

*Universitat
Abat Oliba CEU*

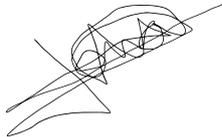
Trastorno de estrés postraumático complejo en menores víctimas de abuso sexual infantil.

TRABAJO FIN DE GRADO

Autor: Jana Solanes Hernández
Tutor: Montserrat Lacalle Sisteré
Grado en: Psicología
Universitat Abat Oliba CEU
Curso académico: 2020-2021

DECLARACIÓN

El que suscribe declara que el material de este documento, que ahora presento, es fruto de mi propio trabajo. Cualquier ayuda recibida de otros ha sido citada y reconocida dentro de este documento. Hago esta declaración en el conocimiento de que un incumplimiento de las normas relativas a la presentación de trabajos puede llevar a graves consecuencias. Soy consciente de que el documento no será aceptado a menos que esta declaración haya sido entregada junto al mismo.



Firma:

Jana Solanes Hernández

*Investigar es ver lo que todo el mundo ha visto, y pensar lo que nadie más ha
pensado*

ALBERT SZENT-GYÖRGYI

Resumen

El trastorno de estrés postraumático complejo (TEPTC) se define como una categoría diagnóstica presente en personas que se han visto expuestas a eventos traumáticos sostenidos en el tiempo, habiendo desarrollado una sintomatología que no queda totalmente explicada en los criterios diagnósticos existentes en los manuales actuales (DSM-5, CIE 10). El objetivo principal del trabajo reside en valorar sí las experiencias traumáticas, como pueden ser los casos de abusos sexuales infantiles, prolongadas en el tiempo e iniciadas en edades tempranas determinan el desarrollo de un trastorno de estrés postraumático complejo en el sujeto. La metodología implementada se fundamenta en la búsqueda bibliográfica en bases de datos electrónicas y en libros, con el fin de identificar publicaciones recientes en la temática. La conclusión a la que se llega, tras analizar todos los postulados revisados hasta el momento, se fundamenta en la necesidad de aceptar el TEPTC como una nueva categoría diagnóstica que recoja tanto síntomas propios del trastorno de estrés postraumático; reexperimentación, evitación e hiperexcitación y vigilancia, como aquellos síntomas propios del trauma prolongado en el tiempo; desregulaciones del afecto, autoconcepto negativo y afectaciones interpersonales. Esta categoría diagnóstica es la que propone la CIE en su nueva edición, CIE-11, todavía no publicada. En base a lo expuesto se concluye que los criterios diagnósticos de TEPTC explican, de manera más completa y transversal, la sintomatología presente en casos de abuso sexual infantil sostenidos en el tiempo.

Resum

El trastorn d'estrès posttraumàtic complex (TEPTC) es defineix com una categoria diagnòstica present en persones que s'han vist exposades a esdeveniments traumàtics sostinguts en el temps, havent desenvolupat una simptomatologia que no queda totalment explicada en els criteris diagnòstics existents en els manuals actuals (DSM-5, CIE 10). L'objectiu principal de la feina resideix en valorar si les experiències traumàtiques, com poden ser els casos d'abusos sexuals infantils, prolongades en el temps i iniciades en edats primerenques determinen el desenvolupament d'un trastorn d'estrès posttraumàtic complex en la persona. La metodologia implementada es fonamenta en la recerca bibliogràfica en bases de dades electròniques i en llibres, per tal d'identificar publicacions recents en la temàtica. La conclusió a la qual s'arriba, després d'analitzar tots els postulats revisats fins al moment, es fonamenta en la necessitat d'acceptar el TEPTC com una nova categoria diagnòstica que reculli tant símptomes propis del trastorn d'estrès

posttraumàtic; reexperimentació, evitació i hiperexcitació i vigilància, com aquells símptomes propis del trauma prolongat en el temps; desregulacions de l'afecte, autoconcepte negatiu i afectacions interpersonals. Aquesta categoria diagnòstica és la que proposa la CIE en la seva nova edició, CIE-11, encara no publicada. En base a l'exposat es conclou que els criteris diagnòstics de TEPTC expliquen, de manera més completa i transversal, la simptomatologia present en casos d'abús sexual infantil sostinguts en el temps.

Abstract

Complex post-traumatic stress disorder (PTSD) is defined as a diagnostic category present in people who have been exposed to traumatic events sustained over time, having developed symptoms that are not fully explained in the diagnostic criteria in current manuals (DSM-5, ICD 10). The main objective of the work is to assess whether traumatic experiences, such as cases of child sexual abuse, prolonged in time and initiated at an early age, determine the development of a complex post-traumatic stress disorder in the subject. The implemented methodology is based on the bibliographic search in electronic databases and books, to identify recent publications on the subject. The conclusion reached, after analyzing all the postulates reviewed so far, is based on the need to accept PTSD as a new diagnostic category that includes both symptoms of post-traumatic stress disorder; re-experimentation, avoidance and hyperarousal and vigilance, such as those symptoms typical of prolonged trauma over time; dysregulations of affect, negative self-concept, and interpersonal affectations. This diagnostic category is the one proposed by the ICD in its new edition, ICD-11, not published yet. Based on the above, it is concluded that the PTSD diagnostic criteria explain, in a more complete and transversal way, the symptoms present in cases of sustained child sexual abuse over time.

Palabras claves / Keywords

Maltrato infantil – Abuso sexual — Trauma – Trastorno de estrés postraumático – Trastorno de estrés postraumático complejo
--

Sumario

Introducción	10
Objetivos	11
Metodología	12
1. Maltrato Infantil	13
2. Menores de edad víctimas de abuso o agresión sexual.....	15
2.1. Diferencia entre abuso y agresión sexuales	16
2.2. Perfil de la víctima.....	17
2.3. Perfil del agresor.....	19
2.4. Incidencia y prevalencia.....	20
2.5. Legislación penal	21
3. El trauma.....	23
3.1. Alteraciones neuropsicológicas del trauma	24
3.2. Alteraciones neurobiológicas en víctimas de maltrato infantil	27
3.3. Evaluación del trauma según el DSM-5 y la CIE-10.....	30
3.3.1. Trastorno de estrés postraumático según el DSM	31
3.3.2. Trastorno de estrés postraumático según la CIE-10	40
4. Trastorno de estrés postraumático complejo.....	43
4.1. Concepto del TEPTC	45
4.2. Evolución histórica del TEPTC	47
4.3. Diagnóstico TEPTC	55
4.4. Propuesta de TEPTC en el maltrato infantil.....	57
5. Conclusiones	65
6. Limitaciones y futuras propuestas de investigación.....	68
7. Bibliografía	69

Introducción

El maltrato infantil, incluido el abuso sexual en menores de edad, constituye un problema importante en la salud de nuestra sociedad y supone, para las víctimas, consecuencias en amplias esferas vitales, emocionales, físicas, sexuales y sociales. Por otra parte, también se observa que, dichas situaciones, comportan, a nivel funcional, alteraciones en la estructura y organización del correcto desarrollo cerebral (Sánchez, 2018) (Butchart, y Phinney, 2009).

Además, se observa que la exposición a situaciones traumáticas en edades tempranas provoca en los sujetos, tanto alteraciones cerebrales, anteriormente comentadas, como el desarrollo de una amplia sintomatología. El foco central del presente trabajo, que se sostiene en la lectura de diversas investigaciones consultadas, se fundamenta en relacionar dichas experiencias y desregulaciones con la categoría diagnóstica del trastorno de estrés postraumático (TEPT), incluida tanto en la CIE como en el DSM.

En relación a esta conceptualización diagnóstica, profesionales de la materia, como el psiquiatra Van der Kolk observó que, muchos de los pacientes que asistían bajo la presunta presencia de síntomas característicos del TEPT, presentaban antecedentes de maltrato infantil crónico. Asimismo, una de las pioneras en la conceptualización de los trastornos derivados de situaciones estresantes y traumáticas, Judith Herman, halló, a través de sus estudios factoriales, que los menores de edad que habían experimentado distintas formas de trauma durante periodos sostenidos en el tiempo desarrollaban un perfil parecido al del TEPT, distando, parte de su sintomatología, del diagnóstico estipulado (Sánchez, 2018).

A raíz de la presencia de estas reacciones en pacientes víctimas de traumas infantiles, se empezó a vislumbrar la necesidad de configurar un nuevo trastorno, siendo este denominado trastorno de estrés postraumático complejo (TEPTC). Este concepto surge como un trastorno complementario al TEPT, siendo lo que formalmente diferencia el TEPT del TEPTC, y justifica la configuración del segundo, la divergencia de la sintomatología presente en un sujeto que ha vivenciado un evento traumático de forma puntual, de aquellos que los han vivenciado de forma prolongada en el tiempo (Sánchez, 2018 como se citó en Herman, 1992) (Van der Kolk, 2005).

Este trabajo se centrará en dar respuesta a qué se entiende, por trastorno de estrés postraumático complejo, cuáles son los criterios que lo configuran y que población es más susceptible de desarrollarlo. Han sido muchos los postulados realizados acerca de este trastorno, no logrando ser aceptado e integrado en ninguno de los manuales diagnósticos publicados hasta el momento. Por lo tanto, el presente trabajo se enfoca a investigar, a través de toda la literatura existente hasta el momento, la importancia y necesidad de incluir el TEPTC en los manuales de referencia. Además, también se hará referencia a la relación de dicho trastorno con aquellos menores de edad que han sido víctimas de abuso sexual infantil, para conocer, en primer lugar, si estas experiencias configuran un factor de riesgo para desarrollar el trastorno en cuestión, así como analizar, en segundo lugar, si el TEPTC responde, adecuadamente, a la sintomatología que manifiestan los niños/as y adolescentes víctimas de abuso infantil.

Por último, cabe destacar que, a pesar de que la población central del trabajo son los menores de edad víctimas de abuso sexual infantil, a lo largo de la exposición, se hará referencia, en distintos epígrafes, a víctimas de maltrato infantil sin diferenciar su tipología, ya que la literatura publicada, en muchas ocasiones, no discrimina entre los diversos tipos de maltrato en dicha población.

Objetivos

1. Revisión de la literatura científica publicada acerca del trastorno de estrés postraumático complejo.
2. Diferenciar el Trastorno de estrés postraumático del Trastorno de estrés postraumático complejo.
3. Analizar si la exposición en edad infantil a eventos traumáticos de naturaleza sexual, sostenidos en el tiempo, suponen un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno de estrés postraumático complejo.

Metodología

En este trabajo se ha realizado una actualización bibliográfica, que ha sido desarrollada entre el mes de diciembre de 2020 y el mes de junio de 2021, de las principales fuentes y bases de datos: Pubmed, Dialnet, el servicio de biblioteca de la universidad Abat Oliva y Google Académico. La búsqueda se centró en artículos que estuvieran relacionados con el tema de este trabajo, priorizando la elección de aquellos más actuales en relación a su fecha de publicación.

Para la búsqueda bibliográfica se emplearon los siguientes términos claves: “Trastorno de estrés postraumático complejo” “TEPTC” “maltrato infantil” “trastorno de estrés postraumático” “abuso sexual” “menores de edad”. Paralelamente, la búsqueda no se realizó únicamente en lengua castellana, sino que también se utilizaron conceptos en inglés “complex post-traumatic stress disorder” “child abuse” “post-traumatic stress disorder”.

Paralelamente, en la búsqueda de artículos se aplicaron ciertos criterios de inclusión que permitieron acotar la amplitud de resultados y publicaciones existentes, pudiendo, de esa manera, encontrar documentos concretos.

En primer lugar, cabe destacar que la búsqueda quedó reducida a todos aquellos artículos que se centraban tanto en el avance histórico del concepto de trastorno de estrés postraumático complejo, así como aquellos que correlacionaban el maltrato infantil, como factor de riesgo para el desarrollo de un TEPTC. Consiguientemente, se priorizaron todos aquellos artículos que habían sido publicados en fechas, más o menos actuales, aunque, debido a la literatura publicada y necesaria para realizar el trabajo, se consideró y referenció artículos con una antigüedad considerable. A pesar de ello, se seleccionaron aquellos artículos que por temática y fecha de publicación se acotaban más a los criterios de búsqueda estipulados.

Finalmente, la búsqueda de información no ha quedado únicamente reducida a bases de datos de artículos, sino que, paralelamente, se hizo también una búsqueda bibliográfica entre varios libros publicados. Los criterios de selección fueron los mismos que los explicados anteriormente, escogiendo aquellos que se acotaran más al tema escogido y que hayan sido publicados en una fecha considerablemente actual.

1. Maltrato Infantil

El término de maltrato infantil o “malos tratos a la infancia”, representa una realidad difícil de definir y conceptualizar. En el siglo pasado, cuando la sociedad empezó a darle importancia y a centrar su foco de atención en este concepto, se entendía por maltrato infantil, cualquier acción realizada por una persona que atentara contra la salud física de un niño o niña, es decir, únicamente se concebían los abusos físicos como maltrato infantil. A medida que han ido avanzando los estudios e intereses acerca de este tema, se ha podido ir acotando y aclarando el concepto, hasta llegar a una definición consensuada.

Actualmente, a pesar de las limitaciones existentes para precisar el número de menores de edad que han sido víctimas de maltrato infantil, se ha podido concretar, por parte de la comunidad científica, la magnitud de consecuencias que estos eventos causan al menor, siendo este problema reconocido internacionalmente como un atentado en contra la dignidad de la persona y, al mismo tiempo, se observa una implicación por parte de la salud pública, los derechos humanos, jurídicos y sociales, con el fin de dar respuesta a este problema. (Butchart y Phinney, 2009).

El concepto de maltrato infantil se define como “cualquier tipo de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, desatención o trato desconsiderado, o explotación comercial o de otra índole que ocasiona un daño real o potencial a la salud, supervivencia, desarrollo o dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder” (World Health Organization, 2009, p. 9-10). Esta definición planteada permite entender en su totalidad el concepto definido. Aún así, es importante remarcar a qué parte de la población hace referencia este término, y es que, cuando se habla de maltrato infantil, se engloba a toda persona, menor de 18 años que ha sido o es víctima de abusos, agresiones o desatenciones. Atendiendo al concepto de maltrato infantil, se observa que este término engloba cuatro tipos distintos, siendo estos descritos con exactitud y delimitación por la OMS: (World Health Organization, 2009).

- En primer lugar, se hace referencia a los *abusos físicos*, siendo este concepto entendido como el “uso deliberado de la fuerza física contra un niño/a de modo que ocasione, o muy probablemente ocasione, perjuicios

para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño/a” (World Health Organization, 2009, p.10). En base a la definición planteada, se observa que los abusos físicos son entendidos como maltratos activos, es decir, son resultado de las acciones que realiza el maltratador contra el niño o la niña, actuando como ejemplo golpes, patadas, mordiscos, abrasamientos y envenenamientos.

- En segundo lugar, quedan establecidos los *abusos emocionales y psicológicos*, siendo estos característicos tanto en episodios puntuales, como en situaciones prolongadas en el tipo. Ambas vertientes se definen por progenitores o cuidadores que proporcionan al menor entornos inapropiados y carentes de apoyo para el correcto desarrollo de este. Estas circunstancias pueden dañar la salud mental, física, espiritual, moral o incluso social del menor. Se incluye en este tipo de maltrato las conductas no físicas que provocan rechazo o trato hostil hacia la víctima.

- En tercer lugar, se habla de *abusos sexuales* a todo acto que incluya la participación de un niño/a en actividades sexuales, siendo este plenamente consciente o no de lo que implica dicha situación en la que se ha visto expuesto. En la mayoría de los casos, el menor no comprende los hechos, siendo este incapaz de consentir con conocimiento de causa o para las que no está suficientemente desarrollado. Todos los niños/as pueden ser víctimas de abusos sexuales, ya sea por parte de una persona adulta o por parte de otros niños/as que, por razón de edad o de desarrollo, se encuentran en una posición superior de responsabilidad, confianza o poder para la víctima.

- Finalmente, el último tipo de maltrato infantil sería la *desatención*. Esta, como los abusos emocionales o psicológicos, abarca tanto hechos aislados como una dejación continuada del desarrollo y bienestar de la víctima, en ámbitos tanto de la salud, educación y desarrollo emocional como de nutrición, de hogar y de condiciones de vida seguras. Esta falta de cuidado, hacia el menor, se realiza por parte de un progenitor o de algún miembro de la familia cuando se encuentra en condición de ofrecérselo.

2. Menores de edad víctimas de abuso o agresión sexual

Hoy en día vivimos en una sociedad en la que los abusos y agresiones sexuales en menores de edad se han convertido en una problemática de carácter mundial, debido a que estas conductas atentan contra los derechos humanos fundamentales de los menores. Los abusos y agresiones sexuales se consideran uno de los tipos de maltrato más traumático en las víctimas, no únicamente por la conducta sexual que vivencia el menor, sino también por todas las consecuencias emocionales, cognitivas y sociales que, a largo plazo, la víctima puede desencadenar (Acuña Navas, María José, 2014).

Es una cuestión social que sigue llenando portadas de periódicos desde hace tiempo. No hace falta indagar mucho en nuestra historia para encontrar casos que representan actos abusivos hacia menores. Des de el caso de la niña de 9 años bautizada, por los medios de comunicación, como María, que escondió una grabadora en su calcetín para demostrar que su padre estaba abusando de ella repetidamente, hasta el “caso marista”, un profesor que estuvo 30 años abusando de alumnos de la institución en la que trabajaba (Sastre, 2017).

A pesar de que muchos casos de abuso sexual infantil se han convertido en casos mediáticos que todos conocemos, hay una gran mayoría que siguen siendo ocultados. Tal y como apunta Palacios (2008) el abuso sexual es considerado como una de las formas más graves de vulneración de los derechos humanos, debido a que atenta contra la integridad, dignidad, autoestima y desarrollo integral de la víctima. Paralelamente, el mismo autor habla de que esta problemática, generalmente, se mantiene en la clandestinidad, predominando, de este modo, una cultura del silencio. Son muchos los casos que se mantienen ocultos a causa de problemáticas derivadas de los roles familiares de poder, la negligencia o el descuido por parte de los padres, entre otros (Palacios, 2008). De este modo, ante estas circunstancias, se debe informar a la población acerca de qué se entiende por abuso y agresión sexual a un menor, así como de sus consecuencias y riesgos hacia la víctima, potenciando, de este modo, que dichos problemas salgan a la luz con el fin de poder dar respuesta a todos ellos.

En definitiva, los abusos y agresiones sexuales infantiles configuran un problema social al cual se debe brindar respuestas y soluciones, con el fin de poder ayudar a toda la población que queda expuesta a eventos de dicha índole. A continuación, se

detallarán las diferencias entre estos dos conceptos permitiendo una organización terminológica delimitada.

2.1. Diferencia entre abuso y agresión sexuales

Atendiendo a todo lo expuesto en el apartado anterior, actualmente se conceptualizan cuatro tipos de maltrato infantil diferentes, siendo, el foco de atención del presente trabajo, todo aquel menor de edad que ha sido víctima de una agresión o de un abuso sexual. Esta población, a pesar de ser la guía central de construcción del trabajo, puede quedar oculta bajo el término general de maltrato infantil a causa de la literatura bibliográfica existente. Paralelamente a la puntualización realizada, en este epígrafe se diferenciarán ambos términos presentados debido a que, a menudo se pueden confundir sus definiciones y, a nivel penal, es importante tener clara la diferencia entre ambos ya que comportan consecuencias legales distintas.

En referencia al código penal español, el artículo 183.1 y 183.2, exponen las diferencias entre abuso y agresión sexual. El primer término se define como la realización de un acto de carácter sexual con un menor de diecisiete años (Gimbernat, 2018). Código penal. Tecnos (Grupo Anaya, S.A.). El segundo término amplía la definición de abuso sexual, exponiendo que, cuando el agresor realiza dichos actos de carácter sexual, utilizando la violencia o la intimidación, se hablará de agresión sexual a un menor de edad. Este segundo concepto también engloba la participación del menor, a través de las amenazas y/o intimidación por parte del agresor, en actos de naturaleza sexual con un tercero o la realización de dichos actos sobre sí mismo. De este modo, se observa que la diferencia principal entre los términos presentados recae en la utilización de amenazas o intimidación por parte del agresor, para que la víctima realice actos de naturaleza sexual.

Estas definiciones presentadas permiten, a nivel legal, conceptualizar los hechos que una persona ha cometido para poder juzgarla e imputarla de manera objetiva y justa. Aún así, es importante profundizar en estos conceptos para tener una idea completa y poder identificarlas. A menudo, se tiende a la concepción de que cuando se produce una situación de abuso o agresión sexual a un menor, esta es realizada por personas mayores de edad. A pesar de que, en la gran mayoría de dichas situaciones, el agresor es una persona mayor de edad, un menor de edad también puede desarrollar el rol de agresor. Un abuso sexual infantil refiere “cualquier conducta sexual mantenida entre dos personas (al menos, una de ellas, menor),

entre las que existe una situación de desigualdad -ya sea por razones de edad o de poder- "(Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005, p. 1). Por lo tanto, los abusos son realizados en un contexto de asimetría entre las partes implicadas y, se debe remarcar que, aunque la mayoría de las situaciones acontecen entre una persona menor de edad y otra mayor de edad, encontramos que, alrededor de un 20% de estas situaciones, el agresor sería un menor de edad.

Las conductas abusivas pueden incluir, des de un contacto físico a nivel tanto genital como anal o bucal, hasta la utilización del menor como objeto de estimulación sexual del agresor, lo que se podría observar a nivel de exhibicionismo o voyeurismo, así como, finalmente, utilizar al menor para la producción de pornografía infantil (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005).

A menudo, estas circunstancias abusivas son difíciles de localizar y determinar ya que, normalmente ocurre en un entorno privado (Echeburúa y Guerricaechevarría 2005, como se citó en Nogueral, 1997). Los abusos sexuales pueden acontecer tanto a nivel intrafamiliar, es decir, que el agresor es miembro de la familia, como extrafamiliar, en el cual el agresor podría ser alguna persona conocida por el menor, como por ejemplo su profesor o su vecino. En el primer nivel explicado, se hablaría propiamente de incesto. Por último, puede ser que el agresor sea una persona totalmente desconocida para el menor. Estas agresiones, normalmente, suelen estar más ligadas a conductas violentas o amenazas y se relacionan con incidentes aislados, es decir, no acostumbran a ser duraderos en el tiempo. (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005).

2.2. Perfil de la víctima

Los menores de edad víctimas de abuso sexual presentan ciertas características comunes en referencia a la edad, su relación con el entorno exterior y su lugar en la familia (Sarmiento, 2013). Aunque se han realizado diferentes estudios que estipulan un perfil de víctima, cada caso de abuso sexual es diferente y único y, por lo tanto, pueden darse situaciones de abuso sexual en las cuales la víctima no cumpla con el perfil estipulado.

Atendiendo a las estadísticas formuladas en distintos estudios, se ha observado que existe un mayor número de niñas abusadas sexualmente que de niños. Es decir, hay

un predominio de víctimas de abuso sexual en el sexo femenino. A pesar de ello, no se debe restar importancia ni olvidar que existe un porcentaje de niños abusados, y que, a menudo, estos casos son más difíciles de identificar (Fernández, Carrera y Failde, 2008).

El primer factor a tener en cuenta, cuando hablamos de perfil de víctima, es la edad del menor. El promedio de edad se encuentra entre los 6 y los 15 años, siendo la pubertad la edad en la que las conductas abusivas sexuales suelen ser completas, es decir, con penetración. Existe un mayor número de niñas que son abusadas sexualmente a nivel intrafamiliar, iniciándose dichas conductas, cuando la menor no tiene más de 7-8 años. En cambio, a nivel extrafamiliar, hay una mayor prevalencia de niños víctimas de abusos sexual de 11-12 años (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005).

Seguidamente, también se debe realzar la importancia del desarrollo cognitivo como un factor de riesgo asociado a las víctimas de abuso sexual. A lo largo de los años ha aumentado la prevalencia de casos de abusos en niños y niñas con discapacidad intelectual (Sastre, 2017), aprovechándose los agresores de esta condición de la víctima.

Otro factor a tener en cuenta como vulnerabilidad presente en el menor, es la organización familiar en la cual se ha desarrollado. Distintos estudios han correlacionado el maltrato físico o emocional padecido por algún miembro de la familia, con una alta probabilidad de que el menor educado en este contexto se convierta en víctima de abusos sexuales (Fernández, Carrera y Failde, 2008). Asimismo, aquellas familias en las cuales no predomina una figura adulta de protección o de apego, comportará que el menor no desarrolle una autoconfianza necesaria, siendo más vulnerable a la manipulación y, por ende, más proclive a que se aprovechen sexualmente de él o ella. (Sastre, 2017).

Se puede concluir, que no se puede determinar la existencia de un único perfil de víctima, aunque, a pesar de esta limitación, si se pueden describir ciertos factores que incrementan el riesgo de vulnerabilidad en los sujetos, haciéndoles más proclives a padecer situaciones abusivas.

2.3. Perfil del agresor

En referencia al perfil del agresor, se debe constatar, en primer lugar, que no existe en sí un perfil psicológico determinado (Sastre, 2017). Pese a esta limitación, se puede concretar la existencia de distintos factores que aumentan la posibilidad de que la persona acabe realizando conductas de naturaleza abusiva o agresiva. A continuación, se expondrán algunos de los factores más relevantes relacionados con los agresores sexuales.

Se ha constatado en distintos estudios, que hay una mayor prevalencia en varones, en comparación con el sexo femenino, implicados en la realización de conductas sexuales abusivas. No obstante, se debe tener en cuenta que este dato no excluye la realidad de la existencia de casos en los que el agresor es una mujer (Fernández, Carrera, Failde, 2008).

Por otra parte, se ha constatado en diversos estudios que, en un elevado porcentaje de los casos, los agresores/as forman parte del entorno cercano de la víctima, desde las propias figuras paternas, hasta los miembros de la familia extensa, profesores, entrenadores, etc. Asimismo, los profesionales del área afirman la existencia de una correlación entre el sexo de la víctima y la proximidad que este tiene con su agresor, siendo más común que los agresores sean conocidos por las víctimas cuando estas son niñas y, desconocidos cuando son niños (Fernández, Carrera y Failde, 2008).

Los agresores acostumbran a ser varones de entre 30 y 50 años. Pese a estos datos, se han encontrado diversos casos en los cuales el agresor era una persona joven o incluso un niño/a menor de edad. En estas situaciones, los diferentes estudios de investigación han revelado que los agresores, suelen ser o han sido, víctimas de abuso sexual reproduciendo, de este modo, las conductas que ellos mismos han vivido (Fernández, Carrera y Failde, 2008).

Otro factor de riesgo a tener en cuenta, ya que influye en la realización de conductas sexuales abusivas, es el ámbito familiar en el que el agresor se ha desarrollado. David Roncero y Luis González realizaron una investigación en 2017, en la cual se analizaron las influencias que los aspectos familiares habían generado en el agresor. Los resultados de dicha investigación concluyeron que la mayoría de los agresores procedían de familias desestructuradas con estilos educativos inadecuados (alta permisividad o negligencia). Siguiendo con la línea argumental, los mismos expertos

hallaron que, tanto el abandono familiar como el absentismo escolar constituían un factor de riesgo a desarrollar conductas agresivas. De este modo, se concluye que la organización familiar conforma un factor determinante a tener en cuenta debido a las consecuencias que puede conllevar sobre el correcto desarrollo del sujeto.

Finalmente, se debe considerar la posibilidad de que el agresor padezca una pedofilia, potenciando este trastorno parafilico, la atracción sexual hacia niños y niñas menores de edad. A pesar de la presencia de esta condición en algunos sujetos que han mantenido relaciones sexuales no consentidas con personas menores de edad, estos sujetos no constituyen la mayoría de la población que ha realizado conductas agresivas alguna vez en su vida. (Fernández, Carrera y Failde, 2008).

2.4. Incidencia y prevalencia

El alcance de la problemática de los abusos sexuales infantiles es un aspecto difícil de conceptualizar, siendo la causa de estas limitaciones, tanto la escasa autonomía que los menores tienen para informar y gestionar la situación vivida, así como, el bajo número de denuncias realizadas. (Aguilar Cárceles, 2009). Para poder observar, de manera objetiva, la dificultad vigente en este ámbito, debemos regirnos a los datos de prevalencia e incidencia obtenidos a nivel nacional.

La incidencia en las víctimas de abusos sexual infantil, hace referencia al número de personas que denuncian los hechos en el momento en que sucedieron, o bien en un periodo de tiempo determinado y próximo a este. Como se ha mencionado con anterioridad, hay muchos casos de abuso sexual infantil que no llegan a ser denunciados y, por lo tanto, influyen a que los datos de incidencia sean escasos y limitados (Fernández, Carrera, Failde, 2008). Atendiendo a este hecho, la mayoría de las víctimas de abuso sexual infantil afirman no haber confiado a nadie el evento vivenciado, manteniendo en secreto los hechos hasta llegar a la adultez. A causa del secretismo presente e infundido en las víctimas de abuso sexual infantil, los diferentes estudios que evalúan la incidencia la sitúan en una media de rango inferior al 1% (Fernández, Carrera y Failde, 2008).

De esta forma, la mayor parte de información que se obtiene sobre el tema en cuestión, se formula a través del testimonio de personas adultas que explican sus experiencias abusivas que padecieron durante su infancia. Por lo tanto, las personas

acostumbran a desvelar ser víctimas de abuso sexual, una vez el daño ya ha sido causado. Así pues, la estrategia más fiable para entender y establecer la auténtica extensión y magnitud del problema es a través de la prevalencia. Este concepto se entiende como el “número de personas adultas que manifiestan haber sufrido abusos sexuales en la infancia” (Fernández, Carrera y Failde, 2008, p. 7).

En España se han realizado distintos estudios de prevalencia que permiten reflejar la incidencia de este problema social en nuestro país. En 2007, se realizó un estudio (Fernández, Carrera y Failde, 2008, como se citó en Pereda y Forns 2007), acerca de la prevalencia de abusos sexuales en menores de edad. Este se sustenta en una muestra de 1.003 estudiantes universitarios de Catalunya. Los resultados obtenidos mostraron que un 17,9% de los alumnos habían padecido abusos sexuales antes de los 18 años, afectando un 15,5% a los hombres y un 19,0% a las mujeres. Además, del total de la muestra, un 14,9% de los estudiantes habían padecido los abusos antes de los 13 años y, un 3% entre los 13 y 18 años.

Este estudio refleja tanto a nivel nacional como autonómico, los abusos o agresiones sexuales infantiles existentes, mostrando que la problemática expuesta es una realidad presente, actual y próxima.

Finalmente, atendiendo a los resultados obtenidos del Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social, se refleja cómo, en España, las denuncias por abusos sexual infantil han ido aumentando desde el 2008 hasta el 2017, siendo, el sexo femenino, el más afectado, aproximadamente 3 veces más que el sexo masculino. La distribución de denuncias entre los rangos de edad, no presentan diferencias relevantes, habiendo un número parecido de denuncias entre los niños y niñas menores de 13 años y los mayores de 13 años.

2.5. Legislación penal

La protección a nivel legislativo de los menores de edad y adolescentes en nuestro país ha sido tratada y abordada a lo largo de los últimos veinte años de diferentes formas, realizando innovaciones en las normas, así como reformando el código penal, con el fin de dar respuesta a los ataques contra la libertad sexual de los menores.

A raíz de la constitución de la ley orgánica 11/1999 se abarcó, en el código penal, las conductas que atentan contra la libertad sexual del menor, bajo el título “delitos contra la libertad e indemnidad sexuales”. Esta implementación surgió con la intención de concretar la “libertad sexual como una capacidad de decidir sobre el propio cuerpo” (Alemany, Fernández y Marín, 2020, p. 5) así como impedir que otros tomen decisiones acerca de las relaciones sexuales que tienen los menores y las personas con discapacidad intelectual. Como se ha mencionado en puntos anteriores, los menores y las personas que padecen una discapacidad intelectual tienen un mayor riesgo a ser objetos de abuso sexual, ya sea por el nivel evolutivo en el que se encuentra el menor o por el estado mental, en el caso de las personas con discapacidad intelectual.

Esta protección a nivel legal mencionada, se continuó reforzando, posteriormente en 2015, con la Ley orgánica 1/2015, de 30 de marzo, al mismo tiempo que el código penal realizó una reforma elevando la edad de consentimiento sexual a los 16 años e implantar la directiva 2011/93/UE tocante a la lucha contra los abusos y la explotación sexuales de los menores y la pornografía infantil (Alemany, Fernández y Marín, 2020).

Atendiendo al Código penal y teniendo en cuenta la ampliación y reforma que se realizó, se observa que se ha creado un capítulo específico que abarca los delitos de abuso y agresiones sexuales a menores de 16 años. Realiza 8 grupos para recoger aquellas conductas que se caracterizan por atacar en contra de la libertad e indemnidad sexual de menores. Dichos grupos son: agresiones sexuales, abusos sexuales, abusos y agresiones sexuales a menores de dieciséis años, acoso sexual, exhibicionismo y provocación sexual, prostitución, explotación sexual y corrupción de menores, pornografía y acoso a través de las tecnologías de la información y la comunicación. (Alemany, Fernández y Marín, 2020)

Con estos grupos se observa que la edad del menor influye a nivel de ejecución penal. Los menores de dieciséis años quedan regulados por el Capítulo II del código penal debido a que se conciben, dichos adolescentes, como personas que no presentan la capacidad necesaria para dar consentimiento válido a relaciones de carácter sexual. Mientras que, los individuos de dieciséis años o más, a nivel legal, sí que se les capacita para dar consentimiento en las relaciones sexuales, pero, a pesar de ello, el código penal contempla, como delito, el abuso sexual que el sujeto

puede padecer a causa de un engaño por parte de una persona de confianza, autoridad o influencia. De este modo, los menores que tienen dieciséis años o más se les aplicará los tipos penales generales que condenan dichos actos (Alemany, Fernández y Marín, 2020).

Con todo lo expuesto, queda constatado que, a nivel legal, existen herramientas y leyes que permiten dar respuesta a las situaciones de abuso o de agresión sexual infantil. Estas conductas son descritas en el código penal y asociadas a una pena de prisión.

3. El trauma

El término trauma es un concepto que ha sido definido por muchos autores y manuales a lo largo de la historia. En este epígrafe del trabajo se realizará una breve revisión histórica sobre el origen, las connotaciones y las modificaciones del término en cuestión. Previamente a lo expuesto, es importante definir qué es el trauma y, atendiendo a la definición de Joyanna L. Silberg (2019, como se citó en Pearlman y saakvitne, 1995), se entiende por trauma aquellos “episodios que quedan fuera de las experiencias vitales normales y esperadas del individuo y que son percibidas como una amenaza para la “vida, la integridad física o la cordura”” (p.60). La persona que ha experimentado un trauma ya sea un evento estresante aislado o bien, un evento traumático crónico a lo largo del tiempo, sienten una enorme impotencia, siendo esta una de las características distintivas del trauma.

Una vez definido el término de trauma, se puede dar paso a entender cómo ha ido evolucionado el significado de dicho concepto y de las distintas controversias que ha generado desde su primera aparición. A lo largo de la historia se han dado distintas renovaciones del significado de trauma en los manuales diagnósticos, pero previo a analizar la evolución historia a través de los manuales, hace falta comprender, a través de estudios realizados, las connotaciones sociales, históricas y cognitivas con las que dicho término se asocia.

Distintos autores relacionan la historia de la sociedad en la que se vive, con la memoria y el desarrollo de un trauma en el individuo. Esta asociación, surge a raíz de las experiencias que el sujeto vivencia y de su impresión en la memoria, influenciando, de ese modo, al desarrollo de la personalidad del individuo.

Paralelamente estas vivencias también se relacionan con los actos que realizará la persona a lo largo de un periodo de tiempo (Brambila, 2020). Asimismo, se observa que una misma situación vivida por dos personas, puede causar consecuencias diferentes en los individuos y, este hecho se explica, por la memoria y la subjetividad que en estos sujetos reside.

Atendiendo a las diferentes concepciones sobre la noción tratada, se debe considerar que Robles, (2012, como se citó en Ferenczi, 1949) afirmaba que, en todo trauma siempre habrá una situación traumática real que actuará como desencadenante y, una alteración en la estructura del aparato psíquico que conformará la génesis del trauma. Años después se describió el trauma como el resultado de una interacción entre el mundo externo que rodea la persona y el mundo interno de ella, siendo el trauma una consecuencia de la interacción entre un evento externo real y la forma en que el individuo, internamente, la vivencia y la interpreta (Robles, 2012, como se citó en Tutté, 2004).

Posteriormente, se realizó un estudio con pacientes traumatizados por su experiencia personal en el holocausto Nazi. Los resultados del estudio mostraron que el peor periodo, según los sujetos, había sido el de la postguerra, es decir, el de reinserción a la sociedad, más que el periodo durante la guerra (Brambila, 2020). Este hecho refleja tanto el papel fundamental que juega la memoria en el funcionamiento cognitivo de la persona, así como la capacidad que tiene la memoria de hacer producir una reexperimentación de los eventos traumáticos vivenciados por el sujeto, provocando lo que, según los manuales diagnósticos, se conoce como un trastorno de estrés post traumático. De este modo se observa que el concepto de trauma ha sido abordado por diferentes expertos, siendo tratado en diferentes ramas y concepciones, pero, atendiendo a nivel psicológico y psiquiátrico, se ha podido observar la relación establecida entre el concepto del trauma y el hecho de que éste pueda desarrollar, en el individuo, un trastorno de estrés postraumático (TEPT).

3.1. Alteraciones neuropsicológicas del trauma

El término de trauma y el diagnóstico de trastorno de estrés post traumático son dos conceptos relacionados y, a la hora de entender su complejidad, a menudo, se conceptualizan de manera conjunta. En el presente epígrafe se atenderá a la pregunta realizada, por parte de distintas disciplinas científicas, acerca de sí los

sujetos que desarrollan un TEPT a raíz de vivenciar un evento traumático, padecen consecuencias, alteraciones o disfunciones a nivel cerebral.

Atendiendo a la perspectiva de la neuropsicología se observa que, el estrés postraumático que surge de la vivencia de un evento extremo o adverso puede causar un trastorno mental. Estas alteraciones no son producto de desordenes genéticos o biológicos del individuo. De este modo, la neuropsicología pretende estudiar las consecuencias que dicho trastorno desarrolla a nivel biológico y cognitivo al sujeto (Drake y Monchablon, 2016).

Tal y como se ha expuesto con anterioridad, el TEPT es un trastorno cuyos síntomas se caracterizan, principalmente, por ser: intrusivos; es decir la persona revive el evento traumático constantemente, evitativos; en cuanto a la presencia de pensamientos o recuerdos relacionados con el suceso traumático, hiperexcitación; reflejando alteraciones importantes en la predisposición del sujeto a estar alerta de todo lo que sucede a su alrededor, mostrándose, a menudo, irritable, autodestructivo y con hipervigilancia. Paralelamente, los síntomas mencionados y característicos del TEPT influyen al desarrollo de alteraciones cognitivas en el sujeto, repercutiendo estas, en el correcto funcionamiento de la memoria, la atención y las funciones ejecutivas.

Partiendo de lo expuesto, la neuropsicología realiza distintos estudios asociados a los factores de vulnerabilidad que presenta el paciente, de manera previa, a desarrollar el trastorno. Además, estos estudios también hacen referencia a aquellos factores que influyen, de manera posterior al evento traumático, al desarrollo y mantenimiento del trastorno (Drake y Monchablon, 2016).

Atendiendo a las perspectivas neurobiológicas, estas afirman que cuando una persona es expuesta a una situación estresante, el cuerpo responde a través de un estado de activación fisiológica. Estas respuestas son normales y adaptativas y, en las personas que no padecen un TEPT, la activación corporal entendida como un aumento de neurotransmisores y neuropéptidos, vuelve a su estado habitual. En el caso de las personas que desarrollan un TEPT, el cuerpo y su mecanismo homeostático no es capaz de regular dicha activación y, por ende, el cuerpo no es capaz de volver a su funcionamiento normal (Drake y Monchablon, 2016, como se citó en Oien, 2011).

A raíz de esta problemática presentada en los pacientes con TEPT, se descubrieron ciertas áreas cerebrales que también estaban alteradas en estos sujetos. Dichas áreas son: la corteza prefrontal, la amígdala y el hipocampo.

Finalmente, en la aplicación del test de neuropsicología en pacientes con TEPT se hallaron distintos dominios cognitivos que estaban alterados en la mayoría de los pacientes. A continuación, se expondrá cuáles son los desordenes cognitivos que han sido reportados como los más frecuentes en los pacientes con TEPT (Drake y Monchablon, 2016):

1. Rendimiento intelectual: Distintos estudios correlacionan, de manera direccional, el nivel de CI y el riesgo de desarrollar un TEPT tras ser expuesto a un evento traumático.
2. Atención y funciones ejecutivas: La mayoría de los estudios realizados sobre la problemática de la atención en pacientes con TEPT coinciden al afirmar que, estos pacientes, presentan mayor dificultad a la hora de llevar a cabo tareas que requieran de sostener o codificar la atención. En cuanto a las funciones ejecutivas, los estudios revelan que las habilidades más afectadas son la atención selectiva, la velocidad del procesamiento y el control inhibitorio (Drake y Monchablon, 2016).
3. Memoria y aprendizaje: Atendiendo a los estudios realizados, se ha observado que los pacientes con TEPT presentan más alteraciones a la hora de registrar información que al retener la información previamente aprendida. Asimismo, se observan efectos de interferencias proactivas en los pacientes, siendo estas entendidas como aquel material previamente aprendido y que, a su vez, está interfiriendo en el aprendizaje y memoria de información nueva. Finalmente, se pueden observar también interferencias retroactivas, provocando que el sujeto desarrolle interferencias con la información nueva recibida sobre la información previamente aprendida (Drake y Monchablon, 2016).

Por último, cabe destacar que los sujetos con TEPT presentan dificultades a la hora de adquirir información nueva, ya que este hecho se relaciona con el sistema hipocampal anteriormente mencionado.

A modo de conclusión se puede observar que las alteraciones cognitivas en los TEPT no son generales, es decir, no hay una afectación total en la cognición del paciente, sino que, las disfunciones son localizadas. De este modo, se puede afirmar que una persona que padezca un trastorno de estrés postraumático será altamente probable que presente alteraciones en la atención y en la memoria siendo la causa, de dichas desregulaciones, la presencia de alteraciones en regiones cerebrales concretas.

3.2. Alteraciones neurobiológicas en víctimas de maltrato infantil

La infancia es una etapa evolutiva muy importante para el correcto desarrollo de las personas. Es por este motivo, que los niños/as y adolescentes que han sido víctimas de un maltrato en edades tempranas pueden presentar alteraciones en el correcto desarrollo de su cerebro, provocando dicha situación, alteraciones tanto en su infancia como en su adultez. El cerebro de los niños/as maltratados se ve afectado tanto a nivel estructural como a nivel químico, provocando dichas alteraciones desconexiones y desregulaciones en distintas áreas del funcionamiento del cerebro. En concreto, se observan inhibiciones en la neurogénesis del sujeto; una pérdida acelerada de las neuronas (materia gris), retrasos en el proceso de mielinización y alteraciones en el proceso natural de poda neuronal, así como alteraciones neurobiológicas en el hipocampo, amígdala, cuerpo calloso, corteza prefrontal e hipotálamo y en el funcionamiento del sistema de liberación de neurotransmisores de tipo catecolaminas y el eje de activación hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA) (Amores-Vilalba y Mateos-Mateos, 2017 como se citó en De Bellis, 2005; Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011; Moya-Albiol y Martín – Ramírez, 2015).

Se debe destacar que estos déficits mencionados, a menudo, pueden pasar desapercibido durante la infancia a causa de que sean interpretados como parte del proceso de desarrollo del menor y, salir a la luz como un problema a tratar cuando el individuo llega a su adultez, siendo, estos problemas los causantes de que el sujeto no haya logrado su total desarrollo. Todas estas áreas cerebrales que se encuentran alteradas en estos niños/as y adolescentes, explicarían la sintomatología que presentan tanto a nivel cognitivo y conductual como social.

Uno de los efectos más documentados del cerebro de los niños/as y adolescentes maltratados son los cambios en el cuerpo calloso, siendo esta estructura cerebral, la encargada de conectar el hemisferio derecho e izquierdo del cerebro. Se ha observado que los niños/as que han padecido algún tipo de maltrato presentan una

reducción en el cuerpo calloso en comparación con la población general. De modo paralelo, diversos estudios relacionaron los efectos de dicha estructura cerebral con el sexo de la víctima y el tipo de maltrato que había padecido. En el sexo masculino, la reducción del tamaño del cuerpo calloso se asocia a un maltrato por negligencia o, en el caso de edades adolescentes, por maltrato verbal. En el sexo femenino, la reducción del tamaño del cuerpo calloso se asocia más a maltratos de abuso sexual (Amores-Vilalba y Mateos-Mateos, 2017 como se citó en Mesa-Gresa y Moya – Albiol, 2011).

Este descubrimiento de un cuerpo calloso subdesarrollado podría explicar las desconexiones, flashbacks y fenómenos disociativos que se encuentran en menores traumatizados a causa de sufrir maltrato infantil. Esta correlación surge a raíz de las disfunciones que padece el cuerpo calloso ya que, esta estructura al estar subdesarrollada puede reprimir la capacidad del menor para integrar información visual con codificación verbal. Estas incapacitaciones se relacionan en que las personas traumatizadas procesan el contenido del trauma en el hemisferio derecho del cerebro a diferencia de la población normal. Las consecuencias de dichas privaciones se asocian a las reexperimentaciones de las imágenes y sonidos del evento traumático que el menor traumatizado vivencia durante los flashbacks. (Joyanna.L. Silberg, 2019 como se citó en Schiffer, Teicher y Papanicolaou, 1995).

Siguiendo con las disfunciones cerebrales presentes en víctimas de maltrato infantil y, la correlación de estas con la sintomatología objetiva de los pacientes se ha observado una relación entre las alteraciones en la memoria (amnesia y hipermnesia), que presentan las personas que han sido agredidas sexualmente, y los déficits en el hipocampo. Estas reducciones del funcionamiento en hipocampo son consecuencia del exceso de cortisol que la persona tiene a causa de verse expuesto a situaciones estresantes en etapas tempranas de la vida.

La desregulación del hipocampo a causa del cortisol provoca, de manera paralela, un exceso de estimulación en la amígdala, encargada dicha estructura, de la regulación a las respuestas condicionadas al miedo (Joyanna.L. Silberg, 2019 como se citó en Teicher et al., 2003). En las personas que han padecido un maltrato infantil o situaciones de trauma de manera repetida se ha hallado que la amígdala, al ser estimulada una y otra vez, se vuelve más sensible, provocando este hecho que los sujetos, al encontrarse frente a bajos niveles de estimulación, reproduzcan

respuestas de miedo condicionadas por el trauma vivenciado (Joyanna L. Silberg, J. L (2019). *El niño superviviente*. Desclée De Brouwer, S.A.). Esta hipersensibilidad quedaría reflejada a través de conductas de irritabilidad, rabia, bloqueos o peleas.

En cuanto a los centros más elevados del cerebro, como es la corteza prefrontal, parece ser que esta es especialmente vulnerable a la exposición, por parte del individuo, a situaciones estresantes. Un estrés temprano en el sujeto provoca una maduración precoz en la corteza prefrontal, limitando ciertas regiones encargadas de evaluar experiencias actuales y la determinación de estas con vivencias pasadas (Joyanna.L. Silberg, 2019 como se citó en De Bellis, 2005; Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011). Esta funcionalidad atenuada en el córtex prefrontal se traduce en un deterioro de la capacidad de integrar información nueva y la presencia de conductas impulsivas. Por lo tanto y relacionando esta idea con argumentos expuestos anteriormente, el córtex prefrontal no recibe la información debida y, por ende, la sobre activación de la amígdala, a generar respuestas condicionadas al miedo, no puede ser regulada (Joyanna L. Silberg, J. L (2019). *El niño superviviente*. Desclée De Brouwer, S.A.).

Con todo lo expuesto, queda revelada la afectación, a nivel estructural del cerebro, que padecen los menores que han experimentado algún tipo de maltrato infantil. No obstante, la estructura cerebral no es la única que padece consecuencias de dichos eventos traumáticos, sino que, distintos hallazgos han demostrado que “los niños/as que han sido expuestos a un estrés crónico desarrollan desequilibrios en la composición química del cerebro” (Joyanna L. Silberg, J. L (2019). *El niño superviviente*. Desclée De Brouwer, S.A.).

Medina-Sustache, Flores, Mota y Díaz, (2017, como se citó Chapman, 2014) argumentaron que los eventos estresantes provocan un aumento de la liberación de la hormona de estrés (corticotropina) des del hipotálamo, que genera un estímulo en la glándula pituitaria, para la homeostasis fisiológica. Este proceso provoca que las glándulas adrenales secreten cortisol y este inhiba el funcionamiento del hipocampo. Como respuesta a esta desregulación se genera, en el sujeto, reacciones de irritabilidad, reacciones abruptas, estados de hipervigilancia, incremento de la respiración, ojos abiertos en estado de alerta y una frecuencia cardíaca elevada (Joyanna L. Silberg, J. L (2019). *El niño superviviente*. Desclée De Brouwer, S.A.) (Medina-Sustache, et al., 2017, como se citó Chapman, 2014).

En contraposición, el menor también puede reaccionar frente a las situaciones de estrés con una hipoactivación, siendo el responsable, el aumento de actividad del sistema dopaminérgico. En estas situaciones se observaría un aumento de la segregación de opioides endógenos que producirían, en el paciente, una desensibilización del dolor.

En conclusión, se observa que el cerebro de los niños/as que han padecido algún trauma se encuentra afectado a raíz del estrés continuo al que se ven expuestos. Todos estos hallazgos configuran la necesaria información para poder atender y conocer la gravedad de las consecuencias del trauma infantil, ya que, el cerebro, a medida que crece, realiza lo que se conoce como “poda neuronal”, eliminando los caminos que menos se utilizan y arraigando aquellos que son más utilizados por el sujeto. Este proceso implica que los niños/as traumatizados se adapten a entornos, situaciones y circunstancias traumáticas, en las que, en el momento de desarrollo, se encuentra el menor (Joyanna L. Silberg, J. L (2019). *El niño superviviente*. Desclée De Brouwer, S.A.)

Con todo lo presentado se hace evidente la importancia de comprender y entender la neuropsicología asociada a eventos traumáticos en los que muchos niños/as se encuentran, pudiendo, de este modo, conocer las consecuencias cerebrales, a través de la sintomatología objetiva que muestra el individuo.

3.3. Evaluación del trauma según el DSM-5 y la CIE-10

Aludiendo a explicaciones expuestas anteriormente, el concepto de trauma o acontecimiento traumático queda recogido, evaluado y diagnosticado bajo el trastorno de estrés postraumático, el cual describe las consecuencias y alteraciones que una persona puede padecer tras vivenciar una situación de estrés importante.

El TEPT ha sido incorporado y reconocido en dos de los manuales con una mayor referencia a la hora de diagnosticar; DSM y CIE. A pesar de que los criterios diagnósticos en ambos manuales son parecidos, se hace relevante la necesidad de entender, exponer y diferenciar dichos criterios, con el fin de exponer cómo está siendo evaluado y entendido el trastorno de estrés postraumático.

Una de las principales diferencias reside en el nivel de especificidad de ambos manuales. Mientras que el DSM se centra, principalmente, en los trastornos

mentales, la CIE incluye no sólo las alteraciones que la mente puede padecer, sino también trastornos y enfermedades médicas que el ser humano puede desarrollar. Asimismo, también se hallan diferencias en los objetivos de ambos manuales; la CIE centra su foco en llevar a cabo un seguimiento y un análisis de las características presentes del trastorno, mientras que, el DSM se orienta hacia la realización de una descripción sistemática y precisa de los criterios y características de cada trastorno. Finalmente, la última diferencia que se destacará es la organización que realizó cada uno de los manuales presentados. El DSM ha sido elaborado por la American Psychiatric Association, en tanto que, la CIE ha sido elaborada por la organización mundial de la salud (OMS).

No han sido pocos los estudios realizados que han comparado ambos manuales y que han revelado las semejanzas y diferencias entre ambos, pero, a pesar de que existen más diferencias que podrían ser expuestas en el presente trabajo, únicamente se han reflejado aquellas más notorias y que permiten entender la diferencia entre ambos.

3.3.1. Trastorno de estrés postraumático según el DSM

En 2013 se publicó la actual y última edición del DSM, el DSM-5, siendo esta la que determina cómo debemos interpretar los diferentes trastornos y bajo qué criterios debemos diagnosticarlos. El trastorno de estrés post traumático se introdujo por primera vez en la tercera edición del DSM, siendo modificado tanto en la cuarta como en la quinta edición. Dichos cambios en la actual edición son importantes de remarcar ya que determinan la conceptualización que se realiza del TEPT.

En el DSM-IV, el TEPT se encontraba en el capítulo titulado “trastornos de ansiedad”, pero en el DSM-5 se creó un nuevo capítulo el cual integraba todos aquellos trastornos relacionados con el estrés, como es el TEPT o el trastorno de estrés agudo (Santos Ruiz, Sanz Rodríguez, Antequera Iglesias, Ladrón Jiménez, Muñoz García, Hernangómez Criado, (2020) *02. Manual CEDE de preparación PIR. Psicología Clínica. Volumen I*. Centro documentación de estudios y oposiciones).

Es necesario realizar una comparativa entre la conceptualización establecida del TEPT en el DSM-IV y las modificaciones aplicadas a dicho trastorno en el DSM-5. Atendiendo a los diferentes criterios requeridos para la correcta descripción del

trastorno, se observa, en primer lugar, que el DSM-5 implementa tanto nuevas concepciones acerca del tipo de evento traumático que el individuo ha vivenciado, así como las formas bajo las cuales este evento se ha podido desarrollar. Asimismo, en relación al primer criterio expuesto, el DSM-5 prescinde de la necesidad de una respuesta subjetiva de horror, temor o desesperanza por parte del sujeto, para que este pueda ser diagnosticado. (Santos Ruiz, et al. (2020) 02. *Manual CEDE de preparación PIR. Psicología Clínica. Volumen I*. Centro documentación de estudios y oposiciones).

En segundo lugar, el criterio B no presenta modificaciones entre las ediciones, siendo este definido a través de las reexperimentaciones que la persona padece sobre el trauma vivenciado. En tercer lugar, el criterio C del DSM-IV, queda dividido, en la nueva edición, en dos criterios diferentes; el criterio C en el cual se recoge los síntomas relacionados con la evitación y, el criterio D que atiende a alteraciones cognitivas y afectivas. Ambos criterios realzan la importancia de la presencia de pensamientos, emociones o estímulos externos que el sujeto evita con el fin de protegerse del recuerdo del evento traumático. Estos sucesos son causa de las alteraciones negativas, tanto cognitivas como afectivas, que el sujeto presenta y que se asocian al trauma. (Santos Ruiz, et al. (2020) 02. *Manual CEDE de preparación PIR. Psicología Clínica. Volumen I*. Centro documentación de estudios y oposiciones).

En cuarto y último lugar, se puede observar que el criterio E queda ampliado por la nueva edición del DSM. A pesar de esto, la base de dicho criterio sigue estando asociada a un comportamiento relacionado con respuestas de alerta e hipervigilancia que se desarrollan a raíz del suceso traumático. (Santos Ruiz, et al. (2020) 02. *Manual CEDE de preparación PIR. Psicología Clínica. Volumen I*. Centro documentación de estudios y oposiciones, como se citó en APA, 2013).

Los criterios descritos y comparados serían los que definirían la sintomatología propia de un paciente que es diagnosticado de TEPT, y, por consiguiente, los que nos permiten entender con mayor comprensión dicho trastorno.

A lo largo de las tres ediciones del DSM en las cuales se ha considerado, el trastorno de estrés postraumático, como un diagnóstico a tener en cuenta, se ha plasmado, en cada una de ellas, distintos especificadores que permiten profundizar

en la sintomatología que el sujeto experimenta y obtener mayor información acerca de esta para proporcionar una adecuada y acotada respuesta. Estos especificadores padecieron un cambio importante del DSM-IV al DSM-5. En la penúltima edición se consideraba el hecho de que los síntomas podían cronificarse en el sujeto si estos estaban más de tres meses presentes. En la actual edición este especificador desaparece quedando englobada dicha cronificación en el especificador de “inicio demorado”, el cual matiza la posibilidad de que algunos de los síntomas expuestos aparezcan tras haber pasado seis meses del evento traumático, pero estos, no son suficientes como para cumplir el diagnóstico del trastorno. Por lo tanto, se observa que dicho criterio no referencia, en su plenitud, la idea de que los síntomas del TEPT puedan cronificarse en la persona desde su inicio, sino que, simplemente enfatiza la posibilidad de que los síntomas aparezcan más tarde. (Santos Ruiz, et al. (2020) 02. *Manual CEDE de preparación PIR. Psicología Clínica. Volumen I*. Centro documentación de estudios y oposiciones, como se citó en APA, 2013).

Asimismo, la nueva edición ha realizado cambios en los criterios que conducen a concebir el TEPT desde una perspectiva nueva, estando esta definida, por atenuar y eliminar el foco de atención en la respuesta subjetiva del individuo respecto al trauma, potenciado y profundizando, de modo paralelo, en la importancia, tanto del tipo de evento traumático que el individuo ha vivenciado, como de las formas en las que se pueden experimentar dicho evento. Finalmente, los síntomas en el DSM-5 quedan explicados bajo 4 grupos; síntomas de intrusión, evitación, cognición y afectos negativos y activación (Santos Ruiz, J.L, et al. (2020) 02. *Manual CEDE de preparación PIR. Psicología Clínica. Volumen I*. Centro documentación de estudios y oposiciones).

Criterios diagnósticos del TEPT según DSM – 5 (American Psychiatric association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Panamericana)

- A. Exposición a muerte real o peligro de muerte, lesiones graves o violencia sexual de una (o más) de las siguientes maneras:
- 1) Experimentación directa del evento(s) traumático(s).
 - 2) Ser testigo, en persona, del acontecimiento mientras le ocurre a otros.
 - 3) 3) Tener conocimiento de un acontecimiento(s) que le ha ocurrido a

alguien cercano o a un amigo. En los casos de muerte real o amenaza de muerte de un miembro de la familia o amigo, el evento(s) deber haber sido violento o accidenta.

- 4) Experimentar repetidamente o exposición extrema a detalles aversivos del acontecimiento (s) (por ejemplo, personal de emergencia que recoge restos humanos; agentes de policía expuestos repetidamente a detalles sobre abuso sexual a menores).

B. Presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas intrusivos asociados al evento(s) traumático(s), que comienzan después de que el evento ocurra:

- 1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes, involuntarios e intrusos que provocan malestar. Nota: en los niños mayores de 6 años esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
- 2) Sueños desagradables de carácter recurrentes cuyo contenido y/o afecto están relacionados con el acontecimiento traumático. Nota: en los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
- 3) Reacciones disociativas (por ejemplo, flashbacks), donde el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (estas reacciones pueden ocurrir en un continuum, siendo la máxima expresión una completa pérdida de la conciencia en el entorno). Nota: los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico durante el juego.
- 4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- 5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma (ausente antes del trauma), tal y como indican uno o ambos de los siguientes síntomas:

- 1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre o fuertemente relacionadas con el suceso traumático.

- 2) Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despierten recuerdos, pensamientos o sentimientos negativos o fuertemente relacionados con el evento traumático.

D. Alteraciones negativas en las cogniciones o afectos asociados al acontecimiento traumático, que empiezan o empeoran después de que el acontecimiento traumático ocurra, tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- 1) Dificultad para recordar un aspecto importante del acontecimiento traumático (normalmente debido a amnesia disociativa y no a otros factores como traumatismo craneal, alcohol o drogas).
- 2) Creencias o expectativas negativas persistentes sobre uno mismo, los demás o el mundo (por ejemplo, “soy malo”, “no se puede confiar en nadie”, “el mundo es muy peligroso”, “mi sistema nervioso se ha visto arruinado para siempre”).
- 3) Cogniciones distorsionadas persistentes sobre la causa o las consecuencias del evento traumático que llevan a que el individuo se culpa a sí mismo o a otros.
- 4) Estados emocionales negativos persistentes (por ejemplo, miedo, horror, ira, culpa o vergüenza).
- 5) Interés o participación intensamente disminuida en actividades significativas.
- 6) Sentimientos de indiferencia o distanciamiento de los demás. Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas (por ejemplo, incapacidad para experimentar alegría, satisfacción, o sentimientos de amor).

E. Alteraciones importantes en la activación (arousal) y la reactividad asociada al evento traumático, que comienzan o empeoran después de que ocurra el acontecimiento traumático, tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- 1) Comportamiento irritable y o explosiones de ira (con poca o nula provocación) expresada habitualmente por agresiones físicas o

verbales hacia personas u objetos.

- 2) Conductas autodestructivas o temerarias.
- 3) Hipervigilancia.
- 4) Respuestas exageradas de sobresalto.
- 5) Problemas para concentrarse.
- 6) Problemas de sueño (por ejemplo, dificultad para conciliar el sueño o mantenerse despierto o sueño no reparador).

F. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C, D y E) se prolongan más de 1 mes.

G. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

H. Estas alteraciones no se atribuyen a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, medicación, alcohol) o a otra condición médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: los síntomas del individuo cumplen criterios para trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al estresor, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de alguno de los siguientes:

- 1) **Depersonalización**: experiencias persistentes o recurrentes de sentirse distanciado de los propios procesos mentales o el cuerpo, como si fuera un observador externo (por ejemplo, sentir que se está en un sueño, sentimiento de irrealidad de uno mismo o del cuerpo, o sentir que uno se mueve despacio).
- 2) **Desrealización**: experiencias persistentes o recurrentes de irrealidad del entorno (por ejemplo, el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como un sueño, distante o distorsionado).

Nota: para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se pueden atribuir mejor a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo,

comportamiento durante una intoxicación etílica) o a otra condición médica (por ejemplo, crisis parciales complejas).

Especificar si:

De inicio demorado: si todos los criterios no se cumplen hasta al menos 6 meses después del evento (aunque el comienzo y la expresión de algunos síntomas pueden ser inmediatos).

Finalmente, se debe concretar que el TEPT definido en el DSM-5 acoge a todo individuo mayor de 6 años. Frente a esta concepción diversos investigadores se encontraron frente a la problemática de no tener un diagnóstico que pudiera dar respuesta a los niños/as preescolares que vivenciaron alguna situación traumática. La inclusión, por parte del DSM-5, de un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático exclusivo para menores de 6 años, se ha visto claramente influenciada por las investigaciones realizadas por Scheeringa et al. (Gil, Espinosa y Rosa Maria, 2016). Los criterios que el grupo de investigación de Scheeringa propusieron fueron, en primer lugar, la necesidad de que el individuo se haya visto expuesto a un evento traumático, seguido de una sintomatología caracterizada por la reexperimentación, la evitación y la hiperactivación. Por lo tanto, se puede observar que, a pesar de que la sintomatología se asemeja entre el TEPT para mayores de 6 años y para menores de 6 años, se halla en el DSM-5 la consideración de criterios diagnósticos para ambas poblaciones, pudiendo, de este modo, dar respuesta a estos acontecimientos en cualquier rango de edad en el que se encuentre la persona.

Trastorno de estrés postraumático en niños menores de 6 años (American Psychiatric association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Panamericana)

- A. En niños menores de 6 años, exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros, especialmente a los cuidadores primarios.

Nota: No incluye sucesos que solamente se han visto en medios electrónicos, televisión, películas o fotografías.

3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a uno de los padres o cuidadores.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienzan después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Nota: Los recuerdos espontáneos e intrusivos pueden no ser necesariamente angustioso y se pueden expresar como recreación en el juego.

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: Puede que no sea posible determinar que el contenido está relacionado con el evento traumático.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el niño siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente). La representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas importantes a los recordatorios del suceso(s) traumático(s).

C. Ha de estar presente uno (o más) de los síntomas siguientes, que representan evitación persistente de los estímulos asociados al suceso(s) traumático(s) o alteración cognitiva y del estado de ánimo asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s).

Evitación persistente de los estímulos

1. Evitación o esfuerzos para evitar actividades, lugares o recordatorios físicos que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar personas, conversaciones o situaciones interpersonales que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).

Alteración cognitiva

3. Aumento importante de la frecuencia de estados emocionales negativos (p.ej., miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión).
4. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, que incluye disminución del juego.
5. Comportamiento socialmente retraído.
6. Reducción persistente de la expresión de emociones positivas.

D. Alteración importante de la alerta y de la reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto en dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos (incluidas pataletas extremas).
2. Hipervigilancia.
3. Respuesta de sobresalto exagerada.
4. Problemas con concentración.
5. Alteración del sueño (p.ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

E. La duración de la alteración es superior a un mes

F. La alteración causa malestar clínicamente significativo o problemas en la relación con los padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores, o en el

comportamiento en la escuela.
G. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica.
<p>Especificar sí:</p> <p>Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen criterios diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático y el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de uno de los cuadros siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Despersonalización:</u> Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p.ej., como si se soñara, sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio). 2. <u>Desrealización:</u> Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p.ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado). <p>Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).</p> <p>Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).</p>

3.3.2. Trastorno de estrés postraumático según la CIE-10

La CIE es un manual diagnóstico de clasificación multiaxial realizado por la organización mundial de la salud (OMS). La última publicación realizada y, por lo tanto, la actual edición mediante la cual los profesionales del ámbito se centran, es la CIE-10, publicada en 1992. La CIE-10 se organiza bajo un sistema de

clasificación de los trastornos divididos en VI ejes diagnósticos los cuales engloban distintos capítulos y grupos, mediante los cuales organizan los diferentes trastornos que el manual acoge. El trastorno de estrés postraumático queda englobado dentro del F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (World Health Organization, 2000).

En cuanto a los criterios diagnósticos del TEPT expuestos en el DSM y en la CIE, estos son bastante parecidos en su generalidad y las diferencias son mínimas. A pesar de esto, es importante remarcarlas y entender cómo está conceptualizado el TEPT según la CIE.

El trastorno de estrés postraumático se entiende como una respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante de naturaleza amenazante, desarrollándose un trauma en la persona que lo vivencia (World Health Organization, 2000). Por otro lado, es interesante observar los factores predisponentes que la CIE ofrece en dicho trastorno, siendo estos rasgos de personalidad compulsivos o asténicos, entre otros, o antecedentes de una enfermedad neurótica. Tal y como se expone, estos factores son predisponentes por lo que su presencia no asegura el desarrollo de un TEPT en el sujeto, sino una mayor probabilidad de desarrollarlo.

Los síntomas bajo los cuales se describe el trastorno se caracterizan, principalmente, por la reexperimentación del evento traumático a través de recuerdos desagradables, flashbacks y/o pesadillas, que provocan al paciente una sensación de perturbación, embotamiento emocional, desapego hacia los demás, ausencia de respuestas al entorno y evitación de actividades o situaciones asociadas al trauma (World Health Organization, 2000). Paralelamente, suele observarse en el paciente estados de hipervigilancia con un aumento de respuestas de sobresalto exageradas y alteraciones en el sueño. Finalmente, se describe en el manual que dicho trastorno puede ir acompañado de síntomas depresivos o ansiosos o incluso ideación suicida con una frecuencia más baja.

Con todo lo expuesto, se puede observar que los síntomas no difieren, en su generalidad, de los criterios expuestos en el DSM-5, modificando conceptos o explicaciones determinadas sin que estas cambien, sustancialmente, la concepción que se tiene del trastorno. A pesar de esto, sí que es importante matizar la principal diferencia que existe entre ambos manuales y es que, en la CIE-10 existe, así como

en el DSM-5, un criterio de temporalidad, este no exige de forma específica un periodo de tiempo mínimo para poder ser diagnosticado. Es decir, en la CIE-10 el criterio de temporalidad se rige por la presencia de los síntomas durante varias semanas, no por la presencia necesaria de estos síntomas durante un mes en el sujeto como se requiere en el DSM-5. (Santos Ruiz, et al. (2020) 02. *Manual CEDE de preparación PIR. Psicología Clínica. Volumen I*. Centro documentación de estudios y oposiciones).

Criterios diagnósticos del TEPT en la CIE-10 (World Health Organization. 2000, p. 121-122).

A. El paciente tiene que haber estado expuesto a un acontecimiento o situación estresantes (de corta o larga duración) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causaría malestar profundo en casi cualquier persona.

B. Debe haber recuerdos persistentes de "revivir" el acontecimiento o situación estresantes en forma de reviviscencias ("flashbacks"), recuerdos vívidos o sueños recurrentes, o una sensación de malestar al exponerse a circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento o situación estresantes.

C. El paciente debe mostrar una evitación real o preferente de circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento o situación estresantes, que no presentaba antes de la exposición al mismo

D. Presencia de alguno de los siguientes:

1. Incapacidad para recordar, parcial o completa, algunos aspectos importantes del período de exposición al acontecimiento o situación estresantes.
2. Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación (ausentes antes de la exposición), que se manifiestan por dos cuales-

quiera de los siguientes:

- a) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
- b) Irritabilidad o arrebatos de ira.
- c) Dificultad para concentrarse.
- d) Hipervigilancia.
- e) Reacción de sobresalto exagerada.

E. Deben cumplirse los criterios B, C y D dentro de los seis meses del acontecimiento estresante o del fin de un período de estrés (el comienzo diferido más de seis meses puede incluirse en circunstancias especiales, pero debe especificarse claramente).

Finalmente, cabe destacar que la OMS está realizando una nueva edición de la CIE, la CIE-11, que se publicará en 2022. Esta nueva edición consta con modificaciones importantes, siendo el TEPT una de ellas. En la CIE-11 se incorporará un nuevo trastorno denominado trastorno de estrés postraumático complejo, quedando este diferenciado del TEPT actual y no siendo una modificación de este. El TEPT complejo se caracteriza, por una parte, por la exposición prolongada o repetitiva a un evento traumático del cual resulta difícil escapar y, por otra parte, por la necesidad de que, la persona que lo padezca cumple los criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático. Por lo tanto, se observa que este nuevo trastorno (TEPTC) se entiende como un diagnóstico hermano del TEPT, existiendo diferencias entre ambos, pero siendo los dos, Trastornos que responden a la experiencia de situaciones de estrés. (Santos Ruiz, et al. (2020) *02. Manual CEDE de preparación PIR. Psicología Clínica. Volumen I*. Centro documentación de estudios y oposiciones).

4. Trastorno de estrés postraumático complejo

Las primeras etapas evolutivas de la persona son muy importantes ya que son aquellas que van a determinar el desarrollo total del sujeto. De ese modo, las experiencias tempranas que vivencia el sujeto influenciarán al crecimiento cognitivo, emocional y físico del individuo. En la infancia, un niño o niña necesita ciertas condiciones externas de estabilidad y seguridad favoreciendo, de este modo, el

correcto desarrollo del individuo. Así pues, cuando un menor se ve expuesto a situaciones adversas y estresantes, estas pueden afectar negativamente a su correcta evolución. (Sánchez, 2018 como se citó en Cloitre, Curtois, Charuvastra, Carapezza, Stolbach y Green, 2011).

A raíz de estas situaciones, surgió el interés por todos aquellos síntomas que dichas personas desarrollaban en consecuencia de las circunstancias estresantes, adversas y traumáticas que vivenciaban. Todo ello, tal y como se ha explicado en epígrafes anteriores, llevó a los expertos y a los manuales diagnósticos a la construcción de criterios diagnósticos específicos para realizar una correcta categorización de dichos síntomas. Recogiendo toda la información expuesta en el presente trabajo, se observa que, el trastorno que se creó como respuesta a las alteraciones, presentes en sujetos víctimas de experiencias traumáticas, fue el trastorno por estrés postraumático, siguiendo vigente y utilizado en la actualidad. (Sánchez, 2018 como se citó en Cloitre, Curtois, Charuvastra, Carapezza, Stolbach y Green, 2011).

Paralelamente a la construcción del TEPT, los expertos en la materia se encuentran polarizados a raíz del auge que ha ido adquiriendo, a través de los años, el trastorno de estrés postraumático complejo (TEPTC). Estos dos diagnósticos causan dilemas entre la comunidad científica acerca de si el TEPTC se debe diferenciar del actual TEPT. Esta cuestión nace del intento de realizar distintos diagnósticos, con el fin de poder diferenciar los sujetos que han sido expuestos a situaciones traumáticas únicas o puntuales, de aquellos individuos que han vivenciado eventos traumáticos de forma prolongada (Sánchez, 2018 como se citó en Davidson et al., 1996; Pelcovitz et al., 1997; WHO, 1994). El motivo principal por el cual los expertos se plantean la necesidad de diferenciar ambas situaciones traumáticas es debido a que, en el trauma prolongado parece ser que las alteraciones que sufre el sujeto son más graves y complejas, necesitando, probablemente, un tratamiento diferenciado de aquellas personas que han experimentado un trauma único o puntual (Sánchez, 2018 como se citó en Cloitre, Curtois, Charuvastra, Carapezza, Stolbach y Green, 2011).

El postulado de TETPC ha ido evolucionando, a lo largo del tiempo, bajo distintos términos, mediante los cuales los autores conceptualizaban lo que se entiende como un diagnóstico para aquellas personas que han sido víctimas de situaciones estresantes, traumáticas y crónicas en su vida. Se debe tener en cuenta que, actualmente este concepto no ha sido aceptado por el colectivo de profesionales, no

habiéndose incluido en ningún manual de referencia. De este modo, se observa que aún quedan muchas preguntas para resolver, con el fin de poder construir un diagnóstico adecuado y delimitado que dé respuesta a la necesidad presente entre la población adulta y la población central del presente trabajo, los niños/as menores de edad.

4.1. Concepto del TEPTC

Existen diferentes situaciones traumáticas que un sujeto puede experimentar en cualquier edad y momento de su vida. Estas situaciones pueden ser, de entre otras, la pérdida de una persona cercana, un ataque terrorista o una catástrofe natural. Ahora bien, en relación a los niños/as y adolescentes, estos también pueden vivenciar eventos traumáticos de distinta índole, des de abusos sexuales, físicos y psicológicos, hasta verse envuelto en un hogar o comunidad violenta. Estas experiencias traumáticas tempranas pueden influenciar al correcto desarrollo del sujeto, comportando, dicho fracaso, la aparición de un trastorno de estrés postraumático. (Sánchez, 2018 como se citó en Van der Kolk, 2002).

Asimismo, se observa que dicho diagnóstico (TEPT) puede concebirse tanto en población adulta como en población infantil, según el DSM-5. De este modo, se observa que, tal y como se ha mencionado con anterioridad, en la actualidad existe un diagnóstico aprobado que permite a los profesionales responder a la sintomatología presente en sujetos traumatizados, pero, la cuestión y el dilema que se encuentra vigente entre la comunidad de psiquiatras y psicólogos reside en la necesidad de realizar un nuevo trastorno como es el TEPTC. Esta necesidad surge como respuesta a aquellos sujetos que han vivenciado experiencias traumáticas prologadas en el tiempo y que muestran síntomas diferentes a aquellos sujetos que han experimentado un evento traumático puntual. (Sánchez, 2018).

Siguiendo con la línea argumental, Robles (2012, como se citó en Briere y Spinazzola, 2005), plantea la idea de un continuum para entender la diferencia y complejidad de las respuestas que los sujetos desarrollan frente a estímulos o eventos traumáticos. A un extremo de dicho continuum se encontrarán las respuestas de aquellas personas que han vivido un evento estresante en la edad adulta de ocurrencia excepcional y, habiendo tenido una infancia en la que el sujeto se ha podido desarrollar correctamente, sin alteraciones físicas, psíquicas o sexuales. Al otro lado del continuum se situarán aquellas personas que han

vivenciado experiencias adversas tempranas, múltiples y crónicas. Dichas situaciones normalmente son de naturaleza interpersonal que causan, en el sujeto, sentimientos de vergüenza y estigma, siendo los individuos más vulnerables a las consecuencias del estrés. Estos sujetos presentaran una mayor probabilidad a desarrollar tanto síntomas postraumáticos como estados de ánimo negativos, problemas en las relaciones interpersonales y dificultades para desarrollar una adecuada regulación afectiva (Robles, 2012 como se citó en Lang, Aarons, Gearity, Laffaye, Satz, Dresselhaus, Murray y Stein, 2008; Vatnar y Bjorkly, 2008; Herman, 1992).

Por lo tanto, se observa que el hecho de que el sujeto se vea expuesto en situaciones traumáticas en edades tempranas, influencia al desarrollo de un conjunto de síntomas a nivel, tanto cognitivo, conductual como emocional y afectivo, que no se darán del mismo modo e intensidad que en aquellos sujetos que han vivenciado dichos eventos de forma puntual y en etapas de desarrollo avanzadas. Por lo que, se observa que uno de los factores que influyen al desarrollo de sintomatología postraumática, sería el hecho de haberse visto expuestos en eventos traumáticos prologados en edades tempranas del desarrollo. A pesar de esto, parece ser que la evidencia empírica que consta actualmente revela que ambas situaciones del continuum desarrollarían en los individuos sintomatología, siendo estas diferentes y, por ende, habiéndose de entender, conceptualizar y tratar de manera adecuada y diferenciada.

Profundizando en el colectivo central del presente trabajo, se observa que a pesar de que existen distintas situaciones en la vida del sujeto que pueden provocar sintomatología relacionada con el TEPT, el maltrato infantil consta con una diferencia fundamental, y es la frecuencia en la que se desarrolla. Es decir, a nivel estadístico se observa que cualquier tipo de maltrato infantil, suele desarrollarse de manera continuada y crónica en la vida del menor. Por lo que, los distintos tipos de maltrato infantil que un menor puede vivenciar se determinan, principalmente, por su carácter repetitivo y prolongado en el tiempo. Atendiendo a esta aclaración, varios autores postulan que el TEPT no logra abarcar y dar respuesta a la amplia sintomatología que estos menores desarrollan; las secuelas que causa el trastorno, la gravedad de la sintomatología desarrollada en el sujeto consecuencia de un situación prolongada y repetitiva y el hecho de que, a menudo los agresores de dichos traumas son personas allegada para el menor, lo cual genera un vínculo

afectivo entre víctima y agresor (Sánchez, 2018 citado en Briere, 1987; 1992; Herman, 1992; Courtois, 1988).

A raíz de las limitaciones que ofrece el TEPT para abarcar y dar respuesta a estos sujetos, se formuló el trastorno de estrés postraumático complejo, como diagnóstico necesario para entender y categorizar las personas víctimas de eventos traumáticos crónicos, como podrían ser aquellos individuos que han sufrido maltrato infantil. Actualmente, el TEPTC no consta en ningún manual diagnóstico bajo esta denominación, pero, la necesidad, cada vez más demandada por los psicólogos y psiquiatras relacionados, ha hecho que la CIE se plante en su próxima edición (CIE-11) aprobar, por primera vez, la existencia del TEPTC como diagnóstico diferenciado. A pesar de esta iniciativa cada vez más creciente, el dilema entre si el TEPT y el TEPTC deben ser diagnósticos separados sigue vigente, y es que, el TEPTC se entiende como un diagnóstico a realizar a aquellas personas que han sido víctimas de un evento traumático prolongado, crónico e interpersonal, siendo los síntomas característicos diferentes a los expuestos en TEPT. Estas experiencias traumáticas tempranas engloban tanto el abuso sexual, físico y emocional, así como la negligencia o el presenciar violencia domestica, de entre otras (Jarero, 2014).

4.2. Evolución histórica del TEPTC

El concepto de trastorno de estrés postraumático complejo fue originalmente propuesto por la psiquiatra Judith Herman en 1992, con la finalidad de dar respuesta a todos aquellos individuos víctimas de experiencias traumáticas, tempranas, prolongadas y repetidas en el tiempo (Pérez, López-Soler, Alcántara-López, Castro, Sáez, Pérez, 2020). El origen de esta propuesta por parte de la psiquiatra reside en la necesidad de atender a todos aquellos pacientes que acudían a su consulta con historias de traumas que habían padecido en edades tempranas y que, se habían repetido en el tiempo, de forma crónica. Los síntomas que estos pacientes presentaban quedaban limitados por la tríada central de síntomas del TEPT (re-experimentación, hiperactivación y evitación) (Baita, 2012). Esta situación llevó a Herman a realizar distintos estudios factoriales con pacientes que había padecido, en su infancia, abusos sexuales, físicos y/o emocionales, mediante los cuales observó que las consecuencias centrales que se derivan de dicha experiencia no quedaban recogidas en el diagnóstico del TEPT requiriendo, dicha limitación, la exposición de un nuevo diagnóstico que avalara a estos sujetos (López, 2008).

A raíz de la propuesta de Herman, el concepto del trastorno de estrés postraumática complejo ha sido contextualizada y conceptualizada por distintos profesionales a lo largo del tiempo, construyendo, cada uno de ellos, distintas propuestas que fundamentan la hipótesis de la existencia de un nuevo trastorno que responde a una sintomatología presente en personas que han sido expuestas a situaciones traumáticas de manera continuada en el tiempo. De este modo, a día de hoy, el concepto de TEPTC no ha sido aprobado ni publicado en ningún manual diagnóstico de referencia, siendo las argumentaciones expuestas a continuación, propuestas realizadas por distintos autores.

La primera psiquiatra que consideró el trastorno de estrés postraumático complejo como una nueva entidad nosológica, fue Judith Herman, la cual describe este trastorno a través de siete categorías necesarias. En primer lugar, la necesidad de que la víctima haya sido expuesta a una historia de sumisión prolongada a lo largo de diversos meses o años. Este primer criterio atiende tanto a personas que han sido rehenes de guerra o que han estado presas en un campo de concentración, como a todo aquel individuo que ha sobrevivido a una situación de maltrato doméstico, abuso sexual o físico infantil u otras situaciones de estrés prologado. (Maldonado, 2020). En segundo lugar, se observa que estas víctimas padecen alteraciones en su regulación afectiva, siendo estas reflejadas, a través de estados de disforia persistentes, realizarse autolesiones, etc. Asimismo, la sintomatología muestra también disfunciones en la conciencia del sujeto, abarcando, esta alteración, desde episodios de amnesia o hipermnesia, hasta episodios disociativos temporales, despersonalización y/o desrealización.

La cuarta característica expuesta por Herman reside en la concepción que tiene el individuo de sí mismo, estando esta alterada por la experiencia traumática vivida. Se observa que la autopercepción de la persona se define a través de sentimientos de culpa, vergüenza, soledad, etc. Asimismo, esta perturbación en la propia percepción del individuo se traslada, a la concepción que tiene la víctima sobre su agresor. El vínculo que genera el individuo sobre su perpetrador puede caracterizarse por una atribución irreal de poder y control, llegando a la posible idealización de éste y a la generación de sentimientos de gratitud por parte de la víctima hacia el agresor. Toda esta ideación puede desembocar en la construcción de pensamientos y creencias disfuncionales por parte de la víctima (Maldonado, 2020).

Las últimas dos categorías propuestas por la psiquiatra se caracterizarían, en primer lugar, por una alteración en la construcción de relaciones interpersonales,

asilándose el sujeto de su entorno, siendo incapaz de confiar en los demás y, conllevando estos sentimientos a que el individuo rompa las amistades que tenía establecidas. En segundo lugar, la última categorización hace referencia al sistema de significados que se construye el paciente, estando este alterado por la carencia de seguridad que siente el paciente y, al mismo tiempo, por la sustitución de esta por sentimientos de desesperación y desesperanza. (Maldonado, 2020).

Paralelamente a la concepción que realizó Herman sobre el TEPT complejo, la Sociedad internacional de Estudios de Estrés Traumático (ISTSS), describió este trastorno a través del cumplimiento de tres categorías propias del TEPT; reexperimentación, evitación e hiperactivación, más la presencia de alteraciones en la capacidad de autorregulación del sujeto, siendo estas categorizadas bajo cinco grupos: Alteraciones en la regulación emocional, problemas en la capacidad de relacionarse con el entorno, disfunciones en la atención y la conciencia (disociación), afectación en el sistema de creencias del sujeto y angustia somática o desorganización (Maldonado, 2020 como se citó en Cloitre et al., 2012).

En contraposición, algunos autores como Brewin (2017) posicionaron el diagnóstico de cambio de personalidad duradero después de una experiencia catastrófica (EPCACE), como un trastorno predecesor del TEPTC, debido a la relevancia realizada acerca de los síntomas que son caracterizados por alteraciones en la autorregulación y, que nacen, de la exposición a eventos traumáticos repetidos y crónico (Maldonado, 2020).

Paralelamente a todo lo expuesto y, en relación a las investigaciones realizadas durante la construcción de la cuarta edición del DSM, se pueden observar en ellas, una aproximación sobre la idea que, anteriormente había postulado Herman, a través de la construcción y desarrollo de una nueva construcción diagnóstica, denominada Trastorno por Estrés extremo no especificado (DESNOS) (Pérez, et. al, 2020). Este trastorno (DESNOS), recoge de manera más profunda y completa, la sintomatología resultante en sujetos expuestos a eventos traumáticos complejos, tanto en adultos, como en menores, reflejando en estos, alteraciones significativas en las capacidades de autorregulación afectiva, cognitiva y comportamental. Específicamente, las investigaciones realizadas hasta el momento por distintos profesionales han observado que los eventos traumáticos complejos reflejan alteraciones en distintos dominios de la persona: regulación de los impulsos, la conducta y los afectos, la atención y la conciencia, autopercepción (presentando problemas interpersonales y de identidad), relaciones con los otros, somatización y

sistema de significados (Pérez, et. al, 2020 como se citó en Van der Kolk, 2005; Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005). Estos siete dominios son los descritos, por distintos profesionales como Van der Kolk, como aquellas capacidades que se encuentran afectadas y alteradas en las personas que han padecido un trauma crónico y prolongado.

Áreas	Síntomas
Afectos e impulsos	<ul style="list-style-type: none"> – Regulación Afecto – Modulación Ira – Autodestructividad – Preocupación suicida – Dificultad modulación sexualidad – Conductas de riesgo
Atención y consciencia	<ul style="list-style-type: none"> – Amnesia – Episodios disociativos transitorios – Despersonalización
Autopercepción	<ul style="list-style-type: none"> – Ineficacia – Culpa y responsabilidad – Vergüenza – Incomprensión – Minimización personal
Relaciones interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> – Inhabilidad para relaciones íntimas – Revictimización – Victimizar otros

Somatizaciones	<ul style="list-style-type: none"> – Sistema digestivo – Dolor crónico – Síntomas cardiopulmonares – Síntomas conversión – Sistema reproductor
Sistemas de significados	<ul style="list-style-type: none"> – Desesperanza – Infelicidad – Pérdida sistema previo creencias

(López-Soler, 2008).

Siguiendo con la línea temporal, el DESNOS al no ser un diagnóstico diferenciado del TEPT, no se publicó en la cuarta edición del DSM, desembocando dicha situación a que las investigaciones que se realizaron, de manera posterior, se centraron mayormente, en la sintomatología propia del TEPT, no pudiendo constatar las diferencias necesarias para reflejar, en el DSM-5, la exposición separada de ambos trastornos. Así pues, parte de la sintomatología del DESNOS queda reflejada en el DSM-5 dentro del área de “características asociadas que soportan el diagnóstico” (Jarero, 2014, p. 3).

Consecuentemente, se observa que la iniciativa de aceptar el DESNOS como diagnóstico que responde a la diferenciación entre la sintomatología propia de una persona que ha padecido un evento traumático aislado, de aquellas que han vivenciado situaciones traumáticas de manera prolongada, fue denegada. A pesar de ello, hoy en día, dicha formulación constituye una de las bases y guías para aquellos profesionales que intentan formular y presentar a la comunidad científica, el trastorno de estrés postraumático complejo como un diagnóstico necesario.

De modo paralelo, distintos autores realizan una nueva propuesta diagnóstica a causa de las carencias presentes en los diagnósticos destinados a dar respuesta a aquellos menores de edad que se han visto expuestos a situaciones traumáticas. En referencia a estos niños/as y adolescentes que han vivenciado historias de malos

tratos prolongadas en el tiempo y desarrolladas en un contexto intrafamiliar, se observa que se les realiza un diagnóstico impreciso o inadecuado debido a la falta de profundización que se ha realizado sobre el trauma crónico en la población mencionada (Baita, 2012 como se citó en Van der Kolk et al, 2009). De este modo, estos profesionales postularon el trastorno traumático del desarrollo (TTD) para el trauma complejo en la infancia.

Los profesionales instruidos en el TTD centran su investigación en el número o la duración de traumas que presenten los menores relacionados con sus cuidadores. Es decir, toda aquella forma de trauma que tiene su origen en el contexto familiar y que, desarrolla en el menor, una sintomatología concreta, siendo estas manifestaciones observadas con el fin de poder evaluar traumas complejos o del desarrollo, llegando a la conclusión de que, cuantos más tipos o formas de trauma tenga el paciente, mayor es la gravedad de éstos, provocando una mayor alteración en las áreas del desarrollo del sujeto relacionadas. Por lo que, cuando un menor está expuesto a múltiples fuentes de trauma, estas afectan de modo más severo a las alteraciones afectivas e interpersonales que el individuo desarrollará (Silberg, 2019 como se citó en Cloitre et al., 2009). Asimismo, la presencia de esta multiplicidad de traumas en el menor provoca la posible aparición de alteraciones significativas en la regulación afectiva, el control de la impulsividad y la agresividad, así como en la presencia de una imagen negativa de sí mismo (Silberg, 2019 como se citó en Spinalzola et al., 2005).

Atendiendo a toda la información expuesta, los profesionales como Van der Kolk se encontraron frente a la necesidad de realizar una nueva categoría diagnóstica (trastorno traumático del desarrollo) para que fuese introducida en la última edición publicada del DSM (DSM-5). Esta categoría diagnóstica describe, tal y como se ha ido explicando, a los niños/as y adolescentes que “han sido expuestos a trauma temprano crónico y se centra en los múltiples trastornos de conducta, afecto, percepción, relaciones y experiencias somáticas típicas en ellos “(Silberg, 2019, p. 38). Con todo ello, se empezaron a realizar estudios basados en la construcción de entrevistas estructuradas con el fin de poder evaluar los síntomas expuestos. Estos estudios de campo concretaron dos criterios necesarios para que este trastorno pudiese ser diagnosticar; la prevalencia, en primer lugar, de al menos un año de duración de episodios traumáticos y, en segundo lugar, que dichas entrevistas permitieran evaluar en los sujetos, trastornos afectivos, fisiológicos, de alteraciones de la conducta, interpersonales o intrapersonales (Silberg, 2019).

A pesar de que esta categoría diagnóstica finalmente no fuese incluida en la quinta edición del DSM, Ford y Van der Kolk describieron los síntomas necesarios para que se pudiera diagnosticar de trastorno del trauma del desarrollo. Estos síntomas fueron los siguientes.

Trastornos físicos o afectivos

- No tolera o no se recupera de los estados afectivos negativos.
- No recupera o no modula los estados físicos negativos.
- Sensibilidad perceptual a los ruidos o al tacto.
- Quejas físicas que no se explican fácilmente.
- Menor conciencia física o emocional.
- Menor capacidad para describir emociones.

Trastorno de la atención o de la conducta

- Evitación de señales de amenaza
- Hipervigilancia del peligro futuro
- Toma de riesgos
- Relajación alterada o inapropiada (Por ejemplo: masturbación compulsiva)
- Conductas de autolesión
- Incapacidad para seguir planes

Trastornos con uno mismo y relacionales

- Verse a uno mismo como dañado, indefenso, deficiente
- Preocupación por el cuidador
- Desconfianza extrema del cuidador
- Oposición
- Agresión
- Intentos inapropiados por obtener intimidad física o dependencia extrema de

las relaciones

- Falta de empatía.

Silberg, 2019 como se citó en Ford and the developmental trauma working group (2011) y van der Kolk (2009).

Paralelamente a lo expuesto, los estudios con la población mencionada observaron que otro elemento a tener en cuenta como causa de la sintomatología expuesta, reside en las consecuencias que el maltrato puede provocar en las personas, cuando este se desarrolla durante los primeros años de vida del individuo, contextualizándonos en el entorno familiar, provocando estas situaciones la posibilidad de una alteración en el sistema de apego entre padres e hijos (Pérez, et. al, 2020). Estas limitaciones provocan una deficiente construcción del sistema apego entre progenitores e hijos, desarrollando esta condición, problemas en el menor a la hora de alcanzar las competencias evolutivas normales y necesarias para el correcto desarrollo. En relación a lo mencionado, Pérez, et. al, (2020 como se citó en Galán, 2020), argumenta que los niños/as necesitan a los padres en la infancia temprana para poder, a través del apego que generan con ellos, sentirse protegidos y cuidados frente a las adversidades externas e internas, así como para poder establecer relaciones con los demás a través de la comunicación y las relaciones interpersonales.

En definitiva, se observa que el trastorno traumático del desarrollo recoge toda aquella sintomatología nacida en los menores de edad víctimas de eventos traumáticos crónicos y contextualizados en el entorno familiar, desembocando estas circunstancias en una sintomatología, que, según Van der Kolk y sus colegas, se caracterizaría por desórdenes tanto a nivel físico y afectivo como atencional, conductual y intrapersonal. La sintomatología descrita no dista en abundancia de la expuesta en el TEPT, pero si, profundiza más en ciertos aspectos concretos (sobretudo a nivel conductual y relacional) que permiten cuestionarse la existencia de una diferencia significativa y relevante, entre la comunidad de profesionales, entre el TEPT y el TEPTC, siendo esta la vivencia del menor a un trauma aislado o si esta situación traumática ha sido prolongada en el tiempo.

4.3. Diagnóstico TEPTC

Tras una revisión histórica acerca de cómo se ha ido conceptualizando el trastorno de estrés postraumático complejo a través de los diferentes autores, se ha observado que cada uno de ellos asociaban, a dicho término, características diferentes, siendo, todas las investigaciones y propuestas, fundamentos teóricos para poder, actualmente, concebir y delimitar un nuevo diagnóstico. La CIE realizó una revisión teórica sobre toda la literatura expuesta, así como investigaciones y estudios de campo para poder construir las características que definirían el TEPTC en su próxima edición (CIE-11), publicación que confirmó la integración de dicho diagnóstico. La concepción realizada por parte de la CIE se muestra, claramente, influenciada por el trabajo realizado por Brewin y sus colegas en 2009 (Gil, 2015).

Antes de desarrollar el enfoque adoptado por la CIE-11 en relación al trastorno de estrés postraumático complejo, se debe aclarar que, en dicha publicación, parece ser que, no únicamente añadirían el TEPTC como trastorno independiente, sino que, se realizan modificaciones en el TEPT, siendo este concebido de manera distinta al DSM-5 (Gil, 2015 como se citó en Friedman, 2014). Las diferencias principales que se podrán observar entre la CIE-11 y el DSM-5, residen en la delimitación, por parte de la CIE-11, sobre el TEPT, requiriendo, únicamente, el cumplimiento de tres de los seis síntomas englobados en tres categorías centrales (reexperimentación, evitación e hiperactivación) (Jarero, 2014). Paralelamente, tal y como se puede observar en la quinta edición del DSM, el trastorno de estrés postraumático está conceptualizado mediante 20 síntomas los cuales se encuentran repartidos entre 4 grupos o factores (reexperimentación, evitación, hiperactivación y alteraciones en el estado cognitivo y afectivo).

Por lo tanto, la primera novedad y modificación que presentaría la CIE-11 en relación al DSM-5, sería la modificación de los criterios diagnósticos necesarios para diagnosticar el TEPT.

Siguiendo con la línea argumental, se observa que según las evidencias propuestas por Resick y sus Colegas en 2012, el trastorno de estrés postraumático complejo no dispone del apoyo suficiente como para ser incluido en la quinta edición del DSM. A diferencia de la CIE-11, la cual llegó a conclusiones muy diferentes, proponiendo el TETPC como un trastorno hermano del actual TEPT, por lo que los individuos que sean diagnosticados de trauma complejo deben, primero, cumplir con los criterios diagnósticos del TEPT. (Gil, 2015).

De este modo, la propuesta de la CIE-11 para el TEPT complejo se caracteriza por centrarse en un trastorno que requiere, tal y como se ha descrito anteriormente, los síntomas propios y principales del TEPT. Adicionalmente, este trastorno recoge la presencia de tres características, las cuales describen el impacto que la situación traumática puede conllevar al sistema de autoorganización del individuo, en concreto alteraciones a nivel afectivo, en el autoconcepto y en las esferas relacionales (Gil, 2015). Por lo tanto, el diagnóstico del TEPTC se cumplirá con la presencia de síntomas propios del TEPT, además del cumplimiento de una de las tres áreas que han sido añadidas en la configuración de dicho trastorno.

En relación a las tres áreas alteradas propias de la autoorganización, se observan que los problemas en la esfera afectiva se caracterizan, principalmente, por una desregulación emocional, siendo esta reflejada a través de la presencia de una alta reactividad emocional, episodios violentos que pueden ir acompañados de una conducta temeraria o autolesiva o experimentar estados disociativos extensos en el tiempo en situaciones marcadas por el estrés. Por otra parte, también se puede hallar en estos pacientes, entumecimiento emocional y anhedonia (Gil, 2015).

En referencia a la presencia de un autoconcepto negativo por parte del paciente, este se puede caracterizar, por conductas de autosabotaje y auto - disturbios. Estas conductas se originan a raíz de pensamientos negativos como la propia carencia de valor, que el sujeto se sienta derrotado o disminuido. Todo este autoconcepto negativo que los pacientes desarrollan puede ir acompañado por sentimientos de vergüenza o culpa, causados por las experiencias traumáticas en las que se han visto expuestos (Gil, 2015).

En la última esfera característica del TEPTC, las alteraciones interpersonales se encuentran marcadas por una problemática persistente a la hora de mantener relaciones con un compromiso emocional. Se observa que estos individuos, se mostrarán, a menudo, distantes con su entorno, evitando establecer relaciones o participar en situaciones sociales. A pesar de que el individuo pueda crear una relación intensa o cercana con alguien de su alrededor, esta no será duradera a causa de las limitaciones que la experiencia traumática ha hecho desarrollar en la persona traumada, provocando una dificultad para adquirir responsabilidades emocionales con los demás (Gil, 2015).

Una vez entendido el concepto de trastorno de estrés postraumático complejo y, conceptualizadas las diferentes innovaciones y cambios propuestos para la futura

edición de la CIE, se requiere entender el objetivo que reside en la organización propuesta, y es que, la necesidad de proponer este nuevo trastorno surge de las múltiples situaciones vivenciadas por individuos que se han visto expuestos a una violencia interpersonal. Por lo tanto, se observa que la CIE impulsa la existencia del TEPTC como diagnóstico que da respuesta a toda aquella situación en la que el individuo vivencia un evento violento, que es llevado a cabo por una persona próxima o cercana a él (Gil, 2015).

Paralelamente, la implementación de este nuevo trastorno se ceñirá a una estructura jerárquica delimitada. Esta organización, propuesta por la CIE-11, queda configurada bajo la concepción de definir el TEPT y el TEPTC como trastornos hermanos, siendo estos situados dentro de la categoría general de “trastornos de estrés postraumático” (Gil, 2015). Por todo ello, el estrés vivenciado a causa de una experiencia traumática sería el factor que conduciría a los profesionales a realizar un diagnóstico de TEPT o de TEPTC, siendo estos diferenciados por el perfil de síntomas que presenta la persona. (Gil, 2015 como se citó en Cloitre et al., 2013).

En conclusión, la CIE-11 será el primer manual que incluirá el trastorno de estrés postraumático complejo como un diagnóstico relacionado con el TEPT, considerándose ambos diagnósticos propios y adecuados frente a una situación traumática, pero, al mismo tiempo, siendo estos dos, claramente diferenciados. Con todo lo expuesto, queda claramente considerado el TEPTC por la CIE-11, como un trastorno que origina en la persona a raíz de la exposición a un evento estresante de índole extrema y prolongada en el tiempo, bajo el cual, la persona se encuentra atrapada, siendo muy difícil escapar de dicha situación. La generalidad de la circunstancia desarrollaría en el individuo síntomas propios del TEPT (hiperactivación, evitación y reexperimentación), así como alteraciones persistentes y arraigadas en su funcionamiento afectivo, provocando esta sintomatología, alteraciones tanto en la construcción de una adecuada regulación emocional, como en el desarrollo de relaciones interpersonales, y en creencias positivas sobre uno mismo, desembocando en un autoconcepto negativo, dificultades para establecer relaciones con los demás y arrebatos emocionales que no pueden ser controlados por el propio individuo.

4.4. Propuesta de TEPTC en el maltrato infantil

A lo largo de la vida, las personas pueden verse expuestas a la vivencia de distintas situaciones traumáticas, pudiendo ser estas acontecidas tanto, a nivel puntual, como

podría ser la vivencia de un desastre natural o de un ataque terrorista, como a nivel prolongado, siendo estas caracterizadas por situaciones extensas en el tiempo. A raíz de estas experiencias traumáticas, la persona puede acontecer lo que, a nivel psiquiátrico y clínico, se etiqueta como un trastorno de estrés post traumático o, partiendo de las nuevas concepciones expuestas, un trastorno de estrés postraumático complejo.

Atendiendo a todo lo expuesto en el presente trabajo, este epígrafe centrará el foco de atención en los niños/as y adolescentes que han sido víctimas de maltrato infantil, y como la sintomatología que se desarrolla en ellos se puede relacionar con el trastorno de estrés postraumático complejo. Los menores de edad conforman una población que se considera potencialmente en riesgo de padecer ciertos traumas como, el abuso sexual, el abuso físico y la presencia de violencia en su entorno familiar o en la comunidad próxima en la que se desarrollan. (Sánchez, 2018). Echando la vista atrás, queda plasmada la falta de existencia de un trastorno que engloba a los menores de edad que habían padecido situaciones traumáticas, por lo que, estas experiencias traumáticas mencionadas, influenciaban y determinaban, en la mayoría de los casos, al correcto desarrollo de la persona, siendo el individuo diagnosticado, en su adultez, de un TEPT. Por lo tanto, se observa que, a menudo, personas que en su infancia han sido víctimas de situaciones estresantes, como es el maltrato infantil, no han logrado realizar un crecimiento adecuado, desembocando, este desarrollo mermado, en alteraciones que quedan remarcadas y destacadas en la edad adulta del individuo (Sánchez, 2018).

Paralelamente a lo expuesto, se puede observar que actualmente el DSM-5 da respuesta a toda la población que vivencia una experiencia traumática, desde niños/as menores de 6 años hasta mayores de 18. A pesar de esta concepción ofrecida por la última edición del DSM, el maltrato infantil constituye una tipología traumática caracterizada por su recurrencia en el tiempo, y por su inicio precoz, por lo que, la actual formulación del TEPT queda limitada a poder abarcar dichas circunstancias traumáticas y estresantes (Sánchez, 2018). Psiquiatras especialistas en el ámbito, realizaron estudios factoriales acerca del trauma en niños/as abusados a lo largo de su infancia y, las conclusiones a las cuales llegaron residen en que, el diagnóstico del TEPT no tiene cabida a poder dar respuesta a estas víctimas. La sintomatología de estos menores se caracteriza, según diversos investigadores, por: "depresión, ansiedad, odio hacia sí mismo, disociación, abuso de sustancias, conductas autolesivas y comportamientos de riesgo, revictimización, problemas

interpersonales y en las relaciones íntimas (incluidos familiares), preocupaciones somáticas y desesperación o desesperanza” (López-Soler, 2008, p. 164).

En relación a la sintomatología expuesta, se observa que el TEPT, no logra atender a la profundidad, gravedad y secuelas de los síntomas desarrollados en la persona tras vivenciar una situación traumática. Asimismo, estas situaciones traumáticas como es el maltrato infantil suelen acontecer tanto de manera repetida y extendida en el tiempo, tal y como se ha dicho anteriormente, así como también, en relación al perpetrado, este suele ser una persona la cual mantiene un vínculo afectivo con la víctima. El conjunto de estos acontecimientos ha llevado a muchos profesionales a postular el maltrato infantil como una situación traumática explicada por un trauma complejo, es decir, por el desarrollo, en el menor, de un trastorno de estrés postraumático complejo, más que un trastorno de estrés postraumático (Sánchez, 2018).

Simultáneamente a lo expuesto, diversos autores exponen la importancia de los efectos que la violencia ha generado en los menores, así como su relación con los síntomas desarrollados en la víctima y su correlación con el posible trastorno acontecido en ella. Paralelamente, en función del nivel de amenazas implicadas en la situación de maltrato, se podrá observar en la víctima una tipología de síntomas u otra. Es decir, tomando como ejemplo a una persona que ha vivenciado un maltrato infantil de intensidad media, puede ser que esta acabe desarrollando sintomatología depresiva o ansiosa, siendo esta propia y atendida tanto por el TEPT, como por el TEPTC. Por el contrario, si la violencia, amenazas y frecuencia del maltrato son de intensidad elevada, puede acontecer a sintomatología más grave y propia del TEPTC, determinando dicha situación, que la víctima incorpore el sistema de creencias del agresor al suyo propio, como estrategia defensiva (López-Soler, 2008).

Por lo tanto, lo que queda reflejado, es que el mero hecho de vivenciar una experiencia traumática puede desarrollar la presencia de un TEPT o de un TEPTC en la persona. Por lo que, ¿cómo diferenciamos cuando diagnosticar uno y cuando diagnosticar otro? Atendiendo a los postulados realizados por distintos autores como es Herman, es más probable que la persona desarrolle un trastorno de estrés postraumático complejo cuando estas situaciones traumáticas se han dado en edades tempranas, han sido crónicas y repetidas en el tiempo, además de ser de naturaleza interpersonal (López-Soler, 2008). Por lo tanto, estas proposiciones

situarían a los menores de edad víctimas de cualquier maltrato infantil como población de riesgo a desarrollar un TEPTC.

Profundizando en la muestra central del presente epígrafe, se observa que, a pesar de que actualmente la CIE-11 y, en el pasado, distintos autores hayan configurado, constituido y creado el concepto del TEPTC, la mayoría de estas concepciones o engloban a toda la población dentro de un mismo conjunto de síntomas establecidos o, la edad no es un factor aún delimitado en el desarrollo realizado de los criterios diagnósticos. Todo esto, refleja que, a pesar de que son muchos los profesionales que se han especializado en delimitar el TEPTC, aún es un diagnóstico en construcción y, por lo tanto, hay aspectos aún pendientes de conceptualizar. A pesar de esto, distintos autores que, a continuación, expondremos, han realizado investigaciones y exploraciones con el fin de desarrollar distintos postulados acerca de la sintomatología acontecida en un menor de edad que ha vivido una experiencia traumática y, como la sintomatología que presenta, debe ser categorizada dentro de los trastornos establecidos por los manuales diagnósticos. Asimismo, estos postulados nacen de la necesidad de la existencia de un nuevo trastorno que dé respuesta a los síntomas que los niños/as y adolescentes expresan al haber vivido una experiencia traumática temprana, prolongada e interpersonal. Son muchos los profesionales que afirman las limitaciones del TEPT frente a estas circunstancias y que, potencian la existencia del TEPTC como respuesta a estas situaciones. Es decir, a pesar de que el TEPTC, actualmente, no está recogido en ningún manual diagnóstico, sigue encontrando apoyo a través de distintas investigaciones realizadas, que consideran este trastorno como aquel que da respuesta a las adaptaciones postraumáticas en menores de edad víctimas de abuso grave y trauma afectivo durante la infancia (López-Soler, 2008).

Atendiendo a las distintas concepciones realizadas sobre los menores de edad víctimas de maltrato infantil y el desarrollo de un TEPTC en ellos, se encuentra, en primer lugar, el postulado de la psiquiatra Judith Herman. Esta autora conceptualiza el trastorno en cuestión como el resultado de las tres características básicas del TEPT, expuestas a lo largo del trabajo, a las cuales se les suma un amplio espectro de psicopatología que no ha sido contemplada por los criterios diagnósticos del TEPT en el DSM-5. Algunos de estos síntomas serían, alteraciones del sentido de uno mismo, disociación, relaciones interpersonales inestables y comportamiento perjudicial (Sánchez, 2018).

Siguiendo con la línea temporal de la psiquiatra, se observa que las alteraciones psicopatológicas que ayudaron al desarrollo del trastorno por estrés postraumático no especificado (DESNOS) y que, actualmente constituyen la concepción del TEPTC, se fundamentan en las propuestas independientes realizadas por Herman y Van der Kolk en Boston y de Spitzer, Kaplan y Pelcovitz en Nueva York (López – Soler, 2008). A pesar de que el procedimiento entre profesionales fue llevado a cabo de manera diferente, todas las investigaciones se centraron en personas que habían sido expuestas a situaciones traumáticas de manera prolongada y que, consecuentemente, habían desarrollado reacciones graves como respuesta al trauma vivido. En relación a las exploraciones llevadas a cabo por Judith Herman, consta que esta psiquiatra, desarrolló su interés, por el tema en cuestión, a raíz de la necesidad de un nuevo diagnóstico para dar respuesta a todos aquellos pacientes que atendía que habían vuelto de la guerra. Al presentar estos pacientes una sintomatología que no quedaba abarcada por ningún trastorno, la psiquiatra se vio con la necesidad de potenciar un nuevo diagnóstico, siendo este el que actualmente conocemos como TEPTC. Paralelamente a esto, Herman, observó que, en sus pacientes menores de edad víctimas de distintos tipos de abuso, pero, siendo la mayoría, víctimas de abuso sexual, esta limitación a dar respuesta a esta población también estaba presente, centrando, de este modo, su atención a realizar exploraciones no únicamente a población adulta, sino también a población infantil, siendo la mayoría de ellos víctimas de maltrato infantil.

Los síntomas que resultaron de estas investigaciones como propios del trastorno de estrés postraumático complejo son: “alteraciones en la regulación de los impulsos afectivos, alteraciones en la atención y la conciencia, alteraciones en la autopercepción, alteraciones en la relación con los demás, síntomas somáticos para los que no se pueden encontrar explicaciones médicas y alteraciones en los sistemas de significado” (Sánchez, 2018 como se citó en Van der Kolk, 2002, p. 13).

Paralelamente, la National Child Traumatic Stress Network (NCTSN), concibe el TEPTC como un diagnóstico que da respuesta a aquellos menores que se han visto expuestos a la experiencia de múltiples eventos traumáticos y que estos, se han producido dentro del sistema de cuidado, es decir, por parte de una persona cercana a la víctima y que es concebida como una fuente de seguridad y estabilidad para el menor. Normalmente, estos sucesos se relacionan con los malos tratos, siendo estos crónicos y prolongados en el tiempo y habiendo tenido su inicio en la primera infancia. (National Child traumatic stress Network, 2003). Esta concepción elaborada

por la NCTSN, se fundamentan en las investigaciones realizadas acerca del DESNOS por Van der Kolk y Herman en Boston y Spitzer, Kaplan y Pelcovitz en Nueva York. Estas investigaciones llevaron tanto a la NCTSN, como a distintos autores como Cook y sus colegas, a analizar y delimitar los dominios deteriorados en los menores de edad expuestos a situaciones traumáticas (Gil, 2016 como se citó en Cook et al., 2005) (National Child traumatic stress Network, 2003).

Apego	Disociación	Cognición
<ul style="list-style-type: none"> – Incertidumbre acerca de la fiabilidad y la previsibilidad del mundo. – Desconfianza y sospecha. – Aislamiento social. – Dificultades interpersonales. – Dificultades para armonizar con los estados emocionales de otras personas. – Dificultad para tomar otras perspectivas. – Dificultades para recabar aliados. 	<ul style="list-style-type: none"> – Distintas alteraciones en los estados de conciencia. – Amnesia. – Despersonalización y desrealización. – Dos o más estados distintos de conciencia, con problemas de memoria para los sucesos basados en los estados. 	<ul style="list-style-type: none"> – Dificultades con la regulación de la atención y el funcionamiento ejecutivo. – Curiosidad fluctuante, problemas con el procesamiento de la información nueva. – Problemas para completar tareas, y focalizar, de planificación y anticipación, con la constancia de los objetos, para comprender su contribución a lo que les sucede. – Dificultades de aprendizaje. – Problemas con el desarrollo del lenguaje y con la orientación del tiempo y el espacio, percepción visual, acústica y reconocimiento de

		patrones.
Biología	Control comportamental	Autoconcepto
<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de desarrollo sensoriomotor. - Hipersensibilidad al contacto físico. - Analgesia - Problemas de coordinación, equilibrio y tono del cuerpo. - Somatización. - Incremento de problemas médicos de un amplio espectro (p.e, dolor pélvico, asma, problemas de piel, trastornos autoinmunes). 	<ul style="list-style-type: none"> - Pobre modulación de los impulsos. - Comportamiento autodestructivo. - Agresión hacia los otros. - Comportamientos autoconsoladores patológicos. - Trastornos del sueño. - Trastornos de la alimentación. - Abuso de sustancias tóxicas. - Excesiva complacencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de un coherente, continuo y previsible sentido del self. - Pobre sentido de la separación. - Dificultades con la imagen corporal. - Baja autoestima
Regulación del afecto		
<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad con la autoregulación emocional. - Dificultad para entender los sentimientos, para comunicar deseos y necesidades, para describir y describir los estados internos 		

(Cook, et al, 2005, p.167).

Acogiendo los postulados realizados sobre el TEPTC en niños/as y adolescentes, se hace importante destacar las investigaciones realizadas por Spinazzola y Van der

Kolk (2005) acerca del trastorno en cuestión. Tras realizar un profundo análisis reconocieron que el TEPTC guarda una relación inversa con la edad, es decir, a menor edad en la cual el paciente recibe el trauma, mayor posibilidad de que esté presente síntomas propios del TEPTC. Traumas como el abuso sexual infantil, la exposición del menor a situaciones de violencia y la negligencia y el abandono emocional del menor, se asocian significativamente con el desarrollo del TEPT complejo. (Maldonado, 2020 como se citó en Frewen, Zhu & Lanius, 2019; Zlotnick et al., 1996).

Por último, cabe destacar que la importancia de potenciar el TEPTC como un diagnóstico aceptado por los manuales, es cada vez más prominente, no únicamente en el sector clínico adulto, sino también en la esfera infanto-juvenil, ya que, la necesidad de este trastorno es cada vez más creciente, siendo esta idea potenciada, estudiada y explorada por múltiples profesionales del área. De este modo, para dar por terminado el presente epígrafe, cabe destacar los estudios llevados a cabo por el proyecto PEDIMET, los cuales realizaron una primera valoración acerca de los síntomas centrales del TEPTC en menores maltratados. Se tomó como muestra un total de 44 niños/as, situándose entre los 6 y los 15 años. El resultado del estudio derivó en una lista de 14 síntomas, obteniendo una puntuación elevada en presencialidad los siguientes: Alteración en la regulación de los afectos (94,2%), Alteración en la regulación de los impulsos (67,7%), Alteración en la consciencia (70,6%), Alteración en la autopercepción (61,8%), alteración en la relación entre iguales (64,7%), Problemas en la relación entre acogedores o educadores (73,5%), Ansiedad (67,5%) y desesperanza (58,8%). (López-Soler, 2008).

Finalmente, a través de toda la información expuesta, queda constatada la necesidad de configurar y delimitar el trastorno de estrés postraumático complejo en menores de edad, siendo estos una población de riesgo a padecer ciertos traumas como el maltrato infantil. Consiguientemente, la presencia de distintos psiquiatras revelando su interés y necesidad a la aceptación y publicación del TEPTC, hace visible la importancia de conceptualizar este trastorno dentro de los manuales diagnósticos, pudiendo, de este modo, dar una respuesta más ajustada y adaptada a todos los niños/as y/o adolescentes que hayan vivenciado una situación de maltrato infantil.

5. Conclusiones

Atendiendo a toda la evidencia recopilada, queda constancia que el interés por el concepto del trastorno de estrés postraumático complejo ha ido evolucionando, entre la comunidad de psicólogos y psiquiatras expertos de la materia, siendo considerado, hoy en día, un término necesario a investigar y analizar.

Por lo que respecta a una persona que ha vivido una situación traumática, se observa que estos eventos pueden desarrollarse, generalmente, de dos maneras diferentes; una situación estresante y traumática puntual, como podría ser un atentado o la experiencia de circunstancias adversas y traumáticas que se desarrollan a lo largo del tiempo. Ambas situaciones pueden conllevar al sujeto el desarrollo de sintomatología categorizada, por parte de los expertos, como alteraciones postraumáticas que desembocan, en la persona, hacia dificultades y modificaciones en distintas áreas de su funcionamiento. A pesar de esto, la diferencia entre el evento traumático puntual y el prolongado en el tiempo influye en el posterior desarrollo de síntomas, siendo estos diferentes.

Actualmente, a las alteraciones desarrolladas en un sujeto que ha vivido un evento traumático, se etiquetan y tratan bajo el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático. La actualización que este trabajo presenta es la creciente aceptación de un nuevo trastorno: el trastorno de estrés postraumático complejo, configurado como complementario al TEPT y como respuesta a la sintomatología postraumática que presentan los sujetos que han vivenciado un evento estresante prolongado en el tiempo. A pesar de la controversia aun existente entre la comunidad científica sobre el TETPC, la principal sintomatología que caracteriza a este nuevo trastorno queda recogida en las siguientes categorías: reexperimentación, evitación, hiperactivación, autoorganización, autoconcepto negativo y alteraciones interpersonales.

De este modo, se observa que, eventos traumáticos puntuales o sostenidos en el tiempo generan sintomatología diferente, y, por tanto, precisan categorizaciones distintas (TEPT y TEPTC). Si bien, a día de hoy, el TEPTC no ha sido aceptado y publicado formalmente en los manuales diagnósticos, los distintos estudios y postulados existentes y presentados en este trabajo, revelan la necesidad de entender el TEPTC como un nuevo trastorno mental. Por lo tanto, con todo lo expuesto hasta el momento, la primera conclusión a la que llega el presente trabajo

se centra en aceptar el TEPTC como un trastorno necesario en los manuales diagnósticos.

Paralelamente, tal y como se ha mencionado, han sido muchas las hipótesis realizadas acerca del TEPTC, aportando cada una de ellas, pequeños matices distintos, pero, al mismo tiempo, remarcado y afirmando el mismo centro y fundamento básico del trastorno. Correlacionando todas las aportaciones descritas, el trauma en los sujetos conlleva alteraciones tanto a nivel cerebral como a nivel emocional, personal, cognitivo y conductual. En relación a aquellas personas que se les diagnostica de TEPT, la sintomatología predominante en ellas serán síntomas de reexperimentación del evento, de evitación de estímulos asociados, así como de conductas de hiperexcitación y vigilancia. Consiguientemente, aquella persona que se le diagnostique de un TEPTC, los síntomas característicos que presenta no únicamente serán los propios del TEPT, sino que, se añadirá en su abanico sintomático, la presencia de desregulaciones en el afecto, la percepción de un autoconcepto negativo, así como afectaciones interpersonales.

Esta diferencia ha sido presentada por la onceava edición de la CIE, subyaciendo como fundamento de esta configuración, las distintas premisas reveladas por distintos psiquiatras expertos en el área. Esta proposición aun esta desarrollándose, quedando aun muchas incógnitas sin respuesta, potenciando esta incertidumbre, la implicación y dedicación de expertos formados.

A partir de toda la literatura científica presentada y recogiendo las conjeturas expuestas al inicio del trabajo, se puede concretar que los niños/as y adolescentes que, a lo largo de su infancia han vivenciado una situación traumática progresiva y prolongada en el tiempo, presentan altas posibilidades a desarrollar una sintomatología muy compleja en distintas áreas de su ser, respondiendo a estas alteraciones, el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático complejo. Por lo tanto, la aceptación de TEPTC en los manuales diagnósticos de referencia se vislumbra como una necesidad. Con todo esto, se respaldan todas aquellas investigaciones y estudios que apoyan la necesidad de configurar y definir adecuadamente el TEPTC para poder diagnosticar y tratar, a los menores de edad víctimas de circunstancias estresantes y traumáticas.

Finalmente, recogiendo tanto los objetivos planteados al inicio del trabajo, como la hipótesis central de este, queda evidenciado que, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de estrés postraumático complejo, configuran dos categorías diagnósticas complementarias, respondiendo ambas a sintomatología originada en distintos eventos traumáticos. Asimismo, los menores víctimas de abuso sexual en su infancia, presentarían un mayor riesgo de desarrollar un TEPTC.

6. Limitaciones y futuras propuestas de investigación

El trastorno de estrés postraumático complejo configura aun un diagnóstico en desarrollo, comportando este hecho limitaciones a la hora de conceptualizarlo. Esta situación conlleva que se sigan realizando investigaciones para concretar y delimitar los criterios diagnósticos que configurarían al TEPTC en su primera publicación. Paralelamente, otra dificultad presentada a la hora de ejecutar el análisis de trabajo ha sido la imposibilidad de realizar un estudio de campo, mediante el cual se pudiera concretar el riesgo exacto de vulnerabilidad que presentan aquellos menores de edad, víctimas de abuso sexual, a desarrollar un TEPTC. Sería de gran interés realizar, en el futuro, investigaciones de esta índole para delimitar y concretar la correlación entre ambos hechos presentados.

7. Bibliografía

- Acuña Navas, María José. (2014). Abuso sexual en menores de edad: generalidades, consecuencias y prevención. *Medicina Legal de Costa Rica*, 31(1), 57-69.
- Aguilar Cárceles, M. M. (2009). Abuso sexual en la infancia.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Amores-Villalba, A., & Mateos-Mateos, R. (2017). Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología educativa*, 23(2), 81-88.
- Baita, S. (2012). Trastorno Traumático del Desarrollo: una nueva propuesta diagnóstica. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 4(1), 1-16.
- Benedicto, C., Roncero, D., & González, L. (2017). Agresores sexuales juveniles: tipología y perfil psicosocial en función de la edad de sus víctimas. *Anuario de Psicología Jurídica*, 27(1), 33-42.
- Bernal-González, A. B., & Ramos-Galarza, C. (2020). Alteraciones neuropsicológicas de la memoria, la atención y el lenguaje en el Síndrome Postraumático Craneal Leve. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 58(2), 95-105.
- Brambila, M. E. G. (2020). La violencia en la historia. El papel de la memoria frente al trauma y la guerra. *Utopía y praxis latinoamericana: revista internacional de filosofía iberoamericana y teoría social*, (90), 63-76.
- Butchart, A. et. al. (2009). Prevención del maltrato infantil: qué hacer, y cómo obtener evidencias. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Cova S, Félix, Rincón G, Paulina, Grandón F, Pamela, & Vicente P, Benjamín. (2011). Controversias respecto de la conceptualización del trastorno de estrés postraumático. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(3), 288-297. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272011000300010>
- Crespo, M., & Gómez, M. M. (2016). Diagnostic concordance of DSM-IV and DSM-5 posttraumatic stress disorder (PTSD) in a clinical sample. *Psicothema*, 28(Número 2), 161-166.
- Delegación del gobierno contra la violencia de género. *La respuesta judicial a la violencia sexual que sufren los niños y las niñas*. Madrid: Ministerio de igualdad
- De Manuel Vicente, C. (2017). Detectando el abuso sexual infantil. *Pediatría atención primaria*, 19, 39-47.
- Drake, M., & Monchablon, R. (2016). Neuropsicología del trastorno por estrés post-traumático. *Diagnosis*.
- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. R. I. S. T. I. N. A. (2005). Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos del abuso sexual infantil. *Violencia contra los niños*, 3, 86-112.

- Elklit, A., Hyland, P., & Shevlin, M. (2014). Evidence of symptom profiles consistent with posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in different trauma samples. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 24221.
- Fernández, M. L., Carrera, M., & Failde, J. (2008). Abusos sexuales a menores: Estado de la cuestión a nivel nacional e internacional. *ICEV. Revista d'Estudis de la Violència*, 6(4).
- Gil Arrones J, De Manuel Vicente C. Abuso sexual infantil. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 267-275.
- Gómez, R., A. (2015). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): Descifrando la CIE-10 y esperando la CIE-11. *Superintendencia Nacional de Salud*, 7, 66–73
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391. doi:10.1002/jts.2490050305
- Herrero Mejías, Ó., Pérez Ramírez, M., & Negrodo López, L. (2021). Experiencias abusivas en la infancia de delincuentes sexuales con víctimas menores de edad: Implicaciones para la intervención.
- Jarero, I. (2014). Comentarios sobre el Trastorno por Estrés Postraumático Complejo: Perspectivas del DSM-5 y del CIE-11. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 6(1), 1-5.
- Keeley, J. W., Reed, G. M., Roberts, M. C., Evans, S. C., Robles, R., Matsumoto, C., ... & Maercker, A. (2016). Disorders specifically associated with stress: A case-controlled field study for ICD-11 mental and behavioural disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(2), 109-127.
- López Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo.
- Luxenberg, T., Spinazzola, J., & Van der Kolk, B. A. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: Assessment. *Directions in psychiatry*, 21(25), 373-392.
- Maldonado Lopez, M. M. (2020). Trastorno de estrés postraumático complejo: Una revisión teórica.
- MARTÍNEZ MONTES, C. E. L. I. A. (2020). AGRESIONES SEXUALES A MENORES
- Medina-Sustache, E., Flores, W. O., Mota, Y. B., & Díaz, G. R. (2017). Abuso sexual infanto-juvenil: Desde una perspectiva neurofisiológica. *Revista Griot*, 10(1), 88-102.
- Modrego Latorre, L., & Pérez Juncosa, J. Á. Maltrato infantil por abuso sexual: una propuesta de intervención físico-deportiva.
- National Child Traumatic Stress Network. (2003). Complex Trauma in Children and Adolescents. En A. Cook, M. Blaustein, J. Spinazzola, y B. van der Kolk, White Paper from the National Child Traumatic Stress Network Complex Trauma Task Froce.
- Oien, Michael L., (2011). "Neuropsychological Function in Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analytic Review" Professional Psychology Doctoral Projects. Paper 18

- Palacios, J. R. (2008). El abuso sexual a niñas, niños y adolescentes: Un secreto familiar, un problema social. *Revista Electrónica Educare*, 12, 99–111.
- Pérez, Isabel María Cervera, et al. "CONSECUENCIAS DEL MALTRATO CRÓNICO INTRAFAMILIAR EN LA INFANCIA: TRAUMA DEL DESARROLLO."
- Portela Mejía, W., & Muñoz Cano, J. I. (2020). Afectación neuropsicológica en niños y niñas víctimas de abuso sexual: revisión documental
- Robles, C. C. (2012). Traumatización relacional compleja: Una noción útil en la comprensión del funcionamiento de mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(1), 65-73.
- Sánchez Miguel, D. (2018). El trastorno invisible: Revisión de la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma en población infantil y adolescente con sintomatología de Trauma Complejo.
- Santos Ruiz, J.L., Sanz Rodriguez, L.J., Antequera Iglesias, J., Ladrón Jiménez, A., Muñoz García, J.J., Hernangómez Criado, L. (2020) 02. *Manual CEDE de preparación PIR. Psicología Clínica. Volumen I*. Centro documentación de estudios y oposiciones
- Sarmiento, I. V. (2013). El abuso sexual infantil: Perfil del abusador, la familia, el niño víctima y consecuencias psíquicas del abuso. *Psicogente*, 16(30), 451-470.
- Sastre, A. (2017). ojos que no quieren ver. Recuperado 28 de diciembre de 2020, de savethechildren website: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/ojos_que_no_quieren_ver_12092017_web.pdf
- Trujillo Sánchez, M. (2020). ABUSO SEXUAL INFANTIL: CONCEPTUALIZACIÓN Y PAPEL DEL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL.
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389–399. doi:10.1002/jts.20047.
- Vasterling J, Brewin C (2005). *Neuropsychology of PTSD*. The Guilford Press. Nueva York
- Vitriol, V., Vásquez, M., Iturra, I., & Muñoz, C. (2007). Diagnóstico y abordaje de secuelas por abuso sexual infantil, en tres mujeres consultantes a un servicio de salud mental de hospital general. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 45(1), 20-28.
- World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento.