



**Universidad
Zaragoza**

Trabajo Fin de Grado

Maltrato en el desarrollo infantil:
Estudio del Trastorno Límite de la Personalidad en una
muestra de mujeres en el Neuropsiquiátrico de Nuestra
Señora del Carmen.

*Childhood maltreatment:
Study of borderline personality disorder in a sample of
women in the neuropsychiatric hospital of Nuestra
Señora del Carmen.*

Autora

Ana Martín Asenjo

Director

Javier Martín Peña

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

Año 2019

Resumen

El presente trabajo pretende explorar la bibliografía relacionada, con la influencia que tiene ser víctima de conductas de abuso durante la infancia y las posibles consecuencias a largo y corto plazo. Además se centra en la posibilidad del desarrollo de un trastorno de personalidad, y en concreto en analizar la relación que existe con el desarrollo de Trastorno Límite de la Personalidad. Para poder aportar una visión real sobre el tema tratado, se han realizado entrevistas a mujeres ingresadas en el Neuropsiquiátrico de Nuestra Señora del Carmen, con Trastorno Límite de la Personalidad como diagnóstico principal y sospechas de malos tratos en su infancia. A partir de la recogida de información, se ha utilizado la técnica de Análisis de Contenido para ordenar sus testimonios y dotarlos de un significado relacionándolo con los ejes temáticos señalados en el trabajo.

Palabras clave:

Infancia, Maltrato infantil, Apego, Trabajo Social Clínico, Salud mental, Trastorno Límite de la Personalidad.

Abstract

This paper aims to explore the related literature, with the influence of being abused behaviors during childhood and the possible long- and short-term consequences. It also focuses on the possibility of the development of a personality disorder, and in particular to analyze the relationship that exists with the development of Personality Limit Disorder. In order to provide a real vision on the subject, interviews have been conducted with women admitted to the Neuropsychiatric of Nuestra Señora del Carmen, with Personality Limited Disorder as the primary diagnosis and suspicions of ill-treatment in his childhood. From the collection of information, the Content Analysis technique has been used to order their testimonies and provide them with a meaning related to the thematic axes indicated in the work.

Keywords

Childhood, Child Abuse, Attachment, Clinical Social Work, Mental Health, Borderline Personality Disorder.

Índice

| | |
|---|----|
| 1. Introducción | 1 |
| 2. Infancia y malos tratos: delimitación, efectos psicosociales y factores de protección. | 2 |
| 2.1 Delimitación del maltrato infantil. | 3 |
| 2.2 Experiencias adversas en la infancia. | 5 |
| 2.3 Efectos en la interacción socioemocional: el apego. | 6 |
| 2.4 Influencia de los malos tratos en la personalidad..... | 7 |
| 2.5 Consecuencias y secuelas psicosociales..... | 8 |
| 2.6 Trastornos psicopatológicos. Trastorno de personalidad y Trastorno Límite de la Personalidad..... | 10 |
| 3. Sistema de atención a la salud mental..... | 12 |
| 3.1 Marco Jurídico. Estrategias autonómicas. | 13 |
| 3.2 Neuropsiquiátrico de Nuestra Señora del Carmen. | 15 |
| 4. Objetivos. | 18 |
| 4.1 Objetivos generales..... | 18 |
| 4.2 Objetivos específicos..... | 18 |
| 5. Metodología. | 19 |
| 5.1 Participantes..... | 19 |
| 5.2 Procedimiento..... | 19 |
| 5.3 Instrumento..... | 21 |
| 5.4 Análisis de contenido. | 23 |
| 6. Resultados. | 26 |
| 7. Conclusiones..... | 31 |
| 8. Bibliografía..... | 33 |
| ANEXOS. | 0 |

1. Introducción

A partir de un informe realizado por *Save the Children* encontramos que más del 25% de los niños y niñas en España han sido víctimas de maltrato por parte de sus padres, madres o cuidadores principales. La situación de maltrato hacia menores ha empeorado en los últimos años, además es necesario tener en cuenta que, menos del 10% de los casos se denuncian. Sólo conocemos la llamada “punta del iceberg”, de uno de los problemas de la sociedad que afecta a los más vulnerables.

El maltrato infantil es un tema complejo, en el que muchos prefieren no involucrarse. Pero el maltrato infantil es una realidad. Una realidad que ocurre todos los días, para la cual tenemos que estar preparados e informados para hacerle frente. Existe un problema de conciencia social, ya que en general la sociedad no percibe la gravedad de estas situaciones, los tipos de maltrato que existen, ni la frecuencia con la que ocurre. Por ello, es de gran importancia proveer de la información necesaria para poder prevenir estas situaciones, el primer paso para la intervención en los malos tratos se basa en el conocimiento de síntomas.

Este trabajo pretende concienciar sobre la influencia que tiene el maltrato durante la infancia y las posibles repercusiones en la edad adulta y la importancia de la prevención. A continuación podremos ver, diferentes investigaciones que exponen las distintas consecuencias que puede producir a corto y largo plazo, aunque existe un consenso entre ellas, en que el daño que se produce a la víctima le marcará de por vida.

En relación con las posibles consecuencias que producen las conductas de abuso en la infancia, se exponen investigaciones que las relacionan con el desarrollo de un trastorno mental y en concreto, con el Trastorno Límite de la Personalidad. Después se realiza un recorrido a través de la legislación que enmarca el tema a tratar en este trabajo, y se presentan las funciones del trabajo social en salud mental.

Más adelante hablaremos sobre la metodología utilizada, donde se escogió una muestra de mujeres ingresadas en el Neuropsiquiátrico de Nuestra Señora del Carmen, cuyo principal diagnóstico es el Trastorno Límite de Personalidad y referían sospechas de malos tratos en la etapa infantil en sus informes. Para poder conocer la realidad de dichos sucesos se decidió realizar entrevistas, por lo que fue necesario pedir los consentimientos pertinentes para realizarlas.

Por último, se aplica la técnica de Análisis de Contenido para organizar la información a través de categorías enmarcadas por testimonios obtenidos de las entrevistas. Posteriormente se procede con la muestra de los resultados y las conclusiones extraídas a partir de la realización del presente trabajo.

2. Infancia y malos tratos: delimitación, efectos psicosociales y factores de protección.

El maltrato es un tema de actualidad. En la (Organización Mundial de la Salud, 1992) aseguran que los estudios internacionales revelan que una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos en la infancia. Los menores que resultan ser víctimas de maltrato infantil pueden experimentar consecuencias a corto y largo plazo. Éstas pueden ser de carácter físico y/o psicosomático y afectan al desarrollo emocional, conductual y social de las víctimas. Pero sobre todo “tienen que ver con la pérdida de confianza en el resto de personas, y por esto presentan dificultades para la interacción social y las relaciones afectivas” (Moreno Ríos, 2002).

La calidad de vida de numerosos niños se encuentra muy deteriorada por los malos tratos que experimentan en el entorno familiar, y cuyas consecuencias pueden repercutir, de manera muy seria, en el desarrollo físico y psicosocial del niño. Los daños emocionales como consecuencia del maltrato infantil pueden perdurar durante el resto de vida (García, 1999). El abuso infantil ha sido una constante a lo largo de toda la historia conocida de la humanidad (Zigler, 1989). La existencia de situaciones de maltrato infantil constituye un problema grave para la sociedad debido a las importantes repercusiones que originan, además de las que son producidas a nivel personal y familiar.

Para poder hablar acerca del concepto de infancia, es necesario mencionar la (Declaración de los Derechos del Niño, 1959), donde se estableció de forma oficial como infancia el periodo del ciclo vital que conocemos en la actualidad. Aunque se hayan establecido las bases del concepto, cada sociedad, cultura o forma de vida determina las características que conforman a esta etapa. Por ello, “el concepto infancia dista mucho de ser objetivo o universal” (Villagrasa Alcaide, 2006, pág. 49).

Lo que está claro es que la infancia está compuesta por un grupo de edad vulnerable con necesidad de protección. Esta indefensión se da porque “La infancia es el resultado de las oportunidades, los estímulos y las experiencias que construyen las personas adultas que la rodean”. (Funes Artiaga, 2008, pág. 33).

A partir de la (Convención sobre los Derechos del Niño, 2004), que fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989. Se establece un cambio en la perspectiva de la definición de infancia, tomando como enfoque los derechos humanos. La Convención supone la primera elaboración de un tratado internacional de derechos humanos, donde a través de un instrumento único combinó normas universales sobre infancia. Además surgió la primera consideración de los derechos de la niñez, como una exigencia con fuerza jurídica obligatoria. A partir del cambio en la concepción el término, se delimitaron las necesidades en la infancia que promocionaron la creación de un marco legislativo donde se desarrollan políticas de protección de menores. Esta declaración de los derechos de la infancia alberga las de necesidades específicas que tienen esta etapa y los elementos principales para una apropiada protección de los menores.

La infancia es una de las etapas de más vulnerabilidad en el desarrollo de las personas, ya que están en manos de adultos para satisfacer sus necesidades. Los primeros años de vida constituyen una etapa trascendental para la trayectoria vital que nos caracteriza como personas únicas. En esta etapa del ciclo vital, se producen importantes cambios ya que es el momento en el que se empiezan los procesos de desarrollo físico, cognitivo y psicosocial. Aunque dicho desarrollo se extiende a lo largo la vida, cabe destacar que lo ocurrido durante los primeros años tiene una importancia significativa, tanto para la trayectoria individual de una persona como para sociedad a la que pertenezca. Según (López, 1995) el desarrollo infantil “no es

algo prefijado y cerrado a las influencias externas, sino abierto a toda la estimulación procedente del medio que rodea al niño”.

2.1 Delimitación del maltrato infantil.

Diferentes investigaciones han demostrado que los fenómenos de violencia social e intrafamiliar siguen presentandose con una incidencia alarmante. Además las víctimas siempre son seres humanos que se encuentran en desventaja, es decir, en inferioridad de poder con relación a aquellos que ejercen el maltrato.

Una de las influencias especialmente negativa en la etapa de la infancia son los malos tratos. Los malos tratos en la infancia siempre han existido, incluso en la actualidad existe una gran alarma acerca de la situación de los menores. Es un tema complicado ya que hablamos de una realidad que puede ser poco visible y silenciosa. Además, es un fenómeno heterogéneo que abarca diferentes tipos de formas y contextos. Es difícil concretar las cifras reales que existen de abusos en la infancia, debido a que es habitual que estos hechos sucedan dentro del seno familiar y no en todas las ocasiones sale a la luz. Diferentes investigaciones y estudios han establecido que el maltrato en la infancia puede producir consecuencias importantes tanto a corto como a largo plazo, en el desarrollo de su persona.

Para continuar hablando sobre este concepto es necesario hacer alusión a las diferentes definiciones que tiene. Como es la establecida en la *Convención de los Derechos de los niños de las Naciones Unidas* en su artículo 19: “Toda violencia, prejuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que le tenga a su cargo” (Convención sobre los Derechos del Niño, 2004).

Por otro lado encontramos la definición aportada por el *Observatorio de la Infancia (2008) del Ministerio de Educación, Política Social y Deporte*. “Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenace y/o interfiera su ordenado desarrollo físico, psicológico y/o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”. (Observatorio de la Infancia, 2008).

En estas definiciones es necesario recalcar la importancia del factor de intencionalidad, es decir la realización de un acto, llevado a cabo por los responsables del cuidado de los menores, con el propósito de lastimar. Además es preciso resaltar que la violencia contra los niños no conoce límites de cultura, clase o educación. Ocurre contra los niños en las instituciones, en las escuelas y en el hogar.

Las manifestaciones de maltrato en menores pueden ser conductuales, físicas y/o emocionales. Para su identificación existen diferentes indicadores que se utilizan para tomar conciencia de observar las distintas situaciones de maltrato que existen. Es importante tener en cuenta la frecuencia en la que se manifiestan estos hechos, ya que marca una gran diferencia. Además, durante el desarrollo evolutivo infantil existen periodos clave en los que los infantes son más sensibles a los acontecimientos que ocurren en el ambiente que les rodea. Se han identificado tres periodos importantes en el desarrollo, periodo perinatal, sensible y crítico.

Según (Empson, 2008) el periodo perinatal es el “periodo durante el nacimiento e inmediatamente después de éste”. El periodo sensible se define como “periodo de desarrollo en el que el sujeto es

especialmente susceptible a las influencias que pueden tener un efecto importante sobre este desarrollo, si bien los cambios durante los períodos sensibles no son totalmente irreversibles”. Y el periodo crítico lo define como aquel “periodo limitado en el tiempo del desarrollo de una persona durante el cual es más susceptible de lo normal a las influencias que pueden provocar cambios específicos y permanentes”. Teniendo en cuenta que según en qué periodo se encuentre el menor en el momento de sufrir el maltrato las posibles consecuencias se agravaran.

Para realizar la primera categorización acerca del maltrato, cabe señalar la importancia del ámbito donde se produce. Según Martínez Roig (1993) existen dos categorías, la primera sería el maltrato familiar donde se encontrarían la negligencia, síndrome de Münchhausen por poderes, maltrato prenatal, maltrato físico, maltrato psíquico o emocional y abuso sexual. La segunda, es el ámbito extrafamiliar donde se hallan el maltrato institucional, la explotación y el abuso sexual. El maltrato familiar es aquel que “se produce dentro del hábitat del niño, [...] donde los agresores directos pueden ser cualquiera de las personas que conviven con el niño y que tienen a su cargo su educación, formación y cuidado” (Martínez Roig, 1993, pág. 24)

A continuación se van a poner las diferentes definiciones de las principales formas de abuso en la infancia.

La negligencia es definida como “la aparición de daños físicos o psicológicos a un niño como consecuencia de la falta seria de cuidado, supervisión o atención, y privación de los elementos esenciales para el desarrollo físico, emocional o intelectual del niño” (Ortigosa Quiles, 2003, pág. 239)

El Síndrome de Münchhausen por poderes es una “Simulación de enfermedades en el menor sometiéndole a continuas exploraciones físicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por la persona adulta” (Universidad de La Rioja, 2016, pág. 23)

El maltrato prenatal son “todas aquellas condiciones de vida de la madre gestante que, pudiéndolas evitar, se mantienen y tienen consecuencias negativas para el feto” (Martínez Roig, 1993, pág. 28)

Según Gil (1970) el maltrato físico se define como “el uso accidental y no accidental de la fuerza física o los actos de omisión intencionales y no accidentales de los padres o de otros cuidadores que interactúan con el niño durante su crianza dirigidos a dañar, lesionar o herir físicamente al niño”. (Gil, 1970)

El maltrato psicológico o emocional según Brassard (1997) es “un patrón repetido de comportamientos por parte de los padres o persona que cuida al niño o incidentes extremos que llevan a los niños a sentirse inútiles, no queridos, no deseados, amenazados o sólo válidos si satisfacen las necesidades de los demás” (Brassard, 1997).

El abuso sexual puede definirse como “cualquier clase de contacto sexual entre un menor de edad y un adulto mayor de 18 años, prevaleciéndose éste d una situación de poder o autoridad sobre el menor”. (Arruabarrena, 1994)

El maltrato extrafamiliar sería la segunda categoría, es aquel que se produce fuera del ámbito familiar, puede ser dirigido hacia el niño como individuo o hacia la infancia como grupo. Dentro de esta categoría se encuentra el maltrato institucional donde se incluyen “aquellos actos de comisión o de omisión, y condiciones o acciones permitidas en el contexto de organizaciones, sistemas de protección al menor y

programas o protocolos llevados en centros que violan los objetivos del cuidado institucional del menor, con amenaza para su correcto desarrollo” (Martínez Roig, 1993, pág. 24)

Por último encontramos la explotación laboral y mendicidad donde

"Los padres/tutores asignan al niño con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos (domésticos o no) que: (a) Exceden los límites de lo habitual, (b) Deberían ser realizados por adultos, (c) Interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares del niño, o son (d) Son asignados al niño con el objetivo fundamental de obtener un beneficio económico o similar para los padres o la estructura familiar" (ADCARA, 2007, pág. 21)

Es importante resaltar el carácter obligatorio y continuado de la realización del trabajo.

2.2 Experiencias adversas en la infancia.

Durante el desarrollo infantil existen diferentes factores que interfieren en el proceso. Dichos factores, según (Empson, 2008, pág. 33) pueden ser de tres tipos; biológicos, ambientales y una combinación de ambos. Dependiendo de cómo el niño reaccione a los distintos estímulos procedentes del ambiente, reflejará el nivel de vulnerabilidad que presenta y su capacidad de resiliencia para superar los diferentes retos que se le presenten.

Sroufe et al (1996) define factor de riesgo como “cualquier característica, condición o circunstancia que puede incrementar la probabilidad de que aparezcan dificultades o trastornos del desarrollo de forma directa o indirecta” (Sroufe, 1996). Estos factores de riesgo pueden actuar en diferentes niveles como; “alteraciones genéticas, circunstancias familiares, circunstancias socioeconómicas, experiencias culturales y riesgos evolutivos”. (Empson, 2008, pág. 37). Ante estos diferentes riesgos, aparecen mecanismos de defensa creados por el niño son; “autoestima, autoeficacia y autocontrol, automotivación y autonomía y capacidad para evaluar e interpretar situaciones”. (Empson, 2008, pág. 37)

Además también existen factores que actúan como “amortiguadores”, de tal forma que reducen la probabilidad de que un factor de riesgo tenga un efecto negativo en el desarrollo. Rutter (1979) demostró que si un niño experimenta “una relación afectuosa con un adulto que le cuida y en el que puede confiar, el riesgo se reduce al 25%” (Rutter, 1996). Por lo tanto dicha relación afectuosa, funciona como un mecanismo de protección que compensa la exposición a factores de riesgo.

Algunos de dichos factores tienen una gran influencia negativa en el desarrollo del infante, dependiendo en que momento madurativo se encuentre. Es necesario tener en cuenta los periodos críticos o sensibles. Este periodo está relacionado con el momento del desarrollo asociado con la probabilidad de que se produzca un tipo de aprendizaje. El periodo sensible “es aquel durante el cual el sujeto es potencialmente susceptible a determinados estímulos ambientales, por lo tanto, el momento óptimo para que se produzca un tipo específico de aprendizaje”. (Empson, 2008, pág. 42).

Ciertos tipos de aprendizaje tienen lugar en diferentes etapas del desarrollo. Esto está directamente relacionado con el nivel madurativo de la persona. La maduración se puede definir como una

“secuencia de cambios genéticamente determinada en el crecimiento y en la adquisición de habilidades y conocimientos que son comunes a todos los niños con independencia de la cultura a la que pertenecen y a la sociedad en la que viven. La maduración limita las influencias ambientales, pero puede variar hasta cierto punto según el contexto en el que vive el niño”. (Empson, 2008, pág. 257).

2.3 Efectos en la interacción socioemocional: el apego.

Existe un consenso prácticamente generalizado en que la calidad de las relaciones entre los progenitores y sus hijos, constituye un factor muy importante para el desarrollo de la personalidad y el autoconcepto durante la etapa de la infancia. Cuando estas relaciones son estresantes o frustrantes, suelen estar asociadas con la aparición de problemas en la conducta del niño. Según Rutter (1996) “las alteraciones en la relación entre el niño y los padres son importantes en la génesis y el mantenimiento de muchos trastornos psicopatológicos” (Rutter, 1996).

La teoría del apego, es una teoría del desarrollo de la personalidad basada en las relaciones interpersonales. Se considera que son relaciones de apego las que se basan en lazos estables de afecto, cariño o amor. Dichos lazos, normalmente se desarrollan entre el bebé y la persona o personas que lo cuida durante las primeras semanas y meses de vida. Esta relación “proporciona al recién nacido protección, seguridad, alivio del estrés y la oportunidad de aprender” (Howe, 1985).

Además de proporcionar seguridad y una base sólida desde la cual explorar el mundo, la relación de apego permite al niño experimentar el autocontrol y el conocimiento de sí mismo y de los demás. La percepción y el concepto positivo de sí mismo, relacionados con un apego seguro durante los primeros años de vida, según (Waters et al, 1979) parecen estar asociados con un desarrollo sólido de las habilidades sociales y de las relaciones con los iguales durante la edad preescolar.

El apego es un comportamiento innato, Bowlby (1998) el primer autor en hablar sobre dicho comportamiento, defiende que está basado en la proximidad física y el contacto entre la madre y el bebé durante los primeros años y que se desarrolla con el objetivo de aumentar las posibilidades de protección y supervivencia.

Existen cuatro tipos diferentes de apego; apego seguro- autónomo, apego inseguro- evitativo, apego inseguro- ambivalente y apego desorganizado- desorientado. Dependiendo del tipo de apego que se lleve a cabo con el infante, desarrollará unas características de la personalidad y el estilo para establecer relaciones sociales. “La calidad de la relación de apego establecida por con los niños les dificultará en su posterior habilidad para formar relaciones sociales” Howes y Espinosa, 1985).

Según un estudio realizado por (Ainsworth, 1978) se pueden establecer los diferentes tipos de apego en relación con el comportamiento del cuidador principal y el bebé ante una separación. El apego seguro- autónomo se caracteriza por ser una relación en la que el cuidador principal y el bebé muestran alegría íntima y mutua al reencontrarse tras un abandono de un corto periodo de tiempo. El apego seguro en los primeros años de vida es fundamental para promover un desarrollo emocional bueno y resiliente. Las personas que han tenido unas relaciones de afecto y seguridad con sus progenitores en su infancia, muestran una mejor salud mental en la vida adulta. Un ambiente seguro y positivo libre de violencia durante la infancia facilita y promueve la formación de una personalidad resiliente.

En cambio el apego inseguro-evitativo produce una reacción diferente, ya que al reencuentro el bebé muestra rechazo por el abandono que ha sufrido y utiliza una gran cantidad de energía para suprimir una reacción natural.

Por otro lado está el tipo de apego inseguro-ambivalente que se caracteriza por una preocupación extrema al sentir el abandono de su cuidador principal, además angustia e irritación. A su reencuentro el bebé se muestra reacio al contacto y enfadado por la situación de desprotección.

Y por último encontramos el apego desorganizado- desorientado donde el bebé no reacciona a la separación y en el reencuentro permanece rígido sin tomar contacto con su cuidador. Está demostrado que el déficit de apego aparece en características de una conducta desorganizados y se identifica por una falta de capacidad para la autorregulación del estrés y los afectos.

2.4 Influencia de los malos tratos en la personalidad.

A partir de los estudios realizados por Sigmund Freud (1954), se puede ver la influencia que ha tenido en las disciplinas de medicina y psicología. Desde entonces, se ha percibido un cambio en la manera de concebir la infancia y las experiencias que ocurren en ella, ya que se plantea como una base en la que están implicados factores que pueden desencadenar en muchos trastornos psicopatológicos.

Durante la infancia, tenemos diferentes periodos evolutivos y de desarrollo en los que existe un aprendizaje y conocimiento de las características personales de cada uno. La personalidad se desarrolla en este momento, “es la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos al ambiente” (Allport, 1937, pág. 48). En el desarrollo de la personalidad interfieren diferentes elementos, predisposición genética que interactúa con los factores ambientales, la situación familiar, el tipo de apego, acontecimientos vitales etc.

Hoffman (2005) propuso un modelo para intentar explicar el origen del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), en el que se expuso que a partir de “la interacción entre la genética y el ambiente en el que se desarrolla la persona aparecen componentes que promueven su desarrollo” (Hoffman, 2005), como son la disfunción familiar, el apego inseguro y el maltrato a temprana edad, que tiene como consecuencia un desarrollo desadaptativo de la personalidad”

Al investigar acerca de la infancia de pacientes con TLP, podemos encontrar porcentajes como lo que presentan Graybar y Boutilier (2002) que revisaron la literatura empírica sobre dicho trastorno y varios traumas infantiles y concluyeron que “las tasas referidas de abuso sexual, maltrato físico y verbal y negligencia entre los pacientes *borderline* iba del 60 al 80%” (Graybar, 2002).

En otro estudio realizado por Laporte y Guttman (1996) estudiaron experiencias en la infancia de en mujeres con el trastorno y establecieron que en los pacientes con TLP era más fácil encontrar “historias de adopción, alcoholismo, divorcio y abandono de los padres, maltrato verbal, maltrato físico, abuso sexual y haber sido testigos de maltrato en mayor medida que los pacientes con otros trastornos de personalidad”. (Laporte, 1996). Además destacaron que en pacientes con TLP es más frecuente el sufrimiento simultáneo de diversos tipos de maltrato, que en pacientes con otro trastorno de personalidad.

En artículo (Mosquera, 2010) encontramos que según su estudio, el sufrimiento de un maltrato temprano se ha relacionado no sólo con el TLP, sino también con otros trastornos mentales. Aunque sus resultados muestran que dicha relación es más fuerte con el TLP. En cuanto a la severidad de los rasgos del trastorno, límites y conductas autodestructivas Sansone et al (2002) lo relaciona con la severidad del abuso sexual en la infancia.

En línea con la argumentación, cabe hacer alusión a un estudio realizado por Martín Blanco et al (2015), donde apoyan las graves consecuencias que el maltrato infantil puede producir. Este estudio consta de una muestra de 100 participantes con TLP, y se evalúa la relación entre el maltrato infantil y rasgos temperamentales, con el desarrollo de dicho trastorno. Los resultados indican que “alrededor del 70% de la muestra clínica afirmó sufrir alguna forma de abuso o negligencia” (Martín Blanco, 2015). Además, fortalecen la idea de que el abuso emocional infantil tiene relación no solo con el desarrollo del trastorno, sino también con su severidad.

Frewen et al (2014) reafirmaban que el maltrato infantil supone un factor de riesgo para desarrollar TLP. También aseguran, que se incrementa seis veces el riesgo de sufrir TLP, en personas que han sufrido abuso sexual infantil.

Una de las autoras más relevantes que habla sobre la influencia que pueden tener los malos tratos en la personalidad es Pereda (2010), que confirma que existe una relación entre abuso sexual infantil y el desarrollo posterior de varios tipos de problemas, entre los que se destaca el TLP. Aunque en relación con el maltrato infantil en 2011, Pereda (2011) señala que el TLP no se asocia con ninguna forma específica de maltrato infantil, aunque el abuso sexual infantil es un factor predictor muy potente de la sintomatología límite, “se ha visto que existe un mayor porcentaje de abuso sexual infantil en personas con TLP que en otros Trastornos de la Personalidad” (Pereda N, 2011, pág. 135).

Además resalta que “existen otras experiencias infantiles y múltiples variables implicadas, principalmente la gravedad del abuso experimentado, que exigen el desarrollo de modelos etiológicos multifactoriales” (Pereda N, 2011, pág. 131).

2.5 Consecuencias y secuelas psicosociales.

Es indudable que el maltrato en la infancia causa un gran sufrimiento, pero además produce secuelas tanto a nivel físico como psicológico. En la mayoría de los casos aparecen posteriormente de haber sufrido dicha situación, en cambio existen otros donde las secuelas pueden perdurar a lo largo de los años. Normalmente el niño no solo es sufridor de uno de los tipos de maltrato, sino que lo más habitual es que sufra más de un tipo de maltrato de manera simultánea.

Los efectos son distintos en cada menor, las secuelas están condicionadas por varios factores “la variabilidad en las secuelas dependen del tipo de maltrato que ha sufrido el menor, de su relación con el abusador, de la edad en el momento del abuso, si se emplea o no violencia y la frecuencia de los episodios” (Ortigosa Quiles, 2003, pág. 241).

Las secuelas que pueden tener los menores a raíz de haber sufrido un abuso en la infancia, son tan diversas como los tipos de malos tratos que existen. Además también influye la forma en la que el abuso fue descubierto y la manera en la que la familia actuó ante la situación.

En relación con los efectos de la negligencia, el menor puede sufrir diferentes consecuencias derivadas de la falta de estimulación y de la atención requerida durante el desarrollo. Destaca la cronificación de enfermedades que no fueron detectadas en sus inicios y tratadas por el profesional correspondiente por falta de interés en el cuidado del menor.

El maltrato físico tiene consecuencias en el desarrollo, que pueden ocasionar pérdida de funciones motoras y cognitivas, así como un retraso en el crecimiento y la maduración física. Asimismo, un mal aprendizaje de la resolución de conflictos, dará lugar al uso reiterado de la violencia como respuesta ante un problema. Además, de la misma manera que en el maltrato psicológico o emocional, el abuso de autoridad provoca un daño en la autoestima que está relacionado con la depresión y dificultades en el establecimiento de los vínculos afectivos.

Cabe destacar, que muchos de estos menores presentan un C.I. inferior a la media y un rendimiento escolar mas bajo, este hecho esta relacionado con la tendencia a la distracción, hiperactividad y aislamiento. También, según Martínez Roig (1993) “es razonable pensar que un ambiente con un deficiente cuidado parental pueda provocar mayor tasa de trastornos depresivos por falta de estimulación sensorial, privación cognitiva derivada de la desestructuración y desorganización del ambiente familiar” (Martínez Roig, 1993, pág. 71).

En cuanto a las secuelas procedentes del abuso sexual en la infancia, es necesario resaltar el Trastorno por estrés postraumático. Dicho abuso, produce un efecto traumatizante en el menor por lo que puede desencadenar en problemas graves en la vida adulta.

Se puede definir trauma como “experiencia arrolladora e incontrolable que afecta a la víctima psicológicamente al inducir sentimientos de indefensión, de vulnerabilidad, de pérdida de seguridad y de pérdida de control”. (James, 1989).

El Trastorno por estrés postraumático esta definido como “trastorno de ansiedad que se caracteriza por la re experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, con síntomas debidos al aumento de activación y comportamientos de evitación de los estímulos relacionados con el trauma sufrido” (Linehan, 2003).

El CIE-10 (1992) se expresa diciendo que “el trastorno de estrés post-traumático surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo” (CIE-10., 1992)

Muller et al (2000) estudió la relación entre los tipos de vínculo y TEPT en un grupo de 66 adultos con antecedente de abuso infantil. Encontraron que el 76% de los participantes tenía vínculos de apego de tipo inseguro. Como hemos mencionado antes, este vínculo se crea en la niñez y se asocia con una dificultad para regular los afectos, proporcionando parte de la vulnerabilidad de desarrollar TEPT u otro trastorno psiquiátrico.

2.6 Trastornos psicopatológicos. Trastorno de personalidad y Trastorno

Límite de la Personalidad.

Para hablar acerca de los trastornos psicopatológicos es necesario nombrar el DSM-V, El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Trata de un manual en el que se recopila información clínica y donde se establecen diferentes situaciones y características para facilitar un diagnóstico, teniendo en cuenta las distintas situaciones clínicas además de la heterogeneidad de los individuos que presentan un mismo diagnóstico.

En él se incluyen los Trastornos de la Personalidad que se caracterizan por “ser patrones desadaptativos de pensamientos, sentimientos, percepciones y conductas, que comienzan muy temprano en la vida y se perpetúan a lo largo del tiempo y a través de diferentes situaciones” (Caballo Manrique, 2011, pág. 397).

Dentro de los trastornos de personalidad se establece una clasificación en grupos (A, B o C) En función de las características similares de un trastorno o patología. El grupo A: raros o excéntricos, grupo B: dramáticos, emocionales, erráticos, y el grupo C: ansiosos y temerosos.

Para este trabajo, nos centraremos en el grupo B donde se encuentran los trastornos de personalidad caracterizados por la tenencia de pensamientos o comportamientos excesivamente emotivos, impulsivos o impredecibles. Se incluyen los trastornos de personalidad de tipo antisocial, histriónico, narcisista y límite.

Específicamente cabe hacer especial alusión al Trastorno Límite de personalidad ya que es uno de los trastornos de personalidad más relacionado con experiencias adversas en la infancia. Según el DSM-V el Trastorno Límite de la Personalidad (F60.3) está relacionado con un “patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos”. (American Psychiatric Association., 2014)

El Trastorno Límite de la Personalidad se caracteriza por “alteraciones de la propia identidad, sentimientos crónicos de vacío y aburrimiento, un gran temor por el abandono (real o imaginario) y una pauta generalizada de inestabilidad que hace ingobernable la vida psíquica y la conducta”. (Gómez Lavin, C. y Zapata García, R., 2000, pág. 189).

Para explicar los orígenes de dicho trastorno cabe citar la Teoría Biosocial propuesta por Marsha Linehan (2003). Esta teoría mantiene que “el principal trastorno en el Trastorno Límite de la Personalidad es la desregulación de las emociones” (Linehan, 2003, pág. 22). La desregulación es fruto de una transacción entre los factores de una disposición biológica y de un determinado contexto social durante el desarrollo, además afirma que “dicha desregulación está producida por la vulnerabilidad emocional y por el uso de estrategias de modulación de las emociones inadecuadas y poco adaptativas” (Linehan, 2003, pág. 21).

Aunque existe una base biológica en la disposición a la desregulación de las emociones, el ambiente es fundamental para que se produzca. Dicho ambiente se denomina “ambiente invalidante” y se caracteriza por ser muy nocivo para el infante que presente una alta vulnerabilidad emocional ya que muestra una tendencia a responder errática e inapropiadamente a la experiencia privada.

En dicho ambiente también se encuentran los diferentes modelos educativos. Dependiendo de los modelos que se usen durante el desarrollo del infante el ambiente, será propicio o no de una desregulación de emociones.

Según Linehan (2003) esto está relacionado con “la frecuencia de la validación pública de la experiencia privada” (Linehan, 2003, pág. 22). En una familia óptima, son tomadas en consideración las preferencias del niño, en cambio las familias invalidantes responden ante la comunicación de pensamientos y emociones de forma disonante. Esta conducta promueve un incremento de “la ruptura entre la experiencia privada del niño emocionalmente vulnerable y la respuesta de su entorno social” (Linehan, 2003, pág. 22).

Por lo tanto, se puede decir que un ambiente invalidante contribuye a la desregulación de las emociones, ya que si no se ha realizado un aprendizaje donde se eduque al infante para que sea capaz de poner nombre a sus sentimientos, reconocerlos y modularlos, no entenderá que debe confiar en sus propias respuestas emocionales.

En este punto, es necesario resaltar el impacto que tienen los ambientes abusivos en el desarrollo de Trastorno Límite de la Personalidad. Uno de estos ambientes que destaca, es el abuso sexual en la infancia, que es catalogado como una de las experiencias invalidantes más traumáticas. El abuso sexual, es un factor importante en el desarrollo de Trastorno Límite de la Personalidad, pero no está claro que actúe como un detonante, sino que facilita el desarrollo de los comportamientos característicos del trastorno. Debido la alta incidencia de abuso sexual en individuos con Trastorno Límite de la Personalidad, se incrementa el pensamiento hacia la posibilidad de que sea un precursor del trastorno.

3. Sistema de atención a la salud mental.

Para poder hablar acerca del sistema de atención a la salud mental, es necesario determinar contextualizar la definición de salud. Según la OMS, el término salud no hace alusión a la ausencia de enfermedad, sino que es el “estado completo de bienestar físico, mental y social” (Organización Mundial de la Salud, 1992). Dicha definición, junto con el artículo 20 de la Ley 14/1986 de 25 de abril, destacan la relación existente entre los servicios sanitarios y los servicios sociales en el proceso de detección y tratamiento de la enfermedad mental. Es necesaria la adopción de una perspectiva integradora y la realización de un estudio sobre la realidad que rodea al paciente.

La salud mental según Trullenque Garcés (2010) “es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural”. (Trullenque, E. M. G., y María, E., 2010)

El Trabajo Social en el ámbito de la salud se ocupa de

“los aspectos psico-sociales del individuo, a través del estudio, diagnóstico y tratamiento de los factores sociales que concurren en el mantenimiento de la salud y en la aparición de la enfermedad de las personas, los grupos y las comunidades, colaborando en potenciar el carácter social de la medicina”. (Monrós, M. J., y Zafra, E., 2012)

Los trabajadores sociales en Salud Mental se encuentran integrados en un equipo interdisciplinario, que trata de un conjunto de profesionales con un objetivo común, donde a través de su profesión y sus conocimientos derivados de ésta, aportan información acerca del caso. Además, están capacitados para organizar sus actuaciones en concordancia con las características y las prioridades del problema.

El Trabajo Social en el ámbito sanitario tiene diferentes acepciones, entre ellas el Trabajo Social Clínico es una de las más utilizadas. Trata de una especialización hacia el sistema de salud que toma al individuo como “algo más que un mero organismo físico, sino como un ser complejo que tiene dimensiones psicológicas, que es un ser social que vive en sociedad, a su vez cada vez más compleja y que forma parte de una cultura que configura su manera de pensar, de vivir, de ver el mundo y de verse a sí mismo” (Miranda Aranda, 2015, pág. 25).

Dicha especialización, se establece como disciplina a raíz de la necesidad de ampliar la visión de la atención integral. Se produjo un cambio en la actuación tratando de mirar más allá de los problemas de salud que presenta un paciente. Teniendo en cuenta los factores sociales (familiares, económicos, laborales, higiénicos, de habitabilidad, equilibrio psicológico, etc.) que pueden agravar o mejorar su estado de enfermedad.

Según Ituarte (2017) El trabajo social clínico es

“una práctica especializada del trabajo social y un proceso relacional psicoterapéutico que trata de ayudar a un cliente a afrontar sus conflictos psicosociales, superar el malestar psicosocial y lograr relaciones interpersonales más satisfactorias, utilizando sus capacidades personales y los recursos de un contexto sociorelacional” (Ituarte Tellaeche, 2017, pág. 20).

El Trabajo Social Psiquiátrico es una modalidad del Trabajo Social Sanitario o del Trabajo Social Clínico que se ejerce dentro del ámbito de la salud mental. Esta modalidad ha sido definida como

“una especialidad del trabajo social desarrollado y ejercido en el sistema sanitario, que se centra en la atención de los aspectos psicosociales de la persona enferma para promover sus recursos internos y que pueda así transformar las situaciones y superar circunstancias adversas”. (Colom, 2010, pág. 32).

En cuanto al rol del trabajador social en psiquiatría, Gómez C. (2000) propone que su misión se puede dividir en cuatro líneas. En primer lugar hablaríamos de la prevención de la enfermedad mental, mediante la detección precoz de los casos. Conocer la realidad que rodea al paciente incidiendo en su ambiente socio familiar y laboral, con el fin de contribuir con un diagnóstico correcto. Dependiendo de las características de la enfermedad mental que sufra la persona será necesario tener en cuenta determinados aspectos de la vida del paciente con el fin de que su adaptación a la realidad social sea completa. Además el trabajador social tendrá que promover “la adhesión al tratamiento y la progresión con la integración en sociedad, teniendo en cuenta las diferentes esferas que forman parte de la vida del paciente, como la familia, grupo de iguales, instituciones que le rodean y la comunidad a la que pertenece”. (Gómez Lavin, C. y Zapata García, R., 2000, pág. 21).

3.1 Marco Jurídico. Estrategias autonómicas.

En la actualidad, la sociedad posee una mayor consciencia y sensibilidad ante los derechos de la infancia y la vulnerabilidad que sufre este colectivo. Por ello, ha habido una promoción de desarrollo de instrumentos jurídicos, que establecen principios básicos de protección para la infancia y su posterior desarrollo.

Se ha de destacar la *Declaración de los Derechos del Niño*, de 1925, que supone el comienzo de la creación de los principios básicos, recalcando que “el niño debe crecer en un ambiente en el que pueda desarrollarse plenamente y desde el que se cubran todas sus necesidades, físicas, materiales y espirituales” (Rodríguez Fernández, 2018).

Para garantizar la protección de los menores existen diferentes leyes que amparan al menor para su desarrollo en óptimas condiciones en diferentes niveles.

A nivel internacional partimos de la afirmación de que “la protección contra cualquier forma de violencia es un derecho fundamental de los niños, niñas y adolescentes” (Convención sobre los Derechos del Niño, 2004). Dicha afirmación está reconocida en la *Convención sobre los Derechos del Niño*, que fue adoptada por la *Asamblea General de las Naciones Unidas* el 20 de noviembre de 1989 y ratificada por España el 30 de Noviembre de 1990. Los estados firmantes, tienen el cometido de asegurar el cumplimiento del contenido del convenio, así como crear las medidas necesarias para la protección de los niños y niñas. “La Convención de derechos del niño constituye un cambio sustancial del enfoque sobre la posición de los menores con respecto a las decisiones que les afecten” (Pueblo, 2014, pág. 43).

Como dice Alonso Pérez (1997), la Convención de los derechos del niño “marca el inicio de una nueva filosofía en relación con el menor, basada en un mayor reconocimiento del papel que este desempeña en la sociedad y en la exigencia de un mayor protagonismo para el mismo” (Pérez, 1997, pág. 20)

Por otra parte a nivel de Europa, el *Consejo de Europa* ha desarrollado importantes estándares internacionales para garantizar la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Dentro de los mismos cabe resaltar el *Convenio de Lanzarote*, que tiene como fin la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual. El *Convenio de Estambul*, que trata sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica. El *Convenio del Consejo de Europa* destinado a la lucha contra la trata de seres humanos. Y el *Convenio sobre la Ciberdelincuencia*.

A nivel nacional es necesario partir de la *Constitución Española* del 1978. En el Título Primero se hace alusión a los Derechos y Deberes fundamentales y se destaca el artículo 10.2 que indica que se ha de respetar la Declaración Universal de Derechos Humanos. En su artículo 18.1 se establece como fundamental “el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen”. El artículo 20.4 hace hincapié al respeto de dichos derechos en especial a la protección de la juventud y de la infancia.”. El artículo 27 “Derecho a la educación”. Y el artículo 39 que “Establece la protección social, económica y jurídica de la familia y de la infancia” y en el punto 4 menciona que “los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos” (Boletón Oficial del Estado, 1978).

El *Código Civil* hace referencia específica en el Título VII del libro I: Relaciones paterno filiales. En el artículo.154, nos habla sobre las obligaciones de protección de menores en su ámbito familiar, inherentes a la patria potestad “especificando que se ejercerá siempre en beneficio de los hijos y con el deber por partes de los titulares de velar por ellos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral” (Código Civil, 2006).

Por otro lado encontramos el Código Penal Aprobado por la Ley Orgánica 10/95 de 23 de noviembre. Que establece una tipología de diferentes delitos y faltas que atentan contra la integridad infantil, como son maltrato físico, abandono familiar, abandono de menores, corrupción de menores, exposición de niños, parricidio, incesto, mendicidad y violación.

A continuación se encuentra la Ley 1/1996, de 15 de Enero, de Protección Jurídica del Menor y de modificación de determinados artículos del *Código Civil* y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Ésta se modifica en 2015, con la Ley Orgánica 8/2015, reforzando el derecho fundamental del menor a ser escuchado, según lo establecido en el *Convenio de Lanzarote*. Además proclama el "interés superior del niño" que deberá respetarse en cualquier actuación relacionada con menores.

Cabe destacar la nueva perspectiva que se toma ante los menores “como sujetos activos, participativos y creativos, con capacidad de modificar su propio medio personal y social; de participar en la búsqueda y satisfacción de sus necesidades y en la satisfacción de las necesidades de los demás” (Código Civil, 2006). También aborda una profunda reforma de las instituciones de protección del menor reguladas en el Código Civil.

Para hablar sobre el nivel autonómico es fundamental la Ley 7/1985 reguladora de bases de régimen local, que en su artículo 25.2, k) se establece la competencia de los municipios en materia de prestación de servicios sociales y de promoción y reinserción social. Y en sus artículos 26.1 c); 31.2,a) y 36.1,a) determina

en concreto estas competencias para los ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y para las diputaciones provinciales.

La ley 12/2001, de 2 de Julio, de la Infancia y la Adolescencia en Aragón. Tiene como objeto asegurar la promoción y protección del ejercicio de los derechos de los menores. Además establece mecanismos de coordinación de las actuaciones de las instituciones públicas y privadas, dirigidas a la atención y desarrollo integral de los mismos.

Aunque existe un amplio marco legal, no se puede negar que la violencia sigue estando presente en todas las sociedades. Su manifestación es inherente a cualquier momento histórico y no encuentra excepciones en su manifestación. Los colectivos más afectados por ella son a la vez los más necesitados de protección, como la infancia. Por lo que es acertado afirmar que la violencia constituye un problema de excepcional dimensión. (Rodríguez Fernández, 2018, pág. 17).

3.2 Neuropsiquiátrico de Nuestra Señora del Carmen.

Datos de identificación:

- Nombre: Centro Neuropsiquiátrico de Nuestra Señora del Carmen.
- Domicilio: C/ Calle del Abejar, nº 100. C.P. 50190 Garrapinillos (Zaragoza).
- Teléfono de contacto: 976 770635.
- Fax: 976 770943.
- Web: <http://www.hospitalariaszaragoza.es>

El centro Neuropsiquiátrico de Nuestra Señora del Carmen pertenece a las Hermanas Hospitalarias. Es un centro de carácter privado que tiene un sistema de plazas concertadas con diferentes mutuas y aseguradoras como el Sistema de Salud de Aragón y el Instituto Aragonés de Servicios Sociales, entre otros.

El año de fundación del Centro fue 1972, en sus inicios contaba con un edificio donde se realizaban las actuaciones, pero conforme han transcurrido los años se ha ido ampliando hasta contar con seis unidades organizadas donde se tratan diferentes patologías y están adaptadas a las necesidades de los pacientes.

Además, el centro cuenta con tres pisos tutelados destinados a los pacientes más autónomos con la función de reinserción social. Debido a la infraestructura y organización que tiene el centro, ha sido reconocido en varias ocasiones por su red de salud mental.

Su ámbito de actuación se puede dividir en dos categorías. Por un lado el ámbito sectorial, donde el centro se trata de un recurso destinado a pacientes que han recorrido la red de recursos destinados a salud mental y no han superado los programas propuestos. Es un centro especializado en Salud Mental y se caracteriza por tener plazas destinadas a larga estancia.

Por otro lado en el ámbito territorial, el centro está ubicado en Garrapinillos (barrio de Zaragoza) y está destinado principalmente a la provincia de Zaragoza, aunque también se encarga de pacientes de la Comunidad Autónoma de Aragón. También tiene convenios con diferentes Comunidades Autónomas. Otra de las maneras de acceder es de forma privada, se puede acceder desde cualquier territorio de España.

Para poder tener un funcionamiento óptimo, el centro se divide en unidades en la que permanecen pacientes con patologías y características similares, a continuación se describe a qué tipo de pacientes está destinada cada unidad.

Unidad A: Pacientes con enfermedad mental grave, que poseen autonomía para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Unidad B: Pacientes con trastornos mentales comportamentales y de conducta, además de retraso mental.

Unidad C: Pacientes con enfermedad mental que tienen un ingreso de corta/media estancia con el fin de reubicarlos en aquella unidad que se ajuste a sus necesidades y sintomatología.

Unidad D: Pacientes geriátricos con enfermedad mental grave, tienen un alto grado de dependencia física y demencia senil.

Unidad E: Pacientes con enfermedad mental grave, pertenecientes al ámbito de psicogeriatría que ostentan dependencia física.

Unidad F: Pacientes con enfermedad mental que padecen retraso mental profundo, relacionados con trastornos de la conducta. Dichos pacientes no tienen autonomía para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria ni para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

Para la realización de esta investigación se han elegido seis pacientes ingresadas en las unidades "A", "B" y "C".

Dentro del funcionamiento existente en el centro, existen diferentes protocolos de control en caso de conflicto, llamados regímenes.

Régimen "N" (Normal): El paciente desarrolla una vida normalizada dentro del centro. Tiene acceso a los jardines y a las actividades planteadas. Además si el médico lo dice, puede salir con un permiso los días de salida establecidos por el centro.

Régimen "U" (Ubicacional): El paciente sigue las rutinas establecidas, pero se encuentra localizado dentro del recinto por lo que no puede tener acceso a los permisos de salida.

Régimen "B" (Bata): Dicho régimen se establece cuando existe un conflicto o el incumplimiento de una norma del centro. El paciente desarrolla una vida normalizada dentro del centro, aunque tiene distintas limitaciones como el acceso a los jardines y la participación en las actividades planteadas. Además no puede obtener un permiso de salida, recibir la paga diaria y realizar llamadas telefónicas.

Régimen "O" (Observación): El paciente se encuentra la mayoría del tiempo en su habitación, tiene controles visuales frecuentes. En dicha circunstancia puede ser necesaria la intervención de profesionales que ejerzan una contención mecánica por riesgo de agresiones si procede.

La investigación llevada a cabo se ha topado en algunas ocasiones con la situación de que alguna de las pacientes permaneciese en uno de éstos regímenes, por lo que en algunos momentos ha sido complicado el acercamiento a las pacientes. Además según el comportamiento y el cumplimiento de actividades propuestas individualmente, las pacientes pueden realizar salidas del centro los días establecidos.

4. Objetivos.

4.1 Objetivos generales.

Investigar cómo el maltrato infantil y las conductas de abuso influyen negativamente en el desarrollo de la infancia.

4.2 Objetivos específicos.

1. Realizar una revisión bibliográfica sobre experiencias adversas en la infancia.
2. Explorar la relación entre las conductas de abuso en la infancia y el desarrollo de Trastorno Límite de la Personalidad con una muestra de mujeres pacientes del Neuropsiquiátrico de Nuestra Señora del Carmen.

5. Metodología.

5.1 Participantes.

Para la realización de la investigación he seleccionado a seis pacientes ingresadas en el Neuropsiquiátrico de Nuestra Señora del Carmen. La selección se ha establecido a partir de las características de dichas pacientes, su patología y la sospecha de abusos en la infancia. Todas las pacientes son mujeres y tienen edades comprendidas entre los 21 y 40 años (21, 32, 23, 40, 39,29). El estado civil que presentan las pacientes es de soltera en su mayoría, excepto una de ellas que se encuentra separada.

En cuanto al nivel de estudios, la mayoría de las pacientes seleccionadas no ha completado los estudios de Educación Secundaria Obligatoria (4/6 tienen estudios realizados hasta 3º de la ESO). Han realizado cursos en garantía social de temáticas como peluquería y puericultura. Una de ellas completo los estudios de secundaria y está motivada por continuar sus estudios cuando se estabilice.

El grado de discapacidad que presentan las pacientes oscila entre el 65% y el 69%. En relación a la dependencia no se puede establecer una correspondencia ya que en la mayoría de los casos no la tienen valorada o no consta. El motivo de ingreso es diversos, encontramos dos casos que ingresaron por orden judicial, otros por traslado (autorización judicial), incluso un ingreso voluntario.

En cuanto a la pensión que obtienen en la actualidad, es una pensión no contributiva, exceptuando dos casos que si tienen experiencia laboral. El diagnóstico principal de estas seis mujeres es el de Trastorno Límite de la Personalidad. Además en la mayoría de los casos muestran Retraso Mental Leve. Cabe destacar que en su conjunto, las seis pacientes han tenido una infancia con dificultades de distinta índole, desde entornos de exclusión social, maltrato por parte de su familia, abandono, hasta prostitución.

5.2 Procedimiento.

El proceso de estudio sobre el tema propuesto se divide en tres fases. Dicho estudio es transversal, ya que se ha llevado a cabo en un periodo de tiempo limitado. El escenario de la investigación es la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo de la ciudad de Zaragoza y el Neuropsiquiátrico de Nuestra Señora del Carmen en Garrapinillos (Zaragoza).

En la primera fase, se realiza la primera toma de contacto con el tema propuesto. La motivación inicial de la realización del presente trabajo, viene dada de los ámbitos en los que he tenido formación que se unen en el tema propuesto, como son el ámbito de infancia, de la salud mental y del trabajo social. Dicho nexo de unión, surge a partir de mi formación como Técnico de Grado Superior de Educación Infantil y la realización del prácticum de intervención del grado de Trabajo Social en el Neuropsiquiátrico de Nuestra Señora del Carmen. En dichas prácticas, tuve acceso a los diferentes historiales de los pacientes. Después de observar distintas patologías y entornos de desarrollo, me llamo la atención la frecuente aparición de alteraciones en la etapa de desarrollo de la infancia temprana del paciente.

De forma paralela a la fase anterior, el trabajo ha contado con una revisión bibliográfica sobre el abuso y maltrato en la infancia y sus consecuencias. Para poder realizar una óptima búsqueda bibliográfica y poder

avanzar en la investigación, se realizó una lectura previa, de diferentes libros y artículos acerca del tema, para obtener una base sólida desde la que trabajar los aspectos específicos que se tratan en este trabajo. La búsqueda bibliográfica se ha realizado a través de una perspectiva estructurada y profesional en bases científicas como Google Académico, Dialnet, Alcorze. Para ejecutar dicha búsqueda se han utilizado palabras clave: “maltrato infantil”, “abuso infantil”, “infancia”, “trabajo social con menores” “desarrollo cognitivo”, “desarrollo afectivo”, “personalidad”, “apego”, “factores de riesgo”, “*clinical social work*”, “trabajo social en salud mental”, “enfermedad mental en mujeres”, “trastornos de la personalidad”, “trastorno límite de la personalidad”,

Al haber estudiado la importancia que tiene un buen desarrollo de una infancia, surgieron diferentes cuestiones acerca de las consecuencias que tiene el abuso en la infancia en el futuro de la víctima.

En una segunda fase, se tomó la decisión de realizar la investigación en el centro donde había realizado las prácticas del grado. El procedimiento para poder desarrollar el Trabajo de Fin de Grado en el Neuropsiquiátrico de Nuestra Señora del Carmen, comienza a mediados de la realización del prácticum de intervención, con la puesta en contacto con diferentes profesionales de la salud mental para formalizar la validez de la investigación propuesta. A partir de las distintas conversaciones, se delimitó el campo a investigar y se eligieron los pacientes que presentaban las características que se tratan en el estudio. A continuación, me puse en contacto con la Comité de docencia y formación del centro para ver cómo podía formalizar la propuesta para realizar el trabajo en el centro. Después de la presentación de la solicitud y su posterior aprobación se empezaron con los trámites para legalizar el proceso de investigación. En primer lugar se firmó un contrato de encargo de tratamiento de datos (ANEXO I) para asegurar la confidencialidad y protección de datos de los pacientes que están ingresados en el centro. Además se me asignó un profesional de trabajo social como tutor en el centro para facilitar la recogida de información.

Después se realizó una puesta en conocimiento del trabajo a realizar a la Comisión de Tutela y Defensa Judicial de Adultos, ya que la mayoría de las pacientes escogidas están incapacitadas y su tutela la tiene el Gobierno de Aragón. Y se hizo un escrito de consentimiento de realización de entrevistas, a pacientes no tuteladas. (ANEXO II). La Comisión de Tutela y Defensa Judicial de Adultos, me permitió la realización de las entrevistas, así como la grabación auditiva de los testimonios y su posterior transcripción (ANEXO II). Para facilitar la realización de la investigación durante mi estancia en el centro, el Comité de docencia y formación planteó la disposición de un despacho donde realizar el trabajo, unas llaves de paso para poder acceder a los diferentes departamentos donde se encuentra la información requerida, además de prestarme una libertad para acceder a los distintos pabellones e instalaciones que conforman en el Neuropsiquiátrico.

Para poder realizar un perfil de las diferentes pacientes y un modelo de entrevista, en primer lugar se consultó los diferentes informes médicos, psicológicos, judiciales y sociales de las pacientes. Además, debido a la patología que presentan se hizo una contrastación de dicha información obtenida, con los profesionales que tratan a las pacientes elegidas, tales como psiquiatras, médicos somáticos, psicóloga, enfermeros, trabajadores sociales, auxiliares y otros profesionales relacionados. De cada una de ellas, se hizo un informe con la información obtenida, con el fin de ordenarla y clasificar cronológicamente los diferentes ingresos, su genograma, sus acontecimientos importantes en sus vidas y las características que presentan.

En la última fase, a partir de la información obtenida y en función de un marco teórico donde se justifica el tema a tratar, se propusieron temas a tratar en la entrevista con el fin de obtener la información necesaria de las pacientes. Se eligió el tipo de entrevista semiestructurada, debido a la dificultad del tema y

a las características de las pacientes, ya que alguna de ellas presenta una baja capacidad de atención y por supuesto es necesario tener en cuenta que son vivencias muy íntimas y se debe de respetar su espacio.

Cabe reseñar que desde el momento en el que se llevó a cabo la selección de las pacientes y durante la recopilación de información, se ha mantenido el contacto con ellas a través de un acercamiento con el fin de establecer una relación de confianza y un ambiente de comprensión. También ha sido importante aclarar y explicar en qué consiste la investigación, que temas se iba a tratar y constatar que están seguras de su participación.

Las entrevistas fueron realizadas en los meses de mayo y junio, se realizaron un total de cinco entrevistas de las seis planeadas. Fue imposible la realización de la entrevista a la Paciente 6 debido a que tenía muchos permisos de salida y aunque ha reingresado, fue dada de alta durante un periodo de tiempo. Al reingresar en el centro, la paciente no se encontraba en las condiciones óptimas para realizar una entrevista que trata temas tan personales, por lo que se decidió no interferir en su estado y respetar su tratamiento.

En cuanto a las cinco entrevistas restantes, se realizaron en el despacho facilitado por el centro, todas las entrevistas empiezan con una breve explicación de la investigación, los temas a tratar y la puesta en conocimiento de que se va a realizar una grabación de sonido. A continuación, se tratan temas como lugar de nacimiento, recuerdos de la infancia, alimentación, educación, relación familiar, inicio de la enfermedad, ingresos etc. con el fin de obtener la información pertinente relacionada con la investigación. Al finalizar la entrevista se pide que se realicen una valoración sobre si creen que sus vivencias en la infancia han interferido en el transcurso de sus vidas.

Una de las cinco entrevistadas, Paciente 3, los días posteriores a la entrevista contactó conmigo, para trasladarme la ansiedad que le había suscitado la entrevista y decirme que no quería que su entrevista apareciera en la investigación. La paciente explicó que sentía miedo, ante la posibilidad de que su familia biológica leyera el trabajo y supiera que había contado los sucesos ocurridos.

A continuación se realizó la transcripción de las cuatro entrevistas de las Pacientes 1, 2, 4 y 6. Esta parte de la investigación fue realmente costosa, debido a su enfermedad, la toma de medicación, la situación personal de cada una y dificultad para recordar y hablar sobre los acontecimientos de su infancia ha sido necesaria la escucha repetida de las grabaciones para hacer una interpretación válida de su diálogo.

5.3 Instrumento.

La entrevista constituye una situación de interrelación cara a cara entre dos o más personas. Las entrevistas que se realizan en Trabajo social son “de carácter profesional, no constituyen un fin en sí mismas, sino un instrumento para alcanzar determinado propósito” (Becerra, 2008, pág. 78).

Es necesario preparar previamente la entrevista a realizar, ya que al mostrar un carácter profesional no puede ser casual. Además, la base de la entrevista debe estar en la comprensión y respeto hacia la persona a entrevistar. Esto hace referencia, por ejemplo, a asumir una actitud realista que permita abstenerse de realizar juicios de valor sobre las personas entrevistadas, además de entender los móviles que guían su conducta.

Toda entrevista profesional lleva siempre implícito un objetivo y por lo tanto, se debe evitar la improvisación. Para la preparación de la entrevista, es necesario conocer los antecedentes de los pacientes e intentar interiorizar en el ambiente y el mundo donde se han desarrollado las experiencias del entrevistado. También es importante “reflexionar sobre los datos obtenidos y encarar la situación recordando los detalles fundamentales que permitan luego ser manejados en la entrevista, a fin de aclarar conceptos”. (Becerra, 2008, pág. 79).

Para ello se ha establecido contacto con las pacientes en repetidas ocasiones durante el prácticum de intervención con el fin de obtener una relación de confianza. Además, se ha consultado sus los historiales médicos, sociales y psicológicos de las pacientes y he hablado con los profesionales que las tratan para contrastar la información. Debido a las características que posee este colectivo, es necesario señalar que durante el desarrollo de la entrevista pueden surgir contratiempos que hacen necesario introducir modificaciones del curso de la entrevista. Es importante ser conscientes de los posibles cambios que se pueden dar y analizar el porqué de los mismos.

Cabe destacar que todas las pacientes seleccionadas poseen un Trastorno Mental Grave, por lo que supone una dificultad añadida a la estructuración y transcurso de la entrevista. Es necesario mencionar que dadas las características de las pacientes elegidas, la información obtenida está influida por la propia visión y opinión de las pacientes sobre los acontecimientos de sus vidas.

Dependiendo de la situación que acaece en el momento de las entrevistas las informaciones estarán influidas por las emociones y sentimientos. Por ejemplo, una de las entrevistas, en concreto la de la paciente 6, se vio afectada por una circunstancia sobrevenida, ya que pocos días antes de la realización de la entrevista tuvo un intento autolítico, y el mismo día de la entrevista se encontraba en Régimen “O” por lo que se entiende que se encontraba en un momento sensible.

Además estas mujeres están acostumbradas a la realización de entrevistas sobre sus vidas, por lo que las preguntas realizadas son simples, pero van acompañadas de una respuesta con una gran información, ya que ellas mismas tienen un discurso aprendido sobre los acontecimientos surgidos en sus vidas.

Los objetivos de la entrevista pueden ser varios, en este caso es una entrevista realizada para el estudio o investigación. En cuanto al tipo de entrevista a utilizar, se trata de una entrevista dirigida. Responde a un esquema establecido con anterioridad que tiene como fin orientar la entrevista. Este tipo “constituye el tipo más útil cuando se trabaja con enfermos mentales”. (Becerra, 2008, pág. 79). Además será de tipo individual, se ha decidido este tipo de entrevista con el fin de lograr un ambiente favorable que fomente su privacidad. Es importante que las entrevistadas se sientan seguras, y se fomente un clima cálido y de confianza.

Según Becerra y Kennel, (2008), es necesario tener en cuenta los tres aspectos fundamentales que existen en la entrevista. En primer lugar debe establecerse el lugar donde se va a realizar la entrevista, que será en el despacho dentro del Neuropsiquiátrico de Nuestra Señora del Carmen. Otro aspecto importante es el tiempo, es necesario que se fijen unos límites temporales en los que alcanzar el objetivo de la entrevista. La actitud, es otro de los aspectos fundamentales, que permite condicionar los aspectos mencionados anteriormente en función de lo acontecido en el trascurso de la entrevista.

5.4 Análisis de contenido.

Para realizar una interpretación de la información obtenida de las entrevistas, se va a utilizar una herramienta metodológica denominada Análisis de Contenido. Dicha herramienta se utiliza en las investigaciones de tipo cualitativo para analizar una realidad social.

Dicha técnica es bastante abierta ya que el propio investigador tiene la libertad para establecer diferentes clasificaciones y categorías para organizar la información y darle un sentido. Se caracteriza por la aportación de una visión objetiva de la información, sin interpretaciones. Ole Holsti (1969) la define como "cualquier técnica de investigación que sirva para hacer inferencias mediante la identificación sistemática y objetiva de características específicas dentro de un texto" (Holsti, 1969).

Según Becerra et al (2008) "al estudiar el significado de distinto tipo de testimonios, el AC establece un vínculo entre tres niveles de lenguaje" (Becerra, 2008, pág. 80). El primer nivel que establece el autor es el de superficie, que se constituye a partir de afirmaciones, preguntas y formulaciones de los informantes en una entrevista. Otro de los niveles, es el analítico, que se alcanza cuando se ordenan dichas formulaciones a partir de criterios de afinidad o de diferenciación. Además es necesario tener en cuenta el momento en el que se establecen categorías para clasificar y organizar la información. Por último, encontramos el nivel interpretativo, que se establece cuando se comprende el sentido de la información que ha obtenido y organizado.

Antes de proceder a la realización de un análisis sobre la información obtenida de las entrevistas, es necesario tener en cuenta los ejes temáticos sobre los que se ha realizado la investigación. Dichos ejes, según la técnica elegida determinan las categorías elegidas para la realización del Análisis de contenido. Son las siguientes: Satisfacción de necesidades básicas en la infancia; Relación familiar, estructura y relación de apego; Conductas de abuso en la infancia; Consumo de tóxicos; Trastorno límite de la personalidad y criterios diagnósticos y por último Valoración personal sobre la influencia del abuso en su infancia.

Clasificación:

| | |
|---------------------|---|
| Categoría 1: | Satisfacción de necesidades básicas en la infancia. |
| Categoría 2: | Relaciones familiares, estructura y relación de apego. |
| Categoría 3: | Conductas de abuso en la infancia. |
| Categoría 4: | Consumo de tóxicos. |
| Categoría 5: | Trastorno Límite de la personalidad y criterios diagnósticos. |
| Categoría 6: | Valoración personal sobre la influencia del abuso en su infancia. |

Elaboración propia.

En relación con la Categoría 1, según López (2005) el desarrollo en la infancia no es algo prefijado, sino que “está abierto a toda la estimulación e influencias pertenecientes al entorno que les rodea” (López, 1995). Por lo que la atención, los cuidados y la estimulación de los adultos cuidadores, es necesaria para un desarrollo adecuado. Los cuidadores de niños y niñas, como adultos son responsables de su cuidado y se convierten en los principales agentes de socialización. Además el mismo autor reseña que para promover su propia autonomía, es necesario proveerles de las “herramientas necesarias para que ellos se conviertan en agentes activos de su propio desarrollo personal” (López, 1995).

No existe un consenso sobre cuáles son las necesidades básicas de la infancia. Entre los diferentes autores que han hablado sobre ellas, resaltamos la categorización establecida por Amorós; “necesidades relacionadas con la seguridad, el crecimiento y la supervivencia, necesidades relacionadas con el desarrollo emocional, necesidades relacionadas con el desarrollo social y necesidades relacionadas con el desarrollo cognitivo y lingüístico”. (Amorós, 2004).

La Categoría 2 trata del ambiente que rodea al infante durante su desarrollo. Los defensores de la teoría mecanicista Watson, J. B. (1928) y Skinner, B. F. (1953), definen ambiente como “todo tipo de fuerzas externas que configuran el desarrollo de los individuos” (Skinner, 1953). Bajo esta teoría, el infante se encuentra influenciado por el estilo de crianza de sus padres y la cantidad y calidad de afecto que le proporcionen entre otros. Los niños y niñas de edad temprana, pasan la mayor parte del tiempo en sus hogares, en ambientes estructurados por sus cuidadores. Durante los primeros años de vida se encuentran limitados, en lo que se refiere a conocer libremente el ambiente que les rodea ya que dependen de una tercera persona que les muestre el medio en el que se desenvuelven. Por lo que estarán influidos por las decisiones de sus cuidadores a la hora de elegir un ambiente favorable para su desarrollo. Si un ambiente es inadecuado “es razonable pensar que un ambiente con un deficiente cuidado parental pueda provocar mayor tasa de trastornos depresivos por falta de estimulación sensorial, privación cognitiva derivada de la desestructuración y desorganización del ambiente familiar”. (Martínez Roig, 1993, pág. 71).

En cuanto a las relaciones de apego, en esta categoría se analizará el tipo de apego que muestra cada paciente, recordamos que “La calidad de la relación de apego establecida por con los niños les dificultará en su posterior habilidad para formar relaciones sociales” (Howes C. F., 1985).

La Categoría 3 engloba las conductas de abuso en la infancia A partir del dialogo de las pacientes podemos extraer el tipo o tipos de maltrato que han sufrido en la infancia. Es necesario tener en cuenta que lo más habitual es que el menor maltratado, sufra más de un tipo de maltrato de manera simultánea. El maltrato es un fenómeno multicausal y multidimensional por lo que tiene diferentes causas y afecta a distintas dimensiones en relación con las necesidades de la infancia. El maltrato se produce cuando se vulnera el bienestar infantil de forma activa o pasiva. Los tipos de maltrato se establecen en relación con la forma en que se vulnera dicho bienestar y las áreas contra las que se produce.

El consumo de tóxicos se recoge en la Categoría 4. Dicha categoría surge a partir de la elaboración de los informes de las pacientes, donde todas ellas muestran épocas donde han sido consumidoras de tóxicos o han abusado de psicofármacos. Siguiendo con la línea del trabajo, es evidente la vulnerabilidad del ser humano en relación con la falta de defensas físicas que posee en sus primeros años de vida. Por ello es particularmente dependiente de las personas y el medio en el que crecen. Si en el entorno en el que se están desarrollando se encuentran los tóxicos, el infante normalizará la tenencia y consumo de sustancias como algo lícito. Lo que da lugar a una situación peligrosa ya que el menor no aprenderá los peligros de su consumo

ni temerá las consecuencias que pueda ocasionarle, por lo que tendrá más posibilidades de consumir en un futuro.

La Categoría 5 trata el principal diagnóstico psiquiátrico que poseen las pacientes, el Trastorno Límite de la Personalidad. Como hemos explicado con anterioridad, dicho trastorno trata de la desregulación de emociones, cuyo resultado procede de “cierta disposición biológica, cierto contexto ambiental y determinada transacción entre estos dos factores durante el desarrollo” (Linehan, 2003, pág. 21). Además la misma autora establece que dicha desregulación sistémica está producida por la vulnerabilidad emocional y por el uso de estrategias de modulación de las emociones forma inadecuada y poco adaptativa. En esta categoría, también se tratarán los diferentes criterios que se utilizan para establecer el diagnóstico, utilizando los testimonios como representación de cada uno de ellos.

La última de las categorías que se ha establecido es la Categoría 6, en la que se trata la valoración personal realizada por las pacientes sobre los hechos acontecidos en el transcurso de su vida. En los casos de maltrato infantil es de gran relevancia conocer la valoración de las víctimas sobre los hechos sufridos. En este apartado, podemos observar cómo interpreta cada paciente las diferentes causas de su situación actual.

6. Resultados.

A partir de las categorías mencionadas con anterioridad, se establece una organización de la información obtenida, a través de la selección de fragmentos de las entrevistas realizadas a las diferentes pacientes.

Categoría 1: Satisfacción de necesidades básicas en la infancia.

Para contextualizar el ambiente de desarrollo en el que se encontraban las pacientes, es necesario hacer alusión a la situación familiar que tenían en esos momentos. En dichos ambientes, la mayoría de las pacientes alegan que la comida era escasa, podemos comprobarlo con testimonios.

“Tengo un recuerdo de mi madre que se lo tengo muy en cuenta, que no había nada de comer en casa y me dio un bote de cola cao a cucharadas”. (Paciente 1)

“No había mucha comida en casa, mi hermano comía siempre de plato y yo no, mi madre me decía que me comiera sus sobras. Mi madre no cocinaba para mí. Cuando vine aquí empecé a comer de plato bien y me engordé casi 40 kilos, llegué con 45 kilos aquí”. (Paciente 2)

Categoría 2: Relaciones familiares, estructura y relación de apego.

En cuanto a la relación con sus progenitores podemos observar diferentes escenarios, pobreza, abandono, consumo de tóxicos entre otros.

“Mi padre, el biológico, le pegaba a mi madre y como no quiso saber nada mi madre, se fue. Entonces, nos quitó la casa pero al final la conseguimos.” (Paciente 6)

“Nunca he tenido relación con mi madre, ella era drogadicta y alcohólica” (Paciente 2)

“Vivíamos en una casa “patada”, ocupada. Son todo recuerdos de ir al patio grande y estar con los vecinos, con críos jugando. No sé si tenía hermanos. Me cuidaba mi abuela, creo que de parte de madre, pero cuando se murió todo cambió y al poco me cogió la policía”. (Paciente 1)

El tipo de relaciones entre los miembros de la familia, nos acerca a una idea de desestructuración familiar, ya que no existe una estructura sólida acerca de las responsabilidades que conlleva cuidar de un menor.

“Pasaba el tiempo en casa, sola.”. (Paciente 1)

“En esa época ya mi madre estaba cansada de que nunca estuviera en casa porque descubrió que estaba de vinos con los amigos”. (Paciente 4)

“Es que mi madre solo se encargaba de llevarnos y venir por nosotros a la guardería, pero siempre nos dejaba en casa de mis abuelos o mi tía, porque ella se iba de fiesta”. (Paciente 2)

Según los argumentos que han expuesto las pacientes sobre sus relaciones con sus cuidadores principales, podemos comprobar que ninguna de ellas mantiene una relación de apego seguro. Dependiendo del testimonio, encontramos un tipo de apego diferente. Empezando con el apego inseguro-ambivalente

podemos comprobar correlaciones con el testimonio de la paciente 1, cabe resaltar que a los 6 años fue adoptada y presentaba Trastorno reactivo de la infancia.

“Dije que no quería estar con mis padres, no los aguantaba más [...] le dije a mi madre que prefería vivir en la calle que con ella”. (Paciente 1)

Por otro lado encontramos el apego inseguro evitativo, que según las alegaciones de las pacientes 4 y 6 presentan comportamientos con reacciones de frustración y miedo al abandono.

“Era muy jovencita, a los 14 años, pero me escapaba yo siempre. Tenía mucho miedo, ponía en un papel mi nombre y en adopción... y estaba yo en el COA donde los niños abandonados”. (Paciente 4 y Paciente 6)

El apego desorganizado- desorientado lo encontramos en los testimonios de la paciente 2.

“A mí me dijeron que... yo no sé si mi madre es mi madre porque tengo la memoria muy mal y nunca me he visto chupando de su teta y no me acuerdo de nada. [...] Nunca he visto a mi madre como mi madre, por eso creo que soy adoptada, ella nunca se ha encargado de mí, lo ha hecho mi tía”. (Paciente 2)

Categoría 3: Conductas de abuso en la infancia.

El siguiente tema a tratar es el del abuso en la infancia, siguiendo el orden en el que se presentan los diferentes tipos en el marco teórico, empezaremos con el maltrato prenatal, lo encontramos en una de las pacientes.

“De pequeña estuve muy malita, entre la hepatitis y el síndrome de abstinencia lo pasé muy mal. Estuve en la UCI de críos”. (Paciente 1)

El maltrato físico es uno de los más presentes en la infancia de las participantes.

“En mi casa había otro hombre, supongo que sería la pareja de mi madre. Aunque por lo que sé era prostituta, entonces no lo tengo muy claro. Aunque un día recuerdo que le estaba pegando delante de mí, le dije que parase y no me hizo caso. Había un móvil y yo iba a llamar al 112 y llamé. Cuando me vio, me lo quitó y me dio una hostia y una paliza”. (Paciente 1)

“Estaba todo el día en el bar. Nos maltrataba a mi madre y a mí. A mí con sonidos, ponía la radio muy alta y me hacía daño. Ponía sonidos muy fuertes para que me quedara sorda y a mi madre le pegaba y le hacía daño psicológicamente”. (Paciente 6)

“Luego se emborrachaba, me pegaba con palos, de todo. A mi madre tampoco la trataba bien, solo la quería para que le hiciese la cena. Yo le decía “mamá que ha venido ya papá, borracho. Mamá esconde los cuchillos, y la escopeta” era cazador”. (Paciente 4)

En cuanto al abuso sexual, encontramos testimonios acordes en la entrevista con la paciente 2.

“Recuerdo un día que estábamos durmiendo y a mí nunca me dejaban ir a la cama de mi madre, pero a mi hermano sí. Un día fui y la pareja de mi madre me chupó mis partes y yo me asusté y al día siguiente se lo conté a mi madre y no reaccionó bien.” (Paciente 2)

“El sexo siempre lo he tenido muy presente desde lo de mi padre, y con mi hermano ya empezamos a probar cosas... pues a rozarnos, a ver películas porno que teníamos 6 años

y las veíamos toda la noche hasta que nos pilló mi madre rozándonos y dije "hostia".
(Paciente 2)

Categoría 4: Consumo de tóxicos.

Una de las similitudes que llama la atención entre las participantes, es el consumo de tóxicos durante la adolescencia, tres de las cuatro pacientes entrevistadas comenta que han probado diferentes drogas, incluso han estado consumiendo largas temporadas, hasta ser ingresadas en el Neuropsiquiátrico de Nuestra Señora del Carmen.

"Cuando estaba en el piso, que estaba en Huesca, fue mi perdición porque empecé a consumir speed. Vivíamos dos chicas y nos llevábamos muy bien. Entonces yo ya fumaba porros desde hacía tiempo, desde los 16 años". (Paciente 1)

"Cuando empecé a descontrolarme con las pastillas mi madre me llevó a fiscalía porque la montaba en casa, llegaba y ponía la música muy alta. Luego me enganché al speed y ahí fui a Proyecto Hombre, me llevó mi tía. Gracias a eso, me quité de las pastillas. Mi novio de entonces me ayudó, me decía que las pastillas no eran buenas, que era mejor el speed".
(Paciente 2)

"De los dieciocho a los veinte estuve viviendo en la calle y ahí lo probé. En las drogas estuve cinco años, pero luego ya lo dejé todo, y la prostitución hace mucho también, hace mucho que no voy". (Paciente 4)

Categoría 5: Trastorno Límite de la personalidad y criterios diagnósticos.

En cuanto a los primeros síntomas que experimentaron las pacientes son diferentes en cada una de ellas, encontramos, alteraciones de comportamiento, delirios, anorexia y bulimia.

"También tuve problemas con la comida mientras estuve con un tratamiento del hígado de la hepatitis C. Me pinchaban una vez a la semana y empecé a adelgazar mucho, no tenía apetito y aproveché para la excusa de no comer y adelgazar." (Paciente 1)

"No me acuerdo de nada, solo me acuerdo de que cuando me desperté estaba la madre de mi novio y tenía una niña y me dijo "aquí la tienes" y ahí fue cuando me entró la psicosis, la vi, me quedé en blanco y me fui corriendo a casa de mi madre. Tenía pánico de hacerle daño, que se me cayera de los brazos, de hacerle un arañazo y dije "a esta cría no me la cojo yo ni de coña, que conmigo va a sufrir un montón, que estoy loca perdida"." (Paciente 2)

"A los 11 años. Tenía malos pensamientos, que tenía malos pensamientos. Pensaba en hacerme daño, pensaba en hacerme daño, en hacer daño a los demás. No, no les quería hacer daño. Como si fuera a tener un accidente de coche o... como si fuera a tener algo y se acaba cumpliendo. [...] Ahí empecé con bulimia, no es que empecé con anorexia a los 11, no, más tarde... Pero seguí con bulimia pero después se me fue la bulimia." (Paciente 6)

En el siguiente apartado se muestra una correlación entre de testimonios de las pacientes con los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-V del Trastorno Límite de la Personalidad. Podemos observar que en diferentes acontecimientos en la vida de las pacientes se manifiestan rasgos de desregulación de emociones, característica principal de dicho trastorno.

Criterio 1: Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginario.

“Todos mis intentos de suicidio han sido para estar con mi madre biológica, es así. Yo lo digo así, tal cual. En la nota de suicidio, antes de tirarme, lo puse, incineradme y echar mis cenizas en el barrio donde vivía con mi madre.” (Paciente 1)

Criterio 2: Relaciones interpersonales inestables e intensas (caracterizada por alternancia entre extremos de idealización y devaluación).

“En el verano de los 14 me fui a vivir con mi novio a un piso porque tuve una bronca con mi madre y me levantó la mano, entonces aproveché y dije “esta es la mía”. Luego ya en 2º de ESO conocí a más amigas y empezamos a ponernos minifaldas y a estar en muchas discotecas y juntarnos con gente mala. Y yo muchas veces no quería vivir con gente tan mala y empecé a esnifar disolvente.” (Paciente 2)

Criterio 3: Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.

“Era pequeña, seis años y ahí ya empezó todo porque o te deja subnormal, o te deja así inválida, o te mueres. Y a mí me dejó la cabecita un poco mal, por eso estoy aquí, de minusvalía.” (Paciente 4)

Criterio 4: Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (sexo, consumo de sustancias, atracones alimentarios...)

“En Conde Aranda estaba con mis amigas que eran prostitutas, pero yo también hacía lo mismo, perdí la virginidad a los dieciséis y a los veinticinco ya estaba de puta.” (Paciente 4)

“Mi madre me llevó al psicólogo. Ahí empecé con bulimia, no es que empecé con anorexia a los 11, no, más tarde... Pero seguí con bulimia pero después se me fue la bulimia.” (Paciente 6)

Criterio 5: Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.

“Estaba muy nerviosa y el corazón me latía a mil y oía voces como de lejos diciendo “no te tires, que hay otra opción”, pero yo ni caso, ni caso. Digo “tienes que tener dos ovarios, venga, va, va, que lo tienes que hacer”. Me puse hacia atrás con los brazos en cruz y me tiré.” (Paciente 1)

Criterio 6: Inestabilidad afectiva debido a una reactividad notable del estado de ánimo.

“El mayor fue el que tuteló y todo, pero es el peor, lo tengo que matar, me hizo la mil y una” (Paciente 4)

En ese momento no tomaba medicación, me daba sueño los porros. Ah no, tomaba medicación muy fuerte. La mezcla me sentaba mal. Entonces entre la medicación y los porros, elegí los porros. (Paciente 1)

Criterio 7: Sensación crónica de vacío.

“Porque yo ya me veía sin nada, o sea yo me sentía fatal, no podía más, yo no sé ni que medicación me daban en la UTP, porque para mí que me daban el efecto placebo. Te lo

digo muy en serio, pero vamos. Mis amigos me dejaron de lado, luego la movida con el médico y digo: yo me tiro y ya está.” (Paciente 1)

Criterio 8: Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira.

“Una vez, no me dejaron salir a fumar y quemé una cortina, también me llevaban muchas veces a urgencias porque me cortaba y no hacían más que subirme la medicación.” (Paciente 1)

Criterio 9: Ideas paranoides transitorias relacionadas con estrés o síntomas disociativos graves.

“Me siento ahí y veo a una niña chinita que salía de un restaurante y se iba a tirar a la carretera y yo que veía que venía una furgoneta la cojo y me la metí debajo de la camiseta y empiezo a correr y en vez de dejarla en el restaurante seguí corriendo por inercia y me iban las piernas solas no podía parar y yo le decía a la gente “por favor, que no puedo parar” y le decía a la niña “tranquila, es que no te puedo soltar, que no sé qué me pasa”” (Paciente 2)

Categoría 6: Valoración personal sobre la influencia del abuso en su infancia.

En la última parte de la entrevista se pide a las pacientes que hagan una valoración de su vida, contestando a la pregunta: ¿Piensas que lo que te pasó de pequeña ha repercutido en los problemas que has tenido?

“Me gustaría añadir que creo que nadie debería perderse ninguna etapa de su vida, tenemos que vivir todas las etapas de nuestra vida. Sino, algo falla. Yo pienso eso. Si no has vivido alguna etapa de tu vida, algo falla. Yo no pude vivir mi infancia, ¿sabes? Y algo ha fallado. La mejor psiquiatra que he tenido le dijo a mi madre delante de mí: Su hija va a terminar en la cárcel o suicidándose... No ha fallado, fíjate si me conocía.” (Paciente 1)

“Mi infancia fue triste por culpa de mi padre, porque me ha pegado mucho y a mis hermanos. Tenía mucho miedo a mi padre. Aunque he llegado a este centro por las malas compañías, bueno, de todo. Soy muy luchadora.” (Paciente 4)

“No, aunque mi padre se fuera, mi padre no se portó mal, mi padre biológico se portó mal pero porque se fue. Entonces, como se fue, tuve un padre estupendo, fenomenal, mi abuelo. Vivíamos felices durante muchos años, hasta que enfermé pero como ya me estoy curando gracias al médico. Estoy dispuesta a ir a mejor.” (Paciente 6)

7. Conclusiones.

A partir de la realización de la revisión bibliográfica, hemos podido observar la posición de la infancia en nuestra sociedad, su significado y las diferentes etapas de desarrollo que transitan. Además hemos podido ver la legislación que ampara la infancia y su protección. Aunque también hemos visto, que no es suficiente para erradicar las situaciones de maltrato que muchos menores han sufrido y siguen sufriendo. Es preciso sensibilizar a la sociedad con este gran problema, la violencia contra los infantes marca su vida para siempre y es necesario romper con el círculo de violencia que persigue a tantos niños y niñas.

El maltrato en la infancia puede infringir un daño en la integridad física o psicológica del infante. Dicho daño puede tener mayor o menor repercusión, dependiendo de factores como el tipo de maltrato, su gravedad y frecuencia, así como la edad, las características y personalidad de cada persona, que pueden hacerles más o menos vulnerable.

En la vulnerabilidad de una persona interfiere su capacidad para afrontar situaciones que crean sufrimiento, es decir, de la resiliencia. Cada persona tiene una capacidad para resistir el daño psicológico que puede causar un entorno problemático y como método de supervivencia e impulso de reparación del daño nace una resistencia al sufrimiento. Para desarrollar la capacidad resiliente, es necesario poseer factores protectores que le proporcionen un recuerdo de estabilidad afectiva donde aferrarse en momentos difíciles. Existen situaciones donde los menores maltratados superan su situación y logran convertir sus sentimientos negativos en positivos.

En contraposición a dicha capacidad, existe la teoría de la reproducción intergeneracional del maltrato. Esta teoría sostiene que los hijos de padres maltratadores pueden llegar a reproducir las situaciones de las que han sido víctimas. Existen autores que indican que “entre un 20% y un 30% de las víctimas de maltrato serán violentas en el futuro” (Powell, J. L., Cheng, V. K. y Egeland, B. , 1995). Con esto podemos ver que no todos los infantes se ven afectados por igual ante el maltrato.

Sin embargo, la mayoría de las situaciones de maltrato afectan de una forma negativa al niño, sobre todo en su desarrollo emocional, social y cognitivo. Aunque a partir de la revisión bibliográfica hemos visto que hay autores que insisten en que el maltrato infantil, se debe considerar como un factor de riesgo y no un factor determinante

En la actualidad, se conoce que los factores sociales no son el elemento central en la etiología de muchos trastornos, pero se reconoce que las situaciones de estrés en el ambiente pueden propiciar la aparición de trastornos mentales. La enfermedad mental posee un origen multicausal, aunque los factores sociales aportan un contexto que influye en el desarrollo de la infancia.

En la revisión bibliográfica, se ha encontrado que interfieren diferentes variables, como hemos tratado, dependiendo de la satisfacción de las necesidades básicas de la infancia, de los mecanismos de defensa y del periodo de desarrollo en el que se encuentre el menor, un hecho estresante como es el maltrato producir mayor o menor daño en su proceso.

También hemos podido ver como dependiendo del tipo de relación que posean con sus progenitores o cuidadores principales, desarrollarán un apego diferente, lo que marcará de alguna forma la base para su socialización y posteriores relaciones sociales. Como hemos podido comprobar en la investigación, un ambiente seguro y positivo libre de violencia durante la infancia facilita y promueve la formación de una personalidad resiliente.

Habiendo realizado el análisis de contenido, hemos podido ver que los resultados obtenidos sugieren que el trauma en la infancia no es una causa principal del desarrollo del Trastorno Límite de la Personalidad, aunque sí se ha visto una relación. Por lo que podemos afirmar que las conductas de abuso en la infancia se consideren como un factor de riesgo en el desarrollo del trastorno. Según las investigaciones que se han revisado en el presente trabajo, cabe decir que la forma de maltrato en la infancia que mayor relación tiene, es el abuso sexual. Además de tener en cuenta que la frecuencia y severidad del maltrato infringido hacia el menor, determinará los rasgos del posible efecto a largo plazo que puedan padecer.

Con la muestra seleccionada, hemos podido vislumbrar, como la vida de diferentes mujeres ha sido marcada por los hechos acontecidos en su infancia. Aunque no sea algo determinante para el desarrollo de Trastorno Límite de la Personalidad, es verdad que dichas situaciones han influido en las decisiones que han tomado a lo largo de sus vidas. Gracias a su colaboración, hemos podido ver diferentes hechos traumáticos y ambientes en los que se ven envueltos los menores. También hemos podido ver el transcurso de su enfermedad y el desgaste emocional que han sufrido por intentar comprender las situaciones que sufrieron cuando eran pequeñas.

Es cierto que existen varias investigaciones sobre maltrato y desarrollo de Trastorno Límite de Personalidad, pero se ha evidenciado que hacen falta más estudios longitudinales para confirmar la relación entre traumas vividos en la infancia y desarrollo de dicho trastorno.

8. Bibliografía

- ADCARA. (2007). *Guía completa para la detección e intervención en situaciones de maltrato infantil desde el sistema de salud de Aragón*.
- Ainsworth, M. B. (1978). *Patrones de apego: un estudio psicológico de la extraña situación*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates .
- Allen, J. (2001). *Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders*. Chichester: John Wiley & Sons, LTD.
- Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. New York: Henry Holt.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amorós, P. y. (2004). *Acogimiento familiar*. . Madrid: Alianza.
- Arruabarrena, M. y. (1994). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Artiaga, J. F. (2008). *El lugar de la infancia: Criterios para ocuparse de los niños y niñas hoy* (Vol. 16). Graó.
- Becerra, R. M. (2008). *Elementos básicos para el Trabajo Social en salud mental*. . Espacio Editorial.
- Biblioteca de Textos Legales. . (2006). *Código Civil*. Madrid: Tecnos.
- Biblioteca de Textos Legales. . (2019). *Código Penal*. Madrid: Tecnos.
- Boletín Oficial del Estado. (1996). *Ley 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil*. Madrid: Ministerio de la Presidencia.
- Boletín Oficial del Estado. (1989). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*.
- Boletón Oficial del Estado. (1978). *Constitución Española*. Madrid: Ministerio de la Presidencia.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida*. España.: Paidós.
- Brassard, M. a. (1997). *Psychological maltratment. The Battered Child*. Chicago: Chicago University Press.
- Caballo Manrique, V. E. (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Colom, D. (2010). *El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y la sostenibilidad del sistema sanitario*. Zerbituzuan.
- Convención sobre los Derechos del Niño. (2004). *Edición Revisada, preparado para el UNICEF por Rachel Hodgkin y Meter Newell*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Cortina, M., & Marrone, M. (2017). *Apego y psicoterapia, un paradigma revolucionario*. Madrid: Prismática Editorial, S.L.

- Declaración de los Derechos del Niño. (1959).
- Empson, J. M. (2008). *El desarrollo atípico infantil: problemas emocionales y conductuales, maltrato infantil, problemas de aprendizaje*. Grupo Planeta (GBS).
- Freud, S. &. (1954). *The origins of psychoanalysis* (Vol. 216). London: Imago.
- Frewen P.A., D. D. (2008). *Neuroimaging Studies of the Outcome of Psychological Interventions for Mood and Anxiety Disorders: Empirical and Methodological Review*. (Vol. 28). Clinical Psychology Review.
- Fruzzetti, A. E. (2004). *Family Connections workbook and training manual*. New York: National Education Alliance for Borderline Personality Disorder.
- Funes Artiaga, J. (2008). *El lugar de la infancia. Criterios para ocuparse de los niños y niñas hoy*. Barcelona: Grao.
- García, F. y. (1999). *Autoconcepto forma 5*. Madrid: Tea.
- Gil, D. (1970). *Violence Against Children: Physical Child Abuse in the United States*. Cambridge: MA: Harvard University Press.
- Gobierno de Chile. Ministerio del interior. (2009). *Protocolo*. (U. d. JUNJI, Editor) Recuperado el 1 de Agosto de 2019, de Intervención en situaciones de maltrato infantil.: <https://www.penalolen.cl/wp-content/uploads/2016/11/Protocolode-Deteccion-e-intervencion-en-situaciones-de-maltrato-infantil-Junji.pdf>
- Gómez Lavin, C. y Zapata García, R. (2000). *Psiquiatría, salud mental y trabajo social*. España: Ediciones Eunate.
- Gómez Lavin, C., & Zapata García, R. (2000). *Psiquiatría, salud mental y trabajo social*. Ediciones Eunate.
- Graybar, S. R. (2002). *Nontraumatic pathways to borderline personality disorder. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. (Vol. 2).
- Hoffman, P. D. (2005). *Family connections: a program for relatives of persons with borderline person disorder*. Family process.
- Holsti, O. (1969). *Content Analysis for the Social Sciences and Humanities*. Reading, MA. : Addison Wesley. .
- Howe, D. (1985). *Modernidad, postmodernidad y Trabajo Social. Los valores en la práctica del Trabajo Social*. Madrid: Narcea.
- Howes, C. F. (1985). *Compliance and self control in young children from varying family contexts: Relationships with parent empathy, stress and social support*. Los Ángeles: In annual meeting of the American Psychological Association.
- Howes, C. y. (1985). *The consequences of child abuse for the formation of relationships with peers. Child Abuse & Neglect* (Vol. 3). Los Ángeles.
- Howes, C., y Espinosa, M. P. (1985). *The consequences of child abuse for the formation of relationships with peers*. (Vol. 9). Child Abuse & Neglect.

- Ibañez Castaño, J. &. (2016). *Relación entre los traumas en la infancia y el desarrollo del trastorno límite de la personalidad*.
- Ituarte Tellaeche, A. (2017). *Prácticas del Trabajo Social Clínico*. Valencia: Nau Llibres.
- James, B. (1989). *Treating Traumatized Children*. Nueva York: Lexington Books.
- Laporte, L. &. (1996). *Traumatic childhood experiences as risk factors for borderline and other personality disorders*. (Vol. 3). Journal of personality Disorders.
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.
- Linehan, M., Cochran, B., & Constance, A. (2001). *Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder*. (The Guilford Press) Recuperado el 15 de Julio de 2019, de Capítulo 11 Clinical Handbook of Psychological Disorders.
- López, F. (1995). *Necesidades de la infancia y protección infantil. Fundamentación teóricas, clasificación y criterios educativos*. Madrid: Ministerio de asuntos sociales.
- Martín Blanco, A. (2015). *Estudio de la interacción gen-ambiente en el Trastorno Límite de la Personalidad*.
- Martínez Roig, A. y. (1993). *Maltrato y abandono en la infancia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Miranda Aranda, M. (2015). *Lo social en la salud mental. Trabajo social en psiquiatría*. (Vol. (I)). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Moix, M. (1991). *Introducción al Trabajo Social*. Madrid: Trivium.
- Monrós, M. J., y Zafra, E. (2012). *Guía de intervención de trabajo social sanitario*. (C. d. Sanitat., Ed.) Generalitat.
- Moreno Ríos, S. y. (2002). *El desarrollo del razonamiento sobre lo que podría haber ocurrido: condicionales indicativos y subjuntivos. Infancia y aprendizaje* (Vol. 4).
- Mosquera, D. G. (2010). *Trastorno límite de la personalidad. Una aproximación conceptual a los criterios del DSM-IV* (Vol. 2). TR Revista Persona.
- Muller R, S. L. (2000). *Relationship between attachment style and posttraumatic stress symptomatology among adults who report the experience of childhood abuse*. (Vol. 13). J Trauma Stress.
- Observatorio de la Infancia. (2008). *Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid.: Meditor.
- Ortigosa Quiles, J. M. (2003). *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid: Pirámide.

- Pereda N, G.-P. D. (2011). *Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil*. (A. E. Psiquiatría, Editor) Recuperado el 23 de Junio de 2019, de <http://www.actasespanolasdepsiquiatria.es/repositorio/13/70/ESP/13-70-ESP-131-139-359461.pdf>
- Pereda, N. (2010). *Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil*. Recuperado el 22 de Junio de 2019, de Papeles del Psicólogo: <http://www.papelesdel psicologo.es/pdf/1846.pdf>
- Pérez, M. A. (1997). *La situación jurídica del menor en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación del Código civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil* (Vol. 1). (A. Civil, Ed.) Luces y sombras.
- Pueblo, D. D. (2014). *Estudio sobre la escucha y el interés del menor. Revisión judicial de medidas de protección y procesos de familia*. Madrid: MIC.
- Rioja, U. d. (2016). *Menores víctimas y situaciones de victimización en La Rioja*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5473302>
- Rodríguez Fernández, A. G. (2018). *Violencia intrafamiliar y colectivos especialmente vulnerables: menores y ancianos. Apuntes desde un enfoque interdisciplinar*.
- Rutter, M. (1996). *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. (Vol. 57). American Journal of Orthopsychiatry,.
- Sansone, R. A. (2002). *The relationships among childhood abuse, borderline personality, and self-harm behavior in psychiatric inpatients*. (Vol. 1). Violence Vict.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- Sobremonte, E. (2009). *Trabajo social sanitario: entre el ayer, hoy, y el mañana*. Oviedo: En X Congreso Nacional de la Asociación Española y Salud.
- Sroufe, L. A. (1996). *La coherencia del desarrollo individual: cuidado temprano, apego y problemas de desarrollo posteriores*. American Psychologist.
- Trullenque, E. M. G., y María, E. (2010). *El Trabajo Social en salud mental*. (Vol. 23). Cuadernos de trabajo social.
- Universidad de La Rioja. (2016). *Menores víctimas y situaciones de victimización en La Rioja*. Recuperado el 2 de Agosto de 2019, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5473302>
- Valenciana., G. (2012). *Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario*. Recuperado el 10 de Septiembre de 2019, de Intervención del/la trabajador/a social de APS con Mujeres Víctimas de Violencia de Género : <http://www.san.gva.es/documents/156344/>
- Villagrasa Alcaide, C. y. (2006). *Los derechos de la infancia y de la adolescencia. Congreos mundiales y temas de actualidad*. Barcelona: Ariel.
- Waters, E. W. (1979). *Attachment, positive affect, and competence in the peer group: two studies in construct validation*. (Vol. 50). Child Development.

Watson, J. B. (1928). *Psychological care of infant and child*. New York: Norton.

Zigler, E. &. (1989). *Physical child abuse in America: Past, present, and future. Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*.

Bibliografía jurídica.

Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Ley 12/2001, de 2 de Julio, de la Infancia y la Adolescencia en Aragón.

Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

Ley 42/2015, de 5 de octubre, de reforma de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.

ANEXOS.

ANEXO I: CONTRATO DE ENCARGO DE TRATAMIENTO DE DATOS.

ANEXO II: CONSENTIMIENTOS.

ANEXO III: INFORMES DE LAS PACIENTES.

ANEXO IV: ENTREVISTAS TRANSCRITAS DE LAS PACIENTES.