

## Trastorno por estrés postraumático en niños españoles maltratados Post-traumatic stress disorder in abused Spanish children

*Maravillas Castro Sáez*<sup>1</sup>, ORCID 0000-0002-6048-2262  
*Antonia Martínez Pérez*<sup>2</sup>, ORCID 0000-0003-0513-5628  
*Concepción López-Soler*<sup>3</sup>, ORCID 0000-0002-9702-322X  
*Juan José López-García*<sup>4</sup>, ORCID 0000-0002-0918-7380  
*Mavi Alcántara-López*<sup>5</sup>, ORCID 0000-0003-2777-1422

<sup>1 2 3 4 5</sup> Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. España

<sup>1 2 3 5</sup> Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental en Infancia y Juventud, “Quiero Crecer”,  
Murcia. España

**Resumen:** Objetivo: Estimar la prevalencia de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) acorde a los criterios DSM-IV-TR en niños españoles expuestos a abuso crónico, y establecer las diferencias en TEPT entre niños tutelados y expuestos a violencia de pareja contra la mujer. Método: 211 menores (8-17 años) (Grupo abusado; EG=102, Grupo control; CG=109). Resultados: La prevalencia de TEPT fue 1.8% en grupo control y 16.7% en niños abusados. La prevalencia de TEPT es significativamente más alta en EG que en CG. Entre los niños no hubo diferencias significativas entre EG y CG, y en las niñas fue significativamente más alta en EG que en CG. Conclusión: los niños expuestos a violencia de pareja tienen la misma prevalencia de TEPT que los niños víctimas directas de abuso y es mucho mayor que la encontrada en población general. Es necesaria una mayor coordinación entre los servicios judicial, social y sanitario para proteger la infancia.

**Palabras clave:** abuso infantil, exposición a violencia de género, menores tutelados, TEPT, DSM

**Abstract:** Objective: To estimate the prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) according to DSM-IV-TR criteria in Spanish children exposed to chronic abuse, and to establish the differences in PTSD between children in care and those exposed to intimate partner violence. Method: A total of 211 children (8-17 years old) (Abuse Group; EG=102, Control Group; CG=109). Results: The prevalence of PTSD was 1.8% in the control group and 16.7% in abuse children. The PTSD prevalence is significantly higher in EG than in CG. Among boys there was no significant difference between EG and CG, and in girls was significantly higher in EG than CG. Conclusion: Children exposed to intimate partner violence have the same prevalence of PTSD as direct victims of abuse and it is far higher than that found in the general population. A greater coordination among judicial, social and health services is necessary with the aim of protecting children.

**Key words:** child abuse, intimate partner violence exposure, children in care, PTSD, DSM

Recibido: 31/07/2019

Aceptado: 23/09/2019

Esta investigación se llevó a cabo en virtud de los siguientes proyectos: “Servicio de Atención Psicológica a Hijos e Hijas de Mujeres Víctimas de Violencia de Género”, basado en el acuerdo entre la Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental Infanto-juvenil “Quiero Crecer” y el Instituto de la Mujer de la Región de Murcia (actual Dirección General de Mujer), y el “Proyecto de Evaluación, Diagnóstico e Intervención con Menores Maltratados Tutelados”, basado en el acuerdo entre la Universidad de Murcia y Dirección General de Familia e Infancia (actual Dirección General de Familia y Política Social).



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional

Cómo citar este artículo:

Castro Sáez, M., Martínez Pérez, A., López-Soler, C., López-García, J.J., Alcántara-López, M. (2019). Trastorno por estrés postraumático en niños españoles maltratados. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 378 – 389. doi: 10.22235/cp.v13i2.1894

Correspondencia: Universidad de Murcia, Murcia, España. E-mail: amperez@um.es.

### Introducción

Numerosos estudios prospectivos y retrospectivos han encontrado que una de las consecuencias más comunes asociadas al maltrato infantil es el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) (Shenk, Putnam, & Noll, 2012; Tolin, & Foa, 2006).

El porcentaje de niños con TEPT en población general es variable, encontrando un rango entre 1.6% y más del 6% (Essau, Conradt, & Peterman, 2000; Furtado, Carvalhães y Gonçalves, 2009). En población clínica, la prevalencia de sintomatología TEPT es superior en individuos expuestos a un evento vital traumático (ver tabla 1). En el estudio metaanalítico de Alisic et al. (2014) se encontró que el 15.9% de los niños expuestos a trauma presentaba TEPT según criterios DSM-IV (APA, 1991). No obstante, cuando se usan los criterios DSM, las tasas de TEPT son muy bajas, lo que podría ser resultado de

los estrictos criterios diseñados específicamente para adultos (Scheeringa, Wright, Hunt, & Zeanah, 2006).

Además de las categorías clásicas de maltrato (físico, sexual, emocional y negligencia), la exposición a violencia de género (VG) se considera como una forma de maltrato infantil (OMS, 2016). La literatura científica documenta ampliamente que los menores expuestos a violencia de género tienen más probabilidades de presentar problemas en múltiples áreas de desarrollo (Castro et al., 2017; Howell, Barnes, Miller, & Graham-Bermann, 2016). Lo que no está claro es la severidad de este tipo de maltrato comparado con el maltrato directo sufrido en el hogar, especialmente entre los menores que conviven con sus madres, víctimas de violencia de género, y si una madre en esta situación sigue siendo capaz de proteger a su hijo o hija del desarrollo de trastornos mentales.

Tabla 1.  
*Tasas de prevalencia de TEPT infantil*

Estudio	Evento	n	PI	EV	HI	TEPT
Ahmad, Hussain y Munir (2018)	Guerra	941	9.1	43.8	47.1	
Boyer, Knolls, Kafkalas, y Tollen (2000)*	Lesión medular	64	57.8	50	59.4	25.4
Carrion, Weems, Ray, y Reiss (2002)	Mixto (sobre todo maltrato)	59	76	51	46	24
Foa, Johnson, Feeny, y Tredwell (2002)	Terremoto	75				24
Havens y colaboradores (2012)*	Hospitalizados	140				28.6
López-García y López-Soler (2014)*	Terremoto	495	75.8	42.6	51.5	33.3
Rincón, Cova, Bustos, Aedo, y Valdivia (2010)*	Abuso sexual	75				21.3

\* Estos estudios emplearon el CPSS.

La investigación ha apoyado la afirmación de que los menores maltratados que no residen con la familia de origen o que han sido tutelados por el estado presentan más problemas clínicos graves de salud mental que aquellos que sí lo hacen (Burns et al., 2004). Por ejemplo, Kolko et al. (2009) encontraron que los menores tutelados manifestaban sintomatología TEPT más elevada que aquellos que continuaban conviviendo con sus padres biológicos. La muestra fue de 1848 americanos entre 8 y 14 años, desagregada en dos grupos: 483 menores tutelados (grupo I), y 1365 participantes beneficiarios de los Servicios de Protección del Menor, que residían con sus padres biológicos (grupo II). Los participantes variaron en las formas específicas de maltrato sufridas. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, tanto en puntuaciones medias como en porcentaje de TEPT. Oswald et al. (2010) hallaron resultados similares comparando dos grupos de alemanes de entre 7 y 16 años: un grupo control que convivía con al menos uno de sus padres biológicos, y otro de menores tutelados. Los resultados mostraron que el grupo de tutelados presentaba una prevalencia de sintomatología TEPT significativamente más alta que el control.

Estos resultados pueden ser parcialmente explicados por el rol del progenitor no maltratador como figura de resiliencia para ayudar a prevenir el desarrollo de TEPT. Numerosos estudios sugieren que mantener al menos una relación estable, duradera y significativa con un adulto puede procurar el bienestar y refuerzo necesarios para defenderse del daño que, de otra forma, puede resultar de la exposición continua a maltrato (Aguilar, 2001). Este tipo de relación positiva se forma comúnmente entre el menor y uno de sus progenitores (Osofsky, 2003). La investigación ha evidenciado que un niño/a con un cuidador que atiende y provea sus necesidades, es menos probable que desarrolle problemas psicológicos que los menores sin este tipo de apoyo (Øverlien, 2010).

La literatura sugiere que el rol de la madre, incluso entre las víctimas de violencia

de género, puede proteger al menor de desarrollar más alteraciones psicológicas (Fong, Hawes, & Allen, 2017; Manning, Davies, & Cicchetti, 2014). Sin embargo, este papel protector está dificultado frecuentemente por los efectos dañinos que la violencia de género tiene sobre las mujeres en su bienestar emocional y físico (Boeckel, Wagner, & Grassi-Oliveira, 2017). Se conoce menos si estos resultados negativos son lo suficientemente significativos para bloquear por completo la habilidad de una madre para ser figura de resiliencia.

En muchos casos, los menores tutelados no reciben ninguna protección o apoyo por parte de un miembro de su familia. Numerosos estudios, como el de Legault, Anawati y Flynn (2006), han remarcado el rol del educador como potencial figura de resiliencia para el menor. No obstante, algunas investigaciones han indicado que podría ser complicado para los educadores asumir completamente este rol, debido al alto nivel de estrés y agotamiento emocional asociado con el acompañamiento y el apoyo de los menores en esta situación (Gibbs, 2001). Por lo tanto, estas relaciones de apoyo pueden ser parcial o completamente inaccesibles para menores tutelados, lo que puede resultar en un detrimento de factores de protección como defensa contra el desarrollo de problemas psicológicos. Aunque hay numerosas investigaciones sobre TEPT en menores maltratados, en España no existen estudios sistemáticos que usen criterios DSM, ni instrumentos validados y confiables para conseguir datos específicos sobre esta cuestión.

El presente estudio tiene como objetivo investigar la prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático en menores españoles que han sufrido maltrato crónico, establecer diferencias en la sintomatología y completar el diagnóstico de TEPT entre menores tutelados que han sufrido varias formas de maltrato crónico y menores expuestos a violencia de género. Basándonos en la literatura científica, hipotetizamos que los menores tutelados mostrarían tasas de TEPT más elevadas que aquellos expuestos a violencia de género que

conviven con sus familias biológicas, y que ambos presentarán una prevalencia mucho más alta que la población general.

## Método

### Participantes

La muestra estuvo compuesta por un total de 211 menores con edades comprendidas entre los 8 y los 17 años. El grupo control (GC) consistió en 109 niños y niñas, y los participantes del grupo de exposición (GE) fueron 102 menores (ver tabla 2).

Los menores del GE habían estado expuestos a violencia doméstica y presentaban signos de alteraciones psicológicas graves al inicio de la primera evaluación. El grupo de menores maltratados se dividió en dos subgrupos. El subgrupo VG lo formaron 64 participantes que habían sufrido maltrato indirecto, debido a la exposición a violencia de género contra sus madres. Estos menores

residían con su familia biológica en el momento de la evaluación, concretamente con sus madres en muchos casos, y habían sido derivados al Servicio de Atención Psicológica para Hijos e Hijas de Mujeres Víctimas de Violencia de Género (en adelante, SAPMEX). El subgrupo de menores tutelados (MT) fue de 38 menores, derivados al Proyecto de Evaluación, Diagnóstico e Intervención Psicológica para Menores Maltratados Tutelados (en adelante, PEDIMET) bajo tutela de la Comunidad de Murcia, como consecuencia de la pérdida de custodia de sus progenitores (ver tabla 3).

La selección del grupo control, de edades comprendidas entre 8 y 17 años, se realizó en colegios e institutos públicos de la Región de Murcia, y el 20% no tenía nacionalidad española.

Tabla 2.

#### Características de la muestra

	GE	GC
N	102	109
Edad*	12.14 (2.40)	12.71 (2.79)
Sexo		
Chicos (%)	51	43.1
Chicas (%)	49	56.9
* media (desviación típica)		

Tabla 3.

#### Características del grupo de maltrato

		GE	
VG		MT	
N madres	54	Tipo de protección (%)	60.5 centro de protección y 39.5 acogimiento (34.2 familia extensa; 5.3 otras familias)
Edadmadres	30-53 años. 39.2 (4.99)*	Años de protección	Media 4.29 años
Nacionalidad de las madres (%)	14.8 no españolas	Nacionalidad (%)	21.1 no españolas
* media (desviación típica)			

## ***Instrumento***

El Child PTSD Symptom Scale (CPSS) (Foa et al., 2001) es un instrumento específicamente empleado para evaluar sintomatología TEPT en niños/as y adolescentes de entre 8 y 18 años de edad. Se puede utilizar como autoinforme o como entrevista clínica estructurada (Foa et al., 2001), y está basada en los criterios diagnósticos para TEPT en el DSM-IV-TR (APA, 2000). Actualmente, está en proceso de adaptación a criterios DSM-5 (APA, 2013), si bien la versión en castellano no está disponible aún (Foa, Asnaani, Zang, Capaldi, & Yeh, 2018).

El CPSS es un cuestionario con 24 ítems referentes a un evento traumático específico experimentado. Tiene dos partes: la parte I incluye 17 ítems que evalúan síntomas consecuencia del evento, y la parte II contiene 7 ítems que evalúan el grado de interferencia de la sintomatología en diferentes áreas vitales. El formato de respuesta es una escala de Likert de 4 puntos, de 0 a 3 (0=Solo un momento; 1=De vez en cuando; 2=Mitad del tiempo; 3=Casi siempre). La medida consiste en tres subescalas (Pensamientos Intrusivos, 5 ítems; Evitación, 7 ítems; Hiperactivación, 5 ítems) que pueden ser evaluados dicotómicamente (Si/No) basadas en los grupos de criterios diagnósticos para TEPT (Foa et al., 2001).

Las propiedades psicométricas del CPSS indican niveles apropiados de fiabilidad (Bustos, Rincón, & Aedo, 2009; Foa et al. 2001; Havens et al., 2012; Serrano-Ibañez, Ruiz-Párraga, Esteve, Ramírez-Maestre, & López-Martínez, 2018; Venta, & Mercado, 2019).

En este estudio, la fiabilidad del CPSS para el total de la primera parte de la escala fue elevado, tanto en el grupo de maltrato (.89) ( $N=102$ ) como en el control (.78) ( $N=109$ ). La fiabilidad de las subescalas fue la siguiente: Pensamientos Intrusivos (.81GE; .63 GC), Evitación (.73GE; .50GC) e Hiperactivación (.77GE; .61GC).

## ***Procedimiento***

En el GE, los participantes del GE1 se reclutaron del Servicio SAPMEX en la Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental Infanto-Juvenil “Quiero Crecer”, a través de psicólogos que trabajaban con las madres en los Centros de Atención a las Víctimas de Violencia de Género. Los menores que participaron en este estudio se seleccionaron de un total de 169 casos, derivados al Servicio entre Julio de 2009 y Octubre de 2010. De los cuales, 105 fueron excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión.

Los participantes en el grupo GE2 se seleccionaron del Proyecto PEDIMET de la Universidad de Murcia, a través de psicólogos del Servicio de Protección del Menor. Se eligieron de entre 117 casos derivados al Proyecto entre Enero de 2005 y Octubre de 2008. De los cuales, 79 fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión.

Recibimos informes detallados de los menores, que fueron o bien recogidos por los psicólogos que trabajaban con las madres (GE1), o por los psicólogos del Servicio de Protección del Menor (GE2). Estos informes incluían la información más relevante acerca del menor, así como de su historia de exposición a diferentes tipos de maltrato. Siguiendo un protocolo diseñado para el trabajo con menores maltratados, se realizaron las evaluaciones psicológicas iniciales de los participantes. Tras la evaluación inicial, se aplicaron test psicológicos específicos correspondientes a los problemas psicológicos que el psicólogo había observado y evaluado en cada menor. La evaluación del TEPT a través del CPSS se realizó en una entrevista individual con cada menor.

Los criterios de inclusión que se establecieron y aplicaron en el momento de la evaluación inicial fueron: A) la madre del menor es una víctima de violencia de género, el menor ha estado expuesto a la violencia, y la madre está siendo atendida en los Centros de Atención a la Violencia de Género (grupo I), o el menor está tutelado por la Comunidad de Murcia (grupo II); B) el menor tiene sintomatología internalizante y/o

externalizante moderada o grave que interfiere en su adaptación persona, familiar, social y/o escolar. C) el menor tiene al menos 8 años de edad. Los criterios de exclusión establecidos fueron: el menor presenta un retraso en el desarrollo, un Trastorno del Espectro Autista (TEA), y/o psicosis. En todos los casos, el consentimiento informado y la política de confidencialidad fueron implementados y explicados detalladamente a la institución o representante legal del menor.

### ***Diseño y análisis de datos***

Este estudio sigue un diseño ex post facto que fue empleado para evaluar la muestra de menores expuestos a violencia intrafamiliar. Los menores fueron evaluados en primer lugar con el fin de analizar sus niveles de estrés psicológico referido a su historia de maltrato. Los menores fueron entonces clasificados en dos grupos basados en el tipo de maltrato que habían sufrido. El estudio fue diseñado para medir la prevalencia de sintomatología TEPT y su diagnóstico clínico con el fin de analizar diferencias entre los grupos.

Para el análisis estadístico de los datos, usamos la 24° versión del SPSS. Se aplicaron los siguientes procedimientos:

- Las tablas de análisis de frecuencias y contingencias se emplearon para determinar la frecuencia de TEPT.
- Las medidas de Chi-Cuadrado, Odds Ratio (OR) y el intervalo de confianza del 95% de la OR (IC95) se usaron para contrastar las diferencias entre los grupos.

### **Resultados**

Hemos calculado la prevalencia de TEPT usando la escala y subescalas del CPSS para el grupo de menores maltratados (GE), VG y MT, y el grupo control (GC).

Para el diagnóstico de TEPT, hemos seguido los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000), los cuales requieren sintomatología persistente de al menos 1 síntoma de Pensamientos Intrusivos (PI), 3 síntomas de Evitación (EV), y 2 síntomas de Hiperactivación (HI). Basándonos en esos criterios, un síntoma se considera presente cuando obtiene una puntuación de 2 o superior en la escala, indicando que el individuo experimenta ese síntoma al menos 2 veces por semana.

La Tabla 4 presenta un resumen de los resultados obtenidos. En cuanto al diagnóstico de TEPT, se encontró una tasa de prevalencia del 16.7% para el número total de menores maltratados. Cuando se realizaron análisis por grupos sintomáticos, se observó una mayor prevalencia de Pensamientos Intrusivos (54.9%), seguida de Hiperactivación (35.3%) y Evitación (30.4%). En el GE1, con menores que habían sido testigos de la violencia de género contra sus madres, la prevalencia de TEPT fue del 17.2%. Cuando se analiza esta prevalencia para cada grupo sintomático, encontramos que un 54.7% sufrieron Pensamientos Intrusivos, un 32.8% Evitación, y un 29.7% signos significativos de Hiperactivación. En el GE2, la prevalencia del diagnóstico de TEPT entre menores tutelados fue del 15.8%. En cuanto a los grupos sintomáticos, se observó una prevalencia superior de Pensamientos Intrusivos (55.3%), seguidos de Hiperactivación (44.7%), y un menor grado de Evitación (26.3%). Además, en el grupo control se halló una prevalencia de TEPT coherente con el 1.8% del DSM. Cuando se analizaron los grupos sintomáticos de forma individual, se halló una mayor prevalencia de Pensamientos Intrusivos (38.5%), seguido de Hiperactivación (12.8%) y Evitación (8.3%).

Tabla 4.  
Prevalencia de TEPT para las subescalas y el total del CPSS

	VG+MT (GE)	VG (GE1)	MT (GE2)	Control (GC)
N	102	64	38	109
Edad *	12.14 (2.40)	12.40 (2.53)	11.71 (2.12)	12.71 (2.79)
Chicas (%)	49.0	48.4	50.0	56.9
PI (%)	54.9	54.7	55.3	38.5
EV (%)	30.4	32.8	26.3	8.3
HI (%)	35.3	29.7	44.7	12.8
TEPT** (%)	16.7	17.2	15.8	1.8
TEPT Chicos (%)	7.7	9.1	5.3	2.1
TEPT Chicas (%)	26.0	25.8	26.3	1.6
TEPT≤12 a.e.	16.1	16.1	16.0	1.9
TEPT≥13 a.e.	18.2	19.4	15.4	1.8

\*media (desviación típica)\*\*DSM-IV-TR. a.e.: años de edad

El TEPT en la prevalencia de VG fue significativamente más elevado que el observado en el grupo control ( $\chi^2=13.676$ ;  $p\leq.000$ ; OR=11.104; IC95%: 2.375 – 51.908). No obstante, la prevalencia de TEPT en VG no difirió significativamente de la encontrada en MT ( $\chi^2=0.034$ ;  $p=.855$ ). Existe un efecto significativo referido al género, con una prevalencia superior entre las chicas con respecto a los chicos, tanto en VG como en MT, pero no en el grupo control. Considerados de forma aislada, no se hallaron diferencias en los chicos de los tres grupos, mientras que en las chicas el porcentaje de TEPT en VG fue significativamente diferente con respecto al grupo control ( $\chi^2=13.839$ ;  $p\leq.000$ ; OR=21.217; IC95%: 2.513 – 178.160). De forma similar, las chicas en el grupo de MT obtuvieron una prevalencia TEPT superior al GC ( $\chi^2=12.939$ ;  $p\leq.000$ ; OR=21.786; IC95%: 2.356– 201.435). Por último, no hubo diferencias en TEPT entre las chicas de VG y de MT.

Finalmente, para comprobar la hipótesis del estudio, llevamos a cabo una Prueba Z para analizar la proporción de Pensamientos Intrusivos (PI), Evitación (EV),

Hiperactivación (HI), y TEPT total de acuerdo al DSM-IV-TR (1PI-3EV-2HI) entre el subgrupo 1 (menores expuestos a VG) y el subgrupo 2 (menores tutelados). Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, ni en la prevalencia de la sintomatología en las subescalas (PI, EV y HI), ni en el diagnóstico de TEPT. Por lo tanto, no podemos confirmar nuestra hipótesis.

## Discusión

El estudio tenía como objetivo identificar la prevalencia de la sintomatología y el diagnóstico de TEPT en menores que han sufrido maltrato crónico, incluyendo la exposición a violencia de género, así como evaluar posibles diferencias entre las diferentes formas de maltrato experimentado, sea directo (como sucede en la muestra de menores tutelados), o indirecto (menores expuestos a violencia de género).

En cuanto al grupo de síntomas analizados, el 54.9% de la muestra total de menores maltratados (54.7% expuestos a VG; 55.3% MT) presentaron al menos 1 síntoma de Pensamientos Intrusivos. Boyeret al. (2000) encontraron un porcentaje similar (57.8%) en

pacientes lesionados medulares. Otras investigaciones hallaron tasas de prevalencia superiores en individuos que experimentaron Pensamientos Intrusivos. Por ejemplo, López-García y López-Soler (2014) estudiaron una muestra de personas expuestas a un terremoto, y observaron que un 75.8% informaban de Pensamientos Intrusivos. Carrionet al. (2002) usaron una medida diferente, y encontraron que el 76% de la muestra clínica había sufrido Pensamientos Intrusivos. Sin embargo, en el estudio de Ahmad y colaboradores (2018) la prevalencia fue más baja que en este estudio (9.1%). En cuanto a los 3 síntomas de Evitación, obtuvimos una tasa de prevalencia del 30.4% en la muestra total (32.8% en menores expuestos a VG; 26.3% en MT), inferior a la encontrada en los cuatro estudios mencionados previamente (Ahmad et al., 2018; Boyer et al., 2000; Carrion et al., 2002; López-García & López-Soler, 2014). Por último, un 35.3% de la muestra total de menores presentaban al menos 2 síntomas de Hiperactivación. Observamos una tasa de prevalencia inferior en la sintomatología de Hiperactivación en el grupo expuesto a VG (29.7%) con respecto al grupo de MT (44.7%). De nuevo, los porcentajes de Hiperactivación hallados en nuestra muestra son inferiores a aquellos encontrados en otros estudios, que alcanzan tasas de prevalencia del 59.4% entre pacientes lesionados medulares (Boyer et al., 2000); 46% en una muestra clínica (Carrion et al., 2002); 47.1% en niños desplazados (Ahmad et al., 2018); y el 51.5% de pacientes expuestos a un terremoto (López-García & López-Soler, 2014). En general, hallamos que nuestra muestra presentó tasas inferiores de sintomatología TEPT que los pacientes lesionados medulares (Boyer et al., 2000), que aquellos que experimentaron un terremoto (López-García & López-Soler, 2014) o que la muestra clínica (Carrion et al., 2002).

Es pertinente realizar una comparación de los porcentajes encontrados para cada subgrupo de síntomas TEPT con el fin de remarcar que, tanto en nuestra muestra total como en las submuestras, el grupo de criterios con mayor prevalencia fue Pensamientos Intrusivos. Carrion et al. (2002), que

investigaron en una muestra clínica; López-García y López-Soler (2014), que estudiaron individuos que habían experimentado un terremoto; y Cedric y Goldbeck (2016) con menores traumatizados, obtuvieron resultados similares. No obstante, Boyer et al. (2000) y Ahmad et al. (2018) encontraron que, en los pacientes con lesión medular y en niños desplazados respectivamente, la sintomatología más frecuente fue de Hiperactivación.

En este estudio, en el subgrupo 1 (menores expuestos a VG), el segundo síntoma más frecuente fue Evitación, y el menos frecuente Hiperactivación, resultados informados también por Carrionet al. (2002) y por Ahmad et al. (2018). Sin embargo, en el subgrupo 2 y en la muestra total, la segunda tasa de prevalencia más alta fue Hiperactivación, como constataron López-García y López-Soler (2014).

En síntesis, cabe remarcar los perfiles obtenidos en cada grupo. En el subgrupo 1, el orden de los grupos de criterios basado en las tasas de prevalencia fue PI-EV-HI (de mayor a menor tasa de prevalencia). Este perfil es comparable con los resultados arrojados por Carrionet al. (2002) en una muestra clínica. El perfil obtenido en el subgrupo 2 en nuestro estudio fue PI-HI-EV, siendo similar a los resultados informados por López-García et al. (2012). Ambos perfiles difieren de los encontrados por Boyer et al. (2000), el cual fue HI-PI-EV; y por Ahmad et al. (2018), que fue HI-EV-PI. Estos resultados podrían indicar la inefectividad de las respuestas de evitación en las situaciones donde el estrés es inevitable, como es el caso de los menores expuestos a maltrato directo o aquellos que sufren lesión medular.

Según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para TEPT (cumpliendo para los 3 grupos sintomáticos), la prevalencia que obtuvimos fue del 17.2% para el subgrupo 1; 15.8% para el subgrupo 2; y 16.7% para la muestra total. Estas tasas son superiores a las encontradas en población general, las cuales oscilan entre el 1.6% y el 6.3% (Essau et al., 2000; Furtado, Carvalhães, & Gonçalves, 2009). Resultados similares a los informados



en el metaanálisis de Alisic et al. (2014) (15.9% de media), y a los encontrados usando la misma escala en otras muestras, por ejemplo entre menores lesionados medulares (Boyer et al., 2000), aunque sus criterios difirieron en que se requirieron al menos 3 de los 4 síntomas (PI, EV, HI y deterioro) para su presencia. Rincón et al. (2010) estudiaron a menores abusados sexualmente y encontraron una prevalencia de TEPT del 21.3%. Otras investigaciones hallaron porcentajes de TEPT superiores. Por ejemplo, en dos estudios separados que evaluaban a individuos que habían experimentado un terremoto, Foa et al. (2001) encontraron que un 24% de la muestra presentaba TEPT, y López-García y López-Soler (2014) observaron una prevalencia del 33.3%. Havens et al. (2012) informaron una prevalencia superior de TEPT (28.6%) en una muestra clínica.

En este estudio hipotetizamos que los menores tutelados, que tradicionalmente no conviven y no están en contacto con sus familias biológicas, y, adicionalmente, deben sobrellevar múltiples tipos de maltrato durante periodos prolongados de tiempo, presentarían una prevalencia de TEPT superior que aquellos expuestos a violencia de género que conviven con su familia biológica. En la literatura científica solo se encontraron dos estudios con este foco específico de investigación (Kolko et al., 2009; Oswald et al., 2010). Los resultados obtenidos no confirman nuestra hipótesis dado que las diferencias en la sintomatología y el diagnóstico de TEPT (empleando criterios DSM-IV-TR) no fueron significativas entre los grupos.

Nuestros resultados indican que la sintomatología TEPT continua siendo similar entre estos dos grupos de menores. Estos hallazgos son sorprendentes teniendo en cuenta que los menores en el subgrupo 1 que habían estado expuestos a VG convivían con su madre biológica (una potencial figura de apego y de resiliencia) y fueron más comúnmente víctimas de maltrato indirecto que directo. Esto se realiza en comparación con los menores tutelados del subgrupo 2, los cuales fueron menores que no convivían con

miembros de su familia biológica y que, en muchos casos, habían sufrido varios tipos de maltrato. Esto es todavía más sorprendente cuando se considera el hecho de que dentro del subgrupo 1, la madre y el menor no residían en una casa de acogida. Más bien, en la mayoría de los casos, madre y menor convivían con otros miembros de la familia, que podían proveer incluso más apoyo y protección para el menor.

Una posible explicación para este suceso podría ser que, en el subgrupo 1, incluso estando la madre separada del maltratador, que fue en la mayoría de los casos el padre, todavía podría tener que sobrellevar experiencias dolorosas (p.ej. encuentros con el maltratador, cambio de residencia, tratar con el padre en prisión, etc.). Otra posible explicación sería que la madre podría ser incapaz de llevar a cabo su rol como agente protector para su hijo/a debido a las consecuencias negativas de ser una víctima de violencia de género.

Es importante enfatizar que el hecho de que los menores no difieran en sintomatología TEPT no significa necesariamente que sean iguales en términos de sus dificultades clínicas. Una hipótesis podría ser que los menores tutelados muestran mayor comorbilidad y, en cuanto al estrés postraumático, tienden a presentar más trauma complejo y trauma del desarrollo que TEPT. Lo que se ha confirmado es que los menores expuestos a VG son víctimas de maltrato. Sin lugar a dudas, se requieren más investigaciones para dar solidez y claridad a estos hallazgos y para responder a las preguntas pendientes, pero los menores requieren tratamientos eficaces y estabilidad en sus vidas.

## Conclusiones

Nuestro estudio muestra la importancia de alcanzar respaldo social para abordar las reacciones postraumáticas graves experimentadas por los menores expuestos a violencia contra sus madres. Se requieren las decisiones adecuadas a nivel judicial, especialmente en la regulación de la custodia,

que deriven en una mayor protección y seguridad para los menores y minimicen las consecuencias. Por lo tanto, es necesaria una mayor coordinación entre los servicios judiciales y sociales en cuestión de violencia de género, como indican Cala, Trigo y Saavedra (2016).

En conclusión, este estudio responde a numerosas necesidades actuales en el campo del TEPT infantil, haciendo las siguientes contribuciones: a) datos de TEPT en menores españoles; b) datos de prevalencia en niños expuestos a violencia de género; c) alta involucración de los menores expuestos a violencia de género en el TEPT, sin diferencias con menores tutelados, indicando que los menores que han estado expuestos a violencia de género son también menores maltratados; d) mayor involucración de las chicas en sintomatología TEPT.

Contribución de los autores:

a) Concepción y diseño del trabajo; b) Adquisición de datos; c) Análisis e interpretación de datos; d) Redacción del manuscrito; e) revisión crítica del manuscrito.

M.C.S. ha contribuido en a,b,d,e, A.M.P. en d,e, C.L.-S. en a,d., J.J.L.-G. en c,d, M. A.-L. en a,b,d.

**Referencias**

Aguilar, L. (2001). La exposición a la violencia de género en el ámbito familiar: una forma de maltrato infantil. Recuperado de [http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSeccion/VG\\_casomaltrato.pdf](http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSeccion/VG_casomaltrato.pdf)

Ahmad, N., Hussain, S, &Munir, N. (2018). A tale of internal displacement: Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) among school students in Swat, Pakistan. *Rawal Medical Journal*, 43 (3), 511-514.

Alisic, E., Zalta, A., Van Wesel, F., Larsen, S., Hafstad, G., Hassanpour, K., &Smid, G. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*,

204 (5), 335-340. doi:10.1192/bjp.bp.113.131227.

Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Cuarta Edición (DSM-IV)*. Washington, DC: APA.

Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Texto Revisado(DSM-IV-TR)*. Washington, DC: APA.

Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2013).*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales,5º Edición (DSM-5)*. Washington, DC: APA.

Boeckel, M. G., Wagner, A., &Grassi-Oliveira, R. (2017).The effects of intimate partner violence exposure on the mater-nal bond and PTSD symptoms of children.*Journal of Interpersonal Violence*, 32 (7), 1127-1142. doi:10.1177/0886260515587667.

Boyer, B. A., Knolls, M. L., Kafkalas, C. M., y Tollen, L. G. (2000). Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Patients with Pediatric Spinal Cord Injury: Relationship to Functional Independence. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 6 (suppl): 125-133. doi: 10.1310/4FJ8-3VCH-EE0N-HNCD.

Burns, B. J., Phillips, S. D., Wagner, H. R., Barth, R. P., Kolko, D. J., Campbell, Y., yLandsverk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youth involved with child welfare: A national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 960-970. doi: 10.1097/01.chi.0000127590.95585.65.

Bustos, P., Rincón, P., y Aedo, J. (2009). Validación Preliminar de la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Child PTSD SymptomScale, CPSS) en Niños/as y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual. *Psykhé*, 18 (2), 113-126.

