

CONSECUENCIAS DEL MALTRATO CRÓNICO INTRAFAMILIAR EN LA INFANCIA: TRAUMA DEL DESARROLLO

Cervera Pérez, Isabel María; López-Soler, Concepción; Alcántara-López, Mavi; Castro Sáez, Maravillas;

Fernández-Fernández, Visitación; Martínez Pérez, Antonia

CONSECUENCIAS DEL MALTRATO CRÓNICO INTRAFAMILIAR EN LA INFANCIA: TRAUMA DEL DESARROLLO

Papeles del Psicólogo, vol. 41, núm. 3, 2020

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77865632009>

DOI: <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2934>

CONSECUENCIAS DEL MALTRATO CRÓNICO INTRAFAMILIAR EN LA INFANCIA: TRAUMA DEL DESARROLLO

CONSEQUENCES OF CHRONIC INTRA-FAMILY ABUSE IN CHILDHOOD: DEVELOPMENTAL TRAUMA

Isabel María Cervera Pérez

*Unidad de Salud Mental Comunitaria Huércal-Overa,
España
clopezs@um.es*

DOI: <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2934>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77865632009>

Concepción López-Soler

Universidad de Murcia, España

Mavi Alcántara-López

Universidad de Murcia, España

Maravillas Castro Sáez

Universidad de Murcia, España

Visitación Fernández-Fernández

Universidad de Murcia, España

Antonia Martínez Pérez

Universidad de Murcia, España

Recepción: 31 Enero 2020

Aprobación: 20 Abril 2020

RESUMEN:

Los traumas tempranos y repetidos en el contexto de las relaciones de apego impactan de una manera dramática en el desarrollo de los niños/as, generando una diversidad de manifestaciones psicopatológicas complejas, que se incluyen en la última versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) como un diagnóstico nuevo denominado Trastorno por Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C). Los objetivos del presente trabajo fueron, por un lado, ofrecer una revisión de la sintomatología postraumática que se desarrolla por la exposición a estos eventos traumáticos, y, por otro, recapitular la evidencia empírica existente del TEPT-C o Trastorno Traumático del Desarrollo (TTD). Los resultados de los estudios revisados confirmán la presencia de síntomas extensos y heterogéneos, así como graves alteraciones en la autorregulación (afectiva, cognitiva y conductual), que se ajustan a un TEPT Complejo o TTD, por lo que los datos existentes apoyarían la validez de dichos diagnósticos.

PALABRAS CLAVE: Trauma complejo, Trastorno traumático del desarrollo, Maltrato..

ABSTRACT:

Repeated and early attachment trauma has a huge impact on children's development, producing a wide range of psychopathology, which is included as a new diagnosis called complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) in the 11th revision to the World Health Organization's International Classification of Diseases (ICD-11). The aim of this study is to provide a review of the posttraumatic symptomatology caused by exposure to complex traumatic events and to summarize the existing empirical evidence on CPTSD and developmental trauma disorder (DTD). The results of the reviewed studies confirm the presence of extensive and heterogeneous symptoms, as well as serious affective, cognitive, and behavioral self-regulation alterations, which correspond to complex PTSD or DTD. Therefore, the current data support the validity of these diagnostic proposals.

KEYWORDS: Complex trauma, Developmental trauma disorder, Abuse..

El concepto de trauma hace referencia a las consecuencias de la exposición a experiencias personales que suponen una amenaza a nuestra supervivencia o bienestar. Las reacciones ante situaciones vitales adversas son muy diversas y variadas. Allen, Fonagy, and Bateman (2008), propusieron una clasificación especialmente relevante al organizar los eventos potencialmente traumáticos según la naturaleza e implicación interpersonal del estresor. Diferencian entre estresores impersonales (por ej. catástrofes naturales); interpersonales, si el estresor proviene de la conducta deliberadamente intencional o imprudente de otro ser humano (por ej. accidentes, violencia comunitaria o guerras); y estresores que aparecen en el contexto de relaciones de apego (*attachment trauma*). Es decir, todas aquellas situaciones de violencia y negligencia a las que un menor se ve expuesto en el contexto de sus cuidados primarios básicos (por ej., maltrato físico y emocional, abuso sexual, negligencia, abandono o ser testigo directo de violencia entre los padres).

Se ha confirmado que las experiencias repetidas de maltrato durante la infancia actúan como estresores habituales, y generan disfunciones duraderas en los principales sistemas neurorreguladores, como el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, y consecuencias fisiopatológicas significativas (Boeckel, Viola, Daruy-Filho, Martínez, & Grassi-Oliveira, 2017), así como alteraciones en el desarrollo de estructuras cerebrales fundamentales (Rooij et al., 2020; Teicher & Samson, 2016). Esto se relaciona con la presencia de déficits en el funcionamiento cognitivo y dificultades en la autorregulación afectiva y conductual, lo que implica un mayor riesgo para desarrollar problemas académicos y múltiples psicopatologías (Karam et al., 2014; Perkins & Graham-Bermann, 2012).

En este sentido, Cook et al. (2005) señalaron que dichos traumas se caracterizan por ser crónicos, interpersonales, de inicio en etapas tempranas, y afectar a todas las áreas de funcionamiento. Desde hace décadas se evidenció la insuficiencia del diagnóstico de TEPT para explicar la amplia gama de síntomas resultantes de estos traumas (Herman, 1992). El porcentaje de menores que desarrolla TEPT, según criterios oficiales, tras la exposición a traumas complejos es bajo y la mayoría cumple criterios para otros muchos diagnósticos como por ejemplo Trastorno de Ansiedad por Separación, Trastorno Negativista Desafiante, TDAH o depresión (Humphrys et al., 2020; Klasen, Gehrke, Metzner, Blotevogel, & Okello, 2013; Scheeringa & Zeanah, 2008), sintomatología subclínica diversa o alteraciones emocionales y conductuales, que son muy frecuentes en menores tutelados con problemas de salud mental (González-García et al., 2017; Martín, González-García, Fernández del Valle, & Bravo, 2020).

El concepto de Trastorno por Estrés Postraumático Complejo (TEPT Complejo o TEPT-C), fue originalmente propuesto por Herman (1992), con la finalidad de proporcionar un diagnóstico alternativo para supervivientes a una exposición traumática repetida y prolongada, cuyos síntomas más graves eran diferentes a los recogidos en los diagnósticos para TEPT del DSM. El TEPT-C describe, más completa y apropiadamente, la psicopatología resultante de la exposición a traumas complejos en adultos, e incluye un conjunto de síntomas que reflejan graves perturbaciones en la autorregulación afectiva, cognitiva y comportamental en menores (Courtois, 2004). Estos se expresan en la alteración de seis dominios de funcionamiento: regulación de los impulsos y afectos, atención y conciencia, autopercepción, relaciones con los otros, somatización y sistema de significados (Van der Kolk, 2005; Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005).

Este nuevo constructo no fue reconocido en el DSM-IV (APA, 1994), ni en su Texto Revisado (APA, 2000), como un trastorno distinto al TEPT, sino como Trastorno por Estrés Extremo no Especificado (DESNOS). Si bien obtuvo apoyo empírico (Cloitre, Garvert, Brewin, Bryant, & Maercker, 2013; Van der Kolk et al., 2005; Karatzias et al., 2018), no fue incluido en la última versión DSM (APA, 2013). Recientemente, la CIE-11 (OMS, 2018) lo ha confirmado como diagnóstico, especificando que debe cumplir requisitos de TEPT, además de problemas graves y persistentes en la regulación del afecto; creencias sobre uno mismo de incapacidad y poca valía, sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el evento traumático; así como dificultades para mantener las relaciones y sentirse cerca de los demás.

Desde mediados de los 90 se multiplicaron los estudios en población infanto-juvenil sobre las consecuencias del maltrato en el ámbito familiar, contemplando el diagnóstico de TEPT-C como opción diagnóstica casi una década después.

El maltrato está asociado a síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación (TEPT) en menores, sin embargo tampoco parece que los criterios diagnósticos sean apropiados para infancia, ya pocos cumplen todos los criterios, aumentando la prevalencia cuando se emplean criterios alternativos (Fernández, 2014; Martínez, 2015; Scheeringa et al., 2003).

Van der Kolk et al. (2005, 2009), postularon el Trastorno Traumático del Desarrollo (TTD o Developmental Trauma Disorder), para el trauma complejo en infancia. El TTD incluye múltiples síntomas en diferentes áreas (apego, biología, regulación del afecto y autorregulación, conciencia, control de la conducta, cognición y autoconcepto), que suelen derivarse de la exposición repetida al trauma interpersonal en la infancia (Cook et al., 2005), (Tabla 1 y Tabla 1 continuación).

Un elemento central en el impacto del maltrato en los primeros años de vida se basa en las alteraciones que presenta el sistema de apego entre cuidador/a y menor. Como indica Galán (2020), es determinante la protección y los cuidados frente a peligros externos e internos, y para la comunicación y las relaciones interpersonales.

Los estudios sobre el TEPT-C en menores tutelados indican problemas de salud mental en todos los dominios evaluados y síntomas de estrés postraumático, dificultades emocionales y conductuales, más conductas de riesgo y dificultades en el funcionamiento diario (González-García et al., 2017; Martín et al., 2020).

El objetivo de este trabajo fue realizar una revisión de las investigaciones empíricas sobre las consecuencias psicológicas de traumas interpersonales en infancia, adolescencia y primera juventud, así como analizar la validez del nuevo diagnóstico de Trauma Complejo.

| TABLA 1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS TRASTORNO TRAUMÁTICO DEL DESARROLLO | |
|---|---|
| A. Exposición. | Ha experimentado o sido testigo de múltiples o prolongados eventos adversos durante al menos un año comenzando en la infancia/adolescencia temprana, incluyendo:A.1. Experiencia directa o ser testigo de episodios repetidos y severos de violencia interpersonal.A.2. Disrupciones significativas en cuidados básicos como resultado de cambios repetidos o separación repetida del cuidador primario, o exposición a abuso emocional severo y persistente. |
| B. Desregulación afectiva y fisiológica. | Exhibe deterioro competencias evolutivas normales relacionadas con regulación activación (arousal), incluyendo al menos dos de los siguientes ítems: B.1. Incapacidad modular, tolerar o recuperarse de estados afectivos extremos (miedo, ira, vergüenza), incluyendo rabietas graves y prolongadas o inmovilización. B.2 Perturbaciones regulación funciones corporales (por ejemplo, perturbaciones persistentes sueño, alimentación y control esfínteres; hiper/hiporreactividad al tacto y sonidos; desorganización transición entre rutinas). B.3 Conciencia/reconocimiento disminuidos o disociación de sensaciones/emociones/estados corporales (despersonalización, desrealización, discontinuidad estados afectivos, embotamiento afectivo, analgesia física y dificultad reconocimiento emociones). B.4 Dificultad descripción de emociones/estados corporales (estados internos o comunicar necesidades -hambre o evacuación/eliminación). |
| C. Desregulación atencional y conductual. | Exhibe deterioro competencias evolutivas normales relacionadas con mantenimiento atención, aprendizaje o afrontamiento del estrés, incluyendo al menos tres ítems: C.1 Preocupación por la amenaza, o dificultad para percibirla, incluyendo mala interpretación de señales de seguridad/peligro. C.2 Deterioro capacidad de auto-protección, incluyendo conductas de riesgo o búsqueda emociones intensas (conductas sexuales riesgo, descontrol impulsivo, subestimación riesgo, dificultad comprensión reglas, para planificación conducta y anticipación de consecuencias). C.3 Intentos desajustados de auto-calma (balanceos, otros movimientos rítmicos, masturbación compulsiva, consumo sustancias). C.4 Autolesión habitual (intencional/automática) o reactiva (cortarse, golpearse cabeza, quemarse, pelizcarse). C.5 Incapacidad para iniciar/mantener conducta dirigida a un objetivo (dificultades para planificar/completar tareas, abulia). |

TABLA 1
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS TRASTORNO TRAUMÁTICO DEL DESARROLLO

| TABLA 1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS TRASTORNO TRAUMÁTICO DEL DESARROLLO (Continuación) |
|--|
| D. Desregulación del self (<i>sí mismo</i>) y relacional. Exhibe deterioro competencias evolutivas normales relacionadas con identidad personal e involucración en relaciones, incluyendo al menos tres de los siguientes ítems: D.1 Preocupación intensa por seguridad del cuidador u otros significativos [incluyendo actitud temprana de cuidado hacia otros] o dificultad en tolerancia al reencuentro con éstos después de una separación. D.2 Persistente concepto/sentido negativo de sí mismo, incluyendo sentimientos de odio hacia sí mismo, impotencia, sentimiento de falta de valía, ineeficacia o defectuosidad. D.3 Desconfianza extrema y persistente, conducta desafiante o falta de reciprocidad en relaciones cercanas con adultos/iguales [incluye expectativa de ser victimizado por otros]. D.4 Reactividad física o agresión verbal [impulsiva, no intencionalmente coercitiva/manipuladora] hacia pares/cuidadores/otros adultos. D.5 Intentos inapropiados [excesivos/promiscuos] de tener contacto íntimo [incluido pero no limitado a intimidad física/sexual] o excesiva dependencia hacia iguales/adultos en búsqueda de seguridad/reasurgo. D.6 Deterioro capacidad de regular la activación empática [falta de empatía, intolerancia o excesiva respuesta a las expresiones de estrés/perturbación de otros]. |
| E. Espectro de Síntomas Posttraumáticos. Exhibe al menos un síntoma en al menos dos de tres clusters (B, C y D) de síntomas del TEPT. |
| F. Duración del trastorno (Criterios B, C, D y E): al menos 6 meses. |
| G. Dificultades o deterioro funcional. Causa malestar clínicamente significativo o deterioro/incapacidad en al menos dos áreas: ESCOLAR: bajo rendimiento o abandono escolar, problemas disciplina, inasistencia, conflictos con profesores, problemas aprendizaje [no explicado por trastorno neurológico]. FAMILIAR: conflictividad, evitación/pasividad, fuga, desapego, búsqueda de sustitutos, intentos de dañar física/emocionalmente a familiares, incumplimiento de responsabilidades familiares. GRUPO DE PARES: aislamiento, conflicto físico/emocional persistente, violencia o actos inseguros, estilos de interacción/afiliación inadecuados para edad. LEGAL: arrestos/reincidencia, condenas/cárcel, violación libertad condicional, aumento en gravedad delitos, delitos contra otros, desinterés por ley o convenciones morales. SALUD: enfermedad física o problemas que no pueden ser explicados por heridas físicas o degeneración, incluyendo sistemas digestivo, neurológico [síntomas conversivos, analgesias], sexual, inmunológico, cardiopulmonar, propioceptivo/sensorial, dolores cabeza severos o dolor crónico/fatiga. VOCACIONAL [aplicable a jóvenes que buscan trabajo o trabajan]: desinterés en trabajo/vocación, incapacidad para obtener/mantener empleos, conflicto persistente con compañeros de trabajo o supervisores, subempleo en relación a capacidades, incapacidad para avanzar. |

Nota: Tomado de Van der Kolk et al. (2009).

TABLA 1
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS TRASTORNO TRAUMÁTICO DEL DESARROLLO (Continuación)

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica de tipo cualitativo, si bien se tuvieron en cuenta algunas de las propuestas para revisiones sistemáticas y meta-análisis (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009).

Estrategia de búsqueda y selección

Se completó una búsqueda en bases de datos de literatura electrónica de Ciencias de la Salud, que incluyó: Tripdatabase, PSICODOC, MedLine, ScienceDirect, PubMed, PsycINFO, PsycARTICLES y Web of Science. Se limitó a los estudios empíricos disponibles en texto completo, publicados en inglés y castellano entre enero de 2005 y marzo de 2020.

Los términos de búsqueda fueron: “trauma complejo”, OR “trastorno por estrés posttraumático complejo”, OR “trastorno traumático del desarrollo”, OR “trauma del desarrollo”, OR “maltrato infantil”, en catellano. “Complex trauma”, OR “complex posttraumatic stress disorder”, OR “complex PTSD”, OR “developmental trauma disorder”, OR “child maltreatment”, OR “child abuse”. Además, se realizaron múltiples búsquedas avanzadas incluyendo la combinación de dos o más términos (P. Ej., “trauma symptoms or posttraumatic effects AND childhood abuse/childhood neglect”).

Para su inclusión se consideró cualquier estudio empírico (ensayo de control aleatorio (ECA), cuasi-experimental, transversal y longitudinal; casos control y de cohortes) si informaba acerca de síntomas posttraumáticos y/o efectos complejos, u otras consecuencias posttraumáticas, derivados de la exposición a eventos traumáticos de carácter interpersonal, incluyendo abuso sexual, físico, emocional, negligencia, y presenciar violencia doméstica, en la pareja o contra la mujer. Poniendo el énfasis en las experiencias tempranas y duraderas de maltrato por parte de cuidadores principales. Además, la muestra representativa debía encontrarse entre los 0 y los 25 años de edad ($N \geq 30$).

Se excluyó la literatura gris (P. Ej., tesis, capítulos de libro, cartas al editor y documentos teóricos/de opinión), las revisiones sistemáticas y los meta-análisis.

Se realizó una recopilación inicial de todos los títulos y resúmenes de los artículos, y se efectuó una selección de texto completo para todos los resultados que se ajustaban a los criterios de inclusión.

Extracción de datos

Se extrajeron los siguientes datos de cada estudio: (a) número de participantes; (b) rango de edad; (c) tipo de trauma infantil; (d) presencia de trauma o múltiples traumas repetidos en el tiempo; (e) efectos del trauma y diagnóstico.

RESULTADOS

En todos los estudios revisados los resultados apuntaron la presencia de sintomatología compatible con reacciones postraumáticas complejas en un gran porcentaje de los menores que habían sufrido alguna forma grave de maltrato a lo largo de la infancia. Spinazzola et al. (2005), López-Soler (2008), Van Meter, Handley, and Cicchetti (2020), y Villalta et al. (2020), reportaron específicamente alteraciones en la regulación de los afectos y las relaciones interpersonales, síntomas centrales en el trauma complejo. Además, López-Soler (2008) encontró que también predominaban la desesperanza, y la ambivalencia en las relaciones, lo que se relaciona con los problemas de apego. Otros autores informaron de alteraciones, sintomatología, o diagnóstico conjunto de TEPT y TTD (Spinazzola, Van der Kolk, & Ford, 2018; Stolbach et al., 2013; Van der Kolk, Ford, & Spinazzola, 2019), mientras que otras investigaciones detectaron alteraciones emocionales graves y/o conductuales en diferentes grupos de menores expuestos a maltrato intrafamiliar desde etapas tempranas (López-Soler et al., 2012; Wamser-Nanney & Vandenberg, 2013), así como alteraciones internalizantes y/o externalizantes (Geerson, et al., 2011; Graham-Bermann, Castor, Miller, & Howell, 2012; Lansing, Plante, Beck, & Ellenberg, 2018; Martín et al., 2020; Tarren-Sweeney, 2013). En todos ellos y en otros trabajos (por ej., Kiesel et al., 2014), observaron además dificultades en el funcionamiento diario en diferentes ámbitos (colegio, ocio, relaciones con iguales, etc.). Esta problemática se expresó a lo largo de la infancia, hasta la primera juventud (Beal et al., 2018; Porto-Faus, Leite de Moraes, Reichenheim, Borges da Matta, & Taquette, 2019), o la vida adulta (Delgi-Espositi, Pinto, Humpherys, Sale, & Bowes, 2020), en personas que habían sufrido diferentes tipos de maltrato.

Wamser-Nanney and Vandenberg (2013), compararon sintomatología en menores expuestos a violencia interpersonal, con interrupciones en la protección y el cuidado, con expuestos a otro tipo de traumas y confirmaron que el primer grupo presentó más problemas conductuales como ansiedad, depresión, síntomas disociativos, ira/agresividad y dificultades de carácter sexual.

En investigaciones sobre menores expuestos a violencia hacia sus madres por parte de su pareja o expareja, se ha constatado un mayor riesgo de ser víctimas de otros eventos traumáticos graves, incluyendo agresiones físicas y sexuales, lo cual contribuye al incremento de la tasa de diagnóstico de TEPT y otros síntomas internalizantes y externalizantes (Alcántara, López-Soler, Castro, & López, 2013; Graham-Bermann et al., 2012). En niños y adolescentes con traumas graves y crónicos se observó una comorbilidad alta de otras alteraciones distintas al TEPT, que forman parte de los síntomas de desregulación presentes en el TEPT-C, lo que se relaciona con déficit en las funciones ejecutivas (Op den Kelder, Ensink, Overbeek, Maric, y Lindauer (2017).

Los estudios que comparan menores con historia de trauma, según criterios de exposición TTD, con otro tipo de experiencias traumáticas, confirmaron diferencias clínicas sustanciales entre ambos grupos, presentando los primeros mayor probabilidad de alteraciones propias de un TEPT-C infantil o un TTD

(Cloitre et al., 2009; McClelland et al., 2009; Stolbach et al., 2009; Stolbach et al., 2013; Zhang, Zhang, & Ding, 2019). Menores tutelados comparados con menores que han sufrido abusos equivalentes, pero no separados de sus padres o de uno de ellos, desarrollan igualmente trauma complejo, pero la evolución y complicaciones del mismo es más grave en los tutelados (Zhang et al., 2019). Spinazzola et al. (2018), informaron que el TTD y TEPT se asocian con agresiones y/o abuso físico, violencia familiar, maltrato emocional, negligencia y cuidadores discapacitados. Adolescentes víctimas de abuso sexual mostraron alta prevalencia de TTD así como TEPT (Villalta et al., 2020). Los estudios confirman que ambos tipos de reacciones postraumáticas presentan alta comorbilidad (Ver Tabla 2 y Tabla 2 continuación).

| TABLA 2 ESTUDIOS REVISADOS SOBRE SINTOMATOLOGÍA COMPATIBLE CON TEPTC O TTD EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL | | |
|--|--|---|
| Estudio | Muestra | Resultados |
| Spinazzola et al. (2005) | N = 1699. Edad: 2-21 años, NCTSN. Víctimas múltiples/prolongados traumas graves [maltrato físico y/o psicológico, exposición violencia doméstica, abuso sexual o negligencia] en etapa temprana. | Más 50% alteraciones 6 dominios CPTSD: regulación afectos, procesamiento información, autoconcepto, conducta, relaciones interpersonales y biología. |
| López Soler (2008) | N = 44. Edad: 6-15 años. Menores tutelados que habían sufrido experiencias repetidas de maltrato intrafamiliar. | Más 50% indicadores TEPT complejo: alteraciones en afectos/impulsos, conciencia, en la relación con acogedores/educadoras/iguales, distorsiones autopercpción/percepción maltratadas, depresión, ansiedad, autolesiones, abuso sustancias, comportamientos riesgo y desesperanza. |
| Cloitre et al. (2009) | N = 152 [clínicos] Edad: 3-17 años. Víctimas abuso sexual, negligencia, maltrato emocional, físico, testigo violencia pareja. Convivían con cuidadores sustitutos. | La exposición a trauma acumulativo predijo la complejidad de los síntomas. |
| Kiesel et al. (2009) | N = 4272. Edad: 0-18 años. Tutelados Servicio Infancia Illinois. 1. Niños/as sufrieron traumas (≥ 2) perpetrados por cuidadores principales 2. Habían experimentado traumas que no cumplían todos los criterios anteriores. | G1 mayor número síntomas TEPT, dificultades emocionales y conductuales, conductas riesgo y deteriorio funcional. |
| Greeson et al. (2011) | N = 2251. Edad: 0-21 años. Menores tutelados, habían experimentado 5.8 [media] eventos traumáticos complejos. | Exposición a traumas complejos predijo problemas conductuales, internalizantes, síntomas TEPT y diversos diagnósticos clínicos. |
| López Soler et al. (2012) | N = 42. Edad: 6-16 años. Tutelados, expuestos a situaciones de maltrato intrafamiliar crónico. | Sensibilidad ansiedad e ira rasgo altas, sintomatología depresiva y bajo control ira. |
| Graham-Bermann et al. (2012) | N = 120. Edad: 4-6 años. Violencia de género y otros tipos de violencia intrafamiliar. | 38% menores expuestos a violencia género sufrieron otros eventos traumáticos intrafamiliares [abuso físico y sexual]. Presentaron más síntomas TEPT y problemas internalizantes/externalizantes. |
| Alcántara et al. (2013) | N = 91. Edad: 6-17 años. Violencia de género. | Problemas internalizantes [ansiedad/depresión, retraimiento, quejas somáticas] y externalizantes [agresividad]. |
| Stolbach et al. (2013) | N = 214. Edad: 3-17 años. 1. Niños con criterios A-TTD. 2. Controles: no cumplían estos criterios. | 31% G1 cumplieron criterios diagnóstico completo TTD, frente 6% G2. 97% G1 cumplió criterios TEPT. Diferencias significativas inter-grupos en 11 de 15 síntomas TTD. |
| Tarren-Sweeney (2013) | N = 347. Edad: 4-11 años. Tutelados, distintos grados de maltrato. | Problemas de apego. 35% alteraciones internalizantes/externalizantes subclínicas; 20% sintomatología compleja relacionada con apego y trauma. |
| Wamser-Nanney, & Vandenberg (2013) | N = 336. Edad: 3-18 años. 1. Menores con criterios A- TTD 2. Control [sin criterios A- TTD] | G1 más problemas conductuales, ansiedad, depresión, síntomas dissociativos, ira/agresividad y dificultades sexuales. No diferencias significativas TEPT inter-grupos. |
| Kiesel et al. (2014) | N = 1823. Edad: 0-20 años. Menores tutelados NCTSN. 1. Víctimas traumas perpetrados por cuidadores principales. 2. Traumas no perpetrados figuras primarias. | G1 mayor riesgo ocurrencia/gravedad problemas clínicos/funcionales: TEPT, disociación, depresión, problemas apego, académicos, TDAH, suicidabilidad/autolesiones, abuso sustancias, conductas sexualizadas y criminalidad. |
| Hengartner et al. (2015) | N = 1170. Edad: 20-41 años. Expuestos a un evento traumático en la infancia | Personalidad ansiosa asociada a abuso emocional; extraversion, abandono emocional yabilidad a negligencia emocional. |
| Carliner et al. (2016) | N = 9956. Adolescentes: 13-18 años. Violencia intrafamiliar | El abuso sexual, la negligencia emocional y el entorno adverso del hogar, predijeron los síntomas de depresión, TEPT y conductas autolesivas. |
| Marshall (2016) | N = 2899. Niñas: 13-18 años. | Los eventos potencialmente traumáticos en la infancia estuvieron asociados con el riesgo de consumo de drogas ilícitas y alteraciones diversas en adolescencia. |

TABLA 2
ESTUDIOS REVISADOS SOBRE SINTOMATOLOGÍA COMPATIBLE
CON TEPTC O TTD EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

| TABLA 2 ESTUDIOS REVISADOS SOBRE SINTOMATOLOGÍA COMPATIBLE CON TEPTC O TTD EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL (Continuación) | | |
|---|--|--|
| Estudio | Muestra | Resultados |
| Wong et al. (2016) | N = 389. Edad: 13-25 años. Menores sin hogar. | La violencia interpersonal se asoció con síntomas externalizantes y síntomas de TEPT. Se relacionaron positivamente entre sí y se desarrollaron conjuntamente a lo largo del tiempo. |
| Barboza et al. (2017) | N = 280. Edad: 8-15 años. Jóvenes maltratados tutelados | Vivir un evento traumático en la pubertad predijo trastornos de ansiedad, antes de la pubertad trastornos depresivos y que el trauma sea recurrente y/o en primaria predijo el diagnóstico TEPT. |
| Hyland et al. (2017) | N = 171 persona expuestas a trauma | Validación de la ICD-11 PTSD-CPTSD, mediante variables criterio. |
| Op den Kelder et al. (2017) | N = 119. Edad: 9-17 años. Grupo TEPT [N = 41]; Grupo trauma complejo [N = 38] y Grupo control [N = 40] | Jóvenes expuestos a traumas complejos más déficit en funciones ejecutivas que jóvenes con TEPT o control. |
| Beal et al. (2018) | N = 151. Edad: 16-22 años. Tutelados; víctimas de tragedias inesperadas, inestabilidad o violencia familiar. | Violencia familiar se asoció a peor bienestar psicológico y calidad vida, inestabilidad familiar y consumo tabaco/marihuana. |
| Lansing et al. (2018) | N = 107. Edad: 16-18 años. Violencia intrafamiliar. | Maltrato físico mayor probabilidad síndromes internalizantes y externalizantes en chicos; y maltrato emocional a más frecuencia síndromes externalizantes en chicas. |
| Spinazzola et al. (2018) | N = 236. Edad: 7-18 años. Muestra multicultural. Violencia familiar comunitaria/intrafamiliar. | TTD se asocia con violencia familiar/comunitaria y discapacidad cuidadores; TEPT o agresión/abuso físico. |
| Porto-Faus et al. (2019) | N = 699. Edad: 15-18 años. Violencia intrafamiliar. | Abuso emocional y sexual y negligencia física aumentan violencia/delincuencia adolescente. Abuso físico y abandono emocional son factores de riesgo. |
| Van der Kolk et al. (2019) | N = 236. Edad: 7-18 años. Violencia comunitaria/intrafamiliar; otros traumas. | TEPT y TTD son altamente comórbidos. Comorbilidad TTD con trastorno pánico, trastorno conducta, TAS y TDAH. Comorbilidad TEPT con depresión mayor y TAG. |
| Zhang et al. (2019) | N = 382. Edad: 13-18 años. Niños chinos (182 abandonados por sus padres y 200 convivían con ellos). | Al comienzo del abandono no hay diferencias emocionales ni conductuales. Posteriormente, niños abandonados desarrollan TTD. |
| Delgí-Expósito et al. (2020) | N = 8088 Estudio longitudinal (medición desde los 7 a 50 años). Maltrato intrafamiliar | Experimentar múltiples tipos maltrato aumentó riesgo de conductas antisociales en infancia y adultez. |
| Villalta et al. (2020) | N = 99 chicas, víctimas agresión sexual. Edad: 13-17 años. | 59% cumplió criterios TEPT; 41% TTD, que correlacionó con TEPT, desregulación emocional, autoconcepto negativo y problemas interpersonales. |
| Van Meter et al. (2020) | N = 416. Edad: 5-12 años (197 maltratados; 219 no maltratados) Muestra multicultural. | Maltrato se asoció con mayor resolución de conflictos centrado emoción y menor resolución centrada problema. Afrontamiento centrado en emoción, mayor riesgo conductas externalizantes. |

Nota: NCTSN: The National Child Traumatic Stress Network; G1: Grupo 1; G2: Grupo 2; TAS: Trastorno de Ansiedad de Separación; TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada

TABLA 2
ESTUDIOS REVISADOS SOBRE SINTOMATOLOGÍA COMPATIBLE
CON TEPTC O TTD EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL (Continuación)

CONCLUSIONES

El maltrato, los abusos y el abandono durante la infancia pueden considerarse sucesos traumáticos que interrumpen el desarrollo cerebral normal y que pueden incluso llegar a producir modificaciones considerables en algunas estructuras cerebrales. Estos efectos neurobiológicos parecen desempeñar un papel relevante, junto con otros factores ambientales y genéticos, en el desarrollo posterior de diversas psicopatologías, tanto a corto como a largo plazo.

Los resultados que se desprenden de los estudios revisados apoyan el enorme potencial traumático de eventos que ocurren en el contexto diario de las relaciones de apego, que implican unos cuidados y protección inexistentes o inapropiados a los menores por parte de los adultos responsables. Las investigaciones han encontrado evidencia acerca de que este tipo de sucesos traumáticos generan, tanto en adultos como en menores, una diversidad de manifestaciones psicopatológicas que exceden la sintomatología exclusiva de TEPT, y que afectan a la regulación afectiva, cognitiva y conductual.

Con el objetivo de mejorar el diagnóstico del impacto de traumas complejos, surgieron dos nuevas propuestas diagnósticas, la de TEPT-C y TTD, equivalente al TEPT Complejo, pero específico para población infantil. Desde ese momento se ha acumulado numerosa evidencia científica que respalda la consistencia, validez y utilidad clínica de dichos diagnósticos (Achterhof, Huntjens, Meewisse, & Kiers, 2019; Ford, Spinazzola, van der Kolk, & Grasso, 2014), lo que ha conducido a la inclusión del TEPT Complejo en la CIE-11 (OMS, 2018).

En menores, el diagnóstico de TTD permite constatar el impacto de sucesos en el apego que determinan problemas para lograr unas competencias evolutivas normales relacionadas con aspectos centrales de su

desarrollo, y les impide tener un funcionamiento satisfactorio en las diferentes áreas de su vida y bienestar mental.

Las implicaciones para la evaluación, el diagnóstico y la mejora de la eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos son muy importantes. El impacto no es solo clínico, abarca también aspectos cruciales del apego y condiciones de tutela y adopción, ya que las rupturas afectivas previas y las nuevas condiciones del cuidado y protección, así como de las condiciones postraumáticas del/la menor, permiten entender más las dificultades en los procedimientos de acogida y adopción nacional e internacional, al modificarse todo el sistema de relaciones afectivas. La comprensión del trauma complejo permite y exige necesariamente generar un marco de referencia específico en los tratamientos psicológicos con menores expuestos a abusos y negligencia por parte de sus cuidadores.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- Achterhof, R., Huntjens, R., Meewisse, M.L., & Kiers, H. (2019). Assessing the application of latent class and latent profile analysis for evaluating the construct validity of complex posttraumatic stress disorder: Cautions and limitations. *European Journal of Psychotraumatology*, 10, 1698223. doi: 10.1080/20008198.2019.1698223
- Alcántara, M.V., López-Soler, C., Castro, M. y López, J.J. (2013). Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: Prevalencia y diferencias de género y edad. *Anales de Psicología*, 29(3), 741-747. doi: 10.6018/analesps.29.3.171481
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Barboza, G.E., Dominguez, S., & Pinder, J. (2017). Trajectories of post-traumatic stress and externalizing psychopathology among maltreated foster care youth: A parallel process latent growth curve model. *Child Abuse and Neglect*, 72, 370-382. doi: 10.1016/j.chab.2017.09.007.
- Beal, S.J., Wingrove, T., Mara, C.A., Lutz, N., Noll, J.G., & Greiner, M.V. (2018). Childhood adversity and associated psychosocial function in adolescents with Complex Trauma. *Child and Youth Care Forum*, 48, 305-322. doi: 10.1007/s10566-018-9479-5.
- Boeckel, M., Viola, T., Daruy-Filho, L., Martínez, M., & Grassi-Oliveira, R. (2017). Intimate partner violence is associated with increased maternal hair cortisol in mother-child dyads. *Comprehensive Psychiatry*, 72, 18-24. doi: 10.1016/j.comppsych.2016.09.006
- Carliner, H., Keyes, K.M., McLaughlin, K.A., Meyers, J.L., Dunn, E.C., & Martins, S.S. (2016). Childhood trauma and illicit drug use in adolescence: A population-based National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(8), 701-708. doi: 10.1016/j.jaac.2016.05.010
- Cloitre, M., Garvert, D.W., Brewin, C.R., Bryant, R.A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 1-12. doi: 10.3402/ejpt.v4i0.20706

- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., ... & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408. doi: 10.1002/jts.20444
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., ... van der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398. doi: 10.3928/00485713-20050501-05
- Courtois, C.A. (2004). Complex Trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 41, 412-425. doi: 10.1037/1942-9681.S.1.86
- Delgi-Esposito M., Pinto, S.M., Humpherys, K.L., Sale, R.D., & Bowes, L. (2020). Child maltreatment and the risk of antisocial behaviour: A population-based cohort study spanning 50 years. *Child Abuse & Neglect*, 99, 104281. doi: 10.1016/j.chabu.2020.104281.
- Fernández, M.V. (2014). *Maltrato infantil: Un estudio empírico sobre variables psicopatológicas en menores tutelados* (Tesis doctoral publicada online por DIGITUM y TDX). Universidad de Murcia, Murcia, España. Recuperado de <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/39453>
- Ford, J.D., Spinazzola, J., van der Kolk, B., & Grasso, D. (2014). Developmental Trauma Disorder (DTD) field trial: I. Evidence of reliability, structure, and validity of the DTD Semi-structured Interview (DTD-SI). Paper presented at the *International Society for Traumatic Stress Studies Annual Convention*, Miami, FL.
- Galán-Rodríguez, A. (2020). ¿En qué mejora la teoría del apego nuestra práctica clínica? Es hora de recapitular [How does attachment theory improve our clinical practice? A time for summing-up]. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 41(1), 66-73. doi: 10.23923/pap.psicol2020.2917
- Geerson, J.K., Briggs, E.C., Kisiel, C.L., Layne, C.M., Ake, G.S., Ko, S.J., ... Fairbank, J.A. (2011). Complex Trauma and mental health in children and adolescent placed in foster care: Findings from the national child traumatic stress network. *Child Welfare*, 90(6), 91-108.
- González-García, C., Bravo, A., Arruabarrena, I., Martín, E., Santos, I., & Fernández del Valle, J. (2017). Emotional and behavioral problems of children in residential care: Screening detection and referrals to mental health services. *Children and Youth Services Review*, 70, 100-106. doi: 10.1016/j.childyouth.2016.12.011.
- Graham-Bermann, S., Castor, L.E., Miller, L.E., & Howell, K.H. (2012). The impact of intimate partner violence and additional traumatic events on trauma symptoms and PTSD in preschool-aged children. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 393-400. doi: 10.1002/jts.21724
- Hengartner, M.P., Cohen, L.J., Rodgers, S., Müller, M., Rössler, W., & Ajdacic-Gross, V. (2015). Association between childhood maltreatment and normal adult personality traits: Exploration of an understudied field. *Journal of Personality Disorders*, 29(1), 1-14. doi: 10.1521/pedi_2014_28_143.
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 271-286. doi: 10.1002/jts.2490050305
- Hyland, P., Shevlin, M., Elkliit, A., Murphy, J., Vallières, F., Garvert, D.W. & Cloitre, M. (2017). An assessment of the construct validity of the ICD-11 proposal for complex posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9, 1-9. doi: 10.1037/tra0000114
- Humpherys, K.L., LeMolot, J., Wear, J.G., Piersiak, H.A., Lee, A., & Gotlib, I.H. (2020). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 102, 104361. doi: 10.1016/j.chabu.2020.104361.
- Karam, E.G., Friedman, M.J., Hill, E.D., Kessler, R.C., McLaughlin, K.A., & Petukhova, M. (2014). Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the world mental health (WMH) surveys. *Depression and Anxiety*, 31(2), 130-142. doi: 10.1002/da.22169
- Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hylandh, P., ... Brewink, C. (2018). PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, 1418103. doi: 10.1080/20008198.2017.1418103
- Kisiel, C., Fehrenbach, T., Stolbach, B., Briggs, E., Layne, C., & Liang, L.J. (2014). Examining child sexual abuse in relation to complex patterns of trauma exposure: Findings from the National Child Traumatic Stress Network. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6, 29-39. doi: 10.1037/a0037812

