de prevalencia para los ítems de la segunda parte de la escala en el grupo II.**



#### 4) RELACIONES ENTRE SINTOMATOLOGÍA TEPT Y DETERIORO (PARTE 1 Y 2 DE LA ESCALA)

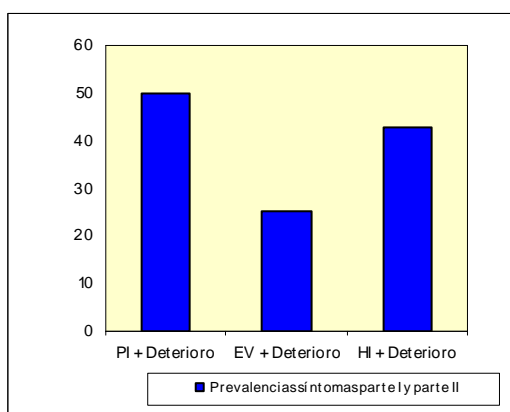
Tomando como criterio para la sintomatología (parte I) el DSM-IV-TR y para el deterioro (Parte II) decir que Sí al menos a la alteración de un área, obtenemos que la mitad de la muestra de menores tutelados (50%) presenta simultáneamente sintomatología significativa en Pensamientos Intrusivos (al menos 1 síntoma) junto a Deterioro funcional. En segundo lugar se encuentra que el 42,9% de los/as menores

cumplen criterios para HI (al menos 2 síntomas) y para Deterioro; y, por último, en menor medida se halla a menores que tienen síntomas de Evitación (al menos 3) y Deterioro (25%). Si se considera el diagnóstico de TEPT Parcial (con 2 de 3 criterios), los datos indican que el 17,9% presenta TEPT Parcial y alteración en su vida diaria; y si se toma el diagnóstico completo de TEPT, cumpliendo 3 criterios, se obtiene que el 21,4% de los que lo tienen, presentan simultáneamente deterioro funcional. Teniendo en cuenta que los criterios propuestos para el DSM-V son menos restrictivos que los de la versión actual, se encuentra que el 32,1% de los niños y niñas de este grupo cumplen criterios para diagnóstico completo de TEPT más deterioro significativo en al menos 1 área de su vida (ver tabla 15.76 y figuras 15.88-15-89).

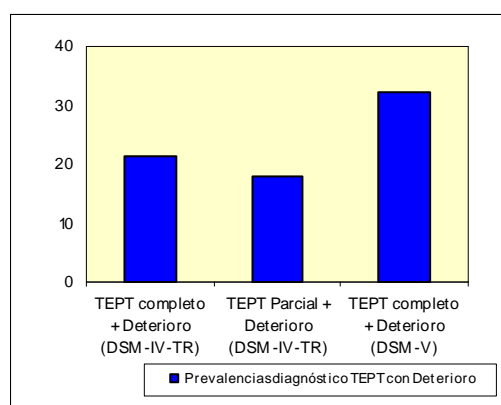
**Tabla 15.76. Tasas de prevalencia para la relación entre sintomatología y deterioro en el grupo II.**

CRITERIOS	COMBINACIÓN	PORCENTAJE (%)
DSM-IV-TR	PI + Deterioro	50
	EV + Deterioro	25
	HI + Deterioro	42,9
	2 criterios + Deterioro	17,9
	3 criterios + Deterioro	21,4
DSM-V	3 criterios + Deterioro	32,1

**Figura 15.88. Tasas de prevalencia para grupos de síntomas más deterioro funcional.**



**Figura 15.89. Tasas de prevalencia para diagnóstico TEPT más deterioro.**



## Parte II: Confirmación de hipótesis

En este apartado se exponen las hipótesis que se plantearon anteriormente en el capítulo 13, qué criterios se han elegido para confirmar o no estas hipótesis y los resultados obtenidos.

✓ Hipótesis 1:

*Las niñas presentarán mayor prevalencia de TEPT que los niños, independientemente del grupo al que pertenezcan.*

- Criterios para su confirmación:

Para probar esta hipótesis se han comparado las tasas de prevalencia en niños y niñas a través de una prueba Z para el contraste de proporciones en el TEPT total según criterios de DSM-IV-TR, tanto en la muestra total como en los dos grupos.

- Resultados:

En la *tabla 15.77* se exponen las tasas de prevalencia para chicos y chicas en TEPT según criterios DSM-IV-TR (1PI-3EV-2HI) en la muestra total (7,7% en chicos frente a 26% en chicas); en el grupo de menores de violencia de género, I, con 9,1% y 25,8% en chicos y chicas respectivamente; y en el de tutelados (II: 5,3% frente a 26,3%).

**Tabla. 15.77. Tasas de prevalencia por sexo para TEPT según DSM-IV-TR en muestra total y grupos.**

TEPT DSM-IV-TR	Porcentaje (tamaño muestral)		
	Grupo I	Grupo II	Muestra total
Chicos/chicas	9,1 / 25,8 (33/31)	5,3 / 26,3 (19/19)	7,7 / 26 (52/49)

En la muestra total de menores se confirma que la prevalencia en TEPT según el DSM-IV-TR en chicas es significativamente superior a la de los chicos ( $Z=-2.565$ ;  $p=0.010$ ), no siendo significativas las diferencias por sexo en las dos submuestras, a pesar de que la prevalencia en chicas es superior.

- ❖ La hipótesis 1, por tanto, queda confirmada, si bien estas diferencias deberían ser corroboradas en las submuestras empleando una muestra mayor.



✓ Hipótesis 2:

*Los niños/as más pequeños presentarán mayor prevalencia de TEPT que los/as adolescentes, independientemente del grupo al que pertenezcan.*

- Criterios para su confirmación:

Con el fin de examinar las diferencias con respecto a la edad, en este estudio se ha dividido la variable edad en dos grupos (8-12 años y 13-17 años) por la posibilidad de variaciones en la expresión del malestar psicológico entre preadolescentes y adolescentes.

Para probar esta hipótesis hemos utilizado una prueba Z para el contraste de proporciones en TEPT total según el DSM-IV-TR (1PI-3EV-2HI) en el grupo I, grupo II y en la muestra total, en función de los grupos de edad mencionados.

- Resultados:

Las prevalencias obtenidas por grupos de edad se presentan en la *tabla 15.78*. Puede comprobarse que las tasas son muy similares, tanto en el grupo I (16,1% frente a 19,4% en pequeños/as y adolescentes respectivamente), en el grupo II (16 en menores de 8-12 años y 15,4% en menores de 13-17 años) y en la muestra total (16,1% pequeños y 18,2% adolescentes).

**Tabla. 15.78. Tasas de prevalencia por grupos de edad para TEPT según DSM-IV-TR en muestra total y submuestras.**

TEPT DSM-IV-TR	Porcentaje (tamaño muestral)		
	Grupo I	Grupo II	Muestra total
8-12 años/ 13-17 años	16,1 / 19,4 (31/31)	16 / 15,4 (25/13)	16,1 / 18,2 (56/44)

Al realizar la prueba Z no se detectan diferencias estadísticamente significativas por grupos de edad en ninguna muestra.

❖ La hipótesis 2, por tanto, no queda confirmada.

✓ Hipótesis 3:

*Los/as menores que presenten mayor sintomatología TEPT sufrirán un mayor deterioro psicosocial.*

- Criterios para su confirmación:

Para probar esta hipótesis, en primer lugar se ha procedido a verificar que los menores con TEPT presentan más deterioro. Para ello se ha comparado el promedio de

ítems de la segunda parte de la escala (deterioro) en menores con y sin TEPT según criterios DSM-IV-TR (1PI-3EV-2HI), mediante un ANOVA. Verificada la relación entre TEPT y deterioro, para probar que la intensidad de TEPT supone un aumento del deterioro, se ha procedido a realizar un ANOVA utilizando la gradación de TEPT empleada por otros autores (Jaycox et al., 2009; Kataoka et al., 2003 y Stein et al., 2003), categorizada en nula, leve y grave, como variable independiente, y el número de ítems de la segunda parte de la escala como dependiente.

- Resultados:

Los resultados del primer ANOVA realizado muestran que el promedio de ítems es significativamente superior en los/as menores con TEPT ( $F_{1,93}=24.075;p=0.000$ ), presentando una puntuación media de 1,59 los/as menores que no tienen TEPT según DSM-IV-TR y de 3,56 los que sí cumplen TEPT (ver tablas 15.79-15.80 y figura 15.90).

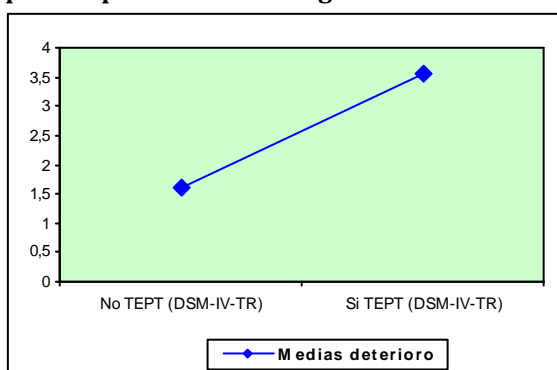
**Tabla 15.79. Promedio de ítems en la segunda parte de la escala (deterioro) en menores que cumplen o no TEPT según DSM-IV-TR.**

	N	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
NO	79	1,59	1,46
SÍ	16	3,56	1,45
TOTAL	95	1,92	1,63

**Tabla 15.80. ANOVA entre TEPT según DSM-IV-TR y deterioro.**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
<b>Inter-grupos</b>	51.509	1	51.509	24.075	.000
<b>Intra-grupos</b>	198.975	93	2.140		
<b>Total</b>	250.484	94			

**Figura 15.90. Promedio de ítems en la segunda parte de la escala (deterioro) en menores que cumplen o no TEPT según DSM-IV-TR.**



Los resultados obtenidos en el segundo ANOVA, entre TEPT (nulo, leve, grave) y deterioro, muestran que a mayor intensidad de TEPT se detecta un promedio superior de ítems de la segunda parte. Es decir, que a mayor gravedad en sintomatología se produce

una interferencia en un mayor número de áreas vitales. Para llegar a esta afirmación, se ha comprobado en primer lugar que existen diferencias estadísticamente significativas entre los 3 grupos de sintomatología ( $F_{2, 89}=30.907$ ;  $p=0.000$ ), Posteriormente se ha procedido a realizar comparaciones tipo Bonferroni entre los 3 niveles, confirmando que existen diferencias estadísticamente significativas en el deterioro en entre los distintos todos los niveles de afectación (*ver tablas 15.81 a 15.83 y figura 15.91*).

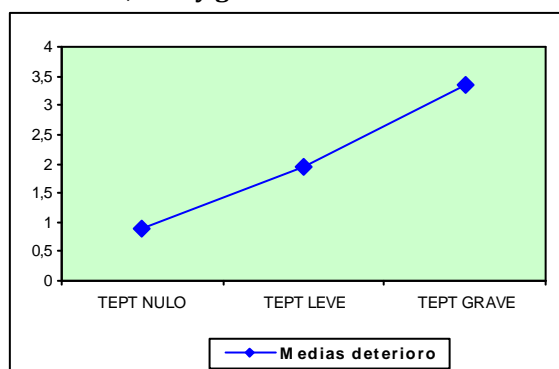
**Tabla 15.81. Promedio de ítems en la segunda parte de la escala (deterioro) en menores.**

	N	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
NULO	42	.90	1.05
LEVE	21	1.95	1.35
GRAVE	29	3.34	1.51
TOTAL	92	1.91	1.65

**Tabla 15.82. ANOVA entre TEPT (nulo, leve, grave) y deterioro.**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	102.181	2	51.091	30.907	.000
Intra-grupos	147.123	89	1.653		
Total	249.304	91			

**Figura 15.91. Promedio de ítems en la segunda parte de la escala (deterioro) en menores con TEPT nulo, leve y grave.**



**Tabla 15.83. Comparaciones múltiples (Bonferroni) entre deterioro y niveles de sintomatología TEPT.**

(I) Sintomatología CPSS	(J) Sintomatología CPSS	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
Nula	Leve	-1.04762(*)	.34362	.009
	Grave	-2.44007(*)	.31042	.000
Leve	Nula	1.04762(*)	.34362	.009
	Grave	-1.39245(*)	.36840	.001
Grave	Nula	2.44007(*)	.31042	.000
	Leve	1.39245(*)	.36840	.001

\* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

❖ La hipótesis 3, por tanto, queda confirmada.

✓ Hipótesis 4:

*Los síntomas de TEPT Pensamientos Intrusivos e Hiperarousal tendrán una mayor prevalencia que Evitación.*

- Criterios para su confirmación:

Para probar esta hipótesis se han comparado las tasas de prevalencia a través de una prueba Z de los grupos de síntomas Pensamientos Intrusivos e Hiperarousal con las de Evitación según los criterios propuestos por el DSM-IV-TR, en la muestra total.

- Resultados:

Según los datos obtenidos, el 54,9% de la muestra presenta Pensamientos Intrusivos, frente al 30,4% que presenta Evitación y el 35,5% presenta Hiperarousal (ver *tabla 15.84*).

**Tabla. 15.84. Tasas de prevalencia en Pensamientos Intrusivos, Evitación e Hiperarousal según criterios DSM-IV-TR en la muestra total.**

DSM-IV-TR	Porcentaje (tamaños muestrales)
PI	54,9 (56)
EV	30,4 (31)
HI	35,5 (36)

Según estos datos podemos admitir que la prevalencia de Pensamientos Intrusivos es significativamente superior a la de Evitación ( $Z=3.579$ ;  $p= 0.000$ ), aunque no se verifica la presunción de que la prevalencia de Hiperarousal sea superior a la de Evitación.

- ❖ La hipótesis 4, por tanto, queda parcialmente confirmada, ya que si bien se constata que la prevalencia de PI es superior a EV, no ocurre lo mismo con la prevalencia de HI, que no difiere significativamente de EV.

✓ Hipótesis 5:

*La sintomatología TEPT tendrá una mayor prevalencia utilizando criterios DSM-V que DSM-IV-TR.*

- Criterios para su confirmación:

Para probar esta hipótesis se comparan las tasas de prevalencia con una prueba Z encontradas en PI, EV, HI y TEPT total en la muestra total según criterios DSM-IV-TR con las halladas según DSM-V.

- Resultados:

En la *tabla 15,85* se reflejan las tasas de prevalencia para las subescalas y TEPT total según la versión del DSM empleada. Para Pensamientos Intrusivos y para Hiperarousal los porcentajes son los mismos, ya que no cambia el número de síntomas requeridos. Para Evitación se halla una prevalencia del 30,4% con el DSM-IV-TR y del 61,8% con el DSM-V, un aumento mayor del doble. En TEPT total se encuentran porcentajes de 16,7% y de 26,5% según la versión actual y la futura del DSM respectivamente.

**Tabla. 15.85. Tasas de prevalencia en Pensamientos Intrusivos, Evitación, Hiperarousal y TEPT Total según criterios DSM-IV-TR y DSM-V, en la muestra total.**

	Porcentaje DSM-IV-TR / DSM-V (tamaños muestrales)
PI	54,9 / 54,9 (56)
EV	30,4 / 61,8 (31/63)
HI	35,3 / 35,3 (36)
TEPT	16,7 / 26,5 (17/27)

Comparando las prevalencias de la distinta sintomatología según DSM-IV-TR y DSM-V, se constata la no existencia de diferencias entre ambas clasificaciones para Pensamientos Intrusivos e Hiperarousal. En cambio, la prevalencia de Evitación es significativamente superior según los criterios en DSM-V que con los indicados en DSM-IV-TR ( $Z=-4.574$ ;  $p=0.000$ ). Con respecto a TEPT total, a pesar de que utilizando los criterios DSM-V se detecta un 10% más de casos que con los de DSM-IV-TR (16,7% frente a 26,5%), las diferencias halladas no son estadísticamente significativas.

- ❖ La hipótesis 5, por tanto, no queda confirmada, ya que a pesar de que en el TEPT total la prevalencia según DSM-V sea un 10% mayor que en DSM-IV-TR, esta diferencia no es significativa.

✓ Hipótesis 6:

*Los/as menores tutelados/as presentarán una mayor prevalencia de TEPT que los/as menores expuestos/as a violencia de género que viven con su familia biológica.*

- Criterios para su confirmación:

Para probar esta hipótesis hemos utilizado una prueba Z para el contraste de proporciones en PI, EV, HI y TEPT total según el DSM-IV-TR (1PI-3EV-2HI) entre el grupo I (menores expuestos a violencia de género) y el grupo II (menores tutelados).

- Resultados:

Las tasas de prevalencia encontradas se reflejan en la *tabla 15.86*. En PI obtenemos una prevalencia de 54,7% en el grupo I y de 55,3%, en el grupo II. En EV hallamos unas tasas de 32,8% y de 26,3% en grupos I y II respectivamente. Los porcentajes encontrados en HI son del 29,7% en el grupo I y del 44,7% en el grupo II. Con respecto al TEPT total según los criterios DSM-IV-TR, se ha obtenido una prevalencia de 17,2% en el grupo de menores con violencia de género y de 15,8% en el grupo de menores tutelados.

**Tabla. 15.86. Tasas de prevalencia para PI, EV, HI y TEPT total según DSM-IV-TR en el grupo I y grupo II.**

DSM-IV-TR	Porcentaje (tamaños muestrales)	
	Grupo I	Grupo II
PI	54,7 (35)	55,3 (21)
EV	32,8 (21)	26,3 (10)
HI	29,7 (19)	44,7 (17)
TEPT	17,2 (11)	15,8 (6)

Al realizar la prueba Z, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de grupo y la prevalencia en sintomatología PI, EV y HI ni en TEPT total.

- ❖ La hipótesis 6, por tanto, no queda confirmada.

## **CAPÍTULO 16: DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

El capítulo 16 se basa en la discusión de los resultados hallados en esta investigación en base a lo existente en la literatura científica sobre el tema.

Primero se discuten los resultados con respecto a los indicadores de Estrés Postraumático en los/as menores, detallando lo relacionado con la sintomatología TEPT y el deterioro funcional causado.

Después se realiza la discusión con respecto a las hipótesis que nos planteamos para este estudio, relacionando nuestros resultados con los que se han encontrado en otros estudios.

## 16.1. RESPECTO A LOS INDICADORES DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

### 16.1.A. SINTOMATOLOGÍA TEPT

#### 1) POR ITEMS

Con respecto a las puntuaciones medias obtenidas en los 17 ítems de la primera parte de la escala, es importante destacar que tanto en los dos grupos (violencia de género y tutelados) como en la muestra total, los ítems con mayores promedios son: el 4, que se refiere al Malestar psicológico y pertenece a la subescala Pensamientos Intrusivos y el ítem 6 (Evitar pensar, sentir...) de Evitación. Estos resultados son concordantes con los encontrados en los estudios de Duarte (2007) y Carrion et al. (2002). Duarte, que emplea también la escala CPSS en menores que son testigos de violencia interparental, obtiene una media de 1,71 en el ítem 4 y 1,60 en el ítem 6. Por su parte, Carrión et al. (2002), con la escala CAPS-CA en población clínica (tutelados y menores que acuden a salud mental), hallan en estos ítems (4 y 6) promedios de 2,26 y 2,18 respectivamente. Como puede observarse, las medias encontradas en nuestro estudio son ligeramente inferiores a las de estos estudios. Además, es interesante señalar que los estudios comentados (Duarte, 2007 y Carrion et al., 2002) coinciden en que los ítems de Hiperarousal 14 (Irritabilidad) y 15 (Dificultad de concentración) son también de los que mayores puntuaciones medias obtienen en sus muestras, no coincidiendo con nuestros resultados.

Por otro lado, el ítem que ha obtenido una puntuación media más baja es el 8 (Amnesia), un síntoma de Evitación. Ha sido el más bajo en el grupo de violencia de género (0,52), en el de tutelados (0,55) y en la muestra total (0,53). Este dato coincide con el estudio de Duarte (2007), que halla una media en este ítem de 0,86. Además, en el grupo de tutelados y en la muestra total, otro ítem con puntuación baja es el 12 (Sensación de futuro desolador), siendo éste también un síntoma de Evitación. Este dato no coincide con los trabajos de Duarte (2007) ni Carrion et al. (2002) que obtienen puntuaciones elevadas en el ítem 12. Sí que nuestra investigación coincide con la de violencia interparental de Duarte (2007) en que los síntomas de Evitación son los de menor promedio (8: Amnesia y 10: Sensación de desapego o enajenación en su estudio). Con respecto al grupo I de menores que han sido testigos de violencia de género, es importante señalar que además del 8, otro ítem con puntuación baja es el 2 (Sueños intrusivos), que es un síntoma de Pensamientos Intrusivos. Aunque no coinciden en los ítems, sí que el estudio de Carrion, en el que se emplea la CAPS-CA, también se encuentra un síntoma de Pensamientos



Intrusivos (3: Flashback) y otro de Evitación (9: Pérdida de interés en actividades significativas) como los ítems que tienen menor promedio con respecto a los demás. (ver tabla 16.1).

**Tabla 16.1. Puntuaciones medias y desviaciones típicas de los ítems de la primera parte de la escala en nuestro estudio y en otros.**

	SINTOMATOLOGÍA TEPT	NUESTRO ESTUDIO			OTROS ESTUDIOS	
		CPSS			Violencia interparental (Duarte, 2007)	Tutelados + niños salud mental (Carrion et al., 2002)
		Violencia De género	Tutelados	Muestra total		
PI	1. Recuerdos intrusivos	0,95	1,13	1,02	1,32	1,98
	2. Sueños intrusivos	0,50 -	0,92	0,66	1,17	2,37 +
	3. "Flashbacks"	0,67	0,87	0,75	1,15	1,67 -
	4. Malestar psicológico	1,42 +	1,34 +	1,39 +	1,71 +	2,26 +
	5. Malestar fisiológico	0,98	1,03	1,00	1,37	1,95
EV	6. Evitar pensar, sentir...	1,59 +	1,26 +	1,47 +	1,60 +	2,18 +
	7. Evitar actividades, lugares...	0,78	0,95	0,84	1,08	1,86
	8. Amnesia	0,52 -	0,55 -	0,53 -	0,86 -	2,00
	9. Pérdida interés en actividades significativas	0,66	0,89	0,75	1,00	1,68 -
	10. Sensación de desapego o enajenación	0,54	0,82	0,64	0,91 -	2,30 +
	11. Restricción de la vida afectiva	0,61	0,79	0,68	0,91	2,07
	12. Sensación de futuro desolador	0,53	0,58 -	0,55 -	0,92	2,28+
HI	13. Insomnio	0,61	0,76	0,67	1,45	1,86
	14. Irritabilidad	0,73	1,05	0,85	1,68 +	2,73 +
	15. Dificultades de concentración	0,92	0,84	0,89	1,69 +	2,11 +
	16. Hipervigilancia	0,98	0,89	0,95	1,25	2,03
	17. Respuesta de sobresalto	0,73	1,03	0,84	1,43	2,07

+ ítem con puntuación media más alta en cada investigación

- ítem con puntuación media más baja en cada investigación

En relación a las tasas de prevalencia encontradas en los ítems, es preciso señalar que uno de los que tiene valores más altos es el ítem 4 (Malestar psicológico), en las dos submuestras (40,6% en grupo I y 39,5% en grupo II) y muestra total (40,2%). Este resultado es similar a los encontrados en otros estudios que han utilizado la CPSS. Por ejemplo, Rincón et al. (2010) en una muestra de menores que habían sufrido abuso sexual (60%) y Holmes et al. (2007) en niños y niñas que habían visto por los medios de comunicación el atentado terrorista del 11S (19,7%). El ítem 6 (Evitar pensar, sentir...) también es un ítem con mayor prevalencia en todo nuestro trabajo (49,2%, 39,5% y 45,5% en grupo I, grupo II y muestra total respectivamente). Ocurre lo mismo en el trabajo de Rincón et al. (2010) con una prevalencia de 57,3%; Foa et al. (2001) con 29% y en el de Carrion et al. (2002) con 83,1%.

En el ítem 8 sobre Amnesia se obtiene la prevalencia más baja, con un 10,9% de los/as menores de violencia de género, 10,5% de menores tutelados y 10,8% de la muestra total. Este ítem también es el menos frecuente en el estudio de Rincón et al. (2010) con un porcentaje de menores de 30,7%. Sin embargo, se aprecia que el ítem 8 es uno de los que obtienen mayor prevalencia (69,5%) en la muestra de menores de Carrion

et al. (2002) utilizando la CAPS-CA. Otro ítem con baja frecuencia es el 12 (Sensación de futuro desolador), pero sólo en la muestra de tutelados (13,2%) y en la total (15,7%), no en violencia de género. Estos resultados son similares a los obtenidos por Rincón et al. (2010) con una prevalencia de 33,4% y por Carrion et al. (2002) con 30,5% (ver tabla 16.2).

**Tabla 16.2. Tasas de prevalencia de los ítems de la primera parte de la escala en nuestro estudio y en otros.**

SINTOMATOLOGÍA TEPT		NUESTRO ESTUDIO			OTROS ESTUDIOS			
		Punt. 2 o 3 (min 2 o + vec/sem)			Abuso Sexual (Rincón et al., 2010)	Desastre natural (Foa et al., 2001)	Síntomas Moderados /Severos	CAPS-CA
		Violencia de género	Tutelados	Muestra Total			Atentado terrorista visto por TV (Holmes et al., 2007)	Tutelados + niños salud mental) (Carrion et al., 2002)
PI	1. Recuerdos intrusivos	23,4	34,2	27,5	53,4	25	17,1+	69,5+
	2. Sueños intrusivos	12,5-	28,9	18,6	45,4	32	6,6	64,4
	3. "Flashbacks"	17,2	28,9	21,6	34,7	28	7,9	40,7
	4. Malestar psicológico	40,6+	39,5+	40,2+	60+	24	19,7+	57,6
	5. Malestar fisiológico	29,7	34,2	31,4	34,7	23	10,5	32,2-
EV	6. Evitar pensar, sentir...	49,2+	39,5+	45,5+	57,3+	39+	17,1	83,1+
	7. Evitar actividades, lugares...	25,0	28,9	26,5	42,7	24	11,8	59,3
	8. Amnesia	10,9-	10,5-	10,8-	30,7-	23	13,2	69,5+
	9. Pérdida interés en actividades significativas	20,3	23,7	21,6	38,7	13-	5,3	37,3
	10. Sensación de desapego o enajenación	17,5	23,7	19,8	52	19-	2,6-	50,8
	11. Restricción de la vida afectiva	17,2	23,7	19,6	41,4	23	7,9	50,8
HI	12. Sensación de futuro desolador	17,2	13,2-	15,7-	33,4-	25	6,6	30,5-
	13. Insomnio	17,2	21,1	18,6	50,7	40+	14,5	59,3
	14. Irritabilidad	20,3	31,6	24,5	51,9	33	7,9	44,1
	15. Dificultades de concentración	22,2	28,9	24,8	45,3	36	2,6-	64,4
	16. Hipervigilancia	28,1	26,3	27,5	50,6	40+	21,1+	49,2
	17. Respuesta de sobresalto	21,9	31,6	25,5	54,7	48+	18,4	46,6

+ ítem más frecuente en cada investigación

- ítem menos frecuente en cada investigación

## 2) POR SUBESCALAS Y TOTAL DE LA 1ª PARTE

Con respecto a las puntuaciones medias obtenidas en el total de la primera parte de la escala, es preciso señalar que para la muestra total el promedio es de 14,26. En relación a las dos submuestras, es importante destacar que la puntuación media es superior en el grupo de menores tutelados (15,68) que en el de expuestos/as a violencia de género (13,42), aunque las diferencias no son estadísticamente significativas. Haciendo una revisión de otros estudios que han utilizado la CPSS y muestran en sus resultados las puntuaciones medias del total, es importante comentar que nuestras medias son superiores a las encontradas por Foa et al. (2001) en menores que han vivido un

terremoto, con una media de 7,6; Boyer et al. (2000) en menores afectados de lesión medular (9,5); Brown et al. (2007) en menores cuyas madres padecen cáncer de mama (10,7), y Leen-Feldner et al. (2007) en menores que han sufrido varios tipos de traumas con una media de 4,10. Sin embargo, también encontramos otras investigaciones con puntuaciones medias más elevadas que en nuestro estudio. Así por ejemplo: Jaycox et al. en 2009 con violencia comunitaria (17,46 para los que recibieron tratamiento inmediato y 19,41 los que lo hicieron de forma demorada); Duarte (2007) con violencia interparental (21,30) y Bustos et al. (2009) con abuso sexual (25,44).

Si se atiende ahora a las subescalas, para Pensamientos Intrusivos se ha hallado una media de 4,38 en el grupo I; de 5,29 en el grupo II; y de 4,72 en la muestra total. Estos resultados son superiores a los de Foa et al. (2001) con media de 1,9 y ligeramente inferiores a los de Duarte (2007) con un promedio de 6,64 y Bustos et al. (2009) con 7,61. En la subescala de Evitación, se consigue una media de 5,17, de 5,82 y de 5,41 para la submuestra de violencia de género, la de tutelados y la muestra total, respectivamente. Como puede observarse en la *tabla 16.3*, los promedios son superiores a los encontrados por Foa et al. (2001) con 2,7 e inferiores a los de Duarte (2007) con 7,21 y Bustos et al. (2009) con 9,76. En Hiperarousal también ocurre lo mismo, nuestros promedios (3,88 violencia de género, 4,58 tutelados y 4,14 total) son más altos que Foa et al. (2001) y más bajos que otros autores: Duarte (2007) en violencia interparental obtiene un promedio de 7,42 y Bustos et al. (2009) en abuso sexual un promedio de 8,07 (*ver tabla 16.3*).

**Tabla 16.3. Puntuaciones medias y desviaciones típicas de las subescalas y total de la primera parte de la escala en nuestro estudio y en otros.**

ESCALA CPSS	NUESTRO ESTUDIO			OTROS ESTUDIOS						
	Violencia de Género (GI)	Tutelados (GII)	Muestra total	Desastre natural (Foa et al., 2001)	Lesión medular (Boyer et al., 2000)	Madre con cáncer de mama (Brown et al., 2007)	Traumas mixtos (Leen-Feldner et al., 2007)	Violencia comunitaria (Jaycox et al., 2009)	Violencia interparental (Duarte, 2007)	Abuso sexual (Bustos et al., 2009)
PI	4,38 (3,51)	5,29 (4,80)	4,72 (4,04)	1,9 (2,7)					6,64 (3,45)	7,61 (5,1)
EV	5,17 (4,00)	5,82 (5,22)	5,41 (4,48)	2,7 (3,4)					7,21 (3,80)	9,76 (6,7)
HI	3,88 (3,57)	4,58 (4,25)	4,14 (3,83)	2,7 (2,7)					7,42 (3,38)	8,07 (5,2)
TOTAL (1ª parte)	13,42 (9,40)	15,68 (12,47)	14,26 (10,65)	7,6 (8,1)	9,5 (8,8)	10,7 (7,6)	4,10 (6,48)	Tto inmediato: 17,46 (10,37) Tto demorado: 19,41 (10)	21,30 (9,34)	25,44 (15,3)

Atendemos ahora a los criterios propuestos en el DSM-IV-TR para los tres grupos de síntomas. Por un lado, se requiere al menos 1 síntoma de Pensamientos Intrusivos.

Según esto, encontramos en nuestra investigación que el 54,7% de los/as menores expuestos/as a violencia de género, el 55,3% de los/as menores tutelados y el 54,9% de la muestra total, cumple este requisito. Hemos de señalar que Boyer et al. (2000) en su estudio halla un porcentaje similar (57,8%) y que Carrion et al. (2002) obtiene una prevalencia superior (76%) utilizando otro instrumento, el CAPS-CA. Para Evitación, en el que se precisan al menos 3 síntomas, hallamos una prevalencia de 30,4% en la muestra total (32,8% en violencia de género y 26,3% en tutelados), porcentajes inferiores a los encontrados en el estudio de Boyer et al. (2000) y Carrion et al. (2002). Por último, encontramos que el 35,3% de los/as menores de nuestra muestra total presentan al menos 2 síntomas de Hiperarousal, lo requerido por el DSM-IV-TR para su cumplimiento. Con respecto a las submuestras, señalar que el grupo I obtiene una prevalencia más baja (29,7%) que el grupo II (44,7%), aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas. Estos tres porcentajes son inferiores a los encontrados también por Boyer et al. (2000), que hallan que un 59,4% de su muestra cumple este criterio, y por Carrion et al. (2002) con un 46% de su muestra.

Comparando los porcentajes hallados para cada subgrupo de síntomas, es interesante destacar que tanto en nuestra muestra total como en las submuestras, el criterio de Pensamientos Intrusivos es el que obtiene mayor prevalencia. Esto mismo es encontrado también por Carrion et al. (2002) en su estudio. Por el contrario, Boyer et al. (2000) encuentra que en su muestra de menores afectados por lesión medular, la sintomatología de Hiperactivación es la más prevalente. El segundo factor más prevalente en el grupo I (menores expuestos/as a violencia de género) es Evitación, al igual que en el estudio de Carrion et al. en el año 2002. No ocurre lo mismo en el grupo II y en la muestra total, donde el segundo con mayor prevalencia es Hiperactivación. Este dato no se halla ni en el trabajo de Boyer et al. (2000) ni en el de Carrion et al. (2002). En último lugar, hallamos que Hiperactivación es el menos prevalente tanto en el grupo I de nuestro estudio como en el de Carrion et al. (2002). Evitación como el de menor prevalencia lo encontramos en el grupo II y total de nuestra investigación y en la de Boyer et al. (2000). En conjunto podemos destacar que el perfil que obtenemos en el grupo de violencia de género (PI-EV-HI) de mayor a menor prevalencia es idéntico al obtenido en menores de población clínica de Carrion et al. en el año 2002.

Con respecto al Trastorno de Estrés Postraumático, hemos de destacar que no existe convergencia de criterios en las investigaciones consultadas, por lo que vamos a discutir los resultados encontrados en base a varios criterios. Si nos centramos en el TEPT Parcial, considerando para ello reunir 2 de los 3 criterios según el DSM-IV-TR y con una puntuación en el CPSS igual o mayor a 2 veces a la semana (2 o 3), hallamos una

prevalencia de 25,5% para la muestra total. A pesar de que en el grupo II (31,6%) se obtenga un porcentaje superior al grupo I (21,9%), estas diferencias no resultan estadísticamente significativas. Comprobamos que nuestra tasa de prevalencia mayor, la hallada en el grupo de menores tutelados, es similar a la encontrada por Boyer et al. (2000) (31,3%), aunque ligeramente inferior a la de Rincón et al. (2010) con menores que han sufrido abuso sexual. Este último estudio toma como criterio una puntuación igual o superior a la de 4 veces a la semana para considerar que cumple el criterio. Por otro lado, tomando como trastorno TEPT cumplir los 3 grupos de síntomas, obtenemos una prevalencia de 17,2%, 15,8% y 16,7% para el grupo I, grupo II y total. El porcentaje de menores que cumplen TEPT en el estudio de Foa et al. (2001) es de 24%; en el de Boyer et al. (2000) es de 20,9%, si bien el criterio no es el mismo que el nuestro, considera que hay que tener 3 de 4 síntomas (PI-EV-HI y deterioro). La prevalencia obtenida para TEPT en el estudio de Rincón et al. (2010) es de 21,3%, requiriendo tener el síntoma al menos 4 veces a la semana. Por último, tomando como criterio cumplir los tres grupos sintomáticos y presentar deterioro funcional, hemos de señalar que las tasas encontradas (12,8% en violencia de género, 21,4% en tutelados y 16,8% en muestra total) son inferiores a las encontradas por Boyer et al. (2000) en su estudio (25,4%). (ver tabla 16.4)

**Tabla 16.4. Tasas de prevalencia para síntomas y total en la primera parte de la escala según DSM-IV-TR en nuestro estudio y en otros.**

TEPT	NUESTRO ESTUDIO			OTROS ESTUDIOS			
	Violencia de Género (GI)	Tutelados (GII)	Muestra Total	Lesión medular (Boyer et al., 2000) CPSS	Desastre natural (Foa et al., 2001) CPSS	Abuso sexual (Rincón et al., 2010) CPSS	Tutelados + niños salud mental (Carrion et al., 2002) CAPS-CA
CUMPLE PI (al menos 1 síntoma)	54,7	55,3	54,9	57,8			76
CUMPLE EV (al menos 3 síntomas)	32,8	26,3	30,4	50			51
CUMPLE HI (al menos 2 síntomas)	29,7	44,7	35,3	59,4			46
CUMPLE 2 CRITERIOS (TEPT PARCIAL)	21,9	31,6	25,5	31,3		37,3**	
CUMPLE 3 CRITERIOS (TEPT DSM-IV)	17,2	15,8	16,7	20,9*	24	21,3**	24
CUMPLE 3 CRITERIOS + DETERIORO	12,8	21,4	16,8	25,4			

\* criterio: 3 de 4 (PI-EV-HI-deterioro)

\*\* criterio a partir de 4 veces/semana

Como se ha comentado en la parte teórica del presente estudio, en relación a la infancia y adolescencia, son numerosos los trabajos que han documentado una alta prevalencia de TEPT en quienes han sufrido trauma físico y/o psicológico extremo después de eventos como guerras, huracanes, secuestros, bombardeos, tiroteos,

quemaduras graves, abuso sexual y físico y violencia doméstica, entre otros, con cifras de prevalencia que van desde 3% hasta 100%.

Debido a la gran variabilidad existente en las tasas de prevalencia de TEPT infantil, en nuestro estudio se ha realizado un análisis de prevalencias utilizando varios criterios, tanto psicométricos como clínicos, para obtener un rango de valores. En la siguiente tabla se muestran los resultados hallados en las submuestras y en la muestra total. En el grupo I, menores expuestos/as a violencia de género, obtenemos como valor inferior un 17,2%, y como prevalencia más alta un 52,5%. El rango de valores encontrado en el grupo de menores tutelados (grupo II) va de 15,8% a 57,9%. Y las tasas de TEPT en la muestra total oscilan entre 16,7% y 54,5%. Se puede comprobar que el rango inferior se ha hallado cuando tomamos los criterios DSM-IV-TR (en los tres grupos) y la puntuación media más una desviación típica (en el grupo I y II) y el rango superior si se considera significativa la puntuación total igual o superior a 11 (síntomatología leve y grave) (ver tabla 16.5).

**Tabla 16.5. Tasas de prevalencia de TEPT en nuestro estudio siguiendo varios criterios.**

SINTOMATOLOGÍA TEPT		NUESTRO ESTUDIO		
		Grupo I	Grupo II	Muestra total
PUNTUACIÓN TOTAL	Leve (11-17)	23	18,4	21,2
	Grave (+18)	29,5	39,5	33,3
	Leve + grave	52,5+	57,9+	54,5+
PUNTUACIÓN MEDIA	Superior a la media	(13,42) 37,5	(15,68) 39,5	(14,26) 42,15
	Superior a la media + 1dt	(22,82) 17,2 -	(28,15) 15,8 -	(24,91) 20,58
DSM-IV-TR	Completo	17,2-	15,8-	16,7-
	Parcial	21,9	31,6	25,5
DSM-V	Completo	21,9	34,2	26,5

+ tasa de prevalencia más alta

- tasa de prevalencia más baja

Por tanto, resulta complicado comparar con otros estudios los resultados obtenidos en TEPT, por la gran variabilidad metodológica utilizada. En las *tablas 16.6 a 16.10* se van a mostrar los porcentajes de TEPT obtenidos por otros estudios, que estudian muestras con diferentes tipos de traumas, utilizan varios instrumentos de evaluación y diversos criterios metodológicos para considerar si la sintomatología TEPT es significativa.

En primer lugar se van a exponer los hallazgos en muestras de menores maltratados.

Se empieza con los/as que han estado expuestos/as a violencia de género. En este sentido, en el estudio de revisión que hicieron Rossman et al. en el año 2000, se informó que entre el 13% y el 50% de menores expuestos/as a violencia entre los padres reunían criterios para diagnóstico de TEPT. Este dato es confirmado por nuestro estudio, 17,2%

(según diagnóstico DSM-IV-TR) y por muchos otros. Así por ejemplo, McCloskey y Walker (2000) con una prevalencia TEPT del 15%; Mertin y Mohr (2002) del 20%, Lehman (1997) del 56% o Colmenares et al. (2007) del 50%, entre otros (*ver tabla 16.6*).

**Tabla 16.6. Tasas de prevalencia de TEPT en menores expuestos/as a violencia de género, en este estudio y en otros.**

ESTUDIOS	PREVALENCIA TEPT (%)
Grupo I de este estudio, 2011	17,2
Rossmann et al., 2000 (revisión)	13-50
McCloskey y Walker, 2000	15
Mertin y Mohr, 2002	20
Lehman, 1997	56
Jarvis et al., 2005	Sínt. moderados 40 Sínt. graves 50 Sínt. muy graves 10
Colmenares et al., 2007	50

En relación al TEPT en menores tutelados, nuestros resultados arrojan una prevalencia del 15,8%. Estos datos son similares a los de otros estudios. Así por ejemplo, el de Oswald et al. (2010) con una muestra de 20 menores (15%); el de Dubner y Motta (1999) con una prevalencia del 18% en 150 menores residentes en centros de acogida; Kolko et al. (2009) en un estudio con menores americanos que eran derivados al Servicio de Protección Infantil, en el que hallaron que el 19,2% de los/as menores tutelados presentaban TEPT clínicamente significativo; y el de Hoksbergen et al. (2003) donde se encontraron unas tasas TEPT del 20% en 80 menores rumanos que habían sido adoptados en los Países Bajos. Por el contrario, otros trabajos hallan unos porcentajes superiores al nuestro. Por ejemplo, Famularo et al. (1996) encontraron que el 35% de los 117 menores presentaba TEPT. Además, Lubit (2006), en menores que habían sufrido principalmente abuso físico halló una prevalencia del 42% (*ver tabla 16.7*).

**Tabla 16.7. Tasas de prevalencia de TEPT en menores tutelados, en este estudio y en otros.**

ESTUDIO	POBLACIÓN (N)	PREVALENCIA TEPT (%)
Grupo II de este estudio, 2011	Tutelados (38)	15,8
Famularo et al., 1996	Tutelados (117)	35
Dubner y Motta, 1999	Tutelados centros acogida (150)	18
Hoksbergen et al., 2003	Rumanos adoptados en Países Bajos (80)	20
Lubit, 2006	Tutelados	42 (abuso físico)
Kolko, 2009	Servicios protección infantil EEUU (1848)	19,2 tutelados
Oswald et al., 2010	Tutelados (20)	15

En segundo lugar se va a centrar la atención en algunas de las investigaciones que han estudiado muestras de menores con problemas médicos. También aquí existe una

gran variabilidad de prevalencias en TEPT. Por ejemplo, se puede encontrar desde un 3,4% hallado por Scheeringa et al. (2006) con 29 adolescentes que han sido hospitalizados por daño agudo, hasta un 52% obtenido por Landolt et al. (1998) en 23 menores hospitalizados de alto riesgo (quemados, cáncer...etc.). Aaron et al. (1999) obtienen una prevalencia del 22,5% en 40 menores afectados de daño cerebral y Herkovits et al. (2002) hallan un porcentaje del 10% en 94 menores que presentan traumatismo craneal (*ver tabla 16.8*).

