

CASOS CLÍNICOS

## Relación entre trastorno por estrés postraumático de inicio tardío, abuso sexual infantil y revictimización sexual. Caso clínico

Verónica Vitriol G<sup>1</sup>, Mario Gomberoff J<sup>2</sup>,  
María Elena Basualto<sup>1a</sup>, Soledad Ballesteros 1<sup>b</sup>.

### *Relationship between post-traumatic stress disorder, child sexual abuse and sexual re-victimization*

*There is a relationship between child sexual abuse and adult psychopathology. We report a 35 year-old woman derived to the Psychiatric Service of the Curicó Hospital due to anxiety and depressive symptoms lasting eight years, to illustrate the above mentioned relationship. At the psychiatric unit, a post traumatic stress disorder of belated onset, triggered by sexual abuse during childhood, re-edited after her daughter's birth, was diagnosed. This case illustrates different factors, which, in retrospective studies, have been associated with the morbid consequences of child sexual abuse, and allows an understanding of how different sexually traumatic events, during a person's lifetime, contribute to the development of a psychopathology. The problem was confronted by the mental health team at different levels and symptoms subsided in few interventions. An active search of the traumatic sexual background, allowed this achievement. The importance of studying and validating clinical situations as the present case, with methodologies based on evidence, is stressed (Rev Méd Chile 2006; 134: 1302-5).*

**(Key words:** *Child abuse, sexual; Crime victims; Stress, psychological)*

Recibido el 29 de julio, 2005. Aceptado el 10 de marzo, 2006.

Para este trabajo no se ha recibido ayuda económica y no hay conflictos de intereses.

<sup>1</sup>Unidad de Salud Mental, Hospital de Curicó. <sup>2</sup>Departamento de Psiquiatría, Universidad de Chile.

<sup>a</sup>Asistente Social

<sup>b</sup>Psicóloga Clínica

*Correspondencia a:* Dra. Verónica Vitriol G. Unidad de Salud Mental, Hospital de Curicó. Prat 111, oficina 211. Teléfono 075-317471. E mail: vvitriol@hospitalcurico.cl

El abuso físico y sexual infantil se relaciona con la psicopatología adulta<sup>1</sup>. Estos son antecedentes que se encuentran en 34% a 53% de los pacientes con problemas de salud mental<sup>1,2</sup>. Se asocian a trastornos afectivos, ansiosos, alimentarios, consumo de sustancias, desórdenes de personalidad, conducta suicida, repetida traumatización en la adultez y mayor morbilidad médica asociada a policonsulta<sup>3-10</sup>.

En Chile estos hallazgos están siendo corroborados<sup>11</sup>. En el Servicio de Salud Mental del Hospital de Curicó, en 2002, en 42% de 173 usuarias se pesquisaron los antecedentes de contacto sexual forzado antes de los 16 años. Sólo 18% de ellas lo había comunicado previamente al equipo de salud<sup>12</sup>.

Considerando lo expuesto, se ha ido implementando en la Unidad de Salud Mental del Hospital de Curicó, un programa de atención especializada para mujeres con antecedentes traumáticos infantiles, especialmente para aquellas con abuso sexual<sup>13</sup>. El tratamiento desde este nuevo enfoque, ha permitido profundizar en la relación de cómo distintos sucesos traumáticos, insertos en un devenir biográfico, han contribuido al desarrollo de la psicopatología adulta. A su vez, se ha ido constatando la importancia que tiene para el diagnóstico y tratamiento la pesquisa activa de los antecedentes traumáticos sexuales, que habitualmente son silenciados, por los miembros del equipo de salud en sus diversos niveles de atención.

El objetivo del presente trabajo es ilustrar este problema con un caso clínico.

#### CASO CLÍNICO

Mujer de 35 años, con segundo año de enseñanza media completa, casada, una hija de 8 años y un hijo de 1 año y dos meses de edad.

Asistió al consultorio de atención primaria por síntomas angustiosos y depresivos de ocho años de evolución, sin tratamiento e iniciados posteriormente al nacimiento de su hija mayor. La sintomatología se había exacerbado en el último año, después del nacimiento de su segundo hijo. Junto a lo anterior, golpeaba a su hija, por lo que el marido le sugirió consultar. Fue derivada a la Unidad de Psiquiatría por la pesquisa que hizo el médico general del antecedente de abuso sexual infantil, que hasta esa fecha la paciente había silenciado.

*Antecedentes.* Fue golpeada durante su infancia por un padre alcohólico, quién abusó de ella con caricias sexuales sin penetración, desde los 10 años hasta los 15, cuando abandonó el colegio y se trasladó a otra ciudad a trabajar como asesora del hogar. En la primera casa donde trabajó fue violada por el hijo de la patrona. Esta experiencia traumática la silenció por susto, vergüenza y culpa. Posteriormente presentó angustia, pesadillas e imágenes intrusivas de la violación que cedieron espontáneamente al mes, con el abandono del lugar de trabajo. Estos síntomas se reactivaron un año después, cuando divisó casualmente en la calle al victimario y nuevamente cedieron espontáneamente con el regreso de la paciente a su lugar de origen.

