

Psicopatología asociada al Abuso Sexual

Dr. José Carlos Peláez Álvarez

Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario Fundación Alcorcón



I Jornada

**Aproximación al Manejo Clínico
del Abuso Sexual Infantil**

Dimensiones del abuso sexual

- Prevalencia de Abusos Sexuales en niños y adolescentes¹
 - América del Sur: 13.4% ♀ y 13.8% ♂
 - África 20.2% ♀ y 19.3% ♂
 - Europa 13.5% ♀ y 5.6% ♂
 - Asia 11.3% ♀ y 4.1% ♂
 - América del Norte 20.1% ♀ y 8% ♂
- Prevalencia-vida mundial¹: 7.6 - 8.0% ♂ y 15.0 -19.7% ♀
- Ejercicio Mental en España para poblaciones del 2018, según INE

Niñas	Niños
4.718.831	4.460.665
13,5%	5,6%
637.042	249.797

1- Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79–101



I Jornada
Aproximación al Manejo Clínico
del Abuso Sexual Infantil

Primeras señales. Conductas Sexuales

Conductas Sexuales normales en Preescolares (menores de 4 años)
Explorar y tocarse los genitales, en público y en privado.
Frotarse los genitales (con la mano o contra objetos)
Mostrar los genitales a otras personas
Tratar de tocar los pechos de la madre u otras mujeres
Quitarse la ropa y querer estar desnudo
Tratar de mirar cuando otras personas están desnudas o desvistiéndose (por ejemplo cuando están en el baño)
Hacer preguntas acerca de su cuerpo (y el cuerpo de otras personas) y las funciones corporales
Hablar con otros niños de la misma edad acerca de funciones corporales como "caca" y "pis"



I Jornada
Aproximación al Manejo Clínico
del Abuso Sexual Infantil

Primeras señales. Conductas Sexuales

Conductas Sexuales normales en Niños Pequeños (aprox. Entre 4 y 6 años)

Tocarse los genitales a propósito (masturbación), ocasionalmente en la presencia de otros

Tratar de mirar a otras personas cuando están desnudas o desvistiéndose

Imitar comportamientos de pareja (como besarse o tomarse de las manos)

Hablar de los genitales y utilizar "malas" palabras, aunque no comprendan su significado

Explorar los genitales con otros niños de la misma edad (por ejemplo "jugar a los médicos", "te enseñe el mío si me enseñas el tuyo", etc.)



I Jornada
Aproximación al Manejo Clínico
del Abuso Sexual Infantil

Primeras señales. Conductas Sexuales

Comportamientos Sexuales normales en Niños en Edad Escolar (aprox. Entre 7 y 12 años)
Tocarse los genitales a propósito (masturbación), usualmente en privado
Jugar con niños de la misma edad a juegos que involucran comportamiento sexual (como "verdad o reto", "jugar a la familia", o al "novio/novia")
Tratar de mirar a otras personas cuando están desnudas o desvistiéndose
Mirar fotos de personas desnudas o semidesnudas
Ver/escuchar material de contenido sexual a través de los medios de comunicación
Querer más privacidad (por ejemplo rehusar a desvestirse delante de otras personas) y resistirse a hablar con los adultos acerca de temas sexuales
Empezar a sentir atracción sexual e interés hacia otros niños o niñas de su edad.



I Jornada
Aproximación al Manejo Clínico
del Abuso Sexual Infantil

Primeras señales. Conductas Sexuales Inadecuadas

- Masturbación compulsiva
- Excesiva curiosidad sexual
- Conductas exhibicionistas inadecuadas para su edad
- Rechazo de las caricias , de los besos y/o del contacto físico
- Conductas seductoras, especialmente en niñas
- Conductas precoces o conocimientos sexuales inadecuados para su edad
- Interés exagerado por los comportamientos sexuales de los adultos
- Agresión sexual de un menor hacia otros menores
- Confusión sobre la orientación/identidad sexual



I Jornada
Aproximación al Manejo Clínico
del Abuso Sexual Infantil

Primeras señales en niños de 0-6 años

- Aparece ansiedad de separación o apego inseguro
- Conductas regresivas (enuresis, chuparse el dedo...)
- Falta de desarrollo
- Recrea el evento traumático (juego simbólico, pintura...)
- Insomnio
- Quejas somáticas (dolor de cabeza, dolor de tripa, reacción exagerada al dolor...)
- Cambios de comportamiento (en el apetito, ausencias, enfados, retraimiento,...)
- Hiperalerta o ausencia de respuesta a estímulos fuertes (luz, ruido...)
- Alto nivel de malestar
- Ansiedad o preocupación inadecuadas
- Temores nuevos
- Habla y hace preguntas sobre la muerte y/o morirse***



I Jornada
Aproximación al Manejo Clínico
del Abuso Sexual Infantil

The National Child Traumatic Stress Network
National Institute of Health

 **SEPS**
Sociedad Española
de Pediatría Social

Primeras señales en niños de 6-16 años

- Ansiedad, miedo o preocupación por la seguridad propia
- Aumento del malestar
- Cambios de conducta (aumento de actividad, inatención, retraimiento, enfado...)
- Desconfianza hacia los demás
- Dificultades de interacción social
- Quejas somáticas
- Disminución del rendimiento escolar
- Hiperalerta o ausencia de respuesta a estímulos fuertes (luz, ruido...)
- Si habla del trauma, además
 - Miedo a la repetición
 - Indiferencia afectiva
 - Revive el trauma
 - Conductas evitativas de lugar o asociaciones al trauma



I Jornada
Aproximación al Manejo Clínico
del Abuso Sexual Infantil

The National Child Traumatic Stress Network
National Institute of Health

 **SEPS**
Sociedad Española
de Pediatría Social

Primeras señales en niños de mayores de 16 años

- Las mismas señales que en niños de 6-16 años
- Inquietud por sus sentimientos (venganza, odio...)
- Riesgo elevado de abuso de sustancias
- Discusiones repetitivas con respuestas incrementadas y diferentes a las previas
- Ideación autolítica
- Autolesiones
- Dificultad en el trato con la autoridad, los límites y la crítica



I Jornada
Aproximación al Manejo Clínico
del Abuso Sexual Infantil

The National Child Traumatic Stress Network
National Institute of Health

 **SEPS**
Sociedad Española
de Pediatría Social

590 [niños: 83 (14.1%); niñas: 507 (85.9%)]	Aparece Trastorno Psiquiátrico	NO aparece Trastorno Psiquiátrico
Sexo		
Mujer	74,6%	25,4%
Hombre	78,3%	21,7%
Grupo de Edad		
Niños	74,4%	25,6%
Adolescentes	75,5%	24,5%
Tipo de Abuso Sexual		
Sin contacto físico	55,2%	44,8%
Contacto Sexual	72,7%	27,3%
Agresión Obscena	85,1%	14,9%
Penetración vaginal/anal	74,4%	25,6%
Sujetos a prostitución	93,3%	6,7%
Según el perpetrador		
Familiar	73,4%	24,7%
No es un Familiar	74,8%	25,2%
Incesto		
Presente	89,8%	10,2%
Ausente	72,5%	27,5%
Asalto Físico		
Presente	97,5%	2,5%
Ausente	71,6%	28,4%
Existe otra víctima		
Sí	77,1%	22,9%
No	74,7%	25,3%



I Jornada

Aproximación al Manejo Clínico del Abuso Sexual Infantil

1-Murat, Y. Ü. C. E., KARABEKİROĞLU, K., Yildirim, Z., ŞAHİN, S., Sapmaz, D., BABADAĞI, Z., ... & Aydin, B. (2015). The psychiatric consequences of child and adolescent sexual abuse. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 52(4), 393.

Consecuencias psicológicas a largo plazo

Físicos	Conductuales	Emocionales	Sociales
Dolores crónicos	Autoagresiones	Tristeza	Problemas en las relaciones Interpersonales
Aniedad por enfermedad	Gestos autolíticos	Ansiedad	Aislamiento
Somatizaciones	Consumo de drogas y/o alcohol	Baja Valoración Personal	Dificultades en la crianza de los hijos
Alteraciones del sueño	Sintomas disociativos	Rasgos disfuncionales de personalidad	
Probelmas digestivo		Desconfianza y miedo en las relaciones intimas	
Desordenes alimenticios		Dificultad para expresar o recibir sentimientos de ternura y de intimidad	

1- Echeburúa, E., & Corral, P. D. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de medicina forense*, (43-44), 75-82.

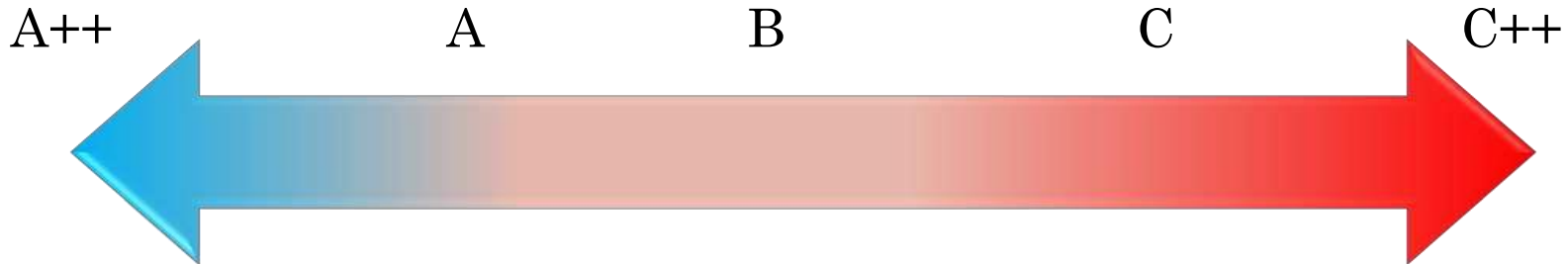
2- Pereda Beltran, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del psicólogo*, 31(2).



I Jornada
Aproximación al Manejo Clínico
del Abuso Sexual Infantil

Tipos de Apego

Tipos de apego	Descripción	Respuestas de la figura de apego
Seguro 65%	Protestan en separación / se calman en el reencuentro	Respuestas rápidas y eficaces ante demandas de cuidado, consuelo y protección
Evitativo 20%	No protestan en separación / evitan contacto en el reencuentro	Actitud de no estar disponible ante demandas del niño
Resistente o Ambivalente 10%	Se resisten al consuelo en el reencuentro	Respuestas imprevisibles e inconstantes oscilando entre la desatención y la aproximación
Desorganizado	Acciones incompatibles entre sí, con objetivos contrapuestos o con ausencia de finalidad de la conducta	Existencia de duelos y traumas no elaborados Expresiones de miedo en el progenitor que asustan al niño que las percibe



I Jornada
Aproximación al Manejo Clínico
del Abuso Sexual Infantil

Bolbwy y Ainsworth
Main y Salomon



Apego

INFORMACIÓN INTEGRADA Y AUTÉNTICA

Organizado Cognitivamente

Organizado afectivamente

- Las estrategias de tipo B son equilibradas en lo que respecta a la cognición y el afecto.

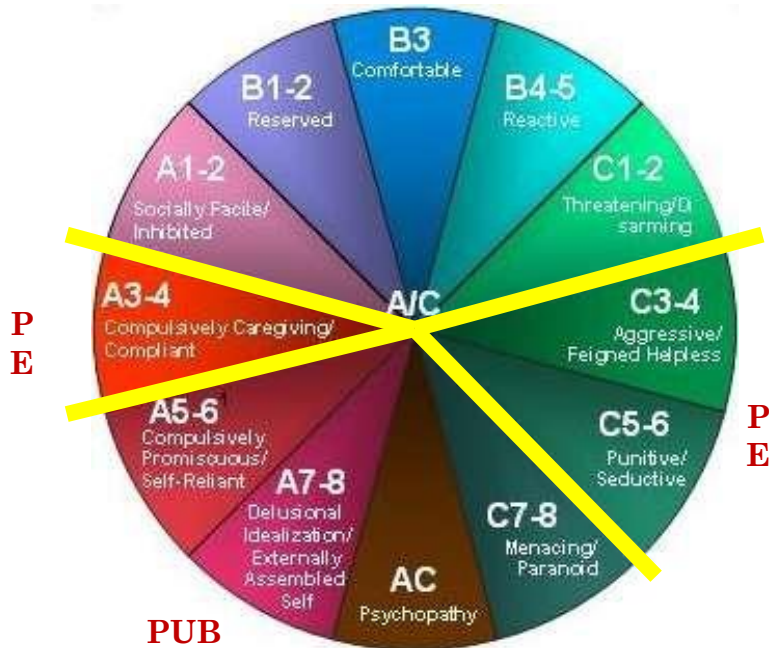
- A1-2 tiende a **descartar el afecto negativo**, pero bajo seria amenaza, los individuos que utilizan estas estrategias pueden conseguir acceder al afecto necesario.

- Los individuos que usan las estrategias de cuidador **compulsivo (A3)** y **compulsivo complaciente (A4)**, inhiben el afecto negativo más firmemente bajo situaciones de amenaza y también pueden producir comportamientos forzados (por ejemplo, inversión de roles y conducta obediente, respectivamente) que es reforzada por las figuras de apego.

- Si esas estrategias fracasan en suscitar protección o terminar con la agresión, el individuo puede retirarse de las relaciones hacia la **autosuficiencia compulsiva (A6)**, o involucrarse sólo en intimidad superficial, por ejemplo, en la **promiscuidad compulsiva (A5)**.

- Los individuos muy amenazados pueden **idealizar** engañosamente a figuras de apego **amenazantes** (the “hostage syndrome”, A7) o confiar plenamente en otros para que **les definan** (self externamente ensamblado A8)

1ª INF



INFORMACIÓN “ANTI-INTEGRADA” Y FALSA

Crittenden, 2005; DMM

I Jornada

Aproximación al Manejo Clínico del Abuso Sexual Infantil

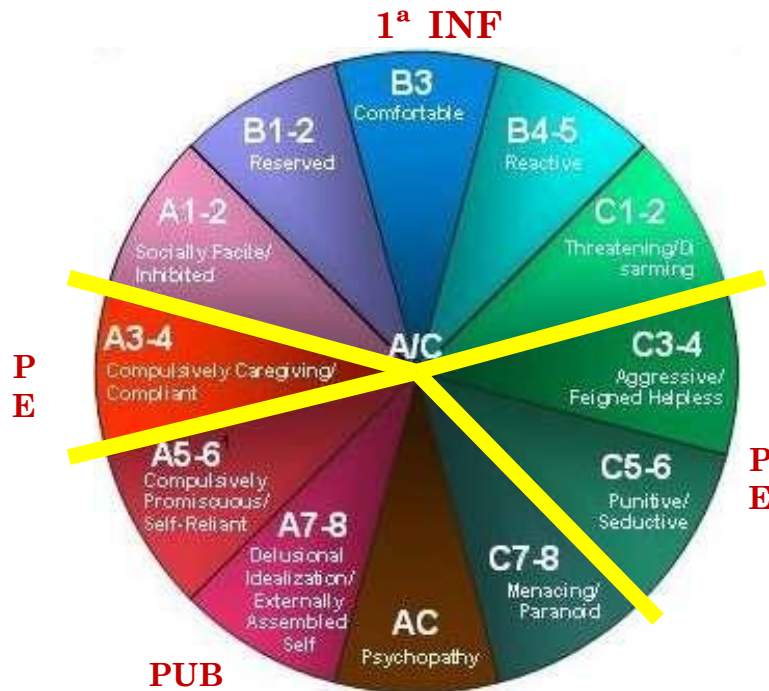


Apego

INFORMACIÓN INTEGRADA Y AUTÉNTICA

Organizado Cognitivamente

Organizado afectivamente



INFORMACIÓN “ANTI-INTEGRADA” Y FALSA

Crittenden, 2005; DMM

- Los individuos que usan una **estrategia agresiva** y fingidamente **desvalida** (C3–4), por otro lado, intensifican el despliegue de afecto - incluso cuando llega a tener consecuencias indeseables.
- Los individuos que usan una estrategia **punitiva o seductora** (C5–6) no solo están obsesionados con relaciones de apego específicas, sino que también confunde a otros, especialmente a figuras desapego, acerca de sus intenciones.
- Los individuos que usan una estrategia **amenazante o paranoide** (C7–8) amenazan o asustan a todos, se comportan de manera engañosa y en general no se siente seguros casi nunca.
- También existen diversas combinaciones de estrategias A y C de las cuales la psicopatía (A1–8, C1–8) es la más distorsionada, peligrosa y arriesgada.



I Jornada
Aproximación al Manejo Clínico
del Abuso Sexual Infantil

Dimensiones en la Enfermedad mental

- En Canadá las tasa de prevalencia de abuso infantil son similares a las Europeas¹. En población con enfermedad psiquiátrica ambulatoria se duplica la tasa:
 - 10.7% versus 5.8% ♂
 - 26.9% versus 14.4% ♀
- En adultos se produce un aumento de la probabilidad²
 - Ttno depresivo (odds ratio ajustado [AOR] = 1.69; IC 95%, 1.09-2.63)
 - Trastorno de ansiedad generalizada (AOR = 1.78; IC 95%, 1.01-3.11)
 - Trastornos de la alimentación (AOR = 2.04; IC 95% , 1.12-3.75)
 - Trastorno de estrés postraumático (AOR = 2.45; IC 95%, 1.20-4.99)
 - Ideación suicida (AOR = 2.32; IC 95%, 1.27-4.27)
- Aumenta la probabilidad de enf. Mental³ ([OR] = 1.6, IC 95%, 1.4-1.9)

1- Agyapong, V. I., Juhás, M., Ritchie, A., Ogunsina, O., Ambrosano, L., & Corbett, S. (2017). Prevalence rate and demographic and clinical correlates of child sexual abuse among new psychiatric outpatients in a city in northern alberta. *Journal of child sexual abuse*, 26(4), 442-452.

2- Chou, K. L. (2012). Childhood sexual abuse and psychiatric disorders in middle-aged and older adults: evidence from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *The Journal of clinical psychiatry*, 73(11), e1365-71.

3-McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication II: associations with persistence of DSM-IV disorders. *Archives of general psychiatry*, 67(2), 124-132.



En ESPAÑA		Total niños con abusos sexuales 886.839
Ttno. Mental en el adulto	Probabilidad	Total adultos
Ttno. Depresivo	62,8%	557.159
Ttno de Ansiedad	64,0%	567.832
Ttno. Conducta Alimentaria	67,1%	595.116
TEPT	71,0%	629.785
Ideación suicida	69,9%	619.719
Cualquier trastorno Mental	61,5%	545.747 (1,17% poblacional)



I Jornada
Aproximación al Manejo Clínico
del Abuso Sexual Infantil

Dimensiones en la Enfermedad mental

- Según metaanálisis de 2010 sobre las consecuencias en adultos²
 - Trastornos de Ansiedad OR: 3,09 IC 95%-(2,43-3,94)
 - Trastornos Depresivos OR: 2,66 IC 95%-(2,14-3,30)
 - Trastornos de la Conducta Alimentaria OR: 2,72 IC 95%-(2,04-3,63)
 - Trastornos de Estrés Post-traumáticos OR: 2,34 IC 95%-(1,59-3,43)
 - Esquizofrenia OR: 1,36 IC 95%-(0,81-2,30)
 - Trastornos del Sueño OR: 16,17 IC 95%-(2,06-126,76)
 - Trastornos Somatomorfos OR: 1,9 IC 95%-(0,81-4,47)
 - Suicidio OR: 4,14 IC 95%-(2,98-5,76)

1-Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., ... & Zirakzadeh, A. (2010, July). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 85, No. 7, pp. 618-629). Elsevier.



I Jornada
Aproximación al Manejo Clínico
del Abuso Sexual Infantil

 **SEPS**
Sociedad Española
de Pediatría Social

En ESPAÑA		Total niños con abusos sexuales 886.839
Ttno Mental en el adulto	Probabilidad	
Trastorno de Ansiedad	75,6%	670.008
Trastorno Depresivo	72,7%	644.534
Trastorno de la Conducta Alimentaria	73,1%	648.442
Trastorno de Estrés Post-Traumático	70,1%	621.319
Esquizofrenia	57,6%	511.060
Trastorno del Sueño	94,2%	835.189
Trastornos Somatomorfos	65,5%	581.033
Suicidio	80,5%	714.303



I Jornada
Aproximación al Manejo Clínico
del Abuso Sexual Infantil

Otros aspecto de la salud mental

- Riesgo de desarrollo de un trastorno de personalidad tras los abusos¹
 - Riesgo Relativo 8.5 entre los varones
 - RR: 4.3 entre las mujeres.
 - El trastorno de personalidad que más se desarrolla es el Ttno Límite²
- Consumo de Tóxicos³
 - Predice significativamente el inicio temprano del consumo de sustancias en adolescentes.
 - Predice el consumo de cigarrillos y cannabis, y sobre todo el consumo temprano de alcohol

1-Spataro, J., Mullen, P. E., Burgess, P. M., Wells, D. L., & Moss, S. A. (2004). Impact of child sexual abuse on mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 184(5), 416–421.

2-Sansone, R. A., Hahn, H. S., Dittoe, N., & Wiederman, M. W. (2011). The relationship between childhood trauma and borderline personality symptomatology in a consecutive sample of cardiac stress test patients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 15(4), 275–279.

3- Sartor, C. E., Waldron, M., Duncan, A. E., Grant, J. D., McCutcheon, V. V., Nelson, E. C., Heath, A. C. (2013). Childhood sexual abuse and early substance use in adolescent girls: The role of familial influences. *Addiction*, 108(5), 993–1000.



I Jornada
Aproximación al Manejo Clínico
del Abuso Sexual Infantil

Resiliencia en el abuso Sexual Capacidad de recuperación

- Los niveles más altos de apoyo y la educación de los cuidadores¹
- El tiempo pasado con el cuidador y una relación cálidas¹
- Las estrategias cognitivas de afrontamiento asociadas con la resiliencia
 - La autoevaluación de las evaluaciones cognitivas sobre el suceso
 - La divulgación y discusión del abuso
 - La reformulación positiva y evitar el pensamiento circular sobre el abuso²
 - Una orientación hacia el futuro³
 - Un sentido de control sobre los eventos de la vida (locus de control interno)⁴
 - Las atribuciones externas de culpa relacionadas con el abuso sexual están relacionadas con respuestas adaptativas más adelante en la vida⁵.
- Menor recuperación según determinadas creencias⁶
 - Auto-culpabilización, la autoestigmatización, la traición, la impotencia y la sexualización traumática.

1-Williams, J., & Nelson-Gardell, D. (2012). Predicting resilience in sexually abused adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 36, 53–63

2-Himelein, M. J., & McElrath, J. A. V. (1996). Resilient child sexual abuse survivors: Cognitive coping and illusion. *Child Abuse & Neglect*, 20, (8), 747–758

3-Edmond, T., Auslander, W., Elze, D., & Bowland, S. (2006). Signs of resilience in sexually abused adolescent girls in the foster care system. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15(1), 1–28.

4-Walsh, K., Blaustein, M., Knight, W. G., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2007). Resiliency factors in the relation between childhood sexual abuse and adulthood sexual assault in college-age women. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16(1), 1–17.

5-Feinauer, L. L., & Stuart, D. A. (1996). Blame and resilience in women sexually abused as children. *American Journal of Family Therapy*, 24(1), 31–40.

6-Breno, A. L., & Galupo, M. P. (2007). Sexual abuse histories of young women in the U.S. child welfare system: A focus on trauma-related beliefs and resilience. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16(2), 97–113.



¿Qué facilita para que nos cuenten algo?

- Preguntar a los niños o preguntar directamente acerca de un posible abuso¹.
- Una sugerencia o ser percibido como una persona de confianza o cercana²
- Recibir información sobre el abuso sexual animando a participar en conversaciones significativas³
- No sentir ni culpa ni vergüenza⁴
- Apoyo emocional positivo y comprensión⁵

1-McElvaney, R., Greene, S., & Hogan, D. (2012). Containing the secret of child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(6), 1155–1175.

2-Kogan, S. M. (2004). Disclosing unwanted sexual experiences: Results from a national sample of adolescent women. *Child Abuse & Neglect*, 28(2), 147–165.

3-Søftestad, S., Toverud, R., & Jensen, T. K. (2013). Interactive Regulated Participation: Children's perspectives on child–parent interaction when suspicion of child sexual abuse is raised. *Qualitative Social Work*, 12(5), 603–619.

4-Schönbucher, V., Maier, T., Mohler-Kuo, M., Schnyder, U., & Landolt, M. A. (2012). Disclosure of child sexual abuse by adolescents: A qualitative in-depth study. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(17), 3486–3513.

5-Hershkowitz, I., Lanes, O., & Lamb, M. E. (2007). Exploring the disclosure of child sexual abuse with alleged victims and their parents. *Child Abuse & Neglect*, 31(2), 111–123.



I Jornada
Aproximación al Manejo Clínico
del Abuso Sexual Infantil

¿Qué interfiere para que nos cuenten algo?

- Factores que interfieren¹
 - Miedo a lo que sucederá
 - Reacciones de los otros: miedo a no ser creído
 - Las emociones y el impacto del abuso
 - Carecer de una oportunidad para contar
 - Preocupación por uno mismo y por los demás
 - Sentimientos hacia el abusador
 - Desarrollo psicológico
- Otros factores: genero, agresor, familia, entorno, cultura

1-Morrison, S. E., Bruce, C., & Wilson, S. (2018). Children's Disclosure of Sexual Abuse: A Systematic Review of Qualitative Research Exploring Barriers and Facilitators. *Journal of child sexual abuse*, 27(2), 176-194.



I Jornada
Aproximación al Manejo Clínico
del Abuso Sexual Infantil

En que fallamos nosotros

- Solo se identifican el 28% de los casos¹
- En una historia en el CSM solo se había recogido en rangos hasta el 21%
- Por profesiones sanitarias
 - Los psicólogos lo exploraban en el 50%
 - La enfermería psiquiátrica lo exploraba en el 25%
 - Los psiquiatras lo exploraban en el 16%
- Influye el genero del profesional. En nuevos ingresos en PSQ
 - Se registra en el 26% si el genero del profesional el femenino
 - Solo en un 3%, si es masculino
- Influye la enfermedad
 - El 41% si es un Ttno de ansiedad, Depresión, TEPT o Ttno de Personalidad
 - El 4% si es un Esquizofrenia

1-Read, J., Harper, D., Tucker, I., & Kennedy, A. (2018). Do adult mental health services identify child abuse and neglect? A systematic review. *International journal of mental health nursing*, 27(1), 7-19.



I Jornada
Aproximación al Manejo Clínico
del Abuso Sexual Infantil