



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**El trauma infantil y sus consecuencias psicológicas a
largo plazo.**

Autor/a: Sofía Benavides Ruiz.

Director/a: María Belén Marina Gras.

Madrid
2020/2021

Índice.

Resumen:	3
Abstract:	3
1. Introducción.	4
2. El trauma.	5
2.1 El trauma y el maltrato infantil.	6
2.1.1 Tipos de maltrato infantil.	8
3. Variables que provocan el mantenimiento de las consecuencias traumáticas en la aduldez.	9
3.1 Momento evolutivo.	9
3.2 Variable tiempo.	9
3.3 Cambios a nivel cerebral.	10
3.4 Tipo de personalidad.	11
3.5 Contexto de desarrollo en el momento del trauma y después del trauma.	12
4. Consecuencias en la adultez de una experiencia traumática durante la infancia. ...	14
4.1 Enfermedades mentales en la adultez a causa del trauma infantil.	15
Trastorno de estrés postraumático.	15
Trastorno límite de la personalidad.	16
Trastorno disociativo.	17
Trastorno depresivo.	17
Trastorno del espectro de la esquizofrenia.	17
Conducta de riesgo suicida.	18
Trastorno obsesivo compulsivo.	19
Trastorno bipolar.	19
5. Discusión y conclusiones.	20
6. Referencias.	23

Resumen:

El trauma es un problema a nivel mundial, que afecta a gran parte de la población infantil. El presente trabajo se ha centrado en el estudio del trauma en la infancia y sus consecuencias psicológicas a largo plazo. En este estudio se ha realizado una comparación de diferentes definiciones del concepto de trauma, seleccionando la definición más apropiada para el desarrollo del trabajo. De la misma manera se ha comparado el concepto de trauma infantil. Se han explicado las variables que protegen o ponen el riesgo el desarrollo del infante. Por último, se han presentado las posibles consecuencias y enfermedades mentales padecidas en la adultez a causa del trauma sufrido en la infancia. Se ha concluido que es necesario investigar longitudinal y prospectivamente, aumentar la amplitud y heterogeneidad de las muestras en dichas investigaciones, además de prevenir y concienciar a la población sobre los efectos a corto y largo plazo que el trauma infantil tiene en la vida de una persona.

Abstract:

Trauma is a worldwide problem, affecting a large part of child population. The present work is focused on the study of childhood trauma and its long-term psychological consequences. Both the definitions of the concept of trauma and childhood trauma from different authors have been taken into account and compared. The variables that protect or put the infant's development at risk have been explained. Finally, the possible consequences and mental illnesses suffered in adulthood due to trauma suffered during childhood have been presented. It has been concluded that it is necessary to further investigate longitudinally and prospectively, to increase the amplitude and heterogeneity of the samples, in addition to preventing and raising awareness in the general population about the short and long-term effects that childhood trauma has on a person's life.

1. Introducción.

El trauma infantil es una realidad que afecta a gran cantidad de personas en el mundo. Pérez et al. (2020) conceptualizan el trauma como “las consecuencias de la exposición a experiencias personales que suponen una amenaza a nuestra supervivencia o bienestar”. Según el Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia alrededor de trescientos millones de niños en el mundo de entre dos y cuatro años viven en situación de violencia (Olaguibel, 2021). Para la OMS la violencia sufrida por niños es un problema de salud pública presente en todo el mundo (Águila-Escobedo, 2015). Esta misma autora aporta datos como que solo en América Latina y Caribe más de 40 millones de niños menores de 15 años sufren violencia, abuso y abandono en diferentes contextos de su vida como son la familia, el colegio, la comunidad o en la propia calle. Sufrir maltrato, abuso, negligencia por parte de los cuidadores primarios o presenciar alguna situación violenta puede causar un trauma en la infancia. Los datos mencionados anteriormente, son preocupantes ya que se considera que gran parte de las situaciones de maltrato o negligencia infantil no son conocidas y nunca llegan a ser denunciadas o investigadas (Águila-Escobedo, 2015). No todos los niños piden ayuda o expresan lo sucedido, no todos los cuidadores creen a las víctimas y no todas las familias tienen la capacidad o el conocimiento como para denunciar o tratar estos temas. Las situaciones traumáticas son delicadas, existe estigma, vergüenza y miedo. Nos encontramos ante un problema complejo, de gran envergadura y que afecta a un porcentaje importante de la población mundial.

Las reacciones que pueden derivar de situaciones adversas son muy variadas, por eso este trabajo busca entender en profundidad las situaciones, los factores o variables que pueden causar o empeorar algún tipo de trauma infantil y más concretamente los efectos que se derivan de dichas experiencias con el paso del tiempo.

Considero que conocer las consecuencias que se producen en el niño puede ayudar a concienciar a la población sobre las distintas experiencias que pueden ser potencialmente traumáticas, así como sobre la gravedad del trauma infantil, sobre la necesidad de más investigación y ayudar en el desarrollo de tratamientos terapéuticos específicos.

Este trabajo parte de la idea de que una experiencia puede condicionar toda la vida de una persona porque sus efectos se arrastran durante todo el desarrollo evolutivo, aumentando el riesgo de desarrollar algún trastorno mental durante la adultez. También surge con el objetivo de conocer los trastornos y problemas mentales que se derivan de la experiencia traumática infantil más allá del trastorno de estrés postraumático. Se recogen

consecuencias psicológicas como el trastorno depresivo, el trastorno disociativo, el abuso de sustancias, etc.

Este trabajo es una revisión bibliográfica de investigaciones científicas llevadas a cabo hasta el momento. En él se trata sobre el trauma infantil y sus consecuencias psicológicas a largo plazo. Trata de aportar una visión íntegra sobre el concepto de trauma, aportando distintas definiciones. A partir de estas definiciones se explican las posibles variables que protegen o ponen en riesgo el desarrollo del niño. También, se exponen los cambios a nivel neuroanatómico que se producen en el cerebro de un niño por una experiencia traumática. Para terminar, se desarrollan las consecuencias generales y más específicamente los trastornos mentales más característicos que derivan de dichas experiencias.

2. El trauma.

El término trauma es un concepto polisémico, utilizado en el día a día de la población. En primer lugar, se utiliza en el ámbito de la sanidad para referir a lesiones físicas. Pero también es utilizado para referirse a situaciones impactantes, que han dejado huella en la vida de una persona. En la Real Academia Española (2020) la definición de trauma es “choque emocional que produce un daño duradero en el inconsciente” o “emoción o impresión negativa, fuerte y duradera”.

Desde el punto de vista de la psicología el concepto de trauma psíquico tiene diferentes conceptualizaciones. Por ejemplo, es definido como “experiencia que constituye una amenaza para la integridad de la persona” (Pérez–Sales, 2004). También se define como las consecuencias que derivan de la exposición a vivencias personales que suponen un peligro para la supervivencia o el bienestar (Pérez et al., 2020). Al mismo tiempo, el trauma psíquico se conoce como “un acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su alta intensidad, a la que se suma la incapacidad de responder a él adecuadamente, así como al trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca este evento en la organización psíquica” (Laplanche y Pontalis, como se citó en Fuentes, 2016).

Como explica Fuentes (2016), habría que distinguir entre traumatismo o suceso traumático y trauma. El traumatismo sería el acontecimiento que afecta al sujeto, pero entendido como evento exterior. Mientras que el trauma se entiende como el efecto que produce en el sujeto dicho evento específicamente en el ámbito de lo psíquico. Este

trabajo se centra en el concepto de trauma como efecto o consecuencia que deriva de una experiencia y más concretamente como consecuencia de una experiencia vivida en la infancia pero que va a tener consecuencias durante todo el desarrollo de la persona. Se busca comprender los posibles efectos y las diferentes variables que afectan en el desarrollo de estos efectos.

2.1 El trauma y el maltrato infantil.

Los tipos de maltrato infantil van a ser clasificados siguiendo a Marty y Carvajal (2005). Dentro de los tipos de maltrato encontramos el abuso sexual, el maltrato físico, el maltrato emocional y el abandono o negligencia.

El trauma infantil abarca las experiencias de abuso y negligencia sufridas por un menor. El abuso puede ser físico, sexual, emocional y la negligencia, física o emocional (Bernstein et al., 1998). Autoras como Corral-Proañó y Díaz-Mosquera (2019) entienden el trauma infantil como aquella amenaza muy fuerte que el niño puede vivir sobre su psiquis, su cuerpo o sobre otras personas alrededor. En estas definiciones encontramos que el concepto de trauma infantil se explica desde los acontecimientos y no como las posibles consecuencias que pueden derivarse por dichos acontecimientos.

La escala de tamizaje de Marshall busca registrar el recuerdo anamnésico de haber sufrido una o más experiencias traumáticas antes de los quince años. Esta escala cuenta como suceso traumático el haber sufrido una separación traumática de los padres o cuidadores primarios por más de un mes, las experiencias de castigo físico importante, haber quedado dañado físicamente después de un castigo, presenciar violencia física entre los padres o cuidadores, el abuso de alcohol o drogas de algún miembro de la familia, el contacto sexual forzado por algún miembro de la familia o pariente y el contacto sexual forzado por una persona externa a la familia (Ballesteros et al., 2007).

Como se ha comentado anteriormente se trabajará desde el concepto de trauma infantil como consecuencia o impacto que un acontecimiento tiene en la persona y con el concepto de suceso traumático como aquellas posibles situaciones vividas durante la infancia que pueden terminar ocasionando un trauma.

La escala de tamizaje de Marshall considera como posibles situaciones traumáticas acontecimientos que experimenta el infante directamente como, por ejemplo, el castigo físico importante, pero también situaciones en las que el niño es observador, como presenciar violencia física entre los padres o cuidadores.

De la misma manera que la escala de Marshall diferencia entre ser una víctima directa de la experiencia o un observador, autores como Pérez et al. (2020) también tienen en cuenta la implicación y el origen del estresor. Estos autores diferencian entre estresores impersonales, estresores interpersonales y estresores que aparecen en el contexto de una relación de apego. Los estresores impersonales son aquellos estresores que no han sido causados por una persona, es decir, no hay una persona responsable, como sucede en el caso de las catástrofes naturales. Los estresores interpersonales son aquellos estresores en los que hay un responsable que lleva a cabo una conducta, ya sea deliberada o imprudente. Por último, los estresores en contextos de apego serían los que se dan por negligencia, abandono o maltrato por parte de los cuidadores primarios. Estos últimos provocan mayor vulnerabilidad porque se desarrollan en el que debería ser un contexto estable y seguro para el niño. Por su parte, Águila-Escobedo (2015) afirma que el incesto es el abuso sexual más perjudicial para las víctimas infantiles ya que distorsiona los vínculos afectivos primarios, los roles familiares y repercute en la capacidad de la víctima para relacionarse con los demás.

Desarrollar o no un trauma en la infancia depende de distintos factores. Factores individuales y contextuales además de las características propias de la situación. En relación con el desarrollo de sintomatología también hay que tener en cuenta el concepto de polivictimización. Este concepto hace referencia a un proceso de trauma por acumulación de exposiciones a múltiples tipos de violencia. Los síntomas por polivictimización son más graves que los síntomas desarrollados por una experiencia de trauma única (Guerra et al., 2017).

La definición de maltrato infantil dada por la Organización Mundial de la Salud (2015) es:

“Los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.

Desde estas dos definiciones se entiende que el trauma sería una de las posibles consecuencias de sufrir maltrato en la infancia.

2.1.1 Tipos de maltrato infantil. Los tipos de maltrato infantil van a ser clasificados siguiendo a Marty y Carvajal (2005). Dentro de los tipos de maltrato encontramos el abuso sexual, el maltrato físico, el maltrato emocional y el abandono o negligencia.

El abuso sexual se entiende como toda actividad sexual con un niño que éste no es capaz de comprender o detener y en la que el agresor está en una posición de poder.

El maltrato físico es todo acto premeditado llevado a cabo por un adulto que provoca daño físico, lesión o enfermedad en un niño.

El maltrato emocional supone la expresión de insultos, críticas recurrentes, ridiculizaciones, rechazo, amenazas y bloqueo de iniciativas por parte de un adulto hacia un niño.

Por último, el abandono o negligencia se refiere a aquellas situaciones en las que los padres del niño, estando en condiciones de hacerlo, no proporcionan el cuidado y la protección necesarias para el desarrollo del menor.

También existe el maltrato prenatal, que se define como aquellas conductas intencionadas o negligentes que causan un efecto perjudicial en el feto y por lo tanto en el futuro niño (García et al., 2018).

Esta clasificación de los tipos de maltrato nos hace ver solo una parte de la complejidad y heterogeneidad de los posibles maltratos y por lo tanto también de sus posibles consecuencias. Es una clasificación que se puede considerar completa y al mismo tiempo generalizada entre distintos autores como son Marty y Carvajal (2005) o Fernández et al. (2019).

3. Variables que provocan el mantenimiento de las consecuencias traumáticas en la adultez.

3.1 Momento evolutivo.

La edad del niño a la hora de sufrir el evento traumático es un factor que influye respecto a la gravedad de los efectos y desajustes psicológicos. Cuanto menor es la edad del infante más perjudicial es la experiencia (Evans et al., 2014). Esto se debe a que el momento evolutivo al que nos estamos refiriendo es un momento de mucha vulnerabilidad. En todo momento vital, la presencia de factores estresantes supone un riesgo para la salud psíquica y física de un individuo, pero cuando se trata de la infancia el impacto de factores estresantes es mayor ya que estaría afectando a un ser humano en desarrollo, es decir, un ser humano no maduro psíquica, física o socialmente hablando (López-Soler, 2008).

Además, hay que tener en cuenta la capacidad reducida de los niños para ayudarse o resolver la situación. Esta incapacidad provoca impotencia y sensación de que no hay manera de escapar de la situación lo que produce, pérdida de confianza en uno mismo y en el mundo que los rodea (Corral-Proaño y Díaz-Mosquera, 2019).

3.2 Variable tiempo.

El comienzo, la duración y la reiteración son variables de tiempo clave para entender algunas de las consecuencias y de los síntomas que aparecen tras una experiencia traumática. Por ejemplo, a nivel cerebral se ha encontrado que el comienzo temprano de un abuso y la mayor duración de este están relacionados con un menor volumen intracraneal. (Forero et al., 2010). Águila-Escobedo (2015) también afirma el menor tamaño intracraneal y cerebral por la edad de inicio del maltrato y la duración de este. A menor edad del comienzo del maltrato, menor es el tamaño y a mayor duración menor es el tamaño también.

Al mismo tiempo, la mayor duración y frecuencia de los actos traumáticos y de maltrato experimentados o presenciados por un menor aumentan el desajuste psicológico y los síntomas de trauma (Evans et al., 2014).

La variable tiempo también afecta respecto al diagnóstico y tratamiento de la persona que ha sufrido una experiencia traumática en la infancia. Cuanto más tiempo pasen desapercibidos los acontecimientos más aumenta la herida emocional. También aumenta la dificultad en el tratamiento (López, Gigato y Alvarez, 2012).

Por tanto, la edad en la que aparece la experiencia traumática y la duración de esta son factores claves que tener en cuenta para entender y conocer efectos experimentados por la víctima tanto a corto como a largo plazo.

3.3 Cambios a nivel cerebral.

Como se ha mencionado anteriormente, la infancia es un momento de alta vulnerabilidad porque el niño no está completamente desarrollado física, psicológica, social y neurocognitivamente. Por eso durante la infancia somos más vulnerables a las influencias ambientales. Un ambiente adverso puede afectar al sistema nervioso central del niño, repercutiendo funcional y estructuralmente en la actualidad y a largo plazo (Amores-Villalba y Mateos, 2017). Los efectos producidos por la vulnerabilidad del momento evolutivo son conocidos como “hipótesis de la vulnerabilidad”. Esta hipótesis explica que un daño o desviación temprana en el proceso de neurodesarrollo provoca que la reorganización neuronal no sea igual a la que se hubiese producido sin dicho daño o desviación (Amores-Villalba y Mateos, 2017).

El sistema noradrenérgico también puede verse afectado debido a una situación de negligencia o abandono en la infancia. Estas situaciones están marcadas por intensos niveles de ansiedad que provocan la activación del sistema nervioso simpático y la liberación de noradrenalina. Cuando el sistema noradrenérgico queda afectado, aumenta su sensibilidad. Además, el estrés crónico producido por la negligencia o el abandono provoca liberación de dopamina de la amígdala a la corteza prefrontal. La corteza prefrontal mantiene la atención en el agente estresor, lo que produce en los menores inatención, hipervigilancia, síntomas psicóticos y problemas de memoria y aprendizaje (Forero et al., 2010).

Al mismo tiempo, autores como Forero et al. (2010) dicen que los estados de estrés crónicos se relacionan con un retraso en la mielinización del cuerpo calloso, un tamaño reducido del mismo y una disminuida comunicación entre los hemisferios cerebrales.

Dichos autores también hablan sobre cambios electroencefalográficos en la región frontotemporal, predominantemente en el hemisferio izquierdo, a causa de abuso infantil. Estos cambios electroencefalográficos son un factor de riesgo a largo plazo para intentos de suicidio.

Según Marty y Carvajal (2005) la exposición precoz a una situación de estrés puede originar cambios a largo plazo en los sistemas neurobiológicos relacionados con la respuesta al estrés. Las catecolaminas durante el desarrollo son importantes para

determinar la funcionalidad de las neuronas maduras y la densidad de los receptores. Un niño que ha vivido una situación de abuso o abandono podría desarrollar un sistema catecolaminérgico desorganizado. Esto haría que el niño sea más susceptible al desarrollo de signos y síntomas más graves cuando se exponga a traumas a lo largo de su vida.

Para Boreu et al. (2009), desde un punto de vista biológico la exposición continuada a estresores de intensidad elevada provoca una secreción crónica de glucocorticoides. Esta secreción produce cambios permanentes en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, lo que influiría aumentando los valores dopaminérgicos relacionados con la psicosis.

Se ha encontrado que los sucesos traumáticos infantiles producen liberación de neurotransmisores tóxicos que podrían provocar daño neuronal irreversible. Esto explicaría una mayor vulnerabilidad a desarrollar trastorno de estrés postraumático y otras patologías psiquiátricas tras haber sufrido un trauma durante la infancia (Marty y Carvajal, 2005).

Por último, Águila-Escobedo (2015) afirma que el tamaño del cuerpo caloso de una persona que ha sufrido abuso o negligencia en la infancia es un diecisiete por ciento más pequeño que el de una persona sana. También es un once por ciento más pequeño que el de pacientes psiquiátricos que no han experimentado abuso o negligencia en la infancia. Estos datos están relacionados con la peor comunicación entre los hemisferios que se ha comentado anteriormente. Esta autora también sostiene que hay un menor tamaño en el córtex cingulado anterior y en el núcleo caudado de los adultos que han sido víctimas de un trauma en la infancia. La diferencia de estas dos estructuras cerebrales sería de un dos a un cinco por ciento menor que en pacientes que no han sufrido trauma infantil.

Los cambios a nivel cerebral mencionados anteriormente afectan funcionalmente a la vida del individuo. El aprendizaje, la memoria o las emociones son funciones cerebrales afectadas (Águila-Escobedo, 2015).

Todos estos estudios reflejan la cantidad, la complejidad y la cronicidad de los cambios producidos por situaciones estresante durante la niñez.

3.4 Tipo de personalidad.

La personalidad entendida como conjunto de características perdurables que nos diferencian a unos individuos de otros surge desde la infancia. A partir del nacimiento en adelante el niño adquiere rasgos y comportamientos estables que le conducen a un desarrollo como individuo único (Feldman et al., 2008).

Debido a las experiencias traumáticas, la personalidad del infante se ve afectada. Un cuidado traumático y un vínculo de apego inseguro dificulta el reconocer al otro, al yo y el proceso de hallar la propia identidad (Corral-Proañó y Díaz-Mosquera, 2019). La personalidad también se puede ver afectada porque los esquemas cognitivos de si mismo y del mundo estén influidos por el evento traumático. Si estos esquemas son negativos, aumenta el riesgo de desarrollar síntomas psicóticos, de percibir la realidad como amenazante cuando se trata de una situación normal o de padecer ideación paranoide (Kelleher et al., 2008).

La personalidad se ve condicionada por las experiencias infantiles traumáticas, ya que los cambios a nivel cerebral mencionados en el apartado anterior afectan las funciones afectivas como la regulación emocional o el procesamiento de estímulos afectivos y sociales (Águila-Escobedo, 2015).

Por otro lado, como factores protectores, se ha encontrado que algunas variables psicológicas como la resiliencia afectiva, el estadio de desarrollo del infante o el estilo atribucional del niño pueden ser variables de protección o compensación ante las experiencias de maltrato infantil. Esto explica los distintos efectos que pueden surgir de una experiencia de maltrato según las diferencias individuales (Amores-Villalba y Mateos-Mateos, 2017). También se ha estudiado la importancia de la variable autoeficacia como factor de protección ante la sintomatología traumática. En un estudio de Guerra et al. (2017) la autoeficacia percibida por los sujetos se relaciona inversamente con la sintomatología. Es decir, a mayor autoeficacia menor sintomatología.

Al mismo tiempo, según Fuentes (2016) la tolerancia y la capacidad de elaboración de la experiencia traumática que tenga el sujeto también son posibles variables de protección. Estos datos nos indican que la personalidad es otra variable para tener en cuenta. La personalidad es un aspecto en desarrollo del infante, un aspecto vulnerable pero que puede ser protegido gracias a factores como la resiliencia afectiva o el estilo atribucional del niño.

3.5 Contexto de desarrollo en el momento del trauma y después del trauma.

Los factores ambientales constituyen un factor de riesgo o protección ante un posible trauma en la infancia. Las figuras de apego estables y seguras, la detección temprana de los acontecimientos traumáticos y el soporte emocional a la víctima tras dichos acontecimientos pueden suponer factores de protección o de compensación ante el riesgo de padecer un trauma infantil.

Según Evans et al. (2014) el apoyo social positivo tras la revelación del trauma mejora el procesamiento cognitivo de la víctima. Facilita la expresión de los hechos traumáticos, la construcción de una narrativa más adaptativa del trauma y que la víctima se habitúe a los recuerdos. En un estudio llevado a cabo por Guerra et al. (2017) se ha encontrado que a mayor apoyo social, más autoeficacia y menor sintomatología postraumática.

Esto, junto con las variables mencionadas anteriormente explicaría, porqué ante una misma situación no todo el mundo va a desarrollar los mismos síntomas o incluso puede ser que no se lleguen a desarrollar dichos síntomas.

Durante la primera infancia se es más vulnerable a cualquier influencia ambiental. (Forero et al., 2010). Por ello, encontrarse en ambientes de riesgo, abuso o negligencia supone un elemento negativo determinante para los menores a la hora de desarrollarse de manera completa. Un niño en desarrollo necesita de unas condiciones externas estables y seguras (López-Soler, 2008).

Dentro de estas condiciones estables y seguras se encuentra el vínculo de apego que los niños establecen con sus figuras de referencia o cuidadores primarios. Los vínculos de apego inseguros o inestables hacen que las experiencias traumáticas se intensifiquen. Esto se debe a que los vínculos de apego influyen en el desarrollo biopsicosocial del infante. A largo plazo, estos vínculos, conforman la manera que tiene el niño de percibir el mundo como un lugar seguro o inseguro (Corral-Proaño y Díaz-Mosquera, 2019).

En un estudio realizado por Corral-Proaño y Díaz-Mosquera (2019) se encontró que el trauma infantil y el apego inseguro con las figuras de referencia aumentan el riesgo de suicidio en adolescentes.

Por otro lado, también es importante tener en cuenta la regulación emocional del niño. Los infantes aprenden a regularse emocionalmente a partir de la relación con su entorno más próximo. Mandavia et al. (2016) hablan sobre los efectos negativos derivados de un entorno dañino o que no brinda apoyo. En estos contextos perjudiciales es menos probable que el niño desarrolle conductas de regulación, expresión y etiquetado emocional adecuadas, ya que estas conductas son modeladas por los cuidadores principales. La inadecuada regulación emocional y los entornos de abuso en la infancia provocan adultos que presentan desregulación emocional. Lo que al mismo tiempo provoca mayor vulnerabilidad ante el abuso de sustancias Mandavia et al. (2016).

Ante todos estos hallazgos se considera que el entorno primario del niño tiene una importante labor de prevención y de restauración ante los acontecimientos traumáticos que puedan aparecer en la vida del infante. Águila-Escobedo (2015) afirma que

dependiendo del entorno primario y la relación del infante con este desarrollará más vulnerabilidad al estrés o por el contrario más resistencia ante las experiencias desestabilizadoras que se le presenten.

4. Consecuencias en la adultez de una experiencia traumática durante la infancia.

“Desde un punto de vista general, las consecuencias psicológicas de una experiencia de maltrato en la infancia provocan estados cognitivos de hipervigilancia, percepción de amenazas procedentes del entorno, excesiva identificación de emociones de miedo e intenciones agresivas en los otros, problemas de conducta, agresividad, dificultades para el aprendizaje, menor adaptación escolar y desarrollo intelectual, mayor comorbilidad psiquiátrica, patologías del estado anímico y peor ajuste social en la vida adulta” (Amores-Villalba y Mateos-Mateos, 2017, p. 2).

Según Beltran (2010), los problemas generales que aparecen a largo plazo se pueden clasificar en problemas emocionales, problemas de relación, problemas de conducta y adaptación social, problemas funcionales y problemas sexuales. Esta clasificación de los problemas que pueden aparecer en la biografía de una persona que ha sufrido malos tratos durante la infancia muestra el desajuste que provocan las experiencias traumáticas en el desarrollo de una persona. Esta clasificación abarca la totalidad de la vida de una persona. Ballesteros et al., (2007) confirman que el trauma sufrido en la infancia afecta psicológica y psicosocialmente a lo largo de la vida adulta. Las víctimas de trauma infantil tienen menos capacidad a la hora de desarrollar y mantener relaciones afectivamente cercanas. Por otro lado, en cuanto a la psicopatología, se ha encontrado que el trauma en la infancia es un factor inespecífico, es decir, haber sufrido una experiencia traumática en la infancia puede dar lugar a diferentes tipos de patologías (Corral-Proañó y Díaz-Mosquera, 2019). En la actualidad no se conoce que exista causalidad entre un tipo de experiencia traumática y unas consecuencias específicas. El desarrollo de patologías y trastornos mentales depende además de la experiencia, de variables contextuales y personales.

Por otro lado, Águila-Escobedo (2015) en su metaanálisis explica que la exposición continuada a experiencias de violencia afecta al desgaste temprano de los telómeros. Este desgaste provoca un potencial impacto sobre las funciones celulares y el estado de salud general a lo largo de la vida con enfermedades como cáncer, diabetes, hipertensión arterial, cardiopatías coronarias, etc. Afirma que los niños expuestos a violencia desde

edades tempranas pueden padecer envejecimientos prematuros porque los telómeros que protegen la estructura del ADN se acortan. Las experiencias de violencia en niños acortan dichos telómeros de forma más rápida de lo normal.

Con todos estos estudios se entiende que las consecuencias de sufrir un trauma en la infancia afectan de manera holística a la persona. Estas consecuencias tienen repercusiones sociales, psicológicas y físicas en la vida de las personas.

4.1 Enfermedades mentales en la adultez a causa del trauma infantil.

En la actualidad se conoce que los traumas sufridos en la infancia aumentan la incidencia de psicopatología en la adultez. Por ejemplo, autores como Bru et al. (2009) dicen que hasta un 60% de los niños abusados presentan alguna alteración psicológica. Al mismo tiempo, se conoce que la probabilidad de padecer algún trastorno de personalidad es de cuatro veces mayor si se ha sido víctima de maltrato durante la infancia (Beltran, 2010). Según Ballesteros et al. (2007) encontramos antecedentes de trauma y maltrato en un treinta y cuatro a un cincuenta y tres por ciento de los pacientes que sufren trastornos depresivos, ansiosos, disociativos, somatización, abuso de sustancias, trastornos de la alimentación, trastornos de personalidad, conductas autodestructivas, repetida traumatización en la adultez, mayor uso de recursos en salud y morbilidad médica.

A continuación se detallan posibles trastornos que pueden aparecer tras haber sufrido un trauma en la infancia o trastornos que aparecen durante el desarrollo de la persona con síntomas más graves por haber sufrido un trauma en la niñez.

Trastorno de estrés postraumático. Según Marty y Carvajal (2005) “el trastorno de estrés postraumático surge como respuesta a un acontecimiento estresante que causaría, por sí mismo, malestar en gran parte de las personas expuestas a catástrofes, combates, violaciones, accidentes graves o que son testigos de una muerte violenta”. Desde este momento aparecerán las siglas TEPT para hacer referencia al concepto de trastorno de estrés postraumático.

No todo el mundo llega a desarrollar este trastorno habiendo pasado por las mismas o similares experiencias. Hay que tener en cuenta otros factores que afectan a la hora de que aparezcan sus síntomas. Entre ellos se encuentran, el nivel de exposición al trauma, es decir, si has sido víctima directa de los hechos o un observador, la edad, el género, el nivel de desarrollo y el nivel de funcionamiento premórbido tanto del menor de edad como de la familia (López-Soler et al., 2008). Otros factores que aumentan la

vulnerabilidad a la hora de desarrollar TEPT son bajos niveles educativos y de ingresos, ser mujer, estar divorciado, bajos niveles intelectuales, padecer un trastorno afectivo o ansioso, el abuso de sustancias o tener una personalidad evitativa, antisocial o neurótica. También sufrir hiperactivación noradrenérgica o hipofunción del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (Marty & Carvajal, 2005)

Teniendo en cuenta todos estos factores cabe destacar que la exposición a malos tratos y abuso durante la infancia incrementa el riesgo y la probabilidad de exposición a acontecimientos traumáticos a lo largo de la vida, lo que a su vez aumenta el riesgo de padecer TEPT (Golier et al., 2004). El TEPT derivado de la infancia o adolescencia es particularmente negativo. Los tratamientos son más complicados y tienen peores resultados. Además, es característico de este trastorno que el sistema límbico del infante se vea afectado. La amígdala, estructura perteneciente al sistema límbico, se encarga del procesamiento y la regulación de emociones básicas como el miedo. A partir del estudio por neuroimagen se ha encontrado que los supervivientes a experiencias de trauma infantil presentan hiperactividad en la amígdala lo que además se relaciona con los síntomas del TEPT (Flanagan et al., 2019).

Trastorno límite de la personalidad. El Consejo Asesor Sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental define el trastorno límite de la personalidad, desde ahora mencionado como TLP, como “un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, el afecto y la autoimagen y un escaso control de los impulsos”. Este trastorno supone un problema para la salud de gran parte de la población mundial ya que se estima que entre un diez y un trece por ciento padece o va a padecer TLP y por el deterioro que provoca en la vida de la persona que lo padece y de su entorno familiar y cercano (Nieto, 2006). Este autor declara que un setenta por ciento de las personas son TLP va a tener por lo menos un intento de suicidio durante su vida.

Se considera que este trastorno está relacionado con sufrir acontecimientos traumáticos durante la infancia. Por la elevada prevalencia de malos tratos y abuso durante la infancia en pacientes con trastorno límite de la personalidad, se ha llegado a considerar estas experiencias como generalizadas durante los primeros años de vida de dichos pacientes (Golier et al., 2006). Por otro lado, existe una gran comorbilidad entre este trastorno y el trastorno de estrés postraumático mencionado anteriormente. Esta comorbilidad se sitúa entre un veintiséis y un cincuenta y siete por ciento de los pacientes con trastorno límite

de la personalidad. Algunos autores llegan incluso a entender el TLP como un tipo de trastorno por estrés postraumático (Golier et al., 2006).

Trastorno disociativo. Según Bru et al. (2009) “la disociación se conceptualiza como una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la memoria, la identidad y la percepción del entorno”. Por lo tanto, este trastorno afecta el pensamiento, las emociones, la conducta, la identidad, la consciencia, la percepción y/o el funcionamiento sensomotor pudiendo provocar amnesia, despersonalización, desrealización, confusión de la identidad y alteración de la identidad (Sar y Öztürk, 2012). Hay que tener en cuenta que este trastorno tiene altos índices de comorbilidad, es decir, no suele aparecer como único diagnóstico. Los trastornos disociativos son los trastornos psiquiátricos que autores como Sar y Öztürk (2012) consideran más frecuentes a causa de abuso en la niñez o negligencia.

Trastorno depresivo. En el caso de la depresión, las experiencias de negligencia, abuso físico y sexual en la infancia suponen un factor de riesgo para su desarrollo. Con dichos antecedentes, el desarrollo de la depresión es más temprano, la sintomatología se cronifica y aparece mayor comorbilidad con otros trastornos mentales como son los trastornos ansiosos, somáticos, disociativos, por abuso de sustancias y desorden de personalidad (Ballesteros et al., 2007).

Hay mayor prevalencia en cuanto al diagnóstico de depresión con riesgo de suicidio entre los pacientes que han sufrido trauma en la infancia. En cambio, es más frecuente el diagnóstico de depresión psicótica en los pacientes sin antecedente de trauma infantil (Ballesteros et al., 2007).

Trastorno del espectro de la esquizofrenia. “La esquizofrenia es un trastorno mental grave que se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las emociones, las percepciones, la conciencia de sí mismo y la conducta” (Organización Mundial de la Salud, 2015). Los abusos graves en la infancia se relacionan con el desarrollo de psicosis. Algunos autores defienden que existe un subgrupo de esquizofrenia inducida por el trauma infantil, conocida como esquizofrenia traumática inducida (Boreu et al., 2009). En este subgrupo de esquizofrenia predominan los síntomas psicóticos positivos. Boreu et al. (2009) dicen que los pacientes psicóticos víctimas de traumas en la infancia sufren síntomas más severos, necesitan atención psiquiátrica más temprana y mayor

número de hospitalizaciones. Además, los traumas producidos por experiencias de acosos escolar y abuso sexual infantil son los más asociados con alucinaciones.

En relación con la investigación anterior, Kelleher et al. (2008) han encontrado que los resultados muestran asociaciones significativas entre síntomas psicóticos en la adolescencia temprana e informes de abuso físico infantil, exposición a violencia doméstica y acoso escolar. Por medio de un estudio a largo plazo, estos autores también afirman que haber padecido síntomas psicóticos en la adolescencia a causa de experiencias traumáticas hace que sea más probable que padezcas síntomas psicóticos también durante la vida adulta.

Conducta de riesgo suicida. En un estudio llevado a cabo por Corral-Proaño y Díaz-Mosquera (2019) se comprobó que el trauma infantil aumenta la probabilidad de mostrar comportamientos suicidas y que el apego inseguro a partir o tras sufrir una experiencia traumática es un predictor significativo de conductas de riesgo suicidas. Por lo que se ha comprobado que hay una importante relación entre el trauma infantil, el apego inseguro y las conductas de riesgo suicidas.

Consumo de sustancias. Los estudios indican que la exposición a abuso infantil o traumas a lo largo de la vida se relaciona con problemas de abuso de sustancias. Mandavia et al., (2016) afirman que las personas que han sido abusadas o desatendidas durante la infancia tienen aproximadamente una probabilidad 1,5 veces mayor de reportar uso de drogas ilegales en el último año en comparación con personas sanas, no abusadas o desatendidas durante la niñez. El consumo de sustancias como estrategia de afrontamiento está relacionado con la desregulación emocional, porque las personas carecen de habilidades de afrontamiento emocional. La hipótesis de automedicación en los trastornos adictivos tiene relación con la teoría de la desregulación emocional. Las personas que no tienen herramientas o habilidades para regular las emociones negativas y el malestar emocional recurren al uso de sustancias para aliviar o manejar las emociones indeseables.

El abuso infantil aumenta el riesgo de padecer desregulación emocional, esto es un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de problemas por consumo de sustancias.

Trastorno obsesivo compulsivo. También conocido como TOC. Es un trastorno caracterizado por las obsesiones y las compulsiones. Las obsesiones son pensamientos e imágenes que se vivencian como intrusivos e inapropiados. Estas obsesiones normalmente generan malestar en la persona que las padece y como consecuencia del malestar aparecen las compulsiones. Las compulsiones son conductas o actos que la persona se siente impulsada a hacer para neutralizar la ansiedad que las obsesiones provocan (Velloso y Vicario, 2015).

Boger et al. (2020) estudian la relación que hay entre haber sufrido maltrato infantil y padecer TOC. En su muestra los tipos de maltrato más prevalentes eran el abuso emocional, el abuso sexual y la negligencia. Más concretamente, el abuso emocional es el tipo de maltrato infantil más relacionado con la aparición de TOC durante el desarrollo. En dicho estudio se concluye que las experiencias infantiles de trauma empeoran la sintomatología producida por el trastorno obsesivo compulsivo.

Trastorno bipolar. Es una enfermedad del estado de ánimo, crónica, que se caracteriza por la fluctuación del estado de ánimo de la persona que lo padece (Hernández, Martínez e Izquierdo, 2019). Las fluctuaciones anímicas se conocen como episodios. La persona con TB puede tener episodios de manía o episodios depresivos. En el estudio de Ríos et al. (2020), en el que se trabaja con personas que padecen TB de tipo I, se encuentra que el sesenta y cuatro por ciento de las personas han sido víctimas de algún tipo de maltrato infantil.