Se casó e inició sin problemas su vida sexual. Durante su primer embarazo comenzó a presentar angustia relacionada con la idea de tener una hija, a la que le podría suceder lo mismo que a ella, es decir ser violada. La angustia aumentó cuando nació ésta, agregándose en el puerperio anhedonia, intolerancia, irritabilidad y labilidad emocional, síntomas por los cuales no consultó.

Al reiniciar su vida sexual, después del parto, en una oportunidad en que el marido estaba bajo el efecto del alcohol, reaparecieron imágenes y percepciones olfativas de cuando el padre abusaba sexualmente de ella. La paciente volvió a «sentir el olor de su padre» cerca de ella. Antes de este episodio tenía recuerdos borrosos del abuso sufrido en su niñez. Después de este incidente, las imágenes del abuso infantil se presentaron egodistónicamente cada vez que tenía relaciones sexuales. Además, aparecieron síntomas de hipervigilancia y conductas evitativas en relación a la vida sexual, originándose una frigidez secundaria con serios problemas en la relación de pareja.

La violación y la disfunción sexual no habían sido develadas por la paciente. Un ejemplo de lo anterior se constata en su ficha clínica, en una consulta a ginecología previa a su matrimonio por un fibroadenoma mamario, el médico que la atendió en esa oportunidad consignó en los antecedentes: nulipara sin relaciones sexuales, sin referencia a sus antecedentes traumáticos sexuales.

*Evolución y tratamiento.* La paciente experimentó un gran alivio cuando el médico general le pregun-

tó por el antecedente de abuso sexual. Uno de los aspectos que más la habían angustiada durante su vida era el miedo de que otras personas, incluyendo su marido, supiesen de su historia traumática sexual, pues se imaginaba que sería rechazada y enjuiciada, lo que para su alivio no ocurrió.

Con el equipo de la especialidad habló de sus otros antecedentes traumáticos. Posteriormente a la tercera intervención, la paciente refirió sus traumas a su marido, quien no sólo la comprendió sino que también le brindó apoyo. Después de este acontecimiento la paciente mejoró sustancialmente, remitieron los síntomas depresivos, la disfunción sexual y el maltrato a su hija.

Asistió en total a cinco controles en la Unidad de Psiquiatría en los que se constató su mejoría. Durante ese tiempo se la trató con fluoxetina 20 mg/día y meleril 25 mg/día. A los seis meses el equipo de salud mental se enteró que la paciente estaba asintomática, trabajando y sin conflictos de pareja.

#### DISCUSIÓN

Los antecedentes expuestos, ilustran varios factores que en estudios retrospectivos se han asociado a las consecuencias psicopatológicas del abuso sexual infantil.

Bulik, en un estudio realizado en 412 gemelas, estableció que los antecedentes de coito, falta de confidente, familiaridad del victimario y la presencia de violencia eran los factores que, asociados al abuso sexual, se correlacionaban con la psicopatología adulta<sup>14</sup>. El único de estos factores que no mencionó la paciente fue el coito.

La revictimización sexual, como lo es la violación, es otro de los fenómenos asociados al abuso sexual infantil. Arata, en 212 mujeres abusadas durante la infancia, encontró que un tercio sufrió de nuevo traumas sexuales<sup>15</sup>. Las revictimizadas presentaron más síntomas de trastorno por estrés postraumático (TEPT) y disociativos que las víctimas que sólo padecieron abuso sexual infantil.

Coid, en usuarias de la atención primaria, constató que las experiencias de abuso sexual vivenciadas antes de los 16 años se asociaron en cinco veces al TEPT<sup>16</sup> y no se relacionaron a ninguna otra psicopatología.

El caso presentado permite además comprender la interrelación compleja que se puede dar

entre las experiencias de abuso en la infancia, los traumas posteriores y el inicio de la psicopatología.

En esta paciente el TEPT es de origen tardío y el trauma que lo desencadenó fue el abuso sexual de la infancia y no la violación. Este último trauma sólo originó síntomas agudos de reacción de ajuste que cedieron espontáneamente. Sin embargo, actuó como factor que aumentó la vulnerabilidad psicológica de la paciente en el momento de la maternidad, específicamente de una hija, al conectarla con aquellos aspectos devaluados de ella en relación al género femenino. Se debe tener presente también que las imágenes de abuso sexual reaparecieron por la asociación de un estímulo olfativo, lo que sucedió en un momento en que la paciente presentaba una mayor vulnerabilidad neurobiológica debido a una probable depresión posparto.

Esta paciente, como habitualmente se describe, silenció sus experiencias traumáticas sexuales. Bulik constató que uno de los factores protectores de la sicopatología en mujