

ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 08/08/2019. Aceptado: 05/12/2019

RELACIÓN ENTRE EL TRAUMA INFANTIL Y LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA EDAD ADULTA

THE LINK BETWEEN CHILDHOOD TRAUMA AND ADULT MENTAL DISORDERS

S. Alvela Fernández¹, M. Mateos Agut², A. Osorio Guzmán³, M. Abadín Vázquez⁴, A. Blasco Garrido⁵,
B. Sanz Cid⁶, J.J. De la Gándara Martín⁷

1Psicóloga Clínica. Complejo Asistencial Universitario de Burgos. 2Psiquiatra. Hospital de Día, Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial Universitario de Burgos. 3Médico Interna Residente de Psiquiatría. Complejo Asistencial Universitario de Burgos. 4Médico Interna Residente de Psiquiatría. Complejo Asistencial Universitario de Burgos. 5Médico Interna Residente de Psiquiatría. Complejo Asistencial Universitario de Burgos. 6Psicóloga Clínica. Hospital de Día, Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial Universitario de Burgos. 7Psiquiatra. Jefe del Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

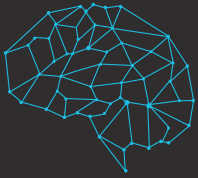
Correspondencia: M. Mateos Agut, Hospital de Día Psiquiátrico. Hospital Divino Vallés. Av. Islas Baleares, 1, 09006, Burgos.
Correo Electrónico: mmateosa@saludcastillayleon.es
Teléfono: 947235011 Ext. 36806.

LEER



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2019;11:46-56.



RESUMEN

Las experiencias traumáticas infantiles son frecuentes en pacientes psiquiátricos. El objetivo de este trabajo es analizar la relación entre trauma infantil y enfermedad mental, para lo cual se administró el cuestionario Early Trauma Inventory, que evalúa los acontecimientos traumáticos en la infancia, a 125 pacientes psiquiátricos y 125 controles sanos, y se analizaron las diferencias entre ambos grupos. Encontramos diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas del cuestionario ($p < 0,001$). En los casos, las puntuaciones fueron más elevadas en las escalas de Trauma General ($p < 0,001$), Abuso Físico ($p < 0,001$), Abuso Emocional ($p < 0,001$), Acontecimientos Sexuales ($p < 0,001$) y Puntuación Total del Test ($p < 0,001$). También encontramos más referencias en los casos a una Situación de Mayor Impacto ($p < 0,001$) y fenómenos de despersonalización ($p < 0,001$) y desrealización ($p < 0,001$). Sin embargo, al analizar las categorías diagnósticas, sólo encontramos vínculos significativos entre Trastornos de Ansiedad y Trauma General ($p < 0,040$), y Trastornos de la Conducta Alimentaria y Abuso Emocional ($p < 0,003$), y Puntuación Total del Test ($p < 0,033$). Los resultados, sugieren que las experiencias traumáticas infantiles podrían jugar un papel importante en la patología mental, siendo necesarios más estudios al respecto.

Palabras Clave: Enfermedad Mental, Trauma psíquico, Maltrato infantil, Abuso sexual infantil.

ABSTRACT

Traumatic childhood experiences are frequently described in psychiatric practice. The aim of this research study is to analyze the link between childhood trauma and mental illness. For that purpose, 125 psychiatric patients and 125 healthy controls were assessed with the Early Trauma Inventory, Spanish version, which assesses general traumatic events, emotional, physical and sexual abuse. When comparing the results between the two groups, significant differences were found in every category (General Trauma ($p < ,001$), Physical Abuse ($p < ,001$), Sexual Abuse ($p < ,001$), Emotional Abuse ($p < ,001$)) and the Global Test Score ($p < ,001$). Nevertheless, when analyzing results regarding diagnostic categories there were only found significant links between Anxiety disorders and General Trauma ($p < ,004$), and between Eating disorders and Emotional Abuse ($p < ,003$) and the Global Test Score ($p < ,033$). These results suggest that traumatic childhood experiences could play a relevant role in mental disorders, but further studies are needed in this regard.

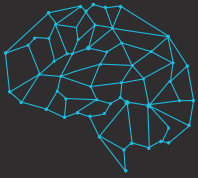
Keywords: Mental Disorders, Psychological Trauma, Child Maltreatment, Child Sexual Abuse.

INTRODUCCIÓN

El objetivo del estudio es analizar la influencia de diversas experiencias infantiles traumáticas, en la clínica adulta. Es difícil conocer la verdadera magnitud del trauma en los niños, pues existen abundantes sesgos en los datos (Bebbington, Jonas, Kuipers, King, Cooper, & Brugha, T. et al., 2011): muchos estudios tienen un abordaje selectivo y focalizan su investigación en una determinada experiencia traumática en la infancia, sin tener en cuenta la coexistencia con otras (Herrenkohl, 2009; Westermayr, 2018), otros se realizan en población femenina, siendo escasos los artículos en varones

(Butchart 2006, World Health Organization, 2016). Además encontramos factores asociados al entorno familiar donde suceden y se ocultan, la vergüenza de la víctima, la edad temprana, la dependencia de los adultos, o el miedo a las consecuencias familiares y legales (Goldman, J., & Padayachi, U., 2000). De todas formas, se estima que una cuarta parte de los adultos refieren haber sufrido algún tipo de maltrato durante en la infancia, y una de cada cuatro mujeres ha sufrido abusos sexuales en la niñez.

Una importante publicación sobre prevalencia fue *Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect* (Sed-



lak y Broadhurst, 1996) que encontró cerca de un millón de casos confirmados de maltrato en niños estadounidenses durante 1993. El 9% fueron por abuso sexual (una de cada cuatro niñas y uno de cada diez niños). Por su parte, en el Reino Unido May-Chahal y Cawson (2005), estimaron que un 7% de los niños británicos habían padecido abusos físicos, un 6% abusos emocionales y un 11% abusos sexuales. En España, la prevalencia parece ser más baja (López, 1994; De Paul, Milner y Múgica, 1995; Pereda y Forns, 2007). Destaca el estudio llevado a cabo por el Centro Reina Sofía (Sanmartín, 2011) sobre maltrato infantil en familia durante 2006 que fue estimado en un 4,26% en menores de 8 a 17 años (Maltrato psicológico, 2,35%; físico, 2,24%; abuso sexual, 0,89% y negligencia, 0,78%).

Numerosos estudios que han relacionado experiencias traumáticas en la infancia con mayor riesgo de trastornos mentales y peor estado físico en edad adulta (Gilbert, 2009; Shonkoff, 2012; Sala, 2014, Subica, 2013; Brents, 2018). El número, tipo y gravedad de estos eventos, así como la edad en la que se producen han sido relacionados con trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, especialmente el trastorno por estrés postraumático (Roeholt, 2012), somatomorfos, de la conducta alimentaria, de personalidad, alcoholismo, psicosis; así como un incremento de conductas suicidas, sexuales de riesgo, dificultades relacionales y nuevas agresiones (Cashmore, 2013; Chang, 2019; López-Soler, 2008). También se ha señalado los individuos con antecedentes de infancia traumática presentan una edad de inicio de la patología más temprana, mayor comorbilidad, mayor riesgo suicida y peor respuesta a tratamiento que los pacientes con los mismos diagnósticos sin antecedentes (Teicher, 2013). La mayoría de estudios acerca del abuso sexual evidencian mayor prevalencia de patología psiquiátrica en los que los sufrieron (Kisely et al., 2018), y las agresiones que implican contacto físico y penetración tienen mayor riesgo de patología (Steine, 2017).

En un estudio realizado en nuestro Hospital de Día, encontramos que las mujeres con trastornos de conducta alimentaria que habían sufrido abusos sexuales, presentaban más patología asociada y de mayor intensidad destacando el uso de sustancias, los trastornos afectivos, de ansiedad y de personalidad (Mateos, 2004).

En la clínica, es frecuente un retraso desde el inicio de los síntomas hasta su detección, lo que se asocia con peor pronóstico, y en muchos países se han activado servicios de

atención precoz, para disminuir futuros problemas psiquiátricos (Lambert, 2013).

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio de casos-controles, transversal, retrospectivo y observacional en una muestra de 125 casos y 125 controles sanos, a los que se interrogó sobre experiencias traumáticas durante su infancia. Los casos son pacientes atendidos en el Hospital de Día Psiquiátrico del Complejo Asistencial Universitario de Burgos, durante el año 2018, y el cuestionario es parte de la evaluación protocolaria del dispositivo. Una profesional de nuestro equipo reclutó al grupo control entre los pacientes de un centro de Atención Primaria en Burgos, y no tenían historia en Salud Mental.

Tanto los casos como los controles fueron informados del propósito del estudio, firmaron el consentimiento y se garantizó la confidencialidad de sus datos. El proyecto ha sido aprobado por el Comité de Bio-Ética del Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

Los criterios de selección fueron:

- Grupo de Casos:
 - Criterios de Inclusión:
 - Pacientes ingresados en el Hospital de Día Psiquiátrico del Complejo Asistencial de Burgos durante 2018
 - Edades comprendidas entre los 18 y los 65 años
 - Diagnosticados de un trastorno mental
 - Criterios de Exclusión:
 - Episodio Psicótico Agudo
 - Discapacidad Intelectual
 - Deterioro Cognitivo
- Grupo de Control:
 - Criterios de Inclusión:
 - Pacientes atendidos en un Centro de Atención Primaria en Burgos
 - Edades comprendidas entre los 18 y los 65 años
 - Criterios de Exclusión:
 - Historia de seguimiento en Salud Mental
 - Discapacidad Intelectual
 - Deterioro Cognitivo

Se recogieron datos sociodemográficos y médicos. Los diagnósticos psiquiátricos se clasificaron de acuerdo con el DSM-5. Todos los participantes fueron evaluados con el cuestionario *Early Trauma Inventory Self Report*, short form (ETI-SF), (Brenner, 2000; Bremner, 2007) en su versión es-

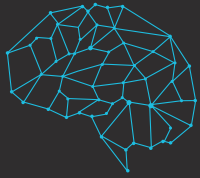


Tabla I.

	MUESTRA TOTAL (N=250)		CASO (N=125)		CONTROL (N=125)		P-VALOR	PRUEBA	
	MEDIANA	(RANGO INTERC.)	MEDIANA	(RANGO INTERC.)	MEDIANA	(RANGO INTERC.)			
EDAD	42	(31 ; 52)	41	(27 ; 52)	42	(34 ; 52)	0,109	U-MW	
	n	%	n	%	n	%	p-valor	Prueba	
SEXO	Mujer	160	64%	82	66%	78	62%	0,598	Chi2
	Varón	90	36%	43	34%	47	38%		

pañola (validada en mujeres puérperas por Plaza et al., 2011, mostrando un coeficiente de correlación intraclase de 0.91). El cuestionario se compone de 28 ítems, agrupados en 4 subescalas que corresponden a:

1. Trauma General (11 ítems). Considera eventos estresantes como la muerte de familiares o amigos, enfermedades graves o lesiones propias, de familiares o amigos; vivencia de eventos violentos o desastres naturales, separación de los padres, crianza alejada de los padres o historia de enfermedad mental y uso de sustancias en los cuidadores.
2. Castigo Físico (5 ítems). Considera tortas, patadas o puñetazos; golpes con objetos, quemaduras o el haber sido atado o confinado.
3. Maltrato Emocional (5 ítems). Considera los insultos, el maltrato verbal, la humillación, haber sido ignorado, devaluado, tratado con frialdad o la negligencia en los cuidados.
4. Abuso sexual (6 ítems). Considera haber sido tocado en partes íntimas, espiado mientras se estaba desnudo, forzado a presenciar o participar en cualquier acto sexual, incluyendo prostitución.

El cuestionario se completa con otros tres ítems de preguntas del encuestador:

- Señalar de forma libre la Situación que ha vivido con Mayor Impacto (SMI).
- Si la ha vivido con Miedo/Horror (si/no).
- Si la ha vivido con despersonalización (si/no).

De la suma de las puntuaciones de las escalas de Trauma General, Abuso Físico, Abuso Emocional, Abuso sexual, Miedo/Horror y Despersonalización, se obtiene la Puntuación Total del Test.

La Situación de Mayor Impacto fue codificada posteriormente en 5 categorías: Pérdida; Castigo Físico; Maltrato Emocional; Abuso Sexual y Ninguna.

Los datos se procesaron mediante el software estadística IBM SPSS 19 con un intervalo de confianza del 95%. Previamente se utilizó para la recogida y tratamiento de los mismos Microsoft Office Excel 2010.

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra aportando medianas (rango intercuartílico) para las variables cuantitativas, y frecuencias absolutas (frecuencias relativas) para las variables cualitativas. Se evalúan las posibles diferencias entre las distintas variables (cualitativas) mediante las pruebas de la Chi-cuadrado (Fisher) para el caso de variables cualitativas y los test no paramétricos U de Mann-Whitney o Kuskral-Wallis si una de las variables es cuantitativa.

RESULTADOS

El grupo de Estudio lo forman 125 casos, 83 mujeres y 43 hombres, de edad media 39,34 años, y los controles también 125 casos, 78 mujeres y 47 hombres, de edad media 42,15 años. No había diferencias significativas entre ambos grupos por la edad ($U=0,109$), ni por el sexo ($Chi2=0,598$) (Tabla I).

En el cuestionario ETI-SF, hay diferencias significativas en todas las escalas ($p<0,001$). En los casos las puntuaciones fueron más altas en las escalas de Trauma General ($p<0,001$), Abuso Físico ($p<0,001$), Abuso Emocional ($p<0,001$), Acontecimientos Sexuales ($p<0,001$) y en la Puntuación Total del Test ($p<0,001$) (Tabla II).

También declaraban haber sufrido con más frecuencia emociones de Miedo/Horror ($p<0,001$) y Despersonalización ($p<0,001$) ante eventos traumáticos que el grupo control.

Respecto a la situación de mayor impacto (SMI), los casos comunicaron con más frecuencia alguna situación traumática que los controles (52% vs 29%) ($p<0,001$), y entre éstas las diferencias entre grupos eran mayores en Abuso Emocional (19% vs 9%), y Acontecimientos Sexuales (16% vs 2%)

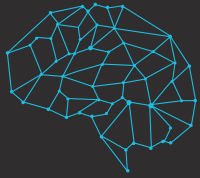


Tabla II.

	TOTAL (N=250)		CASO (N=125)		CONTROL (N=125)		P-VALOR	
	ME	RANGO INTERC.	ME	RANGO INTERC.	ME	RANGO INTERC.		
Trauma General	1	(0; 3)	2	(1; 3)	0	(0; 2)	0,000	UMW
Castigo Físico	1	(1; 3)	2	(1; 3)	1	(1; 2)	0,001	UMW
Abuso Emocional	1	(0; 3)	2	(0; 4)	0	(0; 1)	0,000	UMW
Acontecimientos Sexuales	0	(0; 0)	0	(0; 1)	0	(0; 0)	0,000	UMW
Puntuación Total TEST	5	(2; 9)	8	(4; 11)	3	(1; 5)	0,000	UMW
	N	%	n	%	n	%	p-valor	
Miedo/Horror	97	39%	71	57%	26	21%	0,000	Chi2
Despersonalización	50	20%	40	32%	10	8%	0,000	Chi2
Situación de Mayor Impacto							0,000	Chi2
Pérdida	54	22%	27	22%	27	22%		
Castigo Físico	37	15%	18	14%	19	15%		
Maltrato Emocional	35	14%	24	19%	11	9%		
Abuso Sexual	23	9%	20	16%	3	2%		
Ninguna	101	40%	36	29%	65	52%		

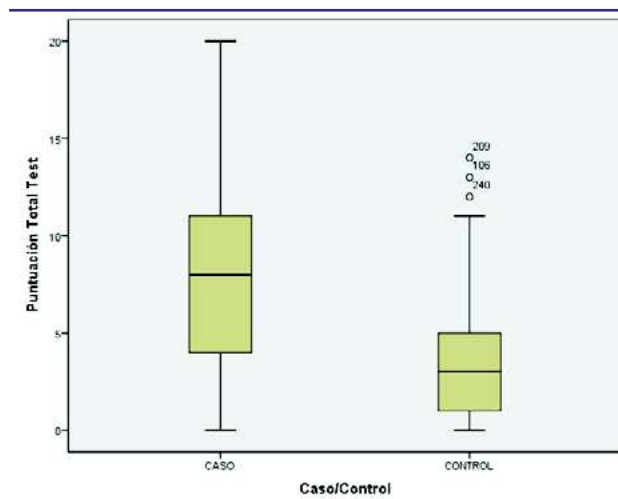


Figura 1.

En la Figura se observan las diferencias en la Puntuación Total del Test entre casos y controles (Fi. 1).

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre grupos en función del sexo. Cabe destacar, como dato curioso, que los varones de control referían más castigo físico que los hombres casos.

En el grupo de casos, las mujeres puntuaban globalmente más que los hombres, y hubo diferencias significativas en Abuso Emocional ($p < 0.003$). En cuanto a la Situación de Mayor Impacto, las mujeres referían más abuso emocional (27% vs 5%) y los varones menos trauma infantil (44% vs 21%) ($p < 0.09$) (Tabla III).

En la tabla IV constan los diagnósticos de los casos agrupados por categorías, independientemente de si se trataba del diagnóstico principal o no, por lo que hay mayor número de diagnósticos que de casos.

Cabe señalar que 60 casos no fueron diagnosticados de trastorno de personalidad (48%), frente a 65 que sí lo presentaban (52%) (Tabla V).

A continuación, tratamos de determinar las relaciones entre los diagnósticos y los tipos concretos de trauma infantil. Las diferencias más significativas fueron:

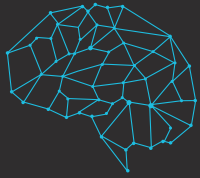


Tabla III.

SEXO (SOLO PARA CASOS)						
	MUJER (N= 82)		MUJER (N= 82)		P-VALOR	
	ME	RANGO INTERC	ME	RANGO INTERC		
TRAUMA GENERAL	2	(1; 3)	2	(1 ; 4)	0,625	UMW
CASTIGO FISICO	2	(1; 3)	2	(1 ; 3)	0,927	UMW
ABUSO EMOCIONAL	3	(0; 4)	1	(0 ; 3)	0,003	UMW
ACONTECIMIENTOS SEXUALES	0	(0; 1)	0	(0 ; 0)	0,155	UMW
PTTEST	8	%	7	(2 ; 11)	0,053	UMW
	n	61%	n	%	p-valor	
MIEDO/HORROR	50	37%	21	49%	0,193	Chi ²
DESPERSONALIZACION	30	(4; 12)	10	23%	0,129	Chi ²
Situación de Mayor Impacto					0,009	Chi ²
Pérdida	16	20%	11	26%		
Castigo Físico	13	16%	5	12%		
Maltrato Emocional	22	27%	2	5%		
Abuso Sexual	14	17%	6	14%		
Ninguna	17	21%	19	44%		

Tabla IV.

DIAGNÓSTICO	N	%	DIAGNÓSTICO RESUMEN	N	%
T por Uso de Alcohol	20	16,0	TUS	39	31,2
T por Uso de Sustancias	19	15,2			
Psicosis	24	19,2	Psicosis	24	19,2
T Bipolar	15	12,0			
Depresión Mayor	18	14,4	T Afectivos	36	28,8
Distimia	3	2,4			
T Ansiedad	30	24,0	T Ansiedad	30	24,0
TOC	4	3,2	TOC	4	3,2
TCA	27	21,6	TCA	27	21,6

Tabla V.

T. PERSONALIDAD	N	%	CLÚSTER	N	%
T Esquizoide	5	4,0	Clúster A	6	4,8
T Paranoide	1	,8			
T Histriónico	5	4,0	Clúster B	35	28,0
T Límite	24	19,2			
T Narcisista	6	4,8			
T por Dependencia	8	6,4	Clúster C	24	19,2
T por Evitación	5	4,0			
T Obsesivo-Compulsivo Pers.	11	8,8			
Sin Diagnóstico	60	48,0	Sin Diagnóstico	60	47,2
Total	125	100,0	Total	125	100,0

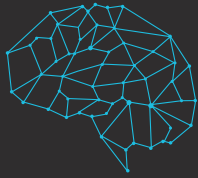


Tabla VI.

CASOS		n	TRAUMA GENERAL			p-valor	1	ABUSO EMOCIONAL			p-valor	1	ACONTECIM. SEXUALES			p-valor	1	ABUSO FÍSICO			p-valor
			mediana	rango interc				mediana	rango interc				mediana	rango interc				mediana	rango interc		
T Uso de Alcohol	No	105	2	(1 ; 4)	0,472	1	3	(0 ; 4)	0,047	1	0	(0 ; 1)	0,731	1	2	(1 ; 3)	0,376				
	Sí	20	2	(1 ; 3)			1	(0 ; 3)			0	(0 ; 1)			1	(1 ; 3)					
T Uso Sustancias	No	104	2	(1 ; 4)	0,051	1	2	(0 ; 4)	0,127	1	0	(0 ; 1)	0,535	1	2	(1 ; 3)	0,277				
	Sí	21	1	(0 ; 3)			0	(0 ; 4)			0	(0 ; 1)			1	(1 ; 3)					
Psicosis	No	101	2	(1 ; 4)	0,070	1	3	(0 ; 4)	0,012	1	0	(0 ; 1)	0,188	1	2	(1 ; 3)	0,062				
	Sí	24	1	(1 ; 3)			0	(0 ; 3)			0	(0 ; 0)			1	(1 ; 2)					
T Bipolar	No	109	2	(1 ; 3)	0,679	1	2	(0 ; 4)	0,283	1	0	(0 ; 1)	0,172	1	2	(1 ; 3)	0,622				
	Sí	16	2	(1 ; 4)			0	(0 ; 4)							1,5	(1 ; 3)					
Depresión Mayor	No	109	2	(1 ; 3)	0,396	1	2	(0 ; 4)	0,624	1	0	(0 ; 1)	0,791	1	2	(1 ; 3)	0,533				
	Sí	16	2	(0 ; 4)			2,5	(0 ; 5)							2	(1 ; 2)					
Distimia	No	122	2	(1 ; 3)	0,718	1	2	(0 ; 4)	0,722	1	0	(0 ; 1)	0,571	1	2	(1 ; 3)	0,599				
	Sí	3	2	(2 ; -)			3	(0 ; -)			0	(0 ; -)			3	(1 ; -)					
T Ansiedad	No	97	2	(1 ; 3)	0,040	1	2	(0 ; 4)	0,301	1	0	(0 ; 0)	0,061	1	2	(1 ; 3)	0,145				
	Sí	28	3	(2 ; 4)			2,5	(1 ; 4)			0	(0 ; 2)			2	(1 ; 4)					
T OC	No	118	2	(1 ; 3)	0,596	1	2	(0 ; 4)	0,631	1	0	(0 ; 1)	0,358	1	2	(1 ; 3)	0,286				
	Sí	7	3	(0 ; 4)			3	(1 ; 4)			0	(0 ; 0)			1	(0 ; 2)					
TCA	No	97	2	(1 ; 3)	0,803	1	1	(0 ; 4)	0,003	1	0	(0 ; 1)	0,865	1	1	(1 ; 3)	0,094				
	Sí	28	2	(1 ; 4)			4	(2 ; 5)			0	(0 ; 1)			3	(1 ; 3)					

1 - Test U de Mann-Whitney; 2 - Chi² o Fisher; 3- Kuskral-Wallis.

Tabla VII.

CASOS		Puntuación Total TEST				p-valor	MIEDO/HORROR				p-valor	DESPERSONALIZACIÓN				p-valor			
		n	mediana	rango interc			NO (n, %)	Sí (n, %)				NO (n, %)	Sí (n, %)						
T Uso de Alcohol	0	No	105	8	(4 ; 12)	0,119	1	42	78%	63	89%	0,098	3	70	82%	35	88%	0,464	3
	1	Sí	20	5,5	(2 ; 9)		12	22%	8	11%	15		18%	5	13%				
T Uso Sustancias	0	No	104	8	(4 ; 11)	0,100	1	44	81%	60	85%	0,654	3	70	82%	34	85%	0,712	3
	1	Sí	21	5	(1 ; 12)		10	19%	11	15%	15		18%	6	15%				
Psicosis	0	No	101	8	(4 ; 12)	0,007	1	40	74%	61	86%	0,096	3	66	78%	35	88%	0,192	3
	1	Sí	24	5	(1 ; 9)		14	26%	10	14%	19		22%	5	13%				
T Bipolar	0	No	109	8	(4 ; 12)	0,654	1	48	89%	61	86%	0,622	3	76	89%	33	83%	0,281	3
	1	Sí	16	7	(2 ; 10)		6	11%	10	14%	9		11%	7	18%				
Depresión Mayor	0	No	109	8	(4 ; 12)	0,430	1	45	83%	64	90%	0,259	3	72	85%	37	93%	0,224	3
	1	Sí	16	7,5	(3 ; 11)		9	17%	7	10%	13		15%	3	8%				
Distimia	0	No	122	8	(4 ; 11)	0,344	1	54	100%	68	96%	0,258	3	84	99%	38	95%	0,240	3
	1	Sí	3	10	(5 ; -)		0	0%	3	4%	1		1%	2	5%				
T Ansiedad	0	No	97	8	(3 ; 11)	0,053	1	42	78%	55	77%	0,967	3	65	76%	32	80%	0,659	3
	1	Sí	28	10,5	(5 ; 13)		12	22%	16	23%	20		24%	8	20%				
T OC	0	No	118	8	(4 ; 11)	0,949	1	51	94%	67	94%	1,000	3	81	95%	37	93%	0,679	3
	1	Sí	7	8	(5 ; 11)		3	6%	4	6%	4		5%	3	8%				
TCA	0	No	97	7	(3 ; 11)	0,033	1	45	83%	52	73%	0,180	3	67	79%	30	75%	0,632	3
	1	Sí	28	8,5	(6 ; 12)		9	17%	19	27%	18		21%	10	25%				

1 - Test U de Mann-Whitney; 2 - Chi² o Fisher; 3- Kuskral-Wallis.

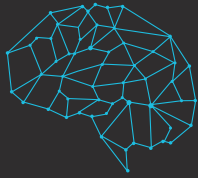


Tabla VIII.

CASOS	TRAUMA GENERAL			ABUSO EMOCIONAL		ACONTECIMIENTOS SEXUALES		ACONTECIMIENTOS SEXUALES			
	n	Me	rango interc	Me	rango interc	Me	rango interc	Me	rango interc		
CLUSTER				0,391	2	0,828	2	0,182	2	0,273	2
Cluster A	6	1	(1 ; 2)	3	(0 ; 5)	0	(0 ; 0)	2	(1 ; 2)		
Cluster B	35	2	(1 ; 3)	3	(0 ; 4)	0	(0 ; 1)	2	(1 ; 4)		
Cluster C	24	1,5	(1 ; 3)	2,5	(0 ; 4)	0	(0 ; 2)	2	(1 ; 4)		
Sin Diagnóstico	60	2	(1 ; 4)	1,5	(0 ; 4)	0	(0 ; 0)	1	(1 ; 3)		

1 - Test U de Mann-Whitney; 2 - Chi² o Fisher; 3- Kuskral-Wallis.

Tabla IX.

CASOS	n	PTTEST		MIEDO/HORROR				DESPERSONALIZACIÓN					
		Me	rango interc	NO (n, %)		SÍ (n, %)		NO (n, %)		SÍ (n, %)			
CLUSTER				0,575	2			0,180	3			0,632	3
Cluster A	6	6,5	(3 ; 10)	4	7%	2	3%	5	9%	1	1%		
Cluster B	35	8	(5 ; 13)	13	24%	22	31%	23	43%	12	17%		
Cluster C	24	8	(4 ; 11)	8	15%	16	23%	14	26%	10	14%		
Sin Diagnóstico	60	8	(2 ; 11)	29	54%	31	44%	43	80%	17	24%		

Tabla X.

T PERSONALIDAD (SOLO CASOS)

	No (n=60)		Sí (n=65)		p-valor
	mediana	rango interc.	mediana	rango interc.	
Acontecimientos sexuales	0	(0 ; 0)	0	(0 ; 1)	0,072

- Trastorno de Ansiedad, que puntuaban más en Trauma General ($p < 0,04$).
- Trastornos de la Conducta Alimentaria, con más frecuencia de Abuso Emocional ($p < 0,003$) y mayor Puntuación Total del Test ($p < 0,033$).
- Trastorno por Uso de Alcohol, con menor Abuso Emocional ($p < 0,04$).
- Trastornos psicóticos, con menor Abuso Emocional ($p < 0,01$) y Puntuación Total del Test ($p < 0,007$).

No hubo relaciones estadísticamente significativas entre el resto de categorías diagnósticas y las puntuaciones parciales del test (Tablas VI y VII).

En cuanto a los Trastornos de la personalidad, organizados según los Clusters que propone el DSM, dados los pocos casos que había en algunas categorías, no se pudieron estimar diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones parciales del test (Tablas VIII y IX).

Exploramos expresamente fue la relación entre el diagnóstico de trastorno de personalidad y Acontecimientos Sexuales. Las diferencias no fueron significativas (Tabla 10), aunque, como se observa en la figura 2, las medidas tienden a ser mayores en los que tienen problemas de personalidad (Fig. 2).

DISCUSIÓN

Podríamos decir que, si bien la presencia de trauma infantil es frecuente en la población general, algunos tipos concretos de trauma están ligados a mayor riesgo psicopatológico. A pesar de las sospechas, en la práctica no se suele indagar mucho sobre ello, salvo que el propio paciente lo manifieste, lo que al ser vivido con culpa o sumisión al agresor, no es habitual. Así, no tener en cuenta esta circunstancia puede suponer peor manejo clínico de la patología.

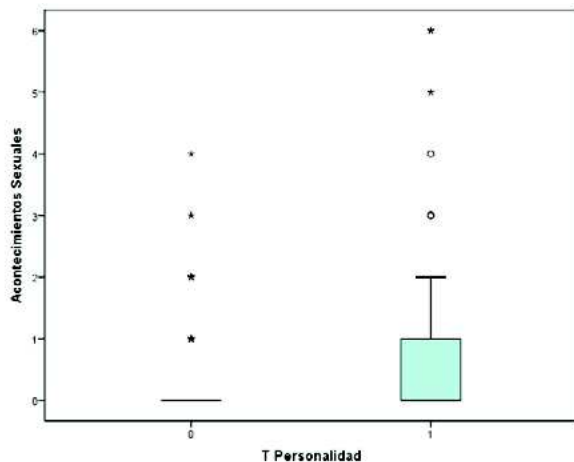
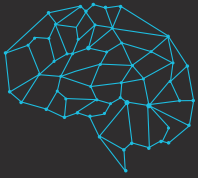


Figura 2.

Nuestros resultados apoyan estas afirmaciones, ya que Casos y Controles se diferencian en todas las subescalas del *Early Trauma Inventory* (*Trauma General; Castigo Físico; Abuso Emocional; Acontecimientos Sexuales; Miedo/Horror; Despersonalización; Puntuación Total del Test*), con una significación elevada. Esto indica que ambas poblaciones son diferentes en la experiencia traumática, y que trauma y psicopatología mantienen algún tipo de relación, ya sea causal, patoplástica o evolutiva.

Respecto al abuso físico, mientras que May-Chahal y Cawson (2005) detectaron un 7 % en niños británicos, en nuestro caso se refería como una situación de alto impacto en el 14%, más frecuentemente en varones controles. Estas diferencias podrían depender de los cambios culturales en las formas de sanción, ya que nuestro estudio es retrospectivo (edad media 40 años), mientras que el citado estudio se realizó en población infantil en 2015. No obstante, en nuestro país, Sanmartín (2011) señalaba que el maltrato físico va disminuyendo con la edad, lo que hace pensar que puede haberse interiorizado o que el recuerdo se va matizando con la edad y algunos acontecimientos pudieran ser entendidos como parte del proceso educativo, dotándoles de un significado menos punitivo.

El Maltrato Emocional era significativamente más frecuente entre casos que entre controles. Atendiendo al sexo, también encontramos mayor frecuencia del mismo en las mujeres del grupo clínico respecto a los varones, lo que se

ve confirmado si prestamos atención a la Situación de Mayor Impacto, en la fue comunicado por el doble de mujeres en el grupo clínico que en el control; por el contrario, los varones de ambos grupos no se diferenciaban en este tipo de trauma.

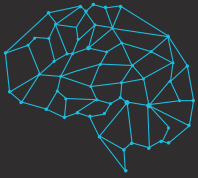
A pesar de que los casos refirieron más pérdidas, no hemos encontrado diferencias significativas y no podemos contrastarlo con otros trabajos.

Al analizar el tipo de trauma en función del sexo, y en consonancia con Sanmartín (2011), nuestros resultados indican que las mujeres comunican más situaciones traumáticas que los hombres. En concreto en los casos había diferencias estadísticamente significativas en Abuso Emocional (<0,003). Estos resultados se podrían deber a que el maltrato contra la mujer es más frecuente que en los hombres en cualquier edad y en más ámbitos, lo que coloca a la población femenina infantil en una situación de mayor riesgo de abusos y psicopatológico.

En comparación con otros estudios, nuestras cifras de Trauma Sexual en mujeres (3 / 20) son inferiores a las que aporta Butchart (2006) (2 / 10). En cuanto a los hombres, ningún control refirió haber pasado por esa experiencia, mientras que entre los pacientes la cifra subía a 3 / 20. Estas diferencias apoyan la idea de que el abuso sexual en población española se da con menos frecuencia que en otros países con más desarrollo económico, como señalaban López (1994), De Paul et al. (1995) y Pereda y Fornes (2007). Estas diferencias podrían ser debidas a factores culturales, ya sea porque se ocultan o por que la frecuencia es realmente menor.

Nuestro trabajo confirma la idea de que la presencia de experiencias traumáticas en la infancia se asocia con mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales (Mateos, 2004; Gilbert, 2009; Shonkoff, 2012; Sala, 2014, Subica, 2013; Brents 2018; Kisely 2018) y así queda reflejado en las diferencias entre casos y controles.

Cuando se buscan relaciones entre el trauma y cuadros clínicos, se han señalado multiplicidad de estos, que van de psicosis a trastornos de personalidad, pasando por alcoholismo y uso de sustancias, trastornos de ansiedad, Trastorno por estrés postraumático, o bien incremento de intentos autolíticos, conductas sexuales de riesgo y nuevas agresiones (Cashmore 2013; Chang 2018; Roenholt 2012). Ahora bien, tanta dispersión impide comprender la profundidad y especificidad del fenómeno. Nuestro estudio apunta a unas relaciones más restrictivas. En los pacientes se detecta mayor asociación entre Trauma General y Trastorno de Ansiedad. El abuso emocional y el mayor trauma global se asocian



con Trastornos de la Conducta Alimentaria. Los Trastornos por Uso de Alcohol y las Psicosis comunican menos abuso emocional y Puntuación Total en el Test. Sin embargo, en patología psicótica, Trastorno Bipolar, Depresión Mayor, Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Trastorno de personalidad no se aprecian diferencias concretas.

Estos datos nos inducen a pensar que parece claro que el padecimiento de trauma infantil influye en la psicopatología adulta aunque lo haría de forma inespecífica.

Las limitaciones de este estudio, de acuerdo con Bebbington (2018), Goldman y Padayachi (2000), son esencialmente los sesgos en las encuestas, pues al ser retrospectivo, el tiempo y las experiencias posteriores pueden modificar el tono emocional del recuerdo, el cual además suele ser vivido con vergüenza y culpa. Otro problema es hasta donde los encuestados pueden compartir experiencias tan dolorosas, lo cual podría ser más difícil entre los controles, dado que no tienen una relación de confianza con los encuestadores y terapeutas. Los probandos referían diferentes eventos traumáticos, y como refieren Herrenkohl (2009) y Westermair (2018), es difícil discernir cual es la influencia de cada uno de ellos y como se relacionan entre sí. No obstante, en nuestra encuesta se pregunta sobre la situación traumática que produjo mayor impacto, y ésta es la que, al margen de su veracidad o intensidad, podría tener más influencia en la conducta actual. Por otra parte, debemos señalar que de los resultados obtenidos no se puede inferir una relación de causalidad, por ello sería interesante aumentar la muestra de ciertos subgrupos clínicos, para establecer relaciones más específicas entre traumas y patologías. En cualquier caso, los datos indican que la presencia del trauma infantil es muy común, y a menudo se produce en entornos que deberían ser ámbitos de seguridad. También sugieren cómo orientar la exploración de los pacientes, indagando sobre la presencia o no del trauma para orientar la terapia.

CONCLUSIONES

Resumiendo todo lo anterior, podemos señalar que, en conjunto, las personas con patología psiquiátrica tienen mayor probabilidad de haber sufrido traumas en la infancia, siendo el maltrato emocional y el abuso sexual especialmente frecuente en las mujeres, y el maltrato físico en los hombres.

Asimismo, es posible establecer ciertas relaciones entre tipos de traumas y tipos de patologías, algunas de las cuales

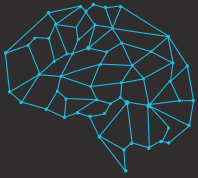
se han sugerido previamente, aunque este aspecto requiere un estudio más específico, sobre el que se está extendiendo la investigación actual.

DECLARACIÓN DE INTERESES

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses, este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación, ni los autores. Ni sus familiares, tienen ningún tipo de actividades financieras o vinculación con asociaciones sin ánimo de lucro que tenga relación con este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bebbington, P., Jonas, S., Kuipers, E., King, M., Cooper, C., & Brugha, T. et al. (2011). Childhood sexual abuse and psychosis: data from a cross-sectional national psychiatric survey in England. *British Journal Of Psychiatry*, 199(1), 29-37. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083642
2. Bremner, J., Bolus, R., & Mayer, E. (2007). Psychometric Properties of the Early Trauma Inventory- Self Report. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 195(3), 211-218. doi: 10.1097/01.nmd.0000243824.84651.6c
3. Bremner, J., Vermetten, E., & Mazure, C. (2000). Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: The early trauma inventory. *Depression And Anxiety*, 12(1), 1-12. doi: 10.1002/dea.1001
4. Brents, L., James, G., Cisler, J., & Kilts, C. (2018). Personality variables modify the relationship between childhood maltreatment history and poor functional outcomes. *Psychiatry Research*, 268, 229-237. doi: 10.1016/j.psychres.2018.07.010
5. Butchart, A. (2006). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence [Ebook]. World Health Organization. Retrieved from https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/en/
6. Cashmore, J., & Shackel, R. (2013). The Long-Term Effects of Child Sexual Abuse. *Child Family Community Australia*, 11, 1-29. <http://www.aifs.gov.au/cfca/pubs/papers/a143161/cfca11.pdf>
7. Chang, C., Kaczurkin, A., McLean, C., & Foa, E. (2018). Emotion regulation is associated with PTSD and depression among female adolescent survivors of childhood sexual abuse. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, And Policy*, 10(3), 319-326. doi: 10.1037/tra0000306
8. de Paúl, J., Milner, J., & Múgica, P. (1995). Childhood maltreatment, childhood social support, and child abuse potential in a Basque sample. *Child Abuse & Neglect*, 19(8), 907-920. doi: 10.1016/0145-2134(95)00053-b
9. Gilbert, R., Widom, C., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68-81. doi: 10.1016/s0140-6736(08)61706-7
10. Goldman, J., & Padayachi, U. (2000). Some methodological problems in estimating incidence and prevalence in child sexual abuse research. *Journal Of Sex Research*, 37(4), 305-314. doi: 10.1080/00224490009552052
11. Herrenkohl, R., & Herrenkohl, T. (2009). Assessing a Child's Experience of Multiple Maltreatment Types: Some Unfinished Business. *Journal Of Family Violence*, 24(7), 485-496. doi: 10.1007/s10896-009-9247-2



12. Kisely, S., Abajobir, A., Mills, R., Strathearn, L., Clavarino, A., & Najman, J. (2018). Child maltreatment and mental health problems in adulthood: birth cohort study. *The British Journal Of Psychiatry*, 213(6), 698-703. doi: 10.1192/bjp.2018.207
13. Lambert, S., Bettencourt, A., Bradshaw, C., & Jalongo, N. (2013). Early Predictors of Urban Adolescents' Community Violence Exposure. *Journal Of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22(1), 26-44. doi: 10.1080/10926771.2013.743944
14. López Sánchez, F. (1994). Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
15. López Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 13(3). doi: 10.5944/rppc.vol.13.num.3.2008.4057
16. Mateos Agut, M., Sanz Cid, B., Villares, A., Muñoz García, J., Martín, E., Muñoz Siscart, I., & de la Gándara Martín, J. (2004). Abusos sexuales y trastornos de la conducta alimentaria. *Cuadernos De Medicina Psicosomática Y Psiquiatría De Enlace*, 71(72), 44-51.
17. May-Chahal, C., & Cawson, P. (2005). Measuring child maltreatment in the United Kingdom: A study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 29(9), 969-984. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.05.009
18. Pereda, N., & Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect*, 31(4), 417-426. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.08.010
19. Plaza, A., Torres, A., Martín-Santos, R., Gelabert, E., Imaz, M. L., Navarro, P., ... García-Esteve, L. (2011). Validation and test-retest reliability of Early Trauma Inventory in Spanish postpartum women. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(4), 280-285. doi:10.1097/NMD.0b013e31821245b9
20. Roenholt, S., Beck, N., Karsberg, S., & Elklit, A. (2012). Post-traumatic stress symptoms and childhood abuse categories in a national representative sample for a specific age group: associations to body mass index. *European Journal Of Psychotraumatology*, 3(1), 17188. doi: 10.3402/ejpt.v3i0.17188
21. Sala, R., Goldstein, B., Wang, S., & Blanco, C. (2014). Childhood maltreatment and the course of bipolar disorders among adults: Epidemiologic evidence of dose-response effects. *Journal Of Affective Disorders*, 165, 74-80. doi: 10.1016/j.jad.2014.04.035
22. Sanmartín, J. (2011). Maltrato infantil en la familia en España. Informe del Centro Reina Sofía. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
23. Sedlack, A., & Broadhurst, D. (1995). Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (p. 252). Washington DC: US Dept of Health and Human.
24. Shonkoff, J., Garner, A., Siegel, B., Dobbins, M., Earls, M., & Garner, A. et al. (2011). The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics*, 129(1), e232-e246. doi: 10.1542/peds.2011-2663
25. Steine, I., Winje, D., Krystal, J., Bjorvatn, B., Milde, A., & Grønli, J. et al. (2017). Cumulative childhood maltreatment and its dose-response relation with adult symptomatology: Findings in a sample of adult survivors of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 65, 99-111. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.01.008
26. Subica, A. (2013). Psychiatric and Physical Sequelae of Childhood Physical and Sexual Abuse and Forced Sexual Trauma Among Individuals With Serious Mental Illness. *Journal Of Traumatic Stress*, 26(5), 588-596. doi: 10.1002/jts.21845
27. Teicher, M., & Samson, J. (2013). Childhood Maltreatment and Psychopathology: A Case for Ecophenotypic Variants as Clinically and Neurobiologically Distinct Subtypes. *American Journal Of Psychiatry*, 170(10), 1114-1133. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12070957
28. Westermair, A., Stoll, A., Greggersen, W., Kahl, K., Hüppe, M., & Schweiger, U. (2018). All Unhappy Childhoods Are Unhappy in Their Own Way—Differential Impact of Dimensions of Adverse Childhood Experiences on Adult Mental Health and Health Behavior. *Frontiers In Psychiatry*, 9. doi: 10.3389/fpsy.2018.00198