Los resultados de dicho estudio exponen lo mismo que hemos mencionado en trastorno del espectro de la esquizofrenia o en el trastorno depresivo. El trauma infantil supone un riesgo para el desarrollo temprano del trastorno, aumenta la severidad de los síntomas y el riesgo de intentos de suicidio también es mayor. En este trastorno en específico se encuentra que hay alteraciones específicas en el rendimiento en tareas de cognición social.

A partir de diferentes fuentes bibliográficas se ha encontrado que el trauma en la infancia aumenta el riesgo de padecer una gran variedad de trastornos psicológicos y que aumenta la severidad y la complejidad de los síntomas en dichos trastornos. También se pone de manifiesto los efectos inespecíficos que aparecen a causa del trauma infantil y la comorbilidad de gran parte de los trastornos mentales. Por otro lado, la bibliografía actual deja claro que el TEPT no es la única consecuencia que se deriva de sufrir un acontecimiento traumático a lo largo del desarrollo. Autores como Vitriol (2005) han

estudiado que el trauma infantil puede dar lugar a diferentes tipos de psicopatologías por su condición de factor inespecífico. Para dicha autora el trauma en la infancia también puede dar lugar a trastornos afectivos, ansiosos, trastornos de la alimentación, por somatización, abuso de alcohol e incluso problemas gastrointestinales, cefaleas y síntomas ginecológicos entre otros.

5. Discusión y conclusiones.

A la hora de empezar este trabajo creía conocer el concepto de trauma, pero una vez que empecé a investigar me di cuenta de que no tenía claro el concepto, tampoco conocía su complejidad y su amplitud.

Pensaba que el trauma infantil iba a estar pautado y categorizado. Consideraba que iba a encontrar específicamente las situaciones y las consecuencias que las misma desencadenaban. Me he dado cuenta de que la mayoría de los estudios se centran en un tipo de evento traumático específico. También he encontrado que hay limitaciones en diferentes estudios del trauma infantil.

Respecto a los objetivos marcados en este trabajo he tratado de aportar una visión integral del concepto de trauma en la infancia. Lo que no he podido lograr es explicar específicamente los ambientes y las circunstancias en los que aparece el trauma como efecto. He aportado información sobre las variables de protección y riesgo respecto a la experiencia de trauma. Asimismo, he investigado acerca de las causas que hacen que las consecuencias se mantengan en la vida adulta. Por último, he podido definir y explicar parte de las consecuencias que esas experiencias provocan.

Como he comentado anteriormente la mayoría de la literatura se centra en un tipo de evento traumático e investiga únicamente ese evento y sus consecuencias específicas. Esto hace que el estudio del concepto general sea muy amplio y diverso. Aunque exista gran variedad de estudios centrados en eventos particulares, quedan otros tipos de acontecimientos posiblemente traumáticos sobre los que no hay apenas investigación. A la hora de buscar bibliografía sobre trauma infantil, la mayoría de los estudios tratan el maltrato y abuso sexual infantil. A lo largo de la búsqueda he echado en falta información sobre la relación entre trauma infantil y catástrofes naturales, exclusión social o acoso escolar entre otros.

Para mí esta falta de investigación sobre algunos eventos traumáticos se refleja en la diferencia que existe entre las definiciones para trauma infantil y la definición que

propone la escala de Marshall para medir trauma en la infancia. Algunos de los acontecimientos reflejados en la escala no se contemplan en las diferentes definiciones de trauma infantil.

Por otro lado, respecto a las limitaciones en los estudios he encontrado que hace falta estudiar el trauma infantil en poblaciones más amplias y heterogéneas. Autoras como Corral-Proañó y Díaz-Mosquera (2019) creen que haría falta más investigación con estratos socioeconómicos y culturales diferentes. De la misma manera, Guerra et al. (2017) creen que su estudio debería pasarse a población vulnerable y sin acceso a educación superior para poder extrapolar los datos.

De igual forma, hay limitaciones en cuanto al tipo de investigación llevada a cabo. Hay diversos autores que opinan que sería necesario trabajar con datos longitudinales. Guerra et al. (2017) hablan del sesgo en el recuerdo por el paso del tiempo. En esa misma línea, Fernández et al. (2019) creen que los estudios retrospectivos se ven influidos a largo plazo por el tiempo y las experiencias posteriores al evento traumático, ya que ambos factores pueden modificar el tono emocional del recuerdo.

Otros factores para tener en cuenta como limitaciones de las investigaciones actuales son los sentimientos de vergüenza y culpa. Se cree que estos sentimientos pueden influir en la población estudiada a la hora de relatar sus propias experiencias. Por último, he hallado como limitación la dificultad que han encontrado autores como Ballesteros et al. (2007) para estudiar la comorbilidad, el sobrediagnóstico o subdiagnóstico que suele aparecer en pacientes complejos como aquellos con los que ellos han llevado a cabo su investigación. Creo que estas limitaciones se encuentran sobre todo en aquellos estudios que han tratado de estudiar el trauma infantil desde una perspectiva más innovadora a la que se ha venido haciendo. He leído estudios experimentales que necesitan poblaciones más amplias y heterogéneas. También hace falta llevar a cabo estudios longitudinales y prospectivos. Además de investigar un mayor número de posibles eventos traumáticos y tener en cuenta en las investigaciones las variables de personalidad, autoeficacia y apoyo social.

Este trabajo ha aportado una visión general del concepto de trauma infantil, de las variables que influyen en la aparición del trauma y una explicación de las consecuencias psicológicas, biológicas y sociales que provoca el desarrollo de dicho trauma a lo largo de la vida.

Hacia el futuro creo que es necesario seguir investigando, teniendo en cuenta las limitaciones de los estudios ya realizados para poder desarrollar psicoterapias más

específicas para esta población. Por último, considero que hace falta concienciar y prevenir a cerca del trauma infantil y sus efectos en el desarrollo.

6. Referencias.

- Águila-Escobedo, D. (2015). Violencia y estrés infantil: ¿está en juego nuestro futuro? *Acta Médica Peruana*, 32(2), 71-83.
- Amores-Villalba, A., y Mateos-Mateos, R. (2017). Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología educativa*, 23(2), 81-88.
- Ballesteros, S., Vitriol, V., Florenzano, R., Vacarezza, A., y Calderón, A. (2007). Mujeres con depresión severa: Relación entre trauma infantil y gravedad de síntomas clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 45(4), 288-295.
- Beltran, N. P. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del psicólogo*, 31(2), 191-201.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., y Foote, J. (1998). Childhood trauma questionnaire. *Assessment of family violence: A handbook for researchers and practitioners*.
- Boger, S., Ehring, T., Berberich, G., y Werner, G. G. (2020). Impact of childhood maltreatment on obsessive-compulsive disorder symptom severity and treatment outcome. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1753942.
- Boreu, Q. F., Alonso, M. J. A., López, J. M. S., Baños, J. P., y Pons, F. X. A. (2009). Trauma infantil y esquizofrenia. *Psiquiatría Biológica.*, 16, 137-139.
- Bru, M. T., Santamaría, M., Coronas, R., y Cobo, J. V. (2009). Trastorno disociativo y acontecimientos traumáticos. Un estudio en población española. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(4), 200-204.
- Consejo asesor sobre asistencia psiquiátrica y salud mental. (2006). *Trastorno límite de la personalidad (TLP)*. Cataluña, España: CatSalut.
- Corral-Proaño, V. J., y Díaz-Mosquera, E. (2019). Entender la conducta suicida desde los vínculos de apego inseguro y el trauma infantil. *CienciAmérica*, 8(1), 48-61.

- Evans, S. E., Steel, A. L., Watkins, L. E., y DiLillo, D. (2014). Childhood exposure to family violence and adult trauma symptoms: The importance of social support from a spouse. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(5), 527- 536.
- Flanagan, J. C., Sippel, L. M., Santa Maria, M. M. M., Hartwell, K. J., Brady, K. T., y Joseph, J. E. (2019). Impact of Oxytocin on the neural correlates of fearful face processing in PTSD related to childhood Trauma. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1-17.
- Feldman, R. S., Olguín, V. C., Acosta, M. G., y Hoyos, M. T. A. (2008). *Desarrollo en la infancia*. Massachusetts: Pearson.
- Fernández, S. A., Agut, M. M., Guzmán, A. O., Vázquez, M. A., Garrido, A. B., Cid, B. S., y De la Gándara Martín, J. J. (2019). Relación entre el trauma infantil y los trastornos mentales en la edad adulta. *Psicosomática y psiquiatría*, 11, 46-56.
- Forero, L. C. A., Reyes, A. P. A., Díaz, A. P. G., y Rueda, M. E. V. (2010). Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo. *MedUNAB*, 13(2), 103-115.
- Fuentes Lara, I. (2016). (Un) Estatuto de lo traumático: Narcisismo, desamparo y maltrato infantil. *Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 38, 423-436.
- García, J. G., Mas, E. C., López-Vilchez, M. Á., Buscato, M. J. M., y Sierra, A. M. (2018). Análisis del maltrato prenatal en Cataluña entre los años 2011 y 2014. In *Anales de Pediatría*, 88(3), 150-159.
- Guerra, C., Inostroza, R., Villegas, J., Villalobos, L., y Pinto-Cortez, C. (2017). Polivictimización y sintomatología postraumática: el rol del apoyo social y la autoeficacia. *Revista de psicología (Santiago)*, 26(2), 66-75.

- Golier, J. A., Yehuda, R., Bierer, L. M., Mitropoulou, V., New, A. S., Schmeidler, J., Silverman, J. M., y Siever, L. J. (2004). Relación entre el trastorno límite de la personalidad, el trastorno por estrés postraumático y los acontecimientos traumáticos. *American Journal of Psychiatry*, 7(2), 111–117.
- Hernández, O. M., Martínez, O. M., e Izquierdo, Y. B. (2019). Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Revista médica electrónica*, 41(2), 467-482.
- Kelleher, I., Harley, M., Lynch, F., Arseneault, L., Fitzpatrick, C., y Cannon, M. (2008). Associations between childhood trauma, bullying and psychotic symptoms among a school-based adolescent sample. *The British Journal of Psychiatry*, 193(5), 378-382.
- López-Soler, C., Castro, M., Daset, L. R., Alcántara, M., Fernández, V., Prieto, M., y Puerto, J. C. (2008). Consecuencias del maltrato grave intrafamiliar en la infancia: conceptualización y diagnóstico de las reacciones postraumáticas complejas. *Ciencias Psicológicas*, 2(2), 103-118.
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159-174.
- López, Y. R., Gigato, B. A. A., y Alvarez, I. G. (2012). Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil. *Eureka (Asunción) en Línea*, 9(1), 58-68.
- Mandavia, A., Robinson, G. G., Bradley, B., Ressler, K. J., y Powers, A. (2016). Exposure to childhood abuse and later substance use: Indirect effects of emotion dysregulation and exposure to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 29(5), 422-429.

Marty, C., y Carvajal, C. (2005). Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(3), 180-187.

Nieto, T. E. (2006). Trastorno límite de la personalidad: Estudio y tratamiento. *InNiS*, 1(1), 4-20.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *OMS | Esquizofrenia*. OMS.

<https://www.who.int/topics/schizophrenia/es/>

Olaguibel, A. (2021). *Cada 7 minutos muere un adolescente víctima de la violencia*. UNICEF España.

<https://www.unicef.es/blog/violencia-infantil-una-realidad-demasiadas-veces-silenciada>

Pérez, I. M. C., López-Soler, C., Alcántara-López, M., Castro, M., Sáez, V. F. F., y Pérez, A. M. (2020). Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: trauma del desarrollo. *Papeles del Psicólogo*, 41(3), 219-227.

Pérez-Sales, P. (2004). El concepto de trauma y de respuesta al trauma en psicoterapia. *Norte de salud mental*, 5(20), 29-36.

Real Academia Española. (n.d). Trauma. En *Diccionario de la lengua española*. Encontrado el 6 de diciembre, 2020, de <https://dle.rae.es/trauma>.

Ríos, U., Moya, P. R., Urrejola, Ó., Hermosilla, J., Gonzalez, R., Muñoz, P., y Jiménez, J. P. (2020). El maltrato infantil y su rol en el curso clínico de pacientes con trastorno bipolar. *Revista médica de Chile*, 148(2), 204-210.

Sar, V., y Öztürk, E. (2012). Trastorno de identidad disociativo: diagnóstico, comorbilidad, diagnóstico diferencial y tratamiento. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 3(2), 1-21.

Vellosillo, P. S., y Vicario, A. F. C. (2015). Trastorno obsesivo compulsivo. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(84), 5008-5014.

Vitriol, G. (2005). Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(2), 83-87.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Maltrato de menores*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/topics/child_abuse/es/