

**POR QUÉ, CUÁNDO Y CÓMO PREGUNTAR SOBRE EL ABUSO INFANTIL\***

John Read, Paul Hammersley y Thom Rudegeair

*Psicopatol. salud ment. 2015, 26, 9-21*

---

**Suscripción Revista:** <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

**Subscription Journal:** <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

# Por qué, cuándo y cómo preguntar sobre el abuso infantil\*

JOHN READ\*\*, PAUL HAMMERSLEY\*\*\* Y THOM RUDEGEAIR\*\*\*\*

## RESUMEN

Cuando partimos de que el modelo médico enfatiza el papel de la genética en la causa de la locura y el sufrimiento, podemos subestimar gravemente el impacto de los sucesos traumáticos en el desarrollo de la mente. Este sesgo persiste a pesar de la sabiduría popular universal de que la enfermedad mental aparece cuando ocurren cosas malas a la gente. El maltrato infantil físico y sexual y la negligencia son experiencias extremadamente comunes en aquellos que desarrollan problemas graves de salud mental. Por desgracia, las víctimas suelen ser reacias a revelar sus historias de abuso y los profesionales suelen ser reacios a buscarlas. Exploramos la naturaleza y el alcance del problema y las razones aparentes para el descuido generalizado de esta importante área de la atención. Luego, sobre la base de nuestra experiencia en Nueva Zelanda, proporcionamos directrices para preguntar a los pacientes sobre el abuso infantil y describir una iniciativa en curso en el Reino Unido para seguir avanzando en nuestra comprensión del impacto del maltrato y nuestras habilidades para detectar y tratar a los supervivientes. PALABRAS CLAVE: abuso, trauma, negligencia, preguntar, responder.

## ABSTRACT

WHY, WHEN AND HOW TO ASK ABOUT CHILDHOOD ABUSE. Subscribers to the medical model of the causation of madness and distress emphasize the role of genes and can severely underestimate the impact of traumatic events on the development of the human mind. This bias persists despite the worldwide popular wisdom that mental illness arises when bad things happen to people. Childhood physical and sexual abuse and neglect are extremely common experiences among those who develop serious mental health problems. Unfortunately, victims are typically reluctant to disclose their histories of abuse and practitioners are often reluctant to seek it. We explore the nature and extent of the problem and the apparent reasons for the pervasive neglect of this important area of care. Then, on the basis of our experience in New Zealand, we provide guidelines on asking patients about childhood abuse and describe an ongoing initiative in the United Kingdom to further advance our understanding of the impact of abuse and our skills to detect it and treat survivors. KEY WORDS: abuse, trauma, negligence, ask, respond.

## RESUM

PER QUÈ, QUAN I COM PREGUNTAR SOBRE L'ABÚS INFANTIL. Quan partim de que el model mèdic emfatitza el paper de la genètica en la causa de la bogeria i el patiment, podem subestimar greument l'impacte dels successos traumàtics en el desenvolupament de la ment. Aquest biaix persisteix, malgrat la saviesa popular que la malaltia mental apareix quan passen coses dolentes a la gent. L'abús infantil físic i sexual i la negligència són experiències extremadament comunes en aquells que desenvolupen problemes greus de salut mental. Malauradament, les víctimes acostumen a estar poc disposades a revelar les seves històries d'abús i els professionals acostumen a estar poc disposats a buscar-les. Explorem la naturalesa i l'abast del problema i les raons aparents del descuit generalitzat d'aquesta important àrea d'atenció. Després, sobre la base de la nostra experiència a Nova Zelanda, proporcionem directrius per preguntar als pacients sobre l'abús infantil i descriure una iniciativa en curs al Regne Unit per seguir avançant en la nostra comprensió de l'impacte del maltractament i en les nostres habilitats per detectar i tractar els supervivents. PARAULES CLAU: abús, trauma, negligència, preguntar, respondre.

*\*Este texto fue publicado previamente en Read, J., Hammersley, P. y Rudegeair, T. (2007). Why, when and how to ask about child abuse. Advances in Psychiatric Treatment, 13, 101-110. De acuerdo con el autor y el editor, este artículo es de descarga gratuita desde la web: <http://fundacioorienta.com/indes.php/sumari>.*

*\*\*Profesor titular en Psicología de la Universidad de Auckland (Nueva Zelanda) y miembro del Comité Ejecutivo de la International Society for the Psychological Treatments of Schizophrenia.*

*\*\*\*Director del Programa de estudios post-graduados en terapia cognitivo-conductual familiar e individual en la Universidad de Manchester (Reino Unido).*

*\*\*\*\*Doctor en Psiquiatría y en Zoología. Director clínico de la unidad psiquiátrica de Auckland (Nueva Zelanda).*

*Correspondencia: [j.read@auckland.ac.nz](mailto:j.read@auckland.ac.nz)*

Los expertos en salud mental no tienen una historia sobre la que sentirse orgullosos cuando se trata de entender con qué frecuencia les ocurren cosas muy malas a los niños. Hace tan sólo tres décadas que un prominente manual de psiquiatría informó de que la prevalencia de incesto era de uno sobre un millón (Henderson, 1975).

El reduccionista paradigma “biogenético” que hasta ahora ha dominado los servicios de salud mental e investigación (Bentall, 2003; Read, Mosher y Bentall, 2004a) no alentaba un foco en las causas psicosociales de los problemas en salud mental. Cuestiones como la pobreza, el aislamiento, la discriminación, las familias disfuncionales y la violencia fueron relegadas, en el modelo bio-psicosocial o de estrés-vulnerabilidad, a ser meros desencadenantes o agravantes de una vulnerabilidad que se presuponía de origen genético (Read, 2005). Sin embargo, la investigación (1) resumida aquí sobre la prevalencia y los efectos del maltrato infantil es un ejemplo del resurgimiento del interés en los factores *psico y socio*. Tal vez estamos empezando a recordar que los que crearon el modelo estrés-vulnerabilidad declararon que no existe algo como la “vulnerabilidad adquirida” y que esto puede ser “debido a la influencia del trauma, enfermedades específicas, complicaciones perinatales, experiencias familiares, interacciones entre compañeros adolescentes y otros acontecimientos vitales que tanto pueden potenciar como inhibir el desarrollo de un trastorno posterior” (Zubin y Spring, 1977, p. 109).

Parece que hay una creciente conciencia de hasta qué punto el péndulo había oscilado lejos de una integración genuina entre lo biológico y lo psicosocial. La comprensión de que las diferencias cerebrales, generalmente citadas como evidencia de los fenómenos biológicos, pueden ser causadas por eventos adversos, especialmente durante la infancia (Read, Perry, Moskowitz et al., 2001a), ha ayudado a este proceso. También hay una mayor comprensión del papel de la industria farmacéutica en la promulgación de las explicaciones fisiológicas simplistas y soluciones químicas altamente rentables. El año pasado el presidente de la Asociación Americana de Psiquiatría aconsejó que “como abordamos estos temas del *Big Pharma*, debemos examinar el hecho de que como profesión, hemos permitido que el modelo bio-psico-social se convierta en el modelo *bio-bio*” (Sharfstein, 2005).

Sin embargo, no es suficiente que los investigadores estén poniendo más atención a las causas psicosociales

que a la angustia humana. Los clínicos necesitan reflejar en su práctica que esta oscilación tan atrasada del péndulo se dirija a una posición más central basada en la evidencia. Describimos aquí lo que hemos aprendido sobre una manera de hacer esto: preguntar a los pacientes sobre abuso infantil y responder bien cuando la respuesta es “sí”.

### La prevalencia y los efectos del maltrato infantil

Una revisión de 46 estudios (n = 2604) en mujeres tanto ingresadas como pacientes ambulatorias, muchas de las cuales tenían psicosis, revelaron que el 48 por ciento declararon haber sido sometidas a abuso sexual y que el 48 por ciento a maltrato físico durante la infancia. La mayoría (69 %) habían sufrido uno u otro (o ambos). Las cifras correspondientes a hombres (31 estudios, n = 1536) fueron: abuso sexual en la infancia, 28 por ciento; maltrato físico en la infancia, 50 por ciento; ya sea uno u otro (o ambos), 59 por ciento (Read, Van Os, Morrison et al., 2005).

Se ha demostrado cómo el abuso infantil tiene un papel causal en muchos problemas de salud mental, incluyendo la depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de estrés post-traumático, trastornos de la alimentación, abuso de sustancias, disfunción sexual, trastornos de la personalidad y trastornos disociativos (Mullen, Martin, Anderson et al., 1993; Boney-McCoy y Finkelhor, 1996; Kendler, Bulik, Silberg et al., 2000).

Pacientes psiquiátricos sometidos a abuso sexual o físico durante la infancia acuden a la consulta más pronto y tienen ingresos más largos y más frecuentes, están más tiempo en aislamiento, reciben más medicación y tienen una sintomatología más grave (Mullen et al., 1993; Lipschitz, Kaplan, Sorkenn et al., 1996; Read, Agar, Barker-Collo et al., 2001b). También son más propensos a suicidarse que otros pacientes psiquiátricos que no han sufrido ningún abuso (Lipschitz et al., 1996; Read, 1998). Un estudio de 200 pacientes ambulatorios adultos encontró que la suicidabilidad estaba mejor predicha por el maltrato infantil que por un diagnóstico actual de depresión (Read et al., 2001b). Un estudio de población general encontró que las mujeres que habían sido víctimas de abusos sexuales cuando eran niñas tenían entre 8 y 25 veces más probabilidades (dependiendo de la gravedad del abuso) de haber intentado suicidarse respecto las que no lo habían sido (Mullen et al., 1993).

Ahora hay una clara evidencia de que el abuso físico y sexual durante la infancia está relacionado con los síntomas de la psicosis y la esquizofrenia, particularmente con alucinaciones y delirios paranoides (Ross, Anderson y Clark, 1994; Read y Argyle, 1999; Read et al., 2001a, 2003, 2004b, 2006a; Hammersley et al., 2003; Bebbington et al., 2004; Read y Hammersley, 2006). Estudios recientes de población general a gran escala de control de posibles variables mediadoras indican que la relación es casual, con un efecto de la dosis. Por ejemplo, un estudio prospectivo de unas cuatro mil personas en los Países Bajos encontró que aquellos que habían sufrido maltrato “moderado” durante la infancia eran once veces más propensos a tener “patología nivel psicosis” que los que no habían sido abusados de niños, mientras que los que habían sufrido maltrato “grave” tenían 48 veces más probabilidades (Janssen et al., 2004).

No todo el mundo está convencido de que haya suficiente evidencia para concluir que el abuso infantil sea un factor de riesgo para la psicosis y la esquizofrenia (Spataro et al., 2004; Morgan, Fisher y Fearon, 2006; Read et al., 2006b). Nosotros lo estamos por la investigación y por lo que oímos en nuestro trabajo clínico cuando preguntamos a los pacientes con estos diagnósticos sobre sus vidas. Este hecho, sin embargo, es totalmente irrelevante para los propósitos de este artículo. Los psiquiatras no tienen que estar convencidos de una relación casual con todas y cada una de las categorías diagnósticas para entender la importancia de preguntar a los pacientes a los que tratan de ayudar qué es lo que pasó en sus vidas.

### Creencias públicas y expectativas

Una revisión reciente (Read et al., 2006c) encontró que el público en 16 países cree que factores psicosociales como maltrato infantil, pérdida, pobreza y familias problemáticas juegan un papel más importante en la causa de los problemas de salud mental que la genética, la disfunción cerebral o el desequilibrio químico. Esto también resulta cierto para los pacientes y sus familiares (Read y Haslam, 2004).

Un estudio sobre los londinenses (Furnham y Bower, 1992) encontró que los modelos causales más avalados sobre la esquizofrenia eran “experiencias traumáticas o inusuales o el fracaso en negociar alguna etapa crítica del desarrollo” y “presiones sociales, económicas y familiares”. Además, los participantes

“estaban de acuerdo en que el comportamiento esquizofrénico tenía algún significado y que no era al azar ni simplemente un síntoma de una enfermedad”. En un estudio de Londres más reciente, sólo el cinco por ciento de las personas diagnosticadas de esquizofrenia creían que la causa de sus problemas fuera la enfermedad mental y sólo el trece por ciento citaron otras causas biológicas, mientras que el 43 por ciento hacían referencia a causas sociales como problemas interpersonales, estrés y acontecimientos en la infancia (McCabe y Priebe, 2004).

Esta creencia pública en causas psicosociales ha demostrado su resistencia a los esfuerzos, apoyados con entusiasmo por la industria farmacéutica, para persuadir al público a adoptar una comprensión más biológica de la angustia humana. Debemos tener en cuenta, de paso, que el enfoque de la educación pública de que la “enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra”, destinado a reducir el estigma, en realidad aumenta el miedo, el prejuicio y el deseo de distanciarse (Walker y Read, 2002; Read y Haslam, 2004; Dietrich, Matschinger y Angermeyer, 2006; Read et al., 2006c).

No obstante, el punto importante aquí es que debido a que el público, por ejemplo clientes/pacientes, cree que sus problemas están causados predominantemente por cosas malas que les ha pasado, probablemente espera ser preguntado sobre éstas por los profesionales de salud mental. Un raro estudio de lo que usuarios de los servicios de salud mental pensaban sobre ser preguntados acerca del abuso en la infancia encontró que, aunque la mayoría (64 %) había tenido alguna experiencia de maltrato de cualquier tipo, el 78 por ciento no había sido preguntado sobre ello en la valoración inicial. Aquellos que informaron de sus abusos a los investigadores estaban significativamente menos satisfechos con sus respectivos tratamientos y menos propensos a pensar que sus diagnósticos eran descripciones exactas de sus problemas que los participantes no maltratados (Lothian y Read, 2002). Por otra parte, el 69 por ciento de los participantes maltratados creía que había una conexión entre haber sido abusados y sus problemas de salud mental, pero que sólo el 17 % del personal así lo consideraba. Sus comentarios incluían: “somos muchos doctores, administrativas, enfermeras, trabajadoras sociales y enfermeras psiquiátricas del distrito preguntándote sobre lo mismo, mental, mental, mental, pero no preguntándote sobre ti”, “creo que se suponía que tuve una enfermedad

mental y, ya sabes, porque no dije ni una palabra sobre el maltrato, he sufrido como nadie lo sabe”, o “me encantaría que me hubieran dicho ¿qué te ha pasado? ¿Qué pasó? Pero no lo hicieron”.

### ¿Esperando a ser contado?

Los supervivientes de abuso sexual en la infancia suelen ser muy reacios a hablar espontáneamente a alguien sobre ello. Un estudio estadounidense encontró que el promedio de tiempo antes de la revelación por individuos que habían sufrido abuso sexual en la infancia fue de 9,5 años (Frenken y Van Stolk, 1990). Un estudio neozelandés de 252 mujeres que habían sido abusadas sexualmente durante la infancia encontró que el 52 por ciento esperó hasta diez años a contarlo a alguien, y el 28 por ciento no lo había explicado a nadie (Anderson et al., 1993). En otro estudio neozelandés, de 191 mujeres que habían recibido *counselling* por abuso sexual infantil, el promedio de tiempo que les llevó contárselo a alguien fue de 16 años (Read et al., 2006d).

Las personas no son más propensas a hablar con los profesionales de salud mental que con nadie más. De hecho, hay cierta evidencia de que los pacientes psiquiátricos comunican menos el maltrato infantil (Dill et al., 1991). Por ejemplo, cuando los investigadores hicieron una encuesta con mujeres que habían estado ingresadas una vez habían vuelto a la comunidad, el 85 por ciento de las encuestadas habían revelado el abuso sexual infantil, muy por encima de la media del 48 por ciento (Read et al., 2005) que había informado anteriormente (cuando se les preguntó durante la hospitalización). Muchas personas con un amplio contacto con los servicios de salud mental no revelan su victimización a los clínicos (Finkelhor, 1990; Elliott, 1997).

Un estudio neozelandés (Read y Fraser, 1998) comparó las tasas de divulgación cuando se les preguntó a pacientes psiquiátricos hospitalizados sobre traumas pasados y cuando no se les preguntó durante la admisión (es decir, se les hizo durante la estancia en el hospital o lo comunicaron de manera espontánea). Los resultados, que se muestran en la Tabla 1, fueron similares a los obtenidos en una réplica del estudio con pacientes ambulatorios psiquiátricos (Agar, Read y Bush, 2002).

### Práctica clínica actual

#### Preguntando

La investigación resumida hasta ahora podría sugerir

que la violencia interpersonal debe ser un objetivo principal cuando los profesionales de salud mental evalúan clientes, formulan las causas de sus dificultades y hacen planes de tratamiento. Sin embargo, no parece que sea así (Mitchell, Grindel y Laurenzano, 1996). Estudios de pacientes hospitalizados en EE.UU. y el Reino Unido han descubierto que los clínicos identifican menos de la mitad de los casos de maltrato que se informan a los investigadores. La proporción identificada por los clínicos varía del 48 al 0 por ciento (Jacobson, Koehler y Jones-Brown, 1987; Craine et al., 1988; Mills, 1993; Muenzenmaier et al., 1993; Wurr y Partridge, 1996).

Un estudio de 30 “usuarios serios” de hospitalización aguda y de urgencias que revelaron a los investigadores que habían sido víctimas de abuso sexual o físico durante la infancia encontró que nunca se les había preguntado por el maltrato antes (Rose, Peabody y Stratigeas, 1991). Una encuesta a mujeres de Nueva Zelanda que habían sido víctimas de abusos sexuales durante la infancia y más tarde fueron tratadas por los servicios de salud mental encontró que el 63 por ciento nunca había sido preguntado sobre ello por parte del personal (Read et al., 2006d). Estos estudios se centran en el abuso sexual y físico, pero tanto la desatención como el maltrato emocional podrían ser igualmente ignorados por los servicios de salud mental (Thompson y Kaplan, 1999).

#### Respondiendo

Ha habido poca investigación sobre lo que los profesionales en salud mental hacen después de que un cliente revele maltrato infantil. En una encuesta autoevaluada de personal británico, sólo el cinco por ciento de las enfermeras, el diez por ciento de los psicólogos y el 24 por ciento de los psiquiatras dijeron que no emprenden ninguna acción cuando un cliente hombre revela haber sufrido abuso sexual infantil (Lab, Feigenbaum y De Silva, 2000). Sin embargo, tres estudios de comportamiento registrado en este tipo de situaciones, en Nueva Zelanda (Read y Fraser, 1998b; Agar y Read, 2002) y los Estados Unidos (Eilenberg et al., 1996), encontraron niveles muy bajos de respuesta en términos de ofrecer información o apoyo, refiriéndose al *counselling*, documentar los maltratos en los archivos de los pacientes, preguntar acerca de la divulgación o tratamiento previo, incluir el abuso en formulaciones o planes de tratamiento, y tener en cuenta informar a las autoridades legales o de protección.



## Barreras para preguntar y responder

A continuación, resumimos algunas de las razones del fracaso en preguntar sobre el maltrato infantil o en responder bien cuando éste es informado:

- Otras necesidades y preocupaciones más inmediatas
- Preocupación por ofender o angustiar a los pacientes
- Miedo a la traumatización indirecta
- Miedo a inducir “falsos recuerdos”
- El cliente es un hombre
- El cliente tiene más de 60 años
- El cliente tiene un diagnóstico indicativo de psicosis, particularmente cuando el clínico tiene fuertes creencias causales biogenéticas
- El clínico es un psiquiatra, especialmente uno con fuertes creencias causales biogenéticas
- Fuertes creencias causales biogenéticas en general, tanto en psiquiatras como en psicólogos
- El clínico es un hombre o del otro género
- Falta de formación en cómo preguntar y cómo responder

## Cuestiones más importantes y no querer alterar al paciente

Preparando un taller de formación en Auckland, psiquiatras y psicólogos fueron encuestados sobre los motivos por los que a veces no preguntan sobre el maltrato pasado (Young et al., 2001). Para ambas profesiones, las dos razones más frecuentemente respaldadas fueron “demasiadas necesidades y preocupaciones más inmediatas” y “los pacientes encontrarían la cuestión demasiado perturbadora o podría causar un empeoramiento de su estado psicológico”. La primera podría ser una razón sensata para demorar la exploración (por ejemplo, cuando se enfrentan a la psicosis aguda o comportamiento suicida). La segunda es una buena razón para aprender cómo preguntar con sensibilidad y cómo responder terapéuticamente. Por supuesto, el hecho de recordar cosas malas que han sucedido puede ser muy molesto, especialmente si quien lo tiene que preguntar lo maneja con torpeza, pero no hay evidencia de que preguntar sobre ello provoque algún daño grave o permanente, y sí que la hay (Lothian y Read, 2002) de que no hacerlo pueda causar angustia e ira.

## La fiabilidad y el miedo a inducir falsos recuerdos

No muchos clínicos dieron como razón “mi consulta podría ser sugerente y por lo tanto inducir falsos recuerdos”. Sin embargo, esta respuesta fue positivamente

relacionada, para ambas profesiones, con baja probabilidad autoevaluada de preguntar sobre el maltrato (Young et al., 2001). Del mismo modo, cuanto mayor sea el porcentaje de revelaciones de abuso sexual infantil que un clínico considere falsas (media 4,9 %), menor será la probabilidad de que éste pregunte sobre el abuso. Esto sugiere que, para algunos clínicos, las frecuentes alegaciones en los medios de comunicación de que los profesionales de salud mental que están preguntando repetidamente sobre el abuso sexual, de alguna manera, siembran falsos recuerdos pueden inhibir su capacidad para hacer su trabajo. La ironía aquí es que, como hemos visto, la realidad es todo lo contrario: el personal rara vez pregunta sobre el abuso en absoluto.

Los relatos sobre abuso por parte de pacientes psiquiátricos, incluso aquellos diagnosticados de psicosis, son fiables (Meyer et al., 1996; Goodman et al., 1999). A pesar del secretismo que rodea a menudo el abuso sexual infantil, la evidencia corroborada -proveyendo varios grados de certeza- ha sido encontrada en el 74 por ciento (Herman y Schatzow, 1987) y el 82 por ciento (Read et al., 2003) de los casos relatados por pacientes psiquiátricos. En un estudio neozelandés que involucró múltiples profesiones, los participantes creyeron que el 7,3 por ciento de las revelaciones de abuso sexual en la infancia fueron delirios psicóticos (Cavanagh, Read y New, 2004). Sin embargo, un estudio abordando directamente esta cuestión encontró que personas con esquizofrenia no hacían más alegaciones falsas de agresiones sexuales que la población en general (Darves-Bornoz et al., 1995).

## Quién, cuándo y cómo preguntar

### Preguntar a todos

A causa de la alta prevalencia de maltrato en casi todas las categorías diagnósticas, es esencial preguntar a todos los pacientes (ver tabla 2). La tentación de preguntar sólo a aquellos individuos con ciertos síntomas (por ejemplo, trastorno de estrés post-traumático) refleja una visión restringida del impacto del trauma. Dado el índice tan escaso de declaraciones espontáneas documentado anteriormente, esperar a que los clientes revelen el abuso sexual no funciona. Los profesionales de salud mental deben obtener activamente la narración de cada persona.

### Preguntar en la valoración inicial

En una encuesta neozelandesa a psicólogos y psiquiatras (Young et al., 2001), el 62 por ciento escogió “una

vez que la relación ha sido establecida” como el mejor momento para preguntar, mientras que el 47 por ciento prefirió “normalmente en la admisión o en la valoración inicial excepto si el cliente está demasiado angustiado” (los participantes podían seleccionar más de una respuesta). La razón para preguntar durante la valoración inicial es que si la pregunta no se plantea entonces no se suele hacer más tarde (Read y Fraser, 1998a). Si los clínicos que se encargan de la valoración inicial deciden demorar la exploración deberían tener en cuenta que la historia traumática no se ha registrado (y el por qué) y tomar la responsabilidad de retomarla cuando el paciente esté menos angustiado. Los clínicos que están tentados a esperar algún momento mágico cuando la relación está establecida deberían recordar que, para muchos clientes abusados, preguntar puede ser un acto crucial que estimula la vinculación más que crear una barrera en ella. Para algunos clientes, éste incluso podría ser un prerrequisito (Lothian y Read, 2002).

### Contexto

Preguntas sobre el abuso no deben ser planteadas cerca del comienzo de la evaluación, ni deben venir de la nada sin prefacio o contexto claro. El tiempo obvio para preguntar es cuando se toma una historia psicosocial comprensiva, que naturalmente incluye la infancia (tabla 3). El tema del abuso puede ser abordado usando un “embudo” de exploración (tabla 4) que se va estrechando hacia preguntas específicas que describimos en el anexo. Este abordaje da al cliente algún aviso de lo que vendrá. Preguntar al individuo sobre su mejor recuerdo puede proporcionar un poco de tierra firme sobre la que sostenerse; un recordatorio para el cliente (y el clínico) de que no todo era malo.

### Preámbulo

No es esencial prologar las preguntas, más allá de aquello que se explica con el propósito de recoger la historia psicosocial, pero algunos clínicos se sienten más cómodos si lo hacen. Una introducción adecuada podría ser “voy a preguntarle acerca de algunas cosas desagradables que le suceden a algunas personas en la infancia. Lo preguntamos porque a veces ayuda a entender algunas dificultades que se dan más adelante en la vida”, tal vez añadiendo “está bien si usted prefiere no responder a estas preguntas”. Sin embargo, es importante no ser demasiado “adorable”: si la gente no quiere revelar el abuso, probablemente no lo hará, sin importar que estén dando permiso o no.

### Hacer preguntas específicas y objetivas sobre la conducta

Preguntar “¿fue usted sexualmente (o físicamente) abusado?” no es una manera efectiva de explorar. Muchos clientes no habrán utilizado ese término en relación con sus experiencias. Si se les pregunta directamente, algunos dirán que no eran maltratados físicamente, pero si se les pregunta cómo se gestionaba la disciplina en su familia dirán algo como “oh, lo de siempre, un buen golpe de cinturón”.

Dill y colaboradores (1991) encontraron que la elaboración de las preguntas en términos de “abuso” en general revelaba sólo alrededor de la mitad de los maltratos identificados por preguntas sobre el comportamiento específico. Por lo tanto, las preguntas deben ser sobre ejemplos de hechos específicos. Por ejemplo: “cuando era un niño, ¿alguna vez un adulto le lastimó o castigó de manera que le dejara moretones, cortes o rasguños?” y “cuando era un niño, ¿alguna vez alguien hizo algo sexual que le hiciera sentir incómodo?” Se deben hacer preguntas específicas similares que abarquen la edad adulta, incluyendo el presente.

Cuestionarios estructurados o entrevistas dirigidas pueden ser útiles, pero si se utilizan cuestionarios, el clínico debe discutir las respuestas con el paciente inmediatamente después. Ver Brière (1997) para una revisión de dichos instrumentos.

### Cómo responder

Para algunos clínicos, no estar seguro de cómo responder puede ser una razón adicional para no preguntar en primer lugar (Young et al., 2001). Los clínicos pueden sentirse bajo presión para recoger todos los detalles o para intentar arreglar el “problema” inmediatamente, o ambos. Lo primero es innecesario e indeseable. Lo segundo no es realista. Un principio rector es centrarse más en la relación con el paciente que con el abuso. Lo fundamental es responder al hecho de que una persona acaba de revelar algo importante. Validar la experiencia de la persona y sus reacciones al hecho de revelarlo le transmitirá la actitud tanto de comprensión como de no juzgarlo del clínico. A continuación, resumimos los principios para responder adecuadamente a la revelación del abuso.

### Validación: afirmar que ha sido algo bueno de contar

Es importante que el cliente sienta que el profesional

ha entendido la importancia de lo que se le ha revelado y sobre lo que se volverá más tarde, si éste lo desea. Los clientes tienen toda una gama de respuestas a la revelación del abuso. Pueden sentir rabia, vergüenza, culpa, miedo, alivio, una falta de conexión con sus emociones, paralizadas o ambivalentes. Lo importante, llegados a este punto, es que lo que han revelado encuentre una respuesta positiva.

El clínico debería saber que a veces puede ser difícil hablar sobre el abuso, pero el hecho de poderlo hacer resulta una acción positiva. También es importante calibrar cómo el individuo se está sintiendo sobre el hecho de revelarlo, más que hacer juicios sobre lo que deberían sentir. El tipo de respuestas que podrían ser útiles incluye: “según mi experiencia, la gente suele encontrar que, aunque es difícil, puede ser realmente útil hablar sobre ello. ¿Cómo te está resultando a ti ahora?”. Las personas que han sido abusadas suelen culparse a ellas mismas. Si esta culpa aparece, es importante afirmar que es una reacción habitual y afirmar que el abuso que experimentaron de niños no fue culpa suya.

### **No intentar recoger todos los detalles**

Inmediatamente después de que un cliente haya hablado del abuso por primera vez, no es necesario, ni deseable, intentar recoger todos los detalles (la edad que tenían, la identidad del presunto autor, detalles de los actos, etc.). Esto puede venir después, si la persona elige discutirlo. A veces, igualmente, los clínicos necesitan preguntar lo justo para confirmar que están hablando de lo mismo con su cliente. Si un cliente empieza a dar un montón de detalles, obviamente es importante escucharlo, pero de alguna manera el clínico debería sugerir cuidadosamente que se puede volver a ese material más tarde, ya que hay algunas otras cosas que quisiera preguntar.

### **Preguntar si lo había contado antes a alguien y cómo le fue**

Hay una gran diferencia entre una situación en la que el paciente le contó a un adulto en el momento del abuso, fue creído y se tomó una actuación adecuada y una en la que el individuo nunca lo ha revelado antes. Para los primeros, es importante preguntar cuál fue la respuesta, incluyendo si recibieron algún tipo de ayuda, como *counselling* sobre abusos. Si el clínico es la primera persona en la que el paciente ha confiado en contarlo, es muy importante evaluar su estado emocional al final de la sesión y ofrecer seguimiento inmediato (ver más abajo).

### **Ofrecer acompañamiento (asegurarse de la disponibilidad)**

Es importante discutir el posible tratamiento y acompañamiento para los efectos de la revelación del abuso. La palabra clave aquí es “ofrecer”. Es mejor no insinuar que la persona “debería” recibir algún tipo de tratamiento. El clínico solamente debe describir lo que está disponible. Esto implica que esté familiarizado con los servicios relacionados con los abusos en la propia institución y en la comunidad. Panfletos que resumen esta información pueden ser extremadamente útiles, tanto para el clínico como para el paciente. No todo el mundo necesitará o querrá psicoterapia. Para algunos, hacer simplemente una conexión entre su historia vital y sus síntomas previamente incomprensibles puede tener efectos terapéuticos significativos (Fowler, 2000).

### **Preguntar si el cliente encuentra alguna relación entre el abuso y las dificultades actuales**

Independientemente de su propio punto de vista sobre si el abuso puede ser un factor causal en los problemas de salud mental del paciente, es obviamente importante que el clínico investigue sobre el del paciente en esta cuestión. Lo que importa es el significado que tenga para el paciente, no para el clínico. Si hay un desacuerdo, éste no es el mejor momento para discutirlo.

### **Comprobar la seguridad actual, por si prosigue el abuso**

El clínico debe preguntar si el paciente todavía está siendo abusado. También debe preguntar si el abusador podría poner en riesgo a otros. Por ejemplo, si un profesor o un sacerdote son nombrados como autores de abuso infantil, el clínico debe preguntar si esa persona sigue en contacto con los niños (véase más adelante).

### **Comprobar el estado emocional al final de la sesión y ofrecer seguimiento/control**

Antes de acabar la sesión, el clínico debe preguntar a la persona cómo se siente después de haber hablado del abuso y, si es posible, animarle a estar tranquilo: “explicar a alguien lo que pasó conlleva un montón de emociones. ¿Cómo se siente después de habérmelo contado?”. El clínico debe poder dar a los pacientes el nombre o el número de teléfono de alguien a quien puedan contactar fuera de la hora si después se sienten mal. También deben poder ayudarlos a identificar sus propios sistemas de apoyo.



### Tomar buenas notas

Es importante registrar meticulosamente lo que se ha dicho. Siempre usar un estilo indirecto (“Anna dijo que su padre solía pegarla”, no “el padre de Anna solía pegarla”) o una cita literal (“Anna dijo *mi padre solía pegarme*”). Estos archivos pueden ser usados en procesos legales más tarde.

### Considerar la posibilidad de informar a las autoridades

Si actualmente está en riesgo la seguridad, por ejemplo si el paciente dice que sigue siendo abusado o un presunto abusador tiene acceso a los niños, las decisiones sobre si se debe informar a las agencias de protección de la policía o de los niños deben hacerse de acuerdo con las políticas de la unidad de tales asuntos. Estas políticas deben incluir procedimientos para situaciones en las que la confidencialidad debe ser rota (los pacientes deberían haber sido informados de esto en el comienzo de su compromiso con el servicio). Los clínicos deben ser conscientes de la ley en lo relativo a la obligatoriedad de informar a las autoridades. Si no existe una amenaza para la seguridad actual, debe ofrecerse a los clientes (pero no necesariamente de inmediato) una discusión acerca de tomar acciones legales con alguien que entiende plenamente los pros y los contras.

### Formación y políticas

Aunque esperamos que estas sugerencias sean útiles, talleres de formación deberían estar puestos a disposición de todos los profesionales de salud mental. Aunque la introducción de políticas y directrices es un paso esencial para establecer una cultura de acompañamiento para este estimulante trabajo, sin un poco de formación el cambio es menos probable (Read, 2006).

Un estudio británico encontró que sólo el 30 por ciento de la plantilla de salud mental había recibido formación en la valoración y/o el tratamiento de abuso sexual (13 por ciento de enfermeras, 33 por ciento de psiquiatras y el 46 por ciento de psicólogos). De los psiquiatras que no habían recibido ninguna formación, el 44 por ciento, sin embargo, afirmaba haber recibido “formación suficiente” (Lab et al., 2000). Un estudio estadounidense de residentes de psiquiatría encontró que sólo el 28 por ciento había recibido formación en el reconocimiento o tratamiento de acontecimientos traumáticos como la violencia doméstica (Currier et al., 1996).

La formación previa ha demostrado ser un buen indicador para la identificación de casos y para el inicio de una atención apropiada (Currier et al., 1996; Young et al., 2001; Cavanagh et al., 2004). En los Estados Unidos, los profesionales de salud mental que atendieron sólo durante una hora larga la conferencia “Introducción al trauma” sobre la prevalencia, los efectos y la valoración sensible, identificó altos niveles significativos de violencia física y sexual, incluyendo abuso sexual infantil (37 por ciento contra un 14 por ciento), que los que no asistieron, a pesar de que ambos grupos utilizaron la misma herramienta de entrevista estructurada para evaluar pacientes (Currier y Briere, 2000).

### El programa de formación de Auckland

En el año 2000, la Junta de Salud del Distrito de Auckland en Nueva Zelanda presentó un documento de buenas prácticas para el trauma y el abuso sexual. Su propósito declarado era “asegurar que las evaluaciones rutinarias de salud mental incluyeran preguntas apropiadas sobre el abuso sexual/trauma, y que su revelación se gestione con sensibilidad”. Sus dos principios rectores son la evaluación de clientes de salud mental incluyendo preguntas sobre posible trauma/abuso sexual para garantizar la disponibilidad de apoyo adecuado y terapia, y que los clínicos deben preguntar de manera rutinaria sobre la historia de traumas, especialmente durante la infancia de los clientes (Junta de Salud del Distrito de Auckland, 2000).

Esto incluye la declaración crucial de que “se requiere que el personal clínico tome un día de formación en habilidades para garantizar que las técnicas de exploración son las apropiadas” y exige los puntos de formación que se resumen en la tabla 5.

El punto final de la tabla 5, la traumatización indirecta, es importante. Escuchar el relato de haber sido abusado de niño puede ser muy doloroso para todo el personal, no sólo para los que lo han sufrido. El personal debe utilizar la supervisión clínica para “descargar” algunos de sus sentimientos acerca de todo esto, y también buscar a otros compañeros con quien puedan compartir sentimientos.

El programa de formación de Auckland (Young et al., 2001; Read, 2006) ha estado funcionando hasta ahora, tres o cuatro veces al año, durante cinco años. Una evaluación temprana ha dado resultados prometedores (Cavanagh et al., 2004). Un artículo al respecto en una revista británica de enfermería (Hammersley, Burston y Read, 2004) dio lugar a casi cien solicitudes de copias

del manual de formación.

Un grupo multidisciplinar de investigación basado en la Escuela de Enfermería, Asistencia en el parto y Trabajo Social de la Universidad de Manchester ha tomado el reto de trasladar la formación previamente elaborada en Nueva Zelanda al público británico. Esto tendrá lugar en colaboración con la red de trabajo *Hearing Voices* (<http://www.hearing-voices.org>) y la Universidad de Auckland.

La formación será evaluada como si lo hiciera el equipo de Auckland (Cavanagh et al., 2004), pero incluirá una muestra más amplia e incluirá métodos cualitativos tales como análisis de contenido de los planes de acción y entrevistas semi-estructuradas. La aceptabilidad de la formación, las barreras (personales y de organización) y los facilitadores para su ejecución también serán exploradas. Dada la asociación consistentemente sólida entre el abuso infantil y las alucinaciones auditivas, es fundamental que la red de trabajo *Hearing Voices* sea un socio de pleno derecho en la preparación y entrega de la formación.

La jornada de formación consistirá en un resumen inicial de la base de información, seguido de las explicaciones personales de los usuarios del servicio. Los participantes tomarán parte en cinco dinámicas de rol supervisadas, que implican el establecimiento del encuadre, las preguntas directas, la respuesta a la revelación, el fortalecimiento y la garantía de la seguridad. El objetivo de la formación es dotar a los clínicos de las habilidades y la confianza necesarias para hacer las preguntas correctas y responder adecuadamente. El libro que acompaña a la formación incluye datos de contacto de numerosos grupos de usuarios de servicios y agencias de apoyo que son capaces de ofrecer ayuda inmediata si es necesario. La formación se ofrecerá inicialmente a los equipos de intervención temprana en el noroeste de Inglaterra, pero el objetivo a largo plazo es para que esté disponible en todo el Reino Unido (2).

### Declaración de interés

John Read participó en el diseño y ejecución del programa de formación de Auckland, junto con los médicos de la Junta de Salud del Distrito de Auckland y los usuarios de servicios y *Auckland Rape Crisis*. Paul Hammersley está implicado en el desarrollo de la iniciativa de Manchester.

*Traducción del inglés por Xavier Costa*

### Notas

(1) No hemos referenciado exhaustivamente aquí cada resultado discutido. En lugar de ello, hemos citado sólo estudios clave o revisiones. Una lista completa de referencias está disponible de John Read.

(2) Se pueden obtener más detalles poniéndose en contacto con Paul Hammersley, en [paul.hammersley@manchester.ac.uk](mailto:paul.hammersley@manchester.ac.uk).

### Bibliografía

AGAR, K. Y READ, J. (2002) What happens when people disclose sexual or physical abuse to staff at a community mental health centre? *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 70–79.

AGAR, K., READ, J. Y BUSH, J. M. (2002) Identification of abuse histories in a community mental health centre. *Journal of Mental Health*, 11, 533–543.

ANDERSON, J., MARTIN, J., MULLEN, P. ET AL. (1993) The prevalence of childhood sexual abuse experiences in a community sample of women. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 911–919.

BEBBINGTON, P. E., BHUGRA, D., BRUGHA, T. ET AL. (2004) Psychosis, victimisation and childhood disadvantage. Evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *British Journal of Psychiatry*, 185, 220–226.

BENTALL, R. (2003) *Madness Explained: Psychosis and Human Nature*. Penguin.

BONEY-McCOY, S. Y FINKELHOR, D. (1996) Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1406–1416.

BRIERE, J. (1997) *Psychological Assessment of Adult Post-traumatic States*. American Psychological Association.

CAVANAGH, M., READ, J. Y NEW, B. (2004) Childhood abuse inquiry and response. A New Zealand training programme. *New Zealand Journal of Psychology*, 33, 137–144.

CRAINE, L., HENSON, C., COLLIVER, J. ET AL. (1988) Prevalence of a history of sexual abuse among female psychiatric patients in a state hospital system. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 300–304.

CURRIER, G. Y BRIERE, J. (2000) Trauma orientation and detection of violence histories in the psychiatric emergency service. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 622–624.

- CURRIER, G., BARTHAUER, L., BEGIER, E. ET AL. (1996) Training and experience of psychiatric residents in identifying domestic violence. *Psychiatric Services*, 47, 529–530.
- DARVES-BORNOZ, J. M., LEMPERIERE, T., DEGIOVANNI, A. ET AL. (1995) Sexual victimization in women with schizophrenia and bipolar disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 78–84.
- DIETRICH, S., MATSCHINGER, H. Y ANGERMEYER, M. (2006) The relationship between biogenetic causal explanations and social distance toward people with mental disorders. Results from a population survey in Germany. *International Journal of Social Psychiatry*, 52, 166–174.
- DILL, D., CHU, J., GROB, M. ET AL. (1991) The reliability of abuse history reports. A comparison of two inquiry formats. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 166–169.
- EILENBERG, J., FULLILOVE, M., GOLDMAN, R. ET AL. (1996) Quality and use of trauma histories obtained from psychiatric inpatients through mandated inquiry. *Psychiatric Services*, 47, 165–169.
- ELLIOTT, D. (1997) Traumatic events. Prevalence and delayed recall in the general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 811–820.
- FINKELHOR, D. (1990) Early and long-term effects of child sexual abuse. An update. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 325–350.
- FOWLER, D. (2000) Psychological formulation of early episodes of psychosis. In *Early Interventions in Psychosis* (eds M. Birchwood, D. Fowler y C. Jackson). Wiley.
- FRENKEN, J. Y VAN STOLK, B. (1990) Incest victims' inadequate help by professionals. *Journal of Child Abuse and Neglect*, 14, 253–263.
- FURNHAM, A. Y BOWER, P. (1992) A comparison of academic and lay theories of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 161, 201–210.
- GOODMAN, L., THOMPSON, K., WEINFURT, K. ET AL. (1999) Reliability of reports of violent victimization and PTSD among men and women with serious mental illness. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 587–599.
- HAMMERSLEY, P., DIAS, A., TODD, G. ET AL. (2003) Childhood trauma and hallucinations in bipolar affective disorder: preliminary investigation. *British Journal of Psychiatry*, 182, 543–547.
- HAMMERSLEY, P., BURSTON, D. Y READ, J. (2004) Learning to listen. Childhood trauma and adult psychosis. *Mental Health Practice*, 7, 18–21.
- HENDERSON, D. (1975) Incest. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (eds A. Freeman, H. Kaplan y B. Sadock), pp. 1530–1539. Williams y Williams.
- HERMAN, J. Y SCHATZOW, E. (1987) Recovery and verification of childhood sexual trauma. *Psychoanalytic Psychology*, 4, 1–14.
- JACOBSON, A., KOEHLER, J. Y JONES-BROWN, C. (1987) The failure of routine assessment to detect histories of assault experienced by psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 386–389.
- JANSSEN, I., KRABBENDAM, L., BAK, M. ET AL. (2004) Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 38–45.
- JUNTA DE SALUD DEL DISTRITO DE AUCKLAND (2000) Recommended best practice: trauma and sexual abuse. In *Mental Health Service Policy and Procedure Manual*. Junta de Salud del Distrito de Auckland.
- KENDLER, K., BULIK, S., SILBERG, J. ET AL. (2000) Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 953–959.
- LAB, D., FEIGENBAUM, J. Y DE SILVA, P. (2000) Mental health professionals' attitudes and practices towards male childhood sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 24, 391–409.
- LIPSCHITZ, D., KAPLAN, M., SORKENN, J. ET AL. (1996) Prevalence and characteristics of physical and sexual abuse among psychiatric outpatients. *Psychiatric Services*, 47, 189–191.
- LOTHIAN, J. Y READ, J. (2002) Asking about abuse during mental health assessments. Clients' views and experiences. *New Zealand Journal of Psychology*, 31, 98–103.
- MCCABE, R. Y PRIEBE, S. (2004) Explanatory models of illness in schizophrenia: comparison of four ethnic groups. *British Journal of Psychiatry*, 185, 25–30.
- MEYER, I., MUENZENMAIER, K., CANGIENNE, J. ET AL. (1996) Reliability and validity of a measure of sexual and physical abuse among women with serious mental illness. *Child Abuse and Neglect*, 20, 213–219.
- MILLS, A. (1993) Helping male victims of sexual abuse. *Nursing Standard*, 7, 36–39.
- MITCHELL, D., GRINDEL, C. Y LAURENZANO, C. (1996) Sexual abuse assessment on admission by nursing staff in general hospital psychiatric settings. *Psychiatric Services*, 47, 159–164.
- MORGAN, C., FISHER, H. Y FEARON, P. (2006) Child abuse and psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 238.
- MUENZENMAIER, K., MEYER, I., STRUENING, E. ET AL. (1993) Childhood abuse and neglect among women outpatients with chronic mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 666–670.
- MULLEN, P. E., MARTIN, J. L., ANDERSON, J. C. ET AL.

(1993) Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 163, 721–732.

READ, J. (1998) Child abuse and severity of disturbance among adult psychiatric inpatients. *Child Abuse and Neglect*, 22, 359–368.

READ, J. (2005) The bio-bio-bio model of madness. *The Psychologist*, 18, 596–597.

READ, J. (2006) Breaking the silence: learning why, when and how to ask about trauma, and how to respond. In *Trauma and Psychosis: New Directions for Theory and Therapy* (eds W. Larkin y A. P. Morrison), pp. 195–221. Brunner-Routledge.

READ, J. Y ARGYLE, N. (1999) Hallucinations, delusions and thought disorders among adult psychiatric in-patients with a history of child abuse. *Psychiatric Services*, 50, 1467–1472.

READ, J. Y FRASER, A. (1998a) Abuse histories of psychiatric inpatients. To ask or not to ask? *Psychiatric Services*, 49, 355–359.

READ, J. Y FRASER, A. (1998b) Staff response to abuse histories of psychiatric inpatients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 206–213.

READ, J. Y HAMMERSLEY, P. (2006) Can very bad childhoods drive us crazy? Science, ideology and taboo. In *Evolving Psychosis: Different Stages, Different Treatments* (eds J. Johannessen, B. Martindale y J. Cullberg), pp. 270–292. Brunner-Routledge.

READ, J. Y HASLAM, N. (2004) Public opinion. Bad things happen and can drive you crazy. In *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia* (eds J. Read, L. Mosher y R. Bentall), pp. 133–146. Brunner-Routledge.

READ, J., PERRY, B., MOSKOWITZ, A. ET AL. (2001a) The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients. A traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry*, 64, 319–345.

READ, J., AGAR, K., BARKER-COLLO, S. ET AL. (2001b) Assessing suicidality in adults. Integrating childhood trauma as a major risk factor. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 367–372.

READ, J., AGAR, K., ARGYLE, N. ET AL. (2003) Sexual and physical assault during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 1–22.

READ, J., MOSHER, L. Y BENTALL, R. (eds) (2004a) *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*. Brunner-Routledge.

READ, J., GOODMAN, L., MORRISON, A. ET AL. (2004b)

Childhood trauma, loss and stress. In *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia* (eds J. Read, L. Mosher y R. Bentall), pp. 223–252. Brunner-Routledge.

READ, J., VAN OS, J., MORRISON, A. ET AL. (2005) Childhood trauma, psychosis and schizophrenia. A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 330–350.

READ, J., RUDEGEAIR, T. Y FARRELLY, S. (2006a) The relationship between child abuse and psychosis. Public opinion, evidence, pathways and implications. In *Trauma and Psychosis: New Directions for Theory and Therapy* (eds W. Larkin y A. P. Morrison). Brunner-Routledge.

READ, J., VAN OS, J. Y MORRISON, A. (2006b) Child abuse and psychosis – Reply. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 238–239.

READ, J., HASLAM, N., SAYCE, L. ET AL. (2006c) Prejudice and schizophrenia. A review of the “mental illness is an illness like any other” approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 303–318.

READ, J., MCGREGOR, K., COGGAN, C. ET AL. (2006d) Mental health services and sexual abuse. The need for staff training. *Journal of Trauma and Dissociation*, 7, 33–50.

ROSE, S., PEABODY, C. Y STRATIGEAS, B. (1991) Undetected abuse among intensive case management clients. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 499–503.

ROSS, C., ANDERSON, G. Y CLARK, P. (1994) Childhood abuse and positive symptoms of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 489–491.

SHARFSTEIN, S. (2005) Big Pharma and American psychiatry. The good, the bad and the ugly. *Psychiatric News*, 40 (16), 3–4.

SPATARO, J., MULLEN, P. E., BURGESS, P. M. ET AL. (2004) Impact of child sexual abuse on mental health. Prospective study in males and females. *British Journal of Psychiatry*, 184, 416–421.

THOMPSON, A. Y KAPLAN, C. (1999) Emotionally abused children presenting to child psychiatry clinics. *Child Abuse and Neglect*, 23, 191–196.

WALKER, I. Y READ, J. (2002) The differential effectiveness of psychosocial and biogenetic causal explanations in reducing negative attitudes toward ‘mental illness’. *Psychiatry*, 65, 313–325.

WURR, C. Y PARTRIDGE, I. (1996) The prevalence of a history of childhood sexual abuse in an acute adult inpatient population. *Child Abuse and Neglect*, 20, 867–872.

YOUNG, M., READ, J., BARKER-COLLO, S. ET AL. (2001)



## Por qué, cuándo y cómo preguntar sobre el abuso infantil

Evaluating and overcoming barriers to taking abuse histories. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 407–414.

ZUBIN, J. Y SPRING, B. (1977) Vulnerability. A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103–126.

### Anexos

Tabla 1. Revelación del abuso por parte de pacientes hospitalizados

Tipo de maltrato	Divulgación del maltrato, %	
	Si se preguntó durante la admisión	Si no se preguntó durante la admisión
Abuso sexual infantil	47	6
Maltrato físico infantil	30	0
Agresión sexual adulta	12	0
Agresión física adulta	35	3
Al menos, uno de los cuatro tipos de maltrato	82	8

Tabla 2. Principios del preguntar

1. Preguntar a todos los clientes/pacientes
2. Preguntar en una valoración inicial (o si es una crisis, tan pronto como la persona esté disponible)
3. En el contexto de la historia general psicosocial
4. Prefacio con una breve declaración normalizadora
5. Usar preguntas específicas, con ejemplos claros sobre lo que se está preguntando

Tabla 3. Posibles cuestiones para explorar en la historia psico-social

1. Infancia temprana, incluyendo nacimiento, y eventos del desarrollo
2. Escuela, relaciones académicas y con los iguales
3. Entorno familiar durante la infancia
4. Adolescencia: amigos y escuela, sexualidad
5. Historia de abusos
6. Cuestiones de seguridad pasada y actual (daño a/de uno mismo/de los otros)
7. Historia de salud mental (incluyendo contactos con profesionales de la salud mental que han sido o no de ayuda)
8. Cuestiones legales
9. Abuso de sustancias
10. Historia médica (incluyendo daño cerebral)
11. Historia de empleo (incluyendo el no remunerado)
12. Intereses/Hobbies pasados y presentes
13. Relaciones importantes en la adolescencia/vida adulta
14. Historia de ayuda – cuando el cliente ha hablado o habla de dificultades personales
15. Creencias espirituales, religiosas, etc.
16. Relaciones/familia actual



Tabla 4. Embudo de las preguntas generales a las específicas

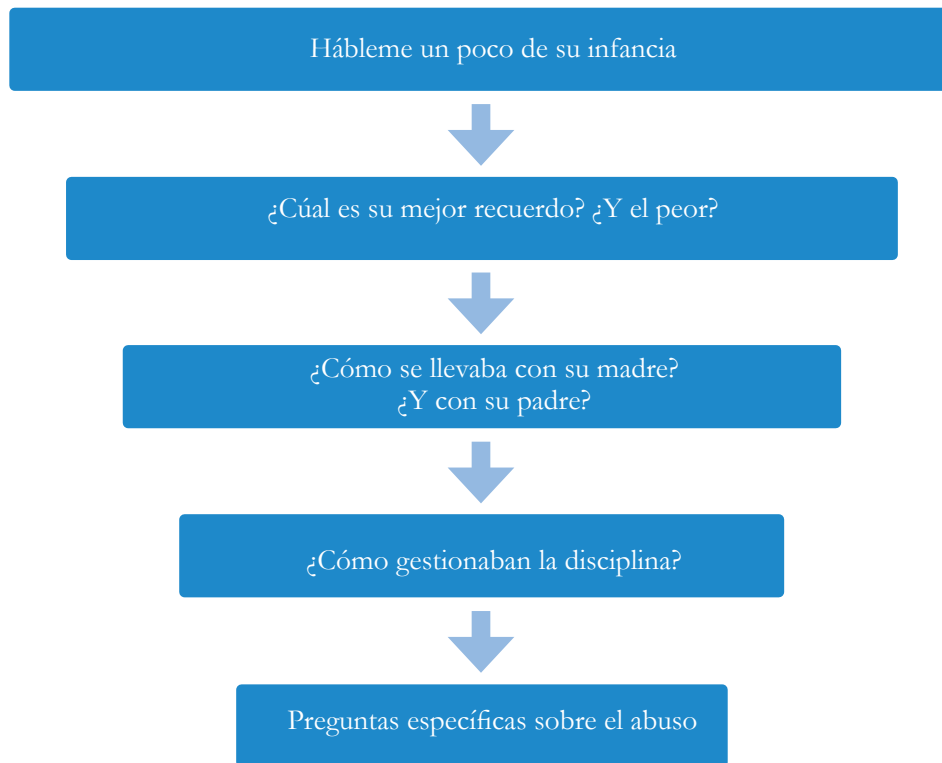


Tabla 5. Cuestiones abarcadas por el programa de entrenamiento de Nueva Zelanda

- Prevalencia y efectos del abuso
- Perspectivas culturales y de consumo
- Aprender a preguntar sobre el abuso
- ¿Cómo responder a la revelación de un abuso?
- Tomar notas
- Obligaciones legales
- Recursos disponibles dentro de los servicios de salud mental de la Junta de Salud del Distrito de Auckland
- Recursos disponibles en la comunidad
- Traumatización indirecta / seguridad del personal