**Tabla 16.8. Tasas de prevalencia de TEPT en menores con problemas médicos.**

ESTUDIO	POBLACIÓN (N)	PREVALENCIA TEPT (%)
Landolt et al., 1998	Alto riesgo: quemados, cáncer (23)	52
	Bajo riesgo: cirugía menor (11)	18
Aaron et al., 1999	Daño cerebral (40)	22,5
Herskovits et al., 2002	Traumatismo craneal cerrado (94)	10
Scheeringa et al., 2006	Daño agudo hospital 7-11 años (11)	9,1
	Daño agudo hospital 12-18 años (29)	3,4

En tercer lugar, se va a hacer un breve recorrido por algunos de los trabajos que muestran las tasas de prevalencia de TEPT en menores que han sufrido un accidente de tráfico. Uno de los estudios es el de McDermott y Cvitanovich (2000), que evaluaron el TEPT en 26 menores 3 meses después de sufrir un accidente, encontrando que el 22% de ellos/as tenía síntomas moderados o graves. Otro es el estudio de Keppel-Benson et al. (2002), que obtuvieron una prevalencia del 14% en TEPT al evaluar a 50 menores después de 9 meses de sufrir un accidente. Por último, Meisser-Stedman et al. (2008) evaluaron a 114 menores de entre 2 y 10 años a los 6 meses después de tener un accidente, encontrando TEPT en el 13,9% (*ver tabla 16.9*).

**Tabla 16.9. Tasas de prevalencia de TEPT en menores que han sufrido accidente de tráfico.**

ESTUDIO	POBLACIÓN (N)	PREVALENCIA TEPT (%)
McDermott y Cvitanovich, 2000	26	22
Keppel-Benson et al., 2002	50	14
Meisser-Stedman et al., 2008	114	13,9

Por último, se van a describir los resultados de algunos trabajos que versan sobre TEPT infantil después de un desastre natural. Las tasas van a depender del tiempo que haya pasado desde el incidente. En este sentido, se encuentra que LaGreca y colaboradores (1996) evaluaron a 442 menores 10 meses después de haber estado expuestos/as al Huracán Andrew, y obtuvieron una prevalencia de 18,1% en TEPT. Otro trabajo realizado también después de un huracán, en este caso el Huracán Hugo, es el de Lonigan et al. en 1998. En este estudio, el porcentaje de TEPT en los/as 5687 menores expuestos/as es de



5,5%. Otro tipo de desastre natural del que se han estudiado las repercusiones psicológicas en niños y niñas son los terremotos. En este sentido, Wang et al. (2000) valoraron el TEPT en 157 menores que habían sufrido un terremoto en China 9 meses más tarde, encontrando una tasa del 24,2%. Por otro lado, a los 3 meses de haber pasado un terremoto en Grecia, Rousoss et al. (2005) evaluaron la prevalencia de TEPT en los/as menores, obteniendo un 4,5% (ver tabla 16.10).

**Tabla 16.10. Tasas de prevalencia de TEPT en menores que han sufrido un desastre natural.**

ESTUDIO	POBLACIÓN (N)	PREVALENCIA TEPT (%)
LaGreca et al., 1996	Huracán Andrew (442)	18,1
Lonigan et al., 1998	Huracán Hugo (5687)	5,5
Wang et al., 2000	Terremoto en China (157)	24,2
Rousoss et al., 2005	Terremoto en Grecia (1937)	4,5

### 16.1.B. DETERIORO FUNCIONAL

#### 1) POR ÍTEMS

Con respecto a las puntuaciones medias obtenidas en nuestro estudio para la segunda parte de la escala CPSS, referida al deterioro funcional, es importante señalar que el grupo I, II y total han coincidido en los ítems con puntuación media más alta: 23 (Relaciones familiares) y 24 (Felicidad general). No se ha encontrado concordancia en el ítem con menor promedio. Por un lado, el grupo I formado por menores expuestos/as a violencia de género muestra que el ítem con la puntuación media más baja es el 21 (Pasatiempos o actividades de entretenimiento) con 0,19; mientras que para el grupo de tutelados (II) y la muestra total es el 19 (Tareas de la casa) con 0,15 y 0,19 respectivamente. No se presenta la media del ítem 18, ya que ha sido eliminado del estudio. Es preciso comentar que no hemos encontrado otro estudio en el que mostraran las medias de los ítems de deterioro, por lo que no ha sido posible compararlo (ver tabla 16.11).

**Tabla 16.11. Puntuaciones medias de los ítems de la segunda parte de la escala en nuestro estudio.**

CPSS		NUESTRO ESTUDIO		
		Grupo I	Grupo II	Muestra Total
DETERIORO	18. Oraciones/rezos	...	...	...
	19. Tareas de la casa	0,21	0,15 -	0,19 -
	20. Relaciones de amistad	0,22	0,26	0,24
	21. Pasatiempos o actividades de entretenimiento	0,19-	0,26	0,22
	22. Tareas escolares	0,29	0,26	0,28

	23. Relaciones familiares	0,42+	0,48 +	0,44 +
	24. Infelicidad general	0,58+	0,53+	0,56 +

+ ítem con puntuación media más elevada

- ítem con puntuación media más baja

En relación a las tasas de prevalencia de estos ítems, se ha de señalar que el ítem con menor prevalencia (ítem 21 en el grupo I; ítem 19 en el grupo II y en la muestra total) no coincide con el estudio de Holmes et al. (2007) con menores que han visto por los medios de comunicación el atentado terrorista del 11 de Septiembre en los EEUU, en el que es el ítem 23 (Relaciones Familiares) el que obtiene menor porcentaje (9,2%). El estudio de Foa et al. (2001) coincide con nuestro grupo II y total en que el ítem 19 es el menos prevalente (9%), si bien, al igual que Holmes et al. (2007), también el ítem 23 es otro de menor prevalencia (9%).

El ítem con mayor prevalencia en los dos submuestras (58,1% y 52,3%) y en la total (56,3%) de nuestro estudio es el 24, referido a la interferencia que le causa la sintomatología TEPT en su Felicidad general. Este dato coincide con los resultados encontrados por Holmes et al. (2007) con un porcentaje del 21,1% y con Foa et al. (2001) con un 21%. Un hecho significativo está relacionado con el segundo ítem con mayor prevalencia. En nuestro estudio coinciden el grupo I, con una tasa de 41,9%, el grupo II, con 48,5% y la muestra total con 44,2%, en que el área de las Relaciones Familiares (ítem 23) también está muy afectada. Esto es contrario a lo que se encuentra Holmes et al. (2007) en menores que han sido testigos por televisión de un atentado terrorista, donde el ítem 23 es el menos prevalente, es decir, que las relaciones con la familia es donde menor deterioro tienen (9,2%). Lo mismo ocurre en el estudio de Foa et al. (2001) con menores que han sufrido un terremoto, ítem 23 con 9% (*ver tabla 16.12*).

**Tabla 16.12. Tasas de prevalencia de los ítems de la segunda parte de la escala en nuestro estudio y en otros.**

		NUESTRO ESTUDIO			OTRO ESTUDIO	
		Grupo I	Grupo II	Muestra total	Desastre natural (Foa et al., 2001)	Ver Atentado por tv (Holmes et al., 2007)
DETERIORO	18. Oraciones/rezos	...	...	...	9-	...
	19. Tareas de la casa	20,6	14,7-	18,6-	9-	10,5
	20. Relaciones de amistad	22,2	26,5	23,7	7	11,8
	21. Pasatiempos o actividades de entretenimiento	19,4-	26,5	21,9	15	13,2
	22. Tareas escolares	29	26,5	28,1	11	13,2
	23. Relaciones familiares	41,9+	48,5+	44,2+	9-	9,2-
	24. Infelicidad general	58,1+	52,3+	56,3+	21+	21,1+

+ ítem más frecuente

- ítem menos frecuente

## 2) POR EL TOTAL DE LA 2ª PARTE

Con respecto a la puntuación media encontrada para el total de la segunda parte de la escala, se halla para los/as menores expuestos/as a violencia de género (grupo I) un promedio de 1,88; para los/as menores tutelados (grupo II) de 2 y para la muestra total de 1,92. El rango va de 0 a 6, ya que hemos eliminado el ítem 18. La media por tanto se sitúa entre 1 y 2 áreas con deterioro. Por otra parte, la puntuación media hallada por Duarte (2007) en menores expuestos/as a violencia interparental es de 3,67 en un rango de 0 a 7 (*ver tabla 16.13*).

**Tabla 16.13. Puntuaciones medias de la segunda parte de la escala en nuestro estudio y en otros.**

	NUESTRO ESTUDIO			OTRO ESTUDIO
	Grupo I	Grupo II	Muestra total	Duarte (2007)
DETERIORO	1,88	2	1,92	3,67*

\* 7 ítems

Para calcular el nivel de interferencia que provocan los síntomas en los/as menores, en nuestro estudio se ha tomado como criterio el tener al menos un área deteriorada (decir SI). En este sentido, se obtiene que el 76,8% de la muestra total presenta deterioro funcional en al menos un área de su vida. Con respecto a los grupos, hay un mayor porcentaje de menores tutelados (grupo II: 81,9%) que de menores que han estado expuestos/as a violencia de género (grupo I: 74,8%) con interferencia de los síntomas. En el estudio de Boyer et al. (2000) con personas afectadas de lesión medular, encontraron un porcentaje menor al nuestro, un 48,4% presentaba deterioro funcional. También en este estudio eliminaron un ítem de la segunda parte de la escala, como nosotros, aunque no se especifica en su trabajo cuál fue (*ver tabla 16.14*).

**Tabla 16.14. Tasas de prevalencia de la segunda parte de la escala en nuestro estudio y en otros.**

	NUESTRO ESTUDIO			OTRO ESTUDIO
	Grupo I	Grupo II	Muestra total	Boyer et al. (2000)
DETERIORO	74,8	81,9	76,8	48,4

## 16.2. RESPECTO A LAS HIPÓTESIS PLANTEADAS

A continuación se vuelven a enumerar las hipótesis del estudio, comparando nuestros resultados con los encontrados por otros autores.

✓ Hipótesis 1:

*Las niñas presentarán mayor prevalencia de TEPT que los niños, independientemente del grupo al que pertenezcan.*

Nuestros resultados confirman esta hipótesis, encontrando una mayor prevalencia TEPT en chicas que en chicos.

A pesar de que la hipótesis está fundamentada en la literatura científica, se encuentran estudios que emplean la escala CPSS para valorar TEPT y no obtienen diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas. Así por ejemplo, Bustos et al. (2009) evaluaron TEPT en una muestra de 75 menores que habían sufrido violencia sexual, no encontrando diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas en las puntuaciones medias de Pensamientos Intrusivos, Evitación, Hiperarousal ni TEPT total. Los mismos resultados halla Duarte (2007) en menores que han sido testigos/as de violencia interparental, empleando como criterio los promedios en subescalas y total. Por otro lado, tomando como criterio la prevalencia de TEPT según DSM-IV-TR, como nosotros, Rincón et al. (2010), en la misma muestra utilizada por Bustos et al. (2009), tampoco encontró diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable sexo.

Si bien, en la mayoría de estudios se confirma que las niñas presentan una mayor prevalencia que los niños. Así, en la investigación realizada por Foa et al. (2001) para validar la CPSS en una muestra de menores que habían vivido un terremoto, encontraron diferencias estadísticamente significativas según el sexo ( $p < .005$ ), donde las chicas informaron de una mayor puntuación media en el total (10,3 frente a 3,7) y en las subescalas (PI: 2,8 vs 1,4; EV: 3,7 vs 2,2; HI: 3,5 vs 2,0) frente a los chicos. Otros estudios en los que han valorado el TEPT con diferentes medidas de evaluación, también obtienen resultados acordes a esta línea. Entre ellos se encuentra el de Stoppelbein y Greening (2000), en el que se comparó la sintomatología TEPT en menores que sufrían duelo por la pérdida de un padre ( $n = 39$ ) con los que habían pasado por un desastre natural ( $n = 69$ ) y con un grupo control ( $n = 118$ ), de menores que se enfrentaban a un estresor social o académico. El grupo que presentaba mayor sintomatología significativa era el de duelo, y de ese grupo, las chicas informaban de más síntomas. También, en un estudio con dos muestras de adolescentes suecos (población normal vs abuso físico y/o sexual) hallaron puntuaciones significativamente mayores en las chicas con respecto a los chicos en disociación y estrés postraumático en los dos grupos (Nilsson, 2007). Otras investigaciones donde las niñas son más sintomáticas que los niños son: Giaconia et al.

(1995); Jaycox et al., (2002); Kessler et al. (1995); Kilpatrick et al. (2003); Norris et al. (2002); Pérez-Benítez et al. (2009).

✓ *Hipótesis 2:*

*Los niños/as más pequeños presentarán mayor prevalencia de TEPT que los/as adolescentes, independientemente del grupo al que pertenezcan.*

Nuestros resultados no confirman esta hipótesis, es decir, que los niños/as más pequeños (8-12 años) en nuestra muestra no presentan una prevalencia TEPT significativamente mayor que los/as adolescentes (13-17 años).

Hemos formulado esta hipótesis ya que aunque se ha investigado poco sobre la prevalencia y las características de TEPT en diferentes grupos de edad, en general se encuentra que los niños/as presentan mayor frecuencia de síntomas o de trastorno que los/as adolescentes (Ackerman et al., 1998). Algunos estudios que lo confirman son los siguientes. Dubner y Motta, en el año 1999, evaluaron TEPT en 3 grupos de menores tutelados (50 con abuso sexual, 50 con abuso físico y 50 tutelados que no habían recibido abuso). Los niños y niñas abusados física y sexualmente mostraron niveles altos de TEPT. Encontraron mayor severidad de TEPT en los preadolescentes que en la adolescencia temprana. Otro es el estudio comentado anteriormente de Stoppelbein y Greening (2000), que también hallaron que los niños y niñas de menor edad informaban de mayor sintomatología TEPT. Una investigación más actual es la de Kolko et al. (2009). Estudiaron una muestra representativa de 1848 menores americanos/as de entre 8 y 14 años (45,3% de 8-10 años; 54,7% de 11-14 años) derivados/as al Servicio de Protección Infantil, empleando la TSCC (Briere, 1996) para valorar la sintomatología TEPT. En la submuestra de menores que residían fuera de su hogar (tutelados/as) no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación media de los dos grupos de edad (53,5 frente a 52,0) ( $X^2=0.88$ ,  $p>.05$ ). Sin embargo, en el grupo de menores que aún residía con su familia biológica, se hallaron pequeñas diferencias estadísticamente significativas en el promedio entre niños/as y adolescentes (50,4 frente a 48,0) ( $t= 2.34$ ,  $p<.02$ ) y una mayor prevalencia en los/as más pequeños/as (15,4% frente a 6,7%) ( $X^2=7.18$ ,  $p<.01$ ).

No obstante, al igual que en nuestro estudio, de los trabajos revisados con la escala CPSS, ninguno ha hallado diferencias estadísticamente significativas en relación a la variable edad. Por ejemplo, Foa et al. (2001) obtuvieron una puntuación media de 8,6 en menores de 8-11 años ( $n=42$ ) en TEPT total (2,3 en PI; 3,0 en EV; 3,3 en HI) y de 5,6 en menores de 12 a 15 años ( $n=33$ ) en total; 1,4 en PI; 2,2 en EV y 2,0 en HI; sin encontrar diferencias significativas en ambos grupos de edad ni para el total ni para las subescalas.

En el estudio de Duarte (2007), que dividieron la muestra en dos grupos de edad, de 8 a 11 años y de 12 a 18 años, aunque encontraron ligeras disparidades en los promedios de los grupos en la subescala Evitación y Total, estas diferencias no fueron significativas. Por otro lado, tomando como criterio la prevalencia de TEPT según DSM-IV-TR, como nosotros, Rincón y colaboradores (2010), en una muestra de menores que han sido víctimas de violencia sexual no encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable edad. Estos datos son acordes a otros estudios que, utilizando otros instrumentos, tampoco encuentran diferencias en la variable edad (Copeland et al., 2007; Kilpatrick et al., 2003).

✓ *Hipótesis 3:*

*Los/as menores que presenten mayor sintomatología TEPT sufrirán un mayor deterioro psicosocial.*

Esta hipótesis es confirmada por nuestros resultados, es decir, que a mayor sintomatología TEPT mayor deterioro en la vida del/la menor.

Estos datos son similares a los obtenidos en otros estudios anteriores. Así, por ejemplo, en el estudio de Foa et al. (2001), empleando una prueba Chi cuadrado, se encontró que los/as menores que cumplían criterios DSM-IV en el CPSS tenían 4 de los 7 ítems de deterioro funcional (18: rezos; 21: tiempo libre; 22: tareas escolares; 24: felicidad general) más frecuentemente que lo hicieron aquellos que no cumplían criterios ( $p < .01$ ). Hallaron que aquellos con TEPT informaban de mayor alteración de funcionamiento que los que no lo cumplían:  $t(71) = 3.94$ ,  $p < .001$ . El rango de prevalencias encontrado para los ítems de la segunda parte en el grupo con TEPT fue de 17% a 56% y el de no TEPT de 4% a 11%. Además, encontraron que el 78% de los/as menores que cumplían TEPT presentaban al menos un área deteriorada, mientras que sólo el 14% de quienes no cumplieron criterios dijeron al menos un ítem. Concluyen por tanto que el grado de deterioro funcional está moderadamente asociado con la severidad de TEPT,  $r = .42$ ,  $p < .001$ , y con cada uno de los grupos sintomáticos (PI:  $r = .37$ ,  $p < .01$ ; EV:  $r = .39$ ,  $p < .001$ ; y HI:  $r = .36$ ,  $p < .01$ ).

Otro trabajo en este sentido es el que realizaron Holmes y colaboradores en el año 2007. Estos autores evaluaron a menores con la CPSS en dos momentos, a los 2 y a los 6 meses después de ser testigos por televisión de un atentado. Al igual que nosotros, en este trabajo también se eliminó el ítem 18. Para hallar las prevalencias tomaron los criterios diagnósticos para TEPT en el DSM-IV-TR, considerando el criterio de alteración del funcionamiento en las áreas de la vida o sin tenerlo en cuenta. Encontraron que a los 2

meses, de los/as menores con sintomatología clínica en TEPT de gravedad moderada o severa, un 5,3% no presentaba interferencia en su vida, mientras que un 14,5% sí la percibía. Del grupo que no presentaba sintomatología TEPT relevante, el 61,8% de los/as menores no presentaba alteración en su vida y un 18,4% sí la presentaba. A los 6 meses, quienes tenían síntomas graves de TEPT presentaban interferencia en sus vidas un 9,2%, mientras que no la presentaban un 1,3%. Y del otro grupo, sin sintomatología clínica, presentan alteración en su vida un 22,4% frente al 67,1%.

✓ *Hipótesis 4:*

*Los síntomas de TEPT Pensamientos Intrusivos e Hiperarousal tendrán una mayor prevalencia que Evitación.*

Nuestros resultados apuntan que la prevalencia de Evitación en la muestra total es inferior a Pensamientos Intrusivos e Hiperarousal. Sin embargo, aunque las diferencias entre EV y PI son estadísticamente significativas, no lo son entre EV e HI.

En la literatura científica se expone que los síntomas de evitación y embotamiento suelen ser los que presentan las tasas de incidencia más bajas tanto en población adulta como infantil y adolescente. Sin embargo, no disponemos de datos que nos confirmen si son o no diferencias estadísticamente significativas.

En adultos podemos señalar los estudios de McMillen et al. (2000) y Rincón (2003).

Se detallan a continuación algunos de los estudios en menores con una prevalencia menor en Evitación (criterio C), al igual que nuestros resultados.

Así, por ejemplo, en menores que han sufrido violencia de género como el estudio de Mertin y Mohr (2002) en el que el 91% de los/as niños y niñas cumplían criterios para Pensamientos Intrusivos, el 20% para Evitación y el 89% para Hiperactivación. Esto apoya la idea que señala Rincón et al. (2010), que los/as menores que han sufrido maltrato intrafamiliar en los que la experiencia traumática se repite continuamente y a manos de un familiar, las conductas de evitación suelen darse en menor medida.

También se encuentran estos resultados en menores con problemas médicos. Boyer et al. (2000) con lesionados medulares hallaron una prevalencia para PI de 57,85, para EV de 50% y para HI de 59,4%. En 1999 Aaron y colaboradores encontraron porcentajes de 68% y 50% en PI y HI respectivamente frente a 25% en EV. Otro estudio es el de Herskovits et al. (2002) con 44%, 59% y 13% para PI, EV e HI respectivamente. Scheeringa et al. (2006) por su parte halló tanto en menores de 7 a 11 años (PI: 54,5%; EV:

9,1%; HI: 36,4%) como en adolescentes de 12 a 18 años (PI: 41,4%; EV: 17,2%; HI: 41,4%) que el síntoma de Evitación tenía una menor prevalencia que el resto de síntomas.

Estudios con menores que han sufrido un accidente de tráfico también encuentran que la Evitación es menor. Por ejemplo, Keppel-Benson et al. (2002) con un 56% de menores que cumplen para PI, 16% cumplen EV y 24% cumplen HI. Por otro lado, McDermott y Cvitanovich (2000) encuentran prevalencias del 40%, 8% y 28% para PI, EV e HI respectivamente. Por último, Meisser-Stedman et al. (2008) hallan resultados que van en esta línea (PI: 65%; EV: 21%; HI: 56%) (ver tabla 16.15).

**Tabla 16.15. Estudios en los que la prevalencia de Evitación es inferior al resto de síntomas.**

AUTORES	EDAD	N	EVENTO TRAUMÁTICO	PI (1 SÍNT) (CRIT B)	EV (3 SÍNT) (CRIT C)	HI (2 SÍNT) (CRIT D)
Mertin y Mohr, 2002	8-16	56	Violencia género	91	20 -	89
Boyer et al., 2000	11-24	64	Problemas médicos	57,8	50 -	59,4
Aaron et al., 1999	8-17	40		68	25 -	50
Herskovits et al., 2002	4-19	94		44	13 -	59
Scheeringa et al., 2006	7-11	11		54,5	9,1 -	36,4
	12-18	29		41,4	17,2 -	41,4
Keppel-Benson et al., 2002	7-16	50	Accidente tráfico	56	16 -	24
McDermontt y Cvitanovich, 2000	8-13	26		40	8 -	28
Meisser-Stedman et al., 2008	6-10	51		65	21 -	56

También se encuentran estudios que obtienen resultados contrarios. Por ejemplo, Landolt et al. (1998) obtiene tanto en menores hospitalizados de alto riesgo (quemados, cáncer...) como de bajo riesgo (cirugía menor) que el síntoma de Hiperactivación es inferior a los otros dos, con prevalencias de 91%, 70% y 52% en el primer grupo y 64%, 36% y 18% en el segundo, para PI, EV e HI respectivamente.

✓ *Hipótesis 5:*

*La sintomatología TEPT tendrá una mayor prevalencia utilizando criterios DSM-V que DSM-IV-TR.*

Nuestros resultados confirman que bajar el umbral del criterio C (de 3 a 1 síntoma) facilita un diagnóstico más preciso de TEPT en menores escolares y adolescentes. En este sentido, según los requisitos del DSM-IV-TR para EV, el 30,4% de los/as menores de la muestra total cumplen criterios para EV, y si tomamos los requisitos para DSM-V, aumenta el porcentaje a un 61,8%, diagnosticando a más del doble de sujetos. Ocurre algo similar en los dos grupos. En el grupo I (violencia de género) de un 32,8% pasa a un 64,1% y en el grupo II, de menores tutelados, aumenta de un 26,3% a un 57,9%. Estos datos concuerdan con los obtenidos en otros estudios recientes. Así, Scheeringa et al. (2006), utilizando una



entrevista propia con los nuevos criterios, en menores que sufren daño agudo, encuentra que del 9,1% de los/as menores de entre 7 y 11 años según DSM-IV-TR, pasa a un 45,5% según DSM-V. En los adolescentes de la muestra, de edades comprendidas entre los 12 y 18 años, de un 17% en Evitación, aumenta a un 62%. También podemos ver esta tendencia en el estudio de Meisser-Stedman et al. (2008) en menores de entre 7 y 10 años que han sufrido un accidente de tráfico, en el que el porcentaje de menores que cumple criterios para Evitación según el DSM-IV-TR (3 síntomas) es del 21% y el que lo cumple con criterios DSM-V (1 síntoma) es del 67%.

Si se tiene en cuenta ahora el diagnóstico TEPT total, con los 3 grupos sintomáticos, y tomamos como criterio 1PI-3EV-2HI como el DSM-IV-TR y 1PI-1EV-2HI como el DSM-V, es importante señalar que en nuestro grupo I pasamos del 17,2% de menores a un 21,9%; en el grupo II del 15,8% al 34,2% (más del doble) y en la muestra total del 16,7% al 26,5%. También en el estudio de Scheeringa et al. (2006) el aumento es muy significativo. Así, en los/as menores de 7 a 11 años, de un 9,1% pasa a un 18,2%, el doble de sujetos; y en los/as adolescentes de 12 a 18 años, de un 3,4% a un 20,7%, un mayor aumento (*ver tabla 16.16*).

**Tabla 16.16. Tasas de prevalencia de TEPT según criterios DSM-IV-TR y DSM-V en nuestro estudio y en otros.**

		NUESTRO ESTUDIO			OTROS ESTUDIOS	
		Violencia de Género (GI) CPSS	Tutelados (GII) CPSS	Muestra total CPSS	Daño agudo (Scheeringa et al., 2006) ENTREVISTA Edades: 7-11 a (gI) y 12-18 a (gII)	Accidente de tráfico (Meisser-Stedman et al., 2008) ENTREVISTA Edad (7-10 a)
CUMPLE CRITERIO EVITACIÓN	DSM-IV: al menos 3 sínt	32,8	26,3	30,4	9,1 (gI) 17 (gII)	21
	DSM-V: al menos 1 sínt	64,1	57,9	61,8	45,5 (gI) 62 (gII)	67
CUMPLE CRITERIOS TEPT	DSM-IV: 1PI+3EV+2HI	17,2	15,8	16,7	9,1 (gI) 3,4 (gII)	
	DSM-V: 1PI+1EV+2HI	21,9	34,2	26,5	18,2 (gI) 20,7 (gII)	

Como se puede comprobar, existen todavía pocas investigaciones sobre TEPT según los criterios futuros del DSM-V en menores de edad escolar y adolescente, como afirman expertos en el tema como Meisser-Stedman et al. (2008) y Scheeringa et al. (2010). La evidencia al respecto es mucho mayor si la muestra utilizada está formada por niños y niñas en edad preescolar. Así, podemos ver estudios como los de: Cohen y Gadassi (2009); Egger et al. (2006); Ghosh-Ippen et al. (2008); Gleason (2008); Levendosky et al. (2002); Ohmi et al. (2002); Scheeringa et al. (1995, 2001, 2003, 2006, 2008); Stoddard et al. (2006); ya comentados en el capítulo 12.

✓ *Hipótesis 6:*

*Los/as menores tutelados/as presentarán una mayor prevalencia de TEPT que los/as menores expuestos/as a violencia de género que viven con su familia biológica.*

Nuestros resultados no confirman esta hipótesis, es decir, que los/as menores tutelados no presentan una prevalencia TEPT significativamente mayor que la de los/as menores expuestos/as a violencia de género.

Sólo se han encontrado en la literatura dos estudios parecidos al nuestro.

Por un lado, el de Kolko et al. (2009). Estos autores realizaron un primer análisis en el que se comparó a los niños y niñas que vivían fuera del hogar de los/as que se mantenían en él en relación a su sintomatología en Estrés Postraumático, valorada a través del TSCC (Briere, 1996). La muestra total estaba formada por 1848 menores americanos/as de entre 8 y 14 años, y se dividía en 483 menores tutelados (grupo I) y 1365 que eran valorados/as en el Servicio de Protección Infantil pero que se decidía que se mantuvieran con sus padres biológicos (grupo II). Los niños y niñas participantes tenían diversas historias de maltrato: casi el 72% tenían una forma de abuso o negligencia, 24% dos tipos de maltrato y 4% al menos 3 tipos. El tipo de maltrato más común fue el abuso físico (39,7%), seguido de la supervisión negligente (36,5%), negligencia física (22,8%), abuso sexual (14,0%) y abuso emocional (11,5%). Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo I y II en Estrés Postraumático, tanto en puntuación media (25,6 frente a 49,1) ( $t=-2.44$ ,  $p<.05$ ) como en las tasas de prevalencia (19,2% frente a 10,7%) ( $X^2=4.28$ ,  $p<.05$ ). Por tanto, los/as menores que residían fuera de su hogar familiar presentaban mayor sintomatología de Estrés Postraumático que los/as que estaban en riesgo psicosocial pero convivían con sus padres biológicos.

Otro estudio similar es el de Oswald, Fegert y Goldbeck (2010), en el que compararon dos grupos de menores alemanes de 7 a 16 años remitidos a consulta clínica, uno de menores tutelados y otro grupo control de menores que convivían al menos con un progenitor biológico, utilizando como instrumento de medida el UCLA PTSD Reaction Index (Pynoos, Rodriguez, Steinberg, Stuber y Frederick, 1998). Encontraron que en comparación con el grupo control, los/as menores que se encontraban en tutela mostraban una significativa mayor prevalencia de síntomas de estrés postraumático, aunque el porcentaje era muy bajo en relación a los múltiples traumas sufridos.

Por tanto, el apoyo de los padres para el niño/a es un importante amortiguador que ayuda a minimizar los síntomas del TEPT (AACAP, 1998; Cummings, 1998; Rossman et al., 1997). Diversos investigadores han analizado la importancia de tener una figura

adulta de apoyo, especialmente la madre, para los niños y niñas expuestos a la violencia de género (Graham-Bermann et al., 2009; Skopp et al., 2007). La habilidad parental de la madre protege a sus hijos e hijas de más problemas psicológicos (Davies et al., 2004; Margolin et al., 2004; O'Keefe, 1994).

Si bien, el estudio de Davidson-Arad et al., (2003) sobre calidad de vida, obtiene resultados en sentido contrario. El objetivo fue estudiar el bienestar de 92 menores en riesgo después de tomar la decisión de si se quedaban o no en su familia. Valoraron la calidad de vida en tres grupos de niños y niñas: I, los/as que decidieron que permanecieran en su hogar; II, a los/as que los/as habían enviado a un hogar alternativo; III, niños/as que permanecían en su hogar a pesar de la decisión de sacarlos. La evaluación se realizó en dos momentos: cuando se tomó la decisión y 6 meses más tarde. Los resultados indicaron que en el primer momento los tres grupos tenían una puntuación similarmente baja en calidad de vida; mientras que en el segundo momento, la calidad de vida del grupo I permanecía casi igual, la del grupo II había mejorado, y el grupo III declinó. Los autores concluyen que a los/as menores que se encuentran en alto riesgo psicosocial puede irles mejor en un cuidado alternativo en términos de calidad de vida, que si se quedan en su hogar. Sin embargo, es necesaria más investigación al respecto.

## **CAPÍTULO 17: CONCLUSIONES**

Este capítulo final está dedicado a exponer las conclusiones a las que hemos llegado tras los resultados obtenidos en este estudio.

En un primer lugar se enumeran las conclusiones generales. A continuación se ponen de relieve tanto las limitaciones como las aportaciones que realiza esta investigación. Además se detallan las futuras líneas de investigación que nuestro equipo de trabajo se propone. Y por último, se realiza una reflexión, señalando algunas consideraciones personales de la autora de este trabajo.

### 17.1. CONCLUSIONES GENERALES.

El presente trabajo ha consistido en obtener datos acerca de la presencia del Trastorno por Estrés Postraumático en menores que han sufrido maltrato crónico, y establecer las diferencias en la sintomatología entre menores tutelados y menores expuestos a violencia de género.

Como ya hemos comentado, los/as menores que forman parte de este trabajo han sufrido maltrato intrafamiliar crónico, considerado como un Trauma Complejo. La NCTS (2003) apunta que las personas que se exponen a este tipo de trauma sufren experiencias de múltiples eventos traumáticos que se producen dentro de su sistema de cuidado (fuente de seguridad y estabilidad). Es decir, estos niños y niñas son tratados mal precisamente en su familia, quien es la encargada de protegerles y darles afecto (UNICEF, 2009). El Trauma Complejo suele estar relacionado con sucesos simultáneos o secuenciales ocurridos en los malos tratos (abuso emocional y negligencia, abuso sexual, abuso físico y testigos de la violencia doméstica) que suelen ser crónicos y empezar en la infancia (NCTS, 2003).

Está demostrado que tienen mayor probabilidad de sufrir TEPT aquellas personas que han estado más expuestas a traumas previos (Jones et al., 2001; NCTS, 2004; Scott, 2007). Además, también tienen más posibilidades quienes estén expuestos a hechos traumáticos: infringidos por otro ser humano (Ehlers et al., 2009; Kessler et al., 1995; Norris et al., 2002), por familiares directos o personas en las que se confía (Green et al., 2000; Kilpatrick et al., 1997; Larizgoitia, 2006), los que son repetidos y reiterativos (Lehmann, 1997; Rossman, 2000) y por los que se ha recibido presión al silencio. En este sentido, los/as menores que sufren maltrato familiar cumplen todas estas características, por lo que son población de alto riesgo para padecer Estrés Postraumático. Además, al ser un evento crónico, el/la menor será más vulnerable con cada incidente y puede ser asociado a psicopatología adicional (Terr, 1991; Thabet y Vostanis, 2000; Tremblay et al., 2000; Wolfe, 1999).

En relación al TEPT en el manual diagnóstico de la APA, existe debate sobre la adecuación a la infancia del criterio A (evento traumático) en el DSM-IV-TR. A pesar de que en la última versión del manual se ha ampliado el concepto de acontecimiento traumático, todavía existen limitaciones al respecto. Por ejemplo, encontramos que en determinadas poblaciones, como los/as menores que sufren violencia intrafamiliar, presentan características únicas, algunas de las cuales cambian asunciones sobre la

conceptualización y el diagnóstico de TEPT. En estos casos el evento es de naturaleza crónica, por lo que puede no haber un estado pre-trauma identificable del funcionamiento del/la menor, puede no haber un evento traumático específico que destaque, y los episodios de violencia pueden no suponer una amenaza para su vida. En los criterios diagnósticos propuestos para el futuro DSM-V se especifica en su criterio A que el acontecimiento traumático puede ser uno o varios, dando cabida a los eventos crónicos, y se elimina el criterio A2, de reacción ante el evento, porque según los expertos no aporta nada al diagnóstico TEPT (para más detalles ver anexo I).

En este estudio se ha recogido información sobre el evento traumático que el/la menor consideraba que le había producido el mayor malestar en su vida. En este sentido, a pesar de que las categorías recogidas en los dos grupos (I: violencia de género y II: tutelados) no son idénticas, sí que se han podido agrupar y sacar algunas conclusiones generales con respecto a este tema. En el grupo I se ha comprobado que el tema más frecuente, cerca de la mitad de la muestra, está relacionado con el conflicto familiar (discusiones y peleas entre los padres, evento de agresión de padre a madre, maltrato de padre a menor o mala relación entre padre e hijo/a). Le sigue el hecho de la separación entre sus padres, el sentimiento de abandono de alguien importante y otros eventos. Por tanto, la mayoría de menores que han estado expuestos/as a violencia de género han verbalizado que el conflicto en casa es lo que mayor malestar les produce. Por el contrario, en el grupo de menores tutelados, se aprecia que el peor acontecimiento en sus vidas está relacionado con el abandono de personas importantes (tanto separarse de sus padres biológicos, como de algún acogedor, hermanos, muerte de una persona cercana...etc). Otros temas importantes son el maltrato hacia ellos/as de sus padres y vivir en un centro de menores. Es destacable que muchos de los temas elegidos por estos niños/as no se pueden agrupar en una categoría, debido a la variabilidad existente. Esto puede estar relacionado con las múltiples victimizaciones que tienen que sufrir, no sólo en su hogar de origen sino una vez tutelados (abandonos de educadores en los centros, devoluciones de acogimientos, exclusión por sus iguales en el centro escolar....etc.). Cada incidente les vuelve más sensibles y a veces un evento que no suele ser catalogado como traumático les puede provocar sintomatología TEPT.

Otra de las dificultades que surgen al diagnosticar TEPT en menores que han sufrido trauma crónico es contabilizar el tiempo que ha pasado desde el evento traumático. Esto en la mayoría de ocasiones no es posible ya que normalmente no hay un incidente único a partir del cual se pueda valorar el tiempo.

En otro orden de cosas, al hacer una revisión detallada en la bibliografía existente sobre TEPT infantil se ha encontrado una gran variabilidad en las tasas de prevalencia, debido principalmente al uso de diversos instrumentos de medida y diferentes criterios metodológicos, lo que hace difícil comparar los estudios (Ruggiero et al., 2006). Por este motivo, para conocer la presencia de TEPT en esta muestra de menores maltratados, se han elegido varios criterios tanto psicométricos como clínicos con el fin de obtener un rango de valores.

Si se toman como criterio los requisitos exigidos para el Trastorno por Estrés Postraumático por el manual DSM en su versión actual DSM-IV-TR, es decir, al menos 1 síntoma de Pensamientos Intrusivos, 3 de Evitación y 2 de Hiperarousal, el porcentaje de menores de nuestra muestra que cumple el diagnóstico es del 16,7%. Esta tasa, a pesar de ser superior a la encontrada en población general (Copeland et al., 2007; Essau et al., 2000; Furtado et al., 2009; Giaconia et al., 1995; Kilpatrick et al., 2003) y similar a las halladas por la misma escala en otras muestras (lesión medular: Boyer et al., 2000 y violencia sexual, Rincón et al., 2010), es inferior a los porcentajes de TEPT encontrados en población clínica utilizando otros criterios diferentes al DSM.

Este resultado apoya la idea de numerosos autores que afirman que el actual DSM, con criterios designados para adultos, es muy exigente en sus requisitos (1PI-3EV-2HI) y no es lo suficientemente sensible para detectar la presencia del TEPT en la infancia, por lo que aporta unas tasas de prevalencia muy bajas en menores, dejando sin diagnosticar a niños/as y adolescentes con una gran afectación (Nader, 2004; Ohmi et al., 2002; Oswald et al., 2010; Sass et al., 2009; Scheeringa et al., 1995, 2006; Tierney, 2000; Zeanah, 2010). Algunas investigaciones que también confirman esta idea son las de: Dyregrov y Yule, 2006; Famularo et al., 1993, 1994, 1996; Pelcovitz et al., 1994; Pynoos et al., 2008. Los criterios diagnósticos no tienen en cuenta el hecho de que los niños y niñas más pequeños tienen unas capacidades de procesamiento cognitivo y lingüístico limitado, por lo que no pueden expresar con palabras el trauma que experimentaron (Scheeringa et al., 1995, 2001; Stafford et al., 2003).

En base a estas limitaciones encontradas en el diagnóstico oficial, se ha utilizado el criterio de TEPT Parcial, es decir, tener sintomatología significativa en el trastorno pero sin cumplir todos los criterios exigidos por el DSM. En este sentido, todavía no existe consenso (McMillen et al., 2000), empleando los autores diferentes criterios. En este trabajo se ha elegido el criterio de tener 2 de los 3 síntomas exigidos, por tanto, el/la menor podrá cumplir 1PI-3EV o 1PI-2HI o 3EV-2HI, como el que emplearon Manne et al.

(1998). Así, la prevalencia de TEPT aumentaría del 16,7% al 25,5%, recogiendo a 9 sujetos más con sintomatología significativa.

Estos datos están en la línea de otros autores como Báguena (2001); McMillen et al. (2000); Orengo-Garcia (2002); Oswald et al. (2010), que resaltan la necesidad terapéutica de estos/as menores que presentan afectación subsindrómica, debido a la repercusión que conlleva en el contexto clínico y en el forense (Araña et al., 2006; Carrion et al., 2002) y porque el TEPT Parcial puede convertirse en el trastorno completo con el tiempo (Blanchard et al., 1996).

Otros criterios psicométricos empleados han sido: según la puntuación total (de 11 a 17 sintomatología leve y mayor o igual a 18 sintomatología grave, según otros autores como Jaycox et al., 2009; Kataoka et al., 2003 y Stein et al., 2003) y según la puntuación media (porcentaje de menores que superan la media y los que superan la media más una desviación típica). El rango de valores encontrados para TEPT en estos/as menores varía desde un 16,7% si se utilizan los criterios del DSM-IV-TR, a un 54,5% si se considera significativa la sintomatología de los/as menores que superan una puntuación total en la escala de 11. Estas tasas de prevalencia de Estrés Postraumático tienen mayor similitud con los resultados de investigaciones anteriores con muestras de menores maltratados (ver por ejemplo: Kolko et al., 2009; Lehman, 1997; McCloskey y Walker, 2000; Mertin y Mohr, 2002; Oswald et al., 2010).

En relación a los grupos sintomáticos, es preciso señalar que más de la mitad de nuestra muestra total, el 54,9%, cumple Pensamientos Intrusivos, el 30,4% Evitación y el 35,3% Hiperarousal. Por otro lado, los/as menores que forman esta muestra, al igual que en otros estudios (Carrion et al., 2002 y Duarte, 2007) presentan en mayor medida los siguientes síntomas: “Me siento mal cuando pienso o escucho hablar acerca del evento traumático” (Pensamientos Intrusivos) y “He tratado de no pensar, hablar o tener sentimientos sobre el evento traumático” (Evitación). Por el contrario, se encuentra que el síntoma menos frecuente en estos/as menores es el de “He sido incapaz de recordar una parte importante del evento traumático” (Evitación). Se puede comprobar, por tanto, que el grupo sintomático de PI es el que obtiene mayor tasa de prevalencia. Por su parte, Evitación es el que muestra el porcentaje más bajo en este trabajo, dato que es acorde a los resultados encontrados por otros autores en muestras de menores que han sufrido maltrato (Mertin y Mohr, 2002), problemas médicos (Aaron et al., 1999; Boyer et al., 2000; Herskovits et al., 2002; Scheeringa et al., 2006) o accidentes de tráfico (Keppel-Benson et al., 2002; McDermott y Cvitanovich, 2000; Meisser-Stedman et al., 2008).



Se puede comprobar, por tanto, que este resultado es acorde a las investigaciones de los últimos años, que resaltan que el criterio C del el DSM-IV-TR es demasiado restrictivo (Maes et al., 1998; Mylle y Maes, 2004), y que la población infantil presenta menos síntomas de Evitación/embotamiento que los adultos (Mongillo et al., 2009; Scheeringa, et al., 2006; Yule, 2001). Por este motivo, algunos expertos en el tema creen que se debería bajar el umbral para considerar la conducta de Evitación (Portnova, 2007; Scheeringa et al., 2003, 2006).

