

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAT DE MEDICINA – DEPARTAMENT DE MEDICINA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN MEDICINA - 03193



**DISREGULACIÓN EMOCIONAL EN MENORES
TUTELADOS CON ANTECEDENTES DE MALTRATO
INFANTIL**

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR

CLARA I. BERTÓ GARCÍA

DIRIGIDA POR

DRA. ANA C. GARCÍA BLANCO

DR. LUIS M. ROJO MORENO

DR. LORENZO LIVIANOS ALDANA

TUTOR

DR. LUIS M. ROJO MORENO

VALENCIA, ABRIL 2024

AGRADECIMIENTOS

El desarrollo de esta tesis doctoral no habría sido posible sin el apoyo y la colaboración de un amplio grupo de personas a las que estoy muy agradecida.

En primer lugar, deseo expresar mi más sincero agradecimiento a la directora de esta tesis doctoral, la Doctora Ana García Blanco, por la dedicación y apoyo que ha brindado a este trabajo, por su cercanía, comprensión y empatía, así como por la dirección y el rigor que ha facilitado. Gracias por la confianza ofrecida desde el primer momento.

Asimismo, agradezco a los codirectores de esta tesis doctoral, el Doctor Lorenzo Livianos Aldana y el Doctor Luis Rojo Moreno, por su orientación y atención, así como por ser mis referentes desde el inicio de mi andadura profesional.

Además, quiero expresar mi gratitud a todo el Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica del Hospital Universitario y Politécnico la Fe, por haber sido determinante en mis inicios. Especialmente, por sus consejos, su apoyo y su colaboración, mi agradecimiento a la Doctora María Barberá Fons. Finalmente, gracias a la Doctora Maite Ferrín Erdozain, por la revisión cuidadosa que ha realizado de los artículos fruto de este trabajo, y sus valiosas sugerencias en momentos de duda.

También gracias a mis actuales compañeros de trabajo del Hospital Francesc de Borja de Gandía y amigos de profesión: Susana García, Juan Miguel García, Gemma Guitart, Raquel Escrivá, Juan Domenech, Andreu Franco, Lupe Sorribes y Marien Sánchez. Por vuestra generosidad, calidez y amistad, por hacerme sentir que era capaz de conseguir este logro, por permitirme compartirlo.

Pero un trabajo de investigación es también fruto del reconocimiento y del apoyo vital que nos ofrecen las personas que nos quieren, sin el cual no tendríamos la fuerza y la energía que nos anima a crecer como personas y como profesionales.

Gracias a mi familia, porque con ellos compartí una infancia feliz, que guardo en el recuerdo y es un aliento para seguir escribiendo sobre la infancia. A mi padre, por su cariño, por sus sabios consejos, por su capacidad para seguir adelante. Gracias por enseñarme a valorar las cosas importantes de la vida. A mi madre, por su paciencia, por su comprensión, por su escucha, por cada palabra de ánimo. Gracias por ayudarme a

convertirme en la persona que soy hoy en día. A mi hermana y a mi sobrino, por su cercanía en la distancia, por creer en mí, por su acompañamiento en cada paso. Gracias por ser parte de mi vida. A mi prima Laura, por nuestra complicidad, por brindarme ayuda incondicional, por caminar siempre a mi lado.

Gracias a mis amigos, que siempre me han prestado un gran apoyo moral y humano, necesario en los momentos difíciles de esta profesión y este trabajo. Quiero daros las gracias por haber estado en los buenos y en los malos momentos.

Y por supuesto, quiero agradecer a Iñaki, mi pareja, por su cariño, por su bondad y apoyo incondicional en este camino. Gracias por su comprensión, por su solidaridad con este proyecto, por el tiempo que me ha concedido, un tiempo robado a nuestra historia. Gracias por iluminar mi camino y por llenarme de alegría.

Resumen

Introducción: El maltrato infantil, considerado como un problema de salud pública, supone una forma de trauma complejo que ocasiona un impacto devastador sobre la crianza y el desarrollo de los menores que lo sufren, y se asocia con el desarrollo de trastornos mentales de diversa índole, graves y de evolución crónica. El trauma complejo hace referencia a situaciones traumáticas múltiples, que acontecen generalmente desde una edad temprana y en el contexto de las figuras de apego, de manera repetida y prolongada en el tiempo, y se asocia con manifestaciones más graves y persistentes que no se explican únicamente por el Trastorno de Estrés Postraumático clásico. De ahí que la CIE-11 haya incluido el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo como una nueva entidad diagnóstica dentro del capítulo de los Trastornos Asociados Específicamente al Estrés, que además de cursar con los síntomas característicos del Trastorno de Estrés Postraumático, provoca una afección de los dominios implicados en la configuración de la propia identidad del individuo, manifestándose en forma de desregulación emocional, autoconcepto negativo y problemas interpersonales. Evidencia reciente muestra que los niños expuestos a trauma complejo con frecuencia presentan un procesamiento anómalo de la información emocional negativa. En concreto, la desregulación emocional se sitúa como el factor fundamental y subyacente al desarrollo y mantenimiento de los patrones sintomáticos emocionales y conductuales observados en estos niños. Es por ello que el estudio del procesamiento emocional a través de los sesgos atencionales en esta población puede contribuir a una mejor caracterización del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.

Método: Se llevaron a cabo dos tareas experimentales. En primer lugar se aplicó la tarea de la doble pista emocional para expresiones faciales emocionales (alegres, tristes y amenazantes) y neutras, utilizando tasas de presentación de estímulo preconscientes (500 ms) y conscientes (1500 ms). Veintiún niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo fueron comparados con veintiséis controles. En segundo lugar, se aplicó la tarea de la doble pista emocional para escenas sociales emocionales (alegres, tristes y amenazantes) y neutras, utilizando tasas de presentación de estímulo conscientes (1250 ms). Veintiún niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo fueron comparados con veinticuatro controles. El diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo se

llevó a cabo según los criterios de la CIE-11, y fue verificado a través de un proceso estandarizado, que consiste en la administración de la escala *Modified PTSD Symptom Scale* (MPSS-SR) y el inventario *Brief Symptom Inventory* (BSI). Para ambas tareas experimentales, los representantes legales o los padres completaron la escala *Child Behavior Checklist* (CBCL), con el fin de evaluar la intensidad sintomática en el grupo control y de confirmar su presencia en el grupo de casos.

Resultados: En la tarea experimental número 1, los niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo mostraron un sesgo atencional de *evitación* de caras amenazantes y un sesgo atencional de *preferencia* hacia caras tristes, en estadios preconscientes y conscientes del procesamiento emocional. Mientras los sesgos atencionales de *evitación* de caras amenazantes se relacionaron con problemas sociales, los sesgos atencionales de *preferencia* hacia caras tristes se relacionaron con síntomas depresivos y retraimiento. En la tarea experimental número 2, los niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo presentaron un sesgo atencional de *preferencia* hacia escenas amenazantes. Se observó una asociación entre una mayor *preferencia* atencional hacia escenas amenazantes y síntomas de retraimiento.

Conclusiones: el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo que acontece en el seno del maltrato infantil se asocia con un patrón atencional anómalo en el procesamiento de la información emocional negativa. Esta desregulación emocional se considera un factor nuclear en el desarrollo y mantenimiento del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, dado que se considera como el factor subyacente de los patrones sintomáticos emocionales y conductuales característicos de estos niños, como los problemas sociales, los síntomas depresivos y el retraimiento. Comprender cómo estos niños procesan la información emocional facilitaría la identificación de nuevas dianas terapéuticas, así como el desarrollo de nuevas estrategias y herramientas de tratamiento, como son aquellas centradas en la modificación de los sesgos cognitivos.

Índice

1. Introducción.....	17
1.1. El maltrato infantil.....	19
1.1.1. Aproximación histórica.....	19
1.1.2. Definición de maltrato infantil.....	19
1.1.3. Tipos de maltrato infantil.....	20
1.1.4. Epidemiología y magnitud del problema.....	22
1.1.5. Factores de riesgo del maltrato infantil.....	26
1.1.6. Características clínicas del maltrato infantil.....	27
1.1.7. Efectos del maltrato en la infancia.....	29
1.2. El trauma complejo.....	33
1.2.1. Conceptualización del trauma complejo.....	33
1.2.2. Presentación clínica del trauma complejo.....	35
1.2.3. Consecuencias neurobiológicas y europsicológicas.....	37
1.3. Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.....	43
1.3.1. Sistemas Internacionales de Clasificación de Enfermedades Mentales...43	
1.3.2. Conceptualización diagnóstica.....	44
1.3.3. Manifestaciones clínicas.....	51
1.3.4. Similitudes y diferencias con el trastorno límite de personalidad.....	53
1.4. Teorías explicativas del estrés postraumático.....	54
1.4.1. Perspectiva desde las teorías del aprendizaje.....	55
1.4.2. Perspectiva desde las teorías cognitivas.....	56
1.4.3. Perspectiva neurobiológica.....	62
1.4.4. Perspectiva integradora.....	62
1.5. Sesgos atencionales en el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.....	63
1.5.1. La atención.....	65
1.5.2. Evidencia en el estudio de los sesgos atencionales en el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.....	68
1.6. Conclusiones.....	74
2. Objetivos e hipótesis.....	77
2.1. Objetivos.....	79
2.1.1. Tarea experimental número 1.....	79
2.1.2. Tarea experimental número 2.....	79

2.2. Hipótesis.....	80
2.2.1. Tarea experimental número 1.....	80
2.2.2. Tarea experimental número 2.....	81
3. Material y método.....	82
3.1. Participantes.....	84
3.2. Criterios de inclusión.....	86
3.3. Criterios de exclusión.....	87
3.4. Escalas de evaluación.....	87
3.4.1. Modified PTSD Symptom Scale (MPSS-SR).....	88
3.4.2. Brief Symptom Inventory (BSI).....	88
3.4.3. Child Behavior Checklist (CBCL).....	88
3.5. Materiales.....	89
3.5.1. Tarea experimental número 1.....	89
3.5.2. Tarea experimental número 2.....	89
3.6. Procedimiento general.....	90
3.6.1. Tarea experimental número 1.....	90
3.6.2. Tarea experimental número 2.....	91
3.7. Análisis de los datos.....	92
4. Resultados.....	94
4.1. Variables socio-demográficas y clínicas.....	96
4.2. Resultados.....	99
4.2.1. Tarea experimental número 1.....	99
4.2.2. Tarea experimental número 2.....	103
5. Discusión.....	107
5.1. Sesgos atencionales hacia estímulos emocionales en el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.....	109
5.1.1. Tarea experimental número 1.....	109
5.1.2. Tarea experimental número 2.....	112
5.2. Limitaciones.....	116
5.3. Fortalezas.....	117
5.4. Implicaciones.....	118
6. Conclusiones.....	120
7. Referencias.....	124
8. Anexos.....	146

Lista de abreviaturas

ABMT	Procedimientos de Modificación de Sesgos Atencionales (por sus siglas en inglés, <i>Attentional Bias Modification Training</i>)
ANOVA	Análisis de la varianza (por sus siglas en inglés, <i>Analysis Of Variance</i>)
APA	Asociación Americana de Psiquiatría (por sus siglas en inglés, <i>American Psychiatry Association</i>)
BSI	Inventario Breve de Síntomas (de sus siglas en inglés, <i>Brief Symptom Inventory</i>)
CBCL	Inventario de Comportamiento para Niños (de sus siglas en inglés, <i>Child Behavior Checklist</i>)
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
Y cols.	Y otros
DESNOS	Estrés Extremo no Especificado (de sus siglas en inglés, <i>Disorder Of Extreme Stress Not Otherwise Specified</i>)
DM	Desviación típica
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (por sus siglas en inglés, <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>)
IAPS	Sistema Internacional de Imágenes Afectivas (de sus siglas en inglés, <i>International Affective Picture System</i>)
LPA	Análisis de Perfil Latente (de sus siglas en inglés, <i>Latent Profile Analysis</i>)
M	Media
MPSS-SR	Escala Sintomática de Trastorno de Estrés Postraumático modificada (de sus siglas en inglés, <i>Modified PTSD Symptom Scale</i>)
Ms	Milisegundos
OMS	Organización Mundial de la Salud

P. ej.	Por ejemplo
TEP	Trastorno de Estrés Postraumático
TEPC	Trastorno de Estrés Postraumático Complejo

Lista de tablas y figuras

Tablas

Tabla 1: Evolución temporal de las notificaciones de maltrato infantil en España, desglosadas por gravedad. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia, Observatorio de la Infancia (2022).

Tabla 2: Evolución temporal de las notificaciones de maltrato infantil en España, desglosadas por grupos de edad. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia, Observatorio de la Infancia (2022).

Tabla 3: Factores de riesgo del maltrato infantil.

Tabla 4: Indicadores de sospecha de maltrato físico y comportamental en el niño y en el acompañante, desglosados por tipología de maltrato.

Tabla 5: Principales áreas afectadas en niños expuestos a trauma complejo (Cook y cols., 2005).

Tabla 6: Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (Herman, 1992).

Tabla 7: Criterios diagnósticos para el Trastorno Traumático del Desarrollo (Van der Kolk y cols., 2009).

Tabla 8: Grupos sintomáticos propuestos por la CIE-11 para el Trastorno de Estrés Postraumático y el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.

Tabla 9: Componentes de la atención (Sohlberg y Mateer, 2001).

Tabla 10: Datos socio-demográficos y síntomas clínicos para los niños de cada grupo que realizaron la doble pista emocional de caras. Se indican medias (y desviaciones típicas) para variables continuas y porcentajes para variables categóricas.

Tabla 11: Datos socio-demográficos y síntomas clínicos para los niños de cada grupo que realizaron la tarea de la doble pista emocional de escenas. Se indican medias (y desviaciones típicas) para variables continuas y porcentajes para variables categóricas.

Tabla 12: Tiempos de reacción (ms) en la tarea de la doble pista emocional de caras para cada grupo. Se indica media (y desviación típica).

Tabla 13: Tiempos de reacción (ms) en la tarea de la doble pista emocional de escenas para cada grupo. Se indica media (y desviación típica)

Figuras

Figura 1: Evolución temporal de las notificaciones de maltrato infantil en España, desglosadas por gravedad. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia, Observatorio de la Infancia (2022).

Figura 2: Evolución temporal de las notificaciones de maltrato infantil en España, desglosadas por grupos de edad. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia, Observatorio de la Infancia (2022).

Figura 3: Interacción funcional de las alteraciones biológicas efecto del maltrato infantil. Fuente: Amores-Villalba, A. y 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, 81-88.

Figura 4: Secuencia de presentación de estímulos para la tarea de la doble pista emocional de caras.

Figura 5: Proceso de selección de la muestra final de la tarea experimental número 1 (administración de la tarea de la doble pista emocional para caras).

Figura 6: Proceso de selección de la muestra final de la tarea experimental número 2 (administración de la tarea experimental de la doble pista emocional para escenas).

Figura 7: Secuencia de presentación de estímulos para la tarea de la doble pista emocional de escenas.

Figura 8: Sesgos atencionales para las caras amenazantes, alegres y tristes por grupo en la tarea de la doble pista emocional.

Figura 9: Relación entre la *evitación* atencional de caras amenazantes y problemas sociales. Valores negativos en la respuesta a caras amenazantes indican mayor *evitación*.

Figura 10: Relación entre la *preferencia* atencional hacia caras tristes y depresión/retraimiento. Valores positivos en la respuesta a caras tristes indican mayor *preferencia*.

Figura 11: Sesgos atencionales para las escenas amenazantes, alegres y tristes por grupo en la tarea de la doble pista emocional

1. INTRODUCCIÓN

1.1. EL MALTRATO INFANTIL

1.1.1. APROXIMACIÓN HISTÓRICA

El maltrato infantil ha existido siempre, desde los orígenes del ser humano, en todas las culturas y en todas las sociedades. Si bien, su tipología y frecuencia varía según la cultura, el grupo étnico, la clase social, la religión o el sistema político, incluyendo desde el abandono, la explotación laboral o sexual, hasta la agresión verbal, psicológica, física y sexual hacia menores.

En el año 1858, Ambroise Tardieu, médico forense francés y catedrático de medicina legal en la Universidad de París, escribió el primer libro sobre el maltrato y la violencia sexual en menores, bajo el título *Étude médico-legale sur les attentats aux mœurs* (Estudio médico-legal sobre los atentados contra las costumbres), describiendo por primera vez la clínica de los niños maltratados (Ambroise, 1858). Sin embargo, tendrían que pasar muchos años hasta el desarrollo de una legislación específica que prohibiera el maltrato en la infancia y garantizara la protección de los niños víctimas de maltrato, y no sería hasta el siglo XX cuando se crean los primeros juzgados de menores y centros de protección específicos para los mismos. El maltrato en la infancia pasaría a ser un aspecto ampliamente reconocido alrededor del año 1960, cuando en Francia, se describe la clínica de los *enfants battus* (niños golpeados). No obstante, no sería hasta 1962, con Kempe y Silverman, cuando se describe el primer síndrome de maltrato infantil bajo el concepto de *The Battered Child Syndrome* (el síndrome de los niños golpeados) como entidad clínica y radiológica. Al poco tiempo, comenzarían a aparecer las primeras definiciones de maltrato infantil, y es en ese momento cuando se comienza a tomar conciencia sobre el impacto devastador que tiene el maltrato en la infancia sobre la crianza y el desarrollo de los niños, y se procede a definir, cuantificar y abordar como un problema de salud pública.

1.1.2. DEFINICIÓN DE MALTRATO INFANTIL

No existe una definición única y universal para el término de maltrato infantil o maltrato en la infancia. Una de las definiciones más amplia y aceptada por la comunidad científica es la incorporada en 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en

su primer Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, que define el maltrato infantil como «cualquier forma de abuso o desatención que afecte a un menor de 18 años, que abarque todo tipo de maltrato físico o afectivo, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otra índole que vaya o pueda ir en perjuicio de la salud, el desarrollo o la dignidad del menor o poner en peligro su supervivencia en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder». Por otra parte, teniendo en cuenta los agentes causales del maltrato, el Comité Internacional de la Infancia de París en 1980, define el maltrato infantil como «la acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y de su bienestar, que amenace o interfiera su ordenamiento o desarrollo físico, psíquico o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad».

Cabe destacar que un factor clave en su definición es la traición del menor por parte de un individuo en una posición de responsabilidad, confianza o poder. Esto hace que el maltrato infantil sea una fuente de estrés potente en las primeras etapas de la vida y ocasione un grave impacto en el desarrollo del niño (Sánchez y Hervías, 2023; Weber, Jud y Landolt, 2016; Widom, DuMont y Czaja, 2007).

En cuanto a las Clasificaciones Internacionales de Trastornos Mentales, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta revisión (DSM-5, APA 2013) incluye el maltrato infantil en el capítulo de Otros Problemas que Pueden ser Objeto de Atención Médica, diferenciando entre maltrato físico infantil, abuso sexual infantil, negligencia infantil y maltrato psicológico infantil. Por otra parte, la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su última revisión (CIE-11, OMS 2018), incluye el maltrato en el capítulo de Causas Externas de Morbilidad y Mortalidad, clasificándolo al mismo tiempo en maltrato físico, maltrato sexual, maltrato psicológico, otro maltrato especificado y maltrato sin especificación.

1.1.3. TIPOS DE MALTRATO INFANTIL

En relación a las tipologías de maltrato infantil, existen diferentes clasificaciones aceptadas, siendo una de las más utilizadas la propuesta por Díaz y cols. (1998), en la que también se establecen las definiciones en torno al concepto de acción y omisión, y que clasifica las diferentes forma de maltrato en: i) maltrato físico (por acción u

omisión), ii) maltrato emocional (por acción u omisión o negligencia), iii) abuso sexual, y iv) abuso laboral o social. A continuación se exponen las definiciones de los distintos tipos de maltrato según estos autores.

El *maltrato físico por acción* sería cualquier acto, no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en situación de grave riesgo de padecerlo, por parte de un progenitor, un cuidador o cualquier otro individuo que tenga responsabilidad sobre el menor. Algunas formas incluyen lesiones cutáneas, fracturas, quemaduras, zarandeo, asfixia mecánica e intoxicaciones. El *maltrato físico por omisión* sería dejar o abstenerse de atender a las necesidades del niño y a los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño. Algunas formas serían desatención, abandono, falta de higiene, problemas físicos o necesidades médicas no atendidas o ausencia de los cuidados médicos rutinarios.

El *maltrato emocional por acción* supone cualquier acción, verbal o simbólica, de carácter afectivo, capaz de originar cuadros psicológicos o psiquiátricos por afectar a sus necesidades según los diferentes estados evolutivos y características del niño. Algunas formas incluyen rechazar, amenazar, menospreciar, humillar, ignorar, aterrorizar, aislar o demandas inapropiadas. Entre las formas de *maltrato emocional por omisión o negligencia* destaca la privación afectiva y/o no atender las necesidades afectivas del niño (por ejemplo, cariño, estabilidad, seguridad, estimulación, apoyo, protección y autoestima, entre otras).

El *abuso sexual* infantil se define como la participación de niños y adolescentes, considerados como personas dependientes y todavía inmaduros en su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden completamente, para satisfacer las necesidades de un adulto (Goodman y Scott, 2005). Incluye formas de abuso sexual con contacto físico (por ejemplo, violación, incesto, prostitución infantil o tocamientos) y sin contacto físico (por ejemplo, seducción sexual explícita, sodomización, exposición de los genitales o pornografía infantil).

El *abuso laboral o social* implica la utilización de niños para obtener beneficio económico, que implique explotación, y el desempeño de cualquier trabajo que pueda

entorpecer su educación, o ser nocivo para su salud o desarrollo físico, mental o social. Algunas formas incluyen mendicidad o venta ambulante.

1.1.4. EPIDEMIOLOGÍA Y MAGNITUD DEL PROBLEMA

El maltrato infantil supone un problema de alcance mundial y se considera como una gran lacra social, con graves consecuencias personales y familiares que se arrastran a lo largo de toda la vida. Por otra parte, se trata de un problema complejo y difícil de estudiar, cuyas cifras resultan muy variables según el país y la metodología utilizada. Es por ello que los datos pueden llegar a ser muy discordantes, debido a las diferencias en las notificaciones, registros o denuncias, lo que hace que probablemente no sean del todo representativos de la realidad.

Los primeros registros sobre el maltrato infantil en España datan de 1995, cuando Saldaña, Jiménez y Oliva reportaron una tasa de incidencia de 0.44/1.000 en una muestra 32.483 menores con expedientes de protección, siendo el tipo de maltrato más frecuente la negligencia (79.1 %), seguida del maltrato emocional (42.5 %), del maltrato físico (30.1 %) y del abuso sexual (5 %). Desde entonces, en paralelo con un aumento de la concienciación sobre estos delitos, así como con un aumento del número de denuncias y notificaciones a registros oficiales, a nivel nacional se ha objetivado un incremento progresivo de las cifras de violencia contra menores a lo largo de los años. Si en el año 2020 se registró un incremento del 2.1 % respecto al año 2019, en el 2021 respecto al 2020 hubo un notable incremento del 37,18 %, pasando de 15.688 notificaciones a 21.521 en 2021. Asimismo, se observa que, tras el descenso producido sobre el total de notificaciones en el año 2019, se inició de nuevo una tendencia ascendente que dio como resultado en 2021 el mayor número de notificaciones de la serie temporal. Lo que también llama la atención es que al igual que las notificaciones leves y moderadas han tenido un descenso en 2019 y han vuelto a crecer en 2021, las notificaciones graves no han dejado de crecer desde 2016. En la tabla 1 y en la figura 1 se presenta la evolución temporal de las notificaciones de maltrato infantil en España, desglosadas por gravedad.

Tabla 1. Evolución temporal de las notificaciones de maltrato infantil en España, desglosadas por gravedad. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia, Observatorio de la Infancia (2022)

Gravedad/años	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Grave	5.462	5.713	6.402	7.147	7.539	10.140
Leve-Moderado	9.107	11.064	12.399	8.218	8.149	11.381
Total	14.569	16.777	18.801	15.365	15.688	21.521

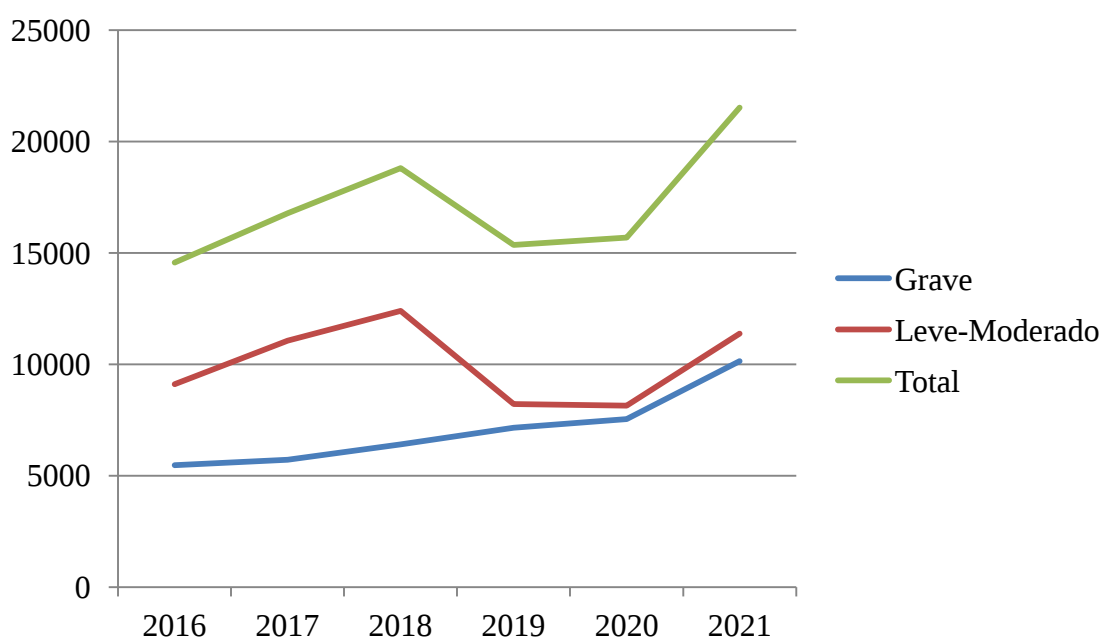


Figura 1. Evolución temporal de las notificaciones de maltrato infantil en España, desglosadas por gravedad. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia, Observatorio de la Infancia (2022)

Notablemente, en un estudio reciente en Estados Unidos de prevalencia de maltrato a lo largo de la vida, utilizando los Archivos del Sistema Nacional de Datos sobre Abuso y Negligencia Infantil, se encontró que más de un tercio de los niños

estadounidenses había sido objeto de informes de maltrato infantil antes de cumplir los 18 años (Kim, Wildeman, Jonson-Reid y Drake, 2017).

Volviendo a nuestro país, según el informe publicado por el Observatorio de la Infancia en 2022, las notificaciones de maltrato infantil en España fueron de 21.521, de las cuales, fueron: 3.467 en niños de 0 a 3 años, 2.325 en niños de 4 a 6 años, 3.958 en niños de 7 a 10 años, 6.884 en niños de 11 a 14 años y 4.875 en niños de 15 a 17 años. Como en años anteriores, la evolución por tramos de edad presenta los datos más notables en los grupos de edad de 11 a 14 años y de 15 a 17 años. En este último tramo vemos un cambio de tendencia tras dos años de descenso tras el incremento tan notable que tuvieron las notificaciones sobre menores de edad de 15 a 17 años en el año 2018. La tabla 2 y la figura 2 muestran la evolución de las cifras de maltrato infantil en España en los últimos años, desglosadas por grupos de edad.

Tabla 2. Evolución temporal de las notificaciones de maltrato infantil en España, desglosadas por grupos de edad. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia, Observatorio de la Infancia (2022)

Edad/años	2016	2017	2018	2019	2020	2021
0 – 3	2.240	2.498	2.383	2.372	2.868	3.467
4 – 6	1.751	1.787	1.610	1.845	2.050	2.325
7 – 10	2.708	2.928	2.670	2.925	2.949	3.958
11 – 14	3.992	4.329	4.487	4.576	4.581	6.884
15 – 17	3.878	5.223	7.612	3.616	3.228	4.875
Total	14.569	16.777	18.762	15.334	15.676	21.509

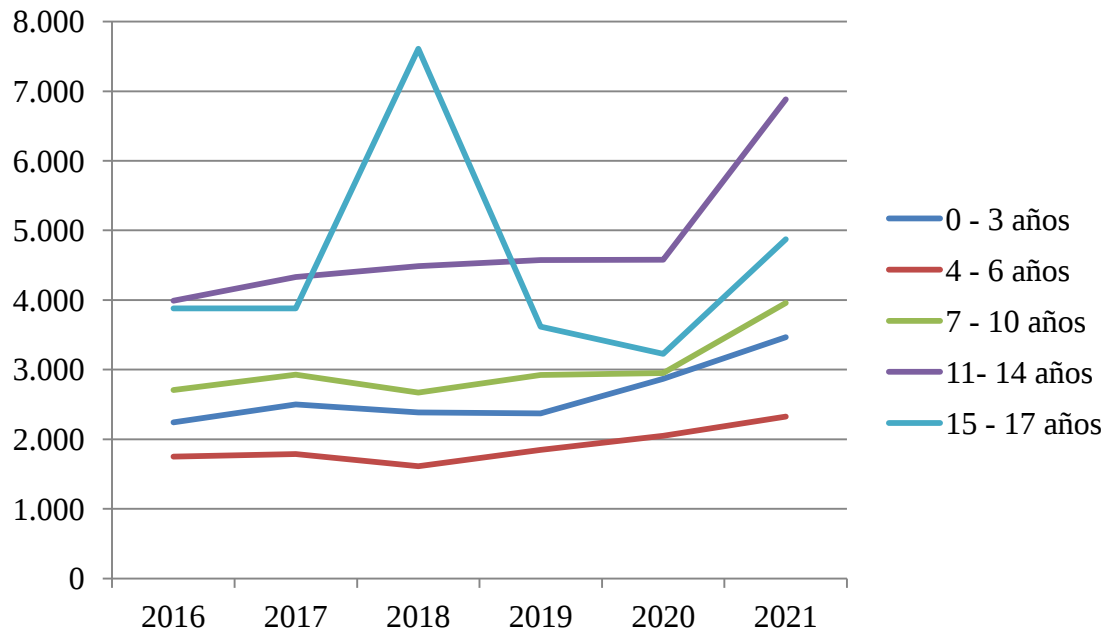


Figura 2. Evolución temporal de las notificaciones de maltrato infantil en España, desglosadas por grupos de edad. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia, Observatorio de la Infancia (2022)

Otro estudio reciente (Solís-García y cols., 2019) realizado en el servicio de urgencias de pediatría de un hospital de Madrid, informó de 404 pacientes con maltrato potencial de un total de 570.648 urgencias atendidas. En este caso, el maltrato físico fue el más frecuente (40.3 %). El 55 % fueron niñas, siendo en ellas más frecuente el abuso sexual, y el maltrato físico más común en niños. El 22 % requirió ingreso hospitalario y el 56 % precisó seguimiento adicional.

Además, al hablar de la magnitud del problema hay que recordar que el maltrato infantil, además de ser un problema de salud pública con graves consecuencias personales y familiares, supone un elevado coste socio-económico a nivel mundial. En 2017 se llevó a cabo un estudio sobre la violencia infantil en España desde el punto de vista económico (Fernández-Jurado, 2017), y se concluyó que los niños maltratados presentan tasas más altas de absentismo escolar y de abandono de estudios, lo cual se traduce en un incremento del gasto público, asociado a un aumento del riesgo de situación de desempleo en el futuro, así como a las consecuencias de este (por ejemplo, riesgo de desarraigo social, de comportamientos antisociales o delictivos).

1.1.5. FACTORES DE RIESGO DEL MALTRATO INFANTIL

Los estudios realizados hasta la fecha han puesto en evidencia que el maltrato en la infancia tiene una naturaleza multifactorial, planteando la existencia de diversos factores de riesgo de ser víctima de maltrato de distinta índole (Lázaro, Moreno y Rubio, 2021). Cabe destacar el uso del concepto de «riesgo», puesto que los factores que se han planteado no serían determinantes o causales de maltrato infantil por sí solos. La literatura centrada en los factores de riesgo de maltrato infantil muestra que el valor predictivo de cada factor de manera aislada es bajo, mientras que la asociación de varios de estos factores se traduce en un aumento exponencial del riesgo (Jones, 2003; Laguna y Muñoz, 2006). Los factores de riesgo pueden agruparse en: i) factores individuales, ii) factores parentales, iii) factores familiares, y iv) factores socio-culturales. En la tabla 3 se enumeran los principales factores de riesgo descritos en el maltrato infantil.

Tabla 3. Factores de riesgo del maltrato infantil

Individuales	Prematuridad
	Discapacidad física/intelectual
	Embarazo no deseado
	Separación temprana del niño
Parentales	Progenitores de edad joven
	Solteros
	Antecedentes de abuso/maltrato
	Trastornos por uso de sustancias
	Trastorno depresivo o de la personalidad
	Pobreza de habilidades de crianza y de supervisión
	Patrones de interacción deficientes
Familiares	Escasa estimulación
	Violencia intrafamiliar/de género
	Escasa ayuda de la pareja/de elementos de la red social de apoyo
	Bajo estatus socio-económico
	Cambios múltiples de residencia
	Hacinamiento

(continúa)

	Pobreza	(continuación)
	Exclusión social	
	Paro	
	Atribución cultural de valor negativo hacia el niño	
Socio-culturales	Inestabilidad socio-familiar (p, ej., inmigración)	
	Ausencia de leyes/sistemas de protección del menor	
	Escasez/ausencia de servicios de protección social	
	Violencia en la comunidad (armas, drogas)	

1.1.6. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL MALTRATO INFANTIL

En cuanto a las manifestaciones, no podemos referirnos a una clínica específica del maltrato infantil, sino que la suma de los factores de riesgo descritos en el apartado anterior y de los indicadores de sospecha nos aproximará al diagnóstico (Lázaro y cols. 2021). Podemos definir los indicadores de sospecha de maltrato como «aquellos signos y síntomas que presentan los menores cuando no reciben el trato que necesitan» (Gil y cols., 2014). En la tabla 4 se recoge una síntesis de los principales indicadores de sospecha para cada tipo de maltrato infantil.

Tabla 4. Indicadores de sospecha de maltrato físico y comportamental en el niño y en el acompañante, desglosados por tipología de maltrato

Maltrato	Indicadores físicos en el niño	Indicadores comportamentales	Conducta del acompañante
Físico-acción	Nunca patognomónicos. Magulladuras o moratones. Hemorragias retinianas e intracerebrales, quemaduras. Fracturas o raspaduras. Lesiones abdominales. Mordeduras humanas. Envenenamiento. Asfixia. Síndrome de Munchausen por poderes	Cauteloso respecto a contacto físico con adultos. Aprensivo cuando otros niños lloran. Conductas extremas (agresividad o rechazo extremo). Parece tener miedo de sus padres o de ir a casa. Discurso: verbaliza alguna situación indicativa de abuso	Objeto de maltrato durante su infancia. Disciplina severa e inapropiada. Explicaciones contradictorias de las lesiones. Parece no preocuparse por el niño, afecto anormal. Percibe al niño de manera negativa. Intenta ocultar las lesiones o proteger la identidad del agresor. Prisa por abandonar la consulta. Retraso de ayuda médica. Ausencia de vacunación. Vida caótica en el hogar. Falta de rutinas, reglas y supervisión. Enfermedad mental o bajo nivel intelectual. Enfermedad crónica
Físico-omisión	Falta de higiene. Desnutrición/retraso en el crecimiento. Infecciones leves, recurrentes o persistentes. Problemas no tratados de visión o audición. Intoxicación o envenenamiento. Hipotermia. Accidentes frecuentes por falta de supervisión. Enfermedad crónica llamativa que no ha generado consulta médica. Alimentación y horarios inadecuados. Retraso madurativo.	Comportamientos auto-gratificantes. Somnolencia, apatía, depresión. Hiperactividad, agresividad. Tendencia a la fantasía. Absentismo escolar. Se suele quedar dormido en clase. Llega muy temprano a la escuela y se va muy tarde. Dice que no hay quién le cuide. Conductas dirigidas a llamar la atención del adulto. Comportamientos antisociales	
Emocional-acción	0-2 años: talla corta, retraso no orgánico del crecimiento, enfermedades de origen psico-somático, retraso madurativo	0-2 años: excesiva ansiedad o rechazo relacional, asustadizos, tímidos, pasivos, comportamientos negativistas o agresivos	Falta de afectividad. Culpa, crítica o desprecio al niño. Frialidad y rechazo. Niega amor. Inconsistencia de premios y castigos. Implicación en situaciones graves intra-familiares. Exige al niño por encima de sus capacidades físicas, intelectuales o psíquicas. Amenaza de abandono. Abandono
	2-6 años: talla corta, problemas somáticos, retraso en el lenguaje, disminución de la capacidad de atención e inmadurez socio-emocional	2-6 años: retraso del lenguaje, inatención, inmadurez, hiperactividad, agresividad, escasa discriminación y pasividad en las relaciones	
	6-16 años: talla corta y problemas somáticos	6-16 años: problemas de aprendizaje y lectoescritura, baja autoestima, apego desorganizado, inmadurez, relaciones sociales escasas, conductas compulsivas, autolesiones, problema en el control de esfínteres	
Emocional-omisión	Similar a emocional-acción	Falta de estimulación cognitiva: adquisición tardía del lenguaje, escasa concentración, cociente intelectual bajo, fracaso escolar	
Sexual	Dificultad para andar y sentarse. Dolor o picor genital. Enfermedades de transmisión sexual. Embarazo. Infecciones de orina de repetición	Manifiesta conocimientos sexuales inusuales. Trastornos del sueño y alimentación. Depresión, autolesiones, intentos autolíticos. Obesidad, anorexia. Fugas, fracaso escolar. Promiscuidad	Extremadamente protector o celoso del niño. Antecedentes de abuso sexual en su infancia. Dificultades de pareja. Abuso de sustancias

1.1.7. EFECTOS DEL MALTRATO EN LA INFANCIA

El maltrato infantil se ha relacionado ampliamente en la literatura con consecuencias graves, tanto físicas como psicológicas, a corto y a largo plazo (Tsur y Abu-Raiya, 2020; Weber y cols., 2016; Widom y cols., 2007). Además, se sabe que por lo general un mismo niño no es víctima de una forma aislada de maltrato, sino que suele estar expuesto a múltiples tipos de violencia, de tal forma que, no son los distintos tipos específicos de maltrato los que se relacionan con sus efectos indeseables, sino que es el hecho en sí del maltrato lo que provocaría dichas consecuencias devastadoras (Lázaro y cols., 2021). Mientras algunos casos de maltrato pueden provocar en los menores alteraciones psicopatológicas más leves (por ejemplo, cuando son testigos directos de violencia entre los progenitores), cuando el maltrato aparece de forma grave, por su intensidad y frecuencia (por ejemplo, cuando son víctimas de maltrato físico y el maltratador es una persona muy próxima como un progenitor u otro familiar cercano), suele afectar de forma más dramática, comprometiendo el desarrollo de la personalidad. En estos casos más graves, en los que se conforma un ambiente del que no es posible escapar, éste se establece como el mundo de referencia, sin otro tipo de significados. Sin tratamiento, al igual que ocurre con otras formas de trauma, las consecuencias del maltrato infantil conllevan un curso crónico, existiendo poca probabilidad de resolución espontánea. Es por ello que las secuelas emocionales, conductuales, cognitivas y sociales del maltrato en la infancia persisten y parecen contribuir a una serie de problemas neuropsiquiátricos durante toda la vida (Cloitre y cols., 2012; Tsur y Abu-Raiya, 2020), aumentando la probabilidad de sufrir problemas de apego, trastornos de la alimentación, depresión, conducta suicida, ansiedad, abuso de tóxicos, conductas violentas y trastornos en el estado de ánimo, entre otros. Además, el maltrato infantil también afecta otros aspectos de la salud física de los individuos que lo padecen a lo largo de toda la vida. Por ejemplo, se sabe que adultos víctimas de abuso sexual en la infancia presentan más probabilidades de tener dificultades en el parto, una variedad de trastornos gastrointestinales y ginecológicos, y otros problemas somáticos, como dolor crónico, dolores de cabeza recurrentes y fatiga (Perry, 2014).

De forma interesante, Goodman y Scott (2005) dividen los efectos del maltrato en: i) efectos físicos, ii) efectos sobre la regulación emocional, iii) efectos sobre la formación del vínculo, iv) efectos sobre el desarrollo del autoconcepto, v) efectos sobre

el desarrollo simbólico y social, vi) efectos sobre el desarrollo cognitivo, vii) efectos sobre la salud mental y, viii) efectos sobre la resiliencia. Estos autores separan, indicando una mayor especificidad respecto al resto, los efectos del abuso sexual. A continuación se exponen los principales efectos del maltrato infantil según estos autores.

En cuanto a los *efectos físicos*, con frecuencia, los niños maltratados presentan un retraso en el crecimiento, cuadro clínico conocido como «fallo o retraso no orgánico en el crecimiento» (Hiraoka, Nishizaki, Ueda y Kondo, 2022; Taitz y King, 1988). Además, distintos estudios han demostrado una asociación entre el maltrato infantil y el desarrollo posterior de enfermedades físicas crónicas (Perry, 2014) y un incremento en el riesgo de mortalidad precoz (Carr, Duff y Craddock, 2020; Glaser, 2000; Weber y cols., 2016).

Distintos autores señalan que el maltrato en la infancia tiene efectos sobre la *regulación emocional* (Klein y cols., 2019; Maercker y cols., 2013), pues estos niños, con frecuencia, presentan un incremento de las emociones negativas y un umbral bajo para tolerar el estrés. La desregulación emocional que acontece en estos niños supone la pérdida de la capacidad de modular las respuestas afectivas frente a los estímulos ambientales, de tal forma que es habitual observar sintomatología emocional y conductual variada, que va desde el embotamiento emocional, falta de capacidad de respuesta social y estado de ánimo depresivo, hasta episodios de labilidad emocional intensa, con oscilaciones repentinas del estado de ánimo, estados de irritabilidad, reacciones de enfado y arrebatos de ira ante pequeñas frustraciones (Lázaro y cols., 2021).

El maltrato en la infancia ocasiona *efectos deletéreos en el vínculo*, de forma que gran parte de los niños maltratados desarrollarán un apego inseguro, frecuentemente de tipo desorganizado (Botella, 2005; Main y Solomon, 1986). El apego inseguro de tipo desorganizado constituye el estilo de apego más dañino y patológico para el menor, tiende a persistir en la infancia, en la adolescencia y en la vida adulta, y se relaciona con un elevado riesgo de desarrollar psicopatología grave con el tiempo (Marrone, 2001). En el apego inseguro de tipo desorganizado son comunes síntomas como el miedo, la desorientación, dificultades relacionales, expresiones extrañas, conductas agresivas,

frustración con el adulto, frialdad y cambios extremos de conducta con figuras adultas que van desde la aproximación hasta la evitación.

En cuanto al efecto que tiene el maltrato infantil sobre el *desarrollo del autoconcepto*, por lo general, estos niños presentan concepto negativo de sí mismos, que se manifiesta en forma de sentimientos de baja autoestima, dificultades para conectar con las emociones del otro, escasa seguridad en sus competencias y en sí mismos (López, Etxebarría, Fuentes y Ortiz, 1999; Maercker y cols., 2013).

Consecuentemente, el maltrato infantil tiene *efectos sobre el desarrollo simbólico y social*. La cantidad y la calidad del juego en los niños maltratados es menor, su baja tolerancia a la frustración provoca que sean incapaces de disfrutar del juego con iguales, siendo además tendentes a la inestabilidad y a la dependencia, lo que termina por causar rechazo y deterioro en el juego social con otros niños (López y cols., 1999). Por otra parte, cuando el vínculo no se ha fraguado de manera segura, los menores van a tener serias dificultades relacionales. Es decir, los niños maltratados tienen tendencia a interpretar estímulos ambientales como amenazantes (Cicchetti y Toth, 1995; Cusmano, 2016), y a menudo, a reaccionar también con agresividad inapropiada, seguida de distanciamiento, lo que ocasiona también un fuerte rechazo por parte del grupo (Comín, 2012).

El maltrato infantil tiene *efectos en el desarrollo cognitivo*, de tal forma que desde edades tempranas se ha relacionado con un desarrollo cognitivo disarmónico, con compromiso principalmente de las áreas motriz, del lenguaje, de la memoria y de la atención (Amores-Villalba y Mateos-Mateos, 2017; Perkins y Graham-Bermann, 2012). Así mismo, se puede ver implicada la capacidad de aprendizaje, y con frecuencia observamos historia de fracaso escolar (Ainamani, Rukundo, Nduhukire, Ndyareba y Hecker, 2021).

El maltrato infantil tiene *efectos dramáticos sobre la salud mental*, originando psicopatología grave, de evolución tórpida y crónica (Glaser, 2000). Es decir, las personas maltratadas suelen desarrollar trastornos psiquiátricos a una edad más temprana, tienen mayor gravedad de los síntomas, más comorbilidades y responden peor a los tratamientos habituales, por lo que la evolución y el pronóstico son sombríos

(Sánchez y Hervías, 2023). Las manifestaciones clínicas que observamos en los niños maltratados son diversas y dependen de múltiples factores, entre ellos, la edad del menor, la personalidad previa, la duración, la tipología, la gravedad, la relación con la persona que ejerce el maltrato y la disponibilidad de apoyo o ayuda hacia el menor por parte de terceras personas y/o el entorno (Teicher y Samson, 2013). Entre los trastornos que con más frecuencia encontramos asociados al maltrato infantil, destacan los trastornos de la personalidad (sobre todo límite, antisocial y narcisista), así como trastornos de ansiedad, trastornos asociados específicamente al estrés (principalmente el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo) y trastornos depresivos (Weil y cols., 2004).

La *capacidad de resiliencia* se ve gravemente comprometida en los niños maltratados, y por tanto, su capacidad para superar las vivencias de maltrato y desarrollarse con normalidad, sobre todo en lo que se refiere a su relación con sus parejas e hijos en el futuro, se va a ver seriamente mermada (Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick y Yehuda, 2014).

El *abuso sexual* parece tener unos efectos más graves y específicos que el resto de tipos de maltrato según Goodman y Scott (2005). A menudo, los niños que son abusados sexualmente presentan sentimientos de impotencia, desesperanza y desconfianza, sobre todo hacia los adultos del mismo género que su abusador. La autoestima en estos niños suele ser muy baja, y son frecuentes los sentimientos de asco, contaminación, suciedad e inutilidad. El abuso sexual ocasiona sentimientos de indefensión, desamparo y sexualización traumática, al incorporar aspectos sexuales en las relaciones interpersonales precozmente, que suelen comportar dificultades para establecer relaciones íntimas normales y estigmatización personal, por cuanto se da sensación de vergüenza y culpa, junto a la consideración de haber sido responsable de los hechos (Finkelhor, 1988). A nivel sintomático, los niños abusados sexualmente suelen presentar insomnio, pesadillas, manifestaciones somáticas, arrebatos de ira y problemas de conducta, como desobediencia crónica, autolesiones y comportamientos sexuales inapropiados, entre otros (Glaser, 2002; Putnam, 2003).

Otra consecuencia significativa a largo plazo del maltrato infantil es la violencia transgeneracional (Widom y Wilson, 2015), es decir, un individuo con antecedentes de

maltrato en la infancia tiene alto riesgo de ser perpetrador de maltrato en la etapa adulta a su pareja o a su descendencia. En este sentido, un metaanálisis (Ertem, Leventhal y Dobbs, 2000) mostró evidencia de que existe continuidad intergeneracional del maltrato infantil. Concretamente, encontró que el riesgo relativo de transmisión de maltrato de una generación a otra es de 12.6. Más recientemente, otro metaanálisis (Assink y cols., 2018) concluyó que las familias en que los padres sufrieron maltrato infantil triplican la probabilidad de que los hijos también sean maltratados (odds ratio de 2.99), comparado con lo que sucede en familias con padres no maltratados. Se postula que la combinación de factores de personalidad, biológicos, socio-culturales y cognitivo-conductuales podrían explicar la etiología de la violencia transgeneracional (Arias, Galagarza, Rivera y Ceballos, 2017).

1.2. EL TRAUMA COMPLEJO

1.2.1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

El trauma complejo acontece tras la exposición continua a múltiples estresores interpersonales, que con frecuencia aparecen en el contexto de las relaciones de apego, de forma repetida y crónica, que en su curso presentan trastornos psicológicos graves y persistentes que exceden la sintomatología exclusiva del Trastorno de Estrés Postraumático clásico (Cloitre y cols., 2012; Cook y cols., 2005; Tsur y Abu-Raiya, 2020; Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday y Spinazzola, 2005). Por lo tanto, podemos considerar el maltrato infantil como una forma de trauma complejo.

El concepto de trauma en general hace referencia a las consecuencias de la exposición a experiencias personales que suponen una amenaza a la supervivencia o bienestar del individuo (Sadock, Sadock y Ruiz, 2015). Las reacciones ante estas situaciones vitales adversas son diversas y variadas, pues no todos los individuos desarrollarán un trastorno tras la vivencia de un acontecimiento traumático. Por una parte, la vivencia traumática no sólo basta para causar un trastorno, sino que la respuesta al trauma debe implicar una reacción de miedo y un horror intensos. Los clínicos consideran asimismo los factores biológicos y psico-sociales preexistentes del individuo, y los acontecimientos que sucedieron antes y después del trauma, como determinantes de cara al desarrollo o no de un trastorno. Además, el significado

subjetivo del acontecimiento traumático para el propio individuo será importante a la hora de desarrollar este tipo de trastornos (Sadock y cols., 2015). Mingote, Manchon, Isla, Perris y Nieto (2001) señalaron la existencia de factores de riesgo en el desarrollo del Trastorno de Estrés Postraumático, los cuales se consideran igualmente significativos para el Trauma Complejo (Nieto y López, 2016). Según estos autores, los principales factores de riesgo para desarrollar un trastorno postraumático serían el género femenino, menor edad cronológica, antecedentes psiquiátricos previos (tanto del eje I como del eje II), antecedentes traumáticos y el tipo de trauma, otorgando especial importancia al abuso sexual.

Por otro lado, son importantes algunas características de los sucesos traumáticos, tales como su duración, frecuencia, cantidad, intensidad, predictibilidad, así como su origen: naturales (por ejemplo, inundaciones, incendios o terremotos) o humanos (por ejemplo, terrorismo, maltrato o violación). Allen, Fonagy y Bateman (2008) propusieron una clasificación especialmente relevante al organizar los eventos potencialmente traumáticos según la naturaleza e implicación interpersonal del estresor. Estos autores diferencian entre estresores impersonales (por ejemplo, catástrofes naturales), estresores interpersonales (es decir, cuando el estresor procede de la conducta deliberadamente intencionada o imprudente de otro ser humano, como por ejemplo, accidentes, violencia comunitaria o guerras) y estresores que aparecen en el contexto de las relaciones de apego (es decir, todas aquellas situaciones de violencia y negligencia a las que un niño se ve expuesto en el contexto de sus cuidados primarios básicos, como por ejemplo, el maltrato físico y emocional, la negligencia, el abuso sexual, o ser testigo directo de violencia entre los padres).

Atendiendo a las características de los eventos traumáticos, Cook y cols. (2005) señalan que las experiencias repetidas de maltrato que acontecen durante la infancia constituyen un tipo de trauma complejo, y que este tipo de trauma se define por ser crónico, de tipo interpersonal, de inicio generalmente en etapas tempranas y por incidir en la totalidad de la persona, de forma que todas las áreas del funcionamiento del individuo estarán en mayor o menor medida afectadas por la devastación que ocasiona el trauma. En este mismo sentido, distintos estudios 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 por parte de los

progenitores, cuidadores o adultos responsables, y que estos sucesos traumáticos generan una diversidad de manifestaciones psicopatológicas que afectan la regulación afectiva, cognitiva y conductual de los sujetos que los sufren (Cervera y cols., 2020; Cook y cols. 2005).

1.2.2. PRESENTACIÓN CLÍNICA DEL TRAUMA COMPLEJO

Como veíamos en el apartado anterior, desde hace décadas se ha evidenciado que la exposición al trauma complejo deriva en trastornos psicológicos graves y persistentes, con manifestaciones sintomáticas amplias y variadas, que no se explican únicamente por el Trastorno de Estrés Postraumático (Cloitre, 2020; Cloitre y cols., 2012; Tsur y Abu-Raiya, 2020; Van der Kolk y cols., 2005). Es más, el porcentaje de niños que desarrolla un Trastorno de Estrés Postraumático, según criterios oficiales, tras la exposición a situaciones de trauma complejo es bajo, pues se ha observado que la mayoría presentan una constelación de síntomas diversos y variados característicos de muchos otros trastornos psiquiátricos, como por ejemplo trastorno de ansiedad por separación, trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad o depresión, entre otros (Humpherys y cols., 2020; Klasen, Gehrke, Metzner, Blotevogel y Okello, 2013; Scheeringa y Zeanah, 2008). Por otra parte, no es infrecuente que los menores víctimas de trauma complejo desarrollen sintomatología subclínica diversa o alteraciones emocionales y conductuales, los cuales son muy frecuentes en menores maltratados tutelados con problemas de salud mental (González-García y cols., 2007; Martín, González-García, Fernández del Valle y Bravo, 2020).

El trauma complejo determina un diagnóstico de reacción postraumática compleja, y se desarrolla cuando las posibilidades de entender y asimilar cognitiva y emocionalmente la experiencia traumática se ven desbordadas por las condiciones vitales, alterando la percepción de sí mismo, de la afectividad y del mundo (Blum, Silver y Polin, 2014; Finkelhor y Browne, 1985). En este sentido, Cook y cols. (2005) proponen que los niños expuestos a trauma complejo presentan una afectación de siete dominios o áreas sintomáticas principales, resaltando la existencia de un fuerte solapamiento entre las áreas afectadas entre los sujetos víctimas de trauma complejo y entre los sujetos diagnosticados de trastorno límite de la personalidad. Según estos autores, los dominios afectados y los problemas principales asociados al trauma

complejo son: i) en las relaciones y el apego, ii) en las reacciones biológicas, iii) en la regulación del afecto, iv) en la disociación, v) en el control de la conducta, vi) en la cognición y vii) en el autoconcepto. En la tabla 5 se representan los principales dominios afectados en los niños expuestos a situaciones traumáticas complejas, según Cook y cols. (2005).

Tabla 5. Principales áreas afectadas en niños expuestos a trauma complejo (Cook y cols., 2005)

1. APEGO	4. DISOCIACIÓN	6. COGNICIÓN
Problemas con límites	Estado de consciencia alterado	Dificultades en la regulación atencional
Desconfianza	Amnesia	Dificultades en el procesamiento de nueva información
Susplicacia	Despersonalización	Problemas de concentración en tareas complejas
Aislamiento social	Desrealización	Dificultades de planificación y anticipación
Dificultades interpersonales	Dos o más estados de consciencia	Dificultades en la comprensión de responsabilidades
Dificultad en la toma de perspectiva		Problemas de aprendizaje y desarrollo del lenguaje
		Dificultades de orientación tiempo/espacio
2. BIOLOGÍA	5. CONTROL	
Problemas en el desarrollo psicomotor	Pobre regulación de los impulsos	
Analgesia	Conducta autodestructiva	
Problemas en el equilibrio, coordinación y tono	Agresividad hacia otros	
Incremento problemas médicos (asma, alergia, pseudocrisis, etc.)	Problemas del sueño	
	Sumisión excesiva	
	Conducta oposicionista	
	Dificultades para entender y aceptar las normas	
	Representación del trauma en juegos y conductas	
3. REGULACIÓN AFECTO		7. AUTOCONCEPTO
Dificultades en la autorregulación emocional		Alteración en la continuidad y predictibilidad del <i>self</i>
Dificultades para reconocer/expresar sentimientos		Alteración de la imagen corporal
Problemas para reconocer estados internos		Baja autoestima
Dificultades para comunicar deseos y necesidades		Vergüenza
		Culpa

1.2.3. CONSECUENCIAS NEUROBIOLÓGICAS Y NEUROPSICOLÓGICAS DEL TRAUMA COMPLEJO

El trauma complejo en la infancia supone una forma de traumatización interpersonal crónica, cuyos acontecimientos negativos acontecen de forma imprevisible y mantenida en el tiempo en el contexto de las figuras de apego, lo cual va a predisponer a una merma en el funcionamiento cognitivo, del desarrollo, afectivo y educativo de los menores que lo sufren (Mesa y Moya, 2011; Perkins y Graham-Bermann, 2012).

La exposición repetida al trauma en sujetos todavía física y psicológicamente inmaduros interrumpe el desarrollo cerebral normal y puede incluso llegar a producir modificaciones considerables en algunas estructuras cerebrales relevantes (Amores-Villalba y Mateos-Mateos, 2017; Hull, 2002; Van Rooij y cols., 2020; Teicher y Samson, 2016). En concreto, los malos tratos tempranos originan inhibición de la neurogénesis, una pérdida acelerada de neuronas, retrasos en el proceso de mielinización y alteraciones del proceso natural de la poda neuronal (es decir, posible causa de muerte de neuronas aptas o mantenimiento de neuronas que debieran ser podadas) (Mesa y Moya, 2011). Posteriormente, se observan alteraciones neurobiológicas en hipocampo, amígdala, cerebelo, cuerpo calloso, corteza prefrontal e hipotálamo, así como alteraciones en el funcionamiento del sistema de liberación de neurotransmisores de tipo catecolaminas y en el eje de activación hipotalámico-hipofisiario-adrenal (Boeckel, Wendt, Daruy-Filho, Martínez y Grassi-Oliveira, 2017; Moya y Martín, 2015). Todas estas estructuras tienen unos factores de vulnerabilidad en común, pues su desarrollo continúa en el periodo posnatal, poseen una alta tasa de sinaptogénesis y cuentan con una gran densidad de receptores para glucocorticoides, lo que las convierte en unas áreas especialmente sensibles a los efectos ambientales adversos como es el trauma complejo (Mesa y Moya, 2011).

Las áreas cerebrales mencionadas se encuentran funcionalmente interconectadas entre sí, y como veremos a lo largo de este apartado permiten explicar el perfil neuropsicológico típico de los niños maltratados (Amores-Villalba y Mateos-Mateos, 2017; Pérez-Capilla, 2008). En términos generales, este perfil se caracteriza por un estado cognitivo de hipervigilancia, percepción alterada de amenazas procedentes del entorno, excesiva identificación de emociones de miedo e intenciones agresivas en los

otros, problemas de conducta, agresividad, dificultades para el aprendizaje, menor adaptación escolar y desarrollo intelectual, mayor comorbilidad psiquiátrica y peor ajuste social en la vida adulta (Mesa y Moya, 2011; Perkins y Graham-Bermann, 2012). Estos efectos neurobiológicos, junto con algunas variables psicológicas (resiliencia, estilo atribucional o estadio del desarrollo cognitivo) y ambientales (falta de figuras de apego no maltratadoras o la detección tardía del maltrato, por ejemplo), parecen desempeñar un papel relevante en el desarrollo posterior de psicopatología diversa, tanto a corto como a largo plazo (Moya y Martín, 2015). En la figura 3 se muestra una representación sobre la interacción funcional de las alteraciones neurobiológicas en el maltrato infantil.

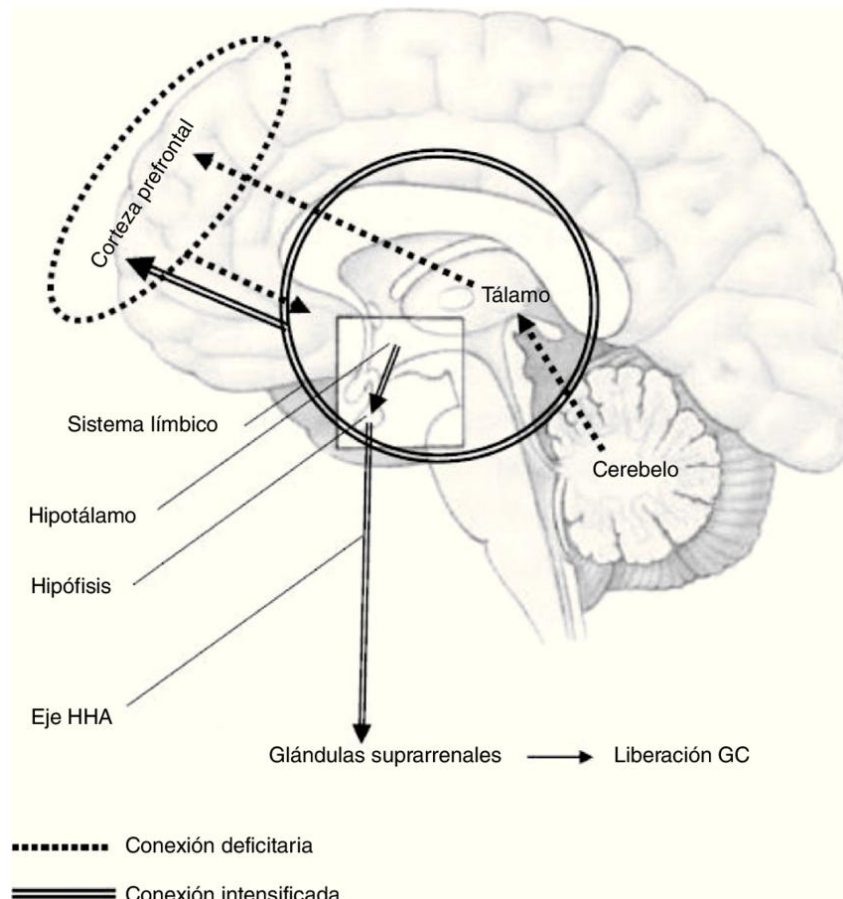


Figura 3. Interacción funcional de las alteraciones biológicas efecto del maltrato infantil. Fuente: Amores-Villalba, A. y Mateos-Mateos, R. (2017). Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología Educativa*, 23, 81-88.

Alteraciones neurobiológicas a causa del trauma complejo

A continuación se exponen las principales regiones cerebrales implicadas en el maltrato infantil según diversos estudios (De Bellis, 2005; Molina-Díaz, 2015; Moya y Martín, 2015; Van Rooij y cols., 2020; Teicher y Samson, 2016).

Hipocampo. El estrés temprano parece frenar la sinaptogénesis en determinadas zonas hipocampales, lo cual, añadido al proceso de poda neuronal, mantiene un déficit sináptico generalizado. Se postula que los altos niveles de estrés temprano están en la base de la reducción del volumen del hipocampo en sujetos con antecedentes de maltrato infantil (Bremner y cols., 2003).

Amígdala. Un elevado nivel de estrés en etapas tempranas del desarrollo ocasiona una reducción de los receptores centrales de benzodiazepinas y una intensificación de los receptores del GABA-A, dando lugar a una hiperreactividad de la amígdala y de sus proyecciones. Por otra parte, se ha descrito un aumento de los niveles de dopamina y una disminución de los niveles de serotonina en el complejo de la amígdala extendida (es decir, del núcleo central de la amígdala y del núcleo accumbens), ocasionando una hiperactivación del lóbulo temporal conocida como «irritabilidad límbica» (Molina-Díaz, 2015). McCrory y cols. (2013) investigaron la actividad de la amígdala mediante resonancia magnética nuclear funcional frente a la presencia de estímulos emocionales faciales en un grupo de niños maltratados. Encontraron que los niños maltratados presentaban una mayor activación de la amígdala derecha frente a estímulos faciales positivos y negativos (es decir, frente a rostros alegres y enfadados) en estadios muy tempranos del procesamiento emocional. Un aspecto importante de la funcionalidad de la amígdala, es que junto con el tálamo, la corteza prefrontal y el giro temporal superior, está implicada en el desarrollo de las capacidades del comportamiento social, por lo que alteraciones en este circuito se traducen en alteraciones en el procesamiento de la información social, con afectación en la propia sensación de control, de confianza en uno mismo y en la interacción con los otros (Mesa y Moya, 2011).

Cerebelo. A través de la vía cerebelo-tálamo-corteza el cerebelo se ve implicado en el funcionamiento de procesos cognitivos superiores. Sujetos con lesiones en el vermis y en el lóbulo posterior del cerebelo muestran afectaciones cognitivo-

conductuales consistentes en alteraciones de las capacidades ejecutivas, en la fluidez verbal, el razonamiento abstracto, en la expresión y el desarrollo afectivo, así como una disminución en la capacidad de seguimiento de señales gestuales, posturales y verbales, imprescindibles en la comunicación e interacción social (Amores-Villalba y Mateos-Mateos, 2017). Además, se ha visto una correlación positiva entre los daños cerebelosos, la menor edad del sujeto y la mayor duración del maltrato (Mesa y Moya, 2011).

Cuerpo Calloso. Diferentes estudios han encontrado una reducción del volumen del cuerpo calloso en menores maltratados, en niños con Trastorno de Estrés Postraumático asociado al maltrato, y al comparar las resonancias magnéticas en niños hospitalizados con y sin antecedentes de maltrato (De Bellis, 2005; Mesa y Moya, 2011).

Corteza prefrontal. Se trata de una región que sustenta capacidades cognitivas superiores, tales como las funciones ejecutivas, la optimización de los procesos cognitivos, el comportamiento social y moral, el control de los impulsos, el manejo de las emociones, la atención y la concentración, entre otros (García, Enseñat, Tirapu y Roig, 2009). Los principales déficits hallados en los niños maltratados se corresponden con un hipofrontalismo, que se traducen en una función de la corteza prefrontal atenuada, de forma que se ve mermada su capacidad de integración de la información y control, permitiendo conductas más impulsivas y gobernadas por las reacciones emocionales (Mesa y Moya, 2011).

Eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal. Ante situaciones de estrés el hipotálamo reacciona segregando el factor de liberación de corticotropina, que llega a la hipófisis, estimulando la liberación de corticotropina, que al mismo tiempo llegará a las glándulas suprarrenales, estimulando la secreción de glucocorticoides (De Nicola, 2015). El estrés crónico provoca un exceso de glucocorticoides, incidiendo en aquellas estructuras cerebrales afectadas en el trauma complejo que cuentan con una elevada densidad de receptores glucocorticoideos (Boeckel y cols., 2017). Además, el estrés crónico culmina en una adaptación alostática de dicho proceso, desembocando en una hiperexcitabilidad del hipotálamo y la funcionalidad del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal ante futuros eventos traumáticos, aumentando por tanto la probabilidad de desarrollar trastornos

ansiosos y del estado del ánimo, así como una mayor percepción de riesgo ante estímulos escasamente estresantes e incluso neutros (De Nicola, 2015; Molina-Díaz, 2015).

Perfil neuropsicológico de víctimas de trauma complejo

Las consecuencias de las alteraciones estructurales cerebrales expuestas anteriormente suponen la base neuropsicológica sobre la que se fundamenta el perfil neuropsicológico de los niños expuestos a trauma complejo. Este perfil se caracteriza por alteraciones en las áreas de memoria y atención, lenguaje, capacidad viso-espacial, regulación emocional, dificultades en la cognición social, el desarrollo intelectual y en las funciones ejecutivas (Davis, Moss, Nogin y Webb, 2015; Perkins y Graham-Bermann, 2012). Cabe destacar que los menores víctimas de trauma complejo presentan una gran prevalencia de trastornos internalizantes (síntomatología ansiosa, depresiva y postraumática) y externalizantes (problemas de conducta y agresividad), los cuales están relacionados directamente con fallos en la capacidad de regulación emocional (Heleniak, Jennes, Vander, McCauley y McLaughlin, 2016). A continuación se exponen las principales alteraciones neuropsicológicas descritas en los niños víctimas de trauma complejo.

Memoria y atención. Las capacidades de memoria y atención se encuentran entre los dominios cognitivos más afectados en los menores maltratados. Bernate, Baquero y Soto (2009) evaluaron la ejecución de tareas de atención selectiva y alternante, y de memoria inmediata y lógica, en una muestra de niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático, y encontraron un peor rendimiento tanto en las pruebas de memoria como de atención en estos niños.

Lenguaje. Dentro del lenguaje, se encuentran afectados los componentes de pragmática, semántica, sintaxis y morfología. Aunque en términos generales el maltrato afecta al desarrollo de la capacidad lingüística, se han observado alteraciones específicas según el tipo de maltrato (Moreno, 2005). Las mayores carencias se observan en la negligencia, donde la comunicación es escasa, seguido del maltrato emocional y el maltrato físico, donde la comunicación resulta disfuncional (es decir, mediante gritos, amenazas o insultos).

Regulación emocional. Los niños aprenden a regular su conducta y sus emociones principalmente a través del aprendizaje vicario de los modelos a los que están expuestos. En el maltrato infantil, el cuidador con frecuencia responde de forma agresiva, con rechazo o ignorancia a la expresión emocional del menor, de forma que éste no aprende a regular sus emociones ni a lidiar con las situaciones estresantes, por haber aprendido que será castigado o ignorado (Heleniak y cols., 2016). Consecuentemente, los niños maltratados terminan por desarrollar unos esquemas cognitivos erróneos y desadaptativos frente al trauma, consistentes en un incremento de la respuesta emocional en contextos donde la amenaza potencial es mínima o inexistente, con tendencia a mantener estados de ánimo disfóricos, respuestas pasivas y rumiación de las causas y las consecuencias de los eventos negativos (Heleniak y cols., 2016). Dichos esquemas cognitivos desadaptativos producen por tanto una percepción elevada y generalizada del riesgo, pasando a considerar el mundo que les rodea como un lugar peligroso e impredecible (Blum y cols., 2014). La hiperexcitabilidad amigdalina, la hipofuncionalidad prefrontal y la desregulación alostática a largo plazo del eje fisiológico del estrés parecen ser los responsables neurobiológicos de la desregulación emocional en los niños expuestos a trauma complejo (Mesa y Moya, 2011).

Cognición social. Los niños maltratados presentan una alteración de las capacidades perceptivas emocionales y empáticas, pues es frecuente que muestren menos señas de preocupación hacia otros niños, menos acercamientos o conductas prosociales, una mayor reactividad en las interacciones sociales, una mayor identificación de las emociones amenazantes en situaciones sociales neutrales, hipervigilancia, mayor percepción de amenaza en el comportamiento de terceros y alteración en el procesamiento emocional de la información social negativa (DeGregorio, 2012; McLaughlin, Peverill, Gold, Alves y Sheridan, 2015).

Desarrollo intelectual. El desarrollo intelectual se ve afectado en los niños víctimas de malos tratos, y se sabe también que existe una correlación negativa entre la duración del maltrato y el desarrollo intelectual (Jaffe y Kohn, 2011).

Funciones ejecutivas. El maltrato repercute negativamente en el desarrollo de la flexibilidad cognitiva, en una mayor impulsividad y en una escasa planificación de la conducta y la toma de decisiones (Davis y cols., 2015).

1.3. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO

1.3.1. SISTEMAS INTERNACIONALES DE CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

El Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, fue originalmente propuesto por Judith Herman en su trabajo *Trauma & Recovery* (Herman, 1992), con el objetivo de proporcionar un diagnóstico alternativo para sujetos expuestos a situaciones traumáticas repetidas y prolongadas en el tiempo (es decir, a trauma complejo), cuyas manifestaciones sintomáticas eran más graves y duraderas que las recogidas en los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático clásico de las distintas Clasificaciones Internacionales de Enfermedades Mentales.

No obstante, el concepto de traumatización aparece previamente en los diferentes sistemas internacionales de clasificación de trastornos mentales. El *Trastorno de Estrés Postraumático* fue codificado por primera vez en el DSM-III (APA, 1980) para describir la gama de respuestas a factores estresantes extremos. Previamente, se utilizaba el término de *Gran Reacción de Estrés* en el DSM-I (APA, 1952) y *Trastorno Situacional Transitorio* en el DSM-II (APA, 1968). La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo incluye por primera vez en la CIE-9 (OMS, 1977) como *Reacción Aguda ante Gran Tensión*, y la CIE-10 (OMS, 1992) propone una categoría de los trastornos provocados por estrés y trauma donde se incluye el *Trastorno por Estrés Postraumático agudo y crónico*.

Cabe destacar que el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, como una entidad diferencial y adicional al Trastorno de Estrés Postraumático, no fue reconocido ni en el DSM-IV ni posteriormente en su Texto Revisado (DSM-IV-R, APA, 2000), sino que se incluyó dentro del Trastorno por Estrés Extremo no Especificado o *Disorder of Extreme Stress not Otherwise Specified* (DESNOS). A pesar de que el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo ha obtenido apoyo empírico en distintas investigaciones (Cloitre, Garvert, Brewin, Bryant y Maercker 2013; Cloitre, Gavert, Weiss, Carlson y Bryant, 2014; Van der Kolk y cols., 2005; Karatzias y cols., 2018), tampoco fue incluido en la última versión del DSM (DSM-5, APA 2013). Más recientemente, desde un enfoque centrado en la salud pública, la CIE-11 (OMS, 2018) sí ha incluido el

Trastorno de Estrés Postraumático Complejo como una nueva entidad diagnóstica diferenciada del Trastorno de Estrés Postraumático dentro del capítulo de los Trastornos Asociados Específicamente al Estrés, enfatizando en una mayor utilidad clínica basada en una mayor simplificación en la estructura diagnóstica y en la planificación terapéutica (Reed, 2010).

1.3.2. CONCEPTUALIZACIÓN DIAGNÓSTICA

El Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, además de cursar con los síntomas nucleares característicos del Trastorno de Estrés Postraumático clásico, requiere para su diagnóstico de la afectación de los tres dominios sintomáticos implicados en la configuración u organización del individuo, a saber: desregulación emocional, autoconcepto negativo y problemas interpersonales (D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola y Van del Kolk, 2012; Maercker y cols., 2013). Dado este solapamiento sintomático, previamente a considerar el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, es importante comprender el Trastorno de Estrés Postraumático.

En el DSM-5, respecto al DSM-IV, el Trastorno de Estrés Postraumático ha sido excluido del capítulo de los Trastornos de Ansiedad para ser incluido en el capítulo de los Trastornos relacionados con el Trauma y el Estrés. Los criterios actuales del Trastorno de Estrés Postraumático en el DSM-5 se basan en un modelo de cuatro factores (es decir, reexperimentación, evitación, alteraciones en la cognición y en el estado de ánimo e hiperactivación y alteración del nivel de alerta), reemplazando el modelo anterior de tres factores del DSM-IV.

De acuerdo al DSM-5, el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático requiere que el individuo haya experimentado o presenciado un evento traumático que implique muerte, amenaza de muerte, daño severo o violencia sexual a sí mismo o a un ser querido. Como resultado de esta exposición, el individuo desarrolla síntomas específicos, con una duración mayor de un mes, que pueden agruparse en cuatro dominios. Dentro de estos cuatro dominios se engloban: i) síntomas de reexperimentación, ii) síntomas de evitación, iii) alteraciones negativas cognitivas o del estado de ánimo, y iv) alteraciones en el nivel de alerta y de la reactividad. Los *síntomas*

de *reexperimentación* incluyen recuerdos intrusivos, involuntarios y recurrentes del suceso traumático, sueños angustiosos recurrentes relacionados, reacciones disociativas, malestar psicológico intenso o prolongado y reacciones fisiológicas intensas. Dentro de los *síntomas de evitación* se incluyen la evitación o los esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos, sentimientos angustiosos y recordatorios externos asociados al evento traumático. Los *síntomas relacionados con alteraciones negativas cognitivas o del estado del ánimo* incluyen una amplia gama de sentimientos y emociones, que van desde creencias negativas persistentes y distorsionadas de uno mismo, los demás o el mundo, hasta sentimientos de desapego o extrañamiento de los demás, disminución importante del interés en actividades significativas, incapacidad de recordar aspectos importantes del suceso traumático e incapacidad persistente de experimentar emociones positivas. En cuanto a los *síntomas relacionados con la alteración en el nivel de alerta y reactividad* se incluye agresividad, comportamiento imprudente y autodestructivo, hipervigilancia, problemas de concentración o alteraciones del sueño.

Además, en el DSM-5 se describen dos posibles especificadores de Trastorno de Estrés Postraumático. Por una parte, se incluye el Trastorno de Estrés Postraumático con síntomas disociativos, en forma de experiencias persistentes o recurrentes de despersonalización o desrealización, y por otra parte, se incluye el Trastorno de Estrés Postraumático con expresión retardada, para aquellos casos en los que la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento.

A pesar de que distintos estudios han demostrado empíricamente que se trata de dos trastornos distintos (Cloitre y cols., 2013; Van der Kolk y cols., 2005), el DSM-5 optó finalmente por no incluir el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo como una entidad diagnóstica diferenciada del Trastorno de Estrés Postraumático, por lo que según este manual, la psicopatología en aquellos sujetos víctimas de trauma complejo quedaría recogida dentro del Trastorno Relacionado con Traumas y Factores de Estrés no Especificados, en el que el clínico opta por no especificar el motivo por el cual no se cumplen criterios de otros trastornos incluidos en ese mismo capítulo.

Tal y como hemos señalado en el apartado anterior, en 1992, Judith Herman fue una de las primeras psiquiatras en utilizar el término de Trastorno de Estrés

Postrumático Complejo y en afirmar que la exposición a situaciones traumáticas abrumadoras y repetidas, de las que no es posible escapar, derivan con frecuencia en una amplia gama de presentaciones clínicas y trastornos mentales. Según establece Herman (1992), las alteraciones básicas en el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo son: i) alteraciones en la regulación de los impulsos afectivos (dificultad para modular la rabia y conductas autodestructivas), ii) alteraciones en la atención y en la consciencia (embotamiento, lentitud en el procesamiento, amnesias, episodios disociativos y despersonalización), iii) alteraciones en la autopercepción (sentimientos crónicos de culpabilidad, responsabilidad personal y vergüenza), iv) alteraciones en la percepción del maltratador (aceptación, dependencia e incorporación de su sistema de creencias), v) alteraciones en las relaciones con los otros (dificultades para confiar e intimar, desarrollo de fuerte sensación de vulnerabilidad y peligro cuando inician nuevas relaciones afectivas en la medida que se hacen más intensas e íntimas), vi) somatización o problemas médicos (síntomas gastrointestinales, dolor crónico, síntomas genitourinarios y síntomas conversivos), y vii) alteración en el sistema de significados (sentimientos de desesperanza acerca del mundo y del futuro). Además, de forma paralela, Herman (1992) describió un esquema para el abordaje terapéutico de este trastorno centrado en las tres etapas de recuperación del trauma: i) seguridad y estabilización, ii) recuerdo y duelo, y iii) reconexión e integración. En la tabla 6 se recogen los principales síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo según Herman (1992).

Tabla 6. Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (Herman, 1992)

Áreas	Síntomas específicos
Afectos e impulsos	Desregulación afectiva
	Pobre modulación de la ira
	Conductas autodestructivas
	Dificultad modulación sexual
Atención y consciencia	Conductas de riesgo
	Amnesia
	Síntomas disociativos transitorios
	Despersonalización

(continúa)

	Ineficacia	(continuación)
Autopercepción	Culpa y responsabilidad	
	Vergüenza	
	Incomprensión	
Percepción del maltratador	Aceptación	
	Dependencia	
Relaciones interpersonales	Inhabilidad para relaciones íntimas	
	Revictimización	
	Sistema digestivo	
	Dolor crónico	
Somatizaciones	Síntomas conversivos	
	Sistema reproductor	
	Desesperanza	
Sistema de significados	Infelicidad	
	Pérdida del sistema previo de creencias	

Unos años más tarde, Van der Kolk, Ford y Spinazzola (2009) postularon el término de Trastorno Traumático del Desarrollo (TTD) para referirse a las manifestaciones sintomáticas de aquellos niños expuestos de forma crónica a trauma complejo. En la tabla 7 se exponen los criterios diagnósticos para el Trastorno Traumático del Desarrollo según Van der Kolk y cols. (2009).

Tabla 7. Criterios diagnósticos para el Trastorno Traumático del Desarrollo (Van der Kolk y cols., 2009)

- 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:
1. Experiencia directa o ser testigo de episodios repetidos y severos de violencia interpersonal.
 2. Disrupciones significativas en cuidados básicos como resultado
- (continúa)

(continuación)

de cambios repetidos o separación repetida del cuidador primario, o exposición a abuso emocional severo y persistente.

B. Desregulación afectiva y fisiológica: exhibe deterioro en las competencias evolutivas normales relacionadas con la regulación de la activación (*arousal*), incluyendo al menos 2 de los siguientes ítems:

1. Incapacidad para modular, tolerar o recuperarse de estados afectivos extremos (miedo, ira, vergüenza), incluyendo rabietas graves y prolongadas o inmovilización.
2. Perturbaciones en la regulación de funciones corporales (p. ej., perturbaciones persistentes del sueño, alimentación y control de esfínteres, hiper/hiporreactividad al tacto y sonidos, desorganización en la transición entre rutinas).
3. Conciencia o reconocimiento disminuidos o disociación de sensaciones, emociones o estados corporales (despersonalización, desrealización, discontinuidad de estados afectivos, embotamiento afectivo, analgesia física y dificultad en el reconocimiento de emociones).
4. Dificultad en la descripción de emociones o estados corporales (estados internos o comunicación de necesidades como el hambre o la evacuación/eliminación).

C. Desregulación atencional y conductual: exhibe deterioro en las competencias evolutivas normales relacionadas con el mantenimiento de la atención, aprendizaje, o afrontamiento del estrés, incluyendo al menos tres ítems:

1. Preocupación por la amenaza o dificultad para percibirla, incluyendo la mala interpretación de señales de seguridad o peligro.
2. Deterioro en la capacidad de auto-protección, incluyendo conductas de riesgo o de búsqueda de emociones intensas (conductas sexuales de riesgo, descontrol de impulsos,

(continúa)

(continuación)

subestimación del riesgo, dificultad en la comprensión de reglas, para la planificación de conducta y anticipación de consecuencias.

3. Intentos desajustados de auto-calma (balanceos, otros movimientos rítmicos, masturbación compulsiva, consumo de sustancias).
4. Autolesión habitual (intencional o automática) i reactiva (cortarse, golpearse la cabeza, quemarse, pellizcarse).
5. Incapacidad para iniciar o mantener una conducta dirigida a un objeto (dificultades para planificar o completar tareas, abulia).

D. Desregulación del *self* (sí mismo) y relacional: exhibe deterioro en las competencias evolutivas normales relacionadas con la identidad personal e involucración en relaciones, incluyendo al menos tres de los siguientes ítems:

1. Preocupación intensa por la seguridad del cuidador u otros sujetos significativos (incluyendo la actitud temprana de cuidado hacia otros) o dificultad en tolerancia al reencuentro con éstos después de una separación.
2. Concepto o sentido persistente negativo de sí mismo, incluyendo sentimientos de odio hacia sí mismo, impotencia, sentimiento de falta de valía, ineficacia o defectuosidad.
3. Desconfianza extrema y persistente, conducta desafiante o falta de reciprocidad en relaciones cercanas con adultos o iguales (incluye expectativa de ser victimizado por otros).
4. Reactividad física o agresión verbal (impulsiva, no intencionalmente coercitiva o manipuladora) hacia pares, cuidadores y otros adultos.
5. Intentos inapropiados (excesivos o promiscuos) de tener contacto íntimo (incluido pero no limitado a la intimidad física o sexual) o excesiva dependencia hacia iguales o adultos en búsqueda de seguridad.

(continúa)

(continuación)

6. Deterioro en la capacidad de regular la activación empática (falta de empatía, intolerancia o excesiva respuesta a las expresiones de estrés o perturbación de otros).
- E.** Espectro de Síntomas Postraumáticos: exhibe al menos un síntoma en al menos dos de tres áreas (B, C y D) de síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático.
- 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 en al menos dos áreas:
- Escolar: bajo rendimiento o abandono escolar, problemas de disciplina, inasistencia, conflictos con profesores, problemas de aprendizaje (no explicado por trastorno neurológico).
 - Familiar: conflictividad, evitación, pasividad, fuga, desapego, búsqueda de sustitutos, intentos de dañar física o emocionalmente a familiares, incumplimiento de responsabilidades familiares.
 - Grupo de pares: aislamiento, conflicto físico o emocional persistente, violencia o actos inseguros, estilos de interacción o afiliación inadecuados para la edad.
 - Legal: arrestos, reincidencia, condenas, cárcel, violación de libertad condicional, aumento en gravedad de delitos, delitos contra otros, desinterés por la ley o convenciones morales.
 - Salud: enfermedades físicas o problemas que no pueden ser explicados por heridas físicas, incluyendo síntomas del sistema digestivo, neurológicos (síntomas conversivos, analgesias), sexuales, inmunológicos, cardiopulmonares, propioceptivos, sensoriales, dolores de cabeza severos, dolor crónico o fatiga).
 - Vocacional (aplicable a jóvenes que buscan trabajo o que trabajan): desinterés vocacional o en el trabajo, incapacidad para obtener o mantener empleos, conflictos persistentes con compañeros de trabajo o supervisores, subempleo en relación a capacidades, incapacidad para avanzar.

Aunque el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo no fue finalmente incluido en la última edición del DSM (DSM-5), más recientemente, la CIE-11 sí que ha confirmado el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo como una entidad diagnóstica diferente y adicional al Trastorno de Estrés Postraumático clásico (Brewin y cols., 2017; Maercker, 2021), con la premisa de que tales sujetos deben primero cumplir con los criterios del Trastorno de Estrés Postraumático (Maercker y cols., 2013). De esta manera, la propuesta de la CIE-11 para el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo sería la siguiente: se trata de un trastorno que requiere síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático pero también incluye tres características adicionales que reflejan el impacto que el trauma puede tener sobre los dominios implicados en la propia configuración u organización del individuo, específicamente en la regulación de la afectividad, en el autoconcepto y en los dominios relacionales. A diferencia de los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, en el que las reacciones al miedo o terror están ligadas a estímulos relacionados con el evento traumático, la afectación de estos tres dominios (es decir, regulación del afecto, concepto de sí mismo y dominios relacionales) en el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo acontece a través de diversos contextos y relaciones (es decir, en el contexto de las relaciones de apego) independientemente de lo próximo o lejano que se encuentren los recuerdos traumáticos.

1.3.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Como hemos visto en el apartado anterior, disponemos de evidencia empírica que demuestra que el Trastorno de Estrés Postraumático y el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo constituyen dos entidades diagnósticas diferenciadas. Por su parte, Cloitre y cols. (2013) plantearon su estudio analizando los dos constructos de cara a investigar si existían diferencias entre el Trastorno de Estrés Postraumático y el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, e informaron sobre los resultados de la validez de los dos diagnósticos como dos entidades diferenciadas, haciendo uso del análisis de perfil latente o *latent profile analysis* (LPA), una forma de análisis multivariante que puede identificar subgrupos de individuos que son empíricamente distinguibles sobre la base de diferentes patrones de síntomas (Lazarsfeld y Henry, 1968).

En primer lugar, mientras el Trastorno de Estrés Postraumático surge tras una vivencia traumática aguda y generalmente única, el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo acontece tras la exposición repetida a vivencias traumáticas extremas, múltiples, de forma mantenida en el tiempo y de las que no es posible escapar por aparecer en contexto interpersonal (Herman, 1992; Maercker y cols., 2013; Van der Kolk y cols., 2009). En segundo lugar, mientras el Trastorno de Estrés Postraumático se manifiesta por síntomas de reexperimentación del trauma, comportamientos de evitación y estado de conciencia alterado o hiperalerta, el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, además de los síntomas característicos del Trastorno de Estrés Postraumático, cursa con el desarrollo de alteraciones generalizadas y permanentes en el funcionamiento afectivo, del *self* (sí mismo) y relacional, que incluyen dificultades en la regulación emocional, sentimientos persistentes negativos de sí mismo, de culpa o vergüenza, y dificultades para establecer y mantener relaciones con iguales (Cloitre, 2020; Maercker y cols., 2013).

En este mismo sentido, de acuerdo con la CIE-11, en el Trastorno de Estrés Postraumático las manifestaciones clínicas se pueden englobar en tres dominios sintomáticos: i) reexperimentación del suceso traumático, ii) evitación de recuerdos traumáticos, y iii) alteración de la reactividad o estado permanente de hiperalerta. Según la CIE-11, el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, además de presentar los síntomas nucleares del Trastorno de Estrés Postraumático, cursa con la afectación de los tres dominios sintomáticos adicionales implicados en configuración u organización de la propia identidad del individuo (D'Andrea y cols., 2012; Maercker y cols., 2013): i) desregulación emocional (explosiones de ira, llanto excesivo, anhedonia, conductas autodestructivas, síntomas disociativos y anestesia emocional), ii) autoconcepto negativo (percepción negativa de sí mismo, creencias negativas persistentes de sí mismo, sentimientos de culpa y vergüenza), y iii) problemas interpersonales (incapacidad para establecer y mantener vínculos personales estrechos e íntimos). Además, a diferencia del Trastorno de Estrés Postraumático, el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo se asocia frecuentemente con manifestaciones clínicas, psicosociales y funcionales graves a corto y largo plazo, y según distintos autores, los síntomas derivados de las dificultades en la regulación afectiva, del autoconcepto negativo y de los problemas interpersonales, serían los responsables de la gravedad y cronicidad de sus consecuencias (Cloitre y cols., 2009; D'Andrea y cols., 2012). En la

tabla 8 se comparan los grupos sintomáticos propuestos por la CIE-11 para el Trastorno de Estrés Postraumático y el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.

Tabla 8. Grupos sintomáticos propuestos por la CIE-11 para el Trastorno de Estrés Postraumático y el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo

Trastorno de Estrés Postraumático	Trastorno de Estrés Postraumático Complejo
Reexperimentación	Reexperimentación
Evitación	Evitación
Hiperalerta	Hiperalerta
	Desregulación emocional
	Autoconcepto negativo
	Problemas interpersonales

1.3.4. SIMILITUDES Y DIFERENCIAS CON EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Algunos investigadores han expresado su preocupación acerca del solapamiento sintomático que existe entre el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo y el trastorno límite de la personalidad (Cook y cols., 2005), aunque en algunos casos, es posible que se trate de dos trastornos que aparecen de forma comórbida en un mismo individuo (Knefel, Tran y Lueger-Schuster, 2016). Brand y Lanius (2014) sugieren que el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, el trastorno límite de la personalidad y los trastornos disociativos tienen como sustrato común la alteración en los mecanismos de regulación emocional, de forma que mecanismos psicológicos anómalos subyacentes compartidos serían los responsables del solapamiento sintomático y comorbilidad entre estos trastornos.

El Trastorno de Estrés Postraumático Complejo se centra en los efectos del trauma y presenta síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático como un elemento central de la enfermedad. No obstante, los sujetos diagnosticados de trastorno límite de la personalidad en ocasiones refieren antecedentes de maltrato infantil, maltrato emocional o abuso sexual en la infancia. Según un estudio, hasta el 75 % de una muestra de 214

pacientes con trastorno límite de la personalidad grave referían antecedentes de abuso sexual infantil (McFetridge, Milner, Gavin y Levita, 2015). Sin embargo, un estudio más profundo de la naturaleza de las manifestaciones sintomáticas de estos dos trastornos puede ser de utilidad para diferenciar el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo del trastorno límite de la personalidad.

Primeramente, de forma comparativa con el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, el trastorno límite de la personalidad cursa con un mayor riesgo de comportamientos autodestructivos, conducta suicida y un concepto de sí mismo cambiante (en contraposición al autoconcepto permanentemente negativo característico del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo). Además, el trastorno límite de personalidad se caracteriza por un intenso temor al abandono, aspecto que no es evidente en el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (Maercker y cols., 2013). En uno de sus estudios, Cloitre y cols. (2014) postulan la existencia de cuatro síntomas que aumentan considerablemente la probabilidad de diagnosticar el trastorno límite de personalidad en contraposición al Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, a saber: i) concepto inestable de sí mismo, ii) relaciones interpersonales intensas e inestables, iii) impulsividad, y iv) esfuerzos desesperados para evitar el abandono.

Este último síntoma puede ser de utilidad también para diferenciar el trastorno de límite de la personalidad del trastorno bipolar. En el trastorno límite de la personalidad, los cambios de humor suelen depender de los acontecimientos vitales, en concreto de aquellos acontecimientos vitales que pueden reavivar el temor al abandono. Además, los cambios de humor son más rápidos en el trastorno límite de la personalidad y en el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo que en el trastorno bipolar, y se asocian habitualmente con emociones específicas como el miedo, la culpa o la vergüenza.

1.4. TEORÍAS EXPLICATIVAS DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

A continuación se revisan los principales modelos explicativos del estrés postraumático, desde teorías basadas en el aprendizaje, hasta teorías basadas en una perspectiva cognitiva, para concluir en teorías integradoras que tienen en cuenta la relación entre los componentes neurobiológicos y comportamentales. Estas teorías se han centrado en el Trastorno de Estrés Postraumático tradicional, si bien, la

comprensión del mecanismo de la desregulación emocional a través de los sesgos atencionales, como veremos más adelante, podría complementarlas, siendo por tanto superponibles al Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (Cloitre y cols., 2013; Mastorakos y Scott, 2019).

En los años 70, los investigadores trataron de explicar los síntomas de los trastornos postraumáticos de acuerdo con las teorías del aprendizaje, centrándose en la teoría de los dos factores de Mowrer (1960) del condicionamiento clásico y operante. Posteriormente, surgieron la teoría del procesamiento emocional y las teorías sociales-cognitivas, las cuales enfatizaron el procesamiento de la información y el impacto del trauma en el sistema de creencias del sujeto. En 1996, Brewin, Dalgleish y Josephs, propusieron la teoría de la representación dual, que como veremos a lo largo del siguiente apartado incorpora la teoría del procesamiento de la información y las teorías sociales-cognitivas.

1.4.1. PERSPECTIVA DESDE LAS TEORÍAS DEL APRENDIZAJE

Las primeras teorías del aprendizaje que trataron de dar una explicación de cómo se producen los trastornos relacionados con el trauma se basaron en la teoría de los dos factores de Mowrer (1960), de forma que la respuesta al miedo se produciría por un proceso de condicionamiento clásico y se mantendría por un proceso de condicionamiento operante a través del refuerzo negativo de la conducta de evitación.

El modelo conductual del estrés postraumático pone de relieve dos fases en su desarrollo. En primer lugar, el trauma (estímulo incondicionado) que produce una respuesta de miedo se asocia, a través del condicionamiento clásico, con un estímulo condicionado (recordatorios físicos o mentales del trauma, como visiones, olores o sonidos). En segundo lugar, a través del aprendizaje instrumental, los estímulos condicionados suscitan la respuesta de miedo independientemente del estímulo incondicionado original, y los individuos desarrollan un patrón de evitación tanto del estímulo condicionado como del estímulo incondicionado. Por tanto, un proceso de condicionamiento clásico explicaría los síntomas de malestar y de activación en los trastornos relacionados con el trauma, mientras que un proceso de condicionamiento operante explicaría el desarrollo de los síntomas de evitación y de mantenimiento de los

síntomas a lo largo del tiempo, siendo las conductas de evitación las que perpetuarán los sentimientos de miedo, el aislamiento y la pérdida de control (Miguel-Tobal, González y López, 2000).

1.4.2. PERSPECTIVA DESDE LAS TEORÍAS COGNITIVAS

Las teorías del aprendizaje, tal y como hemos visto en el apartado anterior, han sido frecuentemente utilizadas para explicar el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de ansiedad. Lo cierto es que, aplicadas a los trastornos relacionados con el trauma y el estrés, dan cuenta del amplio rango de situaciones y estímulos que producen una hiperactivación fisiológica y emocional, y también de cómo las conductas de evitación tienen gran importancia a la hora de mantener los síntomas. Sin embargo, estas perspectivas resultan limitadas al intentar explicar otros síntomas, como son el conjunto de los síntomas de reexperimentación, los sesgos en la atención o la existencia de otras respuestas emocionales distintas a la del miedo (por ejemplo, tristeza, vergüenza o culpa), entre otros (Guzmán, Padrós, García y Laca, 2014). Es por ello por lo que conviene complementar estas teorías con modelos que tengan en cuenta una perspectiva cognitiva. A continuación se realiza un breve repaso de las principales teorías cognitivas que han tratado de explicar los trastornos relacionados con el trauma y el estrés.

Teoría del Procesamiento Emocional de Foa y Kosaks (1985)

La teoría del procesamiento emocional (Foa y Kosaks, 1985) tiene sus orígenes en el modelo de Lang (1977), que hace referencia a lo que denominó «estructuras del miedo», las cuales modulan el procesamiento de la información en relación con la percepción e interpretación de estímulos, producto de la asociación con experiencias previas, por lo que tienden a ofrecer respuestas congruentes con el estado del miedo ante los mismos.

El concepto fundamental en el que se centran Foa y Kosaks (1985) es el procesamiento emocional, el cual se basa en una red de asociaciones situadas en la memoria a largo plazo que incorpora información sobre los estímulos presentes durante el evento traumático, junto a la información interoceptiva referida a la reacción

fisiológica, conductual y cognitiva ofrecida durante el evento traumático, y finalmente, las relaciones entre los distintos componentes. Una red defectuosa en cuanto a las asociaciones explicaría la aparición y mantenimiento de estos trastornos. Dicha red de asociaciones en la memoria es susceptible de ser modificada, para lo cual se necesitaría la activación de la estructura de memoria del miedo y la incorporación de información novedosa e incompetente con el contenido de la estructura de la memoria del miedo (Foa y Kosaks, 1986).

Foa y Kosaks (1985) distinguen entre el miedo normal o adaptativo y el patológico. Mientras el *miedo normal o adaptativo* es concebido como aquel en el cual el sujeto desarrolla asociaciones que posteriormente se activan ante circunstancias que suponen un peligro objetivo y dan lugar a respuestas que aumentan la probabilidad de supervivencia del individuo, el *miedo patológico* alude a aquellos casos en el que se realizan asociaciones que posteriormente inciden en la emisión de respuestas que no son adaptativas. Por ejemplo, cuando se activa la respuesta de alarma frente a estímulos que no representan un peligro objetivo o se experimenta una intensidad de respuesta de alarma desproporcionada al potencial daño que puede recibirse (Foa, Huppert y Cahill, 2006).

Según el modelo del procesamiento emocional (Foa y cols., 2006), el mantenimiento de la estructura patológica del miedo es el resultado de dos fenómenos. El primero es la evitación conductual y cognitiva que la persona hace ante los estímulos asociados al peligro, en el cual la persona experimenta miedo y realiza un comportamiento de evitación. El segundo fenómeno se refiere a sesgos que la persona presenta en los procesos cognitivos de codificación, interpretación y recuperación derivados de la propia estructura del miedo. Los autores de la teoría consideran que los trastornos relacionados con el trauma generarían una disfunción a la hora de la recuperación de los recuerdos, existiendo dos núcleos básicos de cogniciones que median en su desarrollo: i) el mundo es un lugar absolutamente peligroso (peligro), y ii) uno mismo es totalmente incompetente (incompetencia). Según estos autores, sólo la información inconsistente con las asociaciones que mantienen la estructura del miedo podrá llevar a una recuperación del sujeto. La exposición reiterada al recuerdo traumático en un ambiente seguro dará como resultado la activación de la red del miedo, la habituación al temor y el cambio posterior de la estructura del temor.

Teoría del Procesamiento de la información de Resick y Schnicke (1992)

La teoría del procesamiento de la información (Resick y Schnicke, 1992) establece una diferenciación entre las emociones que suceden durante el evento traumático, pues además del temor, los sujetos pueden experimentar otras emociones como la vergüenza, la ira y/o la tristeza. A través de los esquemas cognitivos se desarrollan los procesos de codificación, almacenamiento y recuperación de la información, y es la discrepancia entre las creencias que el sujeto tiene de sí mismo y del mundo, y la interpretación del evento traumático lo que genera un procesamiento anómalo de la información. Cuando la información es congruente con las creencias que el sujeto tiene de sí mismo y del mundo, ésta se asimila rápidamente. En cambio, si la información es incongruente y discrepa con las creencias que el sujeto tiene de sí mismo y del mundo, tiene que ser modificada, y se requieren de más recursos cognitivos para su integración, asumiendo una mayor vulnerabilidad frente a futuros eventos traumáticos, por lo que el sujeto intenta evitar asimilar la nueva información discrepante. Cuando las emociones son muy intensas se bloquea el proceso cognitivo, y con la evitación de las emociones egodistónicas, nunca se consigue modificar la información. La integración insatisfactoria a nivel cognitivo del evento traumático provoca que los recuerdos del mismo surjan como invasivos e intrusivos. También se desencadenan respuestas emocionales y activación, que forman parte del recuerdo del evento traumático, desencadenando una mayor evitación. Según esta teoría, es necesaria la expresión emocional para que el recuerdo del evento traumático pueda ser procesado totalmente (Astin y Resick, 1997).

Teoría de la respuesta al estrés

Horowitz (1986) plantea que el ser humano presenta una tendencia psicológica para integrar la información incompatible del entorno con el sistema de creencias, de forma que la información del evento traumático permanece en la memoria activa hasta que se procesa y se resuelve el evento. Este autor plantea dos posibles escenarios cuando un sujeto se enfrenta a un evento traumático: i) si la información es poco discrepante con los esquemas preexistentes de creencias se produce un procesamiento rápido, de forma que la información pasa a la memoria a largo plazo y no vuelve a reaparecer, ii) si la información se vive con gran discrepancia ésta permanece en la

memoria activa, de forma que acontecen intrusiones cada vez que el sujeto contacta con estímulos evocadores del evento traumático.

Teoría cognitiva de Ehlers y Clark (2000)

Este modelo centra su interés en: i) las evaluaciones que el sujeto hace sobre el evento traumático y sus consecuencias, ii) la forma en que se almacena en la memoria, iii) la relación entre la evaluación del trauma y la memoria del trauma, iv) la relación entre los procesos cognitivos y las conductas desadaptativas, v) el procesamiento cognitivo durante el trauma, y vi) las características del trauma, las experiencias y creencias previas al trauma, y el estado actual del sujeto. A continuación se exponen los procesos por los que el sujeto desarrolla psicopatología relacionada con el trauma y se mantiene a lo largo del tiempo según la teoría de Ehlers y Clark (2000).

Diferencias individuales en la evaluación del trauma y sus consecuencias. En cuanto a la evaluación propia del evento traumático, en algunos casos puede observarse una sobregeneralización del evento, lo que conlleva a percibir las situaciones cotidianas de forma más amenazante de lo que en realidad son. En cuanto a la evaluación sobre las consecuencias de la experiencia traumática, algunos sujetos que desarrollan trastornos relacionados con el trauma concluyen por la forma en cómo se comportan durante el evento traumático que son responsables y culpables de lo ocurrido. Al mismo tiempo, la evaluación de las consecuencias del trauma depende de otros tres tipos de evaluación: la evaluación sobre los síntomas iniciales, la evaluación sobre las reacciones que los demás tienen sobre el evento traumático y la evaluación de las consecuencias que el trauma ocasiona en las distintas áreas de la vida del sujeto. Ehlers y Clark (2000), siguiendo a Beck (1976), sugieren que las evaluaciones del evento son las que determinan el tipo de respuesta emocional del sujeto. Es decir, las evaluaciones de peligro percibido provocarán miedo, las evaluaciones de que otros no siguen las reglas y de injusticia provocarán ira, las evaluaciones sobre la supuesta responsabilidad de la víctima sobre el evento traumático desencadenarán culpa, las evaluaciones sobre haber transgredido los estándares internos generarán vergüenza, y finalmente, las evaluaciones de pérdida desembocarán en tristeza.

Diferencias individuales en la naturaleza de la memoria traumática y el vínculo con otras memorias autobiográficas. Por una parte, los sujetos víctimas de eventos traumáticos presentan una incapacidad para evocar un recuerdo total de lo acontecido, por lo que suelen ser memorias fragmentadas y desorganizadas. Por otra parte, presentan una aparición involuntaria de recuerdos que incluyen la reexperimentación de forma vívida del evento traumático, que suelen ser fruto de los denominados «gatillos». Es decir, estímulos que desencadenan la respuesta involuntaria de recuerdos. Según Ehlers y Clark (2000), la discrepancia entre los recuerdos voluntarios y los estímulos que disparan los recuerdos intrusivos o involuntarios se explican a través de la naturaleza de la reexperimentación, la pobre elaboración e incorporación de la memoria autobiográfica, la fuerte asociación entre el estímulo-estímulo (condicionamiento clásico) y estímulo-respuesta (condicionamiento operante) y un fuerte primado o *priming* perceptual.

Relación entre la memoria del trauma y la evaluación del trauma. Según Ehlers y Clark (2000) existe una relación bidireccional entre la memoria del trauma y la evaluación del trauma y sus consecuencias.

Relación entre los procesos cognitivos y las conductas desadaptativas. Estos autores consideran que las evaluaciones se asocian con las estrategias cognitivas que desarrollan los sujetos y éstas llevan a realizar conductas desadaptativas. Por ejemplo, valoraciones negativas sobre recordar el trauma como que ello traería consecuencias como «perder el control» favorecen la realización de estrategias disfuncionales como «tratar de no pensar en el trauma».

Procesamiento cognitivo durante el trauma. Se considera que si el sujeto presenta pensamientos de derrota mental del tipo «no tengo ningún control» durante el evento traumático, desarrollará evaluaciones negativas sobre sí mismo, la permanencia constante de la sintomatología postraumática e incapacidad para enfrentarla.

Características del trauma, experiencias y creencias previas, y estado actual. En cuanto a las características del trauma, Ehlers y Clark (2000) señalan la importancia de la duración y la predictibilidad del evento (es decir, mientras mayor sea la duración y menor sea la posibilidad de predicción, mayor será el efecto traumático). Sobre las

experiencias previas al trauma, los autores señalan que aquellos que sufrieron eventos traumáticos en la infancia pueden tener más dificultades para procesar el último evento traumático. De igual forma, las creencias previas al trauma pueden provocar confusión y dificultad para procesar el evento. También, un sujeto que presenta creencias negativas de sí mismo antes del trauma, pueden llegar a considerar el evento como una confirmación de las creencias negativas sobre sí mismo.

Teoría Cognitivo-Social

La teoría cognitivo-social (Resick, Monson y Chard, 2008) se centra en la capacidad de recuperación espontánea de los sujetos, de forma que la gran mayoría de sujetos que viven una experiencia traumática se recuperarán de forma natural. Sin embargo, algunos sujetos no logran esta recuperación natural, por lo que se sugiere que los trastornos relacionados con el trauma acontecen como un fallo en el proceso de recuperación espontánea, que queda obstaculizado por ciertos elementos.

Este modelo se centra en las creencias distorsionadas a nivel emocional y conductual que tienen los sujetos que desarrollan trastornos derivados del trauma. Resick y cols. (2008) consideran que el modelo del procesamiento emocional y de la información se centra fundamentalmente en el esquema del miedo, y olvida otras redes cognitivas asociadas al horror, la tristeza, la ira, la culpa o la humillación, siendo habituales en estos sujetos. Las respuestas de alarma y comportamiento de lucha-huida-paralización que el sujeto muestra durante el acontecimiento con alta probabilidad de trauma se asocian a claves del ambiente (imágenes, sonidos, olores) que estuvieron durante el evento y que antes no tenían ningún significado particular. Pasado el evento traumático, estas claves podrán activar la respuesta de alarma y comportamiento de lucha-huida-paralización, lo que explicaría los síntomas de reexperimentación. El sujeto entonces evitará las claves para evitar experimentar malestar, lo cual impedirá obtener un nuevo aprendizaje acerca de que el peligro ya no está presente, y lo mantendrá hiperactivado ante evaluaciones de situaciones cotidianas, considerándolas como potencialmente peligrosas. Serán frecuentes las falsas alarmas que le provocará la pérdida de confianza sobre su propio juicio y un estado de hipervigilancia continuo.

Teoría de la Representación Dual

El modelo de la representación dual (Brewin y cols., 1996) se sitúa en la línea de propuestas en las que se propone la existencia de distintos patrones de codificación, almacenamiento y recuperación de la información de un suceso (Tulving y Schacter, 1990), así como los estudios de tipo neuroanatómico donde se proponen diferentes vías por las que la información procedente de eventos con gran carga emocional son almacenadas en la memoria, en ocasiones con implicación de estructuras corticales y en otras con la participación de estructuras subcorticales (LeDoux, 1992).

1.4.3. PERSPECTIVA NEUROBIOLÓGICA

La exposición a un acontecimiento traumático genera cambios a nivel neurofisiológico y neurobiológico (Mesa y Moya, 2011).

El modelo neurobiológico para explicar la psicopatología después de un evento traumático involucra regiones corticales y subcorticales que intervienen en la memoria, en la modulación de las emociones y en la respuesta al estrés, entre otros. El sistema catecolaminérgico y el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal son los sistemas clave que son sensibilizados en el estrés postraumático, contribuyendo junto con otros sistemas a la hipervigilancia, a la pobre concentración, a la exaltación, al insomnio y a los síntomas intrusivos (Díaz-Marsá, Molina, Lozano y Carrasco, 2000). Diversos estudios neurobiológicos han puesto de manifiesto que existen varias estructuras cerebrales implicadas en el estrés postraumático, y entre éstas destacan la amígdala, el locus coeruleus, el tálamo, el hipocampo, el hipotálamo, el córtex prefrontal y el sistema opioide-endógeno (Castro, Campos y López, 2003; Díaz y cols., 2000; Mesa y Moya, 2011).

1.4.4. PERSPECTIVA INTEGRADORA

Por último, cabe destacar que en las últimas décadas se han desarrollado modelos que recogen e integran de una manera satisfactoria los resultados de la investigación psicológica y neurobiológica. Por una parte, el modelo integrador bifactorial de Everly (1995) tiende a considerar fundamentalmente aspectos psicológicos apoyándose

planteamientos psicológicos, y por otra parte, el modelo integrador de Bremner (2000) parte de planteamientos neurobiológicos para explicar distintos efectos psicológicos.

1.5. SESGOS ATENCIONALES EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO

La atención es un proceso cognitivo considerado como básico y transversal a los procesos psicológicos superiores en el ser humano (Eguíluz y Segarra, 2013). Es decir, los procesos cognitivos humanos se relacionan jerárquicamente de básicos a complejos interactuando entre sí, de manera que resulta necesario que los procesos básicos funcionen adecuadamente para que los más complejos sean igualmente eficaces. De este modo, se deduce que, si la atención está alterada, otros procesos superiores como el aprendizaje, la memoria o las funciones ejecutivas lo estarán también en algún grado. La atención supone una habilidad que pone al ser humano en comunicación y contacto tanto con el medio exterior como con el medio interior, y a través del control que ejerce sobre el resto de procesos cognitivos determina cómo se filtra la información percibida a través de los sentidos (Broadbent, 1958) y/o cómo se asignan los recursos cognitivos a la información seleccionada (Kahneman, 1973), permitiendo la adaptación del ser humano a las demandas del entorno.

De acuerdo con Mathews y MacLeod (1994), los estados de ánimo están relacionados con patrones característicos de procesamiento de la información emocionalmente relevante, donde la atención ejerce un papel fundamental. Las investigaciones que estudian la interacción entre atención y emoción en psicopatología intentan caracterizar el procesamiento atencional hacia la información emocional en sujetos con un trastorno mental. En concreto, la información emocional concordante con la sintomatología de los sujetos (por ejemplo, la información amenazante en sujetos con Trastorno de Estrés Postraumático, o la información triste en sujetos con clínica depresiva) es atendida de forma distinta que la información neutral (Bower, 1981). A este proceso se le conoce como «sesgo atencional congruente con el estado de ánimo», y refleja la interacción entre la información emocionalmente relevante, que genera un efecto sobre la atención, y el trastorno mental del sujeto. De esta forma, la dificultad para retirar la atención de información negativa (es decir, triste o amenazante) puede acabar generando sintomatología depresiva o ansiosa (Hankin, Gibb, Abela y Flory,

2010; Romens y Pollak, 2012), mientras que prestar excesiva atención hacia información positiva (es decir, alegre) puede desembocar en estados de exaltación anímica (García-Blanco, Perea y Livianos, 2013).

Se ha propuesto que la información con connotaciones emocionales negativas, especialmente la amenazante, es particularmente importante en los niños maltratados que desarrollan trastornos relacionados con el trauma (Gibb, Schofield y Coles, 2009; Pine y cols., 2015). Esto podría asociarse a los esquemas cognitivos desadaptativos que desarrollan estos menores, caracterizados por una percepción negativa de sí mismos, de los demás y del mundo que les rodea (Blum y cols., 2014), que al mismo tiempo desembocaría en el autoconcepto negativo y los problemas interpersonales característicos del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (Cloitre y cols., 2013; D'Andrea y cols., 2012; Maercker y cols., 2013). Es por ello que, en el trauma complejo, los sesgos atencionales hacia la información emocional negativa, particularmente la que presenta connotaciones amenazantes, sean los más estudiados.

Sin embargo, a pesar de que los sesgos atencionales resultan fundamentales para las causas del desarrollo y mantenimiento de la psicopatología observada en menores maltratados que asocian psicopatología, a día de hoy los resultados de las distintas investigaciones resultan confusos, heterogéneos y en ocasiones contradictorios. Esta incongruencia puede explicarse en gran parte a la heterogeneidad de los estudios. En primer lugar, la falta de evidencia en relación a los sesgos atencionales en menores maltratados puede estar relacionada con la heterogeneidad experimental con respecto a la connotación afectiva concreta de los estímulos empleados (Gibb y cols., 2009; Pine y cols., 2015; Romens y Pollak, 2012). En segundo lugar, puede estar relacionada con los diferentes estadios de procesamiento de la información estudiados (es decir, estudio de estadios preconscientes frente a estadios conscientes en el procesamiento de la información) en los que se han centrado los diferentes estudios (Yiend, 2010). En tercer lugar, estos resultados discordantes podrían guardar relación con la heterogeneidad de los sujetos que conforman las muestras, principalmente en función del tiempo transcurrido desde que acontece el maltrato hasta que se lleva a cabo la evaluación (es decir, menores que han sido recientemente maltratados frente a adultos con historia personal de maltrato infantil), las diferente caracterización del maltrato al que son sometidos (es decir, tipología, intensidad y duración) y la falta de homogeneidad en la

psicopatología de los sujetos (es decir, vivencias aisladas de maltrato frente a vivencias de maltrato que asocian trastornos relacionados con el trauma como por ejemplo el Trastorno de Estrés Postraumático o el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo) (Elsesser, Sartory y Tacknber, 2005; Fani, Bradley-Davino, Ressler y McClure-Tone, 2011).

Por estos motivos, antes de exponer la evidencia empírica sobre sesgos atencionales en menores maltratados, vamos a realizar una breve exposición de distintos conceptos y características relacionadas con la atención con el propósito de facilitar una mejor comprensión del procesamiento atencional en esta población.

1.5.1. LA ATENCIÓN

En términos generales, la atención se puede definir como un mecanismo que pone en marcha una serie de procesos y operaciones gracias a los cuales, y como ya se ha indicado en el epígrafe anterior, somos más perceptivos a los sucesos del ambiente y llevamos a cabo una gran cantidad de tareas de forma más eficaz (García-Sevilla, 2007). Estos procesos pueden ser procesos selectivos (se activan cuando el ambiente nos exige dar respuesta a un solo estímulo en presencia de otros estímulos), de distribución (se ponen en marcha cuando el ambiente nos exige atender a varias cosas a la vez), y de mantenimiento o sostén (se producen cuando tenemos que concentrarnos en una tarea durante períodos de tiempo determinados).

Componentes de la atención

Basándonos en el trabajo de Sohlberg y Mateer (2001), a lo largo del proceso atencional, se reconocen seis componentes jerárquicos diferentes (ver tabla 9): i) *arousal*, ii) atención focalizada, iii) atención sostenida, iv) atención selectiva, v) atención alternante, y vi) atención dividida. En concreto, la atención selectiva supone la capacidad de separar los estímulos relevantes de los que no lo son, y se ha considerado como uno de los mecanismos nucleares en la comprensión de la interacción entre los procesos cognitivos y los procesos emocionales.

Tabla 9. Componentes de la atención (Sohlberg y Mateer, 2001)

Componentes	Definición
<i>Arousal</i>	Capacidad de estar despierto y de mantener la alerta. Implica la capacidad de seguir estímulos u órdenes. Es la activación general del organismo
Atención focalizada	Capacidad para centrar diferentes niveles de intensidad de atención sobre el estímulo. Se relaciona mucho con la capacidad del sujeto para inhibir la interferencia de estímulos no relevantes que compiten por su capacidad de atención, limitada en el ser humano
Atención sostenida	Capacidad para mantener la atención en el tiempo. Depende de las características individuales de cada sujeto y de las circunstancias ambientales
Atención selectiva	Capacidad para diferenciar los estímulos relevantes, o aquellos a los que damos prioridad, de los que no lo son (distracciones). Viene condicionada por aspectos personales como la motivación o el filtro personal, o por aspectos propios del estímulo como la intensidad de este
Atención alternante	Capacidad para cambiar de manera alternante la atención de un estímulo a otro, o de cambiar el foco de atención de una tarea a otra que exige habilidades o respuestas diferentes
Atención dividida	Capacidad para atender a más de un estímulo al mismo tiempo y de procesar la información relativa a cada uno de ellos a la vez. La capacidad de dividir la atención es limitada y depende de otros aspectos fundamentales: la velocidad de procesamiento de la información y la flexibilidad cognitiva

Características de la atención

Por otra parte, la atención viene determinada por cuatro características principales (García-Sevilla, 2007), a saber: i) tiene una amplitud determinada, ii) puede ser más o menos intensa, iii) puede oscilar, y iv) ejerce funciones de control. Veamos en qué consiste cada una de estas propiedades.

Amplitud. Existe evidencia clara de que podemos atender al mismo tiempo a más de un evento, un proceso de decisión o a una respuesta. El concepto de amplitud al mismo tiempo hace referencia a la cantidad de información que el organismo puede atender al mismo tiempo y al número de tareas que podemos realizar simultáneamente.

Intensidad. La intensidad se define como la cantidad de atención que prestamos a un objeto o tarea, y se caracteriza por estar directamente relacionada con el nivel de vigilia y alerta.

Oscilamiento. La atención cambia u oscila continuamente, ya sea porque tenemos que procesar dos o más fuentes de información, o porque tenemos que llevar a cabo dos tareas y se dirige alternativamente de una a otra.

Control. Cuando la atención se pone en marcha y despliega sus mecanismos de funcionamiento de una manera eficiente en función de las demandas del ambiente hablamos de control atencional o atención controlada. En contraposición, cuando la actividad mental que desarrollamos no va orientada a ningún fin específico decimos que la atención es libre.

Mecanismos implicados en la atención selectiva

Generalmente, nuestro sistema cognitivo es bombardeado por una gran cantidad de estímulos. Sin embargo, unos estímulos son atendidos prioritariamente para un procesamiento adecuado, mientras que otros son rechazados. Posner y Dehaene (1994) proporcionaron una teoría integradora de los mecanismos atencionales implicados en el procesamiento de los estímulos visuales y sus correlatos neuroanatómicos para dar respuesta a cómo se produce esta selección. Según esta teoría, existen tres sistemas atencionales separados, aunque relacionados entre sí, que permiten seleccionar los estímulos a atender: i) la Red Atencional Posterior o de Orientación, ii) la Red Atencional de Vigilancia o de Alerta, y iii) la Red Atencional Anterior o de Control Ejecutivo. La *Red Atencional Posterior o de Orientación* dirige el proceso que permite el movimiento de la atención hacia el lugar donde aparece un estímulo potencialmente relevante e implica que los estímulos ubicados en un lugar determinado se amplifiquen, ya sea por motivos intrínsecos al individuo o por los efectos del medio externo. La

orientación de la atención a su vez se divide en enganche (captación que facilita la localización y la selección de determinados estímulos), desenganche (permite la retirada de la atención de un determinado estímulo) y cambio (permite la reubicación espacial de la atención a lo largo del campo visual). La *Red Atencional de Vigilancia o de Alerta* permite un estado de preparación o de activación general, necesario para dar una respuesta rápida a un estímulo. La *Red Atencional Anterior o de Control Ejecutivo* permite dirigir voluntariamente el procesamiento emocional ante situaciones que requieren de planificación, desarrollo de estrategias, resolución de conflictos estímulares o respuestas nuevas.

Por otra parte, los recursos atencionales disponibles para el procesamiento de la información son limitados y deben distribuirse de acuerdo con la prioridad de procesamiento que, en el caso de interacción con la emoción, se rige por dos premisas: i) la información emocional precisa de una mayor demanda de recursos atencionales que la información neutra, y ii) los estados emocionales patológicos modulan la capacidad atencional dirigiendo los recursos atencionales de maneras específicas (Yiend, 2010).

1.5.2. EVIDENCIA EN EL ESTUDIO DE LOS SEGOS ATENCIONALES EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO

El estudio del efecto de la emoción sobre la atención se ha asociado a la saliencia de cierta información emocional para la atención selectiva, es decir, el papel de los sesgos atencionales. Entre los dominios afectados en el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, la desregulación emocional, que supone la pérdida de la capacidad de modular las respuestas afectivas frente a estímulos emocionales, se considera como el mecanismo nuclear y subyacente del desarrollo de alteraciones en el autoconcepto y de las dificultades relacionales (Scott, Smith y Ellis, 2010; Widom y cols., 2007), y contribuye por tanto al desarrollo y mantenimiento de dicho trastorno (Klein y cols., 2019). A nivel teórico, los modelos del procesamiento de la información sugieren que la forma en la que se atiende, se interpreta y se recuerda la información es congruente con el estado de ánimo (es decir, los sujetos con un estado de ánimo bajo presentan preferencia por la información negativa) (Beck, 1976). Por tanto, la desregulación emocional que acontece en el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo daría lugar a sesgos en el procesamiento emocional de la información

(Dalglish, Moradi, Taghavi, Neshat-Doost y Yule, 2001), ocasionando un concepto negativo de sí mismo (Infurna y cols., 2016) y problemas interpersonales (Shackman, Shackman y Pollak, 2007). A pesar de que los sesgos atencionales constituyen un factor significativo en la vulnerabilidad emocional y promueven respuestas conductuales anómalas, los mecanismos subyacentes de la desregulación emocional que acontecen en el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo son todavía desconocidos. El estudio del procesamiento de la información emocional y el papel que los sesgos atencionales juegan en la regulación emocional en estos sujetos tendría, por tanto, un especial interés en su aplicación al Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (Cloitre y cols., 2013; Mastorakos y Scott, 2019).

Una actividad cognitiva es aquella que el sujeto desarrolla ante determinadas situaciones problema en las que hay implicados ciertos procesos psicológicos (García-Sevilla, 2007). Dichas situaciones se conocen con el nombre de tareas, y la forma de medir la actividad cognitiva es a través del rendimiento obtenido en la realización de dicha tarea (García-Sevilla, 2007). En el caso de los procesos atencionales son muchas las tareas que se pueden llevar a cabo para estudiarlos. En el ámbito de la investigación básica, las actividades cognitivas consisten en tareas de laboratorio que el sujeto lleva a cabo bajo ciertas instrucciones, y éstas son evaluadas en función de unas dimensiones de respuestas: i) el tiempo de reacción o latencia de respuesta (responder lo más rápidamente posible ante la presencia de un estímulo), ii) la detección (percibir la presencia/ausencia de un estímulo previamente indicado), iii) la discriminación (percibir la diferencia entre un par de estímulos), iv) la identificación (se presentan dos o más estímulos y el sujeto ha de decidir si ambos estímulos son iguales en función de un criterio preestablecido), v) el recuerdo (consiste en evocar o recuperar cierta información previamente aprendida), vi) el reconocimiento (se presenta una determinada información al sujeto, y éste ha de decidir si dicha información es la misma que ha memorizado previamente), y vii) la búsqueda (el sujeto ha de reconocer, entre un conjunto de información, si se incluye aquella que ha memorizado previamente). Como señala De Vega (1984), la imagen prototípica de cualquier investigación cognitiva sería la de un sujeto que espera atentamente la aparición de un estímulo y responde apretando un botón lo más rápido posible.

Durante la última década, el estudio de los sesgos atencionales en los niños expuestos a trauma complejo, como es el maltrato, se ha desarrollado significativamente, generando evidencia consistente que permite una mejor comprensión del procesamiento emocional de la información en el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo. En particular, el papel de los sesgos atencionales en esta población se ha examinado a partir de tareas experimentales de tiempo de reacción. Dentro de estos paradigmas experimentales, la tarea computarizada de la doble pista emocional (*Emotional Dot-Probe Task*, McLeod, Mathews y Tata, 1986) merece especial atención. La evidencia de este paradigma se describe en los próximos epígrafes.

Tarea de la Doble Pista Emocional (*Emotional Dot-Probe Task*, MacLeod, Mathews y Tata, 1986)

La tarea de la doble pista emocional es un paradigma experimental ampliamente utilizado en la investigación de los sesgos atencionales. En esta tarea, se solicita al sujeto que fije su atención en una cruz que aparece en el centro del monitor, la cual es sustituida rápidamente por dos estímulos señal (por ejemplo, rostros faciales de un mismo actor o escenas sociales) – uno emocional (alegre, triste o amenazante) y otro neutro – presentados simultáneamente en localizaciones opuestas del monitor (generalmente arriba y abajo, o a la izquierda y a la derecha). El estímulo señal permanece en el monitor durante un tiempo determinado. Se dice que tasas de presentación del estímulo iguales o superiores a 1000 ms se corresponderían con un procesamiento emocional más controlado y consciente, y por tanto, más sujetos al control voluntario, mientras que tasas de presentación del estímulo iguales o inferiores a 500 ms se corresponderían con etapas automáticas y preconscientes del procesamiento emocional (Yiend, 2010). Seguidamente, un punto sustituye uno de los dos estímulos, solicitándole al sujeto que indique en qué posición ha aparecido el punto lo más rápido posible. El rendimiento de la tarea se mide mediante el tiempo de reacción, de forma que respuestas más rápidas para estímulos emocionales respecto a los neutros indican un sesgo atencional *positivo* o de *preferencia atencional* por la información emocional presentada en el mismo lugar en que luego aparece el punto, mientras que respuestas más rápidas para estímulos neutros respecto a los emocionales indican un sesgo atencional *negativo* o de *evitación atencional* de esa información emocional. Véase la figura 4 para la tarea de la doble pista emocional de caras estándar.

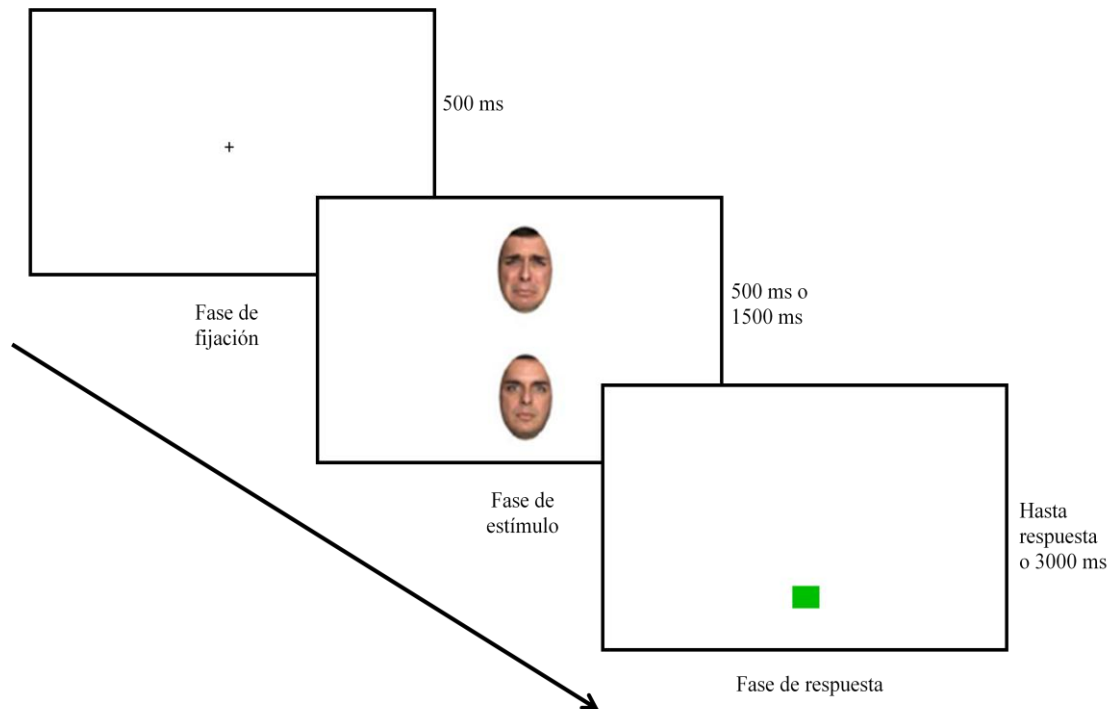


Figura 4. Secuencia de presentación de estímulos para la tarea de la doble pista emocional de caras

Estudios previos han aplicado la tarea de la doble pista emocional en población infantil maltratada centrando su exploración en la presencia de sesgos atencionales, de forma que la literatura disponible sugiere la existencia de una relación entre el maltrato infantil y el procesamiento emocional anómalo de la información negativa (es decir, triste y amenazante) en esta población. En concreto, recientes estudios han hallado una fuerte evidencia entre la exposición temprana al maltrato y sesgos atencionales en el procesamiento emocional de caras amenazantes durante la aplicación de la tarea de la doble pista emocional (Gibb y cols., 2009; Pine et al, 2005). Sin embargo, los resultados a cerca de la direccionalidad de este sesgo atencional (es decir, *preferencia* o *evitación*) no son concluyentes, puesto que en la literatura podemos encontrar resultados contradictorios. Se han considerado principalmente dos hipótesis para dar explicación a estos resultados aparentemente contradictorios: i) el estadio en el que se lleva a cabo la valoración del procesamiento emocional, que vendría determinado por la tasa de presentación del estímulo (es decir, estadios preconscientes del procesamiento emocional se corresponderían con tasas de presentación del estímulo iguales o inferiores a 500 ms, mientras que estadios conscientes del procesamiento emocional se

corresponderían con tasas de presentación del estímulo iguales o superiores a 1000 ms) (Yiend, 2010), y ii) el periodo de tiempo transcurrido desde que acontece el evento traumático hasta que se realiza la evaluación, que vendría determinado por las características de los sujetos evaluados según se trate de niños maltratados en ese mismo momento o adultos con historia de maltrato infantil en el pasado (Elsesser y cols., 2005).

La primera hipótesis propone que la direccionalidad del sesgo atencional en el procesamiento de la información amenazante dependería de la tasa de presentación del estímulo (Yiend, 2010). Por ejemplo, mientras Gibb y cols. (2009) hallaron un sesgo atencional de *preferencia* hacia caras amenazantes durante estadios conscientes del procesamiento emocional, Pine y cols. (2005) encontraron un sesgo atencional de *evitación* de caras amenazantes durante estadios preconscientes del procesamiento emocional. Gibb y cols. (2009) administraron la tarea de la doble pista emocional a una muestra de sujetos adultos con antecedentes de maltrato infantil. Se evaluó la presencia de sesgos atencionales haciendo uso de caras amenazantes, alegres y tristes, durante un estadio consciente del procesamiento emocional (1000 ms). Los resultados mostraron que los adultos con antecedentes de maltrato infantil presentaban un sesgo atencional de *preferencia* hacia caras amenazantes respecto al grupo control. En cambio, Pine y cols. (2005) administraron la tarea de la doble pista emocional a una muestra de niños maltratados, la mayoría de los cuales estaban diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático. Evaluaron la presencia de sesgos atencionales utilizando caras amenazantes y alegres, durante un estadio preconsciente del procesamiento emocional (500 ms). Los resultados mostraron que a diferencia del grupo control, los niños maltratados presentaban un sesgo atencional de *evitación* de caras amenazantes. Además, aquellos niños que eran más gravemente maltratados y que cumplían criterios diagnósticos para el Trastorno de Estrés Postraumático, presentaban una mayor *evitación* de caras amenazantes.

La segunda hipótesis sugiere que el periodo de tiempo transcurrido desde que acontece el evento traumático hasta que se lleva a cabo la evaluación podría determinar la direccionalidad del sesgo atencional en el procesamiento de la información amenazante. En otras palabras, la experiencia de un evento traumático, según acontezca de forma reciente o distante en el tiempo, podría explicar si los estímulos amenazantes

son evitados o por el contrario son atendidos de forma preferente (Fani y cols., 2011). Gibb y cols. (2009) evaluaron en su estudio sujetos adultos con antecedentes de maltrato infantil, mientras que Pine y cols. (2005) evaluaron niños maltratados en el momento de la administración de la tarea. Para comprobar esta hipótesis, Elsesser y cols. (2005) evaluaron la direccionalidad de los sesgos atencionales en el procesamiento de la información amenazante en una muestra de sujetos supervivientes tras un evento traumático administrando la tarea de la doble pista emocional durante estadios preconcientes del procesamiento emocional (500 ms) en dos momentos temporales distintos: en un primer momento tras un breve periodo de tiempo tras la experiencia traumática y en un segundo momento pasados tres meses desde la experiencia traumática. Los resultados mostraron que los sujetos presentaban un sesgo atencional de *evitación* de la información amenazante inmediatamente después de la vivencia traumática pero, en cambio, presentaban un sesgo atencional de *preferencia* hacia la información amenazante pasados tres meses desde la experiencia traumática.

Otra laguna en la literatura centrada en el procesamiento emocional anómalo de la información negativa en esta población radica en que la mayoría de los estudios disponibles se centran principalmente en el procesamiento de la información amenazante, mientras que los sesgos atencionales en el procesamiento de la información triste han sido escasamente considerados. El estudio de los sesgos atencionales en el procesamiento de la información triste resulta de interés, dado el riesgo de depresión, el autoconcepto negativo y los problemas interpersonales observados en niños expuestos a trauma complejo (Duque y Vázquez, 2015). Romens y Pollak (2012) administraron la tarea de la doble pista emocional a una muestra de niños maltratados tras la inducción de un estado emocional de tristeza para evaluar la presencia de sesgos atencionales en el procesamiento de caras amenazantes, tristes y alegres, durante estadios conscientes del procesamiento emocional (1500 ms). Los resultados mostraron que aquellos niños expuestos a mayores niveles de maltrato y con más rasgos de rumiación presentaban un sesgo atencional de *preferencia* hacia las caras tristes tras la inducción de un estado emocional de tristeza. Los autores de este estudio concluyeron que la detección de un sesgo atencional en el procesamiento de la información triste en los niños maltratados podría utilizarse como un predictor para identificar sujetos con un mayor riesgo de sufrir depresión a largo plazo.

Por otra parte, cabe señalar que hasta la fecha la totalidad de los estudios en niños víctimas de maltrato infantil se centran en el procesamiento emocional de caras. La tarea de la doble pista emocional que utiliza caras como estímulo señal supone una técnica valiosa, ya que permite un elevado control experimental. Sin embargo, los sesgos atencionales obtenidos a partir de procesamiento emocional de caras ofrecen una validez ecológica limitada y no son generalizables a situaciones del mundo real (Weierich, Treat y Hollingworth, 2008). En cambio, las imágenes de escenas sociales estudian el procesamiento emocional en un dominio similar a situaciones reales y por tanto ofrecen un paradigma con una mayor validez ecológica que el procesamiento emocional de caras. Dos estudios recientes que tenían como objetivo estudiar el procesamiento emocional en población infantil diagnosticada de trastorno del espectro autista, encontraron respuestas diferentes en el procesamiento emocional de la información en función de si el estímulo señal eran caras o escenas (ver García-Blanco y cols., 2017a; y García-Blanco y cols., 2017b). En este caso, mientras los niños diagnosticados de autismo presentaban un sesgo atencional de *evitación* de caras amenazantes, presentaban un sesgo atencional de *preferencia* hacia escenas amenazantes. De ahí la importancia de confirmar la existencia de un procesamiento emocional anómalo de la información negativa en niños expuestos a trauma complejo tal y como se ha descrito en la literatura, y comprobar si existen diferentes patrones de procesamiento emocional en función del tipo de estímulo señal del que se trate (es decir, caras frente a escenas).

1.6. CONCLUSIONES

La exposición a situaciones traumáticas múltiples, de tipo interpersonal, desde una edad temprana, de manera repetida y mantenida en el tiempo, constituye una forma de trauma complejo, que con frecuencia se relaciona con el desarrollo de sintomatología más grave y persistente que la observada en el Trastorno de Estrés Postraumático. De ahí que numerosos investigadores hayan centrado sus esfuerzos en demostrar la evidencia empírica del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, trastorno que recientemente ha sido incluido como una entidad nosológica adicional y diferente dentro del capítulo de los Trastornos Asociados Específicamente con el Estrés en la onceava revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11).

En el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, además de los síntomas característicos del Trastorno de Estrés Postraumático, se ven afectados los dominios implicados en la configuración de la propia identidad del individuo, manifestándose en forma de desregulación emocional, autoconcepto negativo y problemas interpersonales. En concreto, la desregulación emocional se ha considerado como el elemento nuclear, situándose en la base del desarrollo y mantenimiento del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.

Una forma apropiada de estudiar los mecanismos subyacentes de la desregulación emocional en niños expuestos a trauma complejo es a través de los sesgos en el procesamiento emocional de la información. En primer lugar, la investigación en el ámbito de los sesgos atencionales en menores maltratados ha señalado la presencia de un procesamiento emocional anómalo de la información negativa. En concreto, los resultados de estos estudios han mostrado una evidente alteración en el procesamiento de la información negativa con connotación amenazante. Sin embargo, el procesamiento de la información negativa con connotación triste no ha sido tan ampliamente investigado. Por otra parte, la totalidad de los estudios centrados en el procesamiento emocional de la información en niños maltratados se han centrado exclusivamente en la utilización de caras como estímulo señal durante la administración de la tarea de la doble pista emocional. Sin embargo, hasta la fecha no se han realizado estudios que utilicen escenas como estímulo señal, a pesar de que estudian el procesamiento emocional en un dominio similar al mundo real y ofrecen un paradigma con una mayor validez ecológica. Por último, cabe destacar que los estudios centrados en la interacción atención-emoción tratan de caracterizar el procesamiento atencional hacia la información emocional en sujetos con un trastorno mental, de forma que la información emocional concordante con la sintomatología en los niños maltratados es atendida de manera diferente que la información neutral. Dicho de otra manera, existe evidencia de una asociación entre el procesamiento anómalo de la información amenazante y el desarrollo de síntomas de estrés postraumático, y entre el procesamiento anómalo de la información triste y el desarrollo de síntomas depresivos en los menores expuestos a trauma complejo.

Por tanto, los hallazgos sobre los estudios disponibles centrados en el procesamiento emocional en niños expuestos a trauma complejo, como es el maltratado

infantil, sugieren la presencia de sesgos atencionales en el procesamiento de la información negativa. Nuestro estudio tiene como objetivo clarificar la existencia de un patrón de desregulación emocional en una muestra homogénea de niños maltratados y diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, mediante la administración de la tarea experimental de la doble pista emocional utilizando como estímulo señal tanto caras (tarea experimental número 1), en estadios preconscientes y conscientes de procesamiento emocional, como escenas (tarea experimental número 2), de contenido emocional (alegre, triste y amenazante) y neutro, con el último fin de arrojar luz en el camino para una mejor comprensión y caracterización del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1. OBJETIVOS

Para la realización de nuestro estudio diseñamos dos tareas experimentales, y los objetivos del mismo fueron los siguientes para cada una de las tareas:

2.1.1. TAREA EXPERIMENTAL NÚMERO 1

1. Examinar si los niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo muestran un procesamiento emocional anómalo de la información negativa durante la aplicación de la tarea de la doble pista emocional de caras.
2. Evaluar en qué estadios del procesamiento emocional (es decir, estadios preconscientes o conscientes) se presentan los sesgos atencionales durante el procesamiento de la información negativa (es decir, amenazante y triste) de caras en los niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.
3. Estudiar si existe una relación entre los sesgos atencionales durante el procesamiento de la información negativa (es decir, amenazante y triste) de caras y patrones sintomáticos específicos en los niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.

2.1.2. TAREA EXPERIMENTAL NÚMERO 2

1. Examinar si los niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Complejo presentan un procesamiento emocional anómalo de la información negativa (es decir, amenazante y triste) durante la administración de la tarea de la doble pista emocional de escenas.
2. Evaluar la direccionalidad del sesgo atencional en el procesamiento emocional de escenas amenazantes en los niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.

3. Estudiar si existe una relación entre los sesgos atencionales durante el procesamiento de la información de escenas amenazantes y patrones sintomáticos específicos en los niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.

2.2. HIPÓTESIS

Los objetivos de las dos tareas experimentales se tradujeron en las siguientes hipótesis de investigación:

2.2.1. TAREA EXPERIMENTAL NÚMERO 1

1. Los niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo mostrarán un procesamiento emocional anómalo de la información negativa durante la aplicación de la tarea de la doble pista emocional de caras, consistente en un sesgo atencional de *evitación* de caras amenazantes (Pine y cols., 2005) y un sesgo atencional de *preferencia* hacia caras tristes (Romens y Pollak, 2012).
2. El sesgo atencional de *evitación* de caras amenazantes en niños maltratados y diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo se observará durante estadios preconscientes del procesamiento emocional (Pine y cols., 2005), pero no durante estadios conscientes del procesamiento emocional (Gibb y cols., 2009).
3. Al explorar la asociación entre los sesgos atencionales según el tipo de estímulo emocional utilizado (caras alegres, tristes o amenazantes) y patrones sintomáticos específicos en los niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, se espera que los sesgos atencionales en el procesamiento de la información amenazante se relacionen con síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Gibb y cols., 2009; Pine y cols., 2005), mientras que los sesgos atencionales en el procesamiento de la información triste

se relacionen con un predominio de síntomas depresivos (Romens y Pollak, 2012).

2.2.2. TAREA EXPERIMENTAL NÚMERO 2

1. Los niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo mostrarán un procesamiento emocional anómalo de la información negativa y durante la aplicación de la tarea de la doble pista emocional de escenas (Gibb y cols. 2009; Pine y cols., 2005, Romens y Pollak, 2012).
2. Los niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo mostrarán un sesgo atencional de *preferencia* hacia escenas amenazantes, en base a estudios previos que han encontrado resultados contradictorios en función de si el estímulo señal utilizado en la tarea de la doble pista emocional eran caras o escenas (García-Blanco y cols., 2017 a, b), y de forma opuesta a investigaciones previas centradas en el procesamiento emocional de caras (Pine y cols., 2005).
3. Por último, en relación con estudios que han documentado una asociación entre la desregulación emocional y patrones sintomáticos específicos en niños maltratados (Cervera y cols., 2020; Cook y cols., 2005; Lázaro y cols., 2021; Romens y Pollak, 2012), se espera que los sesgos atencionales de *preferencia* hacia escenas amenazantes estén relacionados con la gravedad de los síntomas de los niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. PARTICIPANTES

El presente trabajo se diseñó como un estudio caso-control. La muestra inicial de niños era la misma para las tareas número 1 y número 2, si bien, hubo ligeras variaciones en la muestra entre ambos experimentos puesto que algún niño no fue capaz de colaborar lo suficientemente entre las tareas número 1 y número 2, dado que las tareas experimentales se administraron de forma contrabalanceada. Un total de 47 niños (21 casos y 26 controles) participaron en la tarea experimental número 1, mientras que un total de 45 niños (21 casos y 24 controles) participaron en la tarea experimental número 2.

El grupo de niños con antecedentes documentados de maltrato (en la tarea experimental número 1: grupo maltratado, $n = 21$, edad media 10.8, 57.1 % mujer; en la tarea experimental número 2: grupo maltratado, $n = 21$, edad media 10.43, 42.8 % mujer) procedía de un programa de seguimiento ambulatorio específico llevado a cabo desde una unidad de salud mental de psiquiatría infanto-juvenil. Todos los niños pertenecientes al grupo maltratado había sido recientemente víctima de negligencia y maltrato físico, de forma grave, en repetidas ocasiones y de forma prolongada en el tiempo. Además, 3 de ellos había sido víctima también de abuso sexual. Debido a la gravedad del maltrato al que habían sido expuestos, la guardia y custodia de los padres había sido retirada completamente por parte de los organismos competentes, pasando pues a ser tutelados por las instituciones responsables y pasando a residir en centros de menores. Con la finalidad de obtener información precisa sobre la historia previa de maltrato y antecedentes previos de salud mental, se llevó a cabo una revisión exhaustiva de los archivos de servicios sociales, así como distintas entrevistas no estructuradas en materia social, psicológica y psiquiátrica.

El grupo control estaba compuesto por niños sin antecedentes de maltrato (tarea experimental número 1: grupo no maltratado, $n = 26$, edad media 9.7, 69.2 % mujer; experimento número 2: $n = 24$, edad media 10.13, 29.2 % mujer), fue reclutado de una escuela pública de primaria local, a través de anuncios o de boca en boca. Las características socio-demográficas del grupo control eran comparables a las del grupo de casos en términos de edad, género, lateralidad, estatus socio-económico y etnia. Las

figuras 5 y 6 muestran el proceso de selección de la muestra final para las tareas experimentales número 1 y 2, respectivamente.

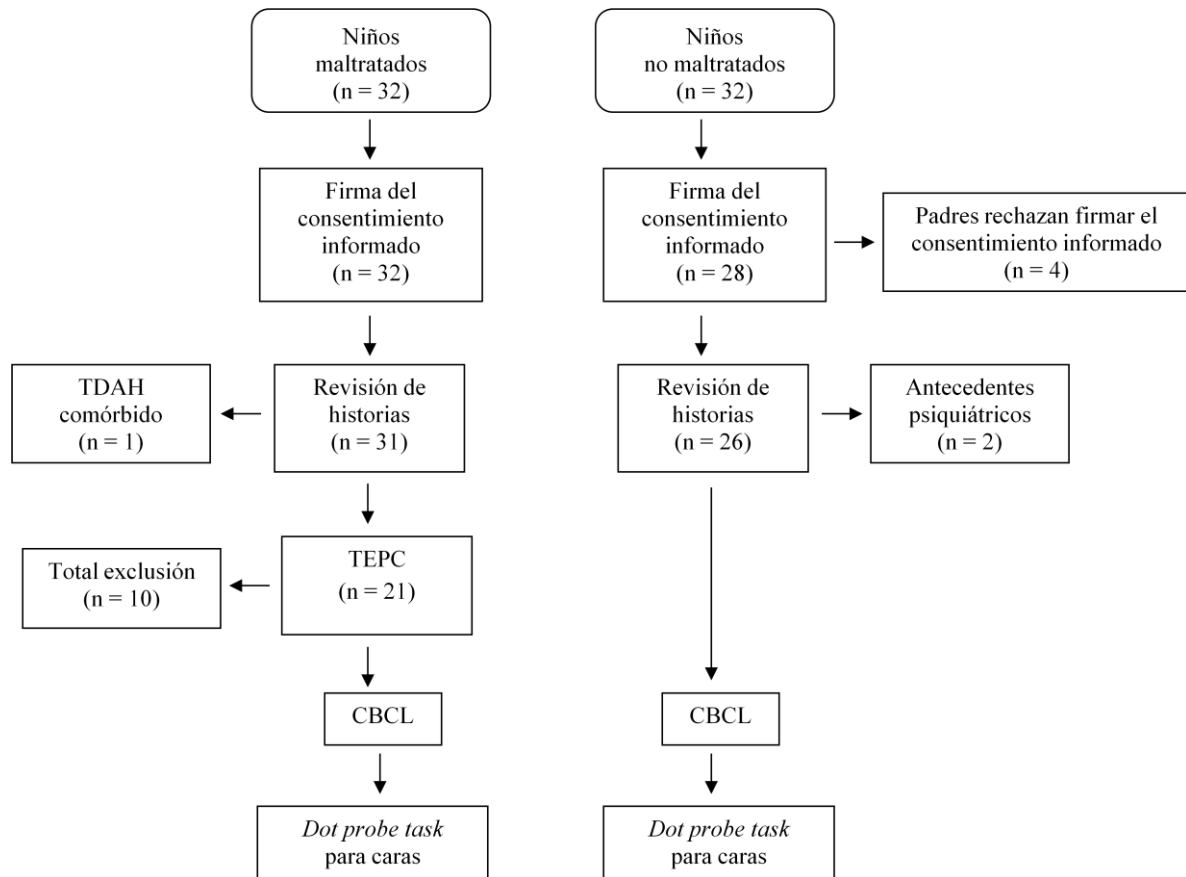


Figura 5. Proceso de selección de la muestra final de la tarea experimental número 1 (administración de la tarea de la doble pista emocional para caras)

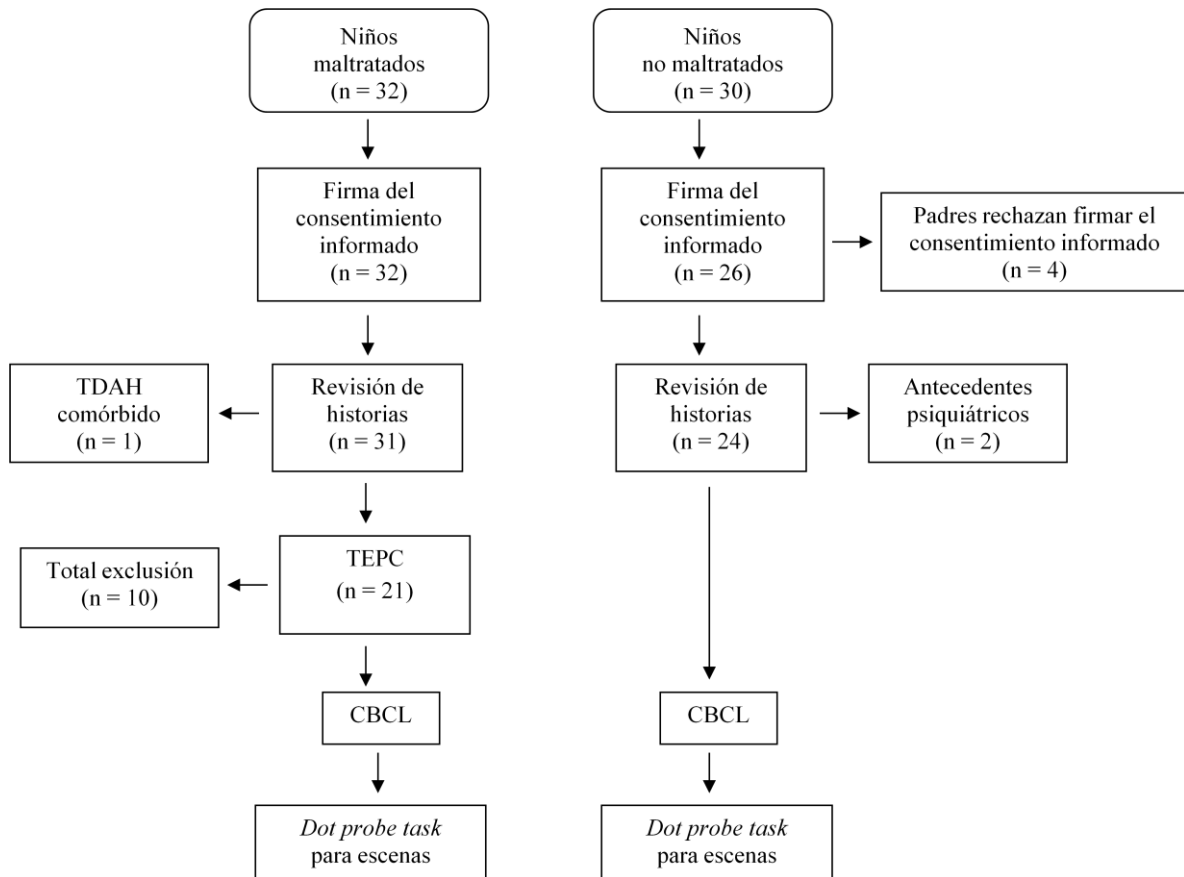


Figura 6. Proceso de selección de la muestra final de la tarea experimental número 2 (administración de la tarea experimental de la doble pista emocional para escenas)

El desarrollo del estudio se llevó a cabo en el marco de la aprobación del Comité Ético de Investigación Biomédica del Hospital Universitario y Politécnico la Fe (Ref. 2016/0281). Tanto los menores como los padres o los representantes legales que participaron en el estudio firmaron el correspondiente consentimiento informado.

3.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos los participantes del grupo de casos (grupo maltratado) habían recibido previamente al estudio el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo según los criterios de la CIE-11 por parte de los clínicos referentes. Además de las manifestaciones características del Trastorno de Estrés Postraumático (es decir, reexperimentación del suceso traumático, síntomas relacionados con la evitación de recuerdos traumáticos y un estado permanente de hiperalerta), los niños maltratados mostraron al menos un síntoma de cada uno de los siguientes dominios: i) desregulación

emocional (explosiones de ira, llanto excesivo, anhedonia, conductas autodestructivas, síntomas disociativos y anestesia emocional); ii) auto-concepto negativo (percepción negativa de sí mismo, creencias negativas persistencias de sí mismo, sentimientos de culpa y vergüenza); iii) problemas interpersonales (incapacidad para establecer o mantener vínculos personales estrechos e íntimos).

El diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo fue verificado por una evaluación clínica experta y a través del procedimiento estandarizado propuesto por Cloitre y cols. (2013), el cual consiste en la combinación de la Escala Sintomática de TEPT modificada o *Modified PTSD Symptom Scale* (MPSS-SR; Falsetti, Resnick, Resick y Kilpatrick, 1993) y el Inventario Breve de Síntomas o *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis y Mlisaratos, 1983).

3.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Fueron considerados como criterios de exclusión antecedentes de traumatismo craneoencefálico o de patología neurológica, antecedentes de patología orgánica grave, uso de fármacos que pudieran inferir en el rendimiento cognitivo (por ejemplo, fármacos psicotrópicos o corticoides) y dificultades en la distinción de colores (por ejemplo, albinismo). En el grupo de los maltratados, otros trastornos psiquiátricos diferentes al Trastorno de Estrés Postraumático Complejo fueron considerados también criterios de exclusión. Los criterios de exclusión para el grupo control fueron historia personal de maltrato o negligencia, y/o antecedentes personales psiquiátricos.

Cada uno de los representantes legales completó el Inventario de Comportamiento para Niños o *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach y Edelbroch, 1991), con el fin de evaluar la intensidad sintomática en el grupo de los no maltratados y de confirmar su presencia en el grupo de los maltratados.

3.4. ESCALAS DE EVALUACIÓN

Para el presente estudio se seleccionaron tres escalas de evaluación psicométrica con diversos fines. Como se ha expuesto anteriormente, la MPSS-SR y el BSI se utilizaron con el objetivo de verificar el diagnóstico de Trastorno de Estrés

Postraumático Complejo en los niños maltratados que habían sido diagnosticados siguiendo los criterios de la CIE-11 (Cloitre y cols., 2013). La CBCL se utilizó con el fin de evaluar la sintomatología subclínica. Todas las escalas fueron administradas con anterioridad a la aplicación del experimento. A continuación se describen las principales características de las citadas escalas.

3.4.1. *MODIFIED PTSD SYMPTOM SCALE (MPSS-SR)*

La Escala Sintomática de TEPT modificada o *Modified PTSD Symptom Scale* (MPSS-SR; Falsetti y cols., 1993) es una escala autoaplicada que evalúa la gravedad de cada uno de los 17 síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático enumerado en el DSM-IV haciendo uso de una escala tipo Likert con 5 grados de respuesta que van desde el 0 (en absoluto) hasta el 4 (extremadamente). La MPSS-SR ha demostrado excelentes propiedades psicométricas: la consistencia interna ha mostrado coeficientes alpha de 0.96 a 0.97 y la confiabilidad inter-evaluador ha sido determinada por coeficientes de correlación intra-clase de 0.21 a 0.62 (Falsetti y cols., 1993).

3.4.2. *BRIEF SYMPTOM INVENTORY (BSI)*

El Inventario Breve de Síntomas o *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis y Mlisaratos, 1983) consiste en un instrumento autoaplicado formado por un total de 53 ítems, los cuales evalúan síntomas psicológicos clínicamente relevantes de 9 dimensiones clínicas (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo). Se evalúa a través de cuánto un problema ocasionó sufrimiento al sujeto utilizando una escala tipo Likert con 5 grados de respuesta que van desde el 0 (en absoluto) hasta el 5 (extremadamente). La consistencia interna ha sido sustentada por coeficientes alfa de 0.71 a 0.82 y la confiabilidad test-retest por coeficientes de correlación intra-clase de 0.68 a 0.91 (Derogatis y Melisaratos, 1983).

3.4.3. *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (CBCL)*

El Inventario de Comportamiento para Niños o *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach y Edelbroch, 1991) es un inventario completado por parte del cuidador, que

tiene como objetivo informar a cerca de conductas problema en niños de edades comprendidas entre los 6 y los 18 años a través de 8 escalas de síndromes (depresión/ansiedad, retraimiento, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta disruptiva y conducta agresiva). La consistencia interna ha sido sustentada por coeficientes alfa de 0.72 a 0.96 y la confiabilidad inter-evaluadores y test-retest ha sido sustentada por coeficientes de correlación intra-clase de 0.93 a 1.00 (Achenbach y Edelbroch, 1991).

3.5. MATERIALES

3.5.1. TAREA EXPERIMENTAL NÚMERO 1

En nuestra primera tarea experimental, los estímulos emocionales que sirvieron como señal fueron un total de 84 fotografías en color de expresiones faciales (la mitad masculinas y la otra mitad femeninas) seleccionadas de la base de datos FACES (Ebner, Riediger y Lindenberger, 2010). Estas caras representaban personas jóvenes, de mediana edad y ancianas. En cada ensayo aparecían dos caras: una en la parte superior y otra en la parte inferior del monitor, una con expresión emocional (alegre, triste o amenazante) y otra neutra. Se seleccionaron un total de 12 caras alegres, 12 tristes y 12 amenazantes, junto con 48 caras neutras (36 utilizadas como estímulo control y 12 para el bloque de prácticas). Cada cara con expresión emocional fue apareada con la cara neutra del mismo actor. Todos los participantes fueron estimulados con 3 tipos ensayos experimentales: 12 alegres-neutras, 12 tristes-neutras y 12 amenazantes-neutras. Cada par de caras (excepto las utilizadas para el bloque de prácticas) fue presentado tres veces durante el experimento, es decir, que hubo 36 ensayos para cada condición. Además, seis pares de caras neutras se presentaron antes de los ensayos experimentales como el bloque de prácticas.

3.5.2. TAREA EXPERIMENTAL NÚMERO 2

En nuestra segunda tarea experimental, los estímulos emocionales que sirvieron como señal fueron un total de 84 escenas complejas, seleccionadas a partir del Sistema Internacional de Imágenes Afectivas o *International Affective Picture System* (IAPS, Lang, Bradley y Cuthbert, 2005). Se hizo uso de los mismos estímulos que utilizaron

Kellough, Beevers, Ellis y Wells (2008) en un experimento con sujetos afectados de depresión. Los estímulos fueron categorizados como alegres, tristes y amenazantes y fueron puntuados en una escala tipo Likert con 9 grados de respuesta según el grado de agrado o desagrado que ocasionaban (1 = desagradable, 5 = neutral, 9 = muy agradable) y según la excitación o *arousal* que ocasionaban (1 = calma, 9 = gran excitación). Se seleccionaron un total de 12 escenas alegres, 12 tristes y 12 amenazantes, junto con 48 escenas neutras (36 utilizadas como estímulo control y 12 para el bloque de prácticas. En cada ensayo, eran presentadas 2 escenas como señal estímulo, una de ellas una escena emocional (alegre, triste o amenazante) y otra de ellas una escena neutra. Además, seis pares de escenas neutras se presentaron antes de los ensayos experimentales como el bloque de prácticas.

3.6. PROCEDIMIENTO GENERAL

Todos los niños fueron evaluados individualmente por el mismo clínico en una habitación tranquila y aislada de cualquier tipo de ruido. Los tutores legales y los padres de los niños fueron entrevistados en una habitación diferente. El paradigma experimental utilizado para evaluar los patrones de procesamiento emocional en los niños fue la tarea computarizada de la doble pista emocional (se utilizaron caras y escenas como estímulo señal para las tareas experimentales número 1 y 2, respectivamente) y la presentación de estímulos y el registro de las respuestas se controló con el software DMDX (Forster y Forster, 2003). Las tareas experimentales se administraron de forma contrabalanceada, de forma que en un primer lugar se administraba la tarea número 1 y en un segundo lugar se administraba la tarea número 2. Cada una de las tareas tenía una duración aproximada de 25-30 minutos, estando separadas por un descanso de unos 15-20 minutos.

3.6.1. TAREA EXPERIMENTAL NÚMERO 1

En la primera de nuestras tareas experimentales, los participantes fueron estimulados con caras durante la tarea de la doble pista emocional. En cada ensayo, los participantes debían mirar a un punto de fijación (+) que aparecía en el centro del monitor durante 500 ms. Después, dos caras (una emocional y otra neutra) eran

presentadas a la vez (una arriba y otra abajo) aleatoriamente durante 500 ms o 1500 ms. A continuación, un cuadrado rojo o verde sustituía a una de las imágenes, bien a la cara emocional (ensayo emocional) o a la cara neutra (ensayo neutro). Los participantes debían presionar el botón que indicara de qué color era el cuadrado tan rápida y precisamente como pudieran. La tarea estuvo compuesta por un bloque de práctica seguido de nueve bloques compuestos de 12 ensayos experimentales (4 alegres-neutros, 4 amenazantes-neutros, 4 tristes-neutros). El orden de presentación de los bloques fue aleatorio entre los participantes. Así, se presentaron un total de 114 ensayos (108 ensayos experimentales y 6 ensayos prácticos). Un resumen del procedimiento de la tarea experimental número 1 se puede observar en la figura 4 en el apartado Introducción.

3.6.2. TAREA EXPERIMENTAL NÚMERO 2

En la segunda de nuestras tareas experimentales, los participantes fueron estimulados con escenas durante la tarea de la doble pista emocional. En cada ensayo, los participantes debían mirar a un punto de fijación (+) que aparecía en el centro del monitor durante 500 ms. Después, dos escenas (una emocional y otra neutra) eran presentadas a la vez (una arriba y otra abajo) durante 1250 ms. A continuación, un cuadrado rojo o verde sustituía a una de las imágenes, bien a la escena emocional (ensayo emocional) o a la escena neutra (ensayo neutro). Los participantes debían presionar el botón que indicara en qué color era el cuadrado tan rápida y precisamente como pudieran. La tarea estuvo compuesta por un bloque de práctica seguido de nueve bloques compuestos de 12 ensayos experimentales (4 alegres-neutros, 4 amenazantes-neutros, 4 tristes-neutros). El orden de presentación de los bloques fue aleatorio entre los participantes. Cada par de escenas se presentó tres veces durante el experimento. Así, se presentaron un total de 114 ensayos (108 ensayos experimentales y 6 ensayos prácticos). Un resumen del procedimiento de la tarea experimental número 2 se puede observar en la figura 7.

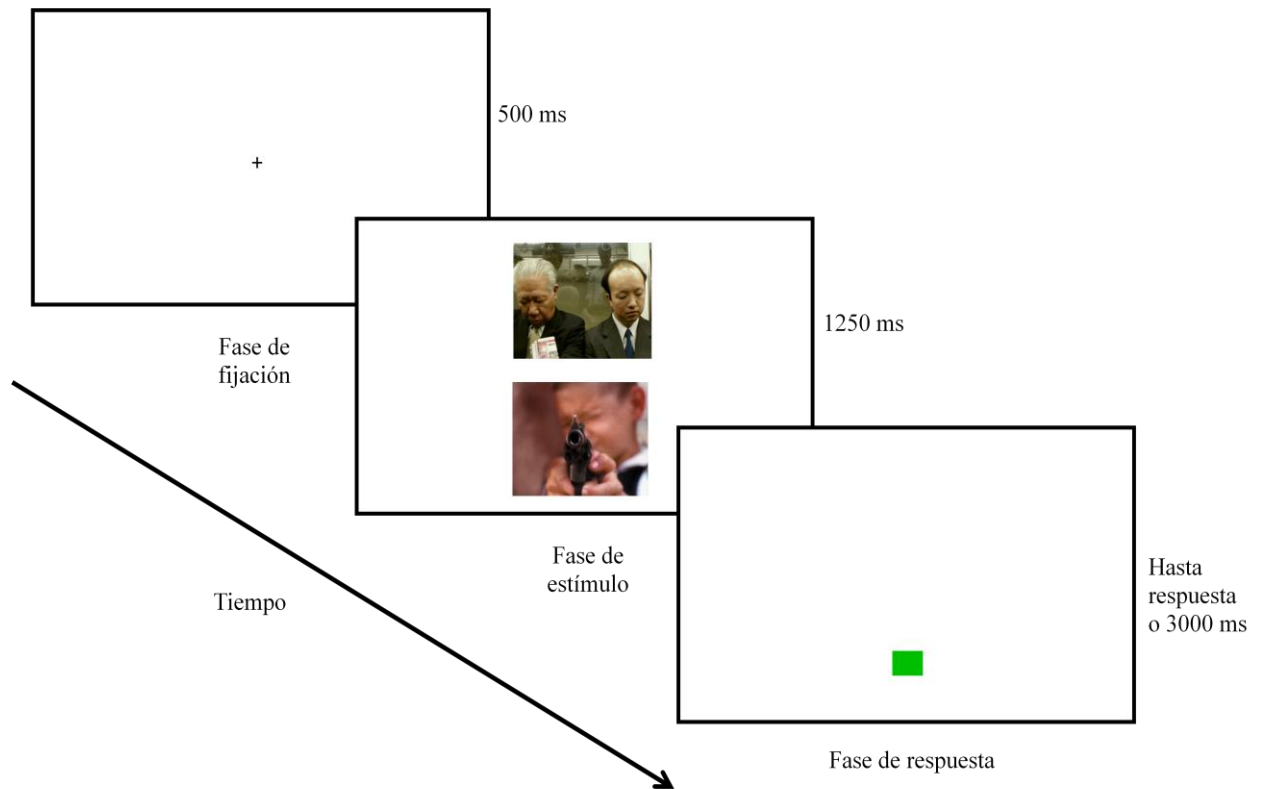


Figura 7. Secuencia de presentación de estímulos para la tarea de la doble pista emocional de escenas

3.7. ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis de resultados se realizó con la ayuda del software IBM SPSS 15.0 para Windows.

El análisis de los sesgos atencionales se calculó a partir de los tiempos de reacción para las respuestas correctas. Las respuestas incorrectas fueron excluidas. El porcentaje de respuestas incorrectas fue muy bajo en ambos grupos (menor del 5%) y no hubo diferencias entre los grupos y condiciones ($F_s < 1$), tanto en la tarea experimental número 1 como en la tarea experimental número 2. Los tiempos de reacción demasiado cortos (menores de 200 ms) o aquellos que se excedieran en más de 2,5 desviaciones típicas sobre la media de los participantes en cada condición experimental fueron excluidos para asegurar que las latencias estaban basadas en respuestas reales al estímulo objetivo.

En el caso de la tarea experimental número 1, para cada participante, se calculó la media en tiempos de reacción para cada condición (caras alegres, tristes y amenazantes, a los 500 y a los 1500 ms).

En el caso de la tarea experimental número 2, para cada participante, se calculó la media en tiempos de reacción para cada condición (escenas alegres, tristes y amenazantes, a los 1250 ms).

Para la estimación de la puntuación de los sesgos, se calculó la diferencia en la proporción entre los ensayos emocionales (cuando el cuadrado reemplazaba la cara emocional en el caso de la tarea experimental número 1 y cuando el cuadrado reemplazaba la escena emocional en el caso de la tarea experimental número 2) y los ensayos neutros (cuando el cuadrado reemplazaba la cara neutra en el caso de la tarea experimental 1 y cuando el cuadrado reemplazaba la escena neutra en el caso de la tarea experimental número 2) (Behrmann y cols., 2006):

$$\left(\frac{\text{media de TR en ensays neutros}}{\text{media de TR en ensayos emocionales}} \times 100 \right) + 100$$

Una puntuación sesgo positiva correspondió a un sesgo atencional de *preferencia* hacia el estímulo emocional, mientras que una puntuación sesgo negativa correspondió a un sesgo atencional de *evitación* del estímulo emocional.

4. RESULTADOS

4.1. VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS

Las dos tareas experimentales se administraron de forma contrabalanceada, de forma que en primer lugar se administró la tarea experimental número 1 y, tras un descanso de unos 15-20 minutos se administró la tarea experimental número 2. La muestra total de niños era la misma para los dos grupos (niños maltratados y niños no maltratados), si bien, hubo ligeras variaciones entre los participantes de las tareas experimentales número 1 y número 2 puesto que algún niño tuvo que ser excluido del estudio por falta de colaboración suficiente entre la primera y la segunda tarea.

4.1.1. TAREA EXPERIMENTAL NÚMERO 1

En el caso de la tarea experimental número 1, un total de 32 niños maltratados y 32 niños no maltratados fueron inicialmente seleccionados para participar en la tarea de la doble pista emocional de caras. De ellos, 4 de los padres de los niños pertenecientes al grupo de niños no maltratados declinaron firmar el consentimiento informado, un total de 3 niños (1 del grupo de niños maltratados y 2 del grupo de niños no maltratado) fueron excluidos por cumplir alguno de los criterios de exclusión y un total de 10 niños del grupo maltratado fueron excluidos por no cumplir los criterios diagnósticos para el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo referente a los criterios de inclusión (ver apartado de Método). Los datos socio-demográficos y síntomas clínicos para cada grupo pueden encontrarse en la tabla 10.

Tabla 10. Datos socio-demográficos y síntomas clínicos para los niños de cada grupo que realizaron la doble pista emocional de caras. Se indican medias (y desviaciones típicas) para variables continuas y porcentajes para variables categóricas

	Control (n = 26)	Casos (n = 21)	<i>p</i>
Mujer (%)	69.2%	57.1%	0.391
Etnia, caucásica (%)			0.53
Estatus socio-económico *	52%	50%	0.23
[M(DM)]	2.8 (1.3)	2.3 (1.3)	0.118
Edad [M(DM)]	9.7 (1.44)	10.8 (3.2)	
Puntuación CBCL [M(DM)]			
Ansiedad/Depresión	55.0 (3.8)	64.0 (8.4)	0.000
Aislamiento	51.5 (2.2)	75.4 (12.2)	0.000
Quejas somáticas	55.2 (3.4)	61.2 (8.4)	0.000
Problemas Sociales	53.0 (2.2)	71.8 (11.0)	0.000
Problemas de pensamiento	54.8 (5.6)	64.7 (8.5)	0.000
Problemas atencionales	52.8 (2.2)	69.1 (9.9)	0.000
Conducta disruptiva	52.9 (4.3)	66.8 (11.3)	0.000
Conducta agresiva	53.4 (2.1)	60.9 (6.9)	0.000
Síntomas TEP [M(DM)]	5.3 (3.2)	14.9 (5.0)	0.001
Reexperimentación	1.3 (1.8)	4.0 (2.9)	0.001
Evitación	2.0 (2.0)	5.3 (2.5)	0.001
Hiperalerta	2.9 (1.3)	5.6 (2.4)	0.001
Configuración identidad [M(DM)]	5.7 (3.2)	19.1 (2.9)	0.001
Desregulación emocional	1.6 (1.7)	6.4 (1.5)	0.001
Autoconcepto negativo	2.0 (1.8)	6.0 (1.8)	0.001
Problemas interpersonales	2.2 (1.6)	6.7 (1.6)	0.001

TEP: Trastorno de Estrés Postraumático; CBCL: Child Behavior Checklist; M: Media; DM: Desviación Típica

* El nivel de estudios máximo alcanzado por ambos progenitores se utilizó como indicador de estatus socio-económico, utilizando una escala tipo Likert con 6 grados de respuesta desde el 0 (ausencia de estudios oficiales) hasta el 5 (estudios universitarios o formación profesional)

4.1.2. TAREA EXPERIMENTAL NÚMERO 2

En el caso de la tarea experimental número 2, un total de 32 niños maltratados y 30 niños no maltratados fueron inicialmente seleccionados para participar en la tarea de

la doble pista emocional de escenas. De ellos, 4 de los padres de los niños pertenecientes al grupo de niños no maltratados declinaron firmar el consentimiento informado, un total de 3 niños (1 del grupo de niños maltratados y 2 del grupo de niños no maltratado) fueron excluidos por cumplir alguno de los criterios de exclusión y un total de 10 niños del grupo maltratado fueron excluidos por no cumplir los criterios diagnósticos para el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo referente a los criterios de inclusión (ver apartado de Método). Los datos socio-demográficos y síntomas clínicos para cada grupo pueden encontrarse en la tabla 11.

Tabla 11. Datos socio-demográficos y síntomas clínicos para los niños de cada grupo que realizaron la tarea de la doble pista emocional de escenas. Se indican medias (y desviaciones típicas) para variables continuas y porcentajes para variables categóricas

	Control (n = 24)	Casos (n = 21)	<i>p</i>
Mujer (%)	29.2%	42.8%	0.34
Etnia, caucásica (%)			0.53
Estatus socio-económico *	52%	50%	0.23
[M(DM)]	2.8 (1.3)	2.3 (1.3)	0.66
Edad [M(DM)]	10.13 (1.45)	10.43 (3.02)	
Puntuación CBCL [M(DM)]			
Ansiedad/Depresión	54.9 (5.0)	64.3 (8.2)	0.000
Aislamiento	52.9 (4.3)	75.0 (11.7)	0.000
Quejas somáticas	54.1 (3.2)	61.8 (8.4)	0.000
Problemas Sociales	53.6 (2.7)	70.3 (9.0)	0.000
Problemas de pensamiento	53.5 (5.5)	70.3 (9.0)	0.000
Problemas atencionales	52.9 (2.4)	70.0 (9.0)	0.000
Conducta disruptiva	52.7 (4.3)	66.2 (10.9)	0.000
Conducta agresiva	53.9 (2.8)	61.4 (6.5)	0.000
Síntomas TEP [M(DM)]	5.3 (3.2)	14.9 (5.0)	0.001
Reexperimentación	1.3 (1.8)	4.0 (2.9)	0.001
Evitación	2.0 (2.0)	5.3 (2.5)	0.001
Hiperalerta	2.0 (1.3)	5.6 (2.4)	0.001
Configuración identidad [M(DM)]	5.7 (3.2)	19.1 (2.9)	0.001
Desregulación emocional	1.6 (1.7)	6.4 (1.5)	0.001
Autoconcepto negativo	2.0 (1.8)	5.9 (1.8)	0.001
Problemas interpersonales	2.13 (1.60)	6.7 (1.6)	0.001

TEP: Trastorno de Estrés Postraumático; CBCL: Child Behavior Checklist; M: Media; DM: Desviación Típica

* El nivel de estudios máximo alcanzado por ambos progenitores se utilizó como indicador de estatus socio-económico, utilizando una escala tipo Likert con 6 grados de respuesta desde el 0 (ausencia de estudios oficiales) hasta el 5 (estudios universitarios o formación profesional)

4.2. RESULTADOS

4.2.1. TAREA EXPERIMENTAL NÚMERO 1

Los tiempos de reacción medios para cada condición se presentan en la tabla 12. La media (con error estándar) de las diferencias proporcionales por grupos de los tiempos de reacción entre las condiciones emocional y neutra se representan en la figura 8.

Tabla 12. Tiempos de reacción (ms) en la tarea de la doble pista emocional de caras para cada grupo. Se indica media (y desviación típica)

		Control (n = 26)		Casos (n = 21)	
Valencia	Duración	Ensayo emocional	Ensayo neutro	Ensayo emocional	Ensayo neutro
Alegre	Short	637 (138)	651 (145)	657 (176)	648 (171)
	Long	708 (141)	695 (143)	720 (183)	701 (183)
Triste	Short	657 (144)	641 (133)	670 (235)	691 (245)
	Long	705 (146)	687 (137)	722 (241)	728 (235)
Amenazante	Short	645 (144)	664 (144)	685 (179)	660 (168)
	Long	699 (158)	710 (160)	734 (179)	715 (170)

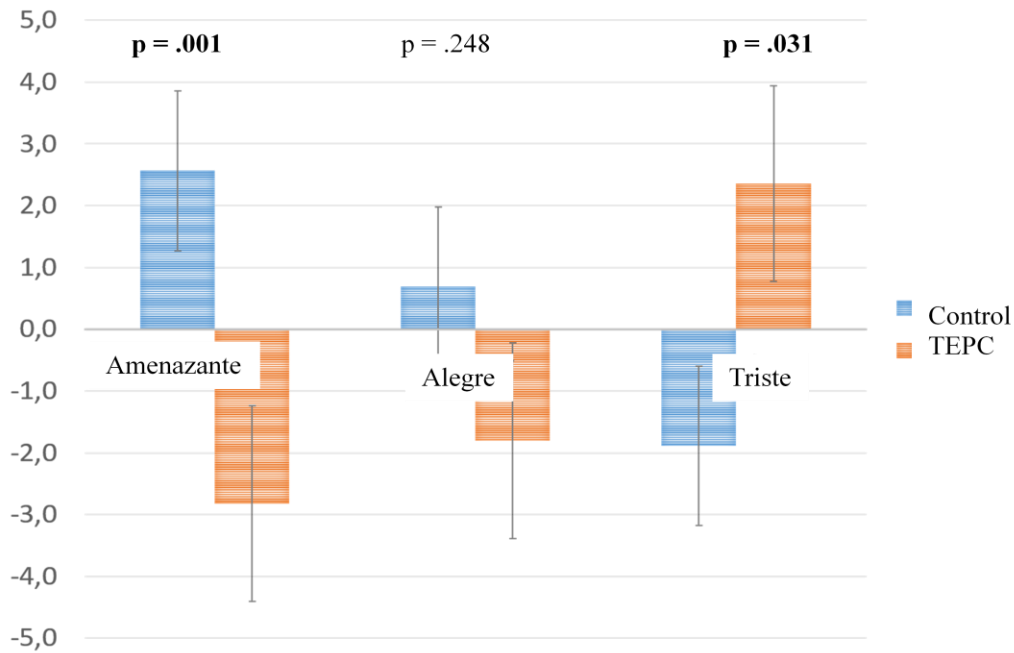


Figura 8. Sesgos atencionales para las caras amenazantes, alegres y tristes por grupo en la tarea de la doble pista emocional

Primero, las diferencias (en porcentajes) se analizaron en un análisis de varianza (ómnibus ANOVA) 2 (Grupo: Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, control) x 3 (Valencia: alegre, amenazante, triste) x 2 (Tiempo de Estímulo: 500 ms, 1500 m), en el que el Grupo fue un factor intersujeto y la Valencia y el Tiempo de Estímulo fueron un valor intrasujeto. Después, se utilizó la prueba *t* para determinar si las puntuaciones sesgo eran diferentes de cero en cada grupo. Por último, se realizó un análisis correlacional para examinar la relación entre las puntuaciones sesgo significativas y las puntuaciones en la CBCL en el grupo de los niños maltratados.

Ómnibus ANOVA

El efecto de Tiempo de Estímulo [$F(1.45) = 2.20, p = 0.145, \eta^2 = 0.05$], el efecto de Valencia ($F < 1$), el efecto de Grupo [$F(1.45) = 1.37, p = 0.248, \eta^2 = 0.03$], la interacción Tiempo de Estímulo x Grupo ($F < 1$), la interacción Valencia x Tiempo de Estímulo ($F < 1$), las tres formas de interacción Tiempo de Estímulo x Valencia x Grupo no fueron significativas. Sin embargo, la interacción Valencia x Grupo resultó estadísticamente significativa [$F(2.90) = 7.13, p = 0.001, \eta^2 = 0.14$].

Con el objetivo de llevar a cabo un mayor estudio de esta interacción, se llevó a cabo una ANOVA adicional utilizando para cada nivel de Valencia con Grupo como factor. Para las caras amenazantes, se encontró que el grupo de niños maltratados presentaba una mayor puntuación sesgo negativa que el grupo control, [$F(1.46) = 13.72, p = 0.001$]. En el caso de las caras tristes, se encontró que el grupo de niños maltratados presentaba una mayor puntuación sesgo positiva que el grupo control, [$F(1.46) = 4.94, p = 0.031$]. Para las caras alegres, no se encontraron diferencias entre el grupo de niños maltratados y el grupo control [$F(1.46) = 1.45, p = 0.235$]. Por lo tanto, se encontró un sesgo atencional de *evitación* de las caras amenazantes y un sesgo atencional de *preferencia* hacia las caras tristes en los niños maltratados, respecto a los niños no maltratados.

Análisis de las puntuaciones sesgo

Se utilizó una prueba t para determinar si las puntuaciones sesgo eran diferentes de cero en cada grupo.

Se encontraron puntuaciones sesgo significativamente menores de cero para las caras amenazantes en el grupo de niños maltratados [$t(20) = -2.38, p = 0.027$] (es decir, se encontró un sesgo atencional de *evitación* de las caras amenazantes) y se encontraron puntuaciones sesgo significativamente mayores de cero para las caras amenazantes en el grupo de niños control [$t(25) = 2.88, p = 0.008$] (es decir, se encontró un sesgo atencional de *preferencia* hacia las caras amenazantes).

No se encontraron puntuaciones sesgo significativamente diferentes de cero para las caras alegres ni para las caras tristes, ni en el grupo de niños maltratados (todas las $ps > 0.12$) ni en el grupo de niños control (todas las $ps > 0.15$).

Análisis correlacional

Los coeficientes de Pearson entre las puntuaciones de las subescalas CBCL y las puntuaciones sesgo para las caras amenazantes en el grupo de niños maltratados mostraron que los problemas sociales estaban significativamente correlacionados con las puntuaciones sesgo para las caras amenazantes ($r = -0.646, p = 0.002$). En otras

palabras, puntuaciones más altas en problemas sociales en la escala CBCL se asociaban con mayores puntuaciones sesgo negativas para las caras amenazantes (es decir, mayor *evitación*). No se encontraron otras correlaciones significativas entre las puntuaciones del resto de subescalas de la CBCL y las puntuaciones sesgo para las caras amenazantes en el grupo de niños maltratados (todas las $ps > 0.10$). La relación entre la *evitación* atencional de caras amenazantes y problemas sociales en el grupo de niños maltratados se representa mediante un gráfico de dispersión en la figura 9.

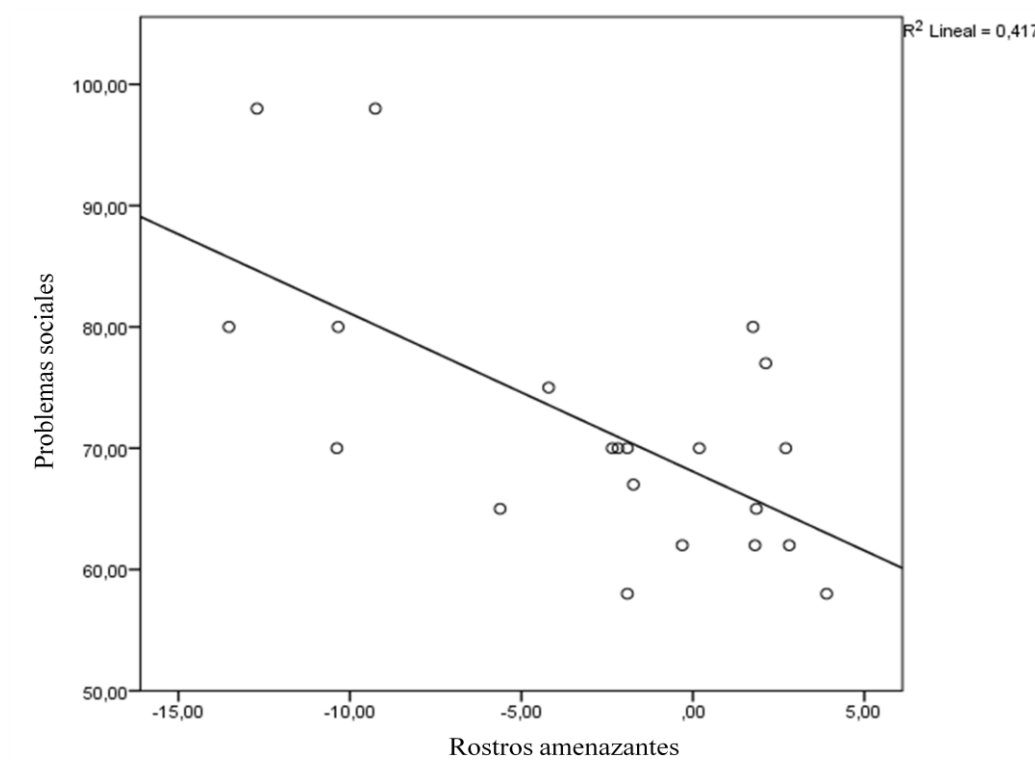


Figura 9. Relación entre la *evitación* atencional de caras amenazantes y problemas sociales. Valores negativos en la respuesta a caras amenazantes indican mayor *evitación*

Los coeficientes de Pearson entre las puntuaciones de las subescalas CBCL y las puntuaciones sesgo para las caras tristes en el grupo de niños maltratados mostraron que los síntomas depresivos y de retraimiento estaban significativamente correlacionados con las puntuaciones sesgo para las caras tristes ($r = 0.570$, $p = 0.007$). En otras palabras, puntuaciones más altas en síntomas depresivos y de retraimiento en la escala CBCL se asociaban con mayores puntuaciones sesgo positivas para las caras tristes (es decir, mayor *preferencia*). No se encontraron otras correlaciones significativas entre las puntuaciones del resto de subescalas de la CBCL y las puntuaciones sesgo para las caras

tristes en el grupo de niños maltratados (todas las $ps > 0.10$). La relación entre la *preferencia* atencional hacia las caras tristes y síntomas depresivos y de retraimiento en el grupo de niños maltratados se representa mediante un gráfico de dispersión en la figura 10.

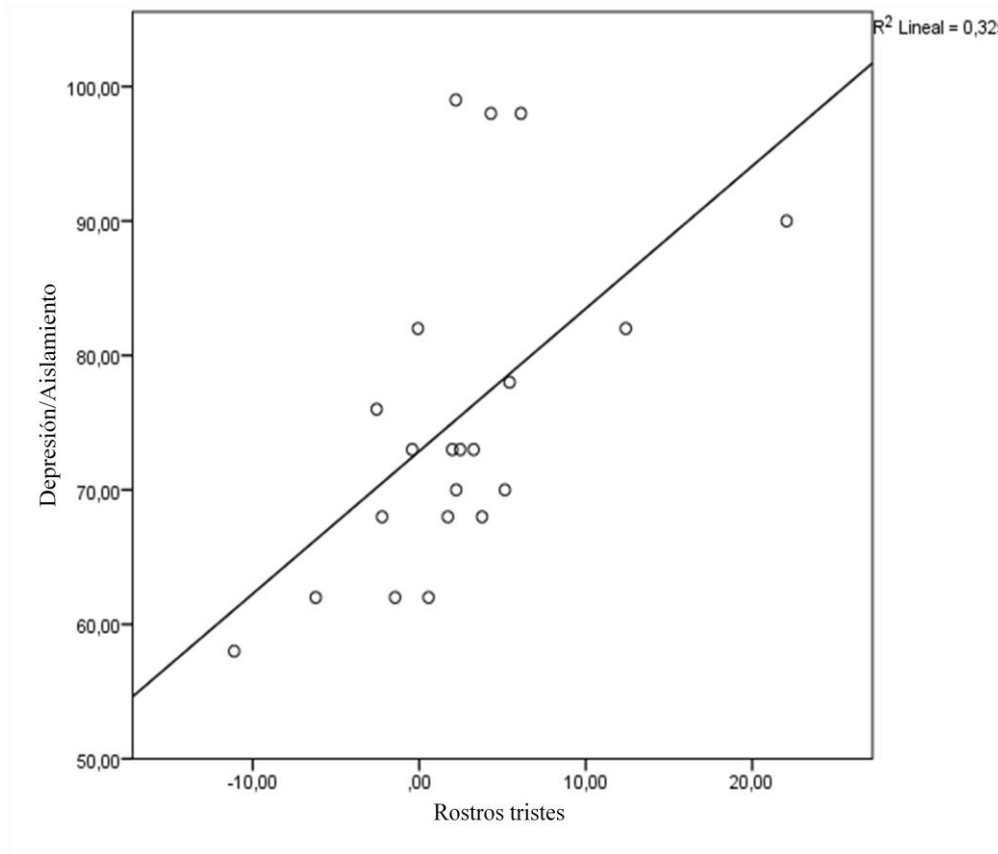


Figura 10. Relación entre la *preferencia* atencional hacia caras tristes y depresión/retraimiento. Valores positivos en la respuesta a caras tristes indican mayor *preferencia*

4.2.2. TAREA EXPERIMENTAL NÚMERO 2

Los análisis preliminares mostraron que las tasas de error fueron muy pequeñas en ambos grupos (inferior al 2.5 %), y que no hubo diferencias significativas entre los grupos y condiciones (todas las $Fs < 1$). De ahí que únicamente nos centráramos en los tiempos de reacción. Los tiempos de reacción medios para cada condición se presentan en la tabla 13. La media (con error estándar) de las diferencias proporcionales por grupos de los tiempos de reacción entre las condiciones emocional y neutra se representan en la figura 11.

Tabla 13. Tiempos de reacción (ms) en la tarea de la doble pista emocional de escenas para cada grupo. Se indica media (y desviación típica)

Valencia	Control (n = 24)		Casos (n = 21)	
	Ensayo emocional	Ensayo neutro	Ensayo emocional	Ensayo neutro
Alegre	669 (83)	670 (80)	815 (217)	825 (219)
Triste	666 (74)	684 (74)	837 (248)	836 (254)
Amenazante	663 (76)	678 (80)	828 (270)	871 (303)

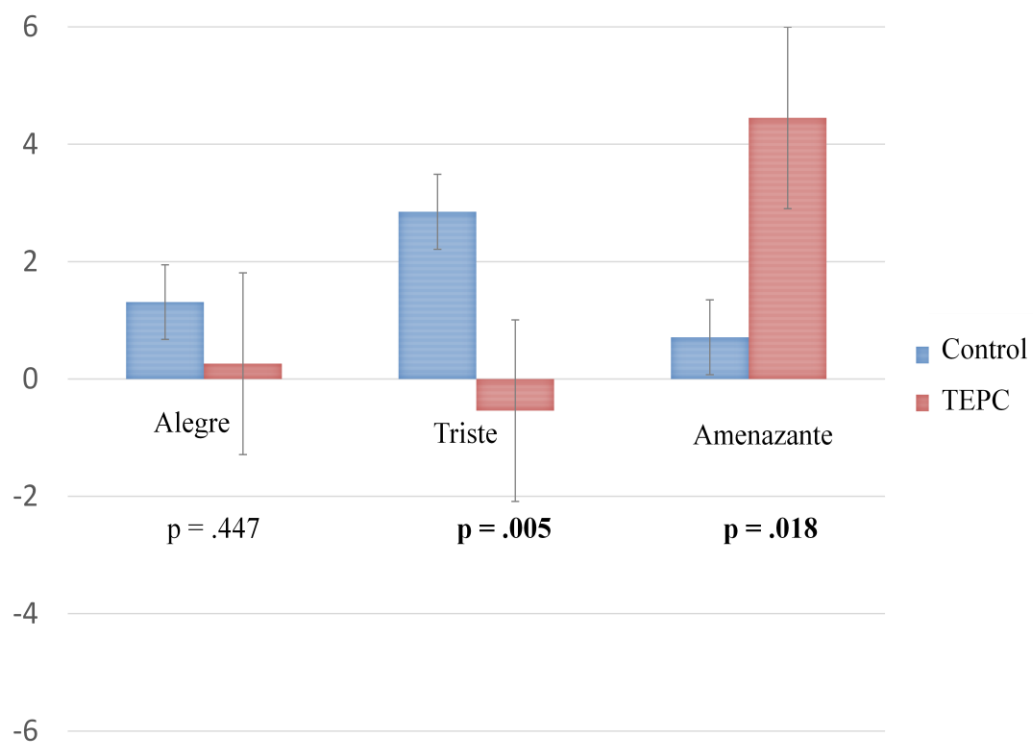


Figura 11. Sesgos atencionales para las escenas amenazantes, alegres y tristes por grupo en la tarea de la doble pista emocional

Ómnibus ANOVA

El efecto de Valencia y el efecto de Grupo no fueron significativos (ambas $ps > 0.193$). Un resultado importante fue que el efecto de Valencia difirió entre los grupos, tal y como se pudo deducir del hallazgo de la interacción Valencia x Grupo estadísticamente significativa [$F(2,86) = 6.06, p = 0.003, \eta^2 = 0.124$]. Esta interacción mostró que, para las escenas amenazantes, el grupo de niños maltratados presentaba una mayor puntuación sesgo positiva que el grupo de niños control, $t(43) = 2.46, p = 0.018$, mientras que para las escenas tristes, el grupo de niños maltratados presentaba una mayor puntuación sesgo negativa que el grupo de niños control, $t(48) = -2.95, p = 0.005$. Para las escenas alegres, no se encontraron diferencias entre el grupo de niños maltratados y el grupo de niños control, $t(43) = 0.768, p = 0.45$.

Análisis de las puntuaciones sesgo

Se utilizó una prueba t para determinar si las puntuaciones sesgo eran diferentes de cero en cada grupo.

Se encontraron puntuaciones sesgo significativamente mayores de cero para las escenas amenazantes en el grupo de niños maltratados [$t(20) = 3.47, p = 0.002$] (es decir, se encontró un sesgo atencional de *preferencia* hacia las escenas amenazantes). No se encontraron puntuaciones sesgo significativas diferentes de cero para las escenas alegres ni para las escenas tristes en el grupo de niños maltratados (ambas $ps > 0.208$).

Se encontraron puntuaciones sesgo significativamente mayores de cero para las escenas tristes en el grupo de niños control [$t(23) = 4.59, p < 0.001$]. No se encontraron puntuaciones sesgo significativas diferentes de cero para las escenas alegres ni para las escenas amenazantes en el grupo de niños control (ambas $ps > 0.424$).

Análisis correlacional

Por último, con el objetivo de estudiar la asociación entre el sesgo atencional de *preferencia* hacia las escenas amenazantes y la presencia de síndromes comportamentales en niños maltratados, se realizó un análisis correlacional entre las

puntuaciones sesgo para las escenas amenazantes y las puntuaciones de las subescalas CBCL. Los coeficientes de Pearson entre las puntuaciones sesgo para las escenas amenazantes y las puntuaciones de las subescalas CBCL en el grupo de niños maltratados mostraron que los síntomas de retraimiento estaban significativamente correlacionados con las puntuaciones sesgo para las escenas amenazantes ($r = 0.473$, $p = 0.030$). En otras palabras, puntuaciones más altas en síntomas de retraimiento en la escala CBCL se asociaban con mayores puntuaciones sesgo positivas para las escenas amenazantes (es decir, mayor *preferencia*). No se encontraron otras correlaciones significativas entre las puntuaciones del resto de las subescalas de la CBCL y las puntuaciones sesgo para las escenas amenazantes en el grupo de niños maltratados (todas las $ps < 0.15$).

5. DISCUSIÓN

5.1. SESGOS ATENCIONALES HACIA ESTÍMULOS EMOCIONALES EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO

Nuestro estudio se centró en investigar el comportamiento de los sesgos en la orientación atencional hacia estímulos emocionales (es decir, alegres, tristes y amenazantes) en una muestra homogénea compuesta por niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo. Para ello, se administró la tarea de la doble pista emocional, utilizando como estímulo señal tanto caras, en estadios preconscientes y en estadios conscientes del procesamiento emocional (tarea experimental número 1), como escenas, en estadios conscientes del procesamiento emocional (tarea experimental número 2). El principal hallazgo fue que los niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo mostraron sesgos atencionales en el procesamiento emocional de la información negativa, dependiendo del tipo de estímulo señal empleado. En concreto, mostraron un sesgo atencional de *evitación* de las caras amenazantes y un sesgo atencional de *preferencia* hacia las caras tristes, así como un sesgo atencional de *preferencia* hacia las escenas amenazantes. Además, se encontró una correlación entre los sesgos en la orientación atencional hacia estímulos emocionales negativos (es decir, tristes y amenazantes) y patrones sintomáticos específicos, tanto en el procesamiento de la información emocional de caras como de escenas. Estos resultados son analizados a continuación a la luz del cuerpo teórico y empírico sobre el procesamiento de estímulos emocionales en el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.

5.1.1. TAREA EXPERIMENTAL NÚMERO 1

En el caso de la tarea experimental número 1, inicialmente planteamos que los niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo presentarían un procesamiento anómalo de la información emocional negativa al aplicar la tarea de la doble pista de caras, en concreto, que mostrarían un sesgo atencional de *evitación* de las caras amenazantes y sesgo atencional de *preferencia* hacia las caras tristes. También planteamos que la *evitación* de las caras amenazantes en los niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo acontecería durante estadios preconscientes del procesamiento emocional, más que durante estadios conscientes del procesamiento emocional. Por último, planteamos que los sesgos

atencionales en el procesamiento emocional de la información negativa en los niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo estarían relacionados con presentaciones clínicas concomitantes. Los principales resultados se exponen a continuación.

Tal y como hipotetizamos en la tarea experimental número 1, el principal hallazgo fue que el grupo de niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo presentó un procesamiento emocional anómalo de las caras respecto al grupo de niños control, condicionado por la valencia (alegre, amenazante y triste) del estímulo señal. En relación a la direccionalidad del sesgo, y respecto al grupo de niños control, el grupo de niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo mostró un sesgo atencional de *evitación* de caras amenazantes pero un sesgo atencional de *preferencia* hacia caras tristes. Sin embargo, estas diferencias se observaron tanto en estadios preconscientes (500 ms) como en estadios conscientes (1000 ms) del procesamiento emocional. Por último, se observó una asociación entre la *evitación* atencional de caras amenazantes y problemas sociales, así como una asociación entre la *preferencia* atencional hacia caras tristes y síntomas depresivos en el grupo de niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo. A continuación pasamos a analizar estos resultados.

En relación al procesamiento anómalo de las caras amenazantes, en el presente estudio, los niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo presentaron una *evitación* atencional de las caras amenazantes, independientemente de la tasa de presentación del estímulo. Estos resultados son coherentes con los obtenidos por parte de Pine y cols. (2015), que observaron una *evitación* atencional de caras amenazantes en niños maltratados durante estadios preconscientes (500 ms) del procesamiento emocional. Sin embargo, a diferencia de los resultados obtenidos por Gibb y cols. (2009), que observaron una *preferencia* atencional hacia caras amenazantes en adultos con antecedentes de maltrato infantil durante estadios conscientes (1000 ms) del procesamiento emocional, en nuestro estudio observamos que la *evitación* atencional de caras amenazantes persistía también en estadios conscientes (1500 ms) del procesamiento emocional. Por tanto, contrariamente a lo que planteamos en la hipótesis inicial, los sesgos en el procesamiento de la información amenazante en nuestro estudio no estuvieron determinados por la tasa de

presentación del estímulo. Los resultados de nuestro estudio irían más en línea con la hipótesis explicativa propuesta por Fani y cols. (2011), que considera el tiempo transcurrido desde que acontece el suceso traumático hasta que se lleva a cabo la evaluación como el principal factor determinante de la direccionalidad del sesgo (Elsesser y cols., 2005).

Podemos interpretar el hallazgo del sesgo atencional de *evitación* de caras amenazantes en el contexto de distintos estudios previos. Esta atención disminuida hacia estímulos amenazantes en niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo dificultaría la habilidad para detectar estímulos amenazantes procedentes del entorno, de forma que supondría un mecanismo desadaptativo frente a la adversidad, que terminaría por ocasionar un impacto negativo en el desarrollo de las estrategias adaptativas que permiten identificar y hacer frente a situaciones ambientales amenazantes (Öhman, 2009; Pollak y Sinha, 2002), reaccionando, por ejemplo, mediante comportamientos agresivos o conductas de retraimiento. Esta capacidad de detección de estímulos amenazantes mermada daría pues lugar a una percepción sesgada y negativa de futuros sucesos (Pollak y Sinha, 2002). En nuestro estudio, estas reacciones desadaptativas, justificarían el desarrollo de problemas sociales e interpersonales en aquellos niños maltratados que presentaban una mayor evitación de caras amenazantes. Una explicación posible para estos hallazgos sería que estos niños presentarían un umbral más alto en la detección de la amenaza y la hostilidad durante las interacciones sociales, de forma que se verían inmersos con más facilidad en situaciones potencialmente amenazantes o peligrosas (Pine y cols., 2005). En cambio, con el paso del tiempo, los individuos desarrollarían algunas estrategias adaptativas frente a la adversidad ambiental, que vendrían representadas por un sesgo atencional de *preferencia* por caras amenazantes en sujetos adultos que sufrieron maltrato en la etapa infantil (Elsesser y cols., 2005; Fani y cols., 2011; Gibb y cols., 2009).

Respecto al procesamiento anómalo de las caras tristes, en el presente estudio, los niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo mostraron una *preferencia* atencional hacia las caras tristes. Además, aquellos niños maltratados que presentaban una mayor *preferencia* atencional hacia las caras tristes, presentaban más síntomas de depresión y retraimiento. De forma similar a nuestros

resultados, Romens y Pollak (2012) encontraron que niños maltratados con manifestaciones depresivas como la rumiación presentaban un patrón atencional anómalo de *preferencia* atencional por la información triste tras la inducción de un estado emocional de tristeza.

El sesgo atencional de *preferencia* hacia las caras tristes observada en los niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo podría ser interpretado, en términos del modelo cognitivo de Beck (1976), como una *preferencia* atencional de estos niños congruente con su estado de ánimo. Por otra parte, estudios previos centrados en menores en situación de riesgo de desarrollar depresión muestran evidencia de que estos niños presentan una atención *preferencial* por las caras tristes (Hankin y cols., 2010; Romens y Pollak, 2012). Es por ello que la exposición a trauma complejo durante la primera infancia, como por ejemplo experiencias de maltrato infantil, podría considerarse como un factor predisponente de depresión en estos sujetos en el futuro (Widom y cols., 2007). Cabe destacar que todos los niños que conformaban nuestra muestra, además de haber sido víctimas de maltrato, cumplían criterios para el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo según la propuesta de la CIE-11, aunque no para otros trastornos psiquiátricos como sería el trastorno depresivo mayor. La CIE-11 hace énfasis en que síntomas afectivos como la inestabilidad emocional, el embotamiento y la pasividad emocional son manifestaciones clínicas características del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, por lo que sería probable que aquellos niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo que presentan una mayor atención hacia la información triste presenten un mayor riesgo de desarrollar sintomatología depresiva a largo plazo (Romens y Pollak, 2012; Widom y cols., 2007). Por tanto, una mayor *preferencia* atencional por las caras tristes en estos niños facilitaría el desarrollo de un auto-concepto negativo y contribuiría al mismo tiempo al mantenimiento de la clínica depresiva característica del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.

5.1.2. TAREA EXPERIMENTAL NÚMERO 2

En el caso de la tarea experimental número 2, inicialmente planteamos que los niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo presentarían un procesamiento emocional anómalo de la información negativa durante

la administración de la tarea de la doble pista emocional de escenas. En concreto, planteamos que los niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo presentarían una *preferencia* atencional hacia las escenas amenazantes. Por último, planteamos que los sesgos atencionales para la información amenazante guardarían relación con la gravedad de la sintomatología en estos niños. Los principales resultados obtenidos se exponen a continuación.

Tal y como hipotetizamos en la tarea experimental número 2, el principal hallazgo encontrado fue que el grupo de niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo presentó un procesamiento anómalo de la información emocional negativa respecto al grupo de niños control, en función de la valencia emocional de la escena (es decir, triste o amenazante). Además, en relación a nuestra segunda hipótesis, los niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo presentaron un sesgo atencional de *preferencia* hacia las escenas amenazantes, de forma opuesta al sesgo atencional de *evitación* de caras amenazantes descrito en la tarea experimental número 1 y en estudios similares previos centrados en niños maltratados (Pine y cols., 2005). Un último hallazgo relevante fue la existencia de una correlación entre los sesgos atencionales en el procesamiento de la información amenazante y los síntomas clínicos, de forma que aquellos niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo que presentaban más sesgos de *preferencia* hacia escenas amenazantes presentaban más síntomas de retraimiento. A continuación pasamos a analizar estos resultados.

En relación al procesamiento anómalo de la información negativa en los niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, encontramos que estuvo modulado por la valencia emocional de la escena. Es decir, los niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo presentaron un sesgo atencional de *preferencia* hacia las escenas amenazantes, pero no presentaron el sesgo atencional de *preferencia* hacia escenas tristes típico observado en el grupo de niños no maltratados (García Blanco y cols., 2017b; Kisley, Wood y Burrows, 2007). Estos resultados se pueden interpretar en base a numerosos estudios disponibles en la literatura (Cicchetti y Toth, 1995; Powers y cols., 2019; Shield y Cicchetti, 1998), que sugieren que los niños maltratados, en respuesta a la exposición al trauma complejo, desarrollarían una percepción sesgada hacia el entorno al ser víctimas

de una situación traumática. Según este planteamiento, la atención preferencial hacia estímulos amenazantes del entorno inicialmente podría considerarse como un mecanismo adaptativo para el niño, por ejemplo, para desarrollar una mayor vigilancia y detectar así amenazas que le permitieran evitar situaciones potencialmente peligrosas (Cicchetti y Toth, 1995). Sin embargo, mientras que la atención preferencial hacia estímulos amenazantes del entorno puede ser un comportamiento adaptativo a corto plazo, puede derivar en comportamientos desadaptativos a largo plazo. Es decir, un nivel permanente de alerta aumentado hacia las situaciones sociales amenazantes contribuiría en una mayor dificultad para redirigir la atención de estas situaciones sociales amenazantes (Cusmano, 2016), que al mismo tiempo y de forma conjunta con la *preferencia* atencional por entornos amenazantes, desencadenarían pensamientos y sentimientos negativos (Kimble y cols., 2014), los cuales favorecerían el mantenimiento del foco de atención en el estímulo amenazante (Shield y Cicchetti, 1997) y contribuirían, por tanto, en el mantenimiento de los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (Cusmano, 2016; Mastorakos y Scott, 2019; Pollak, Cicchetti, Klorman y Brumaghim, 1997). Otros autores también proponen que el estado permanente de alerta que presentan estos niños podría contribuir a percibir las situaciones cotidianas poco o nada amenazantes de forma más amenazante de lo que en realidad son (DeGregorio, 2012; De Nicola, 2015; McLaughlin y cols., 2015; Molina-Díaz, 2015).

Respecto a la direccionalidad opuesta en el procesamiento de la información emocional amenazante observada en función de si el estímulo señal utilizado eran caras o escenas, en el presente experimento, los niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo presentaron un sesgo atencional de *preferencia* hacia las escenas amenazantes, en contraposición a la tarea experimental anterior, en el que los niños maltratados presentaron un sesgo atencional de *evitación* de caras amenazantes. Estos resultados aparentemente contradictorios entre la direccionalidad del procesamiento emocional de caras y escenas son similares a los obtenidos en estudios previos centrados en muestras de niños diagnosticados de Trastorno del Espectro Autista (véase García-Blanco y cols., 2017a [para sesgos atencionales de *evitación* de caras amenazantes] y véase García-Blanco y cols., 2017b [para sesgos atencionales de *preferencia* hacia escenas amenazantes]). Distintos estudios podrían dar una explicación a estos resultados opuestos. Las caras constituyen

estímulos más simples y requieren de un procesamiento cerebral de bajo nivel (McCrocy y cols., 2013; Tottenham y cols., 2011), de ahí que los niños maltratados desarrollarían dificultades en la identificación de caras amenazantes y dificultades para reaccionar de forma adecuada a las mismas (Haxby, Hoffman y Gobbini, 2002). En cambio, las escenas constituyen estímulos complejos más similares a situaciones sociales reales, que precisan de un procesamiento cerebral de elevado nivel (Heitmann y cols., 2016). La capacidad disminuida para dejar de prestar atención a situaciones sociales o ambientes amenazantes dificultaría la presencia de reacciones apropiadas en estos niños (Mueller-Pfeiffer y cols., 2010), reaccionando por el contrario con comportamientos agresivos seguidos de retraimiento, de ahí que estos resultados pudieran entenderse bajo el marco teórico que postula que los niños maltratados perciben el mundo que les rodea como un lugar peligroso e impredecible (Blum y cols., 2014). En definitiva, la falta de atención hacia las caras amenazantes y el exceso de atención hacia las situaciones amenazantes podría incrementar la percepción negativa que tienen de sí mismos, la percepción sesgada que tienen hacia el resto y la percepción del riesgo en el entorno que les rodea (Infurna y cols., 2016; Shackman y cols., 2007).

Por último, se encontró una correlación positiva entre los sesgos atencionales de *preferencia* atencional hacia las escenas amenazantes y los síntomas de retraimiento en los niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo. Estos hallazgos también se pueden contextualizar en estudios previos centrados en muestras de niños maltratados. Según Pollak y cols. (1997), una reducción en la capacidad para desconectar de ambientes amenazantes resultaría en conductas desadaptativas, por ejemplo, en forma de retraimiento, debido a la ausencia de estrategias de afrontamiento para hacer frente a situaciones amenazantes (Shield y Cicchetti, 1998). Como consecuencia, la combinación del sesgo atencional de preferencia hacia entornos amenazantes junto a las reacciones desadaptativas de retraimiento, podría desembocar en una sobrevaloración del estímulo amenazante, y quizás, en juicios erróneos de situaciones sociales inusuales o ambiguas (De Nicola, 2015; Molina-Díaz, 2015; Pollak y Klister, 2002). Es por ello que estos niños podrían experimentar una mayor necesidad de defenderse frente a estas percepciones sesgadas del entorno de una forma desadaptativa (Gladwin, 2017; Tsur & Abu-Raiya, 2020), reaccionando mediante comportamientos agresivos seguidos de conductas de retraimiento.

5.2. LIMITACIONES

Como en cualquier investigación empírica, el presente estudio asocia una serie de limitaciones que pasamos a mencionar.

En primer lugar, se trata de un estudio transversal, que limita la capacidad de realizar inferencias temporales y causales entre el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo en menores maltratados y el procesamiento anómalo de las emociones. Por tanto, estudios longitudinales serían necesarios para analizar la causalidad y comprobar si los resultados obtenidos persisten con el paso del tiempo.

En segundo lugar, el tamaño relativamente pequeño de nuestra muestra pudo haber reducido la capacidad de detección de otras diferencias potenciales entre los grupos. Sin embargo, nuestra muestra, compuesta en su totalidad por niños expuestos a un maltrato lo suficientemente grave como para que la guarda y custodia de los padres fuera totalmente retirada, además de cumplir criterios para el diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo según la CIE-11, resultó ser lo suficientemente homogénea como para detectar diferencias entre los grupos.

En tercer lugar, nuestro estudio se centró en niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, por lo que futuros estudios que comparen niños maltratados con Trastorno de Estrés Postraumático Complejo con niños maltratados sin Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, ayudarían a determinar en qué grado el procesamiento anómalo de la información negativa se produce en el seno del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo frente al maltrato.

Finalmente, los sesgos en las fuentes de reclutamiento podrían constituir una última limitación. Aunque los dos grupos eran comparables en términos de variables socio-demográficas relevantes (es decir, edad, género, lateralidad, estatus socio-económico y etnia), el reclutamiento parcial del grupo control de una escuela pública podría suponer un sesgo relacionado con el grupo.

5.3. FORTALEZAS

El presente estudio cuenta con una serie de fortalezas que deben ser tenidas en consideración.

A nivel global, cabe destacar que se ha realizado un especial esfuerzo para superar algunas de las limitaciones generales de la literatura empírica centrada en el estudio del procesamiento emocional en menores maltratados, como es la utilización de una muestra homogénea de niños maltratados, todos ellos expuestos a situaciones de trauma complejo lo suficientemente graves como para que la tutela de los progenitores fuera retirada en su totalidad y pasaran a cargo de las entidades institucionales competentes. Por ello, nuestro estudio ha puesto un especial interés en reclutar un grupo de casos en el que todos los niños habían sido recientemente víctimas de distintas tipologías de maltrato, de forma grave, en repetidas ocasiones y de forma mantenida en el tiempo. Además, en el caso de nuestro estudio, todos los niños maltratados fueron diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo según los criterios de la CIE-11 y posterior verificación a través del procedimiento estandarizado propuesto por Cloitre y cols. (2013).

A nivel más específico, nuestro estudio garantiza la evaluación y comparación de los sesgos atencionales en el procesamiento de la información emocional mediante la administración de la tarea de la doble pista emocional haciendo uso de dos tipos diferentes de estímulos señal, es decir, caras y escenas, tanto en estadios preconscientes (500 ms) como en estadios conscientes (1000 ms) del procesamiento emocional. Hasta la fecha, la literatura centrada en el procesamiento emocional en menores maltratados que se ha servido de la tarea de la doble pista emocional ha utilizado únicamente caras como estímulo señal. Respecto a las caras, las escenas emocionales permiten llevar a cabo un estudio del procesamiento emocional en un dominio similar a situaciones sociales reales, por lo que la utilización de escenas ofrece un paradigma con una mayor validez ecológica, y por tanto, más generalizable al mundo real. Por último, en nuestro estudio se incluyen las tres valencias emocionales que se han definido como relevantes en el estudio de los sesgos atencionales en niños maltratados: alegría, tristeza y amenaza.

A modo de síntesis, nuestro estudio es el primero en investigar el procesamiento anómalo de la información emocional en una muestra homogénea de niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, utilizando como estímulo señal tanto caras, en estadios preconscientes y conscientes del procesamiento emocional, como escenas, mediante la administración de la tarea de la doble pista emocional, incluyendo valencias emocionales positivas (es decir, alegres) y negativas (es decir, tristes y amenazantes).

5.4. IMPLICACIONES

Los resultados del presente estudio añaden valiosa información al campo del conocimiento de la etiología de la desregulación emocional en niños víctimas de trauma complejo, dando lugar a importantes implicaciones terapéuticas, implicaciones relacionadas con la diversidad e implicaciones relacionadas con futuras líneas de investigación. En relación con las implicaciones terapéuticas, partiendo de la premisa de que el procesamiento emocional anómalo se ha sugerido como un factor clave en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas en el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, estrategias terapéuticas computarizadas de Modificación de Sesgos Cognitivos Atencionales (MSCA) o *Attention Bias Modification Training* (ABMT), en las que la localización del estímulo es manipulada con el objetivo de ejercitar implícitamente la atención del individuo (Shechner y cols., 2014), constituirían una nueva diana terapéutica para el abordaje de los problemas emocionales y comportamentales en estos niños (Coventry y cols., 2020; Karatzias y cols., 2019; Mastorakos y Scott, 2019). Referente a las implicaciones relacionadas con la diversidad, a pesar de que nuestra muestra era homogénea en términos de exposición a las características del trauma complejo, era étnica y culturalmente diversa, por lo que jugaría un papel importante en la generalización de los resultados a grupos fuera de la presente muestra. En lo referido a las implicaciones relacionadas con futuras líneas de investigación, futuros estudios que utilicen el paradigma experimental de la tarea de la doble pista emocional se beneficiarían de la inclusión de otras tecnologías, tales como el seguimiento ocular o *Eye Tracking*, que permitan un análisis más detallado de los patrones atencionales (Garner, Mogg y Bradley, 2016). Además, estudios longitudinales resultarían de utilidad para comprobar si los patrones sintomáticos observados mejoran tras la corrección de los sesgos atencionales. Por último, el seguimiento a largo plazo de

la presente muestra resultaría de gran interés con el objetivo de evaluar si el hallazgo de sesgos atencionales en el procesamiento de la información negativa en estos niños representa un factor de riesgo consistente en una mayor vulnerabilidad de sufrir trastornos psiquiátricos en el futuro (Romens y Pollak, 2012; Young y Widom, 2014).

6. CONCLUSIONES

Los estudios recopilados en este trabajo demuestran la complejidad en la caracterización del procesamiento atencional de la información emocionalmente relevante en los sujetos expuestos a trauma complejo en el seno del maltrato infantil. La desregulación emocional se ha considerado como un mecanismo esencial y se sitúa en la base del desarrollo y mantenimiento de las manifestaciones emocionales y conductuales características del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo. En este trastorno, además de ser característicos síntomas de reexperimentación, evitación y estado de hiperalerta, se encuentran alterados los dominios involucrados en la propia organización del individuo, manifestándose mediante: desregulación afectiva, autoconcepto negativo y problemas relacionales. El estudio de la desregulación emocional en los niños afectados de Trastornos de Estrés Postraumático Complejo resulta de utilidad en la caracterización y comprensión de la vulnerabilidad cognitiva de este trastorno, y una manera adecuada de estudiarla es a través de los sesgos atencionales en el procesamiento de la información.

Así, el principal hallazgo derivado de este trabajo es que los niños afectados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo en el contexto del maltrato infantil presentan un procesamiento atencional anómalo de la información emocional negativa, y que dichos sesgos cognitivos guarda una relación con patrones sintomáticos en estos niños.

En primer lugar, observamos un sesgo atencional de *evitación* de caras amenazantes y un sesgo atencional de *preferencia* hacia caras tristes, tanto durante estadios preconscientes como durante estadios conscientes del procesamiento emocional. Por otra parte, encontramos una correlación positiva entre la mayor evitación atencional de caras amenazantes y síntomas relacionados con alteraciones comportamentales y retraimiento, y una correlación positiva entre la mayor preferencia atencional hacia caras tristes y sintomatología depresiva. La evitación atencional de caras amenazantes sugiere una manera alterada de entender las amenazas del ambiente, lo que puede llevar a que estos niños se vean con más facilidad inmersos en situaciones potencialmente peligrosas. Además, estos niños carecen de las estrategias necesarias para hacerles frente, y reaccionan de forma inadecuada, por ejemplo, mediante conductas agresivas y retraimiento. La preferencia atencional por caras tristes puede deberse a la tendencia a atender a estímulos afines al estado de ánimo en que se

encuentran estos niños, que al mismo tiempo puede fomentar una baja autoestima y, en un ciclo vicioso, contribuir al mantenimiento de los síntomas típicos del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.

En segundo lugar, encontramos que los niños maltratados diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo presentaban un sesgo atencional de *preferencia* hacia escenas amenazantes. Asimismo, observamos una correlación positiva entre una mayor preferencia atencional y síntomas relacionados con el retraimiento. Una capacidad disminuida para dejar de prestar atención hacia situaciones sociales amenazantes podría incrementar la percepción negativa que tienen de sí mismos, la percepción sesgada que tienen hacia los demás y la percepción de riesgo en el entorno que les rodea. Dado que estos niños presentan una capacidad reducida para desconectar de ambientes amenazantes, reaccionarían con conductas de retraimiento, dada la ausencia de estrategias de afrontamiento.

En conclusión, nuestro estudio añade evidencia consistente para considerar que existe una interacción entre los procesos emocionales y cognitivos del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo que incurren de forma significativa en la aparición y mantenimiento de las manifestaciones emocionales y conductuales características de este trastorno. Sin duda, la alteración en el procesamiento atencional de la información negativa en niños con Trastorno de Estrés Postraumático Complejo tiene tanto implicaciones terapéuticas como en el ámbito de la investigación. A nivel terapéutico, la modificación de los sesgos cognitivos mediante el entrenamiento atencional puede ser una diana terapéutica prometedora en el abordaje del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo. Sin embargo, son necesarios estudios longitudinales que determinen si la mejoría clínica permanece estable a largo plazo tras la corrección de dichos sesgos, así como para afianzar la asociación entre los sesgos atencionales y una mayor vulnerabilidad para sufrir futuros trastornos psiquiátricos

7. REFERENCIAS

- Achenbach, T. M., y Edelbroch, C. S. (1991). *Manual for the child behavior checklist and revised child profile*. Burlington: University of Vermont.
- Ainamani, H. E., Rukundo, G. Z., Nduhukire, T., Ndyareba, E., y Hecker, T. (2021). Child maltreatment, cognitive functions and the mediating role of mental health problems among maltreated children and adolescents in Uganda. *Child & Adolescent Psychiatry Mental Health*, 15, 22.
- Allen, G., Fonagy, P., y Bateman, A. W. (2008). *Metalizing in Clinical Practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Ambroise T. (1859). *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*. París: Hachette Livre BNF.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (text revision). Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC.
- Amores-Villalba, A., y 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, 81-88.
- Arias, W. L., Galagarza, L., Rivera, R., y Ceballos, K. (2017). Análisis transgeneracional de la violencia familiar a través de la técnica de genogramas. *Revista de Investigación en Psicología*, 20, 283-308.
- Assink, M., Spruit, A., Shuts, M. y cols. (2018). The intergenerational transmission of child maltreatment: A three-level-meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 84, 131-145.

- Astin, M. C., y Resick, P. A. (1997). *Tratamiento cognitivo conductual del trastorno por estrés postraumático*. En: Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Madrid: siglo XXI de España Editores.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: New American Library.
- Behrmann, M., Avidan, G., Leonard, G. L., Kirochi, R., Luna, R., Humphreys, K., y cols. (2006). Configural processing in autism and its relationship to face processing. *Neuropsychologia*, 44, 110-129.
- Bernate, M., Baquero, M. P., y Soto, F. (2009). Diferencias en los procesos de atención y memoria en niños con y sin estrés postraumático. *Cuadernos de neuropsicología*, 3, 105-115.
- Blum, S. C., Silver, R. C., y Poulin, M. J. (2014). Perceiving risk in a dangerous world: associations between life experiences and risk perceptions. *Social Cognition*, 32, 297-314.
- Botella, L. (2005). Reconstrucción relacional y narrativa en psicoterapia: bases neurobiológicas. *Monografías de Psiquiatría*, 3, 28-34.
- Boeckel, M. G., Wendt, T., Daruy-Filho, L., Martínez, M., y Grassi-Oliveira, R. (2017). Intimate partner violence is associated with increased maternal hair cortisol in mother-child dyads. *Comprehensive Psychiatry*, 72, 18-24.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Brand, B. L., y Lanius, R. A. (2014). Chronic complex dissociative disorders and borderline personality disorder: disorders of emotion dysregulation? *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 1, 1.
- Bremner, J. D. (2000). *Neurobiology of posttraumatic stress disorder*. En: Encyclopedia of Stress. New York: Academic Press.

- Bremner, J. D., Vythilingam, M., Vermetten, E., Southwick, S. M., McGlashan, T., Nazeer, A. y Garg, P.K. (2003). MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 924-932.
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevin, M., Maercker, A., y cols. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1-15.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., y Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- Castro, N., Campos, G., y López, C. (2003). Neurobiología y tratamiento del trastorno de estrés postraumático. *Medicina Legal Costa Rica*, 20, 5-14.
- Broadbent, D. E. (1958). *The general nature of vigilance*. En: Perception and communication. Elmsford: Pergamon Press.
- Carr, A., Duff, H., y Craddock, F. (2020). A systematic review of reviews of the outcome of noninstitutional child maltreatment. *Trauma Violence Abuse*, 21, 828-843.
- Cervera, I. M., López-Soler, C., Alcántara-López, M., Castro, M., Fernández-Fernández, V., y Martínez, A. (2020). Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: trauma del desarrollo. *Papeles del Psicólogo*, 41, 3.
- Centre International de l'Enfance. (1980). Los niños víctimas de sevicias y maltratos. Documento para el Proyecto CII.
- Cicchetti, D., y Toth, S. L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 541-565.

- Cloitre, M. (2020). ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: simplifying diagnosis in trauma populations. *The British Journal of Psychiatry*, 216, 129-131.
- Cloitre, M., Gavert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B. y Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 25097.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., y cols. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictor of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 0, 1-10.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Ford, J. D., Green, B. L., Alexander, P., Briere, J., y cols. (2012). The *ISTSS expert consensus treatment guidelines for complex PTSD in adults*. Retrieved from <http://www.istss.org>
- Cloitre, M., Gavert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., y Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex-PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 20706.
- Comín, M. A. (2012). El vínculo de apego y sus consecuencias para el psiquismo humano. *Intercanvis*, 29, 7-17.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson, E., y Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35, 390-398.
- Coventry, P., Meader, N., Melton, H. A., Temple, M., Dale, H., Wright, K., y cols. (2020). Psychological and pharmacological interventions for PTSD and comorbid

mental health problems following complex traumatic events: systematic review and component network meta-analysis. *PLoS Medicine*, 17, 1003262.

Cusmano, A. (2016). Selective Attention to Threat in People with Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *CUNY Academic Words*.

Dalgleish, T., Moradi, A. R., Taghavi, M. R., Neshat-Doost, H. T., y Yule, W. (2001). An experimental investigation of hypervigilance for threat in children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 31, 541-547.

D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., y Van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82, 187-200.

Davis, A. S., Moss, L. E., Nogin, M., y Webb, N. (2015). Neuropsychology of child maltreatment and implications for school psychologists. *Psychology in the Schools*, 52, 77-91.

De Bellis, M. D. (2005). The Psychobiology of neglect. *Child Maltreatment*, 10, 150-172.

DeGregorio, L. J. (2012). Intergenerational transmission of abuse: implications for parenting interventions from a neuropsychological perspective. *Traumatology*, 19, 158-166.

De Nicola, A. F. (2015). Mecanismos neuroendocrinos de respuesta durante el estrés y la carga alostática. *Ciencia e Investigación*, 65, 17-26.

Derogatis, L. R. y Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.

De Vega, M. (1984). *Introducción a la psicología cognitiva*. Madrid: Alianza Editorial.

- Díaz, J. A., Casado, J., García E., Ruiz, M. A., y Esteban, J. (1998). *Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- Díaz-Marsá, M., Molina, R., Lozano, M. C., y Carrasco, J. L. (2000). Bases biológicas del trastorno de estrés postraumático. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28, 379-384.
- Duque, A., y Vázquez, C. (2015). Double attention bias for positive and negative emotional faces in clinical depression: evidence from an eye-tracking study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46, 107-114.
- Ebner, N. C., Riediger, M. y Lindenberger, U. (2010). FACES-a database of facial expressions on young, middle-aged: and older women and men: Development and validation. *Behavior Research Methods*, 42, 351- 362.
- Eguíluz, I., y Segarra, R. (2013). *Introducción a la psicopatología. Una vision actualizada*. Madrid: Panamericana.
- Ehlers, A., y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Elsesser, K., Sartory, G., y Tackenberg, A. (2005). Initial symptoms and reactions to trauma-related stimuli and the development of posttraumatic stress disorder. *Depression & Anxiety*, 21, 61-70.
- Ertem, I., Leventhal, J., y Dobbs, S. (2000). Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? *The Lancet*, 356, 814-819.
- Everly, G. S. (1995). *An integrative two-factors model of posttraumatic stress*. En: *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in posttraumatic stress*. New York: Plenum Press.

- Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Resick, P. A. y Kilpatrick, D. G. (1993). The modified PTSD symptom scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *The Behavioral Therapist*, 16, 161-162.
- Fani, N., Bradley-Davino, B., Ressler, K. J., y McClure-Tone, E. B. (2011). Attention bias in adults survivors of childhood maltreatment with and without posttraumatic stress disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 57-67.
- Fernández-Jurado, M. (2017). *La violencia contra menores y adolescents desde un punto de vista económico: el caso español*. Los Ángeles: Creative Commons.
- Finkelhor, D. (1988). *The trauma of child abuse: two models*. En: The lasting effects of child sexual abuse. Newbury Park: Sage Publications.
- Finkelhor, D., y Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 530-541.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., y Cahill, S. p. (2006). *Emotional processing theory. Pathological Anxiety: Emotional Processing in Etiology and Treatment*. New York: Guilford.
- Foa, E. B., y Kosaks, M. J. (1985). *Treatment of anxiety disorders: Implications for psychopathology. Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Associates.
- Foa, E. B., y Kosaks, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Forster, K. I., y Forster, J. C. (2003). DMDX: A Windows display program with millisecond accuracy. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers*, 35, 1666-124.
- García-Blanco, A., López-Soler, C., Vento, M., García-Blanco, M. C., Gago, B., y Perea, M. (2017a). Communication deficits and avoidance of angry faces in

- children with autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 62, 218-226.
- García-Blanco, A., Perea, M., y Livianos, L. (2013). Mood-congruent bias and attention shifts in the different episodes of bipolar disorder. *Cognition & Emotion*, 27, 1114-1121.
- García-Blanco, A., Yáñez, N., Vázquez, M. A., Marcos I., y Perea, M. (2017b). Modulation of attention by socio-emotional scenes in children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Disorders*, 33, 39-46.
- García, A., Enseñat, A., Tirapu, J., y Roig. (2009). Maduración de la corteza prefrontal y desarrollo de las funciones ejecutivas durante los primeros cinco años de vida. *Revista de Neurología*, 48, 435-440.
- García-Sevilla, J. (2007). Psicología de la atención. Madrid: Editorial Síntesis.
- Garner, M., Mogg, K., y Bradley, B.P. (2016). Orienting and maintenance of gaze to facial expressions in social anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 760-770.
- Gibb, B. E., Schofield, C. A., y Coles, M. E. (2009). Reported history of childhood abuse and young adults' information-processing biases for facial displays of emotions. *Child Maltreatment*, 14, 148-156.
- Gil, J., Torró, C., Sánchez, A. R., Llamas, M. V., Cosano, I., Garrido, A., y cols. (2014). Protocolo de intervención sanitaria en casos de maltrato infantil. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad. Salud y Políticas Sociales.
- Gladwin, T. E. (2017). Carryover effects in spatial attentional bias tasks and their relationship to subclinical PTSD symptoms. *Traumatology*, 23, 303-308.
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain – A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 97-116.

- Glaser, D. (2002). *Child Sexual Abuse*. En: *Child and Adolescent Psychiatry*, 4ª ed. Oxford: Blackwell Science.
- González-García, C., Bravo, A., Arruabarrena, I., Martín, E., Santos, I., y Fernández del Valle, J. (2007). 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.
- Goodman, R., y Scott, S. (2005). *Maltreatment of children*. En: *Child Psychiatry*. 2ª ed. Oxford: Blackwell Publishing.
- Guzmán, M., Padrós, F., García, T., y Laca, F. (2014). Modelos cognitivo conductuales del trastorno por estrés postraumático. *Uaricha*, 11, 35-54.
- Hankin, B. L., Gibb, B. E., Abela, J. R. y Flory, K. (2010). Selective attention to affective stimuli and clinical depression among youths: Role of anxiety and specificity of emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 491-501.
- Haxby, J. V., Hoffman, E. A., y Gobbini, M. I. (2002). Human neural systems for face recognition and social communication. *Biological Psychiatry*, 51, 59-67.
- Heitmann, C.Y., Feldker, K., Neumeister, P., Zepp, B. M., Peterburs, J., Zwitserlood, P., y Straube, T. (2016). Abnormal brain activation and connectivity to standardized disorder-related visual scenes in social anxiety disorder. *Human Brain Mapping*, 37, 1559- 1572.
- Heleniak C., Jennes, J. L., Vander, A., McCauley, E., y McLaughlin. (2016). Childhood maltreatment exposure and disruptions in emotion regulation: a transdiagnostic pathway to adolescent internalizing and externalizing psychopathology. *Cognitive Therapy and Research*, 40, 394-415.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 271-286.

- Hiraoka, T., Nishizaki, M., Ueda, K. y Kondo, Y. (2022). Growth recovery lines in children: A comparison between psychosocial short stature and other pathological causes of short stature. *Child Abuse & Neglect*, 123, 105388.
- Horowitz, M. (1986). *Stress response syndromes*. New York: Jason Aronson.
- Hull, A. (2002). Neuroimaging findings in posttraumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 181, 102-110.
- Humpherys, K. L., LeMolue, J., Wear, J. G., Piersiak, H. A., Lee, A., y Gotlib, I. H. (2020). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 102, 104361.
- Infurna, M. R., Reichl, C., Parzer, P., Schimmenti, A., Bifulco, A., y Kaess, M. (2016). Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 190, 47-55.
- Jaffe, S. R., y Kohn, A. (2011). Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 184-194.
- Jones, D. (2003). *Communicating with vulnerable children: a guide for practitioners*. London: Gaskell.
- Kahneman, D. (1973). *Attention and effort*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., y cols. (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.
- Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Shevlin, M., Hyland, P., y cols. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49, 1761.

- Kellough, J., Beevers, C. G., Ellis, A., y Wells, T. T. (2008). Time course of selective attention in depressed young adults: An eye tracking study. *Behavior Research and Therapy*, 11, 1238-1243.
- Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W. y Silver, H. K. (1962). The Battered Child Syndrome. *Journal of American Medical Association*, 181, 105-112.
- Kim, H., Wildeman, C., Jonson-Reid, M., y Drake, B. (2017). Lifetime prevalence of investigating Child Maltreatment Among US Children. *American Journal of Public Health*, 107, 274-280.
- Kimble, M., Boxwala, M., Bean, W., Maletsky, K., Halper, J., Spollen, K., y Fleming, K. (2014). The impact of hypervigilance: Evidence for a forward feedback loop. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 241-524.
- Kisley, M. A., Wood, s., y Burrows, C. L. (2007). Looking at the sunny side of life age-related change in an event-related potential measure of the negativity bias. *Psychological Science*, 18, 838-843.
- Klasen, F., Gehrke, J., Metzner, F., Blotevogel, M., y Okello, J. (2013). Complex Trauma symptoms in former Ugandan child soldiers. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22, 698-713.
- Klein. F., Schindler, S., Neuner, F., Rosner, P., Renneberg, B., y cols. (2019). Processing of affective words in adolescent PTSD. Attentional Bias toward Social Threat. *Psychophysiology*, 56, 13444.
- Knefel, M., Tran, U. S., y Lueger-Schuster, B. (2016). The association of posttraumatic stress disorder, complex posttraumatic stress disorder, and borderline personality disorder from a network analytical perspective. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 70-78.

- Laguna, M. I., y Muñoz, V. (2006). *Abusos sexuales y malos tratos*. En Urgencias psiquiátricas en niños y adolescents. Barcelona: Masson.
- Lang, P. J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy*, 8, 862-886.
- Lang, P. J., Bradley, M. M., y Cuthbert, B. N. (2005). *International affective picture system (IAPS): Affective ratings of pictures and instruction manual*. Gainesville: Technical Report A-6. University of Florida.
- Lázaro, M. L., Moreno, M. D., Rubio, B. (2021). *Manual de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia*. Barcelona: Elsevier España.
- Lazarsfeld, P. F., y Henry, N. W. (1968). *Latent structure analysis*. Boston, Houghton Mifflin.
- LeDoux, J. E. (1992). *Emotion and amigdala. The amigdala: neurobiological aspects of emotion, memory and mental dysfunction*. New York: Wiley-Liss.
- López, F., Etxebarria, I., Fuentes M. J., y Ortiz, M. J. (1999). *El desarrollo afectivo y social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Maercker, A. (2021). Development of the new CPTSD diagnosis for ICD-11. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8:7.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryan, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., Van Ommeren, M., y cols. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the ICD-11. *Lancet*, 382, 1683-1685.
- Main, M., y Solomon, J. (1986). *Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern*. En: *Affective development in infancy*. Westport: Ablex Publishing Corporation.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego: Un enfoque actual*. Madrid: Prismática.

- Martín, E., González-García, C., del Valle, J. F., y 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.
- Mastorakos, T. y Scott, K. L. (2019). Attention bias and social-emotional development in preschool-aged children who have been exposed to domestic violence. *Child Abuse & Neglect*, 89, 78-86.
- Mathews, A., y MacLeod, C. (1994). Cognitive approaches to emotion and emotional disorders. *Annual Review of Psychology*, 45, 25-50.
- Mesa, P. y Moya, L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: el ciclo de la violencia. *Revista de neurología*, 52, 489-503.
- Mingote, J. C., Manchón, B., Isla, I., Perris, A., y Nieto, I. (2001). Tratamiento integrado del trastorno de estrés postraumático. *Aperturas psicoanalíticas*, 8.
- Molina-Díaz, R. (2015). *Maltrato infantil: consecuencias neurofisiológicas y neuropsicológicas* (trabajo final de grado). Jaén, España: Universidad de Jaén.
- Moreno, J. M. (2005). Estudio sobre las consecuencias del maltrato infantil en el desarrollo del lenguaje, *Anales de Psicología*, 21, 224-230.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley
- Moya, L., y Martín, J. (2015). *Eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal y aggression*. En: Neurocriminología. Psicología de la Violencia. Madrid: Pirámide.
- McCrory, E. J., De Brito, S. A., Kelly, P. A., Bird, G; Sebastian, C. L., Mechelli, A., Samuel, S., y Viding, E. (2013). Amygdala activation in maltreated children during pre-attentive emotional processing. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 269-276.

- McLaughlin, K. A., Peverill, M., Gold, A. L., Alves, S., y Sheridan, M. A. (2015). Child maltreatment and neural systems underlying emotion regulation. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54, 753-763.
- McLeod, C., Mathew, A., y Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 15-20.
- McFetridge, M., Milner, R., Gavin, V., y Levita, L. (2015). Borderline personality disorder: Patterns of self-harm, reported childhood trauma and clinical outcome. *British Journal of Psychiatry Open*, 1, 18-20.
- Miguel-Tobal, J. J., González, H., y López, E. (2000). Estrés postraumático: hacia una integración de aspectos psicológicos y neurobiológicos. *Ansiedad y estrés*, 6, 255-280.
- Mower, O. H. (1960). *Learning Theory and Behavior*. New York: Willey.
- Mueller-Pfeiffer, C., Martin-Soelch, C., Blair, J. R., Carnier, A., Kaiser, N., Rufer, M., Schnyder, U., y Hasler, G. (2010). Impact of emotion on cognition in trauma survivors: what is the role of posttraumatic stress disorder? *Journal of Affective Disorders*, 126, 287-292.
- Nieto, I., y López, M. C. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica Contemporánea*, 7, 87-104.
- Observatorio de la Infancia, Dirección General de Servicios para las Familias y la Infancia, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Notificaciones de sospecha de Maltrato Infantil 2018. Informes, Estudios e Investigación del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Boletín nº 24, 2022.
- Öhman, A. (2009). Of snakes and faces: An evolutionary perspective on the psychology of fear. *Scandinavian of Psychology*, 50, 543-552.

- Organización Mundial de la Salud. (2019). Clasificación Internacional de Enfermedades. 11ª ed. <https://icd.who.int/browse11>.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Maltrato Infantil. Publicación del primer Informe sobre violencia y la salud. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/03-10-2020-first-ever-global-report-on-violence-and-health-released>.
- Pérez-Capilla, A. (2008). *Neuropsicología infantil*. En: Manual de neuropsicología. Barcelona: Viguera Editores.
- Perry, B. D. (2014). *The cost of caring: understanding and preventing secondary traumatic stress when working with traumatized and maltreated children*. CTA Parent and Caregiver Education Series, 2, 7. Child Trauma Academy Press
- Perkins, S., y Graham-Bermann, S. (2012). Violence exposure and the development of school-related functioning: mental health, neurocognition and learning. *Aggression and Violent Behavior*, 17, 89-98.
- Pine, D. S., Mogg, K., Bradley, B. P., Montgomery, L., Monk, C. S., Mc Clure, E., y cols. (2005). Attention bias to threat in maltreated children: Implications for vulnerability to stress-Related psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 162, 291-296.
- Pollak, S. D., Cicchetti, D., Klorman, R., y Brumaghim, J. T. (1997). Cognitive brain event-related potentials and emotion processing in maltreated children. *Child Development*, 5, 773-787.
- Pollak, S. D., y Klister. (2002). Early experience is associated with the development of categorical representations for facial expressions of emotion. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 99, 9072-9076.

- Pollak, S. D. y Sinha, P. (2002). Effects of early experience on children recognition of facial displays of emotion. *Developmental Psychology*, 38, 784-791.
- Posner, M. I., y Dehaene, S. (1994). Attentional networks. *Trend in Neurosciences*, 17, 75-79.
- Powers, A., Fani, N., Murphy, L., Briscione, M., Bradley, B., y cols. (2019). Attention bias towards threatening faces in women with PTSD: Eye tracking correlates by symptom cluster. *European Journal of Psychotraumatology*, 10, 1568133.
- Putnam, F. (2003). Ten years research update review: child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 269-278.
- Reed, G. M. (2010). Toward ICD-11: improving the clinical utility of WHO's international classification of mental disorders. *Professional Psychology: Research and Practices*, 41, 457.
- Resick, P., Monson, C. M., y Chard, K. M. (2008). *Cognitive processing therapy: veteran/military version*. Washington: Department of Veterans' Affairs.
- Resick, P., y Schnicke, M. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-760.
- Romens, S. E., y Pollak, S. D. (2012). Emotion regulation predicts attention bias in maltreated children at risk for depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 120-127.
- Sadock, B., Sadock, V. y Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría*. 11ª Edición. Madrid: Lippincott.
- Saldaña, D., Jiménez, J., y Oliva A. (1995). El maltrato infantil en España: un estudio a través de los expedientes de menores. *Infancia y aprendizaje*, 18, 59-68.
- Sánchez, P., y Hervias, P. (2023). Maltrato infantil y abuso sexual. *Pediatría Integral*, 27, 201-207.

- Scheeringa, M. S., y Zeanah, C. H. (2008). Reconsideration of harm's: Onsets and comorbidity patterns in preschool children and their caregivers following Hurricane Katrina. *Journal of Child & Adolescent Psychology*, 37, 508-518.
- Scott, K. M., Smith, D. R., y Ellis, P. M. (2010). Prospectively ascertained child maltreatment and its association with DSM-IV mental disorders in young adults, *Archives of General Psychiatry*, 67, 712-719.
- Shackman, J. E., Shackman, A. J., y Pollak, S. D. (2007). Physical abuse amplifies attention to threat and increases anxiety in children. *Emotion*, 7, 838-852.
- Shield, A., y Cicchetti, D. (1997). Emotion regulation among school-age children: the development and validation of a new criterion Q-sort scale. *Developmental Psychology*, 33, 906-916.
- Shield, A., y Cicchetti, D. (1998). Reactive aggression among maltreated children: The contributions of attention and emotion dysregulation. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 381-395.
- Sohlberg, M. M., y Mateer, C. A. (2001). *Cognitive rehabilitation: an integrative neuropsychological approach*. Nueva York: The Guilford Press.
- Solís-García, G., Marañón, R., Medina, M., de Lucas S., García-Morín, M. y cols. (2019). Maltrato infantil en urgencias: epidemiología, manejo y seguimiento. *Anales de Pediatría*, 91, 37-41.
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., y Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 1-14.
- Tulving, E., y Schacter, D. L. (1990). Priming and human memory systems. *Science*, 247, 301-306.

- Widom, C. S., y Wilson, H. W. (2015). *Intergenerational Transmission of Violence*. En: *Violence and Mental Health*. Dordrecht: Springer.
- Taitz, L. S., y King, J. M. (1988). Growth patterns in child abuse. *Acta Paediatrica Scandinavica Supplement*, 343, 62-72.
- Teicher, M. H., y Samson, J. A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 170, 1114-1133.
- Teicher, M. H., y Samson, J. A. (2016). Annual research review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57, 241-266.
- Tottenham, N., Hare, T. A., Millner, A., Gilhooly, T., Zevin, J., y Casey, B. J. (2011). Elevated amygdale response to faces following early deprivation. *Developmental Science*, 14, 190-240.
- Tsur, N., y Abu-Raiya, H. (2020). COVID-19-related fear and stress among individuals who experienced child abuse: The mediating effect of complex posttraumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 110, 104694.
- Van der Kolk, B., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., y Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389-399.
- Van der Kolk, B., Ford, J.D. y Spinazzola, J. (2009). Comorbidity of developmental trauma disorder (DTD) and post-traumatic stress disorder: Findings for the DTD field trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 10, 1562841.
- Van Rooij, S., Smith, R. D., Stenson, A. F., Ely, T. D., Yang, X., Tottenham, N., Stevens, J. S., y Jovanovic, T. (2020). Increased activation of the fear

neurocircuitry in children exposed to violence. *Depression & Anxiety*, 37, 303-312.

Weber, S., Jud, A., y Landolt, M. A. (2016). Quality of life in maltreatment children and adults survivors of child maltreatment: a systematic review. *Quality of Life Research*, 25, 237-255.

Weierich, M. R., Treat, T. A., y Hollingworth, A. (2008). Theories and measurement of visual attentional processing in anxiety. *Cognition and Emotion*, 22, 985-1018.

Weil, P. K., Florenzano, U. R., Vitriol, G.V., Cruz, M. C., Carvajal, A.C., Fullerton, U.C. y cols. (2004). Trauma infant-juvenil y psicopatología adulta: Un estudio empírico. *Revista Médica de Chile*, 132, 1499-1504.

Widom, C. S., DuMont, K., y Czaja, S. J. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grow up. *Archives of General Psychiatry*, 64, 49-56.

Yiend, J. (2010). The effects of emotion on attention: A review of attentional processing of emotional information. *Cognition & Emotion*, 24, 3-47.

Young, J. C. y Widom, C. S. (2014). Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1369-1381.

8. ANEXOS

8.1. ANEXO 1: Números correspondientes a la base de datos IAPS (Lang y col., 2005) – Tarea experimental número 2

Triste – 2141, 2205, 2276, 2455, 2700, 2703, 2799, 2900, 3230, 9220, 9421, y 9530;
Amenaza – 1120, 1300, 2811, 3500, 6260, 6312, 6313, 6350, 6510, 6560, 6562, y 6821;
Alegre – 1340, 2091, 2165, 2208, 2224, 2299, 2339, 2340, 2501, 4599, 4700, y 8461;
Neutral – 2038, 2102, 2190, 2191, 2215, 2235, 2393, 2396, 2397, 2487, 2514, 2516, 2745, 2850, 2880, 5500, 5390, 5731, 5740, 7000, 7004, 7009, 7010, 7041, 7053, 7080, 7090, 7100, 7185, 7187, 7235, 7547, 7493, 7496, 7550, y 7950; práctica neutral –2840, 2870, 5130, 7031, 5390, 5395, 5661, 5900, 6000, 6150, 8311, y 9070.

8.2. ANEXO 2: Publicaciones de la doctoranda relacionadas con el proyecto de tesis doctoral

1. Artículos científicos publicados

Bertó, C., Ferrín, M., Barberá, M., Livianos, L., Rojo, L., y García-Blanco, A. (2017). Abnormal emotional processing in maltreated children diagnosed of Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Child Abuse & Neglect*, 73, 42-50. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.09.020.

Bertó, C., Ferrín, M., Barberá, M., Rojo, L., Livianos, L., y García-Blanco, A. (2020). ¿Cómo procesan las emociones los niños víctimas de maltrato? *Ciencia Cognitiva*, 14, 30-33.

Bertó, C., Almansa-Tomás, B., Ferrín, M., Livianos, L., Rojo, L., Barberá, M., y García-Blanco, A. (2023). Are socially relevant scenes abnormally processed in complex trauma-exposed children? *Journal of Child & Adolescent Trauma*. <https://doi.org/10.1007/s40653-023-00549-7>.

2. Ponencias orales

Presentación de la comunicación oral titulada «*Desregulación emocional en niños con antecedentes de maltrato diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático*

Complejo», en el marco de la XXVII Reunión de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana (SPCV), celebrada en Vila-Real (Castellón) los días 11 y 12 de mayo del 2018.

3. Obtención de premios extraordinarios

Obtención del tercer premio a la Mejor Comunicación Oral titulada *«Desregulación emocional en niños con antecedentes de maltrato diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo»*, en el marco de la XXVII Reunión de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana (SPCV), celebrada en Vila-Real (Castellón) los días 11 y 12 de mayo del 2018.