- <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282009000200008>.
- Cala, M.J., Trigo, M.E., y Saavedra, F.J. (2016). Women's disengagement from legal proceedings for intimate partner violence: Sociodemographic and psychological variable. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 8 (1), 35-42. Doi: 10.1016/j.ejpal.2015.10.002.
- Carrion, V. G., Weems, C. F., Ray, R., y Reiss, A. L. (2002). Toward an empirical definition of pediatric PTSD: the phenomenology of PTSD symptoms in youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 166-173. doi: 10.1097/00004583-200202000-00010.
- Castro, M., Alcántara-López, M., Martínez, A., Fernández, V., Sánchez-Meca, J., & López-Soler, J. (2017). Mother's IPV, Child Maltreatment Type and the Presence of PTSD in Children and Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14 (9), 1077. <https://doi.org/10.3390/ijerph14091077>.
- Cedric, S., yGoldbeck, L. (2016). Consequences of the Diagnostic Criteria Proposed for the ICD-11 on the Prevalence of PTSD in Children and Adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 29, 120-123. Doi: 10.1002/jts.22080.
- Essau, C. A., Conradt, J., yPeterman, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14 (3), 263-279. doi: 10.1016/S0887-6185(99)00039-0.
- Foa, E. B., Johnson, K. M., Feeny, N. C., yTredwell, K. R. H. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: a preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 376-384. doi: 10.1207/S15374424JCCP3003\_9.
- Foa, E.B., Asnaani, A., Zang, Y., Capaldi, S., &Yeh, R. (2018). Psychometrics of the Child PTSD Symptom Scale for DSM-5 for Trauma-Exposed Children and Adolescents, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47 (1), 38-46, DOI: 10.1080/15374416.2017.1350962.
- Fong, V. C., Hawes, D., & Allen, J. L. (2017). A systematic review of risk and protective factors for externalizing problems in children exposed to Intimate Partner Violence. *Trauma, Violence, y Abuse*, 20 (2) 149-167. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/1524838017692383>.
- Furtado, L., Carvalhães, R., yGonçalves, S. (2009).Violência e transtorno de estresse pós-traumático na infância.[Violencia y trastorno de estrés postraumático en la infancia]. *Ciência&SaúdeColetiva*, 14 (2), 417-433.<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200011>.
- Gibbs, J. A. (2001). Maintaining front-line workers in child protection: A case for refocusing supervision. *Child Abuse Review*, 10, 323-335. doi: 10.1002/car.707.
- Havens, J. F., Gudi, O. G., Biggs, E. A., Diamond, U. N., Weis, J. R., yCloitre, M. (2012). Identification of Trauma Exposure and PTSD in Adolescent Psychiatric Inpatients: An Exploratory Study. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 171-178. doi: 10.1002/jts.21683.
- Howell, K. H., Barnes, S. E., Miller, L. E., & Graham-Bermann, S. A. (2016).Developmental variations in the impact of Intimate Partner Violence exposure during childhood. *Journal of Injury and Violence Research*, 8 (1), 43.doi: 10.5249/ jivr.v8i1.663.
- Kolko, D. J., Hurlburt, M. S., Zhang, J., Barth, R. P., Leslie, L. K., y Burns, B. (2009). Posttraumatic stress symptoms in children and adolescents referred for child welfare investigation: A national sample of in-home and out-of-home

- care. *Child Maltreatment*, Online First. June 2009. doi: 10.1177/1077559509337892.
- Legault, L., Anawati, M., y Flynn, R. (2006). Factors favoring psychological resilience among fostered young people. *Children and Youth Services Review*, 28, 1024-1038. doi: 10.1016/j.childyouth.2005.10.006.
- López-García, J. J. y López-Soler, C. (2014). Trastorno de estrés postraumático en escolares tras el terremoto de Lorca (España) en 2011. *Gaceta Sanitaria*, 28 (3), 230-233. doi: 10.1016/j.gaceta.2013.10.009.
- Manning, L., Davies, P., y Cicchetti, D. (2014). Interparental Violence and Childhood Adjustment: How and Why Maternal Sensitivity Is a Protective Factor. *Child Development*, 85 (6), 2263-2278. doi:10.1111/cdev.12279.
- OMS (2016). Child maltreatment (Fact sheet 150). Retrieved from <http://www.who.int/mediacenter/factsheets/fs150/en/index.html>.
- Osofsky, J. D. (2003). Prevalence of Children's Exposure to Domestic Violence and Child Maltreatment: For Implications Prevention and Intervention. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6 (3), 161-170. doi: 10.1023/A:1024958332093.
- Oswald, S. H., Fegert, J. M., y Goldbeck, L. (2010). Post-Traumatic Stress Symptoms in Foster Children Following Maltreatment and Neglect. *Verhaltenstherapie*, 20, 37-44. doi: 10.1159/000274622.
- Øverlien C. (2010). Children Exposed to Domestic Violence. Conclusions from the Literature and Challenges Ahead. *Journal of Social Work*, 10 (1), 80-97. doi: 10.1177/1468017309350663.
- Rincón, P. P., Cova, F., Bustos, P., Aedo, J., y Valdivia, M. (2010). Estrés Postraumático en Niños y Adolescentes Abusados Sexualmente. *Revista Chilena de Pediatría*, 81 (3), 234-240. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062010000300006>.
- Scheeringa, M. S., Wright, M. J., Hunt, J. P., y Zeanah, C. H. (2006). Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 163, 644-651. doi:10.1176/appi.ajp.163.4.644.
- Serrano-Ibáñez, E.R., Ruiz-Párraga, G.T., Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., & López-Martínez, A.E. (2018). Validation of the child PTSD symptom scale (CPSS) in Spanish adolescents. *Psicothema*, 30 (1), 130-135.
- Shenk, C. E., Putnam, F. W., y Noll, J. G. (2012). Experiential avoidance and the relationship between child maltreatment and PTSD symptoms: Preliminary evidence. *Child Abuse & Neglect*, 36, 118 - 126. doi:10.1016/j.chiabu.2011.09.012.
- Tolin, D. F., y Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress to disorder; to quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132 (6), 959-992. doi: 10.1037/0033-2909.132.6.959.
- Venta, A.C., & Mercado, A. (2019). Trauma Screening in Recently Immigrated Youth: Data from Two Spanish-Speaking Samples. *Journal of Child and Family Studies*, 28 (1), 84-90. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1252-8>.