

Polivictimización y su relación con las conductas autoagresivas y con la depresión en adolescentes

Polyvictimization and its relation with self-aggressive behaviors and with depression in adolescents

Cristóbal Guerra V.¹, Cristián Pinto C.² y Viviana Hernández A.³

Introduction: The accumulation of experiences of abuse or violence during childhood has been nominated as a polyvictimization. It has been documented that the polyvictimization generates negative consequences in the mental health of the people. In Chile there is not enough research on this phenomenon, only there is known that it is prevalent. The objective of the study is to evaluate the frequency of polyvictimization in the adolescents and its relation with the levels of depressive symptomatology and with the frequency of self-injurious behaviors. **Method:** This is a descriptive correlational study. We survey 114 adolescents between 17 and 18 years of age. **Results:** It was observed that 40.3% of the sample had suffered at least 2 different types of victimization and that polyvictimization is associated with depressive symptoms and with the frequency of self-harm. **Conclusion:** It is concluded that mental health professionals should evaluate the possibility that the mental health problems of their specific patients may be related to experiences of child and adolescent victimization, which should be considered in the treatments.

Key words: Child trauma; depression, self-injurious behavior.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2019; 57 (2):

Introducción

El maltrato infantil corresponde a todo tipo de acciones que impliquen violencia física, sexual o emocional en contra de personas de menos de 18 años¹. Entre sus formas más habituales se encuentra el maltrato físico, el maltrato psicológico, ser testigo de violencia intrafamiliar y sufrir negligencia o abandono por parte de los adultos responsables o cuidadores².

Se ha documentado que el maltrato infantil genera serias consecuencias negativas a nivel emocional (trastornos psiquiátricos), físico (lesiones) y social (transmisión de las pautas violentas de relación) que llevadas a un extremo pueden causar la muerte³. Distintos autores advierten que estas consecuencias dependen de una serie de factores, entre los que se destacan el tipo de maltrato, su intensidad, su cronicidad y la presencia o no de factores protectores³⁻⁵.

Recibido: 11/06/2018

Aceptado: 02/07/2019

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

¹ Psicólogo, Doctor en Psicoterapia. Escuela de Psicología, Universidad Santo Tomás. Viña del Mar, Chile.

² Psicólogo, Doctor en Psicología. Escuela de Psicología, Universidad de Tarapacá. Arica, Chile.

³ Psicóloga. Escuela de Psicología, Universidad del Mar. Viña del Mar, Chile.

Recientemente se ha puesto atención a las consecuencias negativas de la polivictimización o exposición simultánea a distintos tipos de maltrato a lo largo de la infancia⁶. Se ha descrito que la polivictimización genera un impacto negativo más intenso que la exposición a uno solo tipo de maltrato⁷. En particular, se ha encontrado que la polivictimización en adolescentes se asocia a variada sintomatología, entre la que destaca la depresión, la ansiedad, el estrés postraumático, el consumo de sustancias y la tendencia a romper las normas o incluso a delinquir⁷⁻¹⁰. A nivel neurobiológico, se ha visto cómo la exposición repetida a situaciones de maltrato y el consecuente trauma, se asocian a alteraciones en la maduración de estructuras cerebrales y en las funciones neuroendocrinas, que influyen en las dificultades de los menores de edad para regular su propio comportamiento y sus emociones¹¹⁻¹³.

Debido a las graves consecuencias en la salud de las víctimas y polivíctimas es que el maltrato infantil ha sido reconocido como un problema de salud pública, por lo que es necesario generar investigaciones que permitan conocer el fenómeno y a partir de ahí generar planes de intervención². Pese a que en Chile no se ha estudiado con la suficiente profundidad el fenómeno de la polivictimización, hay estudios preliminares que dan cuenta de que las tasas de polivictimización serían altas^{14,15}. En particular, en el estudio más completo encontrado en Chile se evalúa a 706 estudiantes de Enseñanza Media de Arica y se concluye que el 10% habría sufrido hasta 12 tipos diferentes de victimización a lo largo de sus vidas¹⁶.

Debido a la escasa investigación a nivel nacional, el presente estudio aborda la polivictimización y su relación con dos tipos de sintomatología en adolescentes: la depresión y las conductas autolesivas. Se han elegido estos dos tipos de síntomas por la alta prevalencia que muestran en el país. En particular, se estima que 32,6% de los adolescentes presenta sintomatología depresiva moderada o severa¹⁷ y que 60,5% habrían presentado conductas autolesivas al menos en una ocasión, durante los últimos cuatro años¹⁸.

La hipótesis del estudio es que la polivictimi-

zación se relacionará directamente tanto con la sintomatología depresiva como con la frecuencia de conductas autolesivas en los adolescentes.

Método

Diseño

El presente estudio utiliza un diseño descriptivo correlacional de carácter transversal. El muestreo fue intencionado.

Participantes

Participaron 114 adolescentes de entre 17 y 18 años ($M = 17,71$; $DT = 0,51$). Del total de participantes, 64 (56,1%) eran de género masculino, en tanto 50 (43,9%) de género femenino. Todos los participantes eran estudiantes regulares de colegios municipales de la ciudad de Viña del Mar y cursaban el último año de enseñanza secundaria obligatoria.

Instrumentos

Se utilizó una batería de cuatro instrumentos.

Cuestionario sociodemográfico: Se le consultó a cada adolescente por su edad, género y si había asistido a tratamiento de salud mental en los últimos dos meses (opciones de 1 = nunca a 4 = muy frecuentemente).

Escala de victimización: Se elaboró una escala ad-hoc de seis ítems donde se consultó a los adolescentes por sus experiencias de victimización en los últimos cuatro años (maltrato físico intrafamiliar, maltrato verbal intrafamiliar, testigo de violencia física entre sus padres, testigo de violencia psicológica entre sus padres, abuso sexual intrafamiliar y abuso sexual extrafamiliar). El formato de respuesta es dicotómico: 0 (no lo he vivido) y 1 (sí lo he vivido), por lo que sus valores totales posibles oscilan entre 1 experiencia de victimización a 6 experiencias distintas de victimización en los últimos 4 años. En este estudio se evaluó la consistencia interna del instrumento por el método de división por mitades (Spearman-Brown = 0,67).

Escala de autoagresión para adolescentes¹⁸: Se trata de una escala autoaplicada de siete ítems que

evalúan la frecuencia de conductas autoagresivas en adolescentes en los últimos dos meses (cortarse, quemarse, golpearse, generarse heridas voluntariamente, insertarse objetos cortopunzantes, interrumpir la sanación de heridas, sacarse el cabello). La escala likert permite respuestas entre 1 (nunca) y 4 (muy frecuentemente). El puntaje total se obtiene de la sumatoria de todos los ítems, de modo que los puntajes totales varían entre 7 y 28 puntos (a mayor puntaje mayor frecuencia de conductas autolesivas). En este estudio la escala obtuvo un alfa de Cronbach de 0,67.

Inventario de depresión de Beck¹⁹: Consta de 21 ítems que miden una amplia gama de síntomas depresivos durante la última semana. Para responder, los participantes deben elegir una de cuatro alternativas de respuesta para cada ítem (ordenadas de menor a mayor gravedad). El puntaje total se obtiene sumando las respuestas a todos los ítems (a mayor puntaje, mayor sintomatología depresiva). Para la presente investigación se obtuvo alfa de Cronbach de 0,90.

Procedimiento

Previo a su implementación, el proyecto fue aprobado por el comité de ética de una de las instituciones patrocinantes y por un comité directivo que regulaba a los colegios que participaron en el estudio. Se solicitó consentimiento informado a los padres y a los propios participantes. Quienes aceptaron participar llenaron los instrumentos de autorreporte en las salas de clases. Los protocolos correctamente llenados fueron ingresados a una base de datos y analizados de forma anónima.

Análisis de datos

En primer lugar se describen las variables de estudio (polivictimización, conductas autoagresivas y depresión) en la muestra total mediante análisis de frecuencias, medias y desviaciones típicas. En segundo lugar se realizan análisis de correlación entre estas variables con *rho* de Spearman. Se usa el programa estadístico SPSS²⁰.

Luego, para controlar la covarianza, se realiza un análisis de senderos (método de máxima verosimilitud) en el que se incluye a la polivictimización

como variable independiente y a la sintomatología (conductas autoagresivas y depresión) como variables dependientes. Se utiliza el programa estadístico M-Plus²¹.

En todos los análisis se incluyen como variables control al género y a la frecuencia con que el adolescente ha asistido a tratamiento de salud mental en los últimos dos meses.

Resultados

Como se puede ver en la Tabla 1, las formas más frecuentes de victimización vivida en los últimos cuatro años son el maltrato verbal intrafamiliar y haber sido testigo de violencia verbal entre los padres. Por su parte, la menos frecuente sería el abuso sexual, tanto intrafamiliar como extrafamiliar. La única forma de victimización que presenta diferencias entre varones y mujeres es el abuso sexual intrafamiliar, más frecuente en las participantes de género femenino (diferencia significativa según prueba de χ^2).

Respecto a la polivictimización, en la Tabla 2 se puede ver que el 40,3% de la muestra habría sufrido entre 2 y 4 tipos diferentes de victimización en los últimos cuatro años. Esto es coherente con los resultados de los escasos estudios chilenos que muestran altas tasas de polivictimización¹⁴⁻¹⁶. Según el análisis con χ^2 no hay diferencias entre hombres y mujeres en la distribución de la cantidad de tipos de victimización vividas.

Por su parte, la Tabla 3 da cuenta de los niveles promedio de polivictimización, depresión y autoagresión en la muestra total y dividida por género. Únicamente se aprecian diferencias significativas en la depresión entre hombres y mujeres (según prueba t de student). En particular las mujeres reportan mayor sintomatología depresiva, tal como se ha observado en la literatura²².

Respecto a la relación entre las variables de estudio, tal como sucede con otros tipos de síntomas⁷⁻¹⁰, se aprecia que la polivictimización se encuentra directamente relacionada con la sintomatología depresiva y con la autoagresión (a mayor polivictimización, mayor sintomatología) (Tabla 3).

Tabla 1. Porcentaje de la muestra total, de hombres y mujeres que han vivido cada uno de los tipos de maltrato infantil evaluados

	Total	Mujeres	Hombres	$\chi^2_{(1)}$	P
Maltrato físico intrafamiliar	19,3%	24%	15,6%	1,264	0,26
Maltrato verbal intrafamiliar	52,6%	56%	50%	0,405	0,52
Testigo VIF física	8,8%	6%	10,9%	0,855	0,55
Testigo VIF verbal	38,6%	48%	31,2%	3,323	0,07
Abuso sexual intrafamiliar	2,6%	6%	0%	3,944	0,05
Abuso sexual extrafamiliar	0,9%	2%	0%	1,291	0,26

Nota. VIF = Violencia intrafamiliar.

También se aprecia que la depresión y la autoagresión están directamente relacionadas entre sí; los participantes con mayor depresión también

son los que mayor autoagresividad reportan confirmando lo encontrado en estudios previos^{23,24}.

Tabla 2. Porcentaje de la muestra total de hombres y mujeres con diferente nivel de polivictimización

	Mujeres	Hombres	Total
Ningún tipo	30%	46,9%	39,5%
1 tipo de victimización	24%	17,2%	20,2%
2 tipos de victimización	26%	23,4%	24,6%
3 tipos de victimización	14%	6,2%	9,6%
4 tipos de victimización	6%	6,2%	6,1%

$\chi^2_{(4)} = 4,496$; $p = 0,34$.

Finalmente, se aprecia que hay una relación positiva entre la frecuencia de asistencia a tratamiento de salud mental y las tres variables de interés de este estudio. Particularmente, los participantes más expuestos a polivictimización en los últimos cuatro años son los que más frecuentemente han asistido a psicólogo o psiquiatra en los últimos dos meses. En coherencia con ello, aquellos con mayor depresión y mayor frecuencia de autoagresiones son los que más han asistido a tratamiento de salud mental (Tabla 4).

Las significativas relaciones directas que existen entre todas las variables de estudio y el efecto que

Tabla 3. Rango, media y DT de las variables de estudio en la muestra total y dividida por género

	Rango	Media (DT) Total	Media (DT) Mujeres	Media (DT) Hombres	$t_{(112)}$
Polivictimización	0 - 4	1,22 (1,24)	1,42 (1,23)	1,08 (1,24)	1,467
Depresión	21 - 64	33,07 (8,45)	36,12 (8,95)	30,69 (7,25)	3,580**
Autoagresión	7 - 18	8,07 (2,01)	8,22 (2,27)	7,95 (1,79)	0,703

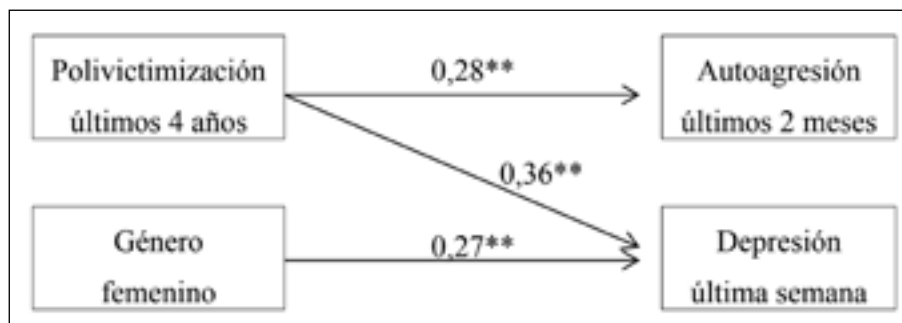
Nota. ** $p < 0,01$.

Tabla 4. Relaciones entre las variables de interés

	Polivictimización	Depresión	Autoagresión
Depresión	0,52**		
Autoagresión	0,38**	0,37**	
Tratamiento salud mental	0,21*	0,20*	0,19*

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Figura 1. Coeficientes de regresión estadísticamente significativos en análisis multivariado. Nota. ** $p < 0,01$. No se detalla el ajuste del modelo debido a que no se cuenta con grados de libertad.



parecen tener las variables control (género y asistencia a tratamiento de salud mental) sugieren la necesidad de realizar un análisis multivariado que controle el efecto de la covarianza. Por esta razón se realiza un análisis de senderos que evalúa en una misma ecuación la relación entre la polivictimización con los dos tipos de síntomas. En este análisis se controló el efecto del género y la asistencia a psicoterapia sobre los síntomas y también se controló la relación entre la autoagresión y la depresión.

La Figura 1 muestra los coeficientes de regresión estandarizados que resultaron estadísticamente significativos en el análisis multivariado. Se aprecia que, aunque el tamaño del efecto es menor que en el análisis de correlación univariado, la polivictimización sigue teniendo una relación positiva con ambos síntomas. Esta relación se mantiene más allá de la influencia de un tipo de sintomatología por sobre la otra y de la influencia de las variables control.

Llama la atención que en el análisis multivariado desaparece la relación entre autoagresión y depresión que se había observado en el análisis univariado. Esto sugiere que la relación entre ambos tipos de síntomas puede ser explicada por la polivictimización. En otras palabras, se puede suponer que la varianza compartida entre autoagresividad y depresión estaría explicada por la relación de ambos síntomas con la polivictimización. Del mismo modo la relación entre el tratamiento de salud mental y la sintomatología, que se había observado en el análisis univariado, no se aprecia al incluir todas las variables en la ecuación, lo que también sugiere que esa relación puede ser expli-

cada por la polivictimización. Estas suposiciones debieran ser profundizadas en futuros estudios.

De las variables control, la única que mantuvo su efecto en el análisis multivariado fue el género. Las participantes de género femenino siguen teniendo mayor depresión, a pesar de controlar el efecto de las otras variables.

Discusión

Tal como sugirieron los estudios chilenos previos, la polivictimización fue bastante frecuente entre los participantes de este estudio¹⁴⁻¹⁶. Esto es complejo ya que, a pesar de que el Estado de Chile está adscrito a la Convención sobre los Derechos del Niño²⁵ y, por tanto, se compromete a adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger a los menores de edad de toda forma de maltrato- las cifras demuestran que la medidas tomadas no han sido del todo efectivas.

La situación es más compleja aún, dado que en este estudio se ha confirmado la relación entre la polivictimización y los problemas de salud mental encontrada en estudios previos⁷⁻¹⁰. En este caso se aprecia que los adolescentes con mayor experiencia de polivictimización son los que presentan mayor sintomatología depresiva y autoagresiva.

Estos resultados plantean la necesidad de que los tratamientos de salud mental con pacientes depresivos y con conductas autolesivas, consideren la posibilidad de que existan antecedentes de polivictimización a la base y, de haberlos, se les

incluya dentro de la intervención. Existe evidencia que los traumas no elaborados asociados a polivictimización infantojuvenil se asocian a problemas de salud mental durante toda la vida del sujeto^{26,27}, de ahí la importancia de abordarlos en los distintos programas de salud mental.

Finalmente, es necesario señalar que el carácter transversal del estudio impide referirse a la causalidad de las relaciones encontradas. No obstante, ya sea que la polivictimización sea la causa de la sintomatología o la sintomatología sea la que hace que se distorsione el recuerdo de experiencias de victimización, la relevancia de los resultados es la misma. En cualquiera de los dos casos se evidencia la necesidad de evaluar estos constructos en pa-

cientes específicos y, de ser necesario, incorporar en los tratamientos a los factores que asociados a la sintomatología. Del mismo modo, el reducido tamaño de la muestra y su recolección intencionada impiden generalizar los resultados, por lo tanto los profesionales del área de salud mental deberán analizar su aplicabilidad en función de las características de los casos específicos que atiendan.

Agradecimientos

Se agradece a Paulina Arriaza y Stephany Palominos por su participación en la fase de recolección de datos.

Resumen

Introducción: La acumulación de experiencias de distinto tipo de maltrato o violencia durante la infancia ha sido nominada como polivictimización. Se ha documentado que la polivictimización genera consecuencias negativas en la salud mental de las personas. En Chile, no existe suficiente investigación respecto de este fenómeno, únicamente se conocen algunas cifras que muestran que es prevalente. El objetivo del estudio es evaluar la frecuencia con que adolescentes han sido sometidos a diferentes niveles de polivictimización y su relación con los niveles de sintomatología depresiva y con la frecuencia de conductas autolesivas. **Método:** El estudio, descriptivo correlacional, encuesta a 114 adolescentes de entre 17 y 18 años de edad. **Resultados:** Se aprecia que el 40,3% de la muestra habría sufrido al menos 2 tipos diferentes de victimización y que la polivictimización se asocia a la sintomatología depresiva y a la frecuencia de las autoagresiones. **Conclusión:** Se concluye que los profesionales de salud mental debieran evaluar la posibilidad de que la psicopatología de sus pacientes específicos pudiese estar relacionados con experiencias de victimización infantojuvenil que debieran ser consideradas en los tratamientos.

Palabras clave: Trauma infantil; depresión; conductas autolesivas.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Guía Clínica: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores. Santiago de Chile: Editorial Valente Limitada, 2013.
2. Organización Panamericana de la Salud. Informe Mundial sobre Violencia y Salud. Washington: OMS, 2006.
3. Child Welfare Information Gateway. Consecuencias a Largo Plazo del Maltrato de Menores, 2013. Disponible en URL: https://www.childwelfare.gov/pubs/factsheets/sp_long_term_consequences.cfm
4. Bonvanie I, van Gils A, Janssens K, Rosmalen J. Sexual abuse predicts functional somatic symptoms: An adolescent population study. *Child Abuse & Neglect* 2015; 46: 1-7.

5. UNICEF. Eliminating Violence against Children handbook for parliamentarians, 2007. Disponible en URL: http://www.ipu.org/PDF/publications/violence_en.pdf
6. Finkelhor D, Ormrod R, Turner H. Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect* 2007; 31: 7-26.
7. Álvarez-Lister S, Pereda N, Abad J, Guilera G, GReVIA. Polyvictimization and its relationship to symptoms of psychopathology in a southern European sample of adolescent outpatients. *Child Abuse & Neglect* 2014; 38: 747-56.
8. Boxer P, Terranova A. Effects of multiple maltreatment experiences among psychiatrically hospitalized youth. *Child Abuse & Neglect* 2008; 32: 637-47.
9. Ford J, Connor DE, Hawke J. Complex trauma among psychiatrically impaired children: A cross sectional, chart-review study. *J Clin Psychiatr* 2009; 70: 1155-63.
10. Guerra C, Pereda N, Guilera G, Abad J. Internalizing symptoms and polyvictimization in a clinical sample of adolescents: The roles of social support and non-productive coping strategies. *Child Abuse & Neglect* 2016; 54: 57-65.
11. Bessel A, van der Kolk, MD. The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 2003; 12: 293-317.
12. De Bellis MD, Kuchibhatla M. Cerebellar volumes in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 2006; 60: 697-703.
13. De Bellis MD. The psychobiology of neglect. *Child Maltreat* 2005; 10: 150-72.
14. Carvajal E, González E, Quiñones, D. Discursos asociados a la polivictimización desde profesionales interventores en Programas Especializados en Maltrato Infantil Grave de la comuna de Valparaíso. Tesis de licenciatura no publicada, Escuela de Trabajo Social: Universidad Andrés Bello, 2014.
15. Unicef. Maltrato infantil en Chile: análisis comparativo 1994, 2000, 2006, 2012. Santiago: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2015.
16. Pinto C, Pereda N, Álvarez-Lister M. Child Victimization and Poly-Victimization in a Community of Adolescents of Northern Chile. *J Aggress Maltreat Trauma* 2017; 00: 1-20.
17. Cova F, Melipillán R, Valdivia M, Bravo E, Valenzuela, B. Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. *Revista Chilena de Pediatría* 2007; 78: 51-159.
18. Arriaza P, Hernández V, Palominos P. Prevalencia de las conductas autolesivas y sus factores asociados en adolescentes de liceos municipales de Viña del Mar. Tesis de licenciatura no publicada: Universidad del Mar, 2011.
19. Beck A, Rush A, Shaw F, Emery G. *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer, 2002.
20. IBM Corporation. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0*. Armonk, NY: IBM Corp. 2012.
21. Muthen L, Muthen B. *Mplus User's Guide*. Seventh edition. Los Angeles, CA: Muthen & Muthen 2012.
22. Vázquez-Machado A. Depresión. Diferencias de género. *Multimed* 2013; 17: 1-21.
23. Mikolajczak M, Petrides K, Hurry J. Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional intelligence. *British Journal of Clinical Psychology* 2009; 48: 181-93.
24. Nader A, Boehme V. Automutilación: ¿Síntoma o Síndrome? *Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia* 2003; 14: 32-7.
25. Unicef. *Convención de los derechos del niño, 1989* Disponible en URL: http://www.unicef.es/derechos/docs/CDN_06.pdf
26. Pereda N, Gallardo-Pujol D. One hit makes the difference: the role of polyvictimization in childhood in lifetime revictimization on a southern European sample. *Violence Vict* 2014; 29: 217-31.
27. Strom I, Thoresen S, Wentzel-Larsen T, Hjemdal O, Lien L, Dyb G. Exposure to life adversity in high school and later work participation: a longitudinal population-based study. *J Adolesc* 2013; 36: 1143-51.

Correspondencia:

Cristóbal Guerra.

1 norte n° 3041, Viña del Mar, Chile.

Teléfono: 56-32-2882353

Email: cuerravio@yahoo.es