- Klasen, F., Gehrke, J., Metzner, F., Blotevogel, M., & Okello, J. (2013). Complex Trauma symptoms in former Ugandan child soldiers. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22, 698-713. doi: 10.1080/10926771.2013.814741
- Lansing, A.E., Plante, W.Y., Beck, A.N., & Ellenberg, M. (2018). Loss and grief among persistently delinquent youth: The contribution of adversity indicators and psychopathy-spectrum traits to broadband internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 11(3), 375-389. doi: 10.1007/s40653-018-0209-9
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El Trauma Complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159-174. doi: 10.5944/rppc.vol.13.num.3.2008.4057
- López-Soler, C., Fernández, V., Prieto, M., Alcántara, M.V., Castro, M. y López-Pina, J.A. (2012). Prevalencia de las alteraciones emocionales en una muestra de menores maltratados. *Anales de Psicología*, 28(3), 780-788. doi: 10.6018/analesps.28.3.140441
- Martín, E., González-García, C., del Valle, J.F., & Bravo, A. (2020). Detection of behavioral and emotional disorders in residential child care: Using a multi-informant approach. *Children and Youth Services Review*, 108, 104588. doi: 10.1016/j.chillyouth.2019.104588
- Marshall, A.D. (2016). Developmental timing of trauma exposure relative to puberty and the nature of psychopathology among adolescent girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(1), 25-32. doi: 10.1016/j.jaac.2015.10.004.
- Martínez, A.M. (2015). *Perfil externalizante e internalizante, y estrés postraumático en menores expuestos a violencia de género: Características y comorbilidad*. (Tesis doctoral publicada online por DIGITUM y TDX). Universidad de Murcia, Murcia, España. Recuperado de <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/47129>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, 151, 264-269. doi: 10.1371/journal.pmed.100097
- Op den Kelder, R., Ensink, J.B.M., Overbeek, G., Maric, M., & Lindauer, R.J.L. Executive function as a mediator in the link between single or complex trauma and posttraumatic stress in children and adolescents. *Quality of Life Research*, 26(7), 1687-1696. doi: 10.1007/s11136-017-1535-3.
- Perkins, S., & Graham-Bermann, S. (2012). Violence exposure and the development of school-related functioning: Mental health, neurocognition. *Aggression and Violent Behavior*, 17(1), 89-98. doi: 10.1016/j.avb.2011.10.001
- Porto-Faus, D., Leite de Moraes, C., Reichenheim, M.E., Borges da Matta Souza, L.M., & Taquette, S.R. (2019). Childhood abuse and community violence: Risk factors for youth violence. *Child Abuse & Neglect*, 98, 104182. doi: 10.1016/j.chabu.2019.104182
- Rooij, S. J. H., Smith, R. D., Stenson, A. F., Ely, T. D., Yang, X., Tottenham, N., ... Jovanovic, T. (2020). Increased activation of the fear neurocircuitry in children exposed to violence. *Depression and Anxiety*, 37(4), 303-312. doi: 10.1002/da.22994
- Scheeringa, M.S., & Zeanah, C.H. (2008). Reconsideration of harm's: Onsets and comorbidity patterns in preschool children and their caregivers following Hurricane Katrina. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 508-518. doi: 10.1080/15374410802148178
- Spinazzola, J., Ford, J., Zucker, M., van der Kolk, B., Silva, S., Smith, S., ... Blaustein, M. (2005). National survey of complex trauma exposure, outcome and intervention for children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35, 433-439. doi: 10.3928/00485713-20050501-09
- Spinazzola, J., Van der Kolk, B., Ford, J.D. (2018). When nowhere is safe: Interpersonal trauma and attachment adversity as antecedents of posttraumatic stress disorder and developmental trauma disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 31(5), 631-642. doi: 10.1002/jts.22320
- Stolbach, B. C., Minshew, R., Rompala, V., Dominguez, R. Z., Gazibara, T., & Finke, R. (2013). Complex trauma exposure and symptoms in urban traumatized children: A preliminary test of proposed criteria for Developmental Trauma Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 1-9. doi: 10.1002/jts.21826

- Tarren-Sweeney, M. (2013). An investigation of complex attachment and trauma-related symptomatology among children in foster and kinship care. *Child Psychiatry & Human Development*, 44(6), 727-741. doi: 10.1007/s10578-013-0366-x.
- Teicher, M.H., & Samson.J.A. (2016). Annual research review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241-266. doi: 10.1111/jcpp.12507
- Van der Kolk, B.A. (2005). Developmental trauma disorder: toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408. doi: 10.3928/00485713-20050501-06
- Van der Kolk, B., Ford, J.D., & Spinazzola, J. (2019). Comorbidity of developmental trauma disorder (DTD) and post-traumatic stress disorder: Findings for the DTD field trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1562841. doi: 10.1080/20008198.2018.1562841
- Van der Kolk, B.A., Pynoos, R.S., Cichetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J.D., ... Teicher, M. (2009). *Proposal to include a developmental trauma diagnosis for children and adolescents in DSM V*. Recuperado de www.traumacenter.org.
- 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, 389-399. doi: 10.1002/jts.20047
- Van Meter, F., Handley, E.D., & Cicchetti, D. (2020). The role of coping strategies in the pathway between child maltreatment and internalizing and externalizing behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 101,104323 doi: 10.1016/j.chab.2019.104323
- Villalta, L., Khadr, S., Chua, K., Kramer, T., Clarke, V., Viner, R.M., ... Smith, P. (2020). *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1710400. doi: 10.1080/20008198.2019.1710400.
- Wamser-Nanney, R., & Vandenberg, B.R. (2013). Empirical support for the definition of a Complex Trauma event in children and adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 671-678. doi: 10.1002/jts.21857
- World Health Organization (2018). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11th Revision (ICD-11). Recuperado de <https://www.who.int/classifications/icd/en/>
- Wong, C.F., Clark, L.F., & Marlotte, L. (2016). The impact of specific and Complex Trauma on the Mental Health of Homeless Youth. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(5), 831-854. doi: 10.1177/0886260514556770
- Zhang, Y., Zhang, J., & Ding, C. (2019). Investigating the association between parental absence and developmental trauma disorder symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 32(5), 733-741. doi: 10.1002/jts.22446