

Abuso sexual infantil: una revisión de los síntomas asociados con el trastorno por estrés postraumático

Elena Baixauli Gallego

Profesora Asociada del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
 Universidad de Valencia
 e-mail: elena.baixauli@uv.es

resumen/abstract:

La incidencia de personas que han sufrido abusos sexuales durante su infancia o adolescencia es elevada. Algunas de estas personas han tenido que convivir durante mucho tiempo con su agresor, algunas veces de forma física y otras en su mente.

Ven como su vida se va poco a poco desquebrajando, sufren todo tipo de dolencias físicas, dificultades sexuales y problemas psicológicos.

Cuando el abuso sexual infantil ocurre a edades muy tempranas y se ha prolongado a lo largo del tiempo, la relación con el desarrollo de Trastornos de Ansiedad y en concreto del Trastorno Por Estrés Postraumático es más que significativa.

El objetivo de la presente revisión teórica es revisar la información reciente sobre el abuso sexual en la infancia y poner de relieve los trastornos clínicos en la edad adulta, con especial interés en el desarrollo del Trastorno Por Estrés Postraumático, conociendo su sintomatología, etiología, epidemiología, desarrollo y evolución, con el fin de observar cómo se han abordado a lo largo de estos últimos años.

The incidence of people who have suffered sexual abuse during childhood or adolescence is high. These people, for long, at times, have had to live with her perpetrator, sometimes pshysically and sometimes in his mind. Come as your life gradually break down, suffer all kinds of physical ailments, sexual difficulties and psychological problems. When the child sexual abuse occurs at an early age and has been extended over time, relations with developing disorders specifically Anxiety and Posttraumatic Stress Disorder is more than significant. The objective of this theoretical review is to provide greater understanding of the relationship between childhood sexual abuse and the development of Posttraumatic Stress Disorder, knowing their etiology, epidemiology, development, evolution and treatment.

palabras clave/keywords:

Abuso sexual, agresor, víctima, trastornos, psicopatología, ansiedad, estrés por traumático, etiología, epidemiología.

Sexual abuse, perpetrator, victim, disorders, psychopathology, anxiety, traumatic stress, etiology, epidemiology.

Introducción

El estudio empírico del abuso sexual infantil se ha llevado a cabo hace relativamente poco tiempo, la mayoría de los estudios se han realizado durante los últimos 15 años.

Las observaciones clínicas e informes, por el contrario, han estado disponibles desde principios de siglo. A pesar de las metodologías diferentes, ambas fuentes de datos son valiosas y sus resultados tienden a converger.

Las críticas de los datos empíricos disponibles sugieren reforzar el rigor metodológico de la próxima «generación» de investigación. En primer lugar, se necesita una más amplia conceptualización y un modelo teórico en el que basar la investigación y las definiciones de abuso y sus efectos. Mayor precisión en la definición de las variables a medir y la interpretación de los resultados.

En segundo lugar, la mayoría de los estudios realizados hasta el momento son preexperimentales o correlacionales; por lo tanto, las interpretaciones y las aplicaciones deben hacerse con cuidado. Los estudios longitudinales, así como los estudios transversales son necesarios para proporcionar datos sobre el curso de la sintomatología en el tiempo y sobre los factores asociados con la recuperación.

En tercer lugar, un factor de confusión potencial de los efectos del abuso sexual es la presencia de formas concurrentes de abuso y otras variables que intervienen. Por esta razón, las muestras de tamaño adecuado son necesarias para apoyar los análisis multifactoriales y para garantizar el poder estadístico adecuado para apoyar la importancia y la solidez de los resultados.

En cuarto lugar, los investigadores suelen generalizar los resultados a los grupos no equivalentes. La comparación de grupos

no equivalentes y los problemas de validez ecológica se encuentran en el estudio del abuso sexual.

En quinto lugar, la veracidad de los informes retrospectivos de abuso no pueden garantizarse sin corroboración exterior, tanto con los falsos positivos como con los falsos negativos posibles.

Definición de abuso sexual

Los autores de revisiones sobre el tema coinciden en que aún no se ha conseguido una definición únicamente aceptada por los investigadores, debido a las dificultades para delimitar los conceptos de infancia, relación sexual y abuso (Cantón y Arbolea, 2009).

El National Center of Child Abuse & Neglect en 1978 (Browne & Finkelhor, 1986), propuso una innovadora definición sobre el abuso sexual infantil: existe abuso sexual infantil en los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando éste es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando está (el agresor) en una posición de poder o control sobre otro menor (Baixauli, 1998).

Abuso sexual infantil y trastorno de estrés postraumático

Los efectos psicológicos asociados con antecedentes de abuso sexual infantil tienden a ser relativamente graves y de larga duración. Para mayor claridad, se clasifican de la siguiente manera: 1. Los síntomas de estrés postraumático; 2. Efectos emocionales; 3. La auto-percepción; 4. Los efectos físicos; 5. Efectos sexuales; 6. Interpersonales

y el funcionamiento en relación; 7. Efectos sociales y del funcionamiento.

1. Los síntomas de estrés postraumático son los síntomas de reexperimentación intrusiva, la respuesta de embotamiento, hiperexcitación, sobresalto, trastornos del sueño, etc, así como las características y mecanismos disociativos, como la amnesia psicógena, fuga, desrealización y despersonalización.

2. Los efectos emocionales incluyen depresión, ansiedad, y las condiciones tales como las tendencias suicidas, ataques de ansiedad y las fobias. Las emociones tales como tristeza, culpa, ira, miedo, sentimientos de desesperanza, la desesperación, el vacío, el desapego emocional, y la confusión también se han relacionado con el abuso sexual infantil.

3. Las auto-percepciones son predominantemente negativas e incluyen baja autoestima, vergüenza y culpa, así como las distorsiones cognitivas y una tendencia hacia el suicidio y la automutilación.

4. Los efectos físicos, derivados de los daños directos e indirectos sufridos durante el abuso, incluyen los efectos fisiológicos y neurológicos. Una serie de lo que parecen ser las quejas de somatización también se han encontrado asociadas con una historia de abuso sexual infantil. Ambos tipos de estos efectos se han asociado con los trastornos que afectan el sistema inmune, nervioso central, endocrino, digestivo, reproductivo y respiratorio, así como otros sistemas.

5. Los efectos sexuales incluyen surgimiento sexual en la adolescencia y la adultez temprana, la confusión sobre la identidad sexual, orientación, y la sexualidad, así como las disfunciones sexuales que van

desde la extrema aversión al sexo a la adicción sexual y compulsividad, la culpa y la vergüenza relacionadas con el sexo.

6. Las relaciones interpersonales y el funcionamiento social incluyen un deterioro de la capacidad de confiar en otros, una tendencia a sentirse aislados y alejados de los demás, el deseo de anonimato, dificultad en la formación de vínculos sanos adultos y una tendencia a ser víctimas por segunda vez en las relaciones de poder del adulto (por ejemplo, miembros de la familia, su pareja, terapeutas, profesionales de la salud, el clero).

7. Los efectos sociales y problemas de funcionamiento pueden variar ampliamente, desde el aislamiento social y la restricción interpersonales, a la rebelión y el comportamiento antisocial y la interacción social compulsiva. Se incluyen en esta categoría los déficits cognitivos y discapacidades, una amplia gama de problemas de comportamiento, las adicciones y compulsiones de todo tipo, trastornos de la alimentación, la elección profesional y la actividad laboral.

Los cuadros sintomáticos que emergen con más fuerza y coherencia incluyen aquellos asociados a conflictos emocionales y relacionales; hiperactivación autonómica (síntomas somáticos, afectivos, descontrol, la ansiedad crónica); recreación de la conducta temprana, a menudo relacionada con el trauma y la participación de los recuerdos no cognitivos (evitar por ejemplo la conducta sexual, las respuestas de sobresalto, fobias); los intentos de gestión de sobreexcitación o entumecimiento/desrealización (depresión, entumecimiento emocional o plano, la evitación de relaciones, la disfunción sexual, la amnesia psicógena, autolesiones, compulsiones y adicciones), y la disociación (separación,

las distorsiones de la memoria y la cognición, flashbacks).

Además de estos efectos secundarios y los síntomas, el incesto y otros abusos sexuales han sido específicamente identificados como factores de riesgo comunes en una variedad de diagnósticos psiquiátricos. Estos diagnósticos son: el trastorno límite de personalidad, los trastornos afectivos, trastornos de la alimentación de diversa gravedad en un subgrupo de pacientes maltratadas, trastornos disociativos, incluyendo el trastorno de identidad disociativo, trastorno de estrés posttraumático y abuso de sustancias y otros trastornos adictivos (Alpert y colaboradores, 1998).

El Manual DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995), describe entre los síntomas asociados con TEPT el miedo intenso, desamparo u horror relacionados a los eventos anteriores del trauma. Los individuos que experimentan TEPT pueden mostrar recuerdos angustiosos recurrentes e intrusivos del acontecimiento, sueños recurrentes del evento, una sensación de estar reviviendo el evento, o angustia psicológica intensa cuando se exponen a las señales que simbolizan o recuerdan el evento. Para los niños abusados sexualmente, los eventos pueden incluir experiencias sexuales inapropiadas, en ausencia de violencia o amenaza o lesiones. En el pasado, esta definición ha sido criticada, ya que el abuso sexual suele ocurrir en ausencia de amenaza, peligro y violencia (Baixauli, 1998; Morrissette, 1999).

Algunos resultados de investigaciones recientes (Alpert y colaboradores, 1998) indican que la respuesta neurobiológica al estrés traumático tiene características distintivas que la diferencian de la respuesta al estrés normal.

Se han identificado cinco características consistentes clínicas de la reacción de estrés traumático: (a) constricción de funcionamiento de la personalidad, (b) reflejo de sobresalto exagerado y la irritabilidad, (c) la fijación sobre el trauma psíquico, (d) las experiencias atípicas del sueño, y (e) propensión a reacciones explosivas y agresivas. La respuesta a los traumatismos se ha identificado como bastante consistente a través de una amplia gama de factores de estrés y de forma física, alternando entre el intrusivo y las fases de adormecimiento de respuesta expresa psicológicamente y físicamente. La fase de respuesta implica la hiperactividad intrusiva, hiperactivación, las respuestas de sobresalto, explosivos arranques agresivos, recuerdos intrusivos (a menudo en forma de pesadillas y flashbacks), y representaciones de situaciones que recuerdan el trauma. Muchos sobrevivientes del trauma describen los intentos activos para adormecer sus reacciones durante y después del trauma, un proceso que parece afectar a los procesos de su posterior recuperación y puede presagiar el desarrollo posterior del Trastorno por estrés Posttraumático (Alpert y colaboradores, 1998).

Por otra parte, en la identificación de un trauma (por ejemplo, abuso sexual) se debe de incluir alguna consideración, de los efectos del trauma en el niño, la etapa de desarrollo del mismo, el grado de ambigüedad que rodea la fuente del trauma, y el resultado del acontecimiento traumático (Morrissette, 1999).

La evidencia acumulada hasta ahora apunta a un complejo cuadro sintomatológico que se extiende más allá de los límites de una clasificación diagnóstica. Además, las respuestas de cada individuo al trauma son muy diferentes. Algunos individuos parecen

que sean más resistentes, mientras que otros sufren las secuelas negativas del abuso durante años. Como resultado, las generalizaciones de diagnóstico no pueden hacerse. La literatura revela un gran número de síntomas que los médicos asocian con Trastorno por Estrés Postraumático. Por ejemplo, intentos de suicidio, comportamiento fuera de control, dolor crónico abdominal y síntomas somáticos han sido relacionados con el abuso sexual (Morrisette, 1999).

El abuso sexual infantil también se ha ligado a una amplia serie de problemas que desembocan en la edad adulta. Las diversas formas en las que el Trastorno por estrés postraumático puede surgir, complica aún más el proceso de diagnóstico.

Por último, también existe controversia en la literatura sobre lo que constituye un evento traumático. En un intento de aclarar los problemas en distinguir el abuso sexual infantil de un traumatismo, se propone una clasificación dual para los niños que sufren de trastornos relacionados con el trauma. La lista de criterios diagnósticos se amplía a dos criterios para los trastornos postraumáticos. Los trastornos de tipo I pertenecen a la exposición a un acontecimiento traumático único, y los trastornos de tipo II pertenecen a las experiencias múltiples, con alto estrés, tales como el abuso sexual. En la actualidad, existe una escasez de medidas para los niños menores de 9 años.

La etiología, la patogénesis y el curso del TEPT en los niños víctimas de abuso sexual sigue siendo poco clara. Por ejemplo, hay una necesidad de comprender el proceso psicológico que media entre el abuso sexual y los problemas en el futuro. ¿Hay

una dosis de trauma sexual necesaria para causar trastorno de estrés postraumático?. En términos de causa y efecto, será importante distinguir el grado de abuso y su relación con problemas de conducta. Hasta la fecha sigue siendo un misterio por qué muchos niños experimentan síntomas persistentes o por qué persisten pero fluctúan. Esto sugiere la posibilidad de graves impedimentos para la vida afectiva de un niño, a nivel social y del comportamiento. Sin duda, hay una necesidad de estudiar la evolución temporal de la sintomatología de los niños con Trastorno por estrés postraumático.

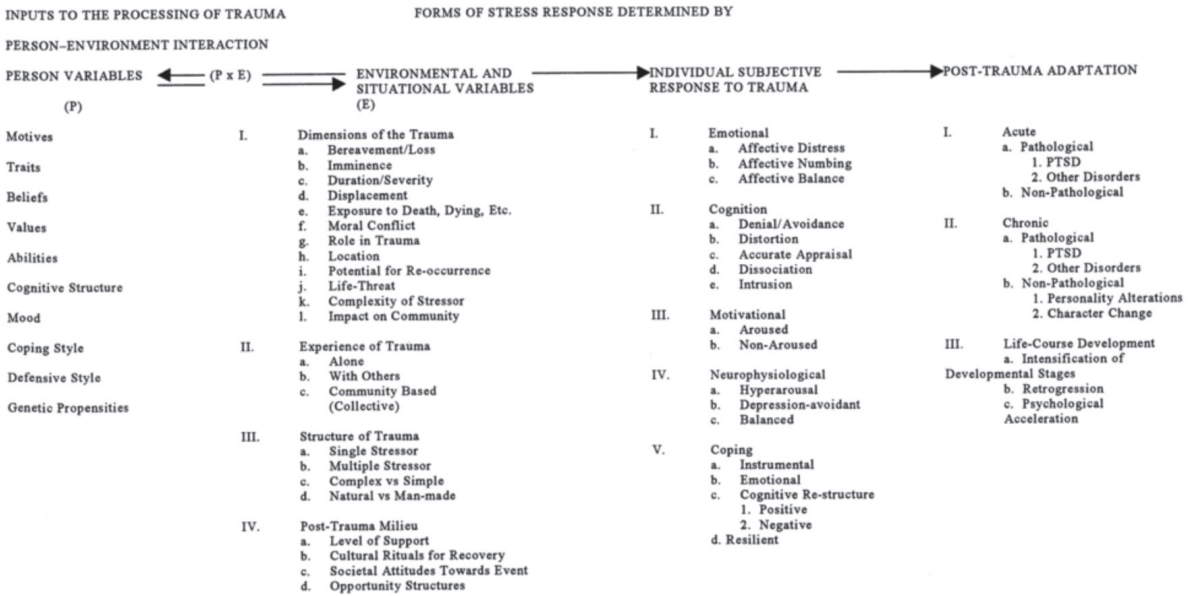
El modelo explicativo de Alpert y colaboradores (1998) expone que las circunstancias traumáticas y los acontecimientos son muy variables y tienen diferentes efectos sobre las víctimas y los testigos. Los autores han desarrollado un modelo teórico preliminar sobre la base de interacción Persona \times Medio Ambiente para explicar la naturaleza variable del trauma y sus consecuencias. Representa tanto la naturaleza objetiva del trauma como la respuesta subjetiva del individuo expuesto a ella. Este modelo ofrece un esquema para la comprensión de traumas y su variabilidad porque tiene un potencial heurístico para la investigación y los esfuerzos clínicos. En primer lugar, se describen los elementos del modelo y luego se discuten cada uno de los que se aplican al abuso sexual infantil para proporcionar un fundamento teórico de comprensión del abuso sexual (abuso incestuoso en particular) como un factor de estrés único y grave con posible traumatogénica alta.

La Figura 1 proporciona una visión general del modelo de Alpert y colaboradores.

Como puede verse, las variables de la persona (características individuales) al interactuar con las variables ambientales y

situacionales (Persona × Medio Ambiente), resultan en una respuesta subjetiva de adaptación al trauma.

Figura 1. Visión general del modelo de Alpert y colaboradores (1998)



En este modelo, las variables ambientales y situacionales tienen en cuenta la variabilidad de las experiencias traumáticas. Existen cuatro subcategorías relacionadas con la situación traumática y cómo se vivencia: (a) dimensiones objetivas del trauma, (b) la experiencia del trauma, (c) la estructura del trauma, y (d) el medio después del traumatismo.

Las dimensiones del trauma son: (a) el grado de amenaza a la vida, (b) el grado de duelo o pérdida de personas significativas, (c) la inminencia o velocidad de aparición y el desplazamiento de los factores de estrés, (d) la duración y la gravedad de los estresores, (e) el nivel de desplazamiento y desalojo de personas de su comunidad; (f) la exposición a la muerte, el morir, lesiones, destrucción y caos social; (g) el grado de conflicto mo-

ral inherente a la situación; (h) el papel en el trauma (agente contra la víctima); (i) la localización del trauma (por ejemplo, hogar, comparado con otros lugares), (j) la complejidad de los factores estresantes y, (k) el impacto del trauma en la comunidad (por ejemplo, desastres naturales).

La experiencia del trauma se refiere a si el trauma se experimenta solo, con otros, o por la comunidad en su conjunto. La estructura del trauma tiene que ver con si el trauma implica un factor de estrés único, factores estresantes múltiples y complejos en comparación con simples factores de estrés, o naturales / circunstancias accidentales o provocados por el hombre. También se refiere a si el traumatismo es repetitivo, crónico, o ambos, y si es pre-

meditado, planificado y sistemático frente a la situación.

El medio después del traumatismo se refiere a si la ayuda está disponible en las secuelas del trauma, ya sean rituales culturales para ayudar a la recuperación, las actitudes sociales que se llevan a cabo hacia el evento traumático, si la recuperación es espontánea o una oportunidad única para ayudar a la curación.

En general, cuanto más estén presentes estas 11 dimensiones en un trauma particular, mayor será el potencial para la producción de un resultado patológico.

Por otra parte, la personalidad y las variables situacionales interactúan con dimensiones estresantes para determinar el resultado idiosincrásico postraumático y la adaptación. En los casos de incesto y otras formas de abuso sexual infantil, se puede ver que son estresantes complejos que incluyen muchas de las dimensiones objetivas del trauma y puede ser el más traumático, por su presencia en el aislamiento con medidas cautelares por el secreto, el uso de la fuerza o la amenaza a la vida. Otras dimensiones incluyen la violación sexual que suele ser impactante en el inicio, pero más tarde se produce de manera rutinaria y llega a ser a la vez esperado y temido por el niño, especialmente en lo que se intensifica con el tiempo.

Este tipo de respuesta también puede ocurrir cuando los autores son los profesores, sacerdotes y otros cuidadores de rutina o figuras de autoridad. El abuso sexual por lo general implica un alto grado de conflicto moral e interpersonal para el niño que está obligado a mantener el contacto sexual en secreto y que pueden sentir dividida la lealtad y el abusador. El medio postraumá-

tico puede contribuir a la traumatización cuando no se le ofrece ayuda o cuando la víctima es, en cambio, culpabilizada, estigmatizada, o no la creyeron. Esta es también la circunstancia cuando la experiencia de la víctima de angustia es silenciada por el autor que defiende el comportamiento como agradable, que le dice al niño que el evento no ocurrió, o que echa la culpa al niño por su ocurrencia.

La respuesta individual subjetiva al trauma se refiere a las reacciones del individuo, que se producen en cinco ámbitos principales: emocional, cognitivo, de motivación, neurofisiológicos y adaptación.

La persona traumatizada puede tener respuestas en uno o en todos de estos dominios continuamente, de forma esporádica, o de manera retardada durante toda la vida. La última dimensión en el modelo interactivo es la adaptación tras el traumatismo, que se refiere a la condición post-traumática de la persona en el período inmediatamente posterior y a largo plazo. Los tres tipos de adaptaciones son: aguda (patológica o no patológica), crónica (patológica o no patológica) y el impacto en el ciclo vital de desarrollo (aceleración o retroceso del desarrollo personal, patológico o no patológico). La implicación es que la traumatización tiene un resultado muy variable en cuanto a su aparición, la gravedad y duración. Este modelo teórico implica, inevitablemente, eventos traumáticos que provocan reacciones postraumáticas, aunque las reacciones no siempre son graves o de larga duración. Las reacciones de este tipo pueden ser de suficiente fuerza o duración para justificar un diagnóstico de Trastorno de estrés agudo, Trastorno de estrés postraumático, Trastornos disociativos o Tras-

torno de la personalidad (el más común el trastorno límite de personalidad). De mayor interés y pertinencia para su investigación, sin embargo, son las reacciones postraumáticas que, años después del trauma inicial, garantizan el diagnóstico de Trastorno de estrés postraumático (de forma crónica, retraso en la forma, o ambos) y los Trastornos disociativos graves. Las reacciones son especialmente propensas a ser graves o de larga duración cuando el agente estresante es de diseño humano y, por tanto intencional y no accidental (por ejemplo, asalto, tortura, violación, familia violencia) y, además, la probabilidad de desarrollar Trastorno de estrés postraumático puede aumentar a medida que se relacione la intensidad y la proximidad física con el aumento de estrés, una situación encontrada en todas las formas de violencia familiar.

Los cambios fisiológicos asociados con el Trastorno de estrés postraumático están íntimamente conectados a esta fenomenología psicológica. Los cambios incluyen alteraciones de la regulación de hormonas de estrés, hiperexcitación del sistema nervioso autónomo, los niveles crónicos de aumento de cortisol, y los cambios en el sistema nervioso central (SNC) de catecolaminas, la serotonina y los sistemas endógenos opioides. La investigación sugiere que la traumatización puede conducir a alteraciones permanentes y mensurables en la neurofisiología y la neuroquímica del cerebro que con seguridad puede dar cuenta de la producción de hiperactivación crónica y síntomas intrusivos asociados con el Trastorno de estrés postraumático.

Conclusión

En resumen, la metodología que se basa en el estudio de los efectos del abuso sexual

debe ser más robusta en el futuro. Los estudios de investigación disponibles presentan información lo suficientemente consistente para permitir una serie de conclusiones que deben extraerse sobre el abuso sexual y sus efectos iniciales y a largo plazo, y también su contribución al desarrollo de la teoría (Alpert et al, 1998).

Es necesario identificar el proceso mediante el cual las víctimas se recuperan del trauma sexual. Sería erróneo suponer que las víctimas de abusos sexuales crecen inevitablemente hacia algún tipo de desgracias futuras de nuevas víctimas. Por otra parte, hay una necesidad de examen empírico continuo del Trastorno por estrés postraumático entre los sobrevivientes de abuso sexual infantil. La utilización de medidas estandarizadas del Trastorno de estrés postraumático, el desarrollo de instrumentos de exposición, el desarrollo de protocolos de evaluación multi-método, y el estudio de la secuelas de varios sucesos traumáticos tienen el potencial de ampliar la comprensión y el tratamiento de abuso sexual infantil. Por último, resaltar la atención que hay que dar al estudio de los niños que responden al abuso sexual en formas que no pueden clasificarse como Trastorno de estrés postraumático o que parecen no mostrar la psicopatología como consecuencia de un estresante. Con la realización de estudios longitudinales debe promoverse la comprensión en el tiempo del curso de la sintomatología de los niños con Trastorno por estrés postraumático, así como de los niños resilientes (Morrissette, 1999).

Referencias

Alpert, J. L., Brown, L; Y. Courtois, C. A.(1998): Symptomatic clients and memories of childhood abuse: What

the trauma and child sexual abuse literature tells us. *Psychology, Public Policy, and Law*, 4, 4, 941-995.

Baixauli, E.(1998): Epidemiología, evaluación y tratamiento del Abuso Sexual en Infancia y Adolescencia. *Informació Psicològica*, 67, 36-47.

Browne, A., Y. Finkelhor, D., (1986): Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66-77.

Cantón, J., y Arboleda, M.R.(2009): *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid: Siglo XXI.

Pichot, P., López- Ibor, J.J y Valdés., M. (1995): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson, S.A Barcelona

Morrisette, P. (1999): Post-Traumatic Stress Disorder in Child Sexual Abuse: Diagnostic and Treatment Considerations. *Child & Youth Care Forum*, 28(3), 205-219.

Fecha de recepción: 20/09/2010

Fecha de aceptación:10/03/2011