Uno de los retos para la próxima versión del DSM (DSM-V) es incorporar una perspectiva de desarrollo en el Trastorno por Estrés Postraumático. Desde hace décadas, autores como Scheeringa y colaboradores están trabajando en criterios alternativos a los del DSM-IV, sensibles para TEPT infantil (Scheeringa et al., 1995; 2001, 2003). Su propuesta es reducir el umbral del Criterio de Evitación de 3 síntomas a 1. Estos criterios ya se han adoptado en la última actualización del manual diagnóstico para los niños/as pequeños (Zero to Three, 2005) y se han realizado numerosas investigaciones con menores de edad preescolar que avalan este cambio. Por ejemplo: Cohen y Gadassi (2009); Egger et al. (2006); Ghosh-Ippen et al. (2008); Gleason (2008); Levendosky et al. (2002); Ohmi et al. (2002); Scheeringa et al. (1995, 2001, 2003, 2006, 2008); Stoddard et al. (2006). Siguiendo esta misma línea, se está estudiando la posibilidad de que también en la edad escolar y adolescente se puedan utilizar estos criterios alternativos (1PI-1EV-2HI). Como señalan Meisser-Stedman et al. (2008), Scheeringa et al. (2010) y Zeanah (2010), la evidencia es más limitada y son necesarios más datos sobre la validez discriminante y predictiva de los criterios alternativos en este grupo de población. Por este motivo, en este trabajo hemos calculado la sintomatología TEPT según estos nuevos criterios y nuestros resultados confirman que bajar el umbral de Evitación de 3 a 1 síntoma facilita un diagnóstico más preciso de TEPT en menores escolares y adolescentes, como señala Scheeringa et al. (2010). En este sentido, según los requisitos del DSM-IV-TR para EV, el 30,4% de los/as menores de la muestra total cumple criterios, y si se toman los requisitos nuevos, aumenta el porcentaje a un 61,8%, diagnosticando a más del doble de sujetos. Estos datos concuerdan con los obtenidos en otros estudios recientes (Meisser-Stedman et al., 2008; Scheeringa et al., 2006). Para el diagnóstico TEPT total, hemos de señalar que de un porcentaje del 16,7% según criterios DSM-IV-TR (1PI-3EV-2HI) aumentamos a un 26,5% si los criterios utilizados son 1PI-1EV-2HI, un 10% más de sujetos identificados. Estos resultados van en la misma línea que los obtenidos por Scheeringa et al. (2006). Usando por tanto estos nuevos criterios se mejora la habilidad de

diagnóstico del TEPT, haciendo posible que un mayor número de niños y niñas puedan acceder a los servicios de intervención psicológica.

Por otro lado, en este trabajo se ha estudiado la relación entre la sintomatología TEPT y algunas variables mediadoras significativas como el sexo, la edad y el tipo de maltrato.

En primer lugar se ha de señalar que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas en sintomatología TEPT siguiendo los criterios del DSM-IV-TR. Estos datos son acordes al estudio de validación de la escala empleada (Foa et al., 2001) y a la amplia literatura sobre el tema. Así otros estudios con resultados similares son Giaconia et al., 1995; Greening et al., 2000; Jaycox et al., 2002; Kessler et al., 1995; Kilpatrick et al., 2003; Nilsson, 2007; Norris, 2002 y Pérez-Benítez et al., 2009.

La hipótesis sobre la edad apuntaba que los/as más pequeños presentarían mayor sintomatología TEPT que los/as adolescentes (siguiendo a la literatura científica) y para comprobarla hemos dividido a la muestra en dos grupos, uno de 8 a 12 años y otro de 13 a 17 años. Esta hipótesis no se ha confirmado en nuestro estudio, ya que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de edad siguiendo los criterios del DSM-IV-TR. Este resultado es similar al hallado en otras investigaciones como las de Duarte (2007) y Rincón et al. (2010) empleando la misma escala, y las de Copeland et al. (2007) y Kilpatrick et al. (2003).

Otro resultado inesperado ha sido cuando se ha estudiado la sintomatología TEPT entre los dos grupos que formaban parte de nuestra muestra total, el de menores que viven con su familia biológica y han sido testigos de violencia de género (grupo I) y los que han sido maltratados y se encuentran bajo tutela de la Administración (grupo II). La hipótesis apuntaba a que los/as menores tutelados presentarían mayor sintomatología debido especialmente a que suelen sufrir varios tipos de maltrato, durante más tiempo y viven fuera del hogar familiar, muchas veces sin ningún tipo de contacto con sus orígenes. Nuestra sorpresa ha llegado cuando las diferencias entre los dos grupos (empleando criterios DSM-IV-TR) no han sido significativas. Una de las posibles explicaciones podría ser que los/as menores del grupo I (violencia de género), aunque en la gran mayoría su madre se ha separado del maltratador, en realidad todavía tienen que sufrir experiencias dolorosas cuando tienen visita con su padre o cuando el padre utiliza al/la menor como mensajero hacia la madre. Pueden vivir otras experiencias estresantes cuando tienen que cambiar de residencia tras la separación. En muchos casos todavía viven alertas por si el maltratador se salta la orden de alejamiento, sale de la cárcel y/o le hace daño a su madre.

Esto apunta a que a pesar de vivir con su madre, que puede actuar como figura de apoyo, y a no recibir maltrato directo (en la mayoría de los casos), sólo victimización indirecta, la sintomatología de estrés postraumático perdura en los/as menores que han estado expuestos/as a violencia de género en el hogar del mismo modo que en los/as menores que han sufrido varios tipos de maltrato directo y que están tutelados. Mayor asombro si cabe, si atendemos a que la muestra de menores de violencia de género no pertenece a los casos en los que la madre y los/as hijos han tenido que irse a casas de acogida por peligrar su integridad, sino que viven junto a su familia. A pesar de esto, es preciso realizar más investigación al respecto.

Además de la sintomatología TEPT, también se ha valorado en este estudio el grado de interferencia que provoca la misma en los/as menores que forman parte de nuestra muestra. Es interesante señalar que la puntuación media encontrada para la segunda parte de la escala, indica que estos/as menores tienen como media 1 o 2 áreas deterioradas. Además, también se puede destacar que un gran porcentaje de menores, el 76,8%, presenta deterioro funcional en al menos 1 área de su vida. Centrando la atención en las áreas, los resultados hallados apuntan que el área con mayor deterioro ha sido la de Relaciones Familiares. Este dato no es acorde al encontrado por Holmes et al. (2007) en menores que han visto por televisión un atentado terrorista. De hecho, precisamente en nuestra muestra, es en la familia donde están surgiendo los conflictos. Otra área mayormente afectada es la de Felicidad General.

Ha quedado clara también la relación entre la sintomatología TEPT y el deterioro en este trabajo. Nuestros resultados confirman lo hallado en otros estudios como los de Foa et al. (2001) y Holmes et al. (2007), que a mayor sintomatología TEPT mayor deterioro. En este sentido, en la relación de los grupos sintomáticos y el deterioro, podemos decir que hay una mayor prevalencia de menores que presentan simultáneamente con deterioro: PI, en segundo lugar HI y en tercero EV. Si consideramos el TEPT Parcial, encontramos que el 23,2% de los/as menores de la muestra total cumplen este subsíndrome y presentan malestar significativo. Los/as que cumplen los 3 criterios (diagnóstico completo de TEPT) y además refieren interferencia en su vida alcanza la prevalencia de 16,8%. Por otro lado, si se consideran los criterios propuestos para el DSM-V (1PI+1EV+2HI), se encuentra que el 26,3% de los niños y niñas de la muestra total cumplen los 3 criterios además de presentar deterioro funcional significativo.

Por otra parte, es imprescindible concluir sobre la evaluación del TEPT en este trabajo. En este sentido, se ha podido comprobar que es un tema complejo, como ya apuntaba McNally en el año 2003. Hoy en día, los instrumentos que existen suelen estar restringidos a un evento específico (Hawkins y Radcliffe, 2006; Ohan et al., 2002), y esto los hace menos sensibles a temas crónicos como el maltrato.

Uno de los instrumentos desarrollados en los últimos años para valorar el TEPT en niños/as y adolescentes (8-18 años) es el CPSS de Foa et al. (2001), elegido para nuestro trabajo después de realizar una valoración exhaustiva de las propiedades de éste y de otros instrumentos de medida a los que teníamos acceso. En este sentido es importante destacar que no existen instrumentos validados con buenas propiedades psicométricas y culturalmente apropiados al contexto español, y se han realizado muy pocos estudios rigurosos sobre TEPT infantil en España, la mayoría son con muestras de menores americanos, no encontrando ninguna investigación que haya empleado el CPSS en nuestro país. Por este motivo, ha resultado muy difícil comparar los resultados hallados en este trabajo con los de otros estudios.

Los expertos sugieren que a partir de 7-8 años, los/as menores pueden informar de manera fiable tanto de los eventos traumáticos a los que han sido expuestos como de los propios síntomas internos que experimentan (AACAP, 2010; Grant et al., 2004; Vogel y Vernberg, 1993), sin embargo suelen presentar dificultades para verbalizar su experiencia subjetiva del trauma, resultando en una menor revelación (March, 1999; McCloskey, 2000). Tenemos que tener en cuenta la privacidad y la intimidad alrededor de la violencia sufrida, siendo reacios/as en ocasiones a contar experiencias negativas que tengan que ver con uno de sus padres (Øverlien, 2010). De hecho, explorar estos temas durante la evaluación resulta delicado, ya que puede ser desagradable e incluso inducir síntomas en el niño/a (March, 1999; Perrin et al., 2000). A la hora de evaluar el TEPT, hemos encontrado que al principio algunos de los/as menores se han mostrado resistentes, defensivos o normalizando la violencia ocurrida en el hogar, como un modo de protegerse del dolor que les causa hablar sobre ese tema. Esto puede formar parte de los síntomas de evitación característicos del trastorno. Y apoyamos la idea que destaca la AACAP (2010): la contradicción en el hecho de que la evitación de la experiencia traumática es un elemento central del TEPT, sin embargo, para realizar el diagnóstico del mismo se requiere que el/la menor describa dicho evento. Esto va a afectar a la certeza y validez de las medidas estimadas del trauma, como apunta McCloskey, 2000.

Otra de las cuestiones relevantes a la hora de evaluar a un/a menor es el hecho de que en la gran mayoría de ocasiones no son los/as menores quienes solicitan la ayuda, sino los adultos cercanos a ellos/as.

Es imprescindible señalar, por último, que como mínimo la mitad de la muestra no presenta sintomatología significativa de TEPT. Este dato puede indicar que el niño o niña presenta otra sintomatología postraumática diferente del TEPT o que existan factores de resiliencia que protejan al/la menor de las consecuencias psicopatológicas del maltrato.

## 17.2. LIMITACIONES.

La presente investigación también cuenta con limitaciones, algunas de las cuales se detallan a continuación.

En primer lugar, se ha de señalar que hubiera sido muy deseable poder contar con un mayor número de participantes, con el fin de aumentar la potencia de las pruebas estadísticas y verificar los resultados obtenidos.

En segundo lugar, los/as menores que han formado parte de este estudio pertenecen a una muestra clínica grave, ya que se ha valorado el TEPT en aquellos/as derivados a nuestro servicio de atención psicológica por presentar alteraciones emocionales y/o comportamentales graves. Esto limita a la hora de generalizar los resultados, agravándose por la ausencia de un grupo control de población general o maltratada sin graves problemas.

Por otra parte, se ha de resaltar la falta de una delimitación precisa en cuanto a los tipos de maltrato sufridos por los/as menores. En este sentido, no se ha contado con dos grupos puros, uno de exposición a violencia de género y otro de maltrato directo, sino que existía una amplia comorbilidad entre las formas de maltrato en las dos submuestras utilizadas. Se pone de relieve nuestras dificultades para recoger información sobre los tipos, el tiempo y la intensidad del maltrato, ya que en el grupo de violencia de género son las madres las que reflejan su percepción (con el sesgo que esto conlleva) y en el grupo de menores tutelados, son los informes de los técnicos del Servicio del Menor y los propios terapeutas de los/as menores los que informan sobre este tema. Este problema es un fiel reflejo además de la ambigüedad y falta de consenso conceptual acerca de la violencia y el maltrato directo o indirecto a la infancia entre investigadores y comunidad en general, lo que contribuye, como apuntan otros autores (Duarte, 2007) a una pobre investigación y progreso científico en esta área. Se ha puesto de manifiesto, por tanto, la conexión entre la violencia de género y otras formas de malos tratos a la infancia, constatado a lo largo de la extensa bibliografía (Edleson, 1999; Lee et al., 2004; McGuigan y Pratt, 2001; Straus et al., 1980). Esto ha supuesto una limitación a la hora de estudiar la relación entre la sintomatología TEPT y el maltrato sufrido.

Con respecto a la experiencia que los niños y niñas refieren como acontecimiento traumático también hemos de señalar dificultades. Por un lado no ha sido posible integrar los temas elegidos por los/as menores de los dos grupos en unas mismas categorías, y por otro, tampoco se ha reflejado de manera precisa el tiempo acontecido desde el evento, especialmente debido al tipo de acontecimiento, que suele ser crónico.

Otra de las limitaciones del presente trabajo está relacionada con el instrumento de medida utilizado para evaluar la sintomatología del TEPT, el CPSS de Foa et al., (2001). Es una escala que refleja los síntomas del DSM-IV, que son poco sensibles a la presentación de este trastorno en la infancia. Por otro lado, en la actualidad este instrumento no considera puntos de corte para establecer el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (Bustos et al., 2009; Foa et al., 2001), por lo que no se disponen de baremos en ninguna población, lo que dificulta la comparación de nuestros resultados. Además, no ha sido empleado en estudios equivalentes al nuestro, la mayoría de trabajos publicados con esta escala están realizados con menores americanos, no encontrándose ninguna investigación en nuestro país.

Siguiendo con el tipo de evaluación realizada, se ha de señalar que en la valoración del TEPT sólo nos hemos basado en una prueba de autoinforme, sin recoger datos sobre el evento traumático y la sintomatología TEPT de otros informantes como padres u otros cuidadores principales. Por tanto, puede que la información que disponemos de los/as menores esté subestimada debido a las dificultades que presentan a la hora de hablar sobre sus experiencias traumáticas.

Tampoco se han tenido en cuenta en este trabajo las variables que pueden actuar como protectoras (apoyo social, figura de resiliencia, autoestima...etc.), no se han evaluado otras consecuencias psicopatológicas del maltrato en estos/as menores aparte del TEPT, ni se ha medido el estrés postraumático en varios momentos.

### 17.3. APORTACIONES

Como se ha puesto de relieve hasta ahora, a pesar de las limitaciones de la presente investigación, ésta responde a varias de las necesidades actuales en el campo del TEPT infantil.

Se ha ofrecido una estimación precisa sobre la prevalencia de la sintomatología y Trastorno por Estrés Postraumático en una muestra de menores que han sufrido maltrato intrafamiliar, utilizando varios criterios psicométricos y clínicos.

Además, nuestro trabajo es pionero en apoyar la validez de los criterios alternativos (1PI-1EV-2HI) en comparación con el diagnóstico del DSM-IV-TR en menores de edad escolar en nuestro país.

Se convierte en el primer estudio riguroso con menores españoles que utiliza como instrumento de medida el CPSS de Foa.

Una de las grandes aportaciones de este trabajo es que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de menores que han sido expuestos a violencia de género y los/as que se encuentran tutelados en relación a sintomatología de TEPT. Cabe destacar las implicaciones tanto a nivel clínico como jurídico que pueden tener estos datos. En este sentido, se evidencia la necesidad de continuar y mejorar las intervenciones psicológicas y los recursos por parte de las instituciones destinados a estos/as menores. Esto es especialmente importante con los niños y niñas que son testigos en su hogar de la violencia que su padre ejerce sobre su madre, ya que está extendida la idea de que estos niños y niñas presentan menor psicopatología que los/as que han recibido maltrato directo y se encuentran separados de su familia de origen. De hecho, estos datos pueden servir de apoyo a la idea de que la violencia de género podría ser considerada como una forma más de maltrato infantil, ya que se ha puesto de relieve que conlleva repercusiones psicológicas similares a las del maltrato directo.

#### 17.4. RETOS PARA EL FUTURO

Se han encontrado en este estudio algunos resultados inesperados y que no coinciden con la literatura existente, mereciendo análisis más detallados en estudios futuros. Las líneas de investigación futuras que se plantea nuestro equipo de trabajo a partir de los datos hallados aquí se exponen a continuación:

- Elevar el tamaño de la muestra.
- Recoger información más precisa sobre el tipo, intensidad y tiempo de exposición al maltrato, validando los instrumentos empleados.
- Aunar criterios para categorizar las experiencias traumáticas y registrar de forma más precisa el tiempo acontecido desde el evento traumático.

- Emplear la escala CPSS en otro tipo de muestras (maltratados/as que no son remitidos al servicio, menores pediátricos, población general, menores con otro tipo de evento traumático como enfermedades crónicas o accidentes de tráfico...etc.), con el objetivo de obtener datos baremados en población infantil española.
- Recoger información sobre sintomatología TEPT de otras fuentes, como los cuidadores principales.
- Corroborar las diferencias encontradas en sintomatología TEPT entre chicos y chicas.
- Hacer seguimiento y valorar a lo largo del tiempo el TEPT.
- Elegir un instrumento adecuado para recoger información sobre TEPT de los niños y niñas con edades inferiores a los 8 años.
- Tener en cuenta otras variables mediadoras, además del sexo y la edad.
- Tener en cuenta variables de resistencia a la adversidad como la resiliencia, autoeficacia y/o autoestima.
- Estudiar la comorbilidad del TEPT con otra sintomatología (ansiedad, depresión, ira...etc.) en estos/as menores.
- Valorar si estos niños y niñas presentan Trastorno del Trauma del Desarrollo, además o en lugar de sintomatología TEPT.

#### 17.5. CONSIDERACIONES PERSONALES:

El área del TEPT infantil supone un reto para los profesionales que trabajamos con menores. Como se sugiere en los parámetros propuestos recientemente sobre este tema por la AACAP (2010), para realizar una evaluación exhaustiva del TEPT se requiere por parte del evaluador determinados conocimientos sobre el trastorno y adecuadas habilidades terapéuticas con niños/as y adolescentes, tal vez en mayor medida que para cualquier otro trastorno. Mi experiencia clínica confirma esta idea. Durante el proceso de evaluación de las consecuencias que las experiencias traumáticas tienen en los/as menores, me he encontrado con numerosas dificultades, ya que es un momento doloroso tanto para el/la menor como para el/la terapeuta (se niegan a hablar sobre el tema, te desafían verbalizando que es un asunto familiar y a ti no te importa, se bloquean, están embotados/as, reaccionan con un gran malestar y ansiedad, se ponen a llorar desconsoladamente...etc.). Por todo ello, resalto la importancia y la necesidad de una



adecuada formación y conocimiento de este tema por parte de los profesionales que trabajan en este sector, y también desde los ámbitos de Educación y Sanidad, con el fin de detectar precozmente y realizar una derivación apropiada a un servicio específico y especializado de atención psicológica para menores maltratados.

A pesar de las dificultades que nos encontramos, resulta imprescindible comentar la “suerte” que tenemos los/as que nos dedicamos a este tema, ya que fomentar la verbalización de la experiencia traumática vivida por parte de los/as menores y la elaboración de su historia personal en un entorno seguro, facilita que puedan “cerrar esa grave herida” y mirar hacia el futuro con mayor esperanza, “cortando” el ciclo de violencia y previniendo futuros problemas.

Esta investigación justifica y pone de relieve la necesidad de que continúen existiendo servicios especializados para los/as menores que han tenido que pasar por una experiencia tan traumática como la violencia en su propio hogar. El equipo de trabajo al que pertenezco, liderado por la Dra. López-Soler, lleva una gran andadura en el área de la infancia y especialmente del maltrato infantil, desarrollando protocolos de evaluación y tratamiento psicológicos para menores tutelados (2007) y víctimas de violencia de género (2009), con el objetivo de disminuir las consecuencias postraumáticas derivadas de la violencia familiar en los/as menores. Este trabajo ha sido desarrollado en parte gracias a la sensibilización de la Administración Regional, que sigue confiando en nuestro grupo para llevar proyectos de tal envergadura. Por este motivo, seguimos trabajando con interés y entusiasmo tanto en el contexto clínico como de investigación, con el objetivo (después del bienestar de los/as menores) de compartir con otros profesionales y personas relacionadas con esta área nuestros avances al respecto. En este sentido, considero oportuno resaltar desde aquí la necesidad de proporcionar más recursos especializados para los hijos e hijas de mujeres que son víctimas de violencia de género, ya que hemos podido comprobar que las consecuencias en Estrés Postraumático son similares a las de los/as menores que sufren maltrato directo.

Es importante poner de relieve que este estudio resulta pionero en el área del TEPT en menores maltratados, que tengamos conocimiento, en España.

Por último, añadir que este trabajo me sirve de estímulo para continuar en este camino, ya que como apunto al inicio de este proyecto “Los niños y niñas son mensajes vivientes que enviamos al futuro”.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AACAP Official Action (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 4–26.
- AACAP Official Action (2010). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49 (4), 414- 430.
- AAFP Home Study Self Assessment (1996). *La Violencia en la Familia*. Barcelona. Edición Española, 13-46.
- Aaron, J., Zaglul, H. y Emery, R.E. (1999). Posttraumatic stress in children following acute physical injury. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 335-343.
- Abenhaim, L., Dab, W. y Salmi, L.R. (1992). Study of civilian victims of terrorist attacks (France 1982-1987). *Journal of Clinical Epidemiology*, 54,103-109.
- Abrahams, C. (1994). *The hidden victims Children and domestic violence*. London: NCH Action for Children.
- Achenbach, T.M., y Edelbrock, C.S. (1983). *Manual of Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., French, S. y Story, M. (2001). Binge and purge behavior among adolescents: Associations with sexual and physical abuse in a nationally representative sample: The Commonwealth Fund survey. *Child Abuse & Neglect*, 25(6), 771-785.
- Ackerman, P. T., Newton, J. E., McPherson, W. B., Jones, J. G. y Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*, 22 (8), 759-774.
- Adams, C.M. (2006). The Consequences of Witnessing Family Violence on Children and Implications for Family Counsellors. *The Family Journal: Counselling and Therapy for Couples and Families*, 14 (4), 334-341.
- Adamson, J. L. y Thompson, R. A. (1998). Coping with interparental verbal conflict by children exposed to spouse abuse and children from nonviolent homes. *Journal of Family Violence*, 13, 213–232.
- Affleck, G. y Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity; Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 64, 899- 922.
- Aguilar, L. (2008). La exposición a la violencia de género en el ámbito familiar: una forma de maltrato infantil. Federación de asociaciones de mujeres separadas y divorciadas.
- Ahern, J., Galea, S., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J. y Vlahov, D. (2002). Television images and psychological symptoms after the September 11 terrorist attacks. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 65, 289–300.

- Alberto, I. M. (2004). *Maltrato e trauma na infância*. Coimbra: Almedina.
- Allen, J.R., Heston, J., Durbin, C. y Pruitt, D.B. (1998). Stressors and development: a reciprocal relationship. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7 (1), 1-17.
- Allwood, M. A., Bell-Dolan, D. y Husain, S. A. (2002). Children's trauma and adjustment reactions to violent and nonviolent war experiences. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 450-457.
- Amaya-Jackson, L. y March, J.S. (1995). *Posttraumatic stress disorder*. In March, J.S. (Ed). Anxiety disorder in children and adolescents (pp 279-299). New York: Guilford Press.
- Amdur, R. y Liberzon, I. (2001). The structure of posttraumatic stress disorder symptoms in combat veterans: A confirmatory factor analysis of the impact of event scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 15 (4), 345-357.
- American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect (1998). The role of the pediatrician in recognizing and intervening on behalf of abused women. *Pediatrics*, 101(6), 1091-1092.
- American Psychiatric Association (APA) (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1<sup>o</sup> ed.) Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2<sup>o</sup> ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>o</sup> ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>o</sup> ed. rev.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>a</sup> ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>o</sup> ed. rev.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (2010). *DSM-V Development*. Disponible en [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)
- Amir, M., Kaplan, Z. y Zotler, M. (1996). Type of trauma, severity of post-traumatic stress disorder core symptoms, and associated features. *Journal of General Psychology*, 123 (4), 341-351.
- Amorós, P., Palacios, J., Fuentes, N., León, E. y Mesas, A. (2003). *Familias canguro: Una experiencia de protección a la infancia*. Barcelona: Fundació La Caixa.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., S.R. Dube y 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.
- Anderson, T. (2005). *PTSD in children and adolescents*. Great Cities Institute Publication Number: GCP-05-04. University of Illinois at Chicago.
- Andrews, G., Corry, J., Slade, T., Issakidis, C. y Swanston, H. (2004). *Child sexual abuse*. In Ezzati, M., Lopez, A.D., Rodgers, A., Murray, C.J.L. (eds). Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors. Vol. 2. Geneva: World Health Organization, pp 1851-1940 (chapt 23).

- Andrykowski, M.A., Cordova, M.J., Studts, J. L. y Miller, T.W. (1998): Posttraumatic stress disorder after treatment for breast cancer: Prevalence of diagnosis and use of the PTSD Checklist-Civilian Version (PLC-C) as a screening instrument. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 586-590.
- Angold, A., Prendergast, M., Cox, A., Harrington, R., Simonoff, E. y Rutter, M. (1995). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Psychological Medicine*, 25, 739-753.
- Angold, A. y Costello, E.J. (2000). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (1), 39-48.
- Angold, A. y Egger, H. (2004). *Psychiatric diagnosis in preschool children*. In DelCarmen-Wiggins, R. y Carter, A. (ed.) (pp 123-139), *Infant, Toddler, and Preschool Mental Health Assessment*. New York: Oxford University Press.7
- Appel, A. E. y Holden, G. W. (1998). The co-occurrence of spouse and physical child abuse: A review and appraisal. *Journal of Family Psychology*, 12 (4), 578-599.
- Araña, M., Bussé i Oliva, D. y Pedreira, J.L. (2006). Síntomas restrictivos del actual criterio 'C', TEPT- DSM.: un problema clínico, psicopatológico, forense. *Revista Internauta de Práctica Jurídica*, 17, 1-11.
- Arillo, A., Aguinaga, I. y Guillén, F. (1998). Prevalence of mental diseases in women o fan urbana area. *Atención Primaria*, 21 (5), 265-269.
- Arroyo, A. (2002). Mujer maltratada y trastorno por estrés postraumático. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 29 (2), 77-82.
- Arruabarrena, M. I. y De Paúl, J. (1994). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Arruabarrena, M. I. y de Paul, J. (1999). *Maltrato a los niños en la familia: evaluación y tratamiento*. pp. 29-35. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Arthur, R.J. y McKenna, G.J. (1989). *Survival under conditions of extreme stress*. In F. Flach (Ed.), *Stress and its Management* (pp. 15-25). New York: Norton.
- Asmundson, G., Frombach, I., McQuaid, J., Pedrelli, P., Lenox, R. y Stein, M. (2000). Dimensionality of posttraumatic stress symptoms: A confirmatory factor analysis of DSM-IV symptoms clusters and other symptom models. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 203-214.
- Asmundson, G., Stapleton, J. y Taylor, S. (2004). Are avoidance and numbing distinct PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 17 (6), 467-475.
- Avia, M. D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid. Alianza.
- Ayuso, J.L. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Báguena, M.J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*, 13 (3), 479-492.
- Baker, J.A. (2006). Contributions of teacher-child relationship to positive school adjustment during elementary school. *Journal of School Psychology*, 44, 211-229.
- Balaban, V. (2006). *Psychological assessments of children in disasters and emergencies*. *Disasters*, 30, 178-198.
- Baldry, A.C. (2003). Bullying in Schools and Exposure to Domestic Violence. *Child Abuse & Neglect*, 27 (7), 713-32.
- Ballenger, J., Davidson, J., Lecrubier, Y. (2000). Focus on posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (suplem 5), 3-12.

- Ballif-Spanvill, B., Clayton, J.C., Hendrix, M. y Hunsaker, M. (2004). Individual Differences in the Use of Violent and Peaceful Behavior in Peer Conflicts among Children Who Have and Have Not Witnessed Interparental Violence. *Journal of Emotional Abuse, 4* (2), 101-123.
- Bancroft, L. y Silverman, J. (2002). *The Batterer as Parent: Addressing the Impact of Domestic Violence on Family Dynamics*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Banyard, V.L., Williams, L.M. y Siegel, J.A. (2001). The long-term mental health consequences of child sexual abuse: an exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 697-715.
- Barlow, D. H. (1993). Avances en los trastornos por ansiedad. *Psicología conductual, 1*, 291-300.
- Barnett, D., Manly, J. T. y Cicchetti, D. (1993). *Defining child maltreatment: The interface between policy and research*. In Cicchetti, D. y Toth, S. L (Eds.). Child abuse, child development, and social policy (pp. 7-74). Norwood, NJ: Ablex.
- Barret, J.E., Rose, R.M. y Klerman, G.L. (1979). *Stress and Mental Disorder*. New York: Raven Press.
- Barreto, P.L. y Suárez, O.E. (1996). Maltrato de niños y adolescentes: una perspectiva internacional. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 121*, 123-137.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós.
- Barudy, J. (2004). *Los puntos de encuentro: criterios para regular y acompañar las visitas de niños y niñas a sus padres o madres*. Barcelona: Instituto de Formación e Investigación acción sobre la violencia y sus consecuencias. Document intern. No publicat.
- Bates, M.P. (2001). The Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS): review and current status. *Clinical Child and Family Psychology Review, 4* (1), 63-84.
- Becker-Blease, K.A. y Freyd, J.J. (2005). Beyond PTSD: An Evolving Relationship Between Trauma Theory and Family Violence Research. *Journal of Interpersonal Violence, 20* (4), 403-411.
- Belsky, J. (1993). Etiology of Child Maltreatment: A Developmental-Ecological Analysis. *Psychological Bulletin, 114* (3), 413-434.
- Bensley, L. S., Van Eenwyk, J., Spieker, S. J. y Schoder, A. J. (1999). Self-reported abuse history and adolescent problem behaviors. I. Antisocial and suicidal behaviors. *Journal of Adolescent Health, 24* (3), 163-172.
- Benyakar, M. (1997). Definición, Diagnóstico y Clínica del Estrés y el Trauma. *Revista electrónica Psiquiatría.com, 1* (43).
- Berger, L. M. (2005). Income, family characteristics, and physical violence toward children. *Child Abuse & Neglect, 29* (2), 107-133.
- Bernat, J. A., Ronfeldt, H. M., Calhoun, K. S. y Arias, I. (1998). Prevalence of traumatic events and peritraumatic predictors of posttraumatic stress symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 645-664.
- Bernstein, D.P., Ahluvalia, T., Pogge, D. y Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36* (3), 340-348.

- Besharov, D. J. (1981). Toward better research on child abuse and neglect: Making definitional. *Child Abuse & Neglect*, 5 (4), 383-390.
- Bethea, L. (1999). Primary prevention of child abuse. *American Family Physician*, 59, 1577-1585.
- Billingsley, A. (1964). The role of the social worker in a child protective agency. *Child Welfare*, 43, 472-492.
- Bird, H.R., Schwab-Stone, M., Andrews, H., Goodman, S.H., Dulcan, M. y Richters, J. (1996). Global measures of impairment for epidemiologic and clinical use with children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatry Research*, 6, 295-307.
- Bird, H.R., Davies M., Fisher, P., Narrow, W.E., Jensen, P.S. y Hoven, C.W. (2000). How specific is specific impairment? *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (9), 1182-1189.
- Bird, H.R., Canino, G., Davies, M., Ramirez, R., Chavez, L. y Duarte, C.S. (2005). The Brief Impairment Scale (BIS): A multidimensional scale of functional impairment for children and adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44 (7), 699-707.
- Birleson, P. (1981). The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: a research report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 22, 73-88.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J. y McKenzie Neer, S. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED). Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 545-553.
- Black, D., Harris-Hendricks, K. y Kaplan, T. (1992). Father kills mother: Post-Traumatic Stress Disorder in the children. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 152-157.
- Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagi, L.N., Kaloupek, D.G. Klauminzer, G., Charney, D.S. y Keane, T.M. (1990). A clinical rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *Behavior Therapist*, 18, 187-188.
- Blake, D.D. (1994). Rationale and Development of the Clinician Administered PTSD Scale. *PTSD Research Quarterly*, 5 (2), 12.
- Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Taylor, A.E. y Loos, W.R. (1995). Psychiatric morbidity associated with motor vehicle accidents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183 (8), 495-504.
- Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Barton, K.A., Taylor, A.E., Loos, W.R. y Jones-Alexander, J. (1996). One-year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 775- 786.
- Blanchard, E.B., Buckley, T., Hickling, E. y Taylor, A. (1998). Posttraumatic stress disorder and comorbid major depression: Is the correlation an illusion? *Journal of Anxiety Disorders*, 12 (1), 21-37.
- Blanchard, E. B., Rowell, D., Kuhn, E., Rogers, R. y Wittrock, D. (2005). Posttraumatic stress and depressive symptoms in a college population one year after the September 11 attacks: The effect of proximity. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 143-150.
- Blaney, P. H. y Ganellen, R. J. (1990). *Hardiness and social support*. In Sarason L.G., Sarason, I. and Pierce, G. (Eds). *Social support: an international view* (pp 297-318). New York: Wiley Press.

- Boals, A. y Hathaway, L.M. (2010). The importance of the DSM-IV E and F criteria in self-report assessments of PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 161-166.
- Bogart, G. A., DeJonghe, E., Levendosky, A. A., Davidson, W. S., y von Eye, A. (2006). Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. *Child Abuse & Neglect*, 30 (2), 109-125.
- Bolger, K. E., y Patterson, C. J. (2001a). Developmental pathways from child maltreatment to peer rejection. *Child Development*, 72, 549-568.
- Bolger, K. E., y Patterson, C. J. (2001b). Pathways from child maltreatment to internalizing problems: Perceptions of control as mediators and moderators. *Development and Psychopathology*, 13, 913-940.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Boris, N.W., Zeanah, C.H., Larrieu, J.A., Scheeringa, M.S. y Heller, S.S. (1998). Attachment Disorders in Infancy and Early Childhood: A Preliminary Investigation of Diagnostic Criteria. *American Journal of Psychiatry*, 155, 295-297.
- Bowker, L.H., Arbitell, M. y McFerron, J.R. (1988). *On the relationship between wife beating and child abuse*. In K. Yllo y M. Bograd (Eds.), *Feminist perspectives on wife abuse* (pp. 158-174). Newbury Park, CA: Sage.
- Boyer, B.A., Tollen, L.G. y Kafkalas, C. (1998). A pilot study of posttraumatic stress disorder in children and adolescents with spinal cord injury. *SCI Psychosocial Process*, 11, 75-81.
- Boyer, B.A., Kafkalas, C., Tollen, L. y Swartz, M. (1999a). A pilot study of posttraumatic stress in families with a pediatric spinal cord injury. Proceedings of the Society of Behavioral Medicine's Twentieth Annual Meeting. *Annals of Behavioral Medicine*, 21 (S033).
- Boyer, B.A., Kafkalas, C., Tollen, L. y Swartz, M. (1999b). PTSD and pediatric SCI: Patterns among patients, mothers, and fathers. *SCI Psychosocial Process*, 12, 102-103.
- Boyer, B.A., Knolls, M.L., Kafkalas, C.M. y Tollen, L.G. (2000). Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Patients with Pediatric Spinal Cord Injury: Relationship to Functional Independence. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 6 (suppl):125-133.
- Brady, K.T. (1997). Posttraumatic Stress Disorders and Comorbidity: Recognising the Many Faces of PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (supp 9), 12-15.
- Brady, K.T., Killeen, T., Brewerton, T. y Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorder and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (supl 5), 3-12.
- Bravo, A., y Fernández del Valle, J. (2003). Las redes de apoyo social de los adolescentes acogidos en residencias de protección. Un análisis comparativo con población normativa. *Psicothema*, 15 (1), 136-142.
- Bremner, J.D., Davis, M., Southwick, S.M., Krystal, J.H. y Charney, D.S. (1994). *The neurobiology of posttraumatic stress disorder*. In R.S. Pynoos (Ed.), *Posttraumatic Stress Disorder: A Clinical Review* (pp 43-64). Lutherville: Sidran Press.
- Bremner, J.D. (2000). *Neurobiology of posttraumatic stress disorder*. In G. Fink (Ed.), *Encyclopedia of Stress*, 3 (pp. 186-191). New York: Academic Press.

- Bremner, J.D., Narayan, M., Anderson, E.R., Staib, L.H., Miller, H.L. y Charney, D.S. (2000). Hippocampal volume reduction in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 157, 115-118.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P. y Peterson, E. (1991). Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults. *Archives of General Psychiatry*, 48 (3), 216-222.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., Peterson, E. L. y Schultz, L. R. (1997). Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1044-1048.
- Breslau, N., Davis, G.C., Peterson, E.L y Schultz, L. (1997). Psychiatryc sequeale of posttraumatic stress disorder in women. *Archives of General Psychiatry*, 54, 81-87.
- Breslau, N. (1998). *Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder*. In R. Yehuda (Ed.), *Psychological trauma* (pp. 1-29). Washington: American Psychiatric Press.
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chicoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C. y Andreskip, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C., Peterson, E. L. y Lucia, V. C. (1999). Vulnerability to assaultive violence: Further specification of the sex difference in post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 29, 813-821.
- Breslau, N., Chilcoat, H.D., Kessler, R.C. y Davis, G.C. (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects on subsequent trauma: results from the Detroit Area survey of trauma. *American Journal of Psychiatry*, 156, 902-907.
- Breslau, N. y Anthony, J. C. (2007). Gender differences in the sensitivity to posttraumatic stress disorder: An epidemiological study of urban young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 607-611.
- Brett, E., Spitzer, R. y William, J. (1988). DSM-III-R criteria for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1232-1236.
- Brett, E.A. (1996). *The classification of posttraumatic stress diosrder*. In B.A. Van der Kolk, A.C. McFarlane y L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. pp. 117.128. New York: Guilford Press.
- Brewin, C.R. (1989). Cognitive change processes in psychotherapy. *Psychological Review*, 96 (3), 379-394.
- Brewin, C.R., Dalgleish, T. y Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103 (4), 670-686.
- Brewin, C.R., Andrews, B. y Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consult Clinical Psychology*, 68, 748-66.
- Brewin, C.R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 373-393.
- Brewin, C.R. y Holmes, E.A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 339-376.
- Brewin, C. R., McNally, R. J. y Taylor, S. (2004). Point-counterpoint: two views of traumatic memories and post-traumatic stress disorder. *Journal of Cognitive psychotherpay*, 18, 99-114.
- Briere, J. (1984). *The effects of childhood sexual abuse on later psychological functioning: Defining a post-sexual abuse syndrome*. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada.



- Briere, J. (1987). Post-sexual abuse trauma: Data and implications for clinical practice. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 367-379.
- Briere, J. (1988). Long-term clinical correlates of childhood sexual victimization. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 528, 327-334.
- Briere, J. (1992). *Child abuse trauma: theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park, CA: Sage.
- Briere, J. (1996). *Trauma symptoms checklist for children (TSCC): Professional manual*, Psychological Assessment Resources. Florida: Odessa.
- Briere, J., Woo, R., McRae, B. Foltz, J. y Sitzman, R. (1997). Lifetime victimization history, demographics, clinical status in female psychiatric emergency room patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 95-101.
- Briere, J., Johnson, K., Damon, L., Bissada, A., Crouch, J., Gil, E., Hanson, R. y Ernst, V. (2000). *The Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): Reliability and predictive data from a multi-site study*. Paper presented at the San Diego Conference on Responding to Maltreatment, San Diego, CA.
- Briere, J., Johnson, K., Bissada, A., Damon, L., Crouch, J., Gil, E., Hanson, R. y Ernst, V. (2001). The Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): Reliability and association with abuse exposure en a multi-site study. *Child Abuse & Neglect*, 8 (25), 1001-1014.
- Briere, J. (2005). *Trauma Symptom Checklist for Young Children*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Broman-Fulks, J. J., Ruggiero, K. J., Green, B. A., Kilpatrick, D. G., Danielson, C. K., Resnick, H. S. y Saunders, B.E. (2006). Taxometric investigation of PTSD: Data from two nationally representative samples. *Behavior Therapy*, 37, 364-380.
- Broman-Fulks, J.J., Ruggiero, K.J., Green, B.A., Smith, D.W., Hanson, R.F., Kilpatrick, D.G., Saunders, B.E. (2009). The Latent Structure of Posttraumatic Stress Disorder Among Adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (2), 146-152.
- Bross, D.C., Miyoshi, T.J., Miyoshi, P.J. y Krugman, R.D. (2000). *World perspectives on child abuse: the fourth international resource book*. Denver, CO: Kempe Children's Center. University of Colorado School of Medicine.
- Brown, D.P. y Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and hypnoanalysis*. Hillsdale, NJ: L. Eribaum Associates.
- Brown, G.W. y Harris, T. O. (1989). *Life events and illness*. New York: Guilford.
- Brown, P.J. y Wolfe, J. (1994). Substance abuse and post-traumatic stress disorder comorbidity. *Drug and Alcohol Dependence*, 35, 1, 51-59.
- Brown, R. T., Fuemmeler, B., Anderson, D., Jamieson, S., Simonian, S., Kneuper Hall, R. y Brescia, F. (2007). Adjustment of Children and Their Mothers with Breast Cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 32 (3), 297-308.
- Brown, R. T., Madan-Swain, A. y Lambert, R. (2003). Posttraumatic stress symptoms in adolescent survivors of childhood cancer and their mothers. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 309-318.
- Bryant, B., Mayou, R., Wiggs, L., Ehlers, A. y Stores, G. (2004). Psychological consequences of road traffic accidents for children and their mothers. *Psychological Medicine*, 34 (2), 335-346.

- Buckley, T., Blanchard, E. y Hickling, E. (1998). A confirmatory factor analysis of posttraumatic stress symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 36 (11), 1091-1099.
- Buendía, J. (1993). *Estrés y Psicopatología*. Madrid: Pirámide.
- Buka, S.L., Seldner-O'Hagan, M., Kindlon, D. y Earls, E. (1996). *My exposure to violence and my child's exposure to violence*. Unpublished manual, Harvard School of Public Health, Boston.
- Buka, S. L., Stichick, T. L., Birdthistle, I. y Earls, F. J. (2001). Youth exposure to violence: Prevalence, risks, and consequences. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 298-310.
- Burgess, A. W. y Holmstrom, L. L. (1974). The rape trauma syndrome. *American Journal of Psychology*. 131, 981-986.
- Burns, B. J., Phillips, S. D., Wagner, H. R., Barth, R. P., Kolko, D. J., Campbell, Y. y Landsverk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youth involved with child welfare: A national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 960-970.
- Bustos, P., Rincón, P. y Aedo, J. (2009). Validación Preliminar de la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Child PTSD Symptom Scale, CPSS) en Niños/as y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual. *Psykhé*, 18 (2), 113-126.
- Busuttill, W. (2009). Complex post-traumatic stress disorder: a useful diagnostic framework? *Psychiatry*, 8 (8), 310-314.
- Calcedo, A. (2000). *Concepto de trastorno de estrés postraumático*. En J. Bobes, M. Bousoño, A. Calcedo y M. P. González. *Trastorno de Estrés Postraumático* (pp. 1-17). Barcelona: Masson.
- Caldwell, R.A. (2004). *The costs of child abuse vs. child abuse prevention: Michigan's experience; 1992*. Disponible en: <http://www.msu.edu/user/bob/cost.html>.
- Calhoun L.G. y Tedeschi, R. G. (1998), *Posttraumatic growth: future directions*. In Tedeschi R.G., Park C.L., Calhoun L.G., (eds.) *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis*. (pp 215-238). Lawrence Erlbaum Associates Publishers: Mahwah, N.J.
- Calhoun, L.G. (1998). Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice and research. *Journal of Social Issues*, 54, 357-371.
- Campbell, J., Snow Jones, A., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., Carlson, A. y Wynne, C. (2002). Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. *Archives of Internal Medicine*, 162, 1157-1163.
- Cannon, W.B. (1932). *The wisdom of the body*. New York: W.W. Norton.
- Cantón, J. y Cortés, M. R. (1998). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Cantón, J. y Cortés, M. R. (2000). *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*. Madrid: Pirámide.
- Card, J. (2005). *Posttraumatic Stress Disorder in Children Exposed to Domestic Violence: Parental versus Self-report*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 66, (3-B).

- Cardeña, E., Lewis-Fernández, R., Bear, D., Pakianathan, I. y Spiegel, D. (1996). *Dissociative disorders*. In American Psychiatric Association (ed.), *DSM-IV sourcebook*, Vol. 2. Washington, D.C.
- Carlson, E. B. (1997). *Trauma assessments. A clinician's guide*. New York: Guilford Press.
- Carlson, B. E. (2000). Children exposed to intimate partner violence: Research findings and implications for intervention. *Trauma, Violence and Abuse*, 1 (4), 321- 340.
- Carmines, E.G. y Zeller, R.A. (1979). *Reliability and Validity Assessment*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Carpenter, G. L. y Stacks, A. M. (2009). Developmental effects of exposure to intimate partner violence in early childhood: a review of the literature. *Children and Youth Services Review*, 31, 831–839.
- Carrion, V.G., Weems, C.F., Ray, R. y Reiss, A.L. (2002). Toward an empirical definition of pediatric PTSD: the phenomenology of PTSD symptoms in youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 166-173.
- Carver, C. S. (1998). Generalization, adverse events, and development of depressive symptoms. *Journal of Personality*, 66, 607-619.
- Casanueva, C., Martin, S. y Runyan, D. (2009). Repeated reports for child maltreatment among intimate partner violence victims: Findings from the National Survey of Child and Adolescent Well-Being. *Child Abuse & Neglect*, 33, 84–93.
- Catani, C., Schauer, E., Elbert, T., Missmahl, I., Bette, J.P. y Neuner, F. (2009). War Trauma, Child Labor, and Family Violence: Life Adversities and PTSD in a Sample of School Children in Kabul. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (3), 163–171.
- Cawson, P., Wattam, C., Brooker, S. y Kelly, G. (2000). *Child Maltreatment in the United Kingdom: A Study of the Prevalence of Child Abuse and Neglect*. London: National Society for the Prevention of Cruelty to Children.
- Cawson P. (2002). *Child Maltreatment in the Family: The experience of a national sample of young people*. London: National Society for the Prevention of Cruelty to Children.
- Cazabat, E. (2001). Trastorno por estrés postraumático. Criterios diagnósticos. *Psicología on line*, 2.
- Cebrian, D., Mingote, J.C., Isla, I., Ruiz, F. y Jurado, R. (2009). El TEPT crónico como enfermedad sistémica relacionada con el estrés. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 91, 7-18.
- Centro Reina Sofía (2002). *Maltrato Infantil en la familia*. España (1997/1998). Valencia: Serie documentos 4.
- Centro Reina Sofía. (2007) *Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y legislación*. En: <http://www.centroreinasofia.es/informe/11Informe.pdf>
- Cerezo, M. A. (1995). El impacto psicológico del maltrato: primera infancia y edad escolar. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 135-157.
- Cerezo, M. A., Más, E. y Simó, S. (1998). *Análisis y evaluación de los indicadores de riesgo en situaciones de maltrato infantil*. (Memoria final de proyecto). Dirección General de Servicios Sociales. Generalitat Valenciana. Valencia.
- Chaffin, M., Kelleher, K. y Hollenberg, J. (1996). Onset of physical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse & Neglect*, 20 (3), 191-203.

- Chemtob, C. y Carlson, J. (2004). Psychological effects of domestic violence on children and their mothers. *International Journal of Stress Management*, 11, 309–326.
- Chernoff, R., Combs-Orme, T., Risley-Curtiss, C. y Heisler, A. (1994). Assessing the health status of children entering foster care. *Pediatrics*, 93, 594–601.
- Chiappe, V. (2000). *Clínica de los trastornos por ansiedad: estrés postraumático y trastorno de pánico*. En Grau A. y Meneghello J. (eds). *Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia* (pp 334-346). Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana.
- Children and War Foundation (1988). *The Children's Impact of Event's Scale (13) (CRIES-13)* (online). Available: [www.childrenandwar.org/CRIES-13.doc](http://www.childrenandwar.org/CRIES-13.doc)
- Christopoulos, C., Cohn, D. A., Shaw, D. S., Joyce, S., Sullivan-Hanson, J., Draft, S. P. y Emery, R. E. (1987). Children of abused women: I. Adjustment at time of shelter residence. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 611-619.
- Chu, J.A., Frey, L.M., Ganzel, B.L., Matthews, J.A. (1999). Memories of childhood abuse: dissociation, amnesia, and corroboration. *American Journal Psychiatry*, 156, 749–755.
- Chung, C.M., Easthope, Y., Farmer, S., Werrett, J. y Chung, C. (2003). Psychological sequelae: posttraumatic stress reactions and personality factors among community residents as secondary victims. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 265-270.
- Cicchetti, D. y Rizley, R. (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment. *New directions for Child Developmental*, 11, 31-55.
- Cicchetti, D. y Barnett, D. (1991). *Toward the development of a scientific nosology of child maltreatment*. In W. M. Grove y D. Cicchetti (Eds.), *Thinking clearly about psychology: Essays in honour of Paul E. Meehl*. Vol. 2. Personality and Psychopathology (pp. 346-377). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Cicchetti, D. y Toth, S. L. (1991). *A developmental perspective on internalizing and externalizing disorders*. In D. Cicchetti y S. L. Toth (Eds.). *Internalizing and externalizing expressions of dysfunction* (pp. 11–19). New York: Erlbaum.
- Cicchetti, D. y Lynch, M. (1995). *Failures in the expectable environment and their impact on individual development: The case of child maltreatment*. En D. Cicchetti y D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology, Volume 2. Risk, Disorder, and Adaptation*. New York: A Wiley-Interscience Publication.
- Cicchetti, D. y Toth, S.L. (1995). Developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (5), 541-565.
- Cicchetti, D. y Toth, S. L. (1997). *Developmental perspectives on trauma: Theory, research and intervention*. Rochester, NY: Rochester University Press.
- Clark, D.B., Lesnick, L. y Hegedus, A.M. (1997). Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol abuse and dependence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (12), 1744-1751.
- Clements, C.M., Oxtoby, C. y Ogle, R. L. (2008). Methodological Issues in Assessing Psychological Adjustment in Child Witnesses of Intimate Partner Violence. *Trauma, Violence & Abuse*, 9 (2), 114-127.
- Clemmons, J. C., Walsh, K., DiLillo, D. y Messman-Moore, T. L. (2007). Unique and Combined Contributions of Multiple Child Abuse Types and Abuse Severity to Adult Trauma Symptomatology. *Child Maltreatment*, 12, 172-181.

- Cohen, E. y Gadassi, R. (2009). Posttraumatic Stress Disorder in Young Children Exposed to Terrorism: Validation of the Alternative Diagnostic Criteria. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 2 (4), 229-241.
- Cohen, J. A. y Mannarino, A. P. (1996). Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1402-1410.
- Cohen, J.A. (1998). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 997-1001.
- Cohen, J. A. y Mannarino, A. P. (2000). Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 24 (7), 983-994.
- Cohen, J. A., Berliner, L. y Mannarino, A. P. (2000). Treating traumatizing children: A research review and synthesis. *Trauma, Violence & Abuse*, 1, 29-47.
- Cohen, J. A. y Scheeringa, M. S. (2009). Post-traumatic stress disorder diagnosis in children: challenges and promises. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11, 91-99.
- Cohen, S., Kessler, R. C. y Gordon, L. U. (1995). *Measuring stress*. New York: Oxford University Press.
- Cole, P. y Putnam, F. W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: a developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 174-184.
- Collins, S. y Long, A. (2003). Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health care workers – a literature review. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 10, 471-524.
- Colmenares, J. C., Martínez, O. y Quiles, I. (2007). *Perfil psicológico de quince hijos de mujeres víctimas del maltrato doméstico*. 8º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis.
- Comer, J.S. y Kendall, P.C. (2007). Terrorism: The psychological impact on youth. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14 (3), 179-212.
- Compas, B. E. (1987). Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, 7, 275-302.
- Compas, B. E., Orosan, P. G. y Grant, K. E. (1993). Adolescent stress and coping: implications for psychopathology during adolescence. *Journal of Adolescence*, 16, 331-349.
- Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) (1989). *Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989*. Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990, de conformidad con el artículo 49.
- Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) (2006). *Comité de los Derechos del Niño 42º período de sesiones, Observación General N° 8, 21 de agosto de 2006 (CRC/C/GC/8)*, Ginebra. Publicación de Naciones Unidas.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Landtree, Ch., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liataud, J., Mallah, K., Olafson, E. y van der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescent. *Psychiatric Annals*, 35 (5), 390-398.
- Cook-Cottone, C. (2000). *Connection and recovery: Posttraumatic stress disorder and school reintegration*. New Orleans, LA: National Association of School Psychologists.

- Cook-Cottone C. (2004). Childhood posttraumatic stress disorder: diagnosis, treatment, and school reintegration. *School Psychology Review*, 33 (1), 127-139.
- Cooley, M.R., Turner, S.M. y Beidel, D.C. (1995). Assessing community violence: the children's report of exposure to violence. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (2), 201- 208.
- Cooley, M.R., Boyd, R. C., Frantz, E. y Walsh, J. (2001). Emotional and behavioral impact of exposure to community violence in inner-city adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 199-206.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A. y Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64, 577-584.
- Copeland, W.E., Keeler, G., Angold, A. y Costello, J. (2010). Posttraumatic Stress without trauma in children. *American Journal of Psychiatry*, 167, 1059-1065.
- Copping, V. E. (1996). Beyond over- and under-control: Behavioral observations of shelter children. *Journal of Family Violence*, 11, 41-57.
- Corbalán, J. y Patró, R. (2003). *Consecuencias psicológicas de la violencia familiar: mujeres maltratadas e hijos de hogares violentos*. Conferencia invitada en las II Jornadas sobre Mujer y Salud: Interacción de los contextos familiar y laboral. Murcia, Mayo 2003.
- Corral, V.V., Frías, A.M., Romero, M. y Muñoz, A. (1995). Validity of a scale measuring beliefs regarding the "positive" effects of punishing children: A study of punishing children: A study of Mexican mothers. *Child Abuse & Neglect*, 19, 669-679.
- Cortina, L. M. y Kubiak, S. P. (2006). Gender and posttraumatic stress: Sexual violence as an explanation for women's increased risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 753-759.
- Costa, M. (2003). *De tal palo tal paliza*. Diario El País. Barcelona, 12 enero 2003.
- Costello, E.J., Erkanli, A., Fairbank, J.A. y Angold, A. (2002). The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence. *Journal of Traumatic Stress*, 15 (2), 99-112.
- Courtois, C.A. (1979a). *Characteristics of a volunteer sample of adult women who experienced incest in childhood and adolescence*. Dissertation Abstracts International, 40A, Nov-Dec, 3194-A.
- Courtois, C.A. (1979b). The incest experience and its aftermath. *Victimology: An International Journal*, 4, 337-347.
- Courtois, C.A. (1988). *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy*. New York: Norton.
- Creamer, M. (2000). Posttraumatic stress disorder following violence and aggression. *Agresión and Violent Behavior*, 5 (5), 431-449.
- Creamer, M., Burgess, P. y McFarlane, A.C. (2001). Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Psychological Medicine*, 31 (7), 1237-1247.
- Creighton S. (2004). *Prevalence and incidence of child abuse: International comparisons*. NSPCC Inform. disponible en: [http://www.nspcc.org.uk/inform/Info\\_Briefing/PrevalenceAndIncidenceOfChildAbuse.asp](http://www.nspcc.org.uk/inform/Info_Briefing/PrevalenceAndIncidenceOfChildAbuse.asp).

- Crittenden, P. M., Claussen, A. H. y Sugarman, D. B. (1994). Physical and psychological maltreatment in middle childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 6, 145-164.
- Cuffe, S. P., Addy, C. L., Garrison, C. Z., Waller, J. L., Jackson, K. L., McKeown, R. E. y Chilappagari, S. (1998). Prevalence of PTSD in a community sample of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 147-154.
- Cummings, E. M. (1998). *Children exposed to marital conflict and violence: Conceptual and theoretical directions*. In G. W. Holden, R. Geffner, & E. N. Jouriles (Eds.), *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Cummings, E. M. y Davies, P. T. (2002). Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (1), 31-63.
- Cunningham, A. y Baker, L. (2007). *Little Eyes, Little Ears: How Violence Against a Mother Shapes Children as They Grow*. Centre for Children & Families in the Justice System. Public Health Agency of Canada.
- Currie, C.L. (2006). Animal Cruelty by Children Exposed to Domestic Violence. *Child Abuse & Neglect*, 30 (4), 425-435.
- Cyrulnik, B. (2002). *Los patitos feos. La resiliencia: Una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.
- Dalgleish, T. y Power, M. J. (1995). *Theoretical approaches to Posttraumatic Stress Disorder: The SPAARS model*. In W. Yule *Post-Traumatic Stress Disorder. Concepts and Therapy*. pp. 209-216, London: Wiley.
- Dalgleish, T., Joseph, S., Thrasher, S., Tranah, T. y Yule, W. (1996). Crisis support following the Herald of Free Enterprise disaster: A longitudinal perspective. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 833-846.
- Dalgleish, T. (1999). *Cognitive theories of post-traumatic stress disorder*. In W. Yule (Ed.), *Post-Traumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy* (pp. 193-220). Chichester: John Wiley & Sons Ltda.
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive Approaches to Posttraumatic Stress Disorder: The Evolution of Multirepresentational Theorizing. *Psychological Bulletin*, 130 (2), 228-260.
- Dancu, C.V., Riggs, D.S., Hearst-Ikeda, D., Shoyer, B.G. y Foa, E.B. (1996): Dissociative experiences and posttraumatic stress disorder among female victims of criminal assault and rape. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 253-267.
- Darves-Bornoz, J.M., Lepine, J.P., Choquet, M., Berger, C., Degiovanni, A. y Gaillard, P. (1998). Predictive factors of chronic Post-traumatic stress disorder in rape victims. *European Psychiatry*, 12, 281-287.
- Davidson, J.R. y Smith, R.D. (1990). Traumatic experiences in psychiatric outpatients. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 459-476.
- Davidson, J.R., Hughes, D., Blazer, D.G. y George, L.K. (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychological Medicine*, 21, 713-721.
- Davidson-Arad, B., Englechin-Segal, D. y Wozner, Y. (2003). Short-term follow-up of children at risk: Comparison of the quality of life of children removed from home and children remaining at home. *Child Abuse & Neglect*, 27, 733-750.

- Davies, P.T. y Cummings, E.M. (1994). Marital Conflict and Child Adjustment: An Emotional Security Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 116 (3), 387-411.
- Davies, P.T., Harold, G.T., Goeke-Morey, M.C. y Cummings, E.M. (2002). Child emotional security and interparental conflict. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 67, 3 (serial nº270).
- Davies, P. T., Sturge-Apple, M. L. y Cummings, E. M. (2004). Interdependencies among interparental discord and parenting practices: The role of adult vulnerability and relationship perturbations. *Development and Psychopathology*, 16, 773-797.
- Davis, L. V., y Carlson, B. E. (1987). Observation of spouse abuse: What happens to the children? *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 278-291.
- Davis, L.V. y Siegel, L. (2000). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: a review and analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 135-154.
- De Bellis, M. D., Broussard, E. R., Herring, D. J., Wexler, S., Moritz, G. y Benitez, J. G. (2001). Psychiatric co-morbidity in caregivers and children involved in maltreatment: A pilot research study with policy implications. *Child Abuse & Neglect*, 25, 923-944.
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Shifflett, H., Iyengar, S., Beers, S. R., Hall, J. y Mortitz, G. (2002). Brain structures in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder: A sociodemographically matched study. *Society of Biological Psychiatry*, 52, 1066-1078.
- De Bellis, M. D. y van Dillen, T. V. (2005). Childhood posttraumatic stress disorder: An overview. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 745-772.
- De Paúl, J. (1995). *Trastorno por Estrés Postraumático*. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carrobes (Dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psi-quiátricos*. Vol. 1 (pp. 441-469). Madrid: Siglo XXI.
- De Paúl, J. Arruabarrena, M. I., Torres, B. y Muñoz, R. (1995). La prevalencia del maltrato infantil en la provincia de Guipúzcoa. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 49-58.
- De Paúl, J., y Arruabarrena, M. I. (1995). Behavior problems in school-aged physically abused and neglected children in Spain. *Child Abuse & Neglect*, 19, 409-418.
- De Paúl, J., y Arruabarrena, M. I. (1996). *Manual de Protección Infantil*. Barcelona: Masson.
- De Silva, P. y Marks, M. (1999). The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 941-951.
- Declaración de los Derechos del Niño (1959). *Aprobada unánimemente por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1959*.
- Dehon, C. y Scheeringa, M. S. (2006). Screening for preschool posttraumatic stress disorder with the Child Behavior Checklist. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 431-435.
- Dejonghe, E.S., Bogart, G.A., Levendosky, A.A., von Eye, A. y Davidson, W.S. (2005). Infant Exposure to Domestic Violence Predicts Heightened Sensitivity to Adult Verbal Conflict. *Infant Mental Health Journal*, 26 (3), 268-281.
- DeLisi, L. E., Maurizio, A., Yost, M., Papparozi, C. F., Fulchino, C., Katz, C. L., Altesman, J., Biel, M., Lee, J. y Stevens, P. (2003). A survey of New Yorkers after the Sept. 11, 2001, terrorist attacks. *American Journal of Psychiatry*, 160, 780-783.
- DeLongis, A., Coyne, J. C., Dakof, G., Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1982). Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychology*, 1, 119-136.



- DePrince, A.P. (2001). *Trauma and posttraumatic responses: an examination of fear and betrayal*. A dissertation presented to the Department of Psychology and the Graduate School of the University of Oregon in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy.
- Díaz, H.J. y Ayuga, M.D. (1995). *Los derechos del niño. En Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención en el ámbito sanitario*. p. 218-224. España: Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud.
- DiLillo, D. (2001). Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: Empirical findings and methodological issues. *Clinical Psychology Review*, 21, 553-576.
- Dishion, T. J., Patterson, G. R., Stoolmiller, M. y Skinner, M. L. (1991). Family, school, and behavioral antecedents to early adolescent involvement with antisocial peers. *Developmental Psychology*, 27, 172-180.
- Dixon, J., y Stein, M. (2003). Leaving care in Scotland: The residential experience. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 2 (2), 7-17.
- Dodge, K. A., Pettit, G. S., y Bates, J. E. (1997). *How the experience of Early Physical Abuse Leads Children to Become Chronically Aggressive*. In Cicchetti, D., & Toth, S. L., (Eds.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, Volume, VIII: Effects of Trauma on the Developmental Process*, 8, 263-288. University of Rochester Press.
- Dohrenwend, B. P. y Shrout, P. E. (1985). "Hassles" in the conceptualization and measurement of life stress variables. *American Psychologist*, 4, 780-785.
- Dohrenwend, B.P. (2006). Inventorying stressful life events as risk factors for psychopathology: Toward resolution of the problem of intracategory variability. *Psychological Bulletin*, 132 (3), 477-495.
- Doménech, F. (2005). Autoeficacia, recursos escolares de afrontamiento y agotamiento docente en profesores de Secundaria. *Infancia y Aprendizaje*, 28 (4), 471-483.
- Dong, M., Anda, R. F., Dube, S. R., Giles, W. H. y 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.
- Dong, M., Anda, R.F., Felitti, V.J., Dube, S.R., Williamson, D.F., Thompson, T.J., Loo, C.M. y Giles, W.H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 28, 771-84.
- Drake, E. B., Bush, S. F. y van Gorp, W.G. (2001). *Evaluation and assessment of PTSD in children and adolescents*. In S. Eth (Ed), *PTSD in Children and Adolescents* (pp. 1-31). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Duarte, C. S., Santos, I. A., Green, G. R. y Hoven, C. W. (2009). Measuring child exposure to violence and mental health reactions in epidemiological studies: challenges and current issues. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (2), 487-496.
- Duarte, V.A. (2007). *Sintomatologia de pós-stress traumático em menores expostos a violência interparental*. Dissertação apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde.
- Dubner, A.E. y Motta, R.W. (1999). Sexually and physically abused foster care children and posttraumatic stress disorder. *Journal Consult of Clinical Psychology*, 67, 367-373.

- Duggal, H. S., Berezkin, G. y John, V. (2002). PTSD and TV viewing of World Trade Centre. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (5), 494-495.
- Duncan, A., Thomas, J. y Miller, C. (2005). Significance of family risk factors in development of childhood animal cruelty in adolescent boys with conduct problems. *Journal of Family Violence*, 20, 235-239.
- Dunmore, E., Clark, D. M. y Ehlers, A. (1997). Cognitive factors in persistent versus recovered post-traumatic stress disorder after physical or sexual assault: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 147-159.
- Dunmore, E., Clark, D. M. y Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual abuse. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 809-829.
- Dunmore, E., Clark, D. M. y Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behavior Research and Therapy*, 39, 1063-1084.
- Durkin, M.S., Wang, W., Shrout, P.E., Zaman, Z.M., Hasan, Z.M. y Desai, P. (1995). Evaluating a ten questions screen for childhood disability: reliability and internal structure in different cultures. *Journal of Clinical Epidemiology*, 48 (5), 657-666.
- Dyregrov, A. y Yule, W. (1995). *Screening measures: The development of the UNICEF screening battery*. Presented at the annual meeting of the International Society of Traumatic Stress Studies, Boston, MA.
- Dyregrov, A. y Yule, W. (2006). A Review of PTSD in Children. *Child and Adolescent Mental Health*, 11 (4), 176-184.
- Earls, F., Smith, E. y Reich, W. (1988). Investigating psychopathological consequences of a disaster in children: a pilot study incorporating a structured diagnostic interview. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 90-95.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1995). *Trastorno de estrés postraumático*. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.), *Manual de Psicopatología* (vol. 2) (pp. 171-186). Madrid: McGraw-Hill.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1997). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés*, 3 (2-3), 249-264.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 7-19.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12 (43-44), 75-82.
- Echlin, C. y Marshall, L. (1995). *Child protective services for children of battered woman: practice and controversy*. In E. Peled, P. G. Jaffe & J. L. Edleson (Eds.). *Ending the cycle of violence. Community responses to children of battered woman* (pp. 170-185). Thousand Oaks: Sage Publications
- Eckenrode, J., Ganzel, B., Henderson, C. R., Smith, E., Olds, D. L., Powers, J., Cole, R., Kitzman, H. y Sidora, K. (2000). Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: The limiting effects of domestic violence. *Journal of the American Medical Association*, 284 (11), 1385-1391.

- Edleson, J. L. (1999a). Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence, 14*, 839-870.
- Edleson, J.L. (1999b). The Overlap between Child Maltreatment and Woman Battering. *Violence Against Women, 5* (2), 134-154.
- Edleson, J. L. y Beeman, S. K. (1999). *Responding to the co-occurrence of child maltreatment and adult domestic violence in Hennepin County*. Downloaded from <http://www.mincava.umn.edu/link/documents/finrport/finrport-3.doc>.
- Edleson, J.L. (2000). *Primary Prevention and Adult Domestic Violence*. Paper presented at the meeting of the Collaborative Violence Prevention Initiative, San Francisco, CA - February 17-18.
- Edleson, J. L. (2001). *Studying the co-occurrence of child maltreatment and domestic violence in families*. In S. A. Graham-Bermann e J. L. Edleson (ed.), *Domestic Violence in the Lives of Children* (pp. 91-110). The Future of Research, Intervention and Social Policy. Washington: American Psychological Association.
- Edleson, J.L., Mbilinyi, L.F., Beeman, S.K. y Hagemester, A.K. (2003). How Children are Involved in Adult Domestic Violence. *Journal of Interpersonal Violence, 18* (1), 18-32.
- Edleson, J. L. (2004). *Should childhood exposure to adult domestic violence be defined as child maltreatment under the law?* In P. G. Jaffe, L. L. Baker, & A. J. Cunningham (Eds.), *Protecting children from domestic violence: Strategies for community intervention* (pp. 8-29). New York: Guilford Press.
- Edleson, J.L., Ellerton, A., Seagren, E., Kirchlberg, S., Schmidt, S. y Ambrose, A. (2007). Assessing child exposure to adult domestic violence. *Children and Youth Services Review, 29*, 961-971.
- Edwards, V. J., Holden, G.W., Felitti, V. J. y Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1453-1460.
- Egeland, B. R. (1997). *Mediators of the effects of child maltreatment on developmental adaptation in adolescence*. In Cicchetti, D. & Toth, S. L., (Eds.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, Volume, VIII: Effects of Trauma on de Developmental Process*, 8, 403-434. University of Rochester Press.
- Egeland, B. R., Yates, T., Appleyard, K., y van Dulmen, M. (2002). The long-term consequences of maltreatment in the early years: A developmental pathway model to antisocial behavior. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice, 5*, 249-260.
- Egger, H.L., Ascher, B. y Angold, A. (1999). *Preschool Age Psychiatric Assessment- Parent Interview*. Unpublished manuscript, Center for Developmental Epidemiology, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences. Duke University Medical Center, Durham, NC.
- Egger, H.L. y Angold, A. (2004). *The Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA): a structured parent interview for diagnosing psychiatric disorders in preschool children*. In R. Delcarmen-Wiggens and A. Carter (Ed). *A handbook of infant, toddler and preschool mental health assessment* (pp 224-243). New York: Oxford University Press.
- Egger, H.L., Erkanli, A., Keerler, G., Potts, E., Walter, B.K. y Angold, A. (2004). *Test-retest reliability for the Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA)*. Unpublished manuscript, Duke University Medical Center, Durham, NC.

- Egger, H.L., Erkanli, A., Keeler, G., Potts, E., Walter, B.K., Angold, A. (2006). Test-retest reliability of the Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 538-549.
- Ehlers, A. y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-323.
- Ehlers, A. y Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 217-249.
- Ehlers, A., Clark, D., Dunmore, E., Jaycox, L. H., Meadows, E. A. y Foa, E. B. (1998). Predicting response to exposure treatment in PTSD: The role of mental defeat and alienation. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 457-471.
- Ehlers, A., Maercker, A. y Boos, A. (2000). Posttraumatic stress disorder following political imprisonment: The role of mental defeat, alienation, and perceived permanent change. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 45-55.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C. y Mayou, R. A. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1024-1032.
- Ehlers, A., Gene-Cos, N. y Perrin, S. (2009). Low recognition of post-traumatic stress disorder in primary care. *London Journal of Primary Care*, 2, 36-42.
- Eiden, R. (1999). Exposure to violence and behavior problems during early childhood. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 1299-1312.
- Elklit, A. (2002). Victimization and PTSD in a Danish national youth probability sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 174-181.
- Elliot, A. N. y Carnes, C. N. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: A review of the literature. *Child Maltreatment*, 6, 314-331.
- Elliott, G. R. y Eisdorfer, C. (1982). *Stress and Human Health*. New York: Springer Publishing Company.
- Emond, R. (2003). Putting the care into residential care: The role of young people. *Journal of Social Work*, 3 (3), 321-337.
- Engdahl, B., Dikel, T.N., Eberly, R. y Blank, A. (1998). The comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1740-1745.
- Engle, P.A., Castle, S. y Menon, P. (1996). Child development: vulnerability and resilience. *Social Science & Medicine*, 43, 621-635.
- English, D. J. (1998). *Co-occurrence: Child abuse and domestic violence*. In Paper presented at the Sixth Forum on Federally Funded Research on Child Abuse and Neglect Washington, DC.
- English, D. J., Edleson, J. L. y Herrick, M. E. (2005). Domestic violence in one state's child protective caseload: A study of differential case dispositions and outcomes. *Children and Youth Services Review*, 27, 1183-1201.
- Epstein, S. (1980). The stability of behavior: II. Implications for psychological research. *American Psychologist*, 35, (9), 790-806.
- Epstein, S. (1985). The implications of cognitive-experiential self-theory for research in social psychology and personality. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 15 (3), 283-310.

- Eriksson, M., Hester, M., Keskinen, S. y Pringle K. (2005). *Tackling Men's Violence in Families: Nordic Issues and Dilemmas*. Bristol: The Policy Press.
- Eriksson, M. y Näsman, E. (2008). Participation in Family Law Proceedings for Children whose Father is Violent to their Mother. *Childhood, 15*, 259-275.
- Espinosa, M.A. (2004). *Las hijas e hijos de mujeres maltratadas: consecuencias para su desarrollo e integración escolar*. Instituto Vasco de la Mujer.
- Essau, C.A., Conradt, J. y Peterman, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 14* (3), 263-279.
- Esteve, J.M. (1998). *El malestar docente*. Barcelona: Paidós.
- Éthier, L. S., Lemelin, J. P., y Lacharité, C. (2004). A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse & Neglect, 28*, 1265-1278.
- Everly, G.S. (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. New York: Raven.
- Everly, G.S. (1995). *An integrative two-factors model of post-traumatic stress*. In G.S. Everly y J.M. Lating (Eds.), *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (pp. 27-48). New York: Plenum Press.
- Fairbank, J.A., Schlenger, W.E., Saigh, P.A. y Davidson, J.R.T. (1995). *An epidemiologic profile of post-traumatic stress disorder: Prevalence, comorbidity, and risk factors*. In M.J. Friedman y D.S. Charney (Eds.), *Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaptation to post-traumatic stress disorder* (pp. 415-427). Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Fallin, K., Wallinga, C. y Coleman, M. (2001). Helping children cope with stress in the classroom setting. *Childhood Education, 78* (1), 17-24.
- Fallon, B., Trocmé, N., Fluke, J., MacLaurin, B., Tonmyr, L. y Yuan, YY. (2010). Methodological challenges in measuring child maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 34*, 70-79.
- Falsetti, S.A. y Resnick, H.S. (1994): *Helping the victims of violent crimes*. In J.R. Freedy y S.E. Hobfoll (Eds.), *Traumatic stress: From the theory to practice*. New York. Plenum.
- Famularo, R., Fenton, T. y Kinscherff, R. (1993). Child maltreatment and the development of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Diseases in Children, 147*, 755-760.
- Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R., Ayoub, C. y Barnum, R. (1994). Maternal and child posttraumatic stress disorder in cases of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 18*, 27-36.
- Famularo, R., Fenton, T., Augustyn, M. y Zuckerman, B. (1996). Persistence of pediatric posttraumatic stress disorder after 2 years. *Child Abuse & Neglect, 20*, 1245-1248.
- Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R. y Augustyn, M. (1996). Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect, 20*, 953-961.
- Fang, X. y Corso, P. S. (2008). Child maltreatment, youth violence, and intimate partner violence developmental relations. *American Journal of Preventative Medicine, 33*, 281-290.
- Fantuzzo, J.W. y Lindquist, C.U. (1989). The effects of observing conjugal violence on children: A review and analysis of research methodology. *Journal of Family Violence, 4*, (1), 77-94.

- Fantuzzo, J. W., DePaola, L. M., Lambert, L., Martino, T., Anderson, G. y Sutton, S. (1991). Effects of interparental violence on the psychological adjustment and competencies of young children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (2), 258-265.
- Fantuzzo, J.W. y Mohr, W.K. (1999) Prevalence and Effects of Child Exposure to Domestic Violence. *The Future of Children*, 9 (3), 21-32.
- Feeny, N.C., Treadwell, K.R.H., Foa, E.B. y March, J. (2004). Posttraumatic stress disorder in youth: a critical review of the cognitive and behavioral treatment outcome literature. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35 (5), 466-476.
- Feldner, M.T., Leen-Feldner, E.W., Trainor, C., Blanchard, L. y Monson, C.M. (2008). Smoking and posttraumatic stress symptoms among adolescents: Does anxiety sensitivity matter? *Addictive Behaviors* 33, 1470-1476.
- Felitti, V. J. (2002). The relationship of adverse childhood experiences to adult health: Turning gold into lead. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 48 (4), 359-369.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. y Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(10), 1365-1374.
- Fergusson, D.M., y Lynskey, M.T. (1996). Adolescent resilience to family adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37 (3), 281-292.
- Fernández Baena, F.J. (2007). *Estrés, riesgo familiar e inadaptación socioemocional y escolar en la infancia*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Málaga.
- Fernández del Valle, J., Álvarez, E. y Fernánz, A. (1999). *Y después... ¿qué? Estudio y seguimiento de casos que fueron acogidos en residencias de protección de menores en el Principado de Asturias*. Oviedo; Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias.
- Fernández del Valle, J. y Bravo, A. (2002). Maltrato infantil: situación actual y respuestas sociales. *Psicothema*, 14, 118-123.
- Fernando, G. A. (2004). *Encontrando significados después del desastre del tsunami: Recuperación y fuerza moral en Sri Lanka*. Noticias para la Sociedad Internacional para el Estudio del Estrés Traumático, 19 (1), Los Ángeles, California.
- Fierro, A. (2002). *Personalidad, persona, acción. Un tratado de Psicología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Figley, C.R. (1978): Symptoms of delayed combat stress among a college sample of Vietnam veterans. *Military Medicine*, 143 (2), 107-110.
- Figueira, I. y Mendlowicz, M. (2003). Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (Supl.1), 12-16.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. New York: Free Press.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H. y Hamby, S. L. (2005). The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child Maltreatment*, 10 (1), 5-25.
- Finkelhor, D., Hamby, S.L., Ormrod, R. y Turner, H. (2005). The Juvenile Victimization Questionnaire: reliability, validity, and national norms. *Child Abuse & Neglect*, 29 (4), 383-412.

- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. y Turner, H. (2007). Revictimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*, 31, 479-502.
- Finkelhor, D. (2008). *Child victimization: Violence, crime & abuse in the lives of young people*. New York: Oxford University Press.
- Fitzpatrick, K. M. y Boldizar, J. P. (1993). The prevalence and consequences of exposure to violence among African-American youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32, 424-430.
- Fletcher, K. E. (1996). *Childhood Posttraumatic Stress Disorder*. In Mash, E.J. y Barkley, M.A. (eds). *Child Psychopathology*. (2nd ed., pp. 330-371). New York: The Guilford Press.
- Fletcher, K.E. (1996b). *Measuring school-aged children's PTSD: preliminary psychometrics of four new measures*. Paper presented at the 12<sup>th</sup> annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Francisco.
- Flisher, A. J., Kramer, R. A., Grosser, R. C., Alegria, M., Bird, H. R. y Bourdon, K. H., Goodman, S.H., Greenwald, S., Horwitz, S.M., Moore, R.E., Narrow, W.E. y Hoven, C.W. (1997). Correlates of unmet need for mental health services by children and adolescents. *Psychological Medicine*, 27, 1145-1154.
- Flisher, A. J., Kramer, R. A., Hoven, C. W., Greenwald, S., Alegria, M., Bird, H. R., Canino, G., Connell, R. y Moore, R. E. (1997). Psychosocial characteristics of physically abused children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36 (1), 123-131.
- Flouri, E. (2005). Post-traumatic stress disorder (PTSD): What we have learned and what we still have not found out. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 373-379.
- Flowers, A.L., Hastings, T.L. y Kelley, M.L. (2000). Development of a Screening Instrument for Exposure to Violence in Children: The KID-SAVE. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 22 (1), 91-104.
- Flowers, A.L., Lanclos, N.F. y Kelley, M.L. (2002). Validation of a Screening Instrument for Exposure to Violence in African American Children. *Journal of Pediatric Psychology*, 27 (4), 351-361.
- Foa, E. B., y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99 (1), 20-35.
- Foa, E. B., Feske, U., Murdock, T. B., Kozak, M. J. y McCarthy, P. R. (1991). Processing of threat-related information in rape victims. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 156-162.
- Foa, E. B., Zinbarg R. y Rothbaum, B. (1992). Uncontrollability and unpredictability in posttraumatic stress disorder: An animal model. *Psychological Bulletin*, 112 (2), 218-238.
- Foa, E. B. y Riggs, D. S. (1993). *Post-traumatic stress disorder in rape victims*. In J. Oldham, M. B. Riba, y A. Tasman (Eds.). *Annual review of psychiatry*, Vol. 12 (pp. 273-303). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L. y Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9 (4), 445-451.
- Foa, E. B. y Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape. Cognitive-behavior therapy for PTSD*. New York: Guilford.
- Foa, E.B., Davidson, J.R.T. y Frances, A. (1999). The expert consensus guideline series: Treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 4-76.

- Foa, E.B., Johnson, K.M., Feeny, N.C. y Tredwell, K.R.H. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: a preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 376-384.
- Follette, V. M., Polusny, M. A., Bechtle, A. E. y Naugle, A. E. (1996). Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault and spouse abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 25-35.
- Fontana, V. (1979). *En defensa del niño maltratado*. México, D.F.: Editorial Pax.
- Forbes, D., Haslam, N., Williams, B. J., y Creamer, M. (2005). Testing the latent structure of posttraumatic stress disorder: A taxometric study of combat veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 647-656.
- Ford, T., Goodman, R. y Meltzer, H. (2003). The British child and adolescent mental health survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1203-1211.
- Forsberg, H. (2005). "Talking Feels Like You Wouldn't Love Dad Anymore": Children's Emotions, Close Relations and Domestic Violence. In E. Eriksson, M. Hester, S. Keskinen and K. Pringle (eds) (pp. 49-65), *Tackling Men's Violence in Families: Nordic Issues and Dilemmas*. Bristol: The Policy Press.
- Fournier, M., De los Ríos, R., Orpinas, P. y Piquet-Carneiro, L. (1999). Estudio Multicéntrico sobre Actitudes y Normas Culturales frente a la Violencia (proyecto ACTIVA): Metodología. *Pan American Journal of Public Health*, 5, 222-231.
- Foy, D. W., Osato, S. S., Houskamp, B. M. y Neumann, D. A. (1992). *Etiological factors in posttraumatic stress disorder*. In P. Saigh (Ed.), *Posttraumatic Stress Disorder: A Behavioral Approach to Assessment and Treatment*. Oxford: Pergamon Press.
- Frank, S.J., Paul, J.S., Marks, M. y Van Egeren, L.A. (2000). Initial validation of the functional impairment scale for children and adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (10), 1300-1308.
- Freddy, J.R., Sahw, D.L. y Jarrel, M.P. (1992). Towards an understanding of the psychological impact of natural disaster: Application of the conservation resources stress model. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 441-454.
- Frederick, C. J., Pynoos, R. S. y Nader, K. (1992). *Child Post-Traumatic Stress Reaction Index*. Unpublished instrument (Available from Calvin J. Frederick, Ph.D., Psychological Services, 69/B116B, Veterans' Administration Medical Center, 1301 Wilshire Boulevard, Los Angeles, CA 90073.).
- Fremont, W.P. (2004). Childhood reactions to terrorism-induced trauma: a review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (4), 381-392
- Freud, S. (1919). *Lo siniestro*. En *Obras Completas*. Vol. VII. Traducción de López Ballesteros y De Torres. (1974). Madrid, Biblioteca Nueva, 2483-2505.
- Freud, S. (1955). *Inhibition, symptoms and anxiety*. In Strachey, J. Londres: Ed. Hogarth Press.
- Friedman, M. (1996). PTSD Diagnosis and treatment for mental health clinicians. *Community Mental Health Journal* 32 (2), 173-189.
- Friedman et al. (*Depression & Anxiety*; en preparación).
- Furst, S.S., Rangell, L., Neubauer, P.B., Greenacre, P., Sandler, J., Solnit, A.J., Kris, M. y Freud, A. (1971). *El Trauma Psíquico*. Buenos Aires: Troquel.
- Furtado, L., Carvalhães, R. y Gonçalves, S. (2009). Violência e transtorno de estresse pós-traumático na infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (2), 417-433.



- Galea, S., Resnick, H., Ahern, J., Gold, J., Bucuvalas, M., Kilpatrick, D., Stuber, J. y Vlahov, D. (2002). *Posttraumatic stress disorder in Manhattan, New York City, after the September 11th terrorist attacks*. *Journal of Urban Health*, 79, 340–353.
- Garbarino, J., Guttman, E. y Seeley, J. W. (1986). *The psychologically battered child: Strategies for identification, assessment, and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Garmezy, N. (1991). Resiliency and Vulnerability to Adverse Developmental Outcomes Associated with Poverty. *American Behavioural Scientist*, 34, 4, 416-130.
- Gateway, C. W. I. (2006). *Child abuse and neglect fatalities. Statistics and interventions—numbers and trends*. Child Welfare Information Gateway. from <http://www.childwelfare.gov/pubs/factsheets/fatality.cfm>
- Ghosh-Ippen, C., Lieberman, A. y van Horn, P. (2008). *Personal communication*. August 14, 2008.
- Giaconia, R.M., Reinherz, H.Z., Silverman, A.B., Pakiz, B., Frost, A.K. y Cohen, E. (1995). Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1369-1380.
- Gibbs, M.S. (1989). Factors in the victim that mediate between disaster and psychopathology: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 489-515.
- Gillespie, K., Duffy, M., Hackmann, A. y Clark, D. M. (2002). Community-based cognitive therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder following the Omagh bomb. *Behavior Research and Therapy*, 40, 345–357.
- Gillham, J. E. y Seligman, M. E. (1999). Footsteps on the road to a positive psychology. *Behavior Research and Therapy*, 37, 163-173.
- Gil-Rivas, V., Holman, E. A. y Silver, R. C. (2004). Adolescent vulnerability following the September 11th terrorist attacks: A study of parents and their children. *Applied Developmental Science*, 8, 130–142.
- Giovannoni, J. y Becerra, R. M. (1979). *Defining child abuse*. New York: Free Press.
- Giovannoni, J. (1989). *Definitional issues in child maltreatment*. In D. Cicchetti y V. Carlson (Eds.), *Child Maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 3-37). New York: Cambridge University Press.
- Gleason, M.M. (2008). *Personal communication*, September 10.
- Gleason, W.J. (1993). Mental disorders in battered women: An empirical study. *Violence and Victims*, 8 (1), 53-68.
- Goenjian, A.K. (1993). A mental health relief programme in Armenia after the 1988 earthquake: Implementation and clinical observations. *British Journal of Psychiatry*, 163, 230-239.
- Goenjian, A. K., Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Najarian, L. M., Asarnow, J. R., Karayan, I., Ghurabi, M. y Fairbanks, L. A. (1995). Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1174–1184.
- Gómez Pérez, E. y Agudo, M. J. (2002). *Guía para la atención al maltrato infantil: Desde los servicios sanitarios*. Gobierno de Cantabria. p. 19-26.
- González de Rivera, J.L. (2001). Nosología Psiquiátrica del Estrés. *Psiquis*, 22, 1-7.

- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Gottman, J., M., Katz, L. F. y Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. *Journal of Family Psychology*, 10, 243-268.
- Gough, D. (1996). Defining the problem. *Child Abuse & Neglect*, 20, 993-1002.
- Gould, M.S., Bird, H. y Jaramillo, B.S. (1993). Correspondence between statistically derived behavior problem syndromes and child psychiatric diagnoses in a community sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21 (3), 287-313.
- Graham-Berman, S. A. y Levendosky, A. A. (1998b). Traumatic stress symptoms in children of battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 111-128.
- Graham-Bermann, S.A. y Seng, J. (2005). Violence Exposure and Traumatic Stress Symptoms as Additional Predictors of Health Problems in High-risk Children. *Journal of Pediatrics*, 146 (3), 349-354.
- Graham-Berman, S. A., DeVoe, E. R., Mattis, J. S., Lynch, S. y Thomas, S. A. (2006). Ecological predictors of traumatic stress symptoms in Caucasian and ethnic minority children exposed to intimate partner violence. *Violence Against Women*, 12 (7), 1-30.
- Graham-Bermann S. A., Gruber, G., Howell, K. H. y Girz, L. (2009). Factors discriminatin amosg profiles of resilience and psychopatology in children exposed to intimate partner violence. *Child abuse & neglect*, 33, 648-660.
- Graham-Bermann, S. A., Howell, K. H., Miller, L. E., Kwek, J. y Lilly, M. M. (2010). Traumatic Events and Maternal Education as Predictors of Verbal Ability for Preschool Children Exposed to Intimate Partner Violence (IPV). *Journal of Family Violence*, 25, 383-392.
- Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D. y Halpert, J. A. (2003). Stressors and Child and Adolescent Psychopathology: Moving From Markers to Mechanisms of Risk. *Psychological Bulletin*, 129 (3), 447-466.
- Grant, K. E., Compas, B.E., Thurm, A.E., McMahon, S.D. y Gipson, P.Y. (2004). Stressors and child and adolescent psychopathology: Measurement issues and prospective effects. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 412-425.
- Gray, J.A. (1982). *The neuropsychology of anxiety*. Oxford: Clar-endon.
- Green, B.L., Lindy, J.D., Grace, M.C. y Leonard, A.C. (1992). Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 760-766.
- Green, B. L. (1994). Psychosocial research in traumatic stress: An update. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 341-362.
- Green, B.L., Kramer, T.L., Gace, M.C., Gleser, G.C., Leonard, A.C., Vary, M.G. y Lindy, J.D. (1997). *Traumatic events over the life span: Survivors of the Buffalo Creek Disaster*. En T.W. Miller (ed), *Clinical disorders and stressful life events*, pp. 283-305. Madison, Conneticut: International University Press.
- Green, B. L., Krupnick, J. L., Rowland, J. H., Epstein, S. A., Stockton, P., Spertus, I., Stern, N. (2000). Trauma history as a predictor of psychological symptoms in women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 18, 1084-1093.
- Greenwald, R. y Rubin, A. (1999). Assessment of Posttraumatic Symptoms in Children: Development and Preliminary Validation of Parent and Child Scales. *Research Social Work Practice*, 9 (1), 161-175.

- Griffing, S., Lewis, C.S., Chu, M., Sage, R., Madry, L. y Priymm, B. (2006). Exposure to Interpersonal Violence as a Predictor of PTSD Symptoms in Domestic Violence Survivor. *Journal of Interpersonal Violence*, 21 (7), 936-954.
- Grotberg, E. H. (2002). *Nuevas tendencias en resiliencia*. En Melillo, A, Suarez Ojeda, E. Resiliencia. Buenos Aires: Paidós.
- Grusec, J. E., Goodnow, J. J. y Kuczynski, L. (2000). New directions in analyses of parenting contributions to children's acquisition of values. *Child Development*, 71, 205-211.
- Grych, J.H. y Fincham, F.D. (1990). Marital Conflict and Children's Adjustment: A Cognitive-Contextual Framework. *Psychological Bulletin*, 108 (2), 267-290.
- Grych, J. H., Seid, M. y Fincham, F. D. (1992). Assessing marital conflict from the child's perspective. *Child Development*, 63, 558-572.
- Grych, J.H., Jouriles, E. N., Swank, P. R., McDonald, R. y Norwood, W. (2000). Patterns of Adjustment Among Children of Battered Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (1), 84-94.
- Grych, J.H., y Cardoza-Fernandes, S. (2001). *Understanding the impact of interparental conflict on children: The role of social cognitive processes*. In J.H. Grych & F.D. Fincham (Eds.), *Interparental conflict and child development: Theory, research, and application* (pp. 157-187). New York: Cambridge University Press.
- Guillén Botella, V. (2008). *Tratamiento para las Reacciones al Estrés mediante Realidad Virtual*. Tesis Doctoral. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament. Universitat De València: Servei De Publicacions.
- Gurwitch, R., Sullivan, M. y Long, P. (1998). The impact of trauma and disaster on young children. *Child and Adolesc Psychiatric Clinics of North America*, 7, 19-32.
- Haggerty, R. J. (1986). *Stress and illness in children*. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 62, 707-718.
- Haggerty, R. J., Sherrod, L. R., Garmezy, N. y Rutter, M. (1994). *Stress, Risk, and Resilience in Children and Adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hampson, S.E. (1986). *La construcción de la personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Han, E., y Choi, N. (2006). Korean institutionalized adolescents' attributions of success and failure in interpersonal relations and perceived loneliness. *Children and Youth Services Review*, 28, 535-547.
- Hangen, E. (1994). *D.S.S Interagency Domestic Violence Team: Program Data Evaluation*. Boston: Massachusetts Department of Social Services.
- Harker, R.M., Dobel-Ober, D., Lawrence, J., Berridge, D., y Sinclair, R. (2003). Who takes care of education?: Looked after children's perceptions of support for educational progress. *Child and Family Social Work*, 8, 89-100.
- Harris, T.B. y Sargent, A. J. (2009). *Mental Health Issues: Child Physical Abuse and Neglect*. In Giardino, A.P., Lyn, M. y Giardino, E. R. (Ed.). *A Practical Guide to the Evaluation of Child Physical Abuse and Neglect*, Part 4, 477-497. New York: Springer.
- Hart, S. N. y Brassard, M. R. (1991). Psychological maltreatment: Progress achieved. *Development and Psychopathology*, 3 (1), 61-70.
- Harvey, A.G. y Bryant, R.A. (1998). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 507-512.

- Hathaway, L.M., Boals, A. y Banks, J.B. (2010). PTSD symptoms and dominant emotional response to a traumatic event: an examination of DSM-IV Criterion A2. *Anxiety, Stress & Coping*, 23 (1), 119-126.
- Hawkins, S.S. y Radcliffe, J. (2006). Current Measures of PTSD for Children and Adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 31 (4), 420-430.
- Hazen, A. L., Connelly, C. D., Edleson, J. L., Kelleher, K. J., Landsverk, J. A., Coben, J. H., Barth, R. P, McGeehan, J., Rolls, J. A. y Nuzzkowski, M.A. (2007). Assessment of intimate partner violence by child welfare services. *Child and Youth Services Review*, 29, 490-500.
- Hazen, A. L., Connelly, C. D., Roesch, S.C., Hough, R.L. y Landsverk, J.A. (2010). Child Maltreatment Profiles and Adjustment Problems in High-Risk Adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 24 (2), 361-378.
- Heim, C. y Nemeroff, C.B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, 49, 1023-1039.
- Herman, J.L, Perry, J.C. y Van Der Kolk, B.A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.
- Herman, J.L. (1992 a). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Herman, J.L. (1992 b). *Trauma and recovery: The aftermath of violence-From domestic to political terror*. New York: Basic Books.
- Herman, J. L. (2004). *Trauma y recuperación*. Madrid: Espasa.
- Herrenkohl, T.I. (2008). Intersection of Child Abuse and Children's Exposure to Domestic Violence. *Trauma, Violence & Abuse*, 9 (2), 84-99.
- Herskovits, E., Gerring, J., Davatzikos, C. y Bryan, R. (2002). Is spatial distribution of brain lesions associated with closed-head injury in children predictive of subsequent development of posttraumatic stress disorder? *Radiology*, 224, 345-351.
- Hester, M., Pearson, C. y Harwin, N. (1999). *Making an Impact. Children and Domestic Violence*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Hickling, E. J. y Blanchard, E. B. (1992). Post-traumatic stress disorder and motor vehicle accidents. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 285-291.
- Hickling, E. J. y Blanchard, E. B. (1997). The private practice psychologist and manual-based treatments: Post-traumatic stress disorder secondary to motor vehicle accident. *Behaviour Research and Therapy*, 35 (3), 191-203.
- Hidalgo, R. y Davidson, J. (2000). Posttraumatic stress disorder: Epidemiology and health related considerations. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (supl 7), 5-13.
- Hinton, D. y Lewis-Fernandez, R. (en prensa). The Cross-Cultural Validity of Posttraumatic Stress Disorder: Implications for DSM-5. *Depression & Anxiety*.
- Hodges, K. y Wong, M.M. (1996). Psychometric characteristics of a multidimensional measure to assess impairment: The Child and Adolescent Functional Assessment Scale. *Journal of Child and Family Studies*, 5 (4), 445-467.
- Hodges, K. y Wotring, J. (2000). Client typology based on functioning across domains using the CAFAS: implications for service planning. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 27 (3), 257-270.

- Hoksbergen, R. A. C., ter Laak, J., van Dijkum, C., Rijk, S., Rijk, K. y Stoutjesdijk, F. (2003). Posttraumatic stress disorder in adopted children from Romania. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 255-265.
- Holden, G. W. y Ritchie, K. L. (1991). Linking extreme marital discord, child rearing and child behavior problems: Evidence from battered women. *Child Development*, 62, 311-327.
- Holden, G. W. (1998). Introduction: *The development of research into another consequence of family violence*. In G. W. Holden, R. Geffner & E. N. Jouriles (Ed.), *Children exposed to marital violence: Theory, research and applied issues*. (pp. 1-18). Washington: American Psychological Association.
- Holden, G.A., Geffner, R. y Jouriles, E.N. (1998) *Children Exposed to Marital Violence. Theory, Research and Applied Issues*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Holden, G. W., Stein, J. D., Ritchie, K. L., Harris, S. D. y Jouriles, E. N. (1998). *Parenting behaviors and beliefs of battered women*. In G. W. Holden, R. Geffner, & E. N. Jouriles (Eds.), *Children exposed to marital violence: Theory, research and applied issues* (pp. 289-334). Washington, DC: American Psychological Association.
- Holden, G.A. (2003). Children Exposed to Domestic Violence and Child Abuse: Terminology and Taxonomy. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6 (3), 151-160.
- Holmes, E.A., Creswell, C. y O'Connor, T.G. (2007). Posttraumatic stress symptoms in London school children following September 11, 2001: An exploratory investigation of peri-traumatic reactions and intrusive imagery. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 474-490.
- Holmes, T. H. y Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Holt, S., Buckley, H. y Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32 (8), 797-810.
- Honor, G. (2005). Domestic violence and children. *Journal of Pediatric Health Care*, 19, 206-212.
- Horowitz, M. J. (1973). Phase-oriented treatment of stress response syndromes. *American Journal of Psychotherapy*, 27, 506-515.
- Horowitz, M.J. (1975). Intrusive and repetitive thoughts after stress. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1457-1463.
- Horowitz, M.J. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Jason- Aronson.
- Horowitz, M.J. (1979). *Psychological response to serious life events*. In V. Hamilton and D.M. Warburton (eds.), *Human stress and cognition: An information processing approach*. New York: Wiley.
- Horowitz, M., Wilner, N. y Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale Measure of Subjective Stress. *Psychosomatic Medicine*, 41 (3), 209-218.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., Kaltreider, N. y Alvarez, W. (1980). Signs and symptoms of post-traumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 37, 85-92.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2nd ed.). Northvale, NJ: Aronson.
- Horowitz, M. J. (1997). *Stress response syndromes* (3rd ed.). Northvale, NJ: Aronson.
- Houzel, D., Emmanuelli, M. y Moggio, F. (2004). *Dicionário de Psicopatologia da Criança e do Adolescente*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Hoven, C.W., Duartem C.S., Lucas, C.P., Wu, P., Mandell, D.J y Goodwin, R.D. (2005). Psychopathology among New York City public school children six months after September 11. *Archives of General Psychiatry*, 62, 545-552.
- Hubbard, J., Realmuto, G., Northwood, A. y Master, A. (1995). Comorbidity of psychiatric diagnosis with posttraumatic stress disorder in survivors of childhood trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1167-1173.
- Hughes, H. M. (1988). Psychological and behavioral correlates of family violence in child witnesses and victims. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, 77-90.
- Hughes, H. M. y Barad, S. J. (1983). Psychological functioning of children in a battered women's shelter: A preliminary investigation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 525-531.
- Hughes, H. M. y Luke, D. A. (1998). *Heterogeneity in adjustment among children of battered women*. In G. W. Holden, R. Geffner, & E. N. Jouriles (Eds.), *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues* (pp. 185-221). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hughes, H.M., Graham-Bermann, S.A. y Gruber, G. (2001). *Resilience in children exposed to intimate partner violence*. In S. Graham-Bermann and J. Edleson (Eds), *Intimate partner violence in the lives of children: The future of research, intervention and social policy* (pp. 67-90). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hulette, A.C., Freyd, J.J., Pears, K.C., Kim, H.K., Fisher, P.A. y Becker-Blease, K.A. (2008). Dissociation and Posttraumatic Symptoms in Maltreated Preschool Children. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 1, 93-108.
- Humphreys, C., Lowe, P. y Williams, S. (2009). Sleep disruption and domestic violence: exploring the interconnections between mothers and children. *Child and Family Social Work*, 14, 6-14.
- Inglés, A. (1995). Origen y proceso y algunos resultados del estudio sobre los malos tratos infantiles en Cataluña. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 23-32.
- Ingoldsby, E. M., Shaw, D. S., Owens, E. B. y Winslow, E. B. (1999). A longitudinal study of interpersonal conflict, emocional and behavioral reactivity, and preschoolers' adjustment problems among low-income families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 343-356.
- Jackson, S. y Martin, P.Y. (1998). Surviving the care system: Education and resilience. *Journal of Adolescence*, 21, 569-583.
- Jaffe, P., Wilson, S. K. y Wolfe, D. (1986). Promoting changes in attitudes and understanding of conflict resolution among child witnesses of family violence. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 18 (4), 356-366.
- Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, S. K. y Zak, L. (1986). Family violence and child adjustment: A comparative analysis of girls' and boys' behavioural symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 143, 74-76.
- Jaffe, P., Wilson, S. K. y Wolfe, D. (1988). Specific assessment and intervention strategies for children exposed to wife battering: Preliminary empirical investigations. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 7, 157-163.
- Jaffe, P., Wolfe, D. y Wilson, S. (1990). *Children of Battered Women*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Polo-Tomás, M. y Taylor, A. (2007). Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: A cumulative stressors model. *Child Abuse & Neglect*, 31 (3), 231-253.

- Janet, P. (1925). *Psychological healing: A historical and clinical study*. London: Allen & Unwin.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: The Free Press.
- Jarvis, K. L., Gordon, E.E. y Novaco, R.W. (2005). Psychological Distress of Children and Mothers in Domestic Violence Emergency Shelters. *Journal of Family Violence*, 20 (6), 389–402.
- Jaycox, L. H., Stein, B. D., Kataoka, S., Wong, M., Fink, A., Escudero, P. y Zaragoza, C. (2002). Violence exposure, PTSD, and depressive symptoms among recent immigrant school children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (9), 1104–1110.
- Jaycox, L. H., Langley, A.K., Stein, B.D., Wong, M., Sharma, P., Scott, M. y Schonlau, M. (2009). Support for Students Exposed to Trauma: A Pilot Study. *School Mental Health*, 1, 49–60.
- Jenaro, C., Flores, N., y González, F. (2007). Síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial para menores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (1), 107-121.
- Jenkins, J.M., y Oatley, K. (1997). *The development of emotion schemas in children: Processes that underlie psychopathology*. In W.F. Flack & J.D. Laird (Eds.): *Emotions in psychopathology: Theory and research* (pp. 45–56). New York: Oxford University Press.
- Jenkins, J.M. (2000). Marital conflict and children's emotions: The development of an anger organization. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 723–736.
- Jensen, P. S., Rubio-Stipec, M., Canino, G., Bird, H. R., Dulcan, M. K., Schwab-Stone, M. E. y Lahey, B.B. (1999). Parent and child contributions to diagnosis of mental disorder: Are both informants always necessary? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1569–1579.
- Jiménez, J., Moreno, M. C., Oliva, A., Palacio, J. y Saldaña, D. (1995). *El maltrato infantil en Andalucía*. Junta de Andalucía. Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales. Dirección General de Atención al niño.
- John, K., Gammon, G.D., Prusoff, B.A. y Warner, V. (1987). The Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents (SAICA): testing of a new semistructured interview. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26 (6), 898-911.
- Johnson, K.M., Foa, E.B., Jaycox, L.H. y Rescorla, L. (1996). *A self-report diagnostic instrument for children with PTSD*. Poster presented at: 12th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies; November 1996; San Francisco, California.
- Johnson, K.M. (1998). *Trauma in the lives of children: Crisis and stress management for counselors, teachers and other professionals*. Alameda, CA: Hunter House.
- Johnson, R.M., Kotch, J.B., Catellier, D.J., Winsor, J.R., Dufort, V., Hunter, W. y Amaya-Jackson, L. (2002). Adverse Behavioural and Emotional Outcomes from Child Abuse and Witnessed Violence. *Child Maltreatment*, 7 (3), 179–186.
- Jones, L., Hughes, M. y Unterstaller U. (2001). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence. A review of the research. *Trauma, Violence & Abuse*, 2 (2), 99-119.
- Joseph, S., Williams, R. y Yule, W. (1997): *Understanding post-traumatic stress. A psychosocial perspective on PTSD and treatment*. New York: Wiley.

- Jouriles, E. N. y Norwood, W. D. (1995). Physical aggression toward boys and girls in families characterized by the battering of women. *Journal of Family Psychology, 9*, 69–78
- Jouriles, E. N., Norwood, W., McDonald, R., Vincent, J. P. y Mahoney, A. (1996). Physical violence and other forms of marital aggression: Links with children's behavior problems. *Journal of Family Psychology, 10*, 223-234.
- Jouriles, E. N., Norwood, W. D., McDonald, R. y Peters, B. (2001). *Domestic violence and child adjustment*. In J. H. Grych & F. D. Fincham (Eds.), *Interparental conflict and child development*. (pp. 315-336). Cambridge: Cambridge Press.
- Jouriles, E. N., McDonald, R., Slep, A. M. S., Heyman, R. E. y Garrido, E. (2008). Child abuse in the context of domestic violence: Prevalence, explanations and practice implications. *Violence and Victims, 23*, 221–235.
- Källström, Å. (2004). *Negotiating Normality and Deviation. Father's Violence against Mother from Children's Perspectives*. Örebro Studies in social work no 5. Diss, Örebro University, Sweden.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C. y Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine, 4*, 1-39.
- Kantor, K. G. y Little, L. (2003). Defining the boundaries of child neglect: When does domestic violence equate with failure to protect? *Journal of Interpersonal Violence, 18* (4), 338–355.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (2003). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry*. Tenth edition. P 623-636.
- Kaplow, J. B., Dodge, K. A., Amaya-Jackson, L. y Saxe, G. N. (2005). Pathways to PTSD, part II: Sexually abused children. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1305–1310.
- Kaplow, J. B. y Widom, C. S. (2007). Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 176–187.
- Karcher, C. (1994). *Post-traumatic Stress Disorder in children as a result of violence: A review of current literature*. Doctoral Thesis. Biola University.
- Katz, L. F. y Windecker-Nelson, B. (2006). Domestic violence, emotion coaching and child adjustment. *Journal of Family Psychology, 20*, 56–67.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D. y Ryan N. (1997). Schedule for affective disorder and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 980–988.
- Kazdin, A. (1994). *Informant variability in the assessment of childhood depression*. In W. M. Reynolds y H. E. Johnston (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 249–270). New York: Plenum Press.
- Keane, T.M., Zimering, R.T., y Caddell, J.M. (1985). A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *The Behavior Therapist, 8*, 9-12.
- Keane, T.M. (1998a). *Psychological effects of military combat*. In B.P. Dohrenwend (ed.), *Adversity, stress, and psychopathology*, pp.52-65. New York: Oxford University Press.
- Kearney, C.A., Wechsler, A., Kaur, H. y Lemos-Miller, A. (2010). Posttraumatic Stress Disorder in Maltreated Youth: A Review of Contemporary Research and Thought. *Clinical Child and Family Psychology Review, 13*, 46-76.



- Kellogg, N. D. y Menard, S. W. (2003). Violence among family members of children and adolescents evaluated for sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1367-1376.
- Kempe, C. H., Silverman, N.F., Steele, B.F., Droegemueller, W. y Silver, H.K. The battered-child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 962 (181), 105-112.
- Kempe, R.S. y Kempe, C.H. (1979). *Niños maltratados*. 4ª ed. p. 21-31. España: Editorial Morayta.
- Kendler, K. S. y Gardner, C. O. (1998). Twin Studies of Adult Psychiatric and Substance Dependence Disorders: Are They Biased By Differences in the Environmental Experiences of Monozygotic and Dizygotic Twins in Childhood and Adolescence. *Psychological Medicine*, 28, 625-633.
- Kendrick, A. (2005). *Social exclusion and social inclusion: Themes and issues in residential child care*. In D. Crimmens y I. Milligan (eds.): Facing Forward. Residential child care in the 21st. century (pp. 7-18). Dorset: Russel House Publishing.
- Kent, L., Laidlaw, J.D.D. y Brockington, I.F. (1997). Fetal abuse. *Child Abuse & Neglect*, 21, 181-186.
- Keppel-Benson, J., Ollendick, T. y Benson, M. (2002). Post-traumatic stress in children following motor vehicle accidents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 203-212.
- Kerig, P.K., y Fedorowicz, A.E. (1999). Assessing maltreatment of children of battered women: Methodological and ethical considerations. *Child Maltreatment*, 4, 103-115.
- Kerig, P. K., Fedorowicz, A. E., Brown, C. A. y Warren, M. (2000). Assessment and intervention for PTSD in children exposed to violence. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 3, 161-184.
- Kerig, P. K. (2001). *Children's coping with interparental violence*. In J. H. Grych and F. D. Fincham (Eds.), *Interparental conflict and child development*. (pp. 213-245). Cambridge: Cambridge Press.
- Kernic, M.A., Wolf, M.E., Holt, V.L., McKnight, B., Huebner, C.E. y Rivara, F.P. (2003). Behavioral Problems among Children Whose Mothers are Abused by an Intimate Partner. *Child Abuse & Neglect*, 27 (11), 1231-1246.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. y Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52 (12), 1048-1060.
- Kessler, R.C., Borgers, B. y Walters, E.E. (1999). Prevalence and risk factors of lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56, 617-662.
- Kessler, R.C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, (supl. 5), 4-12.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. y Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kilpatrick, D.G., Veronen, L., y Resick, P. (1979). The aftermath of rape: recent empirical finding. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49, 658-669.
- Kilpatrick, D.G., Veronen, L.J. y Resnick, P.A. (1982). *Psychological sequelae to rape: assessment and treatment strategies*. In D.M. Doleys, R.L. Meredith & A.R. Ciminero

- (Eds), Behavioral Medicine: assessment and treatment strategies (pp 473-497). New York: Plenum.
- Kilpatrick, D.G. y Resnick, H.S. (1993). *Postrumatic Stress Disorder associated with exposure to criminal victimization in clinical and community populations*. In J.R.T. Davidson and E.B. Foa (ed), *Postrumatic Stress Disorder: DSM-IV and beyond* (pp 113-147). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kilpatrick, D.G., Acierno, R., Resnick, H.S., Saunders, E. y Best, C.L. (1997). A 2 year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 5, 834-847.
- Kilpatrick, D.G., Resnik, H.S., Saunders, B.E. y Best, C.L. (1998). *Rape, other violence against women, and posttraumatic stress disorder*. In B.P. Dohrenwend (ed.), *Adversity, stress, and psychopathology*, pp. 161-176. New York: Oxford University Press.
- Kilpatrick, D.G., Ruggiero, K.J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H.S. y Best, C.L. (2003). Violence and Risk of PTSD, Major Depression, Substance Abuse/Dependence, and Comorbidity: Results From the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (4), 692-700.
- Kilpatrick, D.G., Saunders, B. E. y Smith D.W. (2003). *Research in brief: Youth victimization: Prevalence and implications*. Washington, DC: National Institute of Justice, U.S. Department of Justice.
- Kilpatrick, K. L., Litt, M. y Williams, L. M. (1997). Post-traumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 639-644.
- Kilpatrick, K. L. y Williams, L. M. (1998). Potencial mediators of post-traumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence. *Child Abuse & Neglect*, 22 (4), 319-330.
- King, D., Leskin, G., King, L. y Weathers, F. (1998). Confirmatory factor analysis of the clinicianadministered PTSD scale: Evidence for the dimensionality of posttraumatic stress disorder. *Psychological Assessment*, 10 (2), 90-96.
- Kisiel, C.L. y Lyons, J.S. (2001). Dissociation as a Mediator of Psychopathology Among Sexually Abused Children and Adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1034-1039.
- Kitzmann, K.M., Gaylord, N.K., Holt, A.R. y Kenny, E.D. (2003). Child Witnesses to Domestic Violence: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (2), 339-352.
- Klein, K. y Alexander, D.A. (2009). Epidemiology and presentation of post-traumatic disorders. *Psychiatry*, 8 (8), 282-287.
- Kliewer, W. (1997). *Children's coping with chronic illness*. In S. Wolchik y I. N. Sandler (Eds.), *Handbook of children's coping: Linking theory and intervention. Issues in clinical child psychology* (pp. 275-300). New York: Plenum Press.
- Kliewer, W., Cunningham, J. N., Diehl, R., Parrish, K. A., Walter, J. M., Atiyeh, C. Neace, B., Duncan, L., Taylor, K. y Mejía, R. (2004). Violence exposure and adjustment in inner-city youth: Child and caregiver emotion regulation skill, caregiver-child relationship quality, and neighborhood cohesion as protective factors. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 477-487.
- Knapp, J.F. (1998). The Impact of Children Witnessing Violence. *Pediatric Clinic North America*, 45 (2), 355-364.

- Knickerbocker, L., Heyman, R. E., Slep, A. M. S., Jouriles, E. N. y McDonald, R. (2007). Co-Occurrence of Child and Partner Maltreatment. Definitions, Prevalence, Theory and Implications for Assessment. *European Psychologist* 12, (1), 36-44.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R. y Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.
- Koch, W., O'Neill, M. y Douglas, K. (2005). Empirical limits for the forensic assessment of PTSD litigants. *Law and Human Behavior*, 29 (1), 121-149.
- Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A. y Purcell, S. (2006). Domestic violence is associated with environmental suppression of IQ in young children. *Development and Psychopathology*, 15, 297-311.
- Koenen, K. C. (2006). Developmental epidemiology of PTSD: Selfregulation as a central mechanism. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 255-266.
- Koenen, K.C. y Widom, C.S. (2009). A Prospective Study of Sex Differences in the Lifetime Risk of Posttraumatic Stress Disorder Among Abused and Neglected Children Grown Up. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (6), 566-574.
- Kolb, L. C. (1988). A critical survey of hypotheses regarding PTSD in light of recent research findings. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 291-304.
- Kolbo, J. R. (1996). Risk and resilience among children exposed to family violence. *Violence and Victims*, 11, 113-128.
- Kolko, D. J., Hurlburt, M. S., Zhang, J., Barth, R. P., Leslie, L. K. y Burns, B. (2009). *Posttraumatic stress symptoms in children and adolescents referred for child welfare investigation: A national sample of in-home and out-of-home care*. Child Maltreatment, OnlineFirst.
- Koplewicz, H.S., Vogel, J.M., Solanto, M.V., Morrissey, R.F., Alonso, C.M., Abikoff, H., Gallagher, R. y Novick, R.M. (2002). Child and parent response to the 1993 World Trade Center bombing. *Journal of Traumatic Stress*, 15 (1), 77-85.
- Korol, M., Green, B. L. y Gleser, G. C. (1999). Children's responses to a nuclear waste disaster: PTSD symptoms and outcome prediction. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 368-375.
- Kramp, U. (2006). *Efecto del número de opciones de respuesta sobre las propiedades psicométricas de los cuestionarios de personalidad*. Tesis no publicada para optar al grado de Doctor en Psicología Clínica i de la Salut, Universitat de Barcelona, España.
- Kroll, J. (1993). *PTSD/borderlines in therapy: finding the balance*. New York: Norton.
- Kudler, H.S., Gunderson, J.G. y Sabo, A.N. (1993). Borderline personality disorder and PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 150, 12, 1906-1907.
- Kuterovic-Jagodic, G. (2003). Posttraumatic stress symptoms in Croatian children exposed to war: a prospective study. *Journal of Clinical Psychology*, 59 (1), 9-25.
- La Greca, A.M., Silverman, W.K., Vernberg, E.M. y Prinstein, M.J. (1996). Symptoms of posttraumatic stress in children after Hurricane Andrew: a prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (4), 712- 723.
- La Greca, A.M. y Prinstein, M.J. (2002). *Hurricanes and earthquakes*. In A.M. La Greca, W.K. Silverman, E.M. Vernberg & M.C. Roberts (Eds.), *Helping children cope with disasters and terrorism*. Washington: American Psychological Association.

- Labrador, F.J., Crego, A. y Rubio, G. (2003). Metodología Clínica Experimental Aplicada al Estrés Postraumático: Formulación y Tratamiento de un Caso Clínical Experimental Methodology Applied To Posttraumatic Stress: A Case Study. *Acción Psicológica*, 2 (3), 253-268.
- Lacey, G.N. (1972). Observations on Aberfan. *Journal of Psychosomatic Research*, 16, 257-260.
- Lachica, E. (2010). Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales. *Cuadernos de Medicina Forense*, 16 (1-2), 53-63.
- Lamb, M. E., Gaensbauer, T. J., Malkin, C. M. y Schultz, L. A. (1985). The effects of child maltreatment on security of infant-adult attachment. *Infant Behavior and Development*, 8, 35-45.
- Landolt, M., Boehler, U., Schwager, C., Schallberger, U. y Nuessli, R. (1998). Post-traumatic stress disorder in paediatric patients and their parents: an exploratory study. *Journal of Paediatrics & Child Health*, 34, 539-543.
- Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16 (6), 495-512.
- Lanius, R.A., Vermetten, E., Loewenstein, R.J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J.D. y Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, 167, 640-647.
- Landsford, J.E., Dodge, K.A., Pettit, G.S., Bates, J.E., Crozier, J. y Kaplow, J. (2002). A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment of psychological, behavioural, and academic problems in adolescence. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156, 824-830.
- Larizgoitia, I. (2006). La violencia también es un problema de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 20 (1), 63-70.
- Laumakis, M. A., Margolin, G. y John, R. S. (1998). *The emotional, cognitive, and coping responses of preadolescent children to different dimensions of marital conflict*. In G. W. Holden, R. Geffner, & E. N. Jouriles (Eds.), *Children exposed to marital violence: Theory, research and applied issues* (pp. 257-288). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lawyer, S. R., Resnick, H. S., Galea, S., Ahem, J., Kilpatrick, D. G. y Vlahov, D. (2006). Predictors of peritraumatic reactions and PTSD following the September 11th terrorist attacks. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 69, 130-141.
- Layzer, J. I., Goodson, B. D. y Delange, C. (1986). Children in shelters. *Response*, 9, 2-5.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984/1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Lazenbatt, A. (2010). *The impact of abuse and neglect on the health and mental health of children and young people*. NSPCC. Cruelty to children must stop: full stop. [www.nspcc.org.uk/inform](http://www.nspcc.org.uk/inform)
- LeDoux, J.E. (1986). *The neurobiology of emotion*. In J.E. LeDoux y W. Hirst (Eds.), *Mind and brain: Dialogues in cognitive neuroscience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- LeDoux, J.E. (1992b). Brain mechanisms of emotion and emotional learning. *Current Opinion in Neurobiology*, 2, 191-197.
- LeDoux, J.E. (1995). Emotion: Clues from the brain. *Annual Review of Psychology*, 46, 209-235.

- Lee, L., Kotch, J.B. y Cox, C.E. (2004). Child Maltreatment in Families Experiencing Domestic Violence. *Violence and Victims*, 19 (5), 573-791.
- Leeb, R.T., Paulozzi, L., Melanson, C., Simon, T. y Arias, I. (2008). *Child maltreatment surveillance. Uniform definitions for public health and recommended data elements*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- Leen-Feldner, E.W., Feldner, M., Reardon, L.E., Babson, K.A. y Dixon, L. (2007). Anxiety sensitivity and posttraumatic stress among traumatic event-exposed youth. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 548-556.
- Legault, L., Anawati, M. y Flynn, R. (2006). Factors favoring psychological resilience among fostered young people. *Children and Youth Services Review*, 28, 1024-1038.
- Lehmann, P. (1997). The development of posttraumatic stress disorder (PTSD) in a sample of child witnesses to mother assault. *Journal of Family Violence*, 12 (3), 241- 257.
- Lehmann, P. (2000). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and child witnesses to mother assault: A summary and review. *Children and Youth Services Review*, 22 (3/4), 275-306.
- Lemmy, D., McFarlane, J., Willson, P. y Malecha, A. (2001). Intimate partner violence. Mothers' perspectives of effects on children. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 26, 98-103.
- Lemos-Miller, A. y Kearney, C. A. (2006). Depression and ethnicity as intermediary variables among dissociation, trauma-related cognitions, and PTSD symptomatology in youths. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 584-590.
- Levav, I., Guerrero, R., Phebo, L., Coe, G. y Cerqueira, M.T. (1996). El castigo corporal en la niñez: ¿Endemia o epidemia? *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 120, 229-239.
- Levav, I. (1998). *Individuals under conditions of maximum adversity: The Holocaust*. En B.P. Dohrenwend (ed.), *Adversity, stress, and psycho-pathology*, pp.13-33. New York: Oxford University Press.
- Levendosky, A.A. y Graham-Bermann, S.A. (2000). Trauma and Parenting in Battered Women: An Addition to an Ecological Model of Parenting. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 3 (1), 25-35.
- Levendosky, A.A. y Graham-Bermann, S.A. (2001). Parenting in battered women: The effects of domestic violence on women and their children. *Journal of Family Violence*, 16, 171-192.
- Levendosky, A. A., Huth, A. C., Semel, M. A. y Shapiro, D. L. (2002). Trauma symptoms in preschool-age children exposed to domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 17, 150-164.
- Levy, D. (1945). Psychic trauma of operations in children and note on combat neurosis. *American Journal of Diseases of Children*, 69, 7-25.
- Linares, J.L. (2002). *Curso sobre violencia doméstica*. Psiquiatría Hospital Vall d'Hebron de Barcelona, noviembre.
- Lindsay, M., y Foley, T. (1999). Getting them back to school: Touchstones of good practice in the residential care of young people. *Children and Society*, 13, 192-202.
- Linning, L. M. y Kearney, C. A. (2004). Post-traumatic stress disorder in maltreated youth: A study of diagnostic comorbidity and child factors. *Journal of Interpersonal Violence*, 19 (10), 1087-1101.

- Lipschitz, D.S., Winegar, R.K. Hartnick, E., Foote, B. y Southwick, S.M. (1999). Posttraumatic stress disorder in hospitalized adolescents: psychiatric comorbidity and clinical correlates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38* (4), 385-393
- Lipschitz, D. S., Rasmusson, A., Anyan, W., Cromwell, P. y Southwick, S. (2000). Clinical and functional correlates of posttraumatic stress disorder in urban adolescent girls at a primary care clinic. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 1104-1111.
- Litrownik, A., Newton, R., Hunter, W. M., English, D. y Everson, M. D. (2003). Exposure to family violence in young at-risk children: A longitudinal look at the effects of victimization and witnessed physical and psychological aggression. *Journal of Family Violence, 18*, 59-73.
- Litz, B.T. y Gray, M.J. (2004). *Early intervention for trauma in adults. A frameworks for first aids and secondary prevention*. In B.T. Litz (ed), *Early Intervention for trauma and traumatic loss*, pp 87-111. New York: Guildford Press.
- Llanos, A., Bravo, A., y Del Valle, J.F. (2006). *Perfiles problemáticos y necesidades emergentes en acogimiento residencial*. Santander. Actas del VIII Congreso de Infancia Maltratada.
- Lloyd, D.A. y Turner, J. (2003). Cumulative adversity and Posttraumatic Stress Disorder: evidence form a diverse community sample of young adults. *American Journal of Orthopsychiatry, 73* (4), 381-391.
- Lonigan, C. J., Anthony, J.L. y Shannong, M.P. (1998). Diagnostic efficacy of posttraumatic symptom in children exposed to disaster. *Journal of Clinical Child Psychology, 27* (3), 255-267.
- Lonigan, C. J., Phillips, B. M. y Richey, J. A. (2003). Posttraumatic stress disorder in children: Diagnosis, assessment, and associated features. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 12* (2), 171-194.
- López-Soler, C. (1994). *Temas de psicología de la personalidad*. Murcia: DM.
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 13* (3), 159-174.
- López-Soler, C., Castro, M., Daset, L., Alcántara, M., Fernández, V., Prieto, M. y Puerto, J.C. (2008). Consecuencias del maltrato grave en la infancia: conceptualización y diagnóstico de las reacciones postraumáticas complejas. *Revista Ciencias Psicológicas, II* (2), 103-119.
- Loredo, A.A., Oldak, S.D., Carbajal, R.L. y Reynes, M.J. (1990). Algoritmo del niño maltratado a su ingreso a un centro hospitalario pediátrico. *Boletín Medico del Hospital Infantil de Mexico, 47*, 91-95.
- Loredo, A.A. (1994). *Maltrato al menor*. México D.F.: Interamericana McGraw-Hill.
- Lubit, R. (2006). *Posttraumatic stress disorder in children*. Retrieved from <http://www.emedicine.com/ped/topic3026.htm>.
- Luntz, B.K. y Spatz, W.C. (1994). Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry, 151*, 670-674.
- Luxenberg, T., Spinazzola, J. y van der Kolk, B. (2001). Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part One: Assessment. *Directions in Psychiatry, 21* (25), 373-392.

- Lynch, M. y Cicchetti, D. (1998). An ecological-transactional analysis of children and contexts: The longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology. *Developmental Psychopathology*, 10, 235-57.
- Lyons, J.S. (1999). *The Child and Adolescent Needs and Strengths for children with mental health challenges and their families*. Chicago, IL: Northwestern University.
- Macksoud, M. (1992). Assessing war trauma in children: A case study of Lebanese children. *Journal of Refugee Studies*, 5 (1), 1-15.
- Maercker, A., Michael, T., Fehm, L., Becker, E. y Margraf, J. (2004). Age of Traumatization as a Post-traumatic Stress Disorder or Major Depression in Young Women. *British Journal of Psychiatry*, 184, 482-487.
- Maes, M., Delmeire, L., Schotte, C., Janca, A., Creten, T., Mylle, J., Struyf, A., Pison, G. y Rousseeuw, P. (1998). Epidemiologic and phenomenological aspects of post-traumatic stress disorder: DSM-III-R diagnosis and diagnostic criteria not validated. *Psychiatry Research*, 81 (2), 179-193.
- Magen, R.H., Conroy, K., Hess, P.M., Panciera, A. y Levi, B. (2001). Identifying domestic violence in child abuse and neglect investigations. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 580-601.
- Malinosky-Rummell, R. y Hansen, D.J. (1993). Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin*, 114 (1), 68-79.
- Manly, J. T., Cicchetti, D. y Barnett, D. (1994). The impact of subtype, frequency, chronicity and severity of child maltreatment on social competence and behavior problems. *Development and Psychopathology*, 6, 121-143.
- Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F. A. y Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, 13 (4), 759-782.
- Mannarino, A. P. y Cohen, J. A. (1996). Family-related variables and psychological symptom formation in sexually abused girls. *Journal of Child Sexual Abuse*, 5 (1), 105-120.
- Manne, S.L., Du Hamel, K., Gallelli, K., Sorgen, K. y Redd, W.H. (1998). Posttraumatic stress disorder among mothers of pediatric cancer survivors: Diagnosis, comorbidity, and utility of PTSD checklist as a screening instrument. *Journal of Pediatric Psychology*, 23, 357-366.
- Manterola, M.A. (1992). *La prevención del maltrato a los menores en México*. En: El Maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. México, D.F.: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil, 1, 173-184.
- March, J.S., Amaya-Jackson, L. y Pynoos, R. (1997). *Pediatric posttraumatic stress disorder*. In: Wiener J. (editor). *Text book of Child and Adolescent Psychiatry*. 2nd ed. pp507-524. Washington DC: American Psychiatric Press.
- March, J. S. (1999). *Assessment of pediatric posttraumatic stress disorder*. In P. A. Saigh y D. Bremner (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: A comprehensive text* (pp. 199-218). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Margolin, G. (1998). *Effects of domestic violence on children*. In P. K. Trickett & C. Schellenbach (Eds.), *Violence against children in the family and the community* (pp. 57-102). Washington, DC: American Psychological Association.

- Margolin, G., y Gordis, E. B. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology*, 51, 445–479.
- Margolin, G. y Gordis, E. B. (2004). Children's exposure to violence in the family and community. *Current Directions in Psychological Science*, 13 (4), 152-155.
- Margolin, G., Gordis, E. B. y Oliver, P. H. (2004). Links between marital and parent-child interactions: Moderating role of husband-to-wife aggression. *Development and Psychopathology*, 16, 753–771.
- Margolin, G. y Vickerman, K.A. (2007). Post-traumatic Stress in Children and Adolescents Exposed to Family Violence: I. Overview and Issues. *Professional Psychology Research and Practice*, 38 (6), 613–619.
- Márquez, M. (2000). *Los trastornos por estrés: del trauma a la disociación*. En Grau, A., Meneghello, J. (ed). *Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia* (p 369-379). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Marr, N. (2001). The epidemy of violence. *Michigan Medicine*, 93 (5), 34-49.
- Marshall, R. D., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M. y Struening, E. L. (2001). Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1467–1473.
- Martín, E., y González, M.S. (2007). La calidad del acogimiento residencial desde la perspectiva de los menores. *Infancia y Aprendizaje*, 30 (1), 25-38.
- Martín, E. y Dávila, L.M. (2008). Redes de apoyo social y adaptación de los menores en acogimiento residencial. *Psicothema*, 20 (2), 229-235.
- Martin, S. E. y Clements, M. L. (2002). Young children's responding to interparental conflict: Associations with marital aggression and child adjustment. *Journal of Child and Family Studies*, 11, 231–244.
- Martínez, M.M. y Reyes, R.R. (1993). Maltrato infantil. Un problema inquietante. *Boletín Médico del Hospital Infantil de Mexico*, 50, 557-563.
- Martinez-Torteya, C., Bogart, G.A., Von Eye, A. y Levendosky, A.A. (2009). Resilience among Children Exposed to Domestic Violence: The Role of Risk and Protective Factors. *Child Development*, 8 (2), 562–577.
- Mas Esquerdo, J. y Fernández Mesas, S. (2000). *Psicobiología, Neuropsicología y Desórdenes Emocionales. Trastorno por estrés postraumático en el traumatismo craneoencefálico: presentación de un caso clínico*. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000; Conferencia 58-CI-D: Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa58/conferencias/58\\_ci\\_d.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa58/conferencias/58_ci_d.htm).
- Mason, J. W. (1971). A re-evaluation of the concept of "non-specificity" in stress theory. *Journal of Psychiatric Research*, 8, 323-333.
- Masten, A., S. y Coatsworth, J., D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments. Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53, 205–230.
- Maxwell, C. y Maxwell, S. (2003) Experiencing and witnessing familial aggression and their relationship to physical aggressive behaviors among Filipino adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 1432–1451.
- McCauley, J., Kern, D.E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A.F., DeChant, H.K., Ryden, J., Derogatis, L.R. y Bass, E.B. (1997) Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *Journal of the American Medical Association*, 277 (17), 1362–1368



- McCloskey, L.A., Figueredo, A.J. y Koss, M. (1995). The Effects of Systemic Family Violence on Children's Mental Health. *Child Development*, 66 (5), 1139-1161.
- McCloskey, A.A. y Walker, A. (2000). Posttraumatic stress in children exposed to family violence and single-event trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (1), 108-115.
- McCloskey, L.A. (2001). The "Medea Syndrome" among Men: The Instrumental Abuse of Children to Injure Wives. *Violence and Victims*, 16, 19-37.
- McDermott, B. y Cvitanovich, A. (2000). Posttraumatic stress disorder and emotional problems in children following motor vehicle accidents: an extended case series. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 446-452.
- McDonald, K. (1992). Warmth as a developmental construct: An evolutionary analysis. *Child Development*, 63, 753-773.
- McDonald, R., Jouriles, E. N., Tart, C. P. y Minze, L. C. (2009). Children's adjustment problems in families characterized by men's severe violence toward women: Does other family violence matter? *Child Abuse & Neglect*, 33, 94-101.
- McDowell, D., J., Kim, M., O'Neil, R. y Parke, R. D. (2002). Children's emotional regulation and social competence in middle childhood: The role of maternal and paternal interactive style. *Marriage and Family Review*, 34, 345-364.
- McFarlane, A. (1987). Posttraumatic phenomena in a longitudinal study of children following a natural disaster. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26 (5), 764-769.
- McFarlane, J., Groff, J., O'Brien, A. y Watson, K. (2003) Behaviors of children who are exposed and not exposed to intimate partner violence: an analysis of 330 black, white and Hispanic Children. *Pediatrics*, 112, e202-e207.
- McGee, C. (1997). Childhood Experiences of Domestic Violence. *Child and Family Social Work*, 2, 13-23.
- McGee, C. (2000) Childhood Experiences of Domestic Violence. London: Jessica Kingsley Publisher.
- McGuigan W.M. y Pratt C.C. (2001). The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 25 (7), 869-883.
- McKibben, L., De Vos, E. y Newberger, E. H. (1989). Victimization of mothers of abused children: A controlled study. *Pediatrics*, 84, 531-535.
- McKnight, C. D., Compton, S. N. y March, J. S. (2004). *Posttraumatic stress disorder*. In T. L. Morris & J. S. March (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 241-262). New York: Guilford.
- McLeer, S. V., Deblinger, E., Henry, D. y Orvaschel, H. (1992). Sexually abused children at high risk for post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31 (5), 875-879.
- McLoyd, V. C. y Wilson, L. (1991). *The strain of living poor: Parenting, social support, and child mental health*. In A. C. Huston (Eds.), *Children in poverty: Child development and public policy* (pp. 105-135). New York: Cambridge University Press.
- McMenemy, M.C. (1999). WHO recognizes child abuse as a major problem. *Lancet*, 353, 1340.
- McMillen, J. C., North, C. y Smith, E. (2000). What parts of PTSD are normal: Intrusion, avoidance or arousal? Data from the Northridge, California, earthquake. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (1), 57-75.

- McNally, R. J. (1996). Assessment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of School Psychology, 34*, 147-161.
- McNally, R. J. (2003). Progress and controversy in the study of Post-traumatic Stress Disorder. *Annual Review of Psychology, 54*, 229-252.
- McWilliams, L., Cox, B. y Asmundson, G. (2005). Symptom structure of posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample. *Journal of Anxiety Disorder, 19*, 626-641.
- Medina, J. J. (2002). *Violencia contra la mujer en la pareja: investigación comparada y situación en España*. Valencia: Tirant Monografías.
- Meichenbaum, D. (1994). *A Clinical Handbook/Practical Therapist Manual for Treating PTSD*. Waterloo, Ontario, Canadá: Institute Press, University of Waterloo.
- Meiser-Stedman, R. (2002). Towards a cognitive-behavioral model of PTSD in children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review, 5* (4), 217-232.
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Glucksman, E., Yule, W. y Dalgleish, T. (2008). The posttraumatic stress disorder diagnosis in preschool-and elementary school-age children exposed to motor vehicle accidents. *American Journal of Psychiatry, 165* (10), 1326-1337.
- Meltzer, H., Doos, L., Vostanis, P., Ford, T. y Goodman, R. (2009). The mental health of children who witness domestic violence. *Child and Family Social Work, 14*, 491-501.
- Mercier, M.H. y Despert, J.L. (1943). Psychological Effects of the War on French Children. *Psychosomatic Medicine, 5*, 266-272.
- Mertin, P. y Mohr, P. (2002). Incidence and correlates of posttrauma symptoms in children from backgrounds of domestic violence. *Violence and Victims, 17*, 555-567.
- Mestre, M. V., Tur, A. M. y Samper P. (2006). *Proyecto de intervención sobre mujeres y menores atendidos en centros de servicios sociales especializados para mujeres*. En: <http://uvalnoti.uv.es/intranet/ficheros/maltrato2.doc>
- Miguel-Tobal, J. J., González, H. y López, E. (2000). Estrés postraumático: Hacia una integración de aspectos psicológicos y neurobiológicos. *Ansiedad y Estrés, 6* (2-3), 255-280.
- Milgram N. (1993). *Los niños y el estrés*. En: Ollendick T, Hersen M (eds). *Psicopatología Infantil* (pp 464-483). Barcelona: Martínez Roca.
- Miller-Perrin, C. y Perrin, R. (1999). *Child Maltreatment Thousand Oaks*. CA: Sage Publications.
- Milner, J. S. y Crouch, J. L. (1999). Child maltreatment evaluations. *International Journal of Child & Family Welfare, 4* (1), 6-23.
- Mingote, C., Torrés Imaz, F.M. y Ruiz, S. (1999). Trastorno de estrés Postraumático. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 6* (7), 428-435.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2003). *Violencia doméstica*. Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Madrid.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006). *Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos*. Grupo de trabajo sobre maltrato infantil del Observatorio de la Infancia. Madrid.

- Mitchell, K. y Finkelhor, D. (2001) Risk of crime victimization among youth exposed to domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 944–963.
- Moeller, T. P., Bachmann, G. A. y Moeller, J. R. (1993). The combined effects of physical, sexual, and emotional abuse during childhood: Long-term health consequences for women. *Child Abuse & Neglect*, 17 (5), 623-640.
- Mol, S.S.L., Arntz, A., Metsemakers, J. F. M., Dinat, G.J., Vilters-Van Montford, P.A.P. y Knottnerus, J.A. (2006). Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: Evidence from an openpopulation study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 494–499.
- Molnar, B.E., Buka, S.L. y Kessler, R.C. (2001). Child Sexual Abuse and Subsequent Psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91 (5), 753-760.
- Mongillo, E.A., Briggs-Gowan, M., Ford, J.D. y Carter, A.S. (2009). Impact of Traumatic Life Events in a Community Sample of Toddlers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 455–468.
- Montt, M. E. y Hermosilla, W. (2001). Trastorno de estrés post-traumático en niños. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 39 (2), 110-120.
- Moore, T. E. y Pepler, D. J. (1998). *Correlates of adjustment in children at risk*. In G. W. Holden, R. Geffner, & E. N. Jouriles (Eds.), *Children exposed to marital violence: Theory, research and applied issues* (pp. 157-184). Washington, DC: American Psychological Association.
- Morales, J.M. y Costa, M. (1997). *Tendencias actuales en la investigación del maltrato infantil*. En Casado, J., Díaz, J.A. y Martínez, C. (Ed.). *Niños maltratados*. Madrid: Díaz de Santos.
- Morales, J.M., Zunzunegui, V. y Martínez, V. (1997). Modelos conceptuales del maltrato infantil: una aproximación biopsicosocial. *Gaceta Sanitaria*, 11 (5), 231-241.
- Moreno. C., Jimenez, J., Oliva. A., Palacios, J. y Saldaña, D. (1995). Detección y caracterización del maltrato infantil en la Comunidad Autónoma Andaluza. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 33-47.
- Moretti, M. M., Obsuth, I., Odgers, C. L. y Reebye, P. (2006). Exposure to maternal vs. paternal partner violence, PTSD, and aggression in adolescent girls and boys. *Aggressive Behavior*, 32, 385-395.
- Morey, M.A., Begleiter, M.L. y Harris, D.J. (1981). Profile of a battered fetus. *Lancet*, 2, 1294-1295.
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning—a reinterpretation of "conditioning" and "problem solving". *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: John Wiley & Sons.
- Muela, A. (2008). Hacia un sistema de clasificación nosológico de maltrato infantil. *Anales de psicología*, 24 (1), 77-87.
- Mullender, A., Hague, G., Imam, U., Kelly, L., Malos, E. y Regan, L. (2003). *Children's Perspectives on Domestic Violence*. London: Sage.
- Mullender, A. (2005). *What children tell us: "He said he was going to kill our mum"*. In Humphreys, C. and Stanley, N. (eds) *Child Protection and Domestic Violence: Directions for Good Practice*. London: Jessica Kingsley.

- Muller, R.T., Hunter, E.J. y Stollak, G. (1995). The intergenerational transmission of corporal punishment: A comparison of social learning and temperament models. *Child Abuse & Neglect*, 19, 1323-1335.
- Murray, J., Ehlers, A. y Mayou, R. A. (2002). Dissociation and posttraumatic stress disorder: Two prospective studies of motor vehicle accident survivors. *British Journal of Psychiatry*, 180, 363-368.
- Muris, P. (1997). *The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (revised version)*. Maastricht: Maastricht University, Department of Psychology.
- Mylle, J. y Maes, M. (2004). *Partial posttraumatic stress disorder revisited*. *Journal of Affective Disorder*, 78 (1), 37-48.
- Nader, K.O., Pynoos, R.S., Fairbanks, L. y Frederick, C. (1990). *Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school*. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1526-1530.
- Nader, K.O. (1997). *Assessing traumatic experiences in children*. In J. Wilson & T.M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (pp. 291-348). New York: Guilford Press.
- Nader, K.O., Newman, E., Weathers, F.W. et al. (1998). *Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescent for DSM-IV (CAPS-CA)*. Lebanon, LH, The Hitchcock Foundation.
- Nader, K.O. (2004). *Assessing Traumatic Experiences in Children and Adolescents: Self-reports of DSM PTSD criteria B-D symptoms*. In Wilson, J.P and Keane, T.M. (Eds.) *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (pp.513-537). New York: Guilford Press.
- Nader, K. (2007). *Culture and the assessment of trauma in youths*. In J. P. Wilson & C. S. Tang (Eds.), *Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD* (pp. 169-196). New York: Springer.
- Najarian, L.M., Goenjian, A.K., Pelcovitz, D., Mandel, F. y Najarian, B. (2001). The effect of relocation after a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 14 (3), 511-526.
- Narrow, W.E., Rae, D.S., Robbins, L.N. y Regier, D.A. (2002). Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 59, 115-123.
- National Center for PTSD (2006). *Fact Sheet and Child measures* [http://www.ncptsd.vagov/fact/specific/fs\\_children.html](http://www.ncptsd.vagov/fact/specific/fs_children.html)
- National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS) child file (2006). *User's guide and codebook Number 139. Family life development center*. Cornell University. New York: Ithaca.
- National Child Traumatic Stress Network (2003). *Complex Trauma in Children and Adolescents*. In Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J. y van der Kolk, B. (Ed). White Paper from the National Child Traumatic Stress Network Complex Trauma Task Force.
- National Traumatic Stress Network (2004). *Entendamos el estrés traumático infantil*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, (SAMHSA) y U.S. Department of Health and Human Services (HHS). [www.NCTSN.org](http://www.NCTSN.org).
- Neufeld, R.W.J. (1984). *Psicopatología y Estrés*. Barcelona: Toray.
- Newman, C.J. (1976). Children of Disaster: Clinical Observations at Buffalo Creek. *American Journal of Psychiatry*, 133, 306-312.

- Newman, E. (2002). Assessment of PTSD and trauma exposure in adolescents. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*, 6, 59-77.
- Newport, D.J. y Nemeroff, C.B. (2000). Neurobiología del Trastorno por Estrés Postraumático. *Current Opinion in Neurobiology*, 10, 211-218.
- Nilsson, D. (2007). *Trauma, Posttraumatic Stress and Dissociation Among Swedish Adolescents*. Evaluation of Questionnaires. Linköping University Medical Dissertations, 979.
- Nisht, P. Mechanic, M.B. y Resick, P.A. (2000). Prior Interpersonal Trauma: The contribution to current PTSD symptoms in female rape victims. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (1), 20-25.
- Norris, F.H. (1992). Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 60, 409-418.
- Norris, F.H., Foster, J.D. y Weisshaar, D.L. (2002). *The epidemiology of sex differences in PTSD. A cross developmental, societal and research contexts*. In R. Kimberling, P. Ouminette y J. Wolfe (Eds.). *Gender and PTSD* (pp. 3- 42). New York: Guilford Press.
- North, C.S., Smith, E.M. y Spitznagel, E.L. (1994). Posttraumatic stress disorder in survivors of mass shooting. *American Journal of Psychiatry*, 151, 82-88.
- Nyman, A. y Svenson, B. (2000). *Chicos. Abuso sexual y tratamiento*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Oates, M. (2003). Suicide: the leading cause of maternal death, *The British Journal of Psychiatry*, 183, 279-281.
- Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Trends in the well-being of America's children and youth*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. Disponible en: <http://aspe.hhs.gov/hsp/00trends/index.htm>.
- Ohan, J.L., Myers, K. y Collett, B.R. (2002). Ten-year review of rating scales. IV: scales assessing trauma and its effects. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(12), 1401-1422.
- O' Hearn, H. G., Margolin, F. y John, R. S. (1997). Mothers' and fathers' reports of children's reactions to naturalistic marital conflict. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1366-1373.
- Ohmi, H., Kojima, S., Awai, Y., Kamata, S., Sasaki, K., Tanaka, Y., Mochizuki, Y., Hirooka, K. y Hata, A. (2002). Posttraumatic stress disorder in pre-school aged children after a gas explosion. *European Journal of Pediatrics*, 161, 643-648.
- O' Keefe, M. (1994). Adjustment of children from maritally violent homes. *Families in Society*, 75, 403-415.
- O' Keefe, M. (1995). Linking marital violence, mother-child/father-child aggression and child behavior problems. *Journal of Family Violence*, 9, 63-78.
- Olaya, B., Tarragona, M.J., De la Osa, N. y Ezpeleta, L. (2008). Protocolo de Evaluación de niños y adolescentes víctimas de la violencia doméstica. *Papeles del Psicólogo*, 29 (1), 123-135.
- O'Leary, V. E., Alday, C. S. y Ickovics, J. R. (1998). *Models of life change and posttraumatic growth*. In Tedeschi, R.G. Park, C.L & Calhoun, L.G. (Eds.), *Posttraumatic growth*:

- Positive changes in the aftermath of crisis, (pp. 127-151). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- O'Leary, K. D. (1999). Psychological abuse: A variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and Victims, 14* (1), 3-23.
- O' Leary, V. E. y Ickovics, I. R. (1995). Resilience and thriving in response to challenge: An opportunity for a paradigm shift in women's health. *Women's Health: Research on Gender, Behavior and Policy, 1*, 121-142.
- Onyskiw, J.E. (2003). *Domestic Violence and Children's Adjustment: A Review of Research*. In R.A. Geffner, R.S. Igelman and J. Zellner (eds.) *The Effects of Intimate Partner Violence on Children*, pp. 11-45. Binghamton, NY: Haworth Maltreatment and Trauma Press.
- Orengo-García, F., Rodríguez, M., Lahera, G. y Ramírez, G. (2001). Prevalencia y tipos de trastorno por estrés postraumático en población general y psiquiátrica. *Psiquis, 22* (4), 169-176.
- Organización Mundial de la Salud (1977). *Clasificación Internacional de Enfermedades 9a Rev. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Madrid: MEDITOR.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades 10a Rev. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Madrid: MEDITOR.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe sobre la salud en el mundo: reducir los riesgos y promover una vida sana*.
- Ornduff, S.R. y Monahan, K. (1999). Children's Understanding of Parental Violence. *Child and Youth Care Forum, 28* (5), 351-364.
- Orner, R.J., Lynch, T. y Seed, P. (1993). Log-term traumatic stress reactions in British Falklands war veterans. *British Journal of Clinical Psychology, 32*, 457-459.
- Orr, E. y Westman, M. (1990). *Does hardiness moderate stress, and how? A review*. In Rosenbaum (Ed). *On coping skills, self control and adaptative behaviour* (pp 314-331) New York: Springer.
- Orr, S.P., Metzger, L.J., Lasko, N.B., Macklin, M.L., Peri, T. y Pitman, R.K. (2000). De novo conditioning in trauma-exposed individuals with and without posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 109* (2). 290-298.
- Orsillo, S.M., Weathers, F.W., Litz, B.T., Steinberg, H.R., Huska, J.A. y Keane, T.M. (1996). Current and lifetime psychiatric disorders among veterans with war zone related posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 184*, 5, 307-313.
- Osofsky, J. D., Wewers, S., Hann, D. y Fick, A. (1993). Chronic community violence: What is happening to our children? *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes, 56*, 36-45.
- Osofsky, J.D. (1995). Children who witness domestic violence: The invisible victims. *Social Policy Reports: Society for Research in Child Development, 9*, 1-16.
- Osofsky, J.D. (2003). Prevalence of Children's Exposure to Domestic Violence and Child Maltreatment: Implications for Prevention and Intervention. *Clinical Child and Family Psychology Review, 6* (3), 161-170.

- Oswald, S.H., Heil, K. y Goldbeck, L. (2009). History of Maltreatment and Mental Health Problems in Foster Children: A Review of the Literature. *Journal of Pediatric Psychology*, 1–11.
- Oswald, S. H., Heil, K. y Goldbeck, L. (2010). History of Maltreatment and Mental Health Problems in Foster Children: A Review of the Literature. *Journal of Pediatric Psychology*, 35 (5), 462-472.
- Oswald, S.H., Fegert, J.M.y Goldbeck, L. (2010). Post-Traumatic Stress Symptoms in Foster Children Following Maltreatment and Neglect. *Verhaltenstherapie*, 20, 37-44.
- Øverlien, C. y Hydén, M. (2007). Att tvingas lyssna – hur barn bevittnar pappas våld mot mamma. *Journal BARN (Body Awareness Resource Network)*, 1 (25), 9–25.
- Øverlien, C. y Hydén, M. (2009). Children's Actions when Experiencing Domestic Violence. *Childhood. A Journal of Global Child Research*, 16 (4), 479–496.
- Øverlien C. (2010). Children Exposed to Domestic Violence. Conclusions from the Literature and Challenges Ahead. *Journal of Social Work*, 10 (1), 80–97.
- Ozer, E., Best, S., Lipsey, T. y Weiss, D. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52–73.
- Palacios, J. (1995). Los datos del maltrato infantil en España: una visión de conjunto. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 69-75.
- Palacios, J., Jiménez, J., Oliva, A. y Saldaña, D. (1998). *Malos tratos a los niños en la familia*. En M. J. Rodrigo y J. Palacios (Coords.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 399-421). Madrid: Alianza.
- Palacios, L. y Heinze, G. (2002). Trastorno por Estrés Postraumático: una revisión del tema (primera parte). *Salud mental*, 25 (3), 19-26.
- Pandit, S. y Shah, L. (2000). *Post-traumatic stress disorder: Causes and aetiological factors*. In K. N. Dwivedi (Ed.), *Post-traumatic stress disorder in children and adolescents* (pp. 25–38). London: Whurr.
- Panuzio, J., Taft, C.T., Black, D.A., Koenen, K.C. y Murphy, C.M. (2007). Relationship abuse and victim's posttraumatic stress disorder symptoms: associations with child behaviour problems. *Journal of Family Violence*, 22, 177-185.
- Paolucci, E.O., Genuis, M.L. y Violato, C. (2001). A metanalysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology*, 135 (1), 17-36
- Park, C., Cohen, L. y Murch, R. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64, 71-105.
- Patró, R. y Limiñana, R. M. (2005). Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de psicología*, 21 (1), 11-17.
- Pearlman, L. A. (2001). *The treatment of persons with complex PTSD and other trauma-related disruptions of the self*. In J. P. Wilson, M. Friedman, & J. Lindy (Eds.), *Treating psychological trauma and PTSD* (PP. 205-236). New York: Guilford Press.
- Pedreira, J.L. (2003). La infancia en la familia con violencia: Factores de riesgo y contenidos psicopatológicos. *Psiquiatria.com.*, 7 (4).
- Pelcovitz, D., Kaplan, S., Goldenberg, B., Mandel, F., Lehane, J. y Guarrera, J. (1994). Post-traumatic stress disorder in physically abused adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 305-312.

- Pelcovitz, D., van der Kolk, B.A., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S. y Resick, P. (1997). Development of a criteria set a structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress, 10*, 3-15.
- Peled, E. y Davies, D. (1995). *Current Knowledge about Children of Battered Women*. In Groupwork with children of battered women. A practitioner's manual (pp. 1-14). London: Sage Publications.
- Peled, E. (1998). The Experience of Living with Violence for Preadolescent Children of Battered Women. *Youth and Society, 29* (4), 395-430.
- Perea, A., Loreda, A., Trejo, J., Baez, V., Martín, V., Monroy, A. y Ventejo, A. (2001). El maltrato al menor: propuesta de una definición integral. *Boletín Médico del Hospital Infantil de Mexico, 58*, 251-258.
- Pereda, N. y Forn, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect, 31* (4), 417-426.
- Pérez Benítez, C.I., Vicente, B., Zlotnick, C., Kohn, R., Johnson, J., Valdivia, S. y Rioseco, P. (2009). Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés post-traumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud Mental, 31*, 145-153.
- Perez, C. M. y Widom, C. S. (1994). Childhood victimization and long-term intellectual and academic outcomes. *Child Abuse & Neglect, 18* (8), 617-633.
- Perrin, S., Smith, P. y Yule, W. (2000). Practitioner review: The assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 41*, 277-289
- Perry, B. D. (1999). Post-traumatic stress disorders in children and adolescents. *Current Options in Pediatrics, 11*, 15.
- Pestana, M. H. y Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Peters, L., Slade, T. y Andrews, G. (1999): A comparison of ICD-10 and DSM-IV Criteria for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 12* (2), 135-143.
- Pfefferbaum, B. (1997). Posttraumatic stress disorder in children: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 1503-1511.
- Pfefferbaum B. y Pfefferbaum, R. (1998). Contagion in stress: An infectious disease model for posttraumatic stress disorder in children. *Child Adolescent Psychiatric Clinics North America, 7*, 183-194.
- Pfefferbaum B., James, R. y Allen, M. (1998). Stress in children exposed to violence: Reenactment and Rage. *Child Adolescent Psychiatric Clinics North America, 7*, 33-51.
- Pfefferbaum, B., Stuber, J., Galea, S. y Fairbrother, G. (2006). Panic reactions to terrorist attacks and probable posttraumatic stress disorder in adolescents. *Journal of Traumatic Stress, 19* (2), 217-228.
- Phillips, S.D. y Zhao, J. (2010). The relationship between witnessing arrests and elevated symptoms of posttraumatic stress: Findings from a national study of children involved in the child welfare system. *Children and Youth Services Review, 32* (10), 1246-1254.
- Pimlott-Kubiak, S. y Cortina, L. M. (2003). Gender, victimization, and outcomes: Reconceptualizing risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 528-539.



- Pine, D. S. y Cohen, J. A. (2002). Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry*, 51, 519-531.
- Pine, D. S., Costello, J. y Masten, A. (2005). Trauma, proximity and developmental psychopathology: The effects of war and terrorism on children. *Neuropsychopharmacology*, 30, 1781-1792.
- Pinheiro, P. S. (2006). *Informe Mundial sobre La Violencia Contra los Niños y Niñas*. Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños, Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas.
- Pithers, R.T. (1995). Teachers stress research: Programs and progress. *British Journal of Educational Psychology*, 68, 269-279.
- Pitman, R.K., Orr, S.P., Foa, D.F., Altman, B., De Jong, J.B. y Herz, L.R. (1990). Psychophysiological responses to combat imagery of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder versus other anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 49-54.
- Plaza, I. (2005). *El trastorno por estrés postraumático*. *Psicocentro*. Extraído de [http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo\\_s.asp?texto=art32001](http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art32001)
- Pollak, S. (2010). *El Impacto del Maltrato Infantil en el Desarrollo Psicosocial de los Niños Pequeños*. Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia. Centre of Excellence for Early Childhood Development.
- Pomeroy, E.C., Green, D.L. y Kiam, R. (2001). Female Juvenile Offenders Incarcerated as Adults: A Psychoeducational Group Intervention. *Journal of Social Work*, 1 (1), 101-115.
- Portnova, A. A. (2007). Typology of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 37 (1), 7-11.
- Pot-Mees, C. (1989). *The psychological effect of bone marrow transplantation in children*. Delft, Netherlands: Eburon.
- Power, M. J. y Dalgleish, T. (1997). *Cognition and emotion: From order o disorder*. Hove, England: Psychology Press.
- Power, M. J. y Dalgleish, T. (1999). Two routes to emotion: Some implications of multi-level theories of emotion for therapeutic practice. *Cognitive and Behavioural Psychotherapy*, 27, 129-142.
- Puig-Antich, J. y Chambers, W. (1978). *The schedule for affective disorders and schizophrenia for school aged children (Kiddie SADS)*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Pullis, M. (1998). Exposure to traumatic violence: Some lessons from Bosnia. *Education & Treatment of Children*, 21, 396-412.
- Putnam, F.W. (1997). *The developmental basis of dissociation*. In Putnam FW. (ed.), *Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective*. (pp 180-198). New York: Guilford Press.
- Putnam, J. J. (1898). On the etiology and pathogenesis of the posttraumatic psychoses and neuroses. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 25, 769-799.
- Putnam, F. (2003). Ten-year research update review: Child Sexual Abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (3), 269-278.
- Pynoos, R.S., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., Nunez, F. y Fairbanks, L. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school age children. *Archives of General Psychiatry*, 44 (12). 1057-1063.

- Pynoos, R.S. y Nader, K. (1988). Psychological first aid and treatment approaches for children exposed to community violence. Research implications. *Journal of Traumatic Stress, 1*, 243- 267.
- Pynoos, R.S. (1994). *Posttraumatic Stress Disorder: A Clinical Review*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M. y Wraith, R. (1995). *A Developmental Model of Childhood Traumatic Stress*. In D. Cicchetti & D. J. Cohen, *Developmental Psychopathology, Vol. 2 Risk, Disorder, and Adaptation* (pp. 72 – 95). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M. y Goenjian, A. (1996). *Traumatic stress in childhood and adolescence: Recent developments and current controversies*. In B. A. van der Kolk & A. C. McFarlane (Eds.), *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society* (pp. 331–358). New York: Guilford Press.
- Pynoos, R. S., Rodriguez, N., Steinberg, A., Stuber, M. y Frederick, C. (1998). *UCLA PTSD Index for DSM-IV*. Unpublished manual, UCLA Trauma Psychiatry Service.
- Pynoos, R.S., Steinberg, A. y Piacentini, A.M. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry, 46* (11), 1542-1554.
- Pynoos, R.S. (2002). *Child Post Traumatic Stress – Reaction Index (CPTS-RI)*. Available from Robert Pynoos, MD. Trauma Psychiatry Service ULCA Medical Plaza. Los Angeles.
- Pynoos, R. S., Fairbank, J. A., Steinberg, A. M., Amaya-Jackson, L., Gerrity, E., Mount, M. L. y Maze, J. (2008). The National Child Traumatic Stress Network: Collaborating to improve the standard of care. *Professional Psychology: Research and Practice, 39* (4), 389-395.
- Pynoos, R.S., Steinberg, A. M., Layne, C.M., Briggs, E.C., Ostrowski, S.A. y Fairbank, J.A. (2009). DSM-V PTSD Diagnostic Criteria for Children and Adolescents: A Developmental Perspective and Recommendations. *Journal of Traumatic Stress, 22* (5), 391–398.
- Ramos, N.S. (2000). *Variables cognitivas implicadas en el ajuste al trauma y asociadas a la comunicación emocional*. Tesis doctoral. Departamento de Psicología Básica. Universidad de Málaga.
- Rauch, S.A., Grunfeld, T. E.E., Yadin, E., Cahill, S.P., Hembree, E. y Foa, E.B. (2008). Changes in reported physical health symptoms and social function with prolonged exposure therapy for chronic posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety, 26* (8), 732-738.
- Realmutto, G.M., Masten, A., Carole, L.F, Hubbard, J., Groteluschen, A. y Chhun, B. (1992). Adolescent Survivors of Massive Childhood Trauma in Cambodia - Life Events and Current Symptoms. *Journal of Traumatic Stress, 5* (4), 589-599.
- Reed, P. L., Anthony, J. C. y Breslau, N. (2007). Incidence of drug problems in young adults exposed to trauma and posttraumatic stress disorder: Do early life experiences and predispositions matter? *Archives of General Psychiatry, 64*, 1435–1442.
- Reich, J. W. y Zautra, A. J. (1983). Demands and desires in daily life. *American Journal of Community Psychology, 11*, 41-58.
- Reich, W., Shayka, J.J. y Taibleson, Ch. (1991). *Diagnostic Interview Schedule for Children and Adolescence-DICA-R* (L. Ezpeleta, Trans.). Unpublished manuscript, Washington University, Division of Child Psychiatry.

- Reich, W., Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Lefkowitz, E. S. y Pakiz, B. (1993). Prevalence of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 369–377.
- Reich, W., Leacock, N. y Shanfeld, C. (1994). *Diagnostic Interview for children and adolescent-revised (DICA-R)*. St. Louis M.O.: Washington University.
- Resick, P. A. y Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748–756
- Resick, P. A. y Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: a treatment manual*. London: Sage.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E. y Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984–991.
- Reyes, J. A. (2008). Neurobiología del trastorno de estrés postraumático. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 53-60.
- Reynolds, M. y Brewin, C. R. (1998). Intrusive cognitions, coping strategies and emotional responses in depression, post traumatic stress disorder and a non-clinical population. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 135–147.
- Ribeiro, J.L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 547-558.
- Richardson, M., Henry, J., Black-Pond, C. y Sloane, M. (2008). Multiple types of maltreatment: behavioral and developmental impact on children in the child welfare system. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 1, 1-14.
- Richters, J.E. y Martinez, P. (1993). The NIMH Community Violence Project: I. Children as victims and witnesses to violence. *Psychiatry*, 56, 7–21.
- Riggs, S., Alario, A. J. y McHorney, C. (1990). Health risk behaviors and attempted suicide in adolescents who report prior maltreatment. *Journal of Pediatrics*, 116 (5), 815-821.
- Rincón, P. P. (2003). *Trastorno De Estrés Postraumático en Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica: Evaluación de Programas de Intervención*. Tesis Doctoral. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I. Facultad de Psicología. Universidad Complutense De Madrid.
- Rincón, P.P., Labrador, F.J., Arinero, M. y Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 105-116.
- Rincón, P. P., Cova, F., Bustos, P., Aedo, J. y Valdivia, M. (2010). Estrés Postraumático en Niños y Adolescentes Abusados Sexualmente. *Revista Chilena de Pediatría*, 81 (3), 234-240.
- Rivers, W. H. (1920). *Instinct and the unconscious: A contribution to a biological theory of the psychoneuroses*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Rivett, M., Howarth, E. y Harold, G. (2006). Watching from the stairs: towards an evidence-based practice in work with children witness of domestic violence. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11, 103–124.
- Robins, L.N., Wing, J., Wittchen, H., Helzer, J.E., Babor, T.F., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R., Regier, D.A., Sartorius, N. y Towle, L. H. (1988). The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069–1077.

- Robinson, S., Bar-Server, M. y Rapaport, J. (1994). The present state of the people who survived the Holocaust as children. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 242-245.
- Rodrigo, M. J., Camacho, J., Máiquez, M. L., Byrne, S. y Benito, J. M. (2009). Factores que influyen en el pronóstico de recuperación de las familias en riesgo psicosocial: el papel de la resiliencia del menor. *Psicothema*, 21, 90-96.
- Rodríguez, G., Camacho, J., Rodrigo, M.J., Martín, J.C., y Máiquez, M.L. (2006). Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias de los Servicios Sociales Municipales. *Psicothema*, 18 (2), 200-206.
- Rodriguez, N., Ryan, S. W., Vande Kemp, H. y Foy, D. W. (1997). Posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 53-59.
- Rodriguez, N., Steinberg, A. M. y Pynoos, R. S. (1999). *UCLA PTSD Reaction Index-Adolescent Version*. University of California at Los Angeles.
- Rodriguez, N., Steinberg, A.S., Saltzman, W.S. y Pynoos, R.S. (2001 a). *PTSD Index: Preliminary psychometric analysis of the adolescent versions*. Symposium conducted at the 17<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, New Orleans.
- Rodriguez, N., Steinberg, A.S., Saltzman, W.S. y Pynoos, R.S. (2001 b). *PTSD Index: Preliminary psychometric analysis of the child and parent versions*. Symposium conducted at the 17<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, New Orleans.
- Rogers, M.P., Weinschenker, N.J., Warshaw, M.G., Goisman, R.M., Rodriguez- Villa, F.J., Fierman, E.J. y Keller, M.B. (1996). Prevalence of somatoform disorders in a large sample of patients with anxiety disorders. *Psychosomatics*, 37, 17-22.
- Rohleder, N. y Karl, A. (2006). Role of endocrine and inflammatory alterations in comorbid somatic diseases of post-traumatic stress disorder. *Minerva Endocrinológica*, 31 (4), 273-288.
- Rojas, V. y Pappagallo, M. (2004). *Risk factors for PTSD in children and adolescents*. In R. R. Silva (Ed.), *Posttraumatic stress disorders in children and adolescents: Handbook* (pp. 38-59). New York: W. W. Norton.
- Romano, E., Zoccolillo, M. y Paquette, D. (2006). Histories of child maltreatment and psychiatric disorder in pregnant adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45 (3), 329-336.
- Ronen, T. (2002). Difficulties in assessing traumatic reactions in children. *Journal of Loss and Trauma*, 7, 87-106.
- Rosen, G. M. (2004). Litigation and reported rates of posttraumatic stress disorder. *Personality and Individual Differences*, 36, 1291-1294.
- Rosen, G. M. y Taylor, S. (2007). Pseudo-PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 201-210.
- Rosen, L. N. y Martin, L. (1996). Impact of childhood abuse history on psychological symptoms among male and female soldiers in the US army. *Child Abuse & Neglect*, 20, 1149-1160.
- Rosenbaum, A. y O'Leary, K.D. (1981). Children: The unintended victims of marital violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, 692-699.
- Rosenberg, D. A. (1997). *Unusual forms of child abuse*. In M. E. Helfer, R. S. Kempe y R. Krugman (Eds.), *The battered child* (5 ed., pp. 431-449). Chicago: The University of Chicago Press.

- Rossmann, B. B., Bingham, R. D. y Emde, R. N. (1997). Symptomatology and adaptive functioning for children exposed to normative stressors, dog attack, and parental violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (8), 1089-1097.
- Rossmann, B. B. (1998). *Descartes's Error and posttraumatic stress disorder: Cognition and emotion in children who are exposed to parental violence*. In G. W. Holden, R. Geffner, and E. N. Jouriles (Eds.), *Children exposed to marital violence* (pp. 223-256). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rossmann, B.B. (2000). Time Heals All: How Much and For Whom? *Journal of Emotional Abuse*, 2 (1), 31-50.
- Rossmann, B. B., Hughes, H. M. y Rosenberg, M. S. (2000). *Children and interparental violence: The impact of exposure*. Philadelphia: Brunner/ Mazel.
- Rossmann, B. B. (2001). *Long term effects of children's exposure to domestic violence*. In S. A. Graham-Bermann & J. Edleson (Ed.), *Domestic violence in the lives of children: The future of research, intervention and social policy*. (pp. 35-65). Washington: American Psychological Association.
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T. y Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-475.
- Roussos, A., Goenjian, A.K., Steinberg, A.M., Sotiropoulou, C., Kakaki, M., Kabakos, C., Karagianni, S. y Manouras, V. (2005). Posttraumatic Stress and Depressive Reactions Among Children and Adolescents After the 1999 Earthquake in Ano Liosia, Greece. *American Journal of Psychiatry*, 162, 530-537.
- Rowlison, R. T. y Felner, R. D. (1988). Major life events, hassles, and adaptation to adolescence: Confounding in the conceptualization and measurement of life stress and adjustment revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 432-444.
- Ruggiero, K. J. y McLeer, S. V. (2000). PTSD scale of the child behavior checklist: Concurrent and discriminant validity with non-clinic-referred sexually abused children. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (2), 287-299.
- Ruggiero, K. J., Rheingold, A. A., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G. y Galea, S. (2006). Comparison of two widely used PTSD-screening instruments: implications for public mental health planning. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 699-707.
- Rumm, P.D., Cummings, P., Krauss, M.R., Bell, M.A. y Rivera, F.P. (2000). Identified Spouse Abuse as a Risk Factor for Child Abuse. *Child Abuse & Neglect*, 24 (11), 1375-1381.
- Ruscio, A.M., Ruscio, J. y Keane, T.M. (2002). The latent structure of posttraumatic stress disorder: A taxometric investigation of reactions to extreme stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 290-301.
- Rutter, M.L. (1979). *Protective factors in children's responses to stress and disadvantage*. In M.W. Kent & J. E. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychopathology: Social competence in children* (pp. 49-74). Hanover, NH: University Press of New England.
- Rutter, M. L. (1989). Pathways from childhood to adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 23-51.
- Rutter, M. L. (1999). Psychosocial adversity and child psychopathology. *British Journal of Psychiatry*, 174, 480-493.
- Rutter, M. (2002). Nature, nurture, and development: from evangelism through science toward policy and practice. *Child Development*, 73, 1, 1-21.

- Ryan, K. D., Kilmer, R. P., Cauce, A. M., Watanabe, H. y Hoyt, D. R. (2000). Psychological consequences in homeless adolescents: Untangling the unique effects of maltreatment and family environment. *Child Abuse & Neglect*, 24 (3), 333-352.
- Ryff, C. D., Singer, B., Love, G. D., y Essex, M. J. (1998). *Resilience in adulthood and later life*. In J. Lommaranz (Ed.), *Handbook of aging and mental health: An integrative approach* (pp. 69-96). New York: Plenum Press.
- Sack, W. H., Seeley, J. R., Him, C. y Clarke, G. N. (1998). Psychometric properties of the impact of events scale in traumatized Cambodian refugee youth. *Personality and Individual Differences*, 25, 57-67.
- Saigh, P.A., Yasik, A.E., Oberfield, R.A., Green, B.L., Halamandaris, R.V., Rubenstein, H., Nester, J., Resko, J., Hetz, B. y McHugh, M. (2000). The Children's PTSD Inventory: Development and Reliability. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (3), 269-380
- Saigh, P.A. (2004). *Assessment of PTSD in children and adolescents*. In R. Silva (ed.). *Posttraumatic stress disorders in children and adolescents*. Handbook. New York: Norton.
- Saldaña, D., Jiménez, J. y Oliva, A. (1995). El maltrato infantil en España: un estudio a través de los expedientes de menores. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 59-68.
- Salmon, K. y Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder in children: The influence of developmental factors. *Clinical Psychology Review*, 22, 163-188.
- Sánchez, M., González, R.M., Marsán, V. y Macías, C. (2006). Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplásicas y cardiovasculares. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 22 (3).
- Sandín, B. y Chorot, P. (1993). Stress and anxiety: Diagnosis validity of anxiety disorders according to life events stress, ways of coping and physical symptoms. *Psiquis*, 14, 178-184.
- Sandín, B. (1995). *El Estrés*. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos, *Manual de Psicopatología* (Vol. 2, pp. 3-52). Madrid: McGraw-Hill.
- Sani, A. I. (2002). *As Crianças e a violência: narrativas de crianças vítimas e testemunhas de crimes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sanmartín, J. (1999). *Violencia contra los niños*. Barcelona: Ariel.
- Santamaría, G.R. (1992). *El maltrato infantil o maltrato social*. En: *El Maltrato a los niños y sus repercusiones educativas*. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. México, D.F.: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil, II, 201-206.
- Santana-Tavira R, Sánchez-Ahedo R, Herrera-Basto E. (1998). El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Pública de Mexico*, 40, 58-65.
- Sarmiento, P., Fernández, M., Barbacil, A. y Gutiérrez, C.V. (2006). Perspectivas actuales en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático en la población infantil: Análisis bibliométrico. *Clínica y Salud*, 17 (1), 69-89.
- Sass, H., Wittchen, H.U. y Zaudig, M. (2009). *Diagnostisches Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Sassetti, M. R. (1993). Domestic Violence. *Primary Care*, 20 (2), 289-305.
- Sauter, J. y Franklin, C. (1998). Assessing posttraumatic stress disorder in children: diagnostic and measurement strategies. *Research on Social Work Practice*, 8, 251-271.

- Save the Children (2006). *Atención a los niños y niñas víctimas de violencia de género. Análisis de la atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género en el sistema de protección de la mujer*. Madrid: Save the Children España.
- Save the Children (2008). *Manual de atención a niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar*. Madrid: Save the Children España.
- Scheeringa, M., S. y Zeanah, C. H. (1994). *Posttraumatic stress disorder semi-structured interview and observational record for infants and young children*. Unpublished measured. New Orleans LA: Tulane University.
- Scheeringa, M., S. y Zeanah, C. H. (1995). Symptom expression and trauma variables in children under 48 months of age. *Infant Mental Health Journal*, 16 (4), 259–270.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Drell, M. J. y Larrieu, J. A. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 191–200.
- Scheeringa, M. S. y Zeanah, C. H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 799–815.
- Scheeringa, M. S., Peebles, C. D., Cook, C. A. y 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, 52–60.
- Scheeringa, M.S., Zeanah, C.H., Myers, L. y Putnam, F.W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 561-570.
- Scheeringa, M.S., Peebles, C.D., Cook, C.A. y Zeanah, C.H. (2004). Toward establishing procedural criterion and discriminant validity for PTSD in early childhood. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (1),52-60.
- Scheeringa, M.S., Zeanah, C., Myers, L. y Putnam, F. (2005). Predictive validity in a prospective follow-up of PTSD in preschool children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44 (9), 899-906.
- Scheeringa, M.S., Wright, M.J., Hunt, J.P. y Zeanah, C.H. (2006). Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 163, 644–651.
- Scheeringa, M.S. (2008). *Personal communication*, August 9.
- Scheeringa, M. S. y Zeanah, C. H. (2008). Reconsideration of harm's way: Onsets and comorbidity patterns of disorders in preschool children and their caregivers following Hurricane Katrina. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 508–518.
- Scheeringa, M.S., Zeanah, C.H. y Cohen, J.A. (2010). PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithm. *Depression and anxiety*, 0, 1-13.
- Scher, C. D., Forde, D. R., McQuaid, J. R. y Stein, M. B. (2004). Prevalence and demographic correlates of childhood maltreatment in an adult community sample. *Child Abuse & Neglect*, 28 (2), 167-180.
- Schnurr, P.P., Ford, J.D., Friedman, M.J., Green, B.L., Dain, B. J. y Sengupta, A. (2000). Predictors and outcomes of posttraumatic stress disorder in World War II veterans exposed to mustard gas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 258-268.
- Schnurr, P., Friedman, M. y Bernardy, N. (2002). Research on posttraumatic stress disorder: Epidemiology, pathophysiology and assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (8), 877-889.

- Schuster, M. A., Stein, B. D., Jaycox, L., Collins, R. L., Marshall, G. N., Elliott, M. N., Zhou, A.J., Kanouse, D.E., Morrison, J.L. y Berry, S. H. (2001). A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *New England Journal of Medicine*, 345, 1507-1512.
- Schützwohl, M. y Maercker, A. (1999). Effects of varying diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder are endorsing the concept of partial PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 155-165.
- Schwarz, E. y Kowalski, J. (1991). Malignant memories: PTSD in children and adults after a school shooting. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 936-944.
- Scott, K. L., Wolfe, D. A. y Wekerle, C. (2003). Maltreatment and trauma: Tracking the connections in adolescence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 211-230.
- Scott, S.T. (2007). Multiple traumatic experiences and the development of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Interpersonal Violence*, 22 (7), 932-938.
- Seldner-O'Hagan, M.B., Kindlon, D. J., Buka, S. L., Raudenbush, S.W. y Earls, F.J. (1998). Assessing Exposure to Violence in Urban Youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 (2), 215-224.
- Seligman, M. E. P. y Csikszentmihalyi, M. (Eds.) (2000). Positive psychology [Special issue]. *American Psychologist*, 55(1).
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 38, 32-36.
- Selye, H. (1952). *The story of the adaptation syndrome*. Montreal: Acta Inc.
- Selye, H. (1976). *The Stress of Life*. New York: McGraw Hill.
- Sepúlveda, A. (2006). La Violencia de Género como causa de Maltrato Infantil. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12 (43-44), 149-164.
- Singleton, R. A. y Straits, B. C. (1999). *Approaches to social research* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Shaffer, D., Gould, M.S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P. y Bird, H. (1983). A children's global assessment scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 40 (11), 1228-1231.
- Shalev, A. (1992). Posttraumatic Stress Disorder among Injured Survivors of a Terrorist Attack: Predictive Value of Early Intrusion and Avoidance Symptoms. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 180 (8), 505-509.
- Shalev, A. (2000). *Post-traumatic stress disorder: Diagnosis, history and life course*. In D. Nutt, J. Davidson y J. Zohar, Post-Traumatic Stress Disorder: Diagnosis, Management and Treatment (pp. 1-15). London: Martin Dunitz.
- Sharan, P., Chaudhary, G., Kavathekar, S.A. y Saxena, S. (1996). Preliminary report of psychiatric disorders in survivors of a severe earthquake. *American Journal of Psychiatry*, 153 (4), 556-558.
- Shaw, J., Applegate, B. y Schorr, C. (1996). Twenty-one month follow-up study of school-age children exposed to hurricane Andrew. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 359-364.
- Shepard, M. y Raschick, M. (1999). How child welfare works assess and intervene around issues of domestic violence. *Child Maltreatment*, 4, 148-156.
- Shonk, S. M., y Cicchetti, D. (2001). Maltreatment, Competency Deficits and Risk for Academic and Behavioral Maladjustment. *Developmental Psychology*, 37, 3-17.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Silver, R. C., Holman, E. A., McIntosh, D. N., Poulin, M. y Gil-Rivas, V. (2002). Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1235-1244.
- Silverman, A. B., Reinherz, H. Z. y Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse & Neglect*, 20 (8), 709-723.
- Silvern, L. y Kaersvang, L. (1989). The traumatized children of violent marriages. *Child Welfare*, 68, 421-436.
- Silvern, L., Karyl, J., Waelde, L., Hodges, W.F., Starek, J., Heidt, E. y Min, K. (1995). Retrospective reports of parental partner abuse: Relationships to depression, trauma symptoms and self-esteem among college students. *Journal of Family Violence*, 10 (2), 177-202.
- Simon, R.I. (1999). Chronic posttraumatic stress disorder a severiew and check list of factors influencing prognosis. *Harvard Review of Psychiatry*, 6, 304-312.
- Sinclair, E., Salmon, K. y Bryant, R. A. (2007). The role of panic attacks in acute stress disorder in children. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (6), 1069-1073.
- Skopp, N., A., McDonald, R., Jouriles, E., N. y Rosenfield, D. (2007). Partner aggression and Children's externalizing problems: maternal and paternal warmth as protective factors. *Journal of Family Psychology*, 21 (3), 459-467.
- Smith, P., Perrin, S., Dyregrov, A. y Yule, W. (2003). Principal components analysis of the impact of event scale with children in war. *Personality and Individual Differences*, 34 (2), 315-322.
- Solano, M.E. (2004). Estrés Post-traumático en niños y adolescentes y sus consecuencias. *Honduras Pediátrica*, 24 (2).
- Solomon J. (1942). Reaction of children to black-out. *American Journal of Orthopsychiatry*, 12, 361-362.
- Soriano, F. J. (2005). *Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de la salud*. Grupo PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia.
- Sosa, S. y Capafons, J. (1996). *Abuso sexual en niños y adolescentes*. En J. Buendía (Ed.), *Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales* (pp. 77-99). Madrid: Pirámide.
- Spaccarelli, S., Sandler, I. N. y Roosa, M. (1994). History of spousal violence against mother: Correlated risks and unique effects in child mental health. *Journal of Family Violence*, 9, 79-98.
- Spinazzola, J., Ford, J. D., Zucker, M., van der Kolk, B. A., Silva, S., Smith, S. F. y Blaustein, M. (2005). Survey Evaluates Complex Trauma Exposure, Outcome, and Intervention Among Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*, 35 (5), 433- 439.
- Spirito, A., Stark, L. J., Grace, N. y Stamoulis, D. (1991). Common problems and coping strategies reported in childhood and early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 531-544.
- Spitzer, R.L., First, M.B. y Wakefield, J.C. (2007). Saving PTSD from itself in DSM-V. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 233-241.
- Sroufe, L. A., Carlson, E. A., Levy, A. K. y Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11, 1-13.

- Stafford, B., Zeanah, C. H. y Scheeringa, M. S. (2003). Exploring psychopathology in early childhood: PTSD and attachment disorders in DC: 0-3 and DSM-IV. *Infant Mental Health Journal*, 24, 398-409.
- Stafford, P.A., Biddinger, P.W. y Zumwalt, R.E. (1998). Lethal intrauterine fetal trauma. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 159, 485-489.
- Stallard, P., Velleman, R., Salter, E., Howse, I., Yule, W. y Taylor, G. (2006). A randomised controlled trial to determine the effectiveness of an early psychological intervention with children involved in road traffic accidents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (2), 127-134.
- Steil, R. y Ehlers, A. (2000). Dysfunctional meaning of posttraumatic intrusions in chronic PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 537-558.
- Stein, D.J., Seedat, S., Van der Linden, G. y Kaminer, D. (2000). *Pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder*. In D. Nutt, J.R.T., Davidson y J. Zohar (eds.), Post-traumatic stress disorder. Diagnosis, management, and treatment, pp. 131-146. London: Lunitz.
- Stein, M.B., Walker, J.R., Hazen, A.L. y Forde, D.R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1114-1119.
- Steinberg, A.M., Brymer, M.J., Decker, K.B. y Pynoos, R.S. (2004). The University of California at Los Angeles Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index. *Current Psychiatry Report*, 6, 96-100.
- Sternberg, K. J., Lamb, M. E., Greenbaum, C., Cicchetti, D., Dawud, S., Cortes, R. M., Krispin, O. y Lorey, F. (1993). Effects of domestic violence on children's behavior problems and depression. *Developmental Psychology*, 29, 44-52.
- Stevenson, J. (1999). The treatment of the long-term sequelae of child abuse. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 89-111.
- Stiffman, A.R., Dore, P., Earls, F.J. y Cunningham, R. (1992). The influence of mental health problems on AIDS-related risk behaviors in young adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180 (5), 314-320.
- Stoddard, F. J., Ronfeldt, H., Kagan, J., Drake, J. E., Snidman, N., Murphy, J. M., Saxe, G., Burns, J. y Sheridan, R.L. (2006). Young burned children: the course of acute stress and physiological and behavioral responses. *American Journal of Psychiatry*, 163 (6), 1084-1090.
- Stone, A. y Neale, J. M. (1984). Effects of severe daily events on mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 137-144.
- Stone, S. (2007). Child maltreatment, out-of-home placement and academic vulnerability: A fifteen-year review of evidence and future directions. *Children and Youth Services Review*, 29, 139-161.
- Stoppelbein, L. y Greening, L. (2000). Posttraumatic stress symptoms in parentally bereaved children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 1112-1119.
- Stover, C. S. y Berkowitz, S. (2005). Assessing violence exposure and trauma symptoms in young children: A critical review of measures. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 707-717.
- Strand, V.C., Sarmiento, T.L. y Pasquale, L.E. (2005). Assessment and screening tools for trauma in children and adolescent. A review. *Trauma, Violence and Abuse*, 6 (1), 55-78.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Straus, M.A., Gelles, R.J. y Steinmetz, S.K. (1980). *Behind Closed Doors: Violence in the American Family*. New York: Anchor Press.
- Straus, M. A. y Gelles, R. J. (1990). *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Straus, M. A. y Smith, C. (1990). *Family patterns and child abuse*. In M. A. Straus & R. J. Gelles (Eds.), *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families* (pp. 507-525). New Brunswick, NJ: Transaction Publishing.
- Straus, M.A. (1993). Identifying offenders in criminal justice research on domestic assault. *American Behavioral Scientist*, 36, 587-600.
- Straus, M.A, Hamby, S., Boney-McCoy, S. y Sugarman, D. (1996). The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283-316.
- Straus, M.A., Hamby, S.L., Finkelhor, D., Moore, D.W. y Runyan, D. (1998). Identification of Child Maltreatment With the Parent-Child Conflict Tactics Scales: Development and Psychometric Data for a National Sample of American Parents. *Child Abuse & Neglect*, 22 (4), 249-270.
- Stringham P. (1999). Domestic Violence. *Primary Care*, 26 (2), 373-384.
- Stuber, M., Nader, K., Yasuda, P., Pynoos, R. y Cohen, S. (1991). Stress responses alter pediatric home marrow transplantation: Preliminary results of a prospective longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 952-957.
- Sullivan, T. P., Fehon, D. C., Andres-Hyman, R. C., Lipschitz, D. S. y Grilo, C. M. (2006). Differential relationships of childhood abuse and neglect subtypes to PTSD symptom clusters among adolescent inpatients. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 229-239.
- Summit, R. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 7 (2), 177-193.
- Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool (2003). Research diagnostic criteria for infants and preschool children: The process and empirical support. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1504-1512.
- Taylor, S., Kuch, K., Koch, W., Crockett, D. y Passey, G. (1998). The structure of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 107 (1), 154-160.
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L.G. (1995). *Trauma & Transformation: Growing in the Aftermath of Suffering*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (3), 455-471.
- Tedeschi, R.G., Park, C.I. y Calhoun, L. G. (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: A New Perspective on Psychotraumatology. *Psychiatric Times*, 21 (4).
- Terr, L.C. (1979). Children of Chowchilla: A study of psychic trauma. *Psychoanalytic Study of the Child*, 34, 547-603.

- Terr, L.C. (1981). Forbidden games: Posttraumatic child's play. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20 (4), 741-760.
- Terr, L.C. (1983). Chowchilla revisited: the effects of psychic trauma four years after a school-bus kidnapping. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1543-1550.
- Terr, L.C. (1985). Psychic trauma in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 8 (4), 815-835.
- Terr, L.C. (1991). Childhood traumas. An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Terr, L.C. (1996). *Acute responses to external events and posttraumatic stress disorder*. In Lewis M (ed.). *Child and Adolescent Psychiatry: a Comprehensive Text book*. 2nd ed., pp 753-763. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Terr, L. C., Bloch, D. A., Michel, B. A., Hong, S., Reinhardt, J. A. y Metayer, S. (1999). Children's symptoms in the wake of Challenger: A field study of distant-traumatic effects and an outline of related conditions. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1536- 1544.
- Thabet, A. A. y Vostanis, P. (2000). Posttraumatic stress disorder reactions in children of war: A longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, 24, 291-298.
- Thornberry, T. P., Ireland, T. O. y Smith, C. A. (2001). The importance of timing: the varying impact of childhood and adolescent maltreatment on multiple problem outcomes. *Development and Psychopathology*, 13, 957-979.
- Thornton, L. (2001). *Individual treatments for children and adolescents with post-traumatic stress disorder: Unlocking children's trauma*. In K. N. Dwivedi (Ed.), *Post-traumatic stress disorder in children and adolescents* (pp. 131-146). Philadelphia: Whurr Publishers.
- Tierney, J.A. (2000). Post-traumatic Stress Disorder in Children: Controversies and unresolved issues. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry Nursing*, 13 (4), 147-158.
- Titchener, J. L, y Kapp, F. T. (1976). Family and character change at Buffalo Creek. *American Journal of Psychiatry*, 13, 295-299.
- Tolin, D.F. y Foa, E.B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder; a quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132 (6), 959-992.
- Tomb, D.A. (1994). The phenomenology of post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 17 (2), 237-250.
- Torregosa, F.L. (1992). *El niño maltratado*. En: *El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas*. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional México, D.F.: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil, II, 55-74.
- Toth, S.L. y Cicchetti, D. (2010). *El Maltrato Infantil y su Impacto en el Desarrollo Psicosocial del Niño*. Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia. Centre of Excellence for Early Childhood Development.
- Trad, P. V. y Greenblatt, E. (1990). *Psychological aspects of child stress: Development and the spectrum of coping responses*. In L. E. Arnold (Ed.), *Childhood stress* (pp. 24-49). New York: Wiley.
- Tremblay, C., Hebert, M. y Piche, C. (2000). Type I and Type II posttraumatic stress disorder in sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 9, 65-90.

- Trickett, P.K. y Putnam, F.W. (1998). *Developmental consequences of child sexual abuse*. In P.K. Trickett and C. J. Schellenbach (Eds.), *Violence against children in the family and the community: 39-56*. Washington, DC: American Psychological Association
- Trocme, N. (2010). *El Maltrato Infantil y su Impacto en la Epidemiología del Desarrollo Psicosocial Infantil*. Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia. Centre of Excellence for Early Childhood Development.
- Tsigos, C. y Chrousos, G. P. (2002). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *Journal of Psychosomatic Research, 53*, 865-871.
- Tucker, P., Pfefferbaum, B., Nixon, S.J. y Dickson, W. (2000). Predictor of post-traumatic stress symptoms in Oklahoma City: exposure, social support, peri-traumatic responses. *Journal of Behavioral Health Services & Research, 27* (4), 406-416.
- Turner, H. A., Finkelhor, D. y Ormrod, R. (2006). The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social Science & Medicine, 62* (1), 13-27.
- Tyler, R., Howard, J., Espinosa, M. y Simpson, D.S. (1997). Placement with substanceabusing mothers vs placement with other relatives: Infant outcomes. *Child Abuse & Neglect, 21*, 337-349.
- Udwin, O., Boyle, S., Yule, W., Bolton, D. y O’Ryan, D. (2000). Risk factors for long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescents: predictors of posttraumatic stress disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*, 969-979.
- UNICEF (1999). *Niños y Violencia*. Innocenti Report Card Digest nº 2.
- UNICEF (2006). *Informe Mundial sobre La Violencia Contra los Niños y Niñas*. Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños, Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas.
- UNICEF (2009). *Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro. Desafíos Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio, 9*.
- Ursano, R.J., Fullerton, C. S., Epstein, R. S., Crowley, B., Kao, T., Vance, K., Craig, K. J., Dougall, A. L. y Baum, A. (1999). Acute and Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Motor Vehicle Accident Victims. *American Journal of Psychiatry, 156*, 589-595.
- U.S. Department of Health and Human Services (2001). *Child Maltreatment 1999: Reports from the States to the National Child Abuse and Neglect Data System*. U.S. Dept. of Health and Human Services, Washington, DC.
- U.S. Department of Health and Human Services (2008). *Child maltreatment 2005*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Valdivia, M. (2002). Trastorno por estrés postraumático en la niñez. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 40* (2), 76-85.
- Van der Kolk, B.A. (1987). The drug treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Affect Disorders, 3*, 203-213.
- Van Der Kolk, B. A., Perry, J.C. y Herman, J.L. (1991). Childhood origins of self-destructive behaviour. *American Journal of Psychiatry, 148*, 1665-1671.
- Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F., McFarlane, A. y Herman, J.L. (1996). Dissociation, somatization and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry, 153* (supl 7), 83-93.
- Van der Kolk, B.A. (1997). The psychobiology of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 58* (supp 9), 16-24.

- Van der Kolk, B. A. (2001). *The Assessment and Treatment of Complex PTSD*. In Rachel Yehuda (ed.). *Traumatic Stress*. American Psychiatric Press.
- Van der Kolk, B.A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12 (2), 293-317.
- Van der Kolk, B.A. (2005). Child Abuse & Victimization. *Psychiatric Annals*, 35 (3), 374-378.
- Van der Kolk, B.A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. y Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 389-399.
- Van der Kolk, B. A. (2007). *The developmental impact of childhood trauma*. In L. J. Kirmayer, R. Lemelson, & M. Barad (Eds.), *Understanding trauma: Integrating biological, clinical, and cultural perspectives* (pp. 224-241). New York: Cambridge University Press.
- Van der Kolk, B.A., Pynoos, R.S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J.D., Lieberman, A.F., Putnan, F.W., Saxe, G., Spinazzola, J., Stolbach, B.C. y Teicher, M. (2009). *Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V*. This article is the proposition submitted to the APA'S DSM-5 committee.
- Van der Ploeg, J.D. (1992). *Social competence and social support in residential care*. In J.D. Van der Ploeg, P.M. Van der Bergh, M. Klomp, E.J. Knorth y M. Smit (eds.): *Vulnerable youth in residential care. Part I: Social competence, social support and social climate* (pp. 19-34). Apeldoorn: Garant Publishers.
- Vázquez, C. (2005). Reacciones de estrés en la población general tras los ataques terroristas del 11S, 2001 (EEUU) y del 11M (Madrid España): Mitos y realidades. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1 (1) 9-25.
- Vázquez, C., Pérez, P. y Matt, G. (2006). Post-Traumatic Stress Reactions Following the March 11, 2004 Terrorist Attacks in a Madrid Community Sample: A Cautionary Note about the Measurement of Psychological Trauma. *The Spanish Journal of Psychology*, 9 (1), 61-74.
- Verdugo, M.A. y Bermejo, B.G. (1995). The maltreatment of intellectually handicapped children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 19, 205-215.
- Vernberg, E. M. y Varela, R. E. (2001). *Posttraumatic stress disorder: A developmental perspective*. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.). *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 386-406). New York: Oxford University Press.
- Vickers, B. (2005). Cognitive model of the maintenance and treatment of post-traumatic stress disorder applied to children and adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10, 217-234.
- Vila, G., Porche, L.M. y Mouren-Simeoni, M.C. (1999). An 18-month longitudinal study of posttraumatic disorders in children who were taken hostage in their school. *Psychosomatic Medicine*, 61(6), 746-754.
- Vila, G., Witowski, P., Tondini, M.C., Perez-Diaz, F., Mouren-Simeoni, M.C. y Jouvent, R. (2001). A study of posttraumatic disorders in children who experienced an industrial disaster in the Briey region. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10 (1), 10-18.
- Villanueva, L., Górriz, A.B. y Cuervo, K. (2009). Cuando el menor es víctima de la violencia. *Revista electrónica de motivación y emoción*, XII (32-33).
- Villavicencio, P. (2000). *Violencia doméstica: Estrategias*. En *Las mujeres en el Año 2000: Hechos y Aspiraciones*. Seminario Organizado por el Instituto de la Mujer, 11 y 12

- de Mayo de 2000. Ponencias y Conclusiones (pp. 77-88). Madrid: Instituto de la Mujer.
- Violanti, J.M. y Paton, D. (1999). *Police trauma*. Psychooogical aftermath of civilian combat. Springfield: Charles C. Thomas.
- Vogel, J. M. y Vernberg, E. M. (1993). Children's psychological responses to disasters. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 464-484.
- Wagner, B. M., Compas, B. E. y Howell, D. C. (1988). Daily and major life events: A test of an integrative model of psychosocial stress. *American Journal of Community Psychology*, 16, 189-205.
- Walby, S. y Allen J. (2004). *Domestic Violence, Sexual Assault and Stalking: Findings from the British Crime Survey*. Home Office Research Study 276. London: Home Office.
- Walker, L. (1984). *The Battered Woman Syndrome*. New York: Springer.
- Walrath, C. M., Ybarra, M. L., Sheehan, A. K., Holden, E. W. y Burns, B. J. (2006). Impact of maltreatment on children served in community mental health programs. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14 (3), 143-156.
- Wang, X., Gao, L., Shinfuku, N., Zhang, H., Zhao, C. y Shen, Y. (2000). Longitudinal Study of Earthquake-Related PTSD in a Randomly Selected Community Sample in North China. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1260-1266.
- Ward, A. (2003). *The Core Framework*. En A. Ward, K. Kasinski, J. Pooley y A. Worthington (eds.): Therapeutic communities for children and young people (pp. 21-42). Londres: Jessica Kingsley.
- Wasserstein, S. B. y La Greca, A. M. (1998). Hurricane Andrew: Parent conflict as a moderator of children's adjustment. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 20 (2), 212-224.
- Wayment, H.A. (2004). It could have been me: vicarious victims and disaster-focused distress. *Personality and Sococial Psychology Bulletin*, 4, 515- 528.
- Weinehall, K. (2005). "Take My Father Away from Home": Children Growing Up in the Proximity of Violence. In E. Eriksson, M. Hester, S. Keskinen and K. Pringle (eds) (pp. 137-54), Tackling Men's Violence in Families. Nordic Issues and Dilemmas. Bristol: The Policy Press.
- Weiss, D.S., Marmar, C.R., Metzler, T. J. y Ronfeldt, H. M. (1995). Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 361-368.
- Weiss, D.S. y Marmar, C.R. (1997). *The impact of Event Scale-Revised*. In Assessing Psychological Trauma and PTSD, Wilson, J. y Keane, T. (Ed), New York: The Guilford Press.
- Weitzman, J. (2005). Maltreatment and trauma: Toward a comprehensive model of abused children from developmental psychology. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 22, 321-341.
- Welner, Z., Reich, W., Herjanic, B., Jung, K.G. y Amado, H. (1987). Reliability, validity, and parent-child agreement studies of the Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 649-653.
- Werner, E. (1989). High-Risk Children in Young Adulthood: A Longitudinal Study from Birth to 32 Years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59 (1), 72-81.

- Werner, E. (1995). Resilience in Development. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 81-85.
- Weschler, A. R. (2009). *Child neglect and trauma: The additive traumatic effects of neglect on maltreated adolescents*. Doctoral Thesis. University of Nevada, Las Vegas, 175 pages.
- Whiffen, V. y Macintosh, H. (2005). Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress: a critical review. *Trauma Violence Abuse*, 6, 24–39.
- Widom, C.S y Maxfield, M.G. (1996). A prospective examination of risk for violence among abused and neglected children. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 794, 224-237.
- Widom, C. S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1223–1229.
- Widom, C. S., Marmorstein, N. R. y White, N. H. (2006). Childhood victimization and illicit drug use in middle adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 394–403.
- Winston, F.K., Kassam-Adams, N., Garcia-Espana, F., Ittenbach, R. y Cnaan, A. (2003). Screening for risk of persistent posttraumatic stress in injured children and their parents. *Journal of the American Medical Association*, 290 (5), 643-649.
- Wolak, J. y Finkelhor, D. (1998). *Children exposed to domestic violence*. In G. Kaufman Kantor & J. L. Jasinski (Eds.), *Partner violence: A comprehensive review of 20 years of research* (pp. 73-112). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Wolfe, D.A. y Mosk, M.D. (1983). Behavioral comparisons of children from abusive and distressed families. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (5), 702-708.
- Wolfe, D. A., Jaffe, P., Wilson, S. y Zak, L. (1985). Children of battered women: The relation of child behavior to family violence and maternal stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 657-665.
- Wolfe, D. A., Zak, L., Wilson, S. y Jaffe, P. (1986). Child witnesses to violence between parents: Critical issues in behavioral and social adjustment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 95–104.
- Wolfe, D.A. (1991). *Programa de conducción de niños maltratados*. México: D.F.Trillas.
- Wolfe, D.A. y McGee, R. (1994). Dimensions of child maltreatment and their relationship to adolescent adjustment. *Development and Psychopathology*, 6, 165-181.
- Wolfe, D. A., Scott, K., Wekerle, C. y Pittman, A. L. (2001). Child maltreatment: Risk of adjustment problems and dating violence in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (3), 282-289.
- Wolfe, D.A., Crooks, C.V., Lee, V., McIntyre-Smith, S. y Jaffe, P.G. (2003). The Effects of Children's Exposure to Domestic Violence: A Meta-analysis and Critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6 (3), 171–187.
- Wolfe, J. y Kimerling, R. (1997). *Gender issues in the assessment of posttraumatic stress disorder*. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 192–238). New York: Guilford Press.
- Wolfe, V.V., Wolfe, D.A., Gentile, C. y LaRose, L. (1986). *Children's Impact of Events Scale*. Unpublished manuscript. University of Western Ontario. London, Ontario.
- Wolfe, V.V., Gentile, C. y Wolfe, D.A. (1989). The impact of sexual abuse on children: A PTSD formulation. *Behavior Therapy*, 20 (2), 215-228.



- Wolfe, V.V., Gentile, C., Michienzi, T., Sas, L. y Wolfe, D. A. (1991). The Children's Impact of Traumatic Events Scale: A measure of post-sexual-abuse PTSD symptoms. *Behavioral Assessment*, 13, 359-383.
- Wolfe V.V. y Wolfe D.A. (1996). *Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised*. Available from Wolfe, Dept. of Psychology, London Health Sciences Center, London, Ontario, Canada N6A 4G5.
- Wolfe, V. V. (1999). *Child sexual abuse*. In E. Mash & R. Barkley (Eds.), *Treatment for childhood disorders* (pp. 545-597). New York: The Guilford Press.
- Worsham, N., Compas, B. y Ey, S. (1997). *Children's coping with parental illness*. In S. Wolchik y I. N. Sandler (Eds.), *Handbook of children's coping: Linking theory and intervention. Issues in clinical child psychology* (pp. 195-213). New York: Plenum Press.
- Yates, A. (1996). When Children Witness Domestic Violence. *Hawaii Medical Journal*, 55 (9), 162-163.
- Yehuda, R. y Wong, C. (2001). Etiology and biology of posttraumatic stress disorder: Implications for treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 8, 109-134.
- Young, A. (1995). *The harmony of illusions: inventing post-traumatic Stress Disorder*. Princeton, N.J: Princeton University Press.
- Yule, W., Williams, R. y Joseph, S. (1999). *Post-traumatic stress disorders in adults*. En Yule (Ed.): *Post-traumatic stress disorders: Concepts and therapy*, pp. 1-24). New York: Wiley.
- Yule, W. (2001). Posttraumatic stress disorder in the general population and in children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 23-28.
- Yule W. (2006). Theory, training and timing: Psychosocial interventions in complex emergencies. *International Review of Psychiatry*, 18 (3), 259-264.
- Zanarini, M. C. (1997). *Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Zeanah, C.H. y Scheeringa, M.S. (1997). *The experience and effects of violence in infancy*. In Osofsky, J. (Ed). *Children in a violent society*. New York: The Guilford Press.
- Zeanah, C.H. (2010). Proposal to include child and adolescent age related manifestations and age related subtypes for PTSD in DSM-V. *American Psychiatric Association*. [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org).
- Zeledón, C., Arce, J. G., Mejía, F. y Naranjo, A. (2003). Trastorno de estrés postraumático en adolescentes agredidos. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20 (2), 15-25.
- Zero to Three (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Revised edition (DC: 0-3R). Washington, DC: Zero to Three Press.
- Zinc, T. y Jacobson, J. (2003). Screening for intimate partner violence when children are present: the victim's perspective. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 872-889.
- Zinzow, H. M., Ruggiero, K. J., Resnick, H., Hanson, R., Smith, D., Saunders, B. y Kilpatrick, D. (2009). Prevalence and mental health correlates of witnessed parental and community violence in a national sample of adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (4), 441-450.
- Zlotnick, C. (1997). Posttraumatic stress disorder (PTSD), PTSD comorbidity, and childhood abuse among incarcerated women. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 12, 761-763.

## ANEXOS

### ANEXO I:

#### CAMBIOS PROPUESTOS EN LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO DEL DSM-IV-TR AL DSM-V PARA ADULTOS, NIÑOS DE EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES, Y PARA PREESCOLARES (tomado de APA, DSM-V Development, 2010)

##### CRITERIO A

TEPT DSM-IV-TR	JUSTIFICACION CAMBIOS PARA ADULTOS, NIÑOS EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES	DSM-V  ADULTOS, NIÑOS EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES	JUSTIFICACIÓN CAMBIOS PARA PREESCOLARES	DSM-V  PREESCOLARES
<p><b>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:</b></p> <p>1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado 1 (o +) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás</p>	<p>A1. críticas acerca de la definición del evento traumático; La nueva definición se contrae el criterio A1 para hacer una mejor distinción entre "traumático" y eventos que son angustiantes, pero que no exceden el umbral de "traumático"</p>	<p><b>A. La persona estuvo expuesta a 1 o + de los siguientes eventos (s): muerte o amenaza de muerte, daño grave real o amenaza, o violación sexual real o amenaza, en 1 o + de las siguientes maneras: **</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Experimentar el evento/s por si mismo</li> <li>2. Ser testigo, en persona, de que el evento/s ha ocurrido a los demás</li> <li>3. Al enterarse de que el evento/s ocurrió a un amigo o allegado, en cuyo caso, la muerte o amenaza debe haber sido violenta o accidental</li> <li>4. Experimentar la exposición repetida o aversión extrema a los detalles del evento (s) (por ejemplo, los primeros en responder o recoger las partes del cuerpo, los agentes de policía expuestos repetidamente a los detalles de abuso de menores), lo que no se aplica a la exposición a través de medios</li> </ol>	<p>Criterio A: El fundamento es similar a la justificación de los cambios propuestos en los criterios de TEPT en adultos.</p> <p>Ítem 3 en los criterios propuestos se está considerando.</p>	<p><b>A. El niño (menores de 6 años de edad) fue expuesto al siguiente evento (s): muerte o amenaza de muerte, daño grave real o amenaza, o violación sexual real o amenaza, en 1 o + de las siguientes maneras:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Experimentar el evento/s por si mismo</li> <li>2. Presenciar el evento/s, que se produjo a los demás, especialmente a los cuidadores primarios</li> <li>3. Al enterarse de que el evento/s ocurrió a un amigo o allegado *</li> </ol> <p>NOTA: Dar testimonio no incluye los eventos que son testigos únicamente en medios electrónicos, películas para televisión, o imágenes.</p>

ANEXOS

		electrónicos, televisión, películas o imágenes, a menos que esta exposición está relacionada con el trabajo.		
2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. <i>Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.</i>	A2 no tiene utilidad	Eliminado	No hay evidencia de que afecta de manera significativa el diagnóstico y plantea desafíos para los informadores adultos.	Eliminado

CRITERIO B

DSM-IV-TR	JUSTIFICACION CAMBIOS PARA ADULTOS, NIÑOS EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES	DSM-V ADULTOS, NIÑOS EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES	JUSTIFICACIÓN CAMBIOS PARA PREESCOLARES	DSM-V PREESCOLARES
<b>B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de 1 (o +) de las siguientes formas:</b>		<b>B. Síntomas intrusivos que están asociados con el evento traumático/s (que se inició después del evento traumático/s), como se evidencia por 1 o + de los siguientes:</b>	Criterio B: Similar a la justificación de los cambios en los criterios de adultos.	<b>B. Síntomas intrusivos que están asociados con el evento traumático (que comenzó después del evento traumático), como se evidencia por 1 o + de los siguientes:</b>
B1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. <i>Nota: En los niños pequeños esto puede</i>	B1. Ahora se distingue entre recuerdos angustiantes, involuntarios,	B1. Recuerdos espontáneos o con indicios, angustiosos, recurrentes, involuntarios, e intrusivos del evento traumático/s. <i>Nota: En los niños, juego repetitivo puede ocurrir donde los temas o los aspectos del acontecimiento</i>		B1. Recuerdos espontáneos o con indicios, angustiosos, recurrentes, involuntarios, e intrusivos del evento traumático/s. <i>Nota: los recuerdos espontáneos e intrusivos no</i>

ANEXOS

<i>expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma</i>	espontáneos o provocados del TEPT, de las rumiaciones presentes en la depresión	<i>traumático/s se expresan.</i>	Los estudios han demostrado que los recuerdos de los niños en edad preescolar no son necesariamente angustiantes	necesariamente pueden parecer preocupantes, y pueden ser expresados como recreación en el juego.
B2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. <i>Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible</i>	B2. Pequeños cambios que hace este criterio más aplicable a todas las culturas	B2. Sueños dolorosos recurrentes en los que el contenido y/o afecto del sueño está relacionado con el evento/s. <i>Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible. ***</i>		B2. Sueños dolorosos recurrentes relacionados con el evento traumático (Nota: puede que no sea posible determinar que el contenido está relacionado con el evento traumático).
B3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo. <i>Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico</i>	B3. Aclara que los flashbacks son experiencias disociativas	B3. Reacciones disociativas (por ejemplo, "flashbacks") en el que el individuo se siente o actúa como si el evento traumático/s estuviera ocurriendo (Estas reacciones pueden ocurrir en un continuo, con la expresión más extrema de ser una completa pérdida de la conciencia del entorno actual.) <i>Nota: En los niños la recreación específica del trauma puede ocurrir en el juego.</i>		B3. Reacciones disociativas en las que el individuo se siente o actúa como si el evento traumático/s estuviera ocurriendo (tales reacciones pueden ocurrir en un continuo con la expresión más extrema de ser una pérdida total de conciencia del entorno actual).
B4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.	B4. Sin cambios	B4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático/s		B4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático/s.
B5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.	B5. Cambios menores	B5. Marcadas reacciones fisiológicas a los recordatorios del acontecimiento traumático/s		B5. Marcadas reacciones fisiológicas a los recordatorios del acontecimiento traumático/s.

CRITERIO C

DSM-IV-TR	JUSTIFICACION CAMBIOS PARA ADULTOS, NIÑOS EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES	DSM-V ADULTOS, NIÑOS EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES	JUSTIFICACIÓN CAMBIOS PARA PREESCOLARES	DSM-V PREESCOLARES
-----------	-----------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------	-----------------------

<b>C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican 3 (o +) de los siguientes síntomas:</b>	Enfoque exclusivo en la evitación de conductas o recordatorios físicos o temporales	<b>C. Evitación persistente de estímulos relacionados con el evento traumático/s (que se inició después del evento traumático/s), como lo demuestran los esfuerzos para evitar 1 o + de los siguientes:</b>	Este cambio en el umbral con el apoyo de siete estudios que utilizaron 1, 2 o 3 de los signos del DSM-IV C (ahora dividido en C y D). Éstas han indicado claramente que el umbral de 1 síntoma proporciona mejor validez de criterio.	<b>1 ítem de C o D</b>  <b>C. Evitación persistente de estímulos relacionados con el evento traumático (que comenzó después del evento traumático), como lo demuestran los esfuerzos que deben evitarse:</b>
C1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático	C1. Sobre todo sin cambios. Enfoque exclusivo en la evitación de las reacciones subjetivas	C1. Evita recordatorios internos (pensamientos, sentimientos o sensaciones físicas) que motivan recuerdos del evento traumático/s	También hay cambios para describir las manifestaciones del desarrollo de la forma en que cada criterio se describe.	
C2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan	C2. Casi sin cambios	C2. Evita recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que motivan recuerdos del evento traumático/s.	También hay cambios para describir las manifestaciones del desarrollo de la forma en que cada criterio se describe.	C1. Actividades, lugares o recordatorios físicos, que motivan recuerdos del evento traumático.  C2. La gente, las conversaciones, o situaciones interpersonales que motivan recuerdos del evento traumático
C3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma	C3. Sobre todo una extrapolación de C1 y C2 que se centra en evitar los recordatorios interpersonales			
		<b>D. Alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo que se asocian con el evento traumático/s (que se inició o empeoró después del evento traumático/s), como se evidencia por 3 o + de los siguientes: Nota: En los niños, como lo demuestra 2 o + de los siguientes :****</b>		<b>D. Alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo que se asocian con el evento traumático (que se inició o empeoró después del evento traumático), como se evidencia por 1 o + de los siguientes:</b>
	D1. La formulación	D1. Incapacidad para recordar un aspecto		

ANEXOS

	de cambio más específica, muy pequeña de la amnesia psicógena	importante del acontecimiento traumático/s (por lo general la amnesia disociativa, no debido a la lesión en la cabeza, el alcohol, o drogas).		
C7. Sensación de un futuro limitado. p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)	D2. Reformulación amplia del relieve de un futuro acortado en las expectativas negativas sobre uno mismo, otros y el futuro de uno. Las palabras relacionadas con el sistema nervioso y el alma hace que el criterio sea más aplicable a todas las culturas	D2. Persistentes y exageradas expectativas negativas sobre uno mismo, otros, o el mundo (por ejemplo, "estoy mal", "no se puede confiar", "He perdido mi alma para siempre", "mi sistema nervioso está permanentemente en ruinas, "" el mundo es completamente peligroso").		
	D3. Nuevo criterio. Hace hincapié en el sentimiento de culpa con respecto a eventos traumáticos	D3. Persistente culpa distorsionada de sí mismo o de otros acerca de la causa o las consecuencias del acontecimiento traumático/s		
	D4. Nuevo criterio. Destaca gran variedad de estados emocionales negativos, además de miedo, impotencia y terror	D4. Generalizado estado emocional negativo: por ejemplo: el miedo, el horror, la ira, la culpa o la vergüenza		D1. Un aumento sustancial de la frecuencia de los estados emocionales negativos - por ejemplo, miedo, culpa, tristeza, vergüenza o confusión.*
C4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas	D5. Sin cambios	D5. Disminución acusada de interés o participación en actividades significativas		D2. Disminución acusada del interés o la participación en actividades significativas, incluyendo la restricción de juego.
C5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás	D6. Sin cambios	D6. Sensación de desapego o enajenación de los demás.		D3. Aislamiento social.

ANEXOS

C6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)	D7. Sin cambios	D7. Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas (por ejemplo, incapaz de tener sentimientos de amor, embotamiento psíquico)		D4. Reducción persistente en la expresión de las emociones positivas.
-------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------

CRITERIO D

DSM-IV-TR	JUSTIFICACION CAMBIOS PARA ADULTOS, NIÑOS EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES	DSM-V ADULTOS, NIÑOS EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES	JUSTIFICACIÓN CAMBIOS PARA PREESCOLARES	DSM-V PREESCOLARES
<b>D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican 2 (o +) de los siguientes síntomas:</b>		<b>E. Alteraciones en la excitación y la reactividad que están asociados con el evento traumático/s (que se inició o empeoró después del evento traumático/s), como se evidencia por 3 o + de los siguientes: Nota: En los niños, como lo demuestran 2 o + de los siguientes :***</b>	Criterio D (propuesto E): Todos menos el ítem E2 eran parte del grupo ex D (DSM-IV). Siete estudios han sugerido que 2 es el umbral adecuado en los niños pequeños.	<b>E. Alteraciones en la excitación y la reactividad que están asociados con el evento traumático (que se inició o empeoró después del evento traumático), como se evidencia por 2 o + de los siguientes:</b>
D2. Irritabilidad o ataques de ira	E1. Cambia el foco de sentimientos de enojo (retenido en D4) a un comportamiento agresivo	E1. Comportamiento irritable o agresivo		E1. Comportamiento irritable, enojado o agresivo, incluyendo berrinches extremas.
	E2. Nuevo criterio y enfoque en el comportamiento irresponsable y autodestructivo	E2. Comportamiento imprudente o autodestructivo	E2 Ítem aún está siendo evaluado.	E2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.*
D4. Hipervigilancia	E3. Sin cambios	E3. Hipervigilancia		E3. Hipervigilancia
D5. Respuestas exageradas de sobresalto	E4. Sin cambios	E4. Respuestas exageradas de sobresalto		E4. Respuesta exageradas de sobresalto
D3. Dificultades para concentrarse	E5. Sin cambios	E5. Problemas con la concentración		E5. Problemas con la concentración
D1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño	E6. Sin cambios	E6. Los trastornos del sueño, por ejemplo, dificultad para conciliar o mantener el sueño,		E6. Los trastornos del sueño - por ejemplo, dificultad para conciliar o

ANEXOS

		o sueño inquieto.		mantener el sueño, o sueño inquieto.
--	--	-------------------	--	--------------------------------------

CRITERIO E

DSM-IV-TR	JUSTIFICACION CAMBIOS PARA ADULTOS, NIÑOS EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES	DSM-V ADULTOS, NIÑOS EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES	JUSTIFICACIÓN CAMBIOS PARA PREESCOLARES	DSM-V PREESCOLARES
<b>E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan + de 1 mes.</b>	F. Sin cambios	<b>F. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C, D y E) es + de 1 mes.</b>		<b>F. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C, D y E) es + de 1mes.</b>

CRITERIO F

DSM-IV-TR	JUSTIFICACION CAMBIOS PARA ADULTOS, NIÑOS EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES	DSM-V ADULTOS, NIÑOS EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES	JUSTIFICACIÓN CAMBIOS PARA PREESCOLARES	DSM-V PREESCOLARES
<b>F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</b>	G. Sin cambios	<b>G. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en importantes áreas social, laboral o de otro tipo de funcionamiento.</b>	El criterio de deterioro se ha revisado para ser más apropiado para el desarrollo.	<b>G. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en las relaciones con los padres, los compañeros, hermanos u otros cuidadores o el comportamiento de la escuela</b>

OTROS CRITERIOS

DSM-IV-TR	JUSTIFICACION CAMBIOS PARA ADULTOS, NIÑOS EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES	DSM-V ADULTOS, NIÑOS EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES	JUSTIFICACIÓN CAMBIOS PARA PREESCOLARES	DSM-V PREESCOLARES



ANEXOS

		<b>H. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, medicamentos o alcohol) o una enfermedad médica (por ejemplo, lesión traumática del cerebro, coma).</b>		
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

TIPOS

DSM-IV-TR	JUSTIFICACION CAMBIOS PARA ADULTOS, NIÑOS EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES	DSM-V ADULTOS, NIÑOS EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES	JUSTIFICACIÓN CAMBIOS PARA PREESCOLARES	DSM-V PREESCOLARES
<b>Especificar si:</b> <b>Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses</b> <b>Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.</b>	Aguda frente a crónica eliminado debido a la falta de pruebas que respalden esas distinciones			

INICIO

DSM-IV-TR	JUSTIFICACION CAMBIOS PARA ADULTOS, NIÑOS EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES	DSM-V ADULTOS, NIÑOS EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES	JUSTIFICACIÓN CAMBIOS PARA PREESCOLARES	DSM-V PREESCOLARES
<b>Especificar si:</b> <b>De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.</b>	Inicio retrasado aclarado	<b>Especificar si:</b> <b>De inicio demorado: si el umbral de diagnóstico no se supera los 6 meses o + después del evento/s (a pesar de la aparición de algunos síntomas pueden ocurrir más pronto que esto).</b>		

ANEXOS

DSM-IV-TR	JUSTIFICACION CAMBIOS PARA ADULTOS, NIÑOS EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES	DSM-V  ADULTOS, NIÑOS EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES	JUSTIFICACIÓN CAMBIOS PARA PREESCOLARES	DSM-V  PREESCOLARES
		<p>* Manifestaciones desarrollo de TEPT están aún en desarrollo. "Manifestación de desarrollo" El término en el DSM-V se refiere a las expresiones específicas por edad de uno u otro criterio que se utiliza para hacer un diagnóstico a través de grupos de edad.</p> <p>** Para los niños, la inclusión de la pérdida de un padre o figura de apego otros se está considerando.</p> <p>*** Una alternativa es mantener el criterio del DSM-IV</p> <p>**** El número óptimo de los síntomas necesarios para los adultos y los niños se vaya a examinar con los datos empíricos</p>		<p>* En la actualidad, no existe un consenso sobre la inclusión de estos ítems. Los datos pertinentes para su inclusión o exclusión se están buscando.</p>
		<p>Referencia usada en el DSM-V: Friedman et al. (<i>Depression &amp; Anxiety</i>; en preparacion); Hinton y Lewis-Fernandez (<i>Depression &amp; Anxiety</i>, 2010; en prensa)</p>		<p>Referencia usada para el DSM-V: Sheeringa et al, (2010)</p>

**ANEXO II:**  
**INFORMES DE DERIVACIÓN AL SERVICIO.**

**II. 1. REGISTRO DE DERIVACIÓN AL SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA CON MENORES HIJOS-AS DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO**



**Región de Murcia**  
Consejería de Justicia y Seguridad Ciudadana  
Dirección General de Prevención de la Violencia de Género y Reforma Juvenil

Nombre de la Profesional que deriva y Cavi de referencia:

Nombre de la Profesional que recepciona:

Fecha de derivación:

Nombre y apellidos del/la menor:

Nombre y apellidos de la madre:

Nº de teléfono de la madre:

Breve informe del caso:

OBSERVACIONES

NOTA: Este documento debe ser enviado al SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA CON MENORES, y al IMRM de forma simultánea a: [mariad.andreu2@carm.es](mailto:mariad.andreu2@carm.es)

## II.2. FICHA DE DERIVACIÓN DE MENORES AL PROYECTO DE EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE MENORES TUTELADOS (PEDIMET)



Región de Murcia  
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración  
Dirección General de Familia, Igualdad e Infancia

Técnico Responsable

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Menor: Nº Expediente:  
 Fecha de nacimiento: Edad:  
 Centro:  
 Teléfono de contacto:

### 2. ANTECEDENTES:

- Historia previa de maltrato (tipo):
- Historia escolar:
- Historia, diagnósticos y tratamientos (referidos al/la menor) y antecedentes familiares de enfermedad mental:

### 3. INDICADORES CLÍNICOS (según Centro):

Inmadurez	Destrucción de objetos propios	
Dependencia de los adultos	Agresividad verbal y/o física	
Demandas continuas de atención de adultos que le rodean	Ausencia de sentimientos de culpa tras haberse portado mal	
Miedos y temores	Utilización de lenguaje obsceno	
Sentimientos de inferioridad y/o de que tienen manía	Baja tolerancia a la frustración	
Inseguridad	Irritabilidad	
Preferencia por la soledad	Ataques de ira o mal carácter	
Conformismo	Dominancia	
Apatía, desmotivación y/o enlentecimiento psicomotriz	Movimientos nerviosos o tics	
Reserva afectiva	Sentimientos de culpa	
Timidez	Mutismo	
Susceptibilidad a la crítica	Verborrea	
Labilidad emocional	Problemas para hablar	
Tristeza	Cefalea	
Agitación psicomotriz, hiperactividad	Quejas somáticas (vómitos, náuseas, dolores o problemas de estómago...)	
Impulsividad	Celotipia	
Nerviosismo	Pica	
Dificultades de atención y concentración	Onicofagia	
Dificultades para seguir instrucciones	Perfeccionismo	
Dificultades de aprendizaje	Problemas con el sueño	
Participación en burlas y peleas	Preocupación excesiva por el sexo/actitud provocativa	
Conductas oposicionistas y/o desafiantes	Preocupación excesiva por agrandar	

ANEXOS

Discusiones frecuentes, gritos		Ensimismamiento	
Mentiras		Percepciones no habituales	
Conductas crueles y/o egoístas		Quejas frecuentes (especificar...)	
Conductas autolesivas		Otros...	

4. ORIENTACIÓN:

Travesía del Rocío, 8 (Edif. Lago) 300071 Murcia T. 968 273 160 F. 968 273 197

Fdo: .....

### ANEXO III.

#### INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL TIPO DE MALTRATO

III.1 ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DE MALTRATO INFANTIL (ESMI). Equipo PEDIMET, 2007

NOMBRE Y APELLIDOS:	
FECHA NACIMIENTO:	EDAD:
FECHA EXPLORACIÓN:	

\*\* La parte de Situación en el centro sólo se administra si el menor se encuentra tutelado por la Administración.

#### PARTE I:

##### ESTABLECIMIENTO DEL RAPPORT

---

- Dirigirse al niño/a con afecto y cercanía, con respeto, escuchando lo que nos cuenta de forma espontánea, sus fantasías y sus juegos. El niño/a llega a consulta cansado/a de sentirse un estorbo, de estar demás, de no sentirse querido/a ni aceptado/a.
- Hay que adaptar la entrevista a la etapa evolutiva en la que se encuentra el niño/a.

##### PRESENTACIÓN DEL TERAPEUTA.

1. Yo me llamo..., y tú ¿cómo te llamas?.
2. ¿Me puedes explicar por qué has venido aquí?.
- Comentarle: yo trabajo con niños/as para ayudarles en sus problemas. Normalmente hablo con muchos niños/as, comprendo sus miedos y preocupaciones , lo que hablemos quedará entre tú y yo. Sólo si lo considero necesario para ayudarte lo compartiré con otras personas y te lo diré. ¿Lo has entendido?.

##### DETERMINAR EL LENGUAJE Y ESTILO PERSONAL DEL NIÑO/A.

1. ¿Qué curso haces?.
2. ¿Qué asignaturas que te gustan más?, ¿por qué?.
3. ¿Qué asignaturas que te gustan menos?, ¿por qué?.
4. ¿Qué profesores/as te gustan más?, ¿por qué?.
5. ¿Qué profesores/as te gustan menos?, ¿por qué?.
6. ¿Tienes amigos/as en el colegio y en el centro?, háblame de ellos.
7. ¿Hay algún amigo/a que sea especial?, ¿por qué?.
8. ¿Puedes compartir tus cosas con él/ella?.
9. ¿Tienes dificultades con alguno/a de los compañeros/as del colegio o del centro?, ¿qué tipo de dificultades?, ¿qué haces para resolverlas?.
10. ¿A qué juegas con tus amigos/as?.

11. ¿Cuéntame qué cosas te divierte hacer solo/a? (ej. Ver TV, leer), explícame por qué.

## PARTE II.

### AREA MÉDICA/SOMÁTICA

---

1. ¿Recuerdas si has estado enfermo/a cuando eras más pequeño/a?, ¿qué te pasó?.
2. Y ahora, ¿estás enfermo/a?, ¿qué te pasa?.
3. ¿Has estado en el hospital?, ¿por qué?, ¿qué te pasó?, ¿quién estaba contigo?.
4. Frecuentemente sientes dolor de cabeza, estómago, te mareas, vomitas..., ¿Cuándo te pasa?, ¿en qué situaciones?, ¿quién hay presente?.
5. ¿Duermes bien?, ¿cuánto tiempo tardas en dormir?, ¿te despiertas por la noche?, ¿te despiertas muy temprano?.
6. ¿Tienes pesadillas?, ¿qué recuerdas?. ¿Te asustan?.
7. ¿Comes bastante, poco o regular?. Cuéntame lo que comes a lo largo del día (desayuno, comida, merienda, cena).
8. Indagar si presenta enuresis, ¿algunas veces te haces pipí por la noche?, ¿ha pasado algo ese día?, ¿con quién?.

### AREA COMPORTAMENTAL/EMOCIONAL

---

1. ¿Cuándo te piden que hagas algo en el colegio, lo haces pronto o no sueles hacerlo?. Explícamelo (que ponga ejemplos).
2. ¿Qué normas hay en el colegio? ¿Qué ocurre si no cumples las normas en el colegio?
3. ¿Qué normas había en casa?, ¿las cumplías?.
4. ¿Qué pasaba si no las cumplías?.
5. Y en el centro, ¿qué normas hay?.
6. ¿Qué ocurre si no las cumples?.
7. Observar si tiene dificultades para estar quieto o se muestra impulsivo.
8. Otros indicadores comportamentales como: negativismo, oposicionismo etc....
9. Si el niño/a es pequeño/a (hasta los 8 años), se le puede pedir que nos cuente sus emociones: tristeza, enfado, miedo, alegría... en la situación escolar, familiar y en el centro.
10. Si es mayor (a partir de 9-10 años). Se le pide que escriba las situaciones en casa, en el colegio, en el centro, y con los amigos/as, que le ponen triste, enfadado/a o que le producen miedo, (comprobar si el niño se defiende, niega las situaciones problemáticas...).

### SITUACIÓN EN EL CENTRO

---

1. ¿Por qué estás en el centro?.

2. ¿Cómo estás en el centro?
3. ¿Tienes algún problema en el centro?. ¿Quieres quedarte o irte con tu familia o con una de acogida?
3. ¿Quiénes son tus cuidadores?, enuméralos, con sus nombres.
4. ¿Cuales te gustan más o menos y por qué?
5. ¿Hay algún cuidador que sea especial para tí?. ¿Por qué?
6. ¿Hay más niños/as en el centro?. ¿Con cuales te llevas bien?, ¿por qué?
7. ¿Has establecido alguna relación especial con alguno/a de ellos/as?. ¿Con quién?. ¿Qué le gusta de esa persona?.

### PARTE III

#### RELACIONES FAMILIARES

---

- Ahora voy a hacerte algunas preguntas que sé que te pueden doler, " sé que por dentro hay una herida o varias, y , a veces, al hablar se puede sentir que duele mucho. Lo que sucede es que hablar consuela y después uno se siente mejor. Es como el agua oxigenada cuando se pone en las heridas, al principio escuece, no queremos que nos la pongan, pero si dejamos que lo hagan, la herida deja de sangrar y ya no nos duele", ¿verdad?. Pues lo mismo ocurre cuando contamos lo que nos duele mucho.
  - Tú sabes lo que pasó en tu familia mejor que yo; di siempre la verdad; no hagas suposiciones; si no sabes algo o no te acuerdas dilo; si repito una pregunta no significa que tu primera respuesta fuera incorrecta; si una pregunta te resulta muy molesta la dejamos y volveremos a ella después; cuando yo diga algo incorrecto me puedes corregir; cuando no estés de acuerdo conmigo en algo me lo puedes decir.
1. ¿Qué fue lo que pasó en casa?
  2. ¿Me lo puedes contar sin dejar ningún detalle?
  3. ¿Me puedes contar cómo sucedía eso normalmente?
  4. Cuéntame cómo eran (o son) tus padres contigo:
    - Papá:
    - Mamá:
  5. ¿Eran (o son) cariñosos contigo?. Explícamelo.
  6. ¿Te reñían o pegaban cuando no te comportabas bien?:
    - ¿Cuando, ante qué tipo de situaciones?
    - ¿Qué fue lo que pasó?
    - ¿Quién estaba allí?
    - ¿Qué hizo?
    - ¿Qué dijo?
  7. Indagar en qué medida se ven con capacidad para percibir la gravedad de la amenaza o



ANEXOS

maltrato (si excusan a los padres, si están enfadados, con miedo, si quieren volver o no con los padres.....).

8. ¿Qué crees que puedes/ías hacer cuando esto ocurría/rre?. ¿A quién pedías/des ayuda?.
9. ¿Con quién puedes contar cuando tienes problemas?.
10. ¿Con quién te sientes tranquilo, a gusto?.
11. ¿Qué personas han sido o son cariñosas contigo?.

OBSERVACIONES

---

**III. 2. ENTREVISTA A LA MUJER MALTRATADA (GUIA-PC, 2009)**



Región de Murcia  
Consejería de Justicia y Seguridad Ciudadana  
Dirección General de Prevención de la Violencia de  
Género y Reforma Juvenil



ASOCIACIÓN PARA EL DESARROLLO  
DE LA SALUD MENTAL  
EN LA INFANCIA Y JUVENTUD

**Parte I:**

<u>MENOR:</u>		
NOMBRE Y APELLIDOS: :		
FECHA EXAMEN:	FECHA NACIMIENTO:	EDAD:
NIVEL ESCOLAR:		
NUMERO DE HERMANOS/AS:		
LUGAR ENTRE LOS HERMANOS/AS:		
¿SABE EL MOTIVO DE ESTA CONSULTA? ACUERDO O DESACUERDO.		
<u>MADRE:</u>		
NOMBRE Y APELLIDOS:		
EDAD Y PROFESION:		
¿ACTUALMENTE TRABAJA? SI NO		
NIVEL DE ESTUDIOS:		
CAVI QUE REMITE EL CASO:		
TRATAMIENTO QUE RECIBE DE CAVI:		
PSICOLÓGICO: SI NO		
JURÍDICO: SI NO		
OTROS: _____		
¿DESDE CUÁNDO?		

ANEXOS

¿QUIEN SOLICITA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEL MENOR?:	
MADRE	CAVI OTROS: _____
<u>PADRE:</u>	
NOMBRE Y APELLIDOS:	
EDAD Y PROFESION:	
¿ACTUALMENTE TRABAJA?	SI NO
NIVEL DE ESTUDIOS:	
¿ESTÁ INFORMADO DE QUE ACUDE A LA VISITA? ¿Y DEL MOTIVO DE LA MISMA?:	
	SI NO
¿CREE QUE EL MENOR NECESITA TRATAMIENTO PSICOLÓGICO?	
	SI NO
¿HA SOLICITADO ACUDIR A LA CITA CON EL PSICOLOGO INFANTIL?:	
	SI NO
¿RECIBE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO?	
	SI NO

- GENOGRAMA FAMILIAR

<input type="radio"/> MUJER
<input type="checkbox"/> HOMBRE
+ MUERTE
// SEPARACIÓN
===== BUENA RELACION
~~~~~ MALA RELACION

- HISTORIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

SITUACION ACTUAL (CON EL PADRE):

CASADA                      CONVIVEN JUNTOS                      SEPARADA                      DIVORCIADA

¿DESDE CUANDO?:

¿SE HAN SEPARADO ALGUNA VEZ?    SI            NO

MOTIVOS:

¿DURANTE CUANTO TIEMPO?

CUSTODIA:    MADRE                      PADRE

RÉGIMEN DE VISITAS:

¿PADRE TIENE PAREJA ESTABLE ACTUAL?    SI            NO  
TIEMPO:

¿MADRE TIENE PAREJA ESTABLE ACTUAL?    SI            NO

ANEXOS

TIEMPO:

¿CUENTA CON PERSONAS DE APOYO? SI NO

COMPOSICION DEL HOGAR (PERSONAS QUE CONVIVEN CON EL MENOR):

SITUACION PASADA

¿CUANTOS AÑOS SE CONOCEN LOS PADRES?

¿DESDE CUANDO MANTIENEN RELACION?

¿SE DIERON SITUACIONES DE MALTRATO DURANTE EL NOVIAZGO? SI NO

GRITOS AMENAZAS INSULTOS DESVALORIZACIONES  
AGRESIONES FISICAS VIOLENCIA SEXUAL OTROS:

¿SE DIERON SITUACIONES DE MALTRATO EN LA CONVIVENCIA? SI NO

GRITOS AMENAZAS INSULTOS DESVALORIZACIONES  
AGRESIONES FISICAS VIOLENCIA SEXUAL OTROS:

SITUACIONES DE MALTRATO EN LA ACTUALIDAD

GRITOS AMENAZAS INSULTOS DESVALORIZACIONES  
AGRESIONES FISICAS VIOLENCIA SEXUAL OTROS:

¿HA DENUNCIADO EN ALGUNA OCASIÓN? Si NO

ANOTAR NÚMERO, FECHA, MOTIVO Y RESOLUCION.

¿HA RETIRADO LA DENUNCIA? Si NO

**Parte II:**

HISTORIA DEL MENOR

¿QUÉ ES LO QUE LE PREOCUPA DE SU HIJO/A?

¿DESDE CUANDO SE DA EL PROBLEMA? Fecha de inicio.

¿HA OBSERVADO EL/LA MENOR SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO?  
DESCRIBIR. REACCIONES ANTE ESTAS SITUACIONES

ANEXOS

¿HA SUFRIDO EL/LA MENOR MALTRATO PSICOLOGICO O FISICO? DESCRIBIR

RELACION MADRE- HIJO/A. PASADA Y ACTUAL. Nivel de confianza y mantenimiento de límites. Verbalizaciones sobre el padre.

RELACION PADRE- HIJO/A. PASADA Y ACTUAL. Nivel de confianza, cooperacion en tareas de cuidado y mantenimiento de límites. Verbalizaciones sobre la madre. Comportamiento tras la visita.

RELACIÓN PAREJA MADRE Y/O PADRE CON EL MENOR.

¿HA HABLADO CON SU HIJO/A SOBRE LA PROBLEMATICA CON SU PADRE? ACTITUD DEL MENOR.

OPINIÓN FAMILIA MATERNA. RELACIÓN CON EL MENOR.

OPINIÓN FAMILIA PATERNA. RELACIÓN CON EL MENOR.

INDICAR PERSONAS DE APOYO DEL MENOR.

¿RECIBE O HA RECIBIDO EL MENOR EVALUACION Y/O TRATAMIENTO PSICOLOGICO?

EXPECTATIVAS SOBRE EL TRATAMIENTO Y DISPONIBILIDAD PARA GRUPOS.

DESCRIBIR ESTADO GENERAL DE LA MADRE (DEPRIMIDA, NERVIOSA, RABIOSA...). IMPRESIÓN CLÍNICA:

OBSERVACIONES EN LA ENTREVISTA:

.....

**ENTREVISTA A LA MUJER MALTRATADA (II)**

NOMBRE Y APELLIDOS DEL MENOR:	
EDAD:	FECHA EXAMEN:
Persona que informa:	

**I. DATOS ANAMNESIS / HISTORIA DE DESARROLLO**

**1. Hª prenatal**

- Embarazo

¿FUE DESEADO?	Si	No
---------------	----	----

INTENTOS DE ABORTO	Si	No		
PROBLEMAS MÉDICOS:	Indicar: .....			
PROBLEMAS EMOCIONALES:	Nervios	Tristeza	Ansiedad	Otros:
OTROS:	Indicar: .....			

## 2. Hª perinatal

- Parto:

Término	normal	natural	cesárea	Vueltas de cordón
prematureo	distócico	inducido	anestesia	forceps/ventosas

- Bebé:

PESO AL NACER	Indicar: .....		
¿NECESITÓ INCUBADORA?	Si. Tiempo: .....	No	
¿CIANÓTICO? (azul, morado, otros...)	Si	No	
OTROS DATOS SIGNIFICATIVOS:	Indicar: .....		

## 3. Hª de desarrollo

- Evaluación del temperamento:

NIVEL DE ACTIVIDAD:	Alto	Medio	Bajo	
RITMO DE FUNCIONES BIOLÓGICAS (sueño, hambre, necesidades fisiológicas...)	Regular		Irregular	
¿SE ADAPTABA A LOS CAMBIOS?	Si		No	
LLANTO	Continuo	Frecuente	Bajo	Muy bajo

- Lactancia:

MATERNA	Número de semanas: .....
ARTIFICIAL	Edad inicio: .....
PROBLEMAS:	.....

- Desarrollo del lenguaje:

PRIMERAS PALABRAS	Edad inicio: .....
PRIMERAS FRASES	Edad inicio: .....

- Desarrollo psicomotor:

GATEO	Edad inicio: .....	
COMIENZO ANDAR	Edad inicio: .....	
EVOLUCIÓN (torpeza, frecuentes caídas...)	Si	No

- Desarrollo del control de esfínteres:

CONTROL DEL PIPI DE DIA	Edad inicio: .....
CONTROL PIPI DE NOCHE	Edad inicio: .....
CONTROL CACA DE DIA	Edad inicio: .....
CONTROL CACA DE NOCHE	Edad inicio: .....
EPISODIOS DE NO CONTROL POSTERIOR	Frecuencia: .....

- Alteraciones de las conductas de adormecimiento y sueño:

¿DUERME SOLO EN SU CAMA?	Si	No
¿COMPARTE HABITACIÓN?	Si. Con quién..... .....	No
¿CON QUÉ FRECUENCIA DUERME EN LA CAMA CON ALGÚN FAMILIAR? (padres, hermanos...)	Veces a la semana:..... Con quién: .....	
¿A QUÉ HORA SE ACUESTA?	Indicar: .....	

ANEXOS

¿LE CUESTA QUEDARSE DORMIDO/A?	Si	No
PESADILLAS FRECUENTES	Si	No
DESPERTARES FRECUENTES	Si	No
INQUIETUD DURANTE EL SUEÑO	Si	No
¿APRIETA LA MANDÍBULA PARA DORMIR?	Si	No
¿SE DESPIERTA ANTES DE TIEMPO?	Si	No

- Conductas alimentarias:

¿COME TODO LO QUE SE LE PONE?	Si	No
ALIMENTOS PREFERIDOS:	Indicar: .....	
ALIMENTOS QUE RECHAZA:	Indicar: .....	
¿COME SOLO?	Si	No. ¿Quién le da?.....
¿SE MANTIENE SENTADO DURANTE LA COMIDA?	Si	No
OTROS PROBLEMAS:	Indicar: .....	

- Desarrollo psicosocial:

¿SE LLEVA BIEN CON LOS COMPAÑEROS DE COLEGIO?	Si	No
¿TIENE AMIGOS FUERA DEL COLEGIO?	Si	No
¿TIENE ALGÚN AMIGO ESPECIAL?	Si	No
¿TIENE INICIATIVA PARA RELACIONARSE?	Si	No
¿LE CUESTA HACER AMIGOS?	Si	No
¿SE AISLA DE LOS DEMÁS?	Si	No
¿ES RECHAZADO?	Si	No
¿SE RELACIONA BIEN CON ADULTOS?	Si	No

- Adaptación y autonomía desarrollada:

TAREAS QUE SABE HACER	Aseo	Vestido	Comida	Recoge su habitación
TAREAS QUE NECESITA AYUDA	Aseo	Vestido	Comida	Recoge su habitación
¿EN QUÉ TAREAS DE CASA AYUDA?	Indicar: .....			

- Características del desarrollo de la personalidad del niño/a.

DESCRIBA COMO ES SU HIJO/A:	..... ..... ..... .....
-----------------------------	----------------------------------

**II. HISTORIA MÉDICA DEL MENOR**

1. Enfermedades anteriores.

INFECCIOSAS	Si. Cuál: ..... Cuándo:..... Tratamiento:.....	No
CONVULSIONES	Si. Cuál: ..... Cuándo:..... Tratamiento:.....	No
GOLPES	Si.	No

ANEXOS

IMPORTANTES	Cuál: ..... Cuándo:..... Tratamiento:.....	
ALERGIAS	Si. Cuál: ..... Cuándo:..... Tratamiento:.....	No
OTRAS:	Cuál: ..... Cuándo:..... Tratamiento:.....	

2. Enfermedades actuales.

INDICAR: .....	Tratamiento: .....
INDICAR: .....	Tratamiento: .....

3. Hospitalización

MOTIVO	
EDAD	
DURACIÓN	
¿QUIÉN LE ACOMPAÑÓ?	
¿SE ADAPTÓ BIEN?	
DATOS SIGNIFICATIVOS:	

4. Alteraciones sensoriales y/o físicas.

PROBLEMAS DE OIDO	Si. Tratamiento: No .....
PROBLEMAS DE VISIÓN	Si. Tratamiento: No .....
PROBLEMAS DE ORTOPEdia	Si. Tratamiento: No .....

5. Tratamientos farmacológicos.

	Problema	Medicación	Dosis
ANTERIOR			
ACTUAL			

**III. ANTECEDENTES FAMILIARES**

¿QUÉ ABUELOS VIVEN?	Abuelo paterno	Abuela paterna	Abuelo materno	Abuela materna
---------------------	----------------	----------------	----------------	----------------

1. Enfermedades somáticas.

¿TIENE ALGUIEN DE LA FAMILIA UN PROBLEMA GRAVE DE SALUD? (cáncer, diabetes, hipertensión...)	Si. Quién: No .....
----------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------

2. Alteraciones psicológicas, psiquiátricas o/y neurológicas.

¿TIENE ALGUIEN DE LA FAMILIA UN PROBLEMA PSICOLÓGICO? (nervios, ansiedad, depresión, ...)	Si. Quién: No .....
-------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------

**IV. HISTORIA EDUCACIONAL**

1. Asistencia a guardería

EDAD DE INICIO	Indicar: .....
----------------	----------------

ANEXOS

TIEMPO	Indicar: .....		
ADAPTACIÓN	Buena	Regular	Mala

2. Inicio de la escolaridad

EDAD DE INICIO	Indicar: .....		
ADAPTACIÓN	Buena	Regular	Mala

3. Desarrollo de la escolaridad

DIFICULTADES EN LOS APRENDIZAJES BÁSICOS (lectura, escritura, números...)	Si. En qué área: .....	No	
CURSOS REPETIDOS	Si. Qué curso: .....	No	
NIVEL DE ADAPTACIÓN AL CURSO REPETIDO	Buena	Regular	Mala

4. Escolaridad actual

NIVEL ESCOLAR ACTUAL	Indicar curso: .....		
NIVEL DE RENDIMIENTOS	Alto	Medio	Bajo
NIVEL DE ADAPTACIÓN	Buena	Regular	Mala

5. Actitud en el colegio/instituto

DESAFIA A COMPAÑEROS	Si	No
DESAFIA A PROFESORES	Si	No

Describe comportamiento general en escuela/instituto:

**III.3. INVENTARIO DE EVALUACIÓN DEL MALTRATO A LA MUJER POR SU PAREJA (APCM) Matud, Caballeira y Marrero (2001)**



Región de Murcia  
 Consejería de Justicia y Seguridad Ciudadana  
 Dirección General de Prevención de la Violencia de Género y Reforma Juvenil



NOMBRE MADRE: .....  
 FECHA: .....

Por favor, indique cuáles han sido las situaciones de maltrato que **usted ha sufrido** por su pareja y de las que **ha sido testigo su hijo/a**, la frecuencia y la duración (en meses o años) con la que ha ocurrido.

Conteste según esta escala:

**0=NUNCA; 1=ALGUNA VEZ; 2=LA MITAD DE LAS VECES; 3=MUCHAS VECES; 4=CASI SIEMPRE**

		MADRE	MI HIJO/A ..... HA SIDO TESTIGO
1	Degradaba su apariencia física		
2	Le insultaba o hería delante de otras personas		
3	Le trataba como si fuese boba		
4	Le decía que no podría cuidar de sí misma sin él		
5	Degradaba cómo cuidaba los niños		
6	Criticaba su forma de llevar la casa		



ANEXOS

7	Sacaba algo del pasado para herirla		
8	Le gritaba y chillaba		
9	Le trataba como si fuese inferior		
10	No le hablaba o actuaba como si no existiese		
11	No hablaba de cómo se sentía usted		
12	Exigía obediencia a sus caprichos		
13	Se alteraba si no estaba hecho el trabajo de la casa cuando pensaba que debía estarlo		
14	Actuaba como si usted fuera su criada privada		
15	No hacía un reparto justo de las tareas de la casa		
16	No hacía un reparto justo del cuidado de los niños		
17	Le mandaba en todo		
18	Le controlaba el tiempo y le hacía explicarle dónde iba		
19	Usaba su dinero o tomaba decisiones económicas importantes sin consultarle		
20	Tenía celos de sus amigas		
21	No quería que estudiase o hiciera actividades que la promocionaran		
22	No quería que saliera con sus amigas		
23	Le acusaba de tener una aventura con otra persona		
24	Le exigía que se quedara en casa y cuidara de los niños		
25	Intentaba que no viera o hablara con su familia		
26	Interfería en su relación con otros miembros de la familia		
27	Intentaba evitar que hiciera cosas que le pudieran ayudar a sí misma		
28	No le permitía salir de casa cuando quería hacerlo		
29	No le dejaba trabajar fuera de casa		
30	Le decía que sus sentimientos eran irracionales		
31	Le echaba la culpa de sus propios problemas		
32	Le acusaba de causar la conducta violenta		
33	Intentaba hacer que se sintiera como si estuviera loca		
34	Le echaba a usted la culpa cuando estaba alterado, aunque no tuviera nada que ver con usted		
35	Intentaba convencer a sus amigos, familia o hijos de que usted estaba loca		
36	Amenazaba con quitarle los niños		
56	Se enfadaba mucho si se mostraba en desacuerdo con sus puntos de vista		
37	Amenazaba con enviarle a un hospital mental		
38	Le forzaba físicamente a tener relaciones sexuales		
39	Le empujaba o apartaba violentamente		
40	Le pegaba o pellizcaba en el cuerpo y/o brazos		
41	Le amenazaba con cuchillos y objetos punzantes		
42	Le golpeaba tan fuerte que precisaba asistencia médica		
43	Le golpeaba en la cabeza y/o cara		
44	Le hacía temer por su vida		
45	Le golpeaba la cara tan fuerte que hacía que se avergonzara de que la vieran		
46	Actuaba como si quisiera matarla		
47	Amenazaba con herirla o apuñalarla		
48	Intentaba asfixiarla o estrangularla		
49	Le tiraba al suelo, le daba patadas y/o la pisaba		
50	Le lanzaba objetos peligrosos		
51	Le mordía o arañaba tan fuerte que sangraba o le hacía moratones		
52	Le tiraba del pelo		
53	Le hacía daño cuando tenían relaciones sexuales		
54	Lastimaba su pecho y/o genitales		
55	Le pinchaba o golpeaba con objetos punzantes		

### III.4. INVENTARIO DE CONDICIONES DE MALTRATO A LA INFANCIA (ICMI) (Adaptación Olivan-Gonzalvo; adaptación Walker; adaptación Matud, Caballeira y Marrero, 2001. Equipo GUIA-PC 2009)



Región de Murcia  
Consejería de Justicia y Seguridad Ciudadana  
Dirección General de Prevención de la Violencia de  
Género y Reforma Juvenil



NOMBRE MADRE: .....

FECHA: .....

Por favor, indique cuáles han sido las situaciones de maltrato **que su hijo/a ha sufrido**, la frecuencia y la duración (en meses o años) en la que ha ocurrido.

Conteste, escribiendo un número según esta escala:

0 = NUNCA	1 = 1 VEZ CADA 2 O 3 MESES	2 = VARIAS VECES AL MES	3 = VARIAS VECES A LA SEMANA
-----------	----------------------------	-------------------------	------------------------------

		HIJO/A .....
1	Había días que no tenía comida preparada para comer o comíamos cualquier cosa.	
2	Tenía la misma ropa varios días seguidos.	
3	La ropa no se lavaba	
4	No se ocupaba de que se aseara o no se ocupaba de su higiene.	
5	Podía salir a cualquier sitio sin permiso o no se preocupaba de protegerle en posibles situaciones de peligro.	
6	No le preguntaba sobre sus estudios y deberes	
7	Cuando estaba enfermo rara vez lo llevaba al médico, o le daba cualquier sustancia (medicamento o no) que hubiera en la casa.	
8	No recibía expresiones de afecto o cariño	
9	Pocas veces le proponía actividades de juego en la familia, de mesa, deporte, cine...	
10	Abandono, delegaba su cuidado a otras personas pasando temporadas fuera, desentendiéndose.	
11	Le encerraba en la casa, en una habitación o en un armario	
12	Le ataba con una cuerda, cadenas, esposas...	
13	Le forzaba a vivir en sitios aislados	
14	Mudanzas y cambios de residencia frecuentes	
15	Le prohibía relacionarse con la familia o amigos	
16	Le prohibía las llamadas telefónicas	
17	Le maldecía, insultaba llamándolo "tonto, inútil"	
18	Le degradaba, despreciaba, rechazaba, "ojala no hubieras nacido"...	
19	Le humillaba en público.	
20	Le humillaba en privado	
21	Le negaba capacidad. "No sirves para nada"...	
22	Le fuerza a prostituirse o a actos sexuales con otros	
23	Pornografía forzada	
24	Le decía o le convencía de ser tonto/a	
25	Le mentía y manipulaba. Negando cosas que había dicho, prometido o incluso hecho.	
26	Intentaba conseguir que dudara de sus sentidos, de su razonamiento y hasta de la realidad de sus actos	
27	Le forzaba a cumplir el rol de sirviente	
28	Le forzaba a limpiar la casa o a trabajar muchas horas	
29	Interfería en sus hábitos de sueño (ej. No le dejaba dormir, lo despertaba...)	

ANEXOS

30	Interfería en la alimentación y en la nutrición (ej, no lo dejaba comer)	
31	No le permitía descansar, jugar, ...	
32	Le forzaba a ingerir alcohol u otras drogas	
33	Le forzaba a vender/distribuir drogas	
34	Le inducía a mendigar para conseguir dinero	
35	Le inducía a robar para conseguir dinero	
36	Le amenazaba de muerte a él, a su madre, a sus hermanos u otra familia	
37	Amenazaba de muerte a otros	
38	Le amenazaba con cometer suicidio	
39	Le amenazaba con usar armas	
40	Le amenazaba de abandono, de irse y dejarlos	
41	Le describía como lo iba a matar o ha hacerle daño	
42	Amenazaba con enviarle a un hospital mental	
43	Le empujaba o apartaba violentamente	
44	Le pegaba o pellizcaba en el cuerpo y/o brazos	
45	Le amenazaba con cuchillos y objetos punzantes	
46	Le golpeaba tan fuerte que precisaba asistencia médica	
47	Le golpeaba en la cabeza y/o cara	
48	Le hacía temer por su vida	
49	Le golpeaba la cara tan fuerte que hacía que se avergonzara de que lo/a vieran	
50	Actuaba como si quisiera matarlo/a	
51	Amenazaba con herirlo/ o apuñalarlo/a	
52	Intentaba asfixiarlo/a o estrangularlo/a	
53	Le tiraba al suelo, le daba patadas y/o lo/a pisaba	
54	Le lanzaba objetos peligrosos	
55	Le mordía o arañaba tan fuerte que sangraba o le hacía moratones	
56	Le tiraba del pelo	
57	Lastimaba su pecho y/o genitales	
58	Le pinchaba o golpeaba con objetos punzantes	
59	Observaba que se excitaba sexualmente cuando veía a mi hijo/a desnudo o le besaba	
60	Tocaba sus genitales con intención sexual	

**ANEXO IV.  
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.**

**IV. 1. Versión española de The Child PTSD Symptom Scale (CPSS) de Foa et al. (2001).**

**ESCALA INFANTIL DE SINTOMAS DE TEP (CPSS)**

**PARTE - 1**

Debajo hay una lista de los problemas que los niños y jóvenes tienen a veces después de la experimentación de un evento traumático. Lee cada uno con cuidado y rodea el número (0/3) que mejor describe con qué frecuencia ese problema te ha molestado EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS

Por favor escribe abajo el acontecimiento estresante que más te entristece:

Tiempo desde que sucedió el acontecimiento: \_\_\_\_\_

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1. Has tenido pensamientos o imágenes acerca del evento, que vienen a tu mente aunque tú no has querido.	<b>0</b> Nada o sólo un momento	<b>1</b> Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	<b>2</b> 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	<b>3</b> 5 o más veces por semana/casi siempre
2. Has tenido sueño malos o pesadillas	<b>0</b> Nada o sólo un momento	<b>1</b> Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	<b>2</b> 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	<b>3</b> 5 o más veces por semana/casi siempre
3. Has actuado o has tenido sentimientos como si el evento estuviera pasado de nuevo (Al escuchar algo o ver una imagen relacionada con el evento traumático te han sentido como si estuvieras ahí otra vez).	<b>0</b> Nada o sólo un momento	<b>1</b> Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	<b>2</b> 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	<b>3</b> 5 o más veces por semana/casi siempre
4. Te has sentido mal cuando piensas acerca de eso o escuchas hablar acerca del evento (por ejemplo, sintiéndose asustado, enojado, triste, culpable, etc).	<b>0</b> Nada o sólo un momento	<b>1</b> Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	<b>2</b> 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	<b>3</b> 5 o más veces por semana/casi siempre
5. Has tenido sensaciones en tu cuerpo cuando piensas o escuchar acerca del evento (por ejemplo, transpirando repentinamente o latiéndote muy rápido el corazón).	<b>0</b> Nada o sólo un momento	<b>1</b> Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	<b>2</b> 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	<b>3</b> 5 o más veces por semana/casi siempre
6. Has tratado de no pensar, hablar o tener sentimiento acerca del evento.	<b>0</b> Nada o sólo un momento	<b>1</b> Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	<b>2</b> 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	<b>3</b> 5 o más veces por semana/casi siempre
7. Has tratado de evitar actividades, personas o lugares que te recuerden del evento traumático.	<b>0</b> Nada o sólo un momento	<b>1</b> Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	<b>2</b> 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	<b>3</b> 5 o más veces por semana/casi siempre
8. Has sido incapaz de recordar una parte importante del evento traumático.	<b>0</b> Nada o sólo un momento	<b>1</b> Una vez a la semana o menos / de vez en	<b>2</b> 2 a 4 veces a la semana/mitad	<b>3</b> 5 o más veces por semana/casi

		cuando	el tiempo	siempre
9. Has tenido mucho menos interés en hacer cosas que solías hacer.	<b>0</b> Nada o sólo un momento	<b>1</b> Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	<b>2</b> 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	<b>3</b> 5 o más veces por semana/casi siempre
10. Has tenido dificultad en sentirte cercano a las personas que te rodean.	<b>0</b> Nada o sólo un momento	<b>1</b> Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	<b>2</b> 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	<b>3</b> 5 o más veces por semana/casi siempre
11. Has sido incapaz de tener sentimientos fuertes (por ejemplo, incapacidad para llorar o sentirte feliz).	<b>0</b> Nada o sólo un momento	<b>1</b> Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	<b>2</b> 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	<b>3</b> 5 o más veces por semana/casi siempre
12. Has sentido que tus planes futuros o tus esperanzas no se harán realidad (por ejemplo, no tendrás trabajo, no te casarás o no tendrás hijos).	<b>0</b> Nada o sólo un momento	<b>1</b> Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	<b>2</b> 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	<b>3</b> 5 o más veces por semana/casi siempre
13. Has tenido problemas para quedarte o permanecer dormido.	<b>0</b> Nada o sólo un momento	<b>1</b> Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	<b>2</b> 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	<b>3</b> 5 o más veces por semana/casi siempre
14. Te has sentido irritable o has tenido ataques de rabia.	<b>0</b> Nada o sólo un momento	<b>1</b> Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	<b>2</b> 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	<b>3</b> 5 o más veces por semana/casi siempre
15. Has tenido dificultad para concentrarte (por ejemplo, perdiendo la pista a una historia en la televisión, olvidando lo que leías, no poniendo atención en clases).	<b>0</b> Nada o sólo un momento	<b>1</b> Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	<b>2</b> 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	<b>3</b> 5 o más veces por semana/casi siempre
16. Has estado demasiado preocupado (por ejemplo, revisando quién está alrededor tuyo y qué está alrededor tuyo).	<b>0</b> Nada o sólo un momento	<b>1</b> Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	<b>2</b> 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	<b>3</b> 5 o más veces por semana/casi siempre
17. Has estado asustado o te has sobresaltado fácilmente (por ejemplo, cuando alguien se acerca detrás de ti).	<b>0</b> Nada o sólo un momento	<b>1</b> Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	<b>2</b> 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	<b>3</b> 5 o más veces por semana/casi siempre

### Escala Infantil de Síntomas de TEP (CPSS) Parte-2

Indica abajo si los problemas que tú marcaste en la parte 1 te han afectado en cualquiera de las siguientes áreas de tu vida **DURANTE** las **ÚLTIMAS 2 SEMANAS**.

		SI	NO
18.	Al hacer tus oraciones o rezos.	S	N
19.	Al hacer tus tareas de la casa.	S	N
20.	En tus relaciones de amistad.	S	N
21.	En tus pasatiempos o actividades de entretenimiento.	S	N
22.	Al hacer tus tareas escolares.	S	N
23.	En tus relaciones con tu familia.	S	N
24.	En tu felicidad general con tu vida.	S	N