



Stress in maltreated victims



Directora: Mar Aparicio Sanz

Titulación: Grado en Enfermería

ÍNDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
Estado actual del tema y circunstancias históricas	3
Magnitud del problema	3
Importancia del problema	4
MOTIVO DE ELECCIÓN	5
Objetivos del trabajo	5
Estrategia de búsqueda	5
Descripción del trabajo	6
CAPÍTULO 1: Conceptos generales	7
Definición de maltrato	7
¿Qué es el estrés?	7
Diferencia entre estrés saludable y estrés traumático	7
Evento traumático y traumatización	8
CAPÍTULO 2: Consecuencias del maltrato doméstico	9
Características específicas del tipo de trauma	9
Consecuencias psicopatológicas del maltrato doméstico	10
Psicopatología característica de las mujeres víctimas de maltrato	10
Factores que influyen en el impacto emocional	11
Perfil de la víctima	11
CAPÍTULO 3: Trastorno de estrés postraumático	12
¿Qué es el trastorno de estrés postraumático?	12
Subsíndrome de estrés postraumático	13
Diagnóstico del TEPT	14
Factores que influyen en el desarrollo del TEPT	14
Escala de gravedad de síntomas del TEPT	15
Consecuencias del TEPT en las estructuras cerebrales	16
CAPÍTULO 4: Consecuencias del maltrato infantil	17
Niños en la violencia de pareja	17
El maltrato infantil y las dificultades para su hallazgo	17
Factores de riesgo del maltrato	18
Indicadores de maltrato	18
Efectos psicológicos del maltrato	19
Transmisión intergeneracional de la violencia	19
Distintos tipos de maltrato producen distintos efectos psicológicos	20
Consecuencias del maltrato cronificado	21
TEPT en la infancia	22
Alteración del reconocimiento de las emociones	22
Autolesión	23
Trastorno por estrés postraumático extremo no especificado/trauma complejo	24
Trastorno traumático del desarrollo	24
CAPÍTULO 5: afrontamiento y terapias del estrés traumático	25
Estrategias de afrontamiento	25
Terapias	25
El apoyo	27
CONCLUSIONES	29
Limitaciones	30
Perspectiva de futuro	30
BIBLIOGRAFÍA	31

RESUMEN

Introducción. La experiencia continuada de malos tratos genera un alto nivel de estrés; esto conlleva unas serias repercusiones en el bienestar de sus víctimas. Aunque no es conveniente generalizar ya que cada individuo tiene un mecanismo propio de afrontamiento y cuenta con distintos estresores adicionales y apoyos, se contemplan unas repercusiones relativamente comunes como son el trastorno de estrés postraumático y la depresión.

El **objetivo principal** de esta monografía es conocer las repercusiones que los malos tratos ocasionan para así detectarlo de manera precoz.

Desarrollo. Está confirmado que el apoyo de una persona de confianza, aunque no sea el más influyente a la hora de abandonar la relación de abuso, es el que más efecto en el bienestar emocional del individuo brinda.

Conclusiones. Las repercusiones de los malos tratos en la salud pueden ser altamente incapacitantes y, por tanto, ocasionar elevados costes en el sistema de salud. Por todo lo anterior, se considera la medida más coste-efectiva la prevención.

PALABRAS CLAVE: maltrato, trastorno de estrés postraumático, bienestar emocional

ABSTRACT

Introduction. Living a continuing maltreatment experience produce a high level of stress. This entails significant impact on the welfare of its victims. Although it is not convenient to generalize because each individual has an own mechanism to face and different additional stressors and support, common impacts such as posttraumatic stress disorder and depression have been verified.

The **main objective** of this monograph is to understand the impact of maltreatment brings in order to detect it early.

Development. It is confirmed the support of a trusted person, although it is not the most influential in leaving the abusive relationship, It produce the most effect on the emotional well-being.

Conclusions. The impact of maltreatment in health can be highly disabling and, therefore, It can produce high costs to the health system. For all the above, prevention is considered the most cost-effective measure.

KEY WORDS: maltreatment, posttraumatic stress disorder, emotional wellbeing

INTRODUCCIÓN

Estado actual del tema y circunstancias históricas

La violencia doméstica es un fenómeno epidémico que en la actualidad es cuando más está emergiendo al exterior sin significar por ello que éste sea un problema específico de nuestra época. Su existencia hace evidente el retraso cultural en el área de los valores personales como la empatía, la tolerancia, consideración y respeto independientemente del sexo.

A pesar de los avances de nuestra sociedad en muchos ámbitos, este fenómeno va en aumento pues, ha crecido a un ritmo más alarmante incluso que los accidentes de tráfico y robos. En España se registran mayor número de víctimas mortales a manos de su pareja o ex pareja (50 o 60 víctimas anuales) que las producidas por el terrorismo.¹

Con frecuencia, los medios de comunicación dan relevancia al número de muertes producidas por la violencia de género disparándose la alarma social al analizar estos datos ya que ascienden a más de 3 muertes por millón perpetradas por la pareja o ex pareja. El problema reside en que esta cifra sólo representa el 0.002% de las mujeres víctimas de violencia de pareja y el 99.998% restante también necesita ayuda.²⁻³

El maltrato psicológico, al haber sido estudiado, en general en menor medida que la violencia física, su detección y tratamiento entraña una mayor dificultad.

Desenmascarar este problema hace que la sociedad cada vez más vaya tomando más conciencia de su existencia y del agravamiento en las repercusiones que conlleva su ocultamiento. Tanto en la detección como en el tratamiento de estas vivencias cobran especial importancia, además de las personas de confianza, quienes proporcionarán apoyo a la víctima, los profesionales de la salud quienes se encargarán, entre otros aspectos, de hacer conocida a la persona de todos los apoyos sociales y ayudas de las que se disponen para superar la situación en la mayor brevedad posible.

Magnitud del problema

El informe de la Población Mundial 2000 de Naciones Unidas señala que una de cada 3 mujeres en el mundo ha padecido malos tratos o abuso⁴, estos datos son corroborados por el estudio de la OMS en el que participaron 24.000 mujeres de diez países diferentes en el que entre 13 y 61% de las encuestadas reconoce haber sufrido malos tratos en algún momento de su vida siendo entre un 6 y un 59% de las agresiones de tipo sexual y entre un 20 y un 75% maltrato psicológico.²

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer con su estudio en 2002 cifraron que un 4'2% de las mujeres mayores de 18 años de nuestro país sufría malos tratos de forma habitual por algún familiar, novio o marido pero es un 12'4% adicional el porcentaje de mujeres que ha sido víctimas de conductas de maltrato y conductas vejatorias en el hogar y no se consideran como víctimas de malos tratos.^{1,3,5} Sin embargo se las Naciones Unidas estiman que este dato pueda ascender hasta un 20% de las mujeres.⁴

Los estudios señalan que, en nuestro país, el 25% de todas las víctimas de abuso desarrollan trastorno de estrés postraumático (TEPT), ascendiendo este porcentaje hasta un 50-60% en el caso de las mujeres y niñas agredidas sexualmente y el 51-55% de las víctimas de maltrato doméstico. Asimismo, señalan que cuando las condiciones estresantes son muy intensas y son causadas por un ser humano, como es en el caso

del maltrato, el cuadro clínico resultante es más grave y duradero ya que aumenta la percepción de incontrolabilidad.⁶

Importancia del problema

La violencia es un problema social de especial relevancia, considerado en la actualidad el motivo más frecuente de sufrimiento psicológico y el tercer factor que más pérdida de años de vida saludable y calidad de vida produce en la mujer (solo superado por la diabetes y los problemas en el parto).^{3, 7,8}

Las consecuencias para la salud pública del maltrato son importantes ya que se asocia a trastornos mentales secundarios, tendencia al suicidio, deterioro de la función y otros problemas de salud que contribuyen a la reducción de las oportunidades de trabajo e inestabilidad en el matrimonio que serán explicadas a lo largo de este trabajo.

La mayor parte de las víctimas de malos tratos convive con su pareja (40-89%); bien porque no han llegado a separarse o bien por reconciliaciones posteriores a un tiempo de abandono de la relación abusiva. Las mujeres que permanecen con el agresor suelen atribuir los malos tratos a causantes externos e inestables como un mal día de trabajo, asimismo, tienen la esperanza de que el agresor pueda cambiar. Conforme va aumentando la severidad y frecuencia de los malos tratos, es más probable que atribuyan estas conductas a causas internas y por tanto, es más fácil que abandonen esta relación abusiva.⁵ Parece paradójico entonces decir que a mayor duración del maltrato doméstico, hay una menor probabilidad de romper esta relación, pero no lo es si pensamos que esta situación va convirtiendo a la mujer en una persona más temerosa, más dependiente, hace que desarrolle más sentimientos de culpabilidad y baja autoestima con lo que se va volviendo más pasiva ante el problema.

A pesar de las claras repercusiones en la víctima, no hay una teoría totalmente aceptada sobre si la convivencia con el agresor empeora la clínica y la gravedad del trastorno de estrés postraumático que con relativa frecuencia aparece. Hay expertos que apoyan que la convivencia con el agresor es independiente de la gravedad del malestar emocional³ pero, sin embargo, hay quienes encuentran que aquellas víctimas que no denunciaron su situación de maltrato y permanecieron en el hogar con el agresor sufrían una mayor sintomatología depresiva.¹

La mayoría de los trabajos con muestras españolas desvela que la separación del agresor no supone necesariamente el cese de la violencia. El 74% sufre al menos una agresión y eso que el 66% vive sin su pareja.²

Las lesiones o enfermedades que puede ocasionar el maltrato físico lo convierten en la forma de maltrato más fácilmente detectable para los profesionales de la salud y, por tanto, es más probable que este tipo de víctimas denuncien y accedan a un tratamiento especializado.

La violencia en menores es un tema especialmente polémico en la actualidad ya que la víctima es completamente vulnerable e incapaz de dar a conocer la situación que sufre. Tanto a nivel legal como psicosocial, hay muchos varios que están a la espera de ser completados. No obstante no es suficiente con un organismo que determine una normativa si no es llevada a la práctica y es responsabilidad de cada uno de nosotros.

MOTIVO DE ELECCIÓN

He decidido hacer mi Trabajo Fin de Grado sobre las repercusiones que ocasiona el maltrato en sus víctimas considerando que pese a la alarma social que este comportamiento arrastra, hay aún un desconocimiento importante tanto en cuestiones de incidencia y prevalencia como en cuanto a los recursos disponibles o las repercusiones a largo plazo; entre ellas, he querido destacar el trastorno de estrés postraumático por ser la que mejor define a las víctimas.

Mi inclinación a centrarme en víctimas de malos tratos y no en cualquier otro colectivo ha sido el interés personal por estar más en contacto con esta problema social y analizarlo desde el punto de vista de profesionales de la salud.

Son bastantes los casos en que los propios médicos, enfermeras, psicólogos; en definitiva, diferentes profesionales del ámbito socio-sanitario, desconocen su obligación legal de realizar la denuncia ante la confirmación o sospecha de tal situación. A consecuencia de este desconocimiento se genera en muchas ocasiones una continuidad innecesaria del maltrato en el ámbito familiar.

La mayor sensibilización social existente respecto al problema de la violencia ha facilitado el mayor acceso de las víctimas a los recursos asistenciales.

Objetivos del trabajo

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica ha sido estudiar y analizar la sintomatología más frecuente en las víctimas de malos tratos (trastorno de estrés postraumático) para saber detectarlo y poder afrontarlo de la manera más adecuada posible

Siendo objetivos más específicos:

- Conocer las repercusiones a medio y largo plazo del maltrato.
- Analizar si existe un perfil característico tanto de maltratador como de víctima.
- Estudiar la violencia intergeneracional.
- Conocer estrategias de prevención y su utilidad.
- Analizar la efectividad de las terapias empleadas tanto a nivel grupal como individual y el efecto del apoyo.

Estrategia de búsqueda

Una vez fijado el objetivo general del trabajo, se escogieron los descriptores en ciencias de la salud (DeCS) y sus relativos en inglés (MeSH) para hacer la búsqueda bibliográfica. Los DeCS empleados fueron 3: trastorno de estrés postraumático, maltrato y malos tratos mientras que los MeSH utilizados fueron solo 2: posttraumatic stress disorder y maltreatment.

DeCS	MeSH
Trastorno por estrés postraumático	Posttraumatic stress disorder
Maltrato	Maltreatment
Malos tratos	

Figura 1. Palabras clave empleadas

Con estas palabras clave se realizó una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos de ciencias de la Salud y más concretamente de psicología, tales como PubMed, Dialnet, PubPsych, Psycodoc e ISI entre otras; igualmente se utilizaron guías de práctica clínica, páginas web de asociaciones e información de la Organización Mundial (OMS).

La búsqueda bibliográfica ha sido realizada entre los meses de diciembre 2013 a febrero 2014.

Esta búsqueda se centro en los documentos publicados en los últimos 10 años, teniendo en además en cuenta, pero en menor medida, otros documentos publicados en fechas anteriores. Sólo se utilizaron textos en castellano e inglés y que además tenían acceso gratuito al texto completo.

A modo de esquema mi búsqueda bibliográfica se resume en:

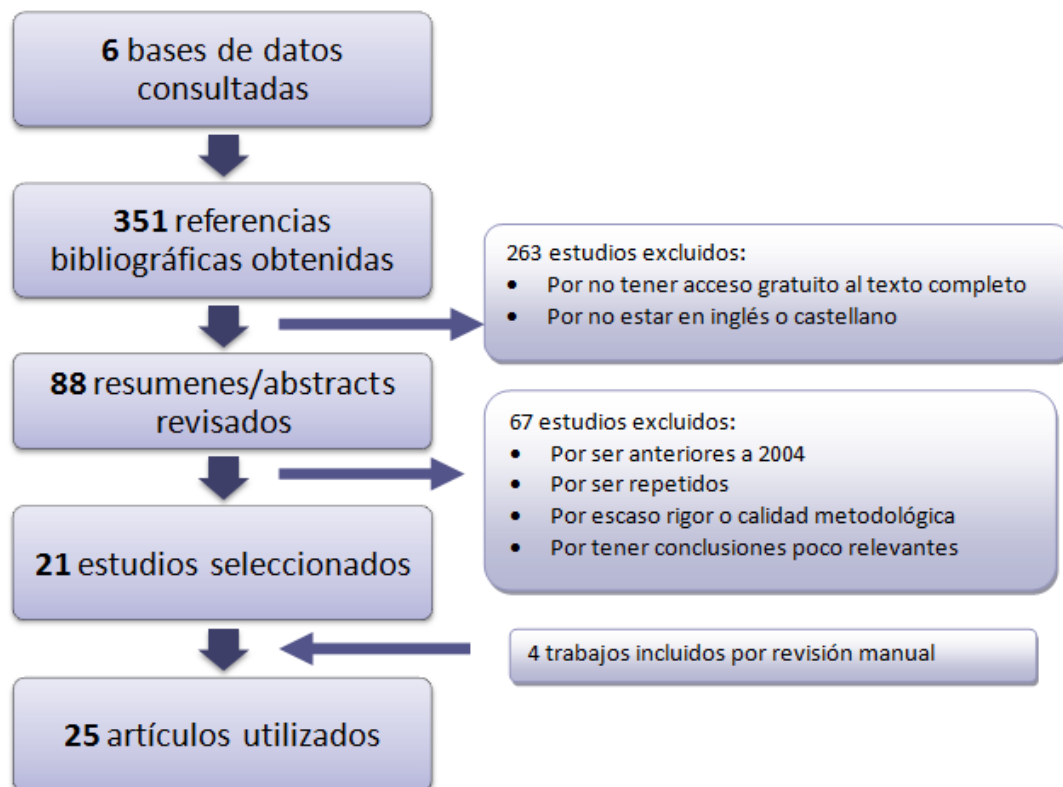


Figura 2. Diagrama de flujo del proceso de selección.

Descripción del trabajo

Esta monografía consta de 5 capítulos que versan sobre distintos temas. En el primer capítulo se aclaran los conceptos generales de maltrato, estrés y tipos de éste, evento traumático entre otros. El segundo capítulo está dedicado a las consecuencias que el maltrato doméstico acarrea en las mujeres y por ser el TEPT el trastorno más prevalente y que mejor define a este colectivo se trata en un capítulo separado, el capítulo número 3 en el que se explican todos sus síntomas y herramientas de medida y diagnóstico. El cuarto capítulo está dedicado a la población menor de edad que sufre malos tratos, pues sus consecuencias, tratamiento y repercusiones son muy diferentes a las de los adultos. Y para finalizar he considerado muy importante dedicar un capítulo a explicar los modos de afrontamiento, terapias y el papel que tiene el apoyo a estas víctimas.

CAPITULO 1: Conceptos generales

Definición de maltrato

La Asociación Americana de Psicología, define la violencia o maltrato doméstico como *“un patrón de conductas abusivas que incluye un amplio rango de maltrato físico, sexual y psicológico, usado por una persona en una relación íntima contra otra para ganar poder o para mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre esa persona”*⁷. En otras palabras, este tipo de violencia hace referencia a cualquier conducta en la relación íntima que causa daño (ya sea físico, psicológico o sexual) a uno o ambos miembros de la relación vulnerando la libertad de otra persona.

Estas conductas incluyen actos de agresión física, abuso psicológico (intimidación, menosprecio, humillaciones), coerción y abuso sexual, conductas de control (como el aislamiento de su familia y amistades), limitación de su acceso a la información y asistencia.^{4,5}

Para que un acto sea catalogado de violencia doméstica debe cumplir las siguientes características:⁴

- a) Ejercicio de violencia física, sexual y/o psicológica
- b) Practicada por la/el cónyuge o ex pareja de hecho ex pareja, novio o cualquier otro miembro de la unidad familiar
- c) El agresor está en una situación de dominio permanente
- d) En el caso de la violencia psicológica debe estar presente de forma reiterada o habitual.

¿Qué es el estrés?

La palabra estrés deriva del griego “stringere” que significa provocar tensión. Esta palabra se utilizó por primera vez en el siglo XIV.

El concepto de estrés es muy amplio; además, cuenta con unos límites muy difusos lo cual dificulta su definición. Una de las definiciones de este concepto aceptadas en la actualidad es: *“la respuesta no específica del individuo a cualquier demanda, sea física, psicológica, externa o interna, buena o mala y que provoca una respuesta biológica del organismo idéntica y estereotipada que conlleva a cambios hormonales”*. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el estrés más brevemente como *“conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción”*.⁹

Cuando esta respuesta se hacen en armonía y, por tanto, es adaptada hablamos de eustrés o buen estrés pues, es indispensable para la supervivencia, desarrollo y adaptación. Por el contrario, cuando las demandas son intensas o excesivas y superan la capacidad de adaptación, hablamos de distrés o mal estrés.

Diferencia entre estrés saludable y estrés traumático

La respuesta neurobiológica al estrés traumático tiene 5 características clínicas distintivas que la diferencian de la respuesta de estrés normal. Estas son:¹⁰

- ✦ Constricción de funcionamiento de la personalidad
- ✦ Reflejo de sobresalto exagerado y la irritabilidad
- ✦ La fijación sobre el trauma psíquico
- ✦ Experiencias atípicas del sueño
- ✦ Propensión a reacciones explosivas y agresividad

Muchas de las personas que han vivido un trauma de violencia persistente en su hogar han descrito sus intentos para paliar sus reacciones tanto durante como después del trauma. Este proceso parece ser un presagio del posterior desarrollo del TEPT.¹⁰

Evento traumático y traumatización

Actualmente los expertos aún no tienen bien definido lo que constituye un evento traumático, lo cual conlleva a ciertos problemas a la hora de distinguirlo como consecuencia del maltrato. Por este motivo, para diferenciar los trastornos en relación a un trauma producido por cualquier evento de los producidos por maltrato y/o abuso sexual específicamente, se utiliza una clasificación dual¹⁰ que ayuda así al proceso de diagnóstico.¹¹

- **Los trastornos de tipo I:** (traumatización) pertenecen a la exposición a un acontecimiento traumático único.¹⁰ Quedarían incluidos los accidentes, desastres naturales y experiencias de guerra.¹¹
- **Los trastornos de tipo II:** (traumatización secuencial) aquí quedarían catalogados todos los traumas relacionados con el maltrato, abandono, abuso sexual. Todos ellos apareciendo con relativa frecuencia, ejercidos por personas cercanas y durante largos periodos de tiempo.¹¹

En cuanto a la sintomatología que producirían los distintos tipos de trauma podemos decir que el tipo I ocasionaría los síntomas psicopatológicos clásicos del trastorno de estrés postraumático mientras que el tipo II podría conducir además a trastornos en el desarrollo de la personalidad y otros síntomas psicológicos más variados como disociación, baja autoeficacia, regulación alterada de las emociones y la percepción de sí mismo y los demás, somatización, etc.¹¹

No obstante, es importante tener en cuenta la singularidad de cada individuo y no ceñirse estrictamente a las características mencionadas con anterioridad. Cada persona vive unas circunstancias personales y acontecimientos en torno a la vivencia muy diferentes. Los teóricos han desarrollado un modelo preliminar sobre la base de interacción llamado **“Persona X Medio”**; con él, intentan explicar la variabilidad del trauma y sus consecuencias. Este modelo propone que las características individuales de cada sujeto al interaccionar con las variables ambientales y situacionales resultan en una respuesta subjetiva de adaptación al trauma.^{10, 12} En otras palabras, el sufrimiento de cada persona es subjetivo.

Distingue 4 subcategorías relacionadas con la situación traumática y su vivencia¹⁰. Estas son:

- ✦ **Dimensionalidad objetivas del trauma.** Las dimensiones del trauma son:
 - El grado de amenaza a la vida
 - El grado de duelo o pérdida de personas significativas
 - La inminencia o velocidad de aparición
 - El desplazamiento de los factores de estrés
 - La duración y la gravedad de los estresores
 - El nivel de desplazamiento y desalojo de personas de su comunidad
 - La exposición a la muerte, lesiones, destrucción, caos social, grado de conflicto moral inherente a la situación
 - Papel en el trauma, localización, complejidad de los factores estresantes
 - El impacto del trauma en la comunidad.
- ✦ **Experiencia del trauma.** Diferencia si el trauma se experimenta solo, con otros, o por una comunidad entera.

- ✦ **Estructura del trauma.** Está relacionada con si el trauma implica un factor de estrés único, factores estresantes múltiples; factores complejos o simples factores de estrés naturales/accidentales o provocados por el hombre. También se refiere a si el traumatismo es repetitivo, crónico o ambos y si es premeditado, planificado y sistemático.
- ✦ **Medio después del traumatismo.** Se refiere a si la ayuda (ya sean rituales culturales, actitudes sociales, etc) está disponible o no. Y, también, a si la recuperación es espontaneo o una oportunidad única para ayudar a la curación.

Como norma general, se establece que cuantas más dimensiones del trauma, estén presentes, mayor será la probabilidad y gravedad de producir un resultado psicopatológico¹⁰, es decir, tendrá peor adaptación en el periodo inmediatamente posterior y a largo plazo tras el traumatismo.

Pero, en esta adaptación, además de las 11 variables mencionadas, interactúan la personalidad y las variables situacionales.¹⁰

CAPITULO 2: Consecuencias del maltrato doméstico

Características específicas del tipo de trauma^{1, 2, 4,7}

Las consecuencias psicopatológicas son tanto más graves a la vez de más frecuentes en víctimas de malos tratos que en otros tipos de experiencias traumáticas como excombatientes o desastres naturales por diversos motivos entre los que destacamos El desencadenante del trauma es la pareja, es decir, la persona que más seguridad y apoyo debería brindar. Esto explica el estado de permanente vigilancia y los sentimientos de fracaso personal, culpa y baja autoestima:

- ✦ La proximidad afectiva inicial con el agresor. Estas conductas no se suelen denunciar y cuando se denuncian la víctima perdona al agresor y niega la evidencia incluso antes de que el sistema penal pueda actuar. Es más improbable que estas víctimas pidan ayuda terapéutica
- ✦ Viven el trauma en su hogar, el sitio que, de primera mano, se considera más seguro. Las conductas de evitación son menores que en otros tipos de trauma pudiendo aparecer conductas de evitación de sentimientos pero en muy raras ocasiones conductas de evitación de lugares o actividades.
- ✦ La experiencia prolongada y reiterada de los episodios agresivos. El momento de denuncia suele coincidir con algún momento crítico como por ejemplo la extensión de la violencia a los hijos. Esta continuidad explica la gran cantidad de recuerdos intrusivos.
- ✦ La imposibilidad de predecir y controlar la ocurrencia de los episodios vividos y su percepción de que en cualquier momento puede volver a ser agredida explica la hiperactividad constante, la cual funciona como una respuesta adaptativa. Resulta llamativo que muchas de las mujeres han sido maltratadas en los últimos meses a pesar de estar ya separadas del agresor.
- ✦ La dependencia económica con el agresor y problemas de vivienda
- ✦ la influencia familiar y social hace que las víctimas se sientan obligadas a mantener la situación por dar protección a los hijos, por las opiniones de los demás
- ✦ El desprestigio social de la situación en numerosas ocasiones conlleva a sentimientos de culpa y/o vergüenza para reconocer la situación.

Conocer estas características facilitará el desarrollar intervenciones más específicas para este tipo de población y que se dirijan de forma más precisa a los síntomas característicos

Consecuencias psicopatológicas del maltrato doméstico

Las consecuencias psicopatológicas del maltrato se agrupan en torno a dos factores: ¹

- ✦ **Estrés postraumático.** Cuando la persona convive con el agresor y por tanto, se repiten los ataques o amenazas, se desarrollan síntomas de estrés postraumático de larga duración (crónicos).⁵ Las respuestas más comunes a estos factores estresantes que supone la violencia consisten en la alternancia de fases intrusivas de respuesta expresa y fases de adormecimiento tanto física como psicológicamente. Durante las fases de respuesta aparecerán rasgos como la hiperactividad, respuesta de sobresalto, explosivos arranques agresivos mientras que la fase de adormecimiento serán las conductas antagónicas y de latencia.¹⁰ El TEPT está más asociado a la presencia de maltrato o de relaciones sexuales forzadas hasta incluso durante el embarazo junto a falta de apoyo social y/o familiar.⁷
- ✦ **Malestar emocional.** Las mujeres que cumplen con los criterios diagnóstico de TEPT, tienen un mayor malestar emocional, asimismo, presentan niveles más altos de ansiedad, autoconcepto más negativo y mayor inadaptación a la vida cotidiana.^{3,8} Suelen presentar una **desorganización total del patrón de vida**, pues, al hacerse conscientes de la situación se producen muchos cambios como: abandono del hogar, de la pareja, distanciamiento de amigos y familiares, abandono del trabajo, etc.^{4,5} En los casos en los que hay hijos es frecuente que se afronte su crianza en solitario por lo que aparecen mayores problemas económicos.⁴

Psicopatología característica de las mujeres víctimas de maltrato

EL TEPT, además de ser el trastorno de mayor prevalencia entre las víctimas de violencia doméstica, es la categoría diagnóstica que mejor caracteriza las consecuencias psicológicas tras la experiencia ya que engloba todas las consecuencias psicopatológicas que estas personas presentan.^{2,4} Sin embargo, es bastante habitual la comorbilidad con otros síntomas o trastornos.³

Se estima que el 59% de las mujeres con TEPT cumplen criterios para tres o más diagnósticos psiquiátricos.^{7,13}

La depresión es el trastorno comórbido más frecuente en estas víctimas y el más fácilmente reconocido tanto por ellas, como por los profesionales de la salud. Esto lo convierte en el trastorno para el que más ayuda se presta. No obstante, no se puede infravalorar otros trastornos entre los que destacamos, por su prevalencia y por estar relacionados todos ellos con una mayor exposición a eventos traumáticos: los trastornos de ansiedad, hiperactividad, trastornos de conducta, agresividad, comportamientos antisociales y de abuso alcohol y de otras sustancias psicoactivas o medicamentos en víctimas mayor edad.^{1, 2, 4, 7,13}

La alta frecuencia de la depresión se debe a la sensación de fracaso personal, baja autoestima, autocritica, responsabilidad aprendida de la situación violenta y al deterioro de las redes sociales y/o familiares que ocasiona el convivir con una persona que de forma continuada intenta persuadir a la mujer de su incapacidad y la anula a la hora de tomar decisiones.²

Se ha descubierto que las respuestas fisiológicas de las personas que sufren simultáneamente TEPT y depresión son distintas a las encontradas en individuos que sólo cursan con depresión. Esto quiere decir que esta depresión comórbida al TEPT tiene una base biológica diferente.⁷

Cuando el maltrato va acompañado de humillación reiterada, la víctima puede llegar a pensar que merece esa situación.⁵ Aparece un perfil ansioso-depresivo caracterizado por la desesperanza, abandono, falta de apoyo y aislamiento social. Todo ello conlleva a una inadaptación a la vida cotidiana que aumenta el porcentaje de ideación o intentos suicidas.^{2,3}

El abuso de sustancias psicoactivas en sujetos que han sido víctimas de un trauma podría ser considerado como una forma de evitación o reducción de la sensibilidad.⁷

Los síntomas que aparecen con mayor frecuencia son: las dificultades de concentración, pérdida de interés por actividades, sensación de futuro desolador, recuerdos intrusivos, etc. Todos ellos se engloban en el término embotamiento emocional y afectan tanto a la vida laboral por medio del absentismo o abandono, como a la vida social por las limitaciones a la hora de relacionarse, menor tiempo libre por trámites legales y juicios como a la vida familiar ya que se pueden producir respuestas negativas de allegados y afectación a los hijos.²

También es frecuente que aparezcan dificultades a la hora de establecer posteriores relaciones ya que aparecerá mayor desconfianza.²

Factores que influyen en el impacto emocional

La presencia de relaciones sexuales forzadas influye en la peor adaptación psicológica, bienestar emocional y mayor gravedad de síntomas de TEPT, especialmente en las víctimas más jóvenes. Las mujeres de más edad, pueden no percibir este tipo de maltrato como una violación propiamente dicha y por tanto no presentan mayor sintomatología de TEPT pero sí mayor inadaptación en su vida cotidiana.^{1,3}

En las víctimas de mayor edad aparece mayor sintomatología TEPT cuando perciben el maltrato como una amenaza para la vida. Sin embargo, la mayoría tiende a minimizar la gravedad y por tanto presentan una mayor autoestima en comparación con víctimas más jóvenes.³

Las víctimas que perciben realmente el riesgo para la salud o la vida de maltrato, en un mayor número de casos responsabilizan al maltratador y a la larga, tienen mayor percepción de control y seguridad en sí mismas.³

Perfil de la víctima

Se ha dedicado mucho esfuerzo a la búsqueda de un perfil característico de la mujer maltratada. Como resultado, se han hallado multitud de estudios que niegan categóricamente la posibilidad de que exista dicho "perfil" ya que, el maltrato aparece con independencia a las características de la persona.

Es cierto que se pueden señalar algunas características relativamente comunes entre todas las víctimas que son: clase media o estudios primarios completos. Pero no sería riguroso considerar estos datos ya que no serían representativos del colectivo de mujeres maltratadas sino solo del grupo de mujeres que denuncian y hacen manifiesta la situación. Además, estos resultados son muy similares a los de la población en

general ya que la mayoría de mujeres se considera clase media y existe un mayor porcentaje de mujeres que solo han superado los estudios primarios que de mujeres con estudios superiores.⁷

Por otro lado, la menor representación de la clase media-alta entre las víctimas podría deberse a que las muestras de mujeres estudiadas fueran seleccionadas a través de servicios comunitarios gratuitos.^{2,5}

El perfil de las mujeres que demanda ayuda a profesionales es de mujer joven, de bajo nivel académico, con recursos limitados pero que no convive ni depende económicamente del agresor.² Por el contrario, las mujeres con más alto nivel de estudios presentaban menor indefensión y permanencia con el agresor.⁵

La realidad laboral de las mujeres que denuncian malos tratos es inferior a la del resto de mujeres españolas ya que hay una cifra de desempleo ligeramente más alta. Aunque esta cifra no sea alarmante, la tasa de mujeres con trabajo cualificado es muy baja.² Este último dato podría deberse al intento de la pareja de distanciar a la mujer de la sociedad.

A pesar de la inadecuación de buscar un perfil característico; cada vez se publican más estudios que coinciden en la importancia de las variables cognitivas. Aunque ya esté evidenciado que las cogniciones son una variable muy importante en el mantenimiento del TEPT, no hay aún un acuerdo sobre qué cogniciones específicas son las involucradas. Se cree que experimentar la violencia puede dañar los esquemas relacionados con la autovalía y la autoeficacia.¹⁴

En estas mujeres, con relativa frecuencia, aparecen expresiones como “fue mi culpa” o “no valgo para nada” que toman la función de estímulo condicionado al asociarse a imágenes y recuerdos del trauma. De este modo, influyen muy negativamente en el bienestar ya que se convierten en un obstáculo a la hora de que se produzca el proceso natural de extinción emocional. Este autodiálogo negativo tan característico, se considera el producto de esquemas cognitivos más profundos, incondicionales y duraderos que tras la vivencia de esta situación traumática también están afectados.¹⁴

Las mujeres con TEPT puntuaron alto en los esquemas mentales de vulnerabilidad, abandono, imperfección/culpa, dependencia, apego y aislamiento social. Los esquemas de dependencia y apego denotan un vínculo intenso con otra persona, frecuentemente, con el maltratador.¹⁴

CAPÍTULO 3: Trastorno de estrés postraumático

¿Qué es el trastorno de estrés postraumático?

El diagnóstico de trastorno por estrés postraumático (TEPT) se define como la aparición de ciertos síntomas (descritos a continuación) tras la vivencia o explicación de una experiencia traumática caracterizada por muertes o amenaza para su integridad física o de otras personas ante la que la persona responde con miedo extremo, horror, desamparo o comportamientos desorganizados.^{13,15}

Hay 3 aspectos básicos característicos del TEPT que son: ^{7,16,17,18,19}

1. Reexperimentación de los acontecimientos traumáticos de manera persistente. Los síntomas de reexperimentación comprenden:

- ◆ Recuerdos intrusivos que provocan malestar (imágenes, pensamientos, percepciones)
 - ◆ Sueños recurrentes sobre el acontecimiento que provocan malestar y con respuesta de sobresalto
 - ◆ Sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo
 - ◆ Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
 - ◆ Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
2. Conductas de **evitación** de los estímulos asociados con el trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo. Entre los síntomas de evitación destacan:
- ◆ Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
 - ◆ Esfuerzo para evitar actividades, lugares o personas que recuerdan el trauma
 - ◆ Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
 - ◆ Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
 - ◆ Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
 - ◆ Restricción de la vida afectiva
 - ◆ Sensación de futuro desolador
3. Síntomas de **hiperactivación** como por ejemplo:
- ◆ Dificultades para conciliar o mantener el sueño
 - ◆ Irritabilidad o ataques de ira
 - ◆ Dificultades para concentrarse
 - ◆ Hipervigilancia
 - ◆ Respuestas exageradas de sobresalto

Para que pueda aplicarse este diagnóstico se requiere la presencia de al menos **un síntoma de reexperimentación, tres de evitación y dos de hiperactivación**. Además de que estos síntomas deben prolongarse más de un mes y provocar un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida cotidiana.^{14,20}

Los síntomas más frecuentes (registrados por más del 50% de las víctimas) se encuentran:⁷

- ✦ Recuerdos intrusivos y sensación de que el acontecimiento está ocurriendo de nuevo.
- ✦ Problemas para conciliar o mantener el sueño y respuesta de sobresalto

Los síntomas menos frecuentes (registrados en menos del 10% de las víctimas son):⁷

- ✦ Amnesia eventual, sentimientos de distanciamiento de los otros, sensación de futuro desolador

Subsíndrome de estrés postraumático

El subsíndrome de estrés postraumático (SEPT) se caracteriza por la presencia de un síntoma de reexperimentación junto a 3 síntomas de evitación o 2 síntomas de hiperactivación pero nunca presentar síntomas de evitación e hiperactivación conjuntamente.⁷ Es decir, se cumplen solo criterios de dos escalas, reexperimentación y otra que puede ser evitación o hiperactivación.²

En el seguimiento realizado a pacientes con SEPT se ha visto que puede convertirse en TEPT en el breve periodo de un mes.⁷

Diagnóstico del TEPT

Abraham Kardiner (1941) fue el primero en definir detalladamente los efectos de los eventos traumáticos en los militares acuñando el término de “neurosis traumática”. Explicó; que las personas que padecían este trastorno, tenían una sensación de seguir viviendo en el ambiente emocional del acontecimiento desencadenante del trastorno, siendo ésta la razón del reflejo de sobresalto.²¹

Estas afirmaciones se han comprobado con estudios más recientes los cuales muestran que; las personas con TEPT, por los cambios fisiológicos y hormonales que presencian, sufren una pérdida de discriminación de estímulos, reaccionando, ante un mínimo estímulo, como si fuese una situación de emergencia.

Los efectos del abandono, los malos tratos y el abuso llevaron a la necesidad de un diagnóstico que los interconectase con el desarrollo de síntomas psicopatológicos.¹¹

El TEPT fue descrito por primera vez dentro de las clasificaciones oficiales, en gran medida gracias a la presión ejercida por los veteranos de Vietnam. Con anterioridad a esta década se aceptaban las categorías de: “gran reacción al estrés” en el DSM-I (1952) y “trastorno situacional transitorio” en el DSM-II (1968).⁶ La OMS no lo incluyó hasta su 9ª versión (1977) de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE) en la categoría de “reacción aguda ante gran tensión”, lo cual marca un hito ya que de este modo se establece una clara conexión entre la experiencia traumática y el trastorno mental.^{6,11}

La última clasificación de la OMS, el CIE-10 (1992) propone una categoría de los trastornos por estrés y trauma en los cuales se incluye el TEPT agudo y crónico, los trastornos de adaptación y los cambios duraderos de personalidad posteriores a una situación catastrófica.⁶ No se ha considerado el diagnóstico de TEPT para las víctimas de malos tratos hasta la última edición del DSM-IV ya que se consideraba que el evento traumático como una situación catastrófica pero fuera de la acción humana.⁷

Aunque originalmente este diagnóstico no fue pensado para ello, actualmente se emplea para víctimas de abuso infantil considerando por tanto el maltrato como un tipo de trauma que conduce a los síntomas de este trastorno.¹⁵

El Manual Diagnóstico y Estadístico para las Enfermedades Mentales **-DSM IV-** (APA, 1994) incluye el TEPT en los trastornos de ansiedad. Es el único entre todos los trastornos psiquiátricos en que la exposición a un evento traumático es un criterio diagnóstico.¹³

Factores que influyen en el desarrollo del TEPT

Los factores que influyen en el desarrollo del TEPT pueden clasificarse en:^{5,15}

- **Variables independientes o factores de riesgo:**

- **Edad** y edad de inicio de los malos tratos.

Los datos demuestran que los niños son más vulnerables en comparación con los adultos tanto a los síntomas de TEPT como a los síntomas depresivos, de ansiedad generalizada, etc.¹⁵

Un estudio realizado en la universidad de País Vasco con una muestra de 148 mujeres nos muestra que la tasa de prevalencia del TEPT es más alta en las víctimas jóvenes (punto de corte 30 años) que en las más mayores siendo la convivencia con el agresor independiente de la frecuencia de aparición del TEPT. A pesar de las

distinta prevalencia por grupos de edad, la gravedad del síndrome es igual en ambas muestras.³

La gravedad del TEPT en las víctimas más jóvenes está relacionada con la presencia de relaciones sexuales forzadas mientras que en las mujeres más mayores está relacionado con la percepción de amenaza para sus vidas.³

- Género

La incidencia del TEPT es del doble en mujeres con respecto a hombres. Esta diferencia puede deberse en parte, pero no completamente, a que el riesgo de sufrir agresiones sexuales, abuso emocional o cualquier otro tipo de violencia es mayor en la población femenina.^{3, 8} Por otra parte, también influye en la probabilidad de desarrollar TEPT la diferente forma de hacer frente a la misma experiencia traumática que tienen hombres y mujeres.²²

- Nivel socioeconómico

El mayor estatus socioeconómico, mejor nivel educativo o ingresos más altos han demostrado reducir el riesgo de desarrollar TEPT.¹³

- Raza o etnia

No se conoce con exactitud la varianza en el riesgo de desarrollar TEPT tras una vivencia traumática en las distintas razas ya que para ello hay que calcular de manera separada el riesgo de exposición a un evento traumático y el riesgo de desarrollar TEPT tras dicha vivencia siendo muy distintos los factores que influyen en cada riesgo.

Un estudio de prevalencia de TEPT realizado en los distintos grupos étnicos de EE.UU. desveló que tras la exposición a una vivencia traumática similar, la probabilidad de desarrollar TEPT era mucho más alta en gente de color (8.7%) que entre hispanos y blancos (7 y 7.4%) y más baja aun en asiáticos (4%). Aunque estos datos estén avalados por el Departamento de Justicia Nacional de Criminalidad de EE.UU, solo deben considerarse como una orientación pues las diferencias culturales entre los distintos grupos étnicos influyen en la voluntad de divulgar los actos violentos, abuso, maltrato etc. lo cual ocasiona un sesgo importante.¹³

- Tipo de maltrato

Los distintos tipos de maltrato suelen presentarse generalmente de forma combinada⁴ pero la presencia de agresiones sexuales se relaciona con un mayor nivel de gravedad de los síntomas del TEPT o de inadaptación a la vida cotidiana (también dependiendo de la edad).^{1,3}

La probabilidad de desarrollar TEPT es más del doble en víctimas de agresiones sexuales que en víctimas de cualquier otro delito y los síntomas más graves en aquellos en las que el suceso traumático tuvo carácter humillante o vejatorio.¹

- **Variables dependientes:**

- Conducta cognitivo emocional y autoestima

Existe controversia sobre qué factores son más influyentes en el desarrollo de síntomas de TEPT. Hay expertos que le dan más importancia a los factores cognitivos, pero, debido a la imposibilidad de actuar sobre ellos los estudios son más limitados.²³ No obstante, sería muy beneficioso para los clínicos conocer estas características para diseñar intervenciones más eficaces.

- Estilo de afrontamiento

- Medidas biológicas

Escala de gravedad de síntomas del TEPT

La escala de gravedad de síntomas del TEPT es una evaluación heteroaplicada que sirve para cuantificar la gravedad, frecuencia e intensidad de los síntomas de este trastorno

según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR ³ así como para el diagnóstico categorial de este cuadro clínico.⁵

Está estructurada en un formato tipo Likert de 0 a 3 en función de la frecuencia e intensidad de los síntomas.³

Consta de 17 ítems que corresponden a sus criterios diagnósticos; clasificados como: ²³

- 5 ítems hacen referencia a los síntomas de reexperimentación. Ej: ¿tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso?
- 7 ítems hacen referencia a los síntomas de evitación. Ej: ¿se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?
- 5 ítems hacen referencia a los síntomas de activación. Ej. ¿tiene dificultades de concentración?

El rango oscila entre 0 y 51 puntos para la escala global y de: 0 a 15 para la subescala de reexperimentación, de 0 a 21 para la subescala de evitación y de 0 a 15 en la subescala de hiperactivación.³

Se establece un punto de corte global en 15 puntos y unos puntos de corte parciales de 5, 6 y 4 para cada subescala respectivamente.^{1,2}

Esta evaluación cuenta con una escala complementaria, formada por 13 ítems con la misma estructura y un rango de 0 a 39 puntos que sirve para evaluar las manifestaciones somáticas.^{1, 14, 24} Esta subescala adicional ayuda a diferenciar entre distintos tipos de víctimas y a orientar al terapeuta en la elección de estrategias terapéuticas.^{14, 20, 24}

Es una escala con una eficacia diagnóstica muy alta, que, además, ha demostrado tener propiedades psicométricas muy satisfactorias.³

El análisis de los resultados de las mujeres víctimas de malos tratos en esta escala apoya que la sintomatología del TEPT es la más característica de estas víctimas ya que los valores de las medias superan los puntos de corte para la escala global como para las tres subescalas.²

Consecuencias del TEPT en las estructuras cerebrales ¹⁵

En el mecanismo del estrés biológico aparecen altos niveles de cortisol. Estos niveles son similares a los que aparecen en personas con TEPT, pero, en este caso, al ser mantenidos en el tiempo pueden dañar estructuras cerebrales lo que podría conducir a déficits cognitivos. El hipocampo es la estructura cerebral más estudiada en el TEPT por su alta concentración de receptores de glucocorticoides.

La mayoría de los adultos estudiados, personas que han experimentado vivencias traumáticas en distintas etapas de su vida y debutaron con TEPT, presentaban menores volúmenes de hipocampo. A pesar de esto, no se puede afirmar que este hecho sea la consecuencia de los síntomas de TEPT mantenidos por dos razones. La primera de ellas es que en los niños no se encuentra relacionado el abuso infantil con los menores volúmenes de hipocampo. La segunda razón es que el maltrato infantil es un factor de riesgo importante para el desarrollo de adicciones tanto en la adolescencia como en edad adulta entre las que se incluyen alcohol y otras sustancias cuyas toxicidades pueden influir en el volumen y función del hipocampo.

Existen estudios contradictorios en cuanto a los déficits de memoria, concretamente de la memoria visual, en niños que sufrieron malos tratos. Unos estudios muestran que estas vivencias no afectan a la memoria mientras que otros si encuentran ciertas alteraciones. Esto nos lleva a pensar que los menores volúmenes del hipocampo y las inferiores habilidades neurocognitivas están asociadas a un mayor número y duración de los síntomas del TEPT en vez de a un mayor número de vivencias traumáticas. Se puede considerar la memoria visual un predictor de TEPT. Por todo lo anterior, deducimos que los tratamientos que mejoran la memoria y concretamente la memoria visual pueden disminuir los síntomas de TEPT.

CAPÍTULO 4: Consecuencias del maltrato infantil

Niños en la violencia de pareja

Aunque la violencia no recaiga directamente sobre los menores; si éstos presencian múltiples escenas de violencia en su hogar, suelen desarrollar unas secuelas psicológicas características entre las que destacamos: disminución de la autoestima, temor, inseguridad, tendencia a la introversión, ansiedad, labilidad psíquica, problemas de atención y de lenguaje, agresividad generalizada, sentimientos de culpa y problemas depresivos.⁵

El maltrato infantil y las dificultades para su hallazgo

No es hasta los años 1960 cuando se reconoce la trascendencia del maltrato infantil.¹² El maltrato en la infancia se define como *“el conjunto de acciones provocadas en el menor de forma intencional y reiterada por familiares o cualquier otra persona de su entorno social cercano que propician graves secuelas en el desarrollo de su personalidad”*.¹²

A diferencia de esto, el abuso sexual infantil (ASI) se define como *“contactos e interacciones sexuales entre un menor de edad y un adulto o entre menores de edad si existe una diferencia de 5 años entre ellos o si el niño/adolescente agresor se encuentra en una posición de poder o control sobre la víctima, aunque no haya diferencia de edad”*.²³

Entre los obstáculos que explican el difícil acceso a esta realidad y que dificultan el estudio de la incidencia pueden distinguirse:¹²

- ✦ Por parte de los profesionales sanitarios:
- ✦ El abuso pocas veces ocasiona lesiones físicas, lo cual dificulta a los profesionales su identificación
- ✦ Por parte del abusador o los padres:
- ✦ El abusador disuade al menor para que no revele la situación. Esto finalmente lleva a que el niño lo acepte como algo normal
- ✦ El mayor nivel cultural de los progenitores supone un mayor conocimiento de la situación, del modo de actuar y del acceso a los distintos recursos
- ✦ Por parte del menor:
- ✦ Hay una gran cantidad de sentimientos asociados a la situación entre los que destacamos la vergüenza, ridículo, temor a represalias o a no ser creído y la culpa
- ✦ Cuanto mayor es la víctima de abuso sexual más tiempo tarde en denunciar.
- ✦ El número de secuelas es proporcional a la edad. Cuanto mayor es el niño el abuso suele ser más severo tanto físico como psíquico. Cuando se dan casos de abuso crónico se da mayor variedad de secuelas.

- ✦ Por parte de terceras personas:
- ✦ Temor de los padres a involucrar al niño en procesos legales
- ✦ Frecuentemente se tienen sentimientos de que la denuncia no surgirá efecto
- ✦ Terceras personas pueden tener miedo a perjudicar aún más las relaciones familiares ya deterioradas al inmiscuirse
- ✦ Mayor alarma social cuando el mismo cometido es hacia niños de menor edad

Esta dificultad a la hora de reconocer el maltrato infantil unida a la importancia de sus repercusiones en la salud y bienestar de la víctima, es la que nos lleva a la necesidad imperiosa de conocer y valorar los factores de riesgo y los indicadores, cobrando especial interés en el ámbito sanitario.

Factores de riesgo del maltrato¹²

- ❖ Características de la víctima:
 - ✦ Edad: hay un incremento del riesgo en la preadolescencia.
 - ✦ Sexo: las mujeres sufren ASI una media de tres veces más que los hombres.
 - ✦ Intelectualidad: existe mayor vulnerabilidad en niños con algún tipo de retraso mental.
- ❖ Características del abusador:
 - ✦ Personalidad: extremadamente protector o celoso del niño.
 - ✦ Frecuentemente ausente en el hogar.
 - ✦ Conductas adictivas: abuso de alcohol u otras drogas.
 - ✦ Infancia: víctima de abuso sexual en la infancia.
- ❖ Características de la familia:
 - ✦ Estructura familiar: existe mayor riesgo en familias monoparentales, reconstituidas, caóticas, incestuales o desestructuradas así como en familias con patrones de convivencia disfuncionales o en los casos en que las hijas mayores asumen las responsabilidades familiares.
 - ✦ La relación entre los progenitores también influye siendo la más frecuente la separación o divorcio y la figura del padre como agresor.
 - ✦ La madre frecuentemente enferma o ausente, emocionalmente poco accesible y/o con historial de abuso sexual en la infancia.
 - ✦ Estructura de la vivienda: en hogares con problemas de hacinamiento

Indicadores de maltrato

INDICADORES	FÍSICOS	• Traumas físicos o irritación en la zona ano-genital • Infecciones genitales o urinarias y ETS • Dificultades al caminar o sentarse • Embarazo • Enuresis o encopresis
	COMPORTA MENTAL Y EMOCIONAL	• Pérdida de apetito • Resistencia a desnudarse o bañarse • Rechazo hacia el padre y/o madre de forma repentina • Agresividad o fugas del hogar, cambios bruscos de carácter • Retraimiento o aislamiento de las relaciones sociales con iguales, conductas regresivas, depresión crónica • Miedo, fobias, histeria, falta de control emocional, secretismo • Intentos de suicidio o conductas autolesivas • Problemas escolares o rechazo a la escuela

	SEXUAL	• Rechazo de los besos y caricias • Comprensión detallada y prematura de la conducta sexual • Juegos que emulan gráficamente el intercambio sexual • Sexualización de las relaciones afectivas • Interés exagerado por los comportamientos sexuales adultos • Agresión sexual de un menor hacia otros menores
--	--------	--

Figura 3. Indicadores de maltrato

Fuente: Adaptado de Aguilar Cárceles MM. Abuso sexual en la infancia. 2009.

Efectos psicológicos del maltrato

Para comprender el impacto psicológico que el maltrato supone en una víctima se hacen dos tipos de evaluaciones. Una evaluación primaria del acontecimiento, en la que se determina su valor de amenaza (se incluyen características de los acontecimientos vitales tales como duración, frecuencia, cantidad, intensidad, predictibilidad, origen humano o natural). Una evaluación secundaria en la que se valora la controlabilidad y los recursos disponibles de la víctima para afrontar la situación. En el caso de los menores los recursos para afrontar la situación son muy limitados pues se encuentran en una fase evolutiva de desarrollo de estos procesos cognitivos.⁶

Reacciones como tristeza, ansiedad, enfado o comportamientos alterados son respuestas normales en los menores que son expuestos a acontecimientos estresantes graves. Estas reacciones deben manifestarse durante un breve periodo de tiempo y, en caso de no superarse y alcanzar una estabilidad, se considera un agravamiento de los síntomas que pasa a considerarse patológico.⁶

Cuando estas dificultades son más intensas y duraderas, provocan serios problemas en el funcionamiento personal y en la adaptación psicosocial pudiendo conducir hacia el diagnóstico de un trastorno psicopatológico específico como el trastorno adaptativo, el trastorno por estrés postraumático o la reacción al estrés aguda. La superación o agravamiento de estas emociones iniciales depende, en gran medida, de la actitud de los padres o cuidadores para hacer que los hijos se sientan seguros y protegidos.⁶

Con frecuencia las víctimas de abuso, abandono y malos tratos en la infancia desarrollan una amplia gama de psicopatologías dependientes de la edad que se presentarán en comorbilidad a otros trastornos mentales.¹¹

Transmisión intergeneracional de la violencia

Ninguna de las teorías de la transmisión de la violencia existentes hasta el momento ha encontrado un apoyo empírico pues se considera que los antecedentes inmediatos de la vida adulta juegan un papel más importante que los antecedentes de maltrato en la infancia aunque aún su relevancia esté por conocer.¹

Se considera que los factores de riesgo son: el modelado directo, desarrollo de una variedad de defensas patológicas tales como la hipervigilancia, la disociación, la proyección o la negación.⁵

Es probable que presenciar escenas violentas en el hogar de forma habitual y reiterada influye directamente sobre una futura victimización de dos formas distintas; por ser testigo de la violencia es posible que también sea víctima en el futuro y, por el hecho de haber crecido en un ambiente en el que estos patrones se consideran normales, es más probable que aprenda a reproducir este comportamiento en el futuro.^{1, 5, 6, 12}

Según esta teoría de transmisión intergeneracional de la violencia, los niños que sufrieron abuso sexual tienen una mayor probabilidad de reproducir patrones de abuso sexual dentro de su propia familia.

El planteamiento de un círculo de violencia aprendida de forma vicaria ha ejercido un efecto de “normalización”, es decir, muchas mujeres no serán verdaderamente conscientes del maltrato que viven y, muchos hombres, no se darán cuenta del daño que ocasionan.

Estas teorías no son, ni mucho menos, compartidas por todos los profesionales. Sin embargo, hay un acuerdo en considerar un porcentaje de entre 25-35% de los casos en los que si se produce dicha transmisión del abuso de padres a hijos siendo los resultados aún más alarmantes si dicho abuso se produce durante la adolescencia y/o en familias donde se promueve la violencia de género.¹²

En las niñas está menos clara la evolución a largo plazo del maltrato infantil.⁶

De acuerdo con el desconocimiento existente sobre las vías de transmisión de la violencia, puede considerarse como solución más adecuada la prevención, para así evitar las posibles consecuencias del maltrato en el menor. Para poder llevar a cabo esta medida exitosamente es necesario localizar los factores de riesgo (explicados anteriormente) antes de que se conviertan en desencadenantes del trastorno.

La prevención secundaria irá dirigida a la atención a los grupos de alto riesgo mientras que la prevención terciaria irá encaminada a atender a todas aquellas personas en las que el trastorno está presente con el fin de mitigar los efectos, reducir la incapacidad y evitar la progresión de las consecuencias.

“Mientras que la sumisión y la humildad sean consideradas características típicamente femeninas valoradas y definidas la mujer será más vulnerable ante la violencia masculina y la violencia contra la mujer seguirá siendo una forma de afirmación del poder y control del varón”.⁵

Distintos tipos de maltrato producen distintos efectos psicológicos

La investigación sobre el maltrato infantil (abuso sexual, físico, emocional o abandono) ha demostrado claramente la conexión existente entre estas vivencias y el desarrollo, a largo plazo, de consecuencias psicopatológicas entre las que destacan el TEPT y la depresión.^{22,25} La literatura apoya cada vez más firmemente que el abuso a edades tempranas juega un papel importante en la capacidad de respuesta al estrés.²²

Aunque hay disparidad sobre la frecuencia de aparición de cada tipo de maltrato, los informes sobre el abuso infantil estiman que el maltrato más habitual es el abuso emocional (66%), seguido de violencia familiar (39%) y abuso sexual (36%) y negligencia (35%). Además, raramente es un fenómeno unidimensional sino que la mayoría de las veces las víctimas sufren varios tipos de maltrato de forma simultánea siendo la combinación más frecuente abuso físico-negligencia.^{25, 26}

De entre todas las vivencias traumatizantes en la infancia, el abuso emocional y la negligencia han demostrado tener un impacto psicopatológico más fuerte a largo plazo (edad adulta) que el abuso sexual o físico. El abandono en la niñez también ha mostrado tener una repercusión importante en la psicopatología adulta y sin embargo, apenas ha sido estudiado.²²

El abuso sexual es una de las formas de maltrato mejor conocida; ocasiona efectos psicológicos relativamente graves y de larga duración entre los que destacamos: pérdida de confianza en uno mismo y hacia otras personas, sentimientos de indefensión, sexualización traumática al incorporar la sexualidad de forma muy precoz, dificultades en las posteriores relaciones íntimas y disfunciones sexuales, vergüenza, culpa, trastornos de personalidad e identidad sexual, aislamiento social, mayor tendencia al suicidio, comportamientos antisociales e impulsivos, etc. Todo ello acompañado de un mayor riesgo de desarrollar TEPT durante la edad adulta.^{6, 10, 23} (Se estima que el 21% de las víctimas de abuso en la infancia desarrolla TEPT).²⁶

La combinación de distintas formas de maltrato es predictivo de un aumento de estrés pero, este estrés, no es predictivo de TEPT de forma directa sino que actuaría a través de una vía indirecta como por ejemplo deteriorando la red de apoyo.²⁵

Consecuencias del maltrato cronicado

En los casos en que los malos tratos se sufren durante largos periodos de tiempo (maltrato cronicado) y más incluso si la situación comenzó a edades muy tempranas, no se cumplen estrictamente los criterios diagnósticos. Es muy probable que las víctimas desarrollen un cuadro psicopatológico complejo con difícil abordaje.^{10, 11}

Estos niños tienen a mostrar diversos trastornos en la reglamentación dependiendo de la etapa de desarrollo como son:

- ❖ Durante la infancia predominan los trastornos de apego, con o sin desinhibición.¹¹
- ❖ En la edad pre-escolar predomina el trastorno de conducta hipercínico, ansiedad, pesadillas, problemas internalizantes y externalizantes de conducta, desordenes del TEPT.^{11,12} También se ha comprobado retraso psicológico en los menores de 5 años.⁶
- ❖ En la edad escolar los problemas de conducta se hacen más patentes especialmente la depresión y la agresión. Aparece un mayor descenso en la autovaloración personal y comienzan a surgir sentimientos de culpabilidad. El maltrato tienen un efecto en el funcionamiento y desarrollo cognitivo lo cual conduce a un rendimiento escolar más bajo. Destacan las conductas sexuales inapropiadas como masturbación, exhibicionismo y preocupaciones excesivas por las relaciones adultas.¹²
- ❖ Durante la adolescencia aparecerán los trastornos emocionales entre los que destacan la depresión, retraimiento social, baja autoestima, conductas antisociales, abuso de drogas y fugas. Las ideas repetitivas de suicidio y conductas autolesivas aparecen 5 veces más en estos adolescentes que en los que se criaron en ambientes normofuncionales. Respecto a su sexualidad aparece con mayor frecuencia embarazo precoz y problemas de identidad sexual.^{6, 11,12}

Como efectos del maltrato infantil a largo plazo podemos destacar una menor adaptación general, mayor aislamiento social, tendencia a problemas de pareja y comportamientos sexuales inadecuados. También aparecen con mayor frecuencia los trastornos somáticos y quejas, abuso de alcohol y otras drogas o distintos comportamientos antisociales pudiendo llegar a conductas autodestructivas, autolesivas o tentativas de suicidio.^{11, 12}

Independientemente de la edad, las personas que sufren malos tratos de manera cronicada sufren diversos trastornos como son:¹¹

- ❖ Percepción del propio cuerpo deteriorada.
- ❖ Disminución de la percepción del dolor en situaciones de tensión
- ❖ Peor percepción auditiva
- ❖ Menor capacidad para experimentar el placer
- ❖ Subdesarrollo de la capacidad de concentrarse en percepciones sensoriales positivas como el sabor y la música.

TEPT en la infancia

El TETP en la infancia, al contrario que en la edad adulta, no es el trastorno más frecuente. La etiología, patogénesis y curso del TEPT en este colectivo no está clara pues se ha estudiado en niños mayores de 10 años pero utilizando medidas de autoinforme originalmente elaboradas para adultos que se consideran inadecuadas.^{6, 10}

Es muy difícil catalogar y valorar los principales síntomas del TEPT en niños ya que pueden manifestarlos en forma de comportamientos desestructurados o agitados inespecíficos. No obstante, los síntomas que se consideran más característicos son:^{6, 10}

- La re-experimentación del acontecimiento. Ésta puede ser manifestada por medio de sueños terroríficos, pesadillas, conductas repetitivas, juegos simbólicos, etc.
- La evitación de recuerdos y situaciones relacionadas con el acontecimiento traumático. Puede detectarse por falta de interés de alguna actividad.
- El embotamiento afectivo y un incremento en la activación puede ser manifestada por una mayor inquietud unida a problemas del sueño

Al estudiar la tasa de TEPT en menores que habían vivido un secuestro se encontró que el 100% de ellos presentaba síntomas de este trastorno por lo que se pudo afirmar que si la situación estresante es lo suficientemente intensa y duradera y experimentada de forma directa aparece siempre este trastorno aunque sus características y evolución no sea igual en todos los menores.⁶

Actualmente muchos investigadores trabajan sobre la relación que existe entre la vivencia de experiencias traumáticas en la infancia y el posterior desarrollo de trastornos clínicos de personalidad. Se ha establecido un debate sobre la relación entre TEPT crónico en la infancia y el desarrollo a partir de la adolescencia de trastorno límite de la personalidad puesto que se produce una alteración en desarrollo de la personalidad muy importante. Aparecen un conjunto de conductas, todas ellas características del trastorno límite de personalidad como: tendencias suicidas, conductas de riesgo, revictimización, labilidad emocional, impulsividad y inestabilidad afectiva generado como respuesta al estrés grave.⁶

Alteración del reconocimiento de las emociones

La infancia es un momento crítico en el que se desarrolla la regulación de las emociones y las habilidades sociales. Desde edades muy tempranas comienzan a desarrollar la capacidad de reconocer las expresiones emocionales de los demás. Esta capacidad es muy importante para llevar a cabo una interacción social adecuada; pues les permite percibir las señales de comunicación no verbales imprescindibles para ejecutar una comunicación interpersonal efectiva.^{22,27}

Experimentar una de estas vivencias tiene importantes connotaciones negativas para la salud física y psicológica a cualquier edad; pero durante la infancia tiene un impacto psicológico más significativo ya que, afecta a un ser humano en una fase de desarrollo en la que necesita unas condiciones externas de estabilidad y protección. Los menores

que sufren maltrato desarrollan con mayor facilidad incapacidades para controlar las emociones, el estrés y problemas de adaptación y personalidad pues éste afecta a un número importante de variables psicológicas y a la maduración del sistema neuroendocrino.^{6, 22,27}

El maltrato infantil ha sido asociado con el procesamiento anormal de las emociones y el desarrollo de TEPT. Sin embargo, no ha podido ser evidenciado científicamente que las altas tasas de TEPT guarden relación con el reconocimiento disfuncional de emociones.²⁷

Por medio de un estudio realizado se descubrió que los niños maltratados, tanto con diagnóstico de TEPT como sin él, tenían un aumento de la sensibilidad a las expresiones faciales, en concreto a las temerosas (evidenciado por menores tiempos de reacción para identificar este tipo de rostros). Por tanto, se puede afirmar que los malos tratos están vinculados al reconocimiento de expresiones faciales negativas a través de una vía independiente del diagnóstico de TEPT.²⁷

Estos hallazgos sugieren que los niños que se crían en ambientes con una mayor exposición a emociones faciales negativas, entran en un estado de continua alerta que les lleva a necesitar menos información para reconocer las emociones negativas. Se puede considerar un factor protector adaptativo.²⁷

Autolesión¹¹

La literatura sobre la relación entre una historia de acontecimientos traumáticos y conductas suicidas y autolesivas es particularmente consistente y clara.

Varios expertos han encontrado que los síntomas del TEPT median la relación entre el abuso sexual y la autolesión, funcionando la autolesión como soporte de la regulación emocional. Más del 80% de los pacientes con una importante historia de auto-lesión informaban de las vivencias traumáticas sufridas durante su infancia.

Una revisión reciente sugiere que esta asociación varía según el tipo de maltrato. Curiosamente, la auto-lesión repetitiva en la edad adulta ha sido relacionada más frecuentemente con una historia de abuso sexual mientras que autolesión intermitente parece ser más frecuentemente en casos de violencia física.

Dada esta alta prevalencia de autolesiones en personas que sufrieron malos tratos en la infancia, sería recomendable la evaluación periódica del riesgo por parte de los sanitarios.

TEPT como predictor de actos delictivos en la adolescencia y edad adulta²⁶

La evidencia desvela que el desarrollo de conductas violentas tras la vivencia de una situación de malos tratos en la infancia está mediado por el desarrollo de estrés postraumático funcionando el TEPT como un predictor independiente. Además, aunque haya controversia con respecto a este tema, publicaciones recientes desvelan que los trastornos psiquiátricos en general están asociados a condenas penales.

Todas las tipologías de abuso se relacionan con el comportamiento criminal en la edad adulta. Algunos investigadores han sido capaces de asociar distintas consecuencias en la edad adulta para cada forma de maltrato. Se ha descubierto que el abuso físico y más concretamente el abuso sexual, dobla las probabilidades de participación en actividades delictivas y arrestos tanto en adolescentes como en adultos mientras que

las experiencias traumáticas repetidas, por los efectos acumulativos del trauma, se asocia más fuertemente con los actos delictivos y puede exacerbar la patología de la edad adulta.

De igual forma, se conocen otras variables que influyen como son el género u otros factores externos. Los hombres presentan tasas aumentadas de criminalidad mientras que el sexo femenino es un factor protector en el desarrollo de actos delictivos ya que tienen menor probabilidad de participar en procesos penales debido a las normas de género, control social, falta de fuerza física y preocupaciones morales.

Trastorno por estrés postraumático extremo no especificado/trauma complejo

Una vez introducida la categoría TEPT descrita por la APA y tras una definición aceptada del concepto “evento traumático”, comenzó a considerarse este diagnóstico en personas con trauma por violación, personas con síndrome de violencia doméstica, abuso infantil, incesto, etc.

Sin embargo, muchos autores consideran que esta categoría diagnóstica no es totalmente adecuada para describir las principales reacciones experimentadas por víctimas de maltrato con mayor amenaza. Cuando la situación de malos tratos desborda las posibilidades del menor de asimilarlo tanto cognitiva como emocionalmente aparecen unas consecuencias generalizadas que hasta ahora, habían sido consideradas condiciones de comorbilidad. Al ser estos síntomas los más difíciles de tratar con la terapia y relativamente comunes, se propone un nuevo diagnóstico, el trastorno de estrés postraumático complejo.⁶

El diagnóstico del TEPTC, a pesar de no estar incluido en el DSM-IV, encuentra apoyo en diversas investigaciones. La experiencia en intervenciones psicológicas en menores que han sufrido vivencias traumáticas, apoya esta nueva propuesta ya que estas alteraciones postraumáticas afectan a todo el desarrollo psicológico y por lo tanto se tratan mejor desde una perspectiva integradora como es el TEPTC. Sin embargo, existen pocas escalas que valoren el trauma grave y continuo en la infancia y adolescencia.⁶

Trastorno traumático del desarrollo^{11,28}

Trastorno traumático del desarrollo con sus siglas en inglés DTD (Developmental trauma disorder) es una nueva propuesta de diagnóstico de todos aquellos expertos que consideran que el diagnóstico de TEPT no cubre todas aquellas consecuencias de los casos de traumatización grave y compleja en la infancia.

Actualmente existe un debate abierto en cuanto a la inclusión o no de este diagnóstico en las categorías diagnósticas formales. Entre los argumentos a favor de la inclusión destacamos que hay expertos que consideran que los síntomas como desregulación y disociación de emociones, problemas de conducta, problemas de regulación de la atención y la autoestima y relaciones sociales no quedan bien recogidos y tratados con el diagnóstico de TEPT. Por el otro lado, los argumentos en contra de su inclusión sostienen que se hace demasiado énfasis en la etiología en vez de en la descripción con lo que se podría llegar a infradiagnosticar así aspectos biológicos.

Los expertos que trabajan exclusivamente con individuos traumatizados tienden a ser los principales partidarios de una definición formal de DTD mientras que los que trabajan, en el entorno clínico y psiquiátrico en general, siguen siendo los más críticos con dicho diagnóstico.

Cabe reseñar que la aparición de un nuevo diagnóstico validado como sería el DTD, serviría para sensibilizar a los profesionales al igual que al público en general, de las graves consecuencias del maltrato infantil, negligencia y trauma a la vez de promover el establecimiento de medidas para proteger la infancia.

CAPÍTULO 5: afrontamiento y terapias del estrés traumático

Estrategias de afrontamiento^{23,29}

El modelo más utilizado para clasificar las estrategias de afrontamiento en estos casos es el de **aproximación-evitación**. Propone que los pensamientos y/o acciones se pueden dirigir hacia una amenaza (aproximación) o a alejarse de ella (evitación). La víctima puede dirigir la responsabilidad del abuso hacia sí o hacia el agresor (evitación) o hacia la familia u otros adultos (aproximación).

Estas atribuciones están indirectamente relacionadas con el TEPT pues la autoinculpación (evitación), con relativa frecuencia, hace que la situación sea más estresante.

Cuanto más grave y más duradera es la relación de abuso, mayores estrategias de evitación aparecen. Las víctimas de abuso sexual se autoinculpan con mayor frecuencia mientras que en la negligencia hay menor relación con estas estrategias de evitación.

Las víctimas que se sienten culpables de la experiencia podrían tener mayores dificultades para aceptarla, aumentando así el riesgo de que utilicen estrategias como la negación o el distanciamiento para disminuir estos sentimientos de culpa persistentes lo que conlleva a un peor ajuste psicológico.

La evidencia desvela que estas estrategias no influyen en el bienestar de las víctimas aunque por su fuerte relación con el TEPT se considera de gran importancia la intervención temprana para apaciguar la sintomatología de este trastorno.

Terapias

Se estima que en la mitad de las personas con diagnóstico de TEPT, la sintomatología no remite espontáneamente sino que cronifica aunque puedan ser sus síntomas más tenues.^{7, 12} Es cierto que además de tratar el TEPT se tendrá que tratar toda la sintomatología asociada pero a sabiendas de que mientras no se reduzcan los síntomas de TEPT no mejorará ninguno de los demás síntomas patológicos asociados. Y, cuando mejora el TEPT, mejorarán todos los síntomas de malestar asociados produciéndose una llamativa mejoría en la escala de inadaptación y en la escala de vida social.⁴

Un estudio realizado por la Universidad de País Vasco revela que las víctimas más jóvenes tienden a rechazar o abandonar el tratamiento en una proporción mucho mayor.³ Por este motivo es recomendable que la intervención psicológica sea breve para facilitar la pronta recuperación y readaptación con una menor tasa de retrocesos a la situación de violencia ya que este retroceso agravaría la situación psicopatológica.

Es necesario que las terapias sean adaptadas a todos los grupos raciales y etnias pues está comprobado que las etnias minoritarias son menos propensas a buscar tratamiento.¹³

El tratamiento de elección para combatir los síntomas del TEPT o trastorno conductual grave es la **terapia cognitivo-conductual** (TCC).^{12, 15, 30}

La TCC deberá ser utilizada de manera protocolizada y estructurada combinando sesiones individuales y grupales con una periodicidad semanal. El número de sesiones se calculará en función de los problemas psicológicos y dificultades encontradas. Es importante resaltar que la TCC debe utilizarse de manera simultánea a un entrenamiento en habilidades de autorregulación que incluya relajación y reestructuración cognitiva entre otras.³⁰

A la hora de hacer el planteamiento terapéutico habrá que prestar especial atención ante la presencia de síntomas subclínicos depresivos, ansiosos y conductas agresivas u hostiles en ausencia de sintomatología del TEPT pues sería indicativo de un trastorno más difícil de tratar. En los casos en que la persona presente un TEPTC, la exposición directa al trauma, como se recomienda en el TEPT, podría ocasionar retraumatizaciones si previamente no se ha fortalecido la estabilidad y la identidad personal.⁶

Los datos revelan que las técnicas de exposición y exposición prolongada tan recomendadas para tratar toda la sintomatología positiva del TEPT como flashbacks, pesadillas y temores, son infrutilizadas por ser consideradas tanto por pacientes como por especialistas técnicas muy aversivas. Una de las características principales del TEPT es la evitación, por lo que al tratarlos con estas técnicas, aparece desorientación o dolor y como consecuencia, entre el 20-25% de los casos rechaza el tratamiento con una doble intención: evitar el sufrimiento y salvar esas figuras de apego que tanto necesitan.³⁰

Para solucionar este rechazo, frente a las técnicas tradicionales de exposición in vivo, se propone la **Realidad Virtual (RV)**. Ésta, en un estudio de 2007, mostró ser una técnica más aceptable, útil y ética.³⁰

La Realidad Virtual consiste en simular la realidad con un alto grado de realismo empleando imágenes, sonidos, objetos 3D, etc. Esta nueva técnica resulta de gran ayuda para los pacientes con menor capacidad imaginativa además de para los terapeutas. Con la RV, los terapeutas pueden tener un control completo y más riguroso a la hora de presentar los estímulos o situaciones traumáticas. De este modo, pueden controlar y potenciar las emociones impidiendo la evitación cognitiva y por tanto incrementando la implicación emocional esencial para que funcione la terapia.³⁰

El objetivo de la RV no es recrear la realidad sino alcanzar un ambiente virtual pertinente y significativo para la persona en terapia que nos permita:

Disminuir	Aumentar y mejorar
✚ Sintomatología TEPT	✚ Reconocimiento y expresión adecuada de emociones
✚ Bloqueo emocional	✚ Control de impulsos
✚ Nerviosismo	✚ Toma conciencia de sensaciones corporales
✚ Tensión corporal	✚ Aceptación de normas
✚ Alteraciones del sueño	✚ Concentración
✚ Llamadas de atención	✚ Aceptación de ayuda
✚ Auto y hetero- agresividad física y verbal hacia objetos y personas	✚ Reconocimiento de situaciones agradables
✚ Aislamiento	✚ Resistencia personal
	✚ Relaciones interpersonales
	✚ Proyecto de vida

Figura 4. Objetivos de la Realidad Virtual

Fuente: Adaptado de López-Soler C, Castro M, Alcántara M, Botella C. Sistema de realidad virtual EMMA-infancia en el tratamiento psicológico de un menor con estrés postraumático. Revista de psicopatología y psicología clínica. 2011;16(3).

Las terapias pueden ser a nivel individual o grupal teniendo cada tipo sus ventajas e inconvenientes.¹²

- La terapia a nivel individual se repasan todas las distorsiones cognitivas empleando la TCC centrada principalmente en 4 aspectos: sexualización traumática, estigmatización, sentimientos de impotencia y sentimientos de traición.
- La terapia grupal en niños mayores y adolescentes suele dar resultados a largo plazo bastante esperanzadores. Las ventajas de la terapia grupal son:
 - Proporcionar un contexto menos amenazante para la intimidad.
 - Permite mantener el contacto con iguales y así aceptar el abuso con mayor naturalidad a la vez de sentirse menos culpables.
 - Retroalimentación.
 - Oportunidades educativas y habilidades sociales.
 - Alcanza a mayor número de víctimas con menor coste.

Son útiles las intervenciones centradas en el desarrollo de la regulación emocional y habilidades psicosociales en las que se incluya la terapia conductual dialéctica, búsqueda de seguridad y entrenamiento en habilidades en el afecto y reglamento.²²

En los menores se producen respuestas muy diversas; unos rehúsan a recordarlo y evitan todos los objetos que estén vinculados con la experiencia vivida, mientras que otros son capaces de recordarlo pero se muestran emocionalmente distanciadas. También aparecen con relativa frecuencia niños que tienen dificultades para expresar correctamente sus emociones y manifestar cómo se sienten.³⁰

Además de la evitación, en los niños aparecen otros comportamientos; no reconocen el daño sufrido, justifican las agresiones, tienen deseos de continuar viviendo con el agresor y sentimientos muy contradictorios. Esta gran disparidad de respuestas ha llevado a los expertos a realizar multitud de investigaciones con la finalidad de descubrir si realmente las terapias para las reacciones postraumáticas son eficaces en estos casos. Pero, debido a las limitaciones metodológicas que presentan estos estudios, no se ha llegado a una conclusión clara en la actualidad, lo cual lleva a muchos autores a discrepar sobre su adecuación.³⁰

Una propuesta interesante para los niños sería la psicoterapia en la que los padres actúen como co-terapeutas teniendo las relaciones de apego un lugar central. Sin embargo, en la práctica, resulta muy difícil de llevarlo a cabo por diferentes motivos entre los que destacan el completo desinterés de los padres o tutores o las interacciones patológicas ya establecidas; por ejemplo en menores separados judicialmente de sus padres esta terapia resultaría inviable.³⁰

El apoyo

El apoyo social es un factor importante de resiliencia para las víctimas de violencia independientemente de su magnitud.²⁰ Ayudar a comprender la experiencia y actuar como un factor protector.²² Se clasifica desde dos perspectivas diferentes:²⁰

a) El modelo del efecto principal

Este modelo postula que el apoyo social contribuye a la salud psicológica independientemente del grado de severidad del abuso sufrido. Diversos estudios han mostrado que el apoyo social se asocia con mayor bienestar general y con su salud mental incluyendo menos síntomas de depresión, intentos de suicidio y estrés postraumático.

b) El modelo del efecto amortiguador del estrés

Este modelo se basa en la premisa de que el apoyo social es un factor amortiguador. El maltrato puede tener un impacto diferencial en el bienestar de las víctimas en función del nivel de apoyo social percibido.

Existen 4 tipos de apoyo: familiar, red social, persona íntima, formal.²⁰

El apoyo social informal puede definirse como: *“la creencia de que otros se preocupan por uno, le estiman y le valoran en una red de obligación común y mutua. Incluye las relaciones con familiares, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, etc.”* Este apoyo juega un rol muy importante en la seguridad de las víctimas, puede mejorar las habilidades para acceder a recursos que ayuden a protegerse del maltrato, favorecer la ruptura de la relación abusiva y la prevención de nuevas victimizaciones.²⁰

El apoyo social formal es el grado de asistencia que una víctima recibe de personas con las que contacta cuando esta relación se basa en la responsabilidad profesional.²⁰

La relación abusiva, los múltiples cambios en el estilo de vida que conlleva, así como los cambios de residencia hacen que se pierdan importantes redes de apoyo.⁴ Así mismo, se conocen otras variables que influyen en el nivel de apoyo percibido como son: la personalidad de la víctima (muestran mayor apoyo las mujeres con más autoestima al contrario que las mujeres más inseguras), el nivel de estudios (muestran menor apoyo las mujeres con nivel de estudios bajos), edad de comienzo de la relación (niveles de apoyo más bajos a mayor juventud en el inicio de la relación), y el número de hijos (las mujeres con más hijos tienen una ligera tendencia a recibir mayor apoyo social).⁵

Está comprobado que el apoyo social informal tiene un mayor impacto en el bienestar de la mujer²⁰ asociándose a una menor cantidad de síntomas de evitación.⁵ Este apoyo tiene **mayor efecto incluso que el apoyo social institucional**. Solamente se asocia con menores síntomas de depresión y estrés postraumático el apoyo recibido por una persona íntima y significativa de confianza; pero, desafortunadamente, es este tipo de apoyo del que más carecen las víctimas.^{20, 22} El apoyo familiar no está claramente relacionado ni con menor sintomatología del TEPT ni con mayor bienestar emocional.^{1,3}

En un estudio realizado en País Vasco con una muestra de 157 mujeres se encontró que había una correlación significativa entre el tiempo transcurrido desde la separación con el maltratador y la percepción de apoyo. El apoyo formal, es el más frecuente en las víctimas; éste, aunque no influya mejorando los síntomas psicológicos ni el bienestar emocional, es el único que se asocia con la ruptura de la relación abusiva.²⁰

A pesar de la continua concienciación que se está produciendo en nuestra sociedad, los datos obtenidos de las muestras de mujeres españolas nos exponen como en nuestra cultura el apoyo familiar es menor. La familia, por lo general, no apoya a las víctimas tendiendo al mismo tiempo a desanimarlas para hacer manifiesta la situación. Es frecuente que desaprueben la separación y que lleguen a culpabilizar a la víctima.²

En nuestra cultura, Inicialmente, las víctimas de malos tratos recurren a la red de apoyo informal (amigos y personas cercanas) para compartir las preocupaciones por la relación con el agresor no acudiendo al apoyo formal por miedo a perder la custodia de los hijos o a que se desencadene una serie de consecuencias irreversible. Sólo solicitan el apoyo formal cuando el maltrato es continuado, se vuelve más severo y comienzan a percibir amenaza para la integridad física.²⁰

Por todo lo anterior, podríamos considerar interesante impulsar a las víctimas a que busquen a esa persona de confianza que les ayude teniendo en cuenta que contar con los medios y recursos es la clave para romper esa relación abusiva.

CONCLUSIONES

A pesar de la continua sensibilización que se lleva haciendo desde hace más de una década en cuanto al tema del maltrato; éste, sigue siendo un tema tabú muy frecuentemente ocultado por miedo, vergüenza o culpabilidad. Es frecuente, que las personas de a pie no se atrevan a inmiscuirse cuando detectan un posible caso de maltrato por miedo a empeorar la situación y aleguen: *“es su intimidad”*, *“es mejor no meterse en su casa”*, etc. Sin embargo, los profesionales sanitarios deben estar concienciados de la importancia de la detección precoz del maltrato para así evitar las graves repercusiones que ocasiona mantener estas situaciones en el tiempo. Sería recomendable, que todos los profesionales sanitarios, en especial, el personal de enfermería por su relación próxima al paciente, aprendiesen a reconocer y tratar estas situaciones y quitasen el miedo que existe a empeorar la situación de maltrato.

No es recomendable hacer generalizaciones diagnósticas ya que las respuestas de cada individuo pueden ser muy distintas dependiendo del contexto social. Existe una gran cantidad de estudios sobre los malos tratos que se centran en la persona y no tienen en cuenta el contexto, es decir, el tipo de afrontamiento ni el apoyo recibido entre otras variables que en la actualidad han mostrado tener clara influencia en el malestar.

El modo de afrontar la situación está condicionado por la presencia de múltiples estresores externos adicionales como pueden ser problemas de salud, económicos, laborales, embarazos, etc. Asimismo, muchos autores sostienen la idea de que estos estresores adicionales nunca se presentan de manera única. A modo de ejemplo, un estresor como puede ser problemas en el trabajo influye en un rol de la persona que a su vez puede influir en otro rol como es la casa y generar aquí también un malestar pues todos los roles de una persona se interrelacionan entre sí.

Tanto los trabajos teóricos como empíricos sugieren que el apoyo social y el estrés son factores que intervienen de manera clave en las repercusiones psicológicas de los malos tratos.

Entre las consecuencias negativas sobre la salud física que el maltrato doméstico acarrea cabe destacar los trastornos funcionales tales como colon irritable, trastornos gastrointestinales, dolor crónico junto a las lesiones y daños permanentes, pérdida de audición o visión o disfunciones sexuales. A pesar de su gravedad, se consideran más incapacitantes las consecuencias psicológicas ya que ocasionan un sufrimiento constante que aumenta las probabilidades de desarrollar síntomas psicopatológicos tanto a corto como a medio y largo plazo.

Se estima que el 60% de las maltratadas tiene problemas psicológicos moderados o graves predominando los síntomas de estrés postraumático, síntomas depresivos,

sentimientos de ineficacia, dudas sobre la propia capacidad, síntomas de autoinculpación y pensamientos distorsionados sobre sí mismo y el mundo junto con desconfianza hacia los demás.⁴

Varios estudios han abordado el enorme coste derivado de estos trastornos pues comprende el coste del tratamiento médico así como la incapacidad para el trabajo, necesidad de las prestaciones sociales e incluso encarcelamiento.

Los niños maltratados en la infancia tienen menores redes de apoyo en la edad adulta. La percepción de un familiar como persona de apoyo está afectada ya que en la mayoría de los casos hay recuerdos de la experiencia traumática y esta es profesada por algún familiar cercano. Además, al haber crecido en ambientes disfuncionales, tienen mayores dificultades a la hora de establecer relaciones íntimas de confianza, las cuales son las que más influyen en el bienestar emocional.^{22, 25}

Limitaciones

El objetivo principal de este trabajo era conocer detalladamente la sintomatología en las víctimas de malos tratos con la finalidad de detectarlo con mayor facilidad. Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica durante dos meses que finalizó con el hallazgo de diversos textos que se clasificaron por atañer a dos colectivos: mujeres y niños. Esto pone de manifiesto una gran limitación, pues esta revisión no menciona la sintomatología más frecuente en ancianos, personas disminuidas física o psíquicamente o enfermos de tipo mental entre otros muchos colectivos que también pueden sufrir malos tratos en el hogar o institución donde residan.

Perspectiva de futuro

En la actualidad, pese a las obras sociales y la culturización, sigue existiendo un gran estigma social en torno al maltrato. En mi opinión, los profesionales sanitarios deberán emplear gran esfuerzo para su erradicación pues, por todos es sabido que, las cifras que salen a la luz no son más que la punta del iceberg de un problema mayor que coexiste en todas las culturas y condiciones sociales.

Opino que todos debiéramos preguntarnos qué es lo que a nivel de sociedad estamos haciendo mal ya que los recursos ofertados parecen ser insuficientes.

A pesar de que está claro que la prevención y detección precoz son las herramientas con mejor coste-efectividad, las cifras tan alarmantes sobre trastornos incapacitantes y muertes perpetradas descubren que no se están empleando de una manera adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Amor PJ, Echeburúa E, Corral P, Zubizarreta I, Sarasua B. Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Int J Clin Health Psychol*. 2002;2(2):227-246.
- (2) Encinas FJL, Fernández-Velasco MR, Rincón P. Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*. 2010;22(1).
- (3) Sarasua B, Zubizarreta I, Echeburúa E, Corral Pd. Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema*. 2007;19(3).
- (4) Labrador FJ, Fernández-Velasco M, Rincón PP. Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Int J Clin Health Psychol*. 2006;6(3):527-547.
- (5) Matud MP, Moraza O. Factores sociodemográficos e impacto psicológico en mujeres maltratadas por su pareja. *Clepsydra*. 2004;3:109-125.
- (6) López-Soler C. Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 2008;13(3).
- (7) Rincón PP, Labrador FJ, Arinero M, Crespo M. Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Av Psicol Clin Latinonot*. 2011;22(1):105-116.
- (8) Lang AJ, Aarons GA, Gearity J, Laffaye C, Satz L, Dresselhaus TR, et al. Direct and indirect links between childhood maltreatment, posttraumatic stress disorder, and women's health. *Health Psychol Behav Med*. 2008;33(4):125-136.
- (9) Slipak OE. Historia y concepto del estrés (1ra. Parte). *Alcmeon*. 1991;3:355-360.
- (10) Baixauli Gallego E. Abuso sexual infantil: una revisión de los síntomas asociados con el trastorno por estrés postraumático. *Informació Psicológica*. 2011(101):40-48.
- (11) Schmid M, Petermann F, Fegert JM. Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. *BMC Psychiatry*. 2013;13(3).
- (12) Aguilar Cárceles MM. Abuso sexual en la infancia. 2009.
- (13) Roberts AL, Gilman SE, Breslau J, Breslau N, Koenen KC. Race/ethnic differences in exposure to traumatic events, development of post-traumatic stress disorder, and treatment-seeking for post-traumatic stress disorder in the United States. *Psychol Med*. 2011;41(1):71-83.
- (14) Calvete E, Estévez A, Corral S. Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema*. 2007;19(3).
- (15) De Bellis MD, Hooper SR, Woolley DP, Shenk CE. Demographic, maltreatment, and neurobiological correlates of PTSD symptoms in children and adolescents. *J Pediatr Psychol*. 2010;35(5):570-577.
- (16) Criterios diagnósticos de ansiedad y de otros desórdenes en los que la ansiedad está presente [Sede Web]. Madrid: SEAS Sociedad Española para el Estudio de la

Ansiedad y el Estrés; [actualizado 7 de febrero de 2014; acceso 19 de febrero 2014]. Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/ta/diag/dsm_iv.htm#Trastornos de ansiedad

- (17) DSM IV criterios diagnósticos de los trastornos mentales [Sede Web]. Biblioteca consulta PSI; [actualizado febrero 2014; acceso 19 de febrero 2014]. Criterios para el diagnóstico de F43.1 trastorno por estrés postraumático (309.81) [1]. Disponible en: <http://www.psygnos.net/biblioteca//DSM/Dsmptsd.htm>
- (18) American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV TR. 4ª ed. Barcelona: Masson; 2001.
- (19) CIE 10 (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. (1992) Organización Mundial de la Salud. Madrid: Mediator. (ICD-10, International Classification of Diseases, 10th revision)
- (20) Buesa S, Calvete E. Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. Rev Int Psicol Ter Psicol. 2013;13(1).
- (21) Palacios L, Heinze G. Trastorno de estrés postraumático: una revisión del tema (segunda parte). Salud Mental. 2002;25(5):61.
- (22) Powers A, Ressler KJ, Bradley RG. The protective role of friendship on the effects of childhood abuse and depression. Depress Anxiety. 2009;26(1):46-53.
- (23) Cantón-Cortés D, Cantón J, Justicia F, Cortés MR. Un modelo de los efectos del abuso sexual infantil sobre el estrés post-traumático: el rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación. Psicothema. 2011;23(1):66-73.
- (24) Buesa S, Calvete E. Adaptación de la escala de abuso psicológico sutil y manifiesto a las mujeres en muestra clínica y de la comunidad. An. Psicología (Murcia) 2011;27(3):774-782.
- (25) Vranceanu A, Hobfoll SE, Johnson RJ. Child multi-type maltreatment and associated depression and PTSD symptoms: The role of social support and stress. Child Abuse Negl. 2007;31(1):71-84.
- (26) Elklit A, Karstoft K, Armour C, Feddern D, Christoffersen M. Predicting criminality from child maltreatment typologies and posttraumatic stress symptoms. Eur J Psychotraumatol. 2013;4.
- (27) Masten CL, Guyer AE, Hodgdon HB, McClure EB, Charney DS, Ernst M, et al. Recognition of facial emotions among maltreated children with high rates of post-traumatic stress disorder. Child Abuse Negl. 2008;32(1):139-153.
- (28) Baita S. Trastorno traumático del desarrollo: una propuesta diagnóstica. Reviva.2012;4(1).
- (29) Jiménez Torres MG, Martínez MP, Miró E, Sánchez AI. Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento. An. Psicología (Murcia). 2012;28(1):28-36.

- (30) López-Soler C, Castro M, Alcántara M, Botella C. Sistema de realidad virtual EMMA-infancia en el tratamiento psicológico de un menor con estrés postraumático. Revista de psicopatología y psicología clínica. 2011;16(3).