

Maltrato en la infancia y la adolescencia: características y psicopatología asociada en un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil

FÁTIMA VALENCIA AGUDO*

RESUMEN

Multitud de estudios han demostrado los efectos psicopatológicos que el maltrato tiene en niños y adolescentes, que en muchos casos persisten en la edad adulta. En este trabajo se describen las características de una muestra de pacientes de Salud Mental Infanto-juvenil con situaciones de maltrato (N=150). La sintomatología más prevalente tiene que ver con dificultades de relación, síntomas ansioso-depresivos, alteraciones de conducta y problemas de rendimiento escolar. Resulta fundamental detectar e intervenir sobre casos de maltrato, previniendo la aparición de trastornos clínicos. PALABRAS CLAVE: maltrato, infancia, adolescencia, trauma, psicopatología.

ABSTRACT

MALTREATMENT IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE: CHARACTERISTICS AND ASSOCIATED PSYCHOPATHOLOGY IN A MENTAL HEALTH CENTER FOR CHILDREN AND ADOLESCENT. Multiple studies have shown the psychopathological effects of child and adolescent maltreatment, which frequently persist into adulthood. This work describes the characteristics of a sample of a Child and Adolescent Mental Health Service patients with experience of previous or current maltreatment situations (N=150). The most prevailing symptoms are relationship difficulties, anxiety and depressive symptoms, behavioural problems and academic performance difficulties. It is fundamental to detect and intervene in maltreatment cases in order to prevent the onset of clinical disorders. KEYWORDS: maltreatment, childhood, adolescence, trauma, psychopathology.

RESUM

MALTRACTAMENT A LA INFÀNCIA I A L'ADOLESCÈNCIA: CARACTERÍSTIQUES I PSICOPATOLOGIA ASSOCIADA EN UN CENTRE DE SALUT MENTAL INFANTIL I JUVENIL. Molts estudis han demostrat els efectes psicopatològics que el maltractament té en nens i adolescents, que en molts casos persisteixen a l'edat adulta. En aquest treball es descriuen les característiques d'una mostra de pacients de Salut Mental Infantil i Juvenil amb situacions de maltractament (N=150). La simptomatologia més prevalent té a veure amb dificultats de relació, símptomes ansiosos i depressius, alteracions de la conducta i problemes de rendiment escolar. Resulta fonamental detectar i intervenir sobre casos de maltractament, per prevenir l'aparició de trastorns clínic. PARAULES CLAU: maltractament, infància, adolescència, trauma i psicopatologia.

Introducción

A pesar de que en nuestra sociedad cada vez se concede más importancia a las necesidades de niños y adolescentes, la incidencia del maltrato sigue siendo elevada. Ésta se estima entre el 5 y 15 por mil, pero se sabe que los datos están subestimados y que el porcentaje

de detección ronda el 5 % (Becedóniz y Álvarez, 2006).

Los tipos de maltrato infanto-juvenil más habituales en las guías son el maltrato físico, el psicológico o emocional, la negligencia y el abuso sexual. Otros tipos de maltrato frecuentes en nuestra sociedad y con importantes consecuencias en el desarrollo son el acoso escolar (Del Barrio, Martín, Almeida y Barrios, 2003) y

**Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Becaria de Formación Avanzada de la Fundación Alicia Koplowitz en Imperial College London. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Teatinos (Oviedo). Área sanitaria IV del Servicio de Salud del Principado de Asturias.*

Correspondencia: Fatima-valencia@hotmail.es

Recibido: 28/2/2015 - Aceptado: 17/5/2015

ser testigo de situaciones de violencia familiar (Russell, Springer y Greenfield, 2010).

Parece que la negligencia es el tipo de maltrato más frecuente, seguido del maltrato emocional (Becedóniz y Álvarez, 2006). Sin embargo, algunos autores plantean que el psicológico es el subtipo más frecuente y más subestimado, ya que normalmente suele ir acompañado de otras formas de abuso más “llamativas”, como por ejemplo el maltrato físico, y generalmente no es el objetivo de la intervención (Hibbard, Barlow, MacMillan, Christian et al., 2012; Trickett, Mennen, Kim y Sang, 2009).

El presente estudio pretende realizar una aproximación descriptiva acerca de las situaciones de maltrato infanto-juvenil observadas en los servicios públicos de Salud Mental de la infancia y la adolescencia.

Maltrato y psicopatología

Las consecuencias del maltrato a nivel psicológico están bien establecidas en la literatura científica. Algunas de las dificultades detectadas implican trastornos del vínculo, problemas de desarrollo y educativos, problemas de socialización, conducta disruptiva (Hibbard et al., 2012), somatizaciones (Van Tilburg, Runyan, Zolotor, Graham et al., 2010) y menor desarrollo del lenguaje (Moreno, 2003).

Varios estudios han relacionado el trastorno por déficit de atención con el maltrato o abuso. Parece que en niños que presentan síntomas de dicho desorden se ha encontrado una tasa mayor de antecedentes de maltrato (Ouyang, Fang, Mercy, Perou y Grosse, 2008; Prayez, Wodon, Van Hyfte y Linkowski, 2012). Los estudios apuntan a una relación causal del maltrato y también a un peor pronóstico del cuadro si los cuidadores se comportan de forma maltratadora. Con respecto al trastorno opositor-desafiante, se ha encontrado una relación entre este diagnóstico y antecedentes de abuso físico y sexual (Ford, Racusin, Ellis, Daviss et al., 2000).

Además, se ha relacionado la presencia y gravedad de síntomas psicóticos en menores con haber sufrido situaciones traumáticas y de maltrato (Arseneault, Cannon, Fisher, Polanczyk et al., 2011; Bartels-Velthuis, Van de Willige, Jenner, Wiersma y Van Os, 2012; Schreier, Wolke, Thomas, Horwood et al., 2009). Algunos de estos autores se centran en el bullying y recomiendan valorar siempre la presencia de situaciones de maltrato en niños y adolescentes con sintomatología psicótica. Además, Kim y Leventhal (2008) llevaron a

cabo una revisión en la que informaban de relaciones dosis-efecto entre experiencias de acoso escolar e ideación y riesgo suicida.

En cuanto a los adolescentes con antecedentes de maltrato, parece que sufren más problemas emocionales y de comportamiento que los que no han sido maltratados. Un 74 % tenía un diagnóstico clínico en el estudio de Shaffer, Huston y Egeland (2008). Presentan en mayor medida abuso de alcohol y sustancias, comportamientos sexuales de riesgo, comportamiento delictivo, intentos de suicidio, autolesiones y más distrés psicológico (Gilbert, Widom, Browne, Fergusson et al., 2009; Shenk, Noll y Cassarly, 2010; Tanaka, Wekerle, Schmuck y Paglia-Boak, 2011). También se han encontrado mayores niveles de agresión, depresión, disociación, ansiedad, síntomas de estrés postraumático, problemas sociales y de pensamiento (Lansford, Dodge, Pettit, Bates et al., 2002).

Parece que el abuso sexual y el maltrato emocional son los más relacionados con sintomatología postraumática y con la severidad de los síntomas (Sullivan, Fehon, Andres-Hyman, Lipschitz y Grilo, 2006). Sin embargo, no hay que subestimar la importancia de otros tipos de maltrato, ya que parece que la negligencia tiene efectos al menos igual de negativos a largo plazo (Gilbert, Widom, Browne, Fergusson et al., 2009).

Por otra parte, cada vez son más los estudios que demuestran que un porcentaje importante de personas adultas que sufren algún trastorno mental tiene antecedentes de maltrato en la infancia o adolescencia. Los pacientes psiquiátricos con historia de abuso presentan el primer ingreso antes, hospitalizaciones más largas y frecuentes, toman más medicación, tienen mayor tendencia a autolesionarse y más intentos de suicidio y su gravedad global es mayor (Read, Goodman, Morrison, Ross y Aderhold, 2006).

El trastorno límite de personalidad (TLP) es quizás el cuadro clínico con el que la investigación actual más relaciona el maltrato infantil (Ball y Links, 2009; Minzenberg, Poole y Vinogradov, 2006), especialmente con el abuso sexual. En los últimos años se ha desarrollado también una importante línea de investigación en relación a los síntomas psicóticos, encontrando que pacientes con dicha psicopatología tienen 2,72 veces más probabilidad de haber sufrido experiencias traumáticas en la infancia (Varese, Smeets, Drukker, Lieveise et al., 2012). En cuanto al trastorno bipolar, se ha visto que personas con antecedentes de maltrato presentan características de mayor gravedad y peor

curso clínico (Garno, Goldberg, Ramirez y Ritzler, 2005; Leverich, McElroy, Suppes, Keck et al., 2002; Nolen, Luckenbaugh, Altshuler, Suppes et al., 2004).

Otras alteraciones psicopatológicas con las que se ha conectado el maltrato y abuso en la infancia son los trastornos de la conducta alimentaria, en especial la bulimia y el trastorno por atracón (Grilo y Masheb, 2001; Fosse y Holen, 2006; Léonard, Steiger y Kao, 2003), la depresión (Widom, DuMont y Czaja, 2007; Harkness y Monroe, 2002), los trastornos de ansiedad, problemas de sueño, el trastorno de estrés postraumático, somatizaciones (Chen, Murad, Paras, Colbenson et al., 2010; McCabe, Antony, Summerfeldt, Liss y Swinson, 2003; Weil, Florenzano, Vitriol, Cruz et al., 2004), trastornos por consumo de sustancias (Lo y Cheng, 2007) y otros trastornos de personalidad además del TLP, en particular el trastorno antisocial y el paranoide (Bierer, Yehuda, Schmeidler, Mitropoulou et al., 2003).

Aunque son numerosos los trabajos que han investigado la presencia de psicopatología en menores maltratados (López-Soler, Fernández, Prieto-Larrocha, Alcántara-López et al., 2012; Mills, Scott, Alati, O'Callaghan et al., 2013; Moylan, Herrenkohl, Sousa, Tajima et al., 2010), las muestras generalmente se toman de Servicios Sociales, de contextos escolares o de la población general. Mediante una búsqueda en la base de datos *Medline* con los términos *maltreatment*, *psychopathology*, *mental health* y seleccionando la edad de los participantes hasta los 18 años, no se han detectado artículos específicos en el campo de la Salud Mental Infanto-juvenil en nuestro país. Por ello, parece relevante llevar a cabo estudios acerca de las características de casos relacionados con maltrato en los servicios públicos de salud. Sería importante conocer a qué clase de situaciones nos enfrentamos los profesionales y qué tipo de respuesta podemos ofrecer a las familias.

El objetivo de este trabajo es realizar una aproximación descriptiva acerca de las características del maltrato y la psicopatología asociada en niños y adolescentes que son atendidos en un Centro de Salud Mental Infanto-juvenil.

Método

Muestra

La muestra se toma de aquellos niños y adolescentes que han sido o son atendidos en el Centro de Salud Mental (CSM) Infanto-juvenil de Teatinos (Oviedo) y

que han sufrido algún tipo de maltrato o abuso, según consta en historia clínica. Todos ellos tienen 16 años o menos, es decir, están en edad de acudir a dicho centro aunque en el momento actual no lo hagan.

El proceso de selección de la muestra se realizó a través de las siguientes vías:

- Informe por parte de los clínicos del centro de casos de maltrato que atendían o habían atendido en el último periodo de tiempo.
- Análisis de historias clínicas, revisando el volante de derivación y las notas del clínico en las primeras consultas. En caso de encontrar información correspondiente con las definiciones de maltrato y abuso, se seleccionaba el caso.
- Se solicitó a la Unidad de Evaluación de los Servicios de Salud Mental información acerca de casos de usuarios menores de 16 años con códigos específicos de maltrato según la CIE-10 (por ejemplo, Z61.4 abuso sexual o Z61.6 abuso físico) (OMS, 1992).

Variables

Variables sociodemográficas. Se recogen las siguientes: edad, sexo, convivencia y situación relacional de los padres. La edad se categorizó en tres grupos: el primero, de 2 a 6 años; el segundo, de 7 a 11 y el tercero de 12 a 16.

Variables relativas al maltrato. Referente al tipo de maltrato, se incluyen los siguientes (definidos de acuerdo a la guía de actuación en maltrato, Becedóniz y Álvarez, 2006): maltrato físico, maltrato o abandono emocional, negligencia y abuso sexual. Además se incluyen la violencia familiar y el acoso escolar.

Violencia familiar. Se incluyen tanto casos de violencia de género como casos en los que existe un importante nivel de conflicto entre familiares, siempre que estas agresiones hayan sido presenciadas por el niño o adolescente.

Acoso escolar. Casos en los que los menores se han visto expuestos a una situación de violencia verbal y/o física por parte de pares, en casos en que se encuentren en una posición de inferioridad y aislamiento con respecto al resto (Del Barrio, Martín, Almeida y Barrios, 2003). Para considerar que se está produciendo acoso escolar se tiene en cuenta la gravedad y persistencia de los episodios, así como el hecho de que el colegio haya tomado medidas (por ejemplo, la activación del protocolo de maltrato entre iguales o la intervención de los docentes en el conflicto). Si existen dudas acerca de si

se ha producido o no una situación de abuso el paciente no es incluido en el estudio.

El perpetrador del maltrato se trata de aquella o aquellas personas que llevan a cabo el maltrato hacia el menor. En caso de ser varios individuos se codifican todos. La persistencia del maltrato consiste en una variable nominal dicotómica (sí / no) que valora si sigue produciéndose alguna situación de maltrato o, por el contrario, el menor ya no se ve expuesto a ningún tipo de abuso. En aquellos casos en que ha sufrido varias formas de maltrato se entiende que este persiste cuando alguna de las situaciones sigue ocurriendo, aunque otras hayan cesado. La intensidad del maltrato se trata de una variable en la que se tiene en cuenta si el menor ha sufrido uno, dos, tres o cuatro o más tipos de maltrato. Se entiende que, a mayor número de experiencias traumáticas diferentes, mayor es la intensidad del maltrato.

Variables clínicas. Respecto al diagnóstico, se incluyen los diagnósticos de la CIE-10 (OMS, 1992) establecidos por los clínicos del centro. Respecto las manifestaciones psicopatológicas, se establecen una serie de categorías que son codificadas de manera dicotómica nominal, es decir, sí (presencia) / no (ausencia). Las categorías son las siguientes: síntomas ansioso-depresivos, dificultades en el rendimiento escolar, autoagresiones, síntomas psicóticos, síntomas disociativos y conversivos, alteraciones en la alimentación, somatizaciones, consumo abusivo de sustancias, verbalización de ideas autolíticas y/o intentos autolíticos, conductas obsesivas o tics, problemas de relación o vínculo, alteraciones del sueño, alteraciones de conducta, conducta disocial, comportamiento sexual inadecuado, trastornos de la eliminación y otras manifestaciones diferentes (por ejemplo, déficit de autocuidado).

No se incluyen síntomas que estaban presentes antes del inicio del maltrato. Cabe mencionar que estas manifestaciones no se entienden como indicadores de patología, sino que forman parte en muchos casos de un proceso evolutivo e indican un malestar en el niño. La presencia de determinados síntomas no conlleva la existencia de un trastorno clínico, siendo, de hecho, en ocasiones, reacciones funcionales que permiten que el menor consiga ayuda o que pueda adaptarse a la situación de manera que reciba el menor daño posible.

El número de síntomas detectados se trata de la suma de los síntomas registrados en historia clínica en un determinado caso. Esta variable se entiende como una

medida del grado de interferencia que se está produciendo en el desarrollo y en las tareas evolutivas del menor.

Procedimiento

Se trata de un estudio transversal descriptivo. Cuenta con la aprobación del Comité Ético Regional, de la Subdirección de Gestión del Conocimiento del Hospital Universitario Central de Asturias y de la responsable del CSM Infanto-juvenil. Además, se ha informado a la Fiscalía de Menores de la realización del mismo.

Una vez se determina que el niño o adolescente puede ser seleccionado para la investigación por haber sufrido una situación de maltrato, se recogen variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con el maltrato. Para el estudio no se contactó con pacientes ni familiares, sino que se utilizó únicamente la historia clínica.

Los datos se toman del volante de derivación, de la parte administrativa de la historia, de las notas del clínico responsable del caso, de informes sanitarios o escolares, de informes de Servicios Sociales, de sentencias y denuncias judiciales y de otros documentos, como, por ejemplo, escritos del propio paciente o de su familia. Esta información se registra de forma transversal, es decir, no se intercalan datos de diferentes periodos de desarrollo sino que todos corresponden al mismo momento temporal y evolutivo del paciente (generalmente a las primeras consultas). Toda la información se categorizó de acuerdo a las variables propuestas.

Análisis de datos

Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico *SPSS v.17*. Se llevaron a cabo pruebas de estadística descriptiva y pruebas bivariadas para comprobar la relación existente entre variables. Se utilizó la prueba *Chi Cuadrado* (χ^2) para variables nominales. Además, se determinó la correlación de Spearman para correlaciones que incluían una variable ordinal o cuyas variables no se ajustaban a la normalidad, y la correlación biserial para medir la asociación entre una variable nominal y una cuantitativa.

Resultados

Medidas descriptivas

Variables sociodemográficas. En la tabla 1 se presenta la distribución de las variables sociodemográficas recogidas en la muestra ($n = 150$).

Variables del maltrato. Se calculó la prevalencia de casos de maltrato en el CSMIJ en el año 2013. Hubo un total de 549 primeras consultas y se detectaron 50 casos de maltrato. Por tanto, la prevalencia en ese año fue de 9,1 %. Respecto al tipo de maltrato, se encuentra que la violencia familiar es el subtipo más frecuente (53,3 %), seguido del maltrato emocional (33,3 %), el maltrato físico (30,7 %), la negligencia (20,7 %), el abuso sexual (18 %) y finalmente el acoso escolar (11,3 %). Estos datos incluyen todos los pacientes que sufren un determinado tipo de maltrato, aunque haya también otros asociados. En un 49,33 % de la muestra se detecta más de un tipo de maltrato. Los resultados muestran que el perpetrador más frecuente fue el padre (48 %), seguido de ambos progenitores (14 %) y de las parejas o ex parejas de alguno de los padres (14 %). Otro familiar fue el perpetrador en el 12 % de los casos, la madre en el 11,33 %, pares o compañeros del colegio en el 10 %, una persona ajena a la familia en el 6 % y, por último, la pareja únicamente en un caso. El 27 % de los sujetos sufrieron maltrato por parte de más de una persona. En el 22 % de los casos hubo dos perpetradores y en el 5 %, tres. En un 59 % de los casos no persiste el maltrato, mientras que en el 41 % se sigue produciendo algún tipo de abuso. Respecto a la intensidad del maltrato, el 50 % de la muestra ha sufrido un tipo de maltrato; el 34 %, dos tipos; el 13 %, tres tipos diferentes y, por último, el 3 % ha sido objeto de cuatro o más formas de maltrato.

Variables clínicas. El grupo diagnóstico más frecuente fue el de reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (36,67 %), seguido de trastornos de las emociones de comienzo en la infancia (10,67 %) y posteriormente de trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo en la infancia o adolescencia (9,33 %). Un 4 % había sido diagnosticado de trastornos del desarrollo psicológico; un 2 %, de trastorno depresivo y otro 2 %, de trastorno disocial. Otros diagnósticos se presentaron en menor porcentaje y un 32,67 % de sujetos no recibió ningún diagnóstico clínico. Respecto a las manifestaciones psicopatológicas, en la tabla 2 se presenta el porcentaje de sujetos en los que se detectó cada tipo de sintomatología.

Pruebas bivariadas

Asociación entre grupos de edad y sintomatología. Las pruebas de *Chi Cuadrado* (χ^2) cuyos resultados fueron significativos son las siguientes. Respecto a los síntomas ansioso-depresivos, a medida que aumenta la edad,

aumenta la prevalencia de este tipo de sintomatología ($\chi^2 = 15,461; p < 0,01$). Los problemas de rendimiento y el fracaso escolar van aumentando con la edad ($\chi^2 = 16,516; p < 0,01$). Es el tercer grupo de edad en el que se observan autolesiones en mayor medida ($\chi^2 = 7,319; p < 0,05$). El tercer grupo de edad es el que presenta mayoritariamente consumo de sustancias ($\chi^2 = 6,186; p < 0,05$). Sólo el tercer grupo de edad presenta ideas o intentos de autolisis. ($\chi^2 = 23,188; p < 0,01$). La conducta disocial va aumentando con la edad, siendo el tercer grupo en el que más se detecta ($\chi^2 = 9,035; p < 0,05$). Cuanto más pequeños son los menores, más se manifiesta una conducta sexual inapropiada ($\chi^2 = 7,818; p < 0,05$). A medida que aumenta la edad, desciende la probabilidad de trastornos de la eliminación ($\chi^2 = 24,897; p < 0,01$).

Asociación entre sexo y sintomatología. A continuación se exponen las pruebas de *Chi cuadrado* (χ^2) significativas. Las niñas y las adolescentes presentan ideas o intentos de autolisis con mayor frecuencia ($\chi^2 = 4,856; p < 0,05$). Respecto a las alteraciones de conducta, la prueba es cercana a la significación, siendo los varones quienes más muestran alteraciones del comportamiento ($\chi^2 = 3,686; p = 0,055$). Es en los varones en quienes más se detectan obsesiones o tics ($\chi^2 = 5,045; p < 0,05$).

Relación entre la intensidad del maltrato y el número de síntomas. Se llevó a cabo la correlación de Spearman para determinar el grado de asociación entre ambas variables. Ésta resultó ser significativa y positiva ($r_s = 0,39; p < 0,01$), es decir, a mayor intensidad del maltrato sufrido, mayor número de síntomas.

Relación entre el número de perpetradores y el número de síntomas. Se llevó a cabo la correlación de Pearson, encontrando una asociación significativa ($r = 0,214; p < 0,01$).

Relación entre la persistencia del maltrato y el número de síntomas. Dado que se trataba de relacionar una variable nominal y una cuantitativa, se realizó la correlación biserial, cuyo resultado fue significativo ($r_b = 0,179; p < 0,05$).

Discusión

Algunos de los resultados encontrados coinciden con lo esperado de acuerdo a otras investigaciones, mientras que otros difieren. Dado que no se han encontrado estudios realizados en servicios específicos de Salud Mental, los datos pueden suponer una primera aproximación a la descripción de diferentes variables en este

contexto.

Encontramos que el subtipo de maltrato más frecuente fue la violencia familiar, no incluido en estudios previamente referenciados. Esto nos lleva a pensar que debería prestarse más atención a aquellas situaciones que, sin suponer un ataque directo al menor, influyen en su bienestar. Además, hemos de tener en cuenta que existe un porcentaje importante de casos en los que además de producirse violencia familiar, se dan otros tipos de maltrato hacia el niño.

El segundo tipo de maltrato más frecuente fue el emocional, lo que corresponde con el planteamiento de algunos autores (Hibbard et al., 2012; Trickett et al., 2009). Esto tiene implicaciones en nuestro ámbito de trabajo, ya que habrían de llevarse a cabo valoraciones específicas acerca de los cuidados emocionales y el desarrollo de una relación de apego saludable.

La prevalencia es muy superior a la establecida en la guía de maltrato (Becedóniz y Álvarez, 2006), lo cual es comprensible dado que se trata de una muestra diferente a la población general, en la que se presupone mayor probabilidad de circunstancias psicosociales adversas. El 9,1 % probablemente sea una infraestimación, teniendo en cuenta el método de estudio y que en muchos casos no se revela el maltrato en consulta.

Se observa que aproximadamente la mitad de los niños sufren más de un tipo de maltrato, lo que lleva a pensar que en un amplio porcentaje de casos los menores están expuestos a situaciones graves que afectan de forma amplia a su vida. Además, el 27 % sufre maltrato por parte de más de una persona, lo que indica un mayor grado de alteración en la red de apoyo familiar y social.

Asimismo, el número de casos en los que se sigue produciendo el abuso es elevado, lo que hace que la intervención no vaya destinada únicamente a superar las consecuencias del maltrato, sino que también implique objetivos asociados a la disminución de situaciones de riesgo y al fomento de estrategias de autoprotección y de protección por parte de los adultos responsables. Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de una mayor coordinación con Servicios Sociales, con el objetivo de poder establecer sistemas de protección al menor y también de proporcionar ayuda a las familias.

En cuanto a la sintomatología detectada, la más frecuente fue la relacionada con problemas de relación, seguida de síntomas ansioso-depresivos, alteraciones de conducta y problemas de rendimiento escolar. Cabe

destacar también la frecuencia de las alteraciones del sueño, las autolesiones y los síntomas alimentarios. En general, se puede decir que estos síntomas son inespecíficos, dada su frecuencia en la infancia y adolescencia, tanto en poblaciones clínicas como no clínicas. Por ello, a partir de esta investigación no podemos establecer indicadores de maltrato en el ámbito de Salud Mental. Parece fundamental valorar las circunstancias psicosociales y familiares en todos los casos, incluyendo aquellas demandas relacionadas con problemas de rendimiento escolar o síntomas de TDAH. Es preciso tener en cuenta que el maltrato o las situaciones de riesgo no siempre se declaran verbalmente por parte del adulto responsable o del niño o adolescente.

El diagnóstico más frecuente fue el de reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación, probablemente porque el clínico relaciona un tipo de sintomatología con un evento estresante o con un cambio de situación vital. Esto nos lleva a pensar en aquellos casos en los que la situación de maltrato se está produciendo pero el secreto queda dentro del sistema familiar, lo que podría hacer que se diagnosticase otro tipo de patología al no relacionar aparentemente los síntomas con ningún acontecimiento.

A pesar de la imposibilidad de establecer indicadores sintomatológicos de maltrato, sí que podemos ver en los resultados diferencias en función de la edad. Así, parece que la población adolescente es la que presenta mayor riesgo de psicopatología ante el maltrato. Con respecto al sexo, también se detectan algunas diferencias. Considerando sexo y edad en su conjunto, podemos decir que en casos de maltrato la ideación e intentos autolíticos son más frecuentes en chicas adolescentes. Por ello, ante dicha situación clínica es importante prestar especial atención a cuestiones psicosociales y a la historia vital.

Parece existir una asociación significativa entre la gravedad de la situación de maltrato y la intensidad de la sintomatología. Esto induce a pensar en que la modificación de las situaciones estresantes para el menor es un objetivo fundamental. Una hipótesis para futuras investigaciones es que la especificidad de las manifestaciones psicopatológicas esté asociada a la gravedad de las mismas. Es decir, que observados una serie de síntomas (podría decirse inespecíficos), lo que nos ponga en alerta sea su intensidad.

Por otra parte, encontramos que la correlación entre la persistencia del maltrato y la intensidad de los síntomas

es baja (aunque significativa), lo que implica que aquellos niños y adolescentes que ya no son sometidos a ningún abuso siguen presentando psicopatología y, por tanto, otro objetivo es el tratamiento de las secuelas.

Cabe destacar el importante porcentaje de separaciones y divorcios encontrado en la muestra, lo cual puede dar lugar a dinámicas de maltrato diferentes a las que hasta ahora han ocupado a los profesionales de Salud Mental o Servicios Sociales. Esta circunstancia puede significar que los menores dejen de ser expuestos a diario a situaciones de violencia entre sus familiares o hacia ellos mismos. Sin embargo, también parece dar lugar a “nuevos” perfiles de maltrato, como, por una parte, niños o adolescentes que sufren eventos negativos durante el tiempo que pasan con uno de los progenitores. Es un tema complejo, ya que el menor no está en desamparo y no requiere medidas de protección (hay un cuidador principal con el que tiene un vínculo estable y seguro), pero aun así está en riesgo. Otras veces, se producen graves conflictos entre ambos progenitores, en los cuales se lleva a cabo una instrumentalización del menor, que se ve expuesto a un auténtico maltrato psicológico.

Por último, cabe destacar una implicación fundamental de los resultados en nuestra práctica clínica. El porcentaje de niños y adolescentes atendidos en Salud Mental que están en centros de protección no llega al 10 %, lo que significa que la gran mayoría de ellos siguen viviendo o teniendo visitas con sus progenitores. En un número importante de casos han sido éstos los que han llevado a cabo el maltrato. Por ello, parece necesario que los profesionales de Salud Mental dispongamos de estrategias para valorar habilidades parentales y fomentar el cambio tanto en cuidadores que no están protegiendo lo suficiente como en personas que llevan a cabo prácticas maltratantes (Cirillo, 2012).

Este trabajo tiene múltiples limitaciones que impiden aceptar directamente sus resultados y conclusiones, y hacen que se trate de una primera aproximación al maltrato en servicios de Salud Mental de infancia y adolescencia. En primer lugar, no existe grupo control para comprobar si los datos son específicos de situaciones de maltrato. El método de estudio utilizado también es criticable, ya que el análisis de las historias clínicas dificulta la tarea de determinar la existencia o no de maltrato, impide valorar determinados aspectos como por ejemplo la gravedad de cada episodio, y hace que se pierda información concreta de las variables incluidas

en el estudio.

Debido al método de investigación no es posible conocer el nivel de gravedad de cada tipo de maltrato. Se han desarrollado indicadores de intensidad del maltrato a través del número de tipos sufridos y del número de perpetradores, pero hay que tener presente que un solo tipo de maltrato y un solo maltratador puede conllevar mayor gravedad que varios.

En cuanto a la muestra, resultó imposible llevar a cabo una aleatorización de la misma. Por tanto, ésta puede estar sesgada y que los resultados no sean representativos, de forma que se ve comprometida la validez externa o posibilidades de generalización de los datos a otras muestras de Salud Mental.

Por último, sería importante tener en cuenta variables tan fundamentales como el grado de apoyo por parte de personas significativas o las capacidades personales de afrontamiento.

Bibliografía

- ARSENEAULT, L., CANNON, M., FISHER, H., POLANCZYK, G. ET AL. (2011). Childhood Trauma and Children's Emerging Psychotic Symptoms: A Genetically Sensitive Longitudinal Cohort Study. *Am J Psychiatry*, 168: 65–72.
- BALL, J. S. Y LINKS, P. S. (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Curr Psychiatr Rep*, 11(1): 63-68.
- BARTELS-VELTHUIS, A. A., VAN DE WILLIGE, G., JENNER, J. A., WIERSMA, D. Y VAN OS, J. (2012). Auditory hallucinations in childhood: associations with adversity and delusional ideation. *Psychol Med*, 42(03), 583-593.
- BECEDÓNIZ VÁZQUEZ, C. Y ÁLVAREZ MÚÑOZ, M. B. (coords.) (2006). *Maltrato Infantil: Guía de Actuación para los Servicios Sanitarios de Asturias*. Recuperado en https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Preencion/guiamaltrato.pdf.
- BIERER, L. M., YEHUDA, R., SCHMEIDLER, J., MITROPOULOU, V. ET AL. (2003). Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectr*, 8(10): 737 – 754.
- CHEN, L. P., MURAD, M. H., PARAS, M. L., COLBENSON, K. M. ET AL. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc*, 85(7): 618-629.
- CIRILLO, S. (2012). *Malos padres*. Barcelona: Gedisa.
- DEL BARRIO, C., MARTÍN, E., ALMEIDA, A. Y BARRIOS,

- A. (2003). Del maltrato y otros conceptos relacionados con la agresión entre escolares, y su estudio psicológico. *Infancia y aprendizaje*, 26(1): 9-24.
- FORD, J. D., RACUSIN, R., ELLIS, C. G., DAVISS, W. B. ET AL. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreat*, 5(3): 205-217.
- FOSSE, G. K. Y HOLEN, A. (2006). Childhood maltreatment in adult female psychiatric outpatients with eating disorders. *Eat Behav*, 7(4): 404-409.
- GARNO, J. L., GOLDBERG, J. F., RAMIREZ, P. M. Y RITZLER, B. A. (2005). Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry*, 186(2): 121-125.
- GILBERT, R., WIDOM, C. S., BROWNE, K., FERGUSON, D. ET AL. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373(9657): 68-81.
- GRILO, C. M. Y MASHEB, R. M. (2001). Childhood Psychological, Physical, and Sexual Maltreatment in Outpatients with Binge Eating Disorder: Frequency and Associations with Gender, Obesity, and Eating-Related Psychopathology. *Obes Res*, 9(5): 320-325.
- HARKNESS, K. L. Y MONROE, S. M. (2002). Childhood adversity and the endogenous versus nonendogenous distinction in women with major depression. *Am J Psychiatry*; 159(3): 387-393.
- HIBBARD, R., BARLOW, J., MACMILLAN, H., CHRISTIAN, C. W. ET AL. (2012). Psychological maltreatment. *Pediatrics*, 130(2): 372-378.
- KIM, Y. S. Y LEVENTHAL, B. (2008). Bullying and suicide. A review. *Int J Adolesc Med Health*, 20(2):133-154.
- LANSFORD, J., DODGE, K., PETTIT, G., BATES, J. ET AL. (2002). A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral and academic problems in adolescence. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156: 824 – 830.
- LÉONARD, S., STEIGER, H. Y KAO, A. (2003). Childhood and adulthood abuse in bulimic and nonbulimic women: Prevalences and psychological correlates. *Int J Eat Disord*, 33(4): 397-405.
- LEVERICH, G., MCELROY, S., SUPPES, T., KECK, P. E. ET AL. (2002). Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Soc Biol Psychiatry*, 51: 288–297.
- LO, C. C. Y CHENG, T. C. (2007). The Impact of Childhood Maltreatment on Young Adults' Substance Abuse. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 33(1): 139-146.
- LÓPEZ-SOLER, C., FERNÁNDEZ, M., PRIETO-LARROCHA, M., ALCÁNTARA-LÓPEZ, M. V. ET AL. (2012). Prevalencia de las alteraciones emocionales en una muestra de menores maltratados. *An Psicol*, 28(3), 780-788.
- MCCABE, R. E., ANTONY, M. M., SUMMERFELDT, L. J., LISS, A. Y SWINSON, R. P. (2003). Preliminary examination of the relationship between anxiety disorders in adults and self-reported history of teasing or bullying experiences. *Cogn Behav Ther*, 32(4): 187-193.
- MILLS, R., SCOTT, J., ALATI, R., O'CALLAGHAN, M. ET AL. (2013). Child maltreatment and adolescent mental health problems in a large birth cohort. *Child Abuse Negl*, 37(5), 292-302.
- MINZENBERG, M. J., POOLE, J. H. Y VINOGRADOV, S. (2006). Adult social attachment disturbance is related to childhood maltreatment and current symptoms in borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis*, 194(5): 341-348.
- MORENO MANSO, J. M. (2003). Estudio sobre las repercusiones lingüísticas del maltrato y abandono emocional infantil. *Rev Logop Fon Audiol*, 23(4): 211 – 222.
- MOYLAN, C. A., HERRENKOHL, T. I., SOUSA, C., TAJIMA, E. A. ET AL. (2010). The effects of child abuse and exposure to domestic violence on adolescent internalizing and externalizing behavior problems. *J Fam Violence*, 25(1), 53-63.
- NOLEN, W. A., LUCKENBAUGH, D. A., ALTSHULER, L. L., SUPPES, T. ET AL. (2004). Correlates of 1-year prospective outcome in bipolar disorder: results from the Stanley Foundation Bipolar Network. *Am J Psychiatry*, 161(8); 1447-1454.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- OUYANG, L., FANG, X., MERCY, J., PEROU, R. Y GROSSE, S. D. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment: a population-based study. *J Pediatr*, 153(6): 851-856.
- PRAYEZ, F., WODON, I., VAN HYFTE, S. Y LINKOWSKI, P. (2012). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and child maltreatment: a review. *Rev Med Bruxe*, 33(2), 75 – 86.
- READ, J., GOODMAN, L., MORRISON, A. P., ROSS, C. A. Y ADERHOLD, V. (2006). *Trauma infantil, pérdida y estrés*. En Read, J., Mosher, L. R., Bentall, R. P. (Eds). *Modelos de locura* (pp. 271 – 305). Barcelona: Herder.
- RUSSELL, D., SPRINGER, K. W. Y GREENFIELD, E. A. (2010). Witnessing domestic abuse in childhood as an

independent risk factor for depressive symptoms in young adulthood. *Child Abuse Negl*, 34(6), 448-453.

SCHREIER, A., WOLKE, D., THOMAS, K., HORWOOD, J. ET AL. (2009). Prospective Study of Peer Victimization in Childhood and Psychotic Symptoms in a Nonclinical Population at Age 12 Years. *Arch Gen Psychiatry*, 66(5):527-536.

SHAFFER, A., HUSTON, L. Y EGELAND, B. (2008). Identification of child maltreatment using prospective and self-report methodologies: A comparison of maltreatment incidence and relation to later psychopathology. *Child Abuse Negl*, 32(7): 682-692.

SHENK, C. E., NOLL, J. G. Y CASSARLY, J. A. (2010). A multiple mediational test of the relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury. *J Youth Adolesc*, 39(4): 335-342.

SULLIVAN, T. P., FEHON, D. C., ANDRES-HYMAN, R. C., LIPSCHITZ, D. S. Y GRILO, C. M. (2006). Differential relationships of childhood abuse and neglect subtypes to PTSD symptom clusters among adolescent inpatients. *J Trauma Stress*, 19(2): 229-239.

TANAKA, M., WEKERLE, C., SCHMUCK, M. L. Y PAGLIA-BOAK, A. (2011). The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-

compassion in child welfare adolescents. *Child Abuse Negl*, 35(10): 887-898.

TRICKETT, P. K., MENNEN, F. E., KIM, K. Y SANG, J. (2009). Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: Issues of definition and identification. *Child Abuse Negl*, 33(1): 27-35.

VAN TILBURG, M. A., RUNYAN, D. K., ZOLOTOR, A. J., GRAHAM, J. C. ET AL. (2010). Unexplained gastrointestinal symptoms after abuse in a prospective study of children at risk for abuse and neglect. *The Ann Fam Med*, 8(2): 134-140.

VARESE, F., SMEETS, F., DRUKKER, M., LIEVERSE, R. ET AL. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull*, 38(4): 661-671.

WEIL, K., FLORENZANO, R., VITRIOL, V., CRUZ, C. ET AL. (2004). Trauma infanto juvenil y psicopatología adulta: Un estudio empírico. *Rev Med Chile*, 132(12): 1499-1504.

WIDOM, C., DUMONT, K. Y CZAJA, S. J. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Arch Gen Psychiatry*, 64(1), 49 – 56.

Anexos

Tabla 1. Variables sociodemográficas

Variables	Porcentaje de casos (N = 150)
Edad (Media = 10, Desv. típica = 3,84)	
<i>Entre 2 y 6 años</i>	16 % (n=24)
<i>Entre 7 y 11 años</i>	48 % (n=72)
<i>Entre 12 y 16 años</i>	36 % (n=54)
Sexo	
<i>Varón</i>	55,33 % (n=83)
<i>Mujer</i>	44,67 % (n=67)
Convivencia	
<i>Ambos padres</i>	19,33 % (n = 29)
<i>Madre</i>	56 % (n = 84)
<i>Padre</i>	4,67 % (n = 7)
<i>Otro familiar</i>	6 % (n = 9)
<i>Institución</i>	9,33 % (n = 14)
<i>Con madre en casa de acogida</i>	2,67 % (n = 4)
<i>Custodia compartida</i>	0,67 % (n = 1)
<i>Padres adoptivos</i>	1,33 % (n = 2)
Situación relacional de padres	
<i>Casados</i>	18 % (n = 27)
<i>Separados</i>	79,33 % (n = 119)
<i>Uno de los padres fallecido</i>	2 % (n = 3)

Tabla 2. Psicopatología observada

Tipo de sintomatología	Porcentaje de casos (N=150)
Síntomas ansioso-depresivos	67,3 %
Problemas en el rendimiento escolar	43,3 %
Autoagresiones	15,3 %
Síntomas psicóticos	2 %
Síntomas disociativos y conversivos	2 %
Consumo abusivo de sustancias	4 %
Síntomas alimentarios	14 %
Somatizaciones	11,3 %
Ideas o intentos autolisis	8 %
Alteraciones de conducta	52 %
Conducta disocial	8 %
Obsesiones/tics	4 %
Conducta sexual inapropiada	7,3 %
Problemas de relación	69,3 %
Alteraciones del sueño	19,3 %
Trastornos de eliminación	10 %
Otros (déficit autocuidado, etc.)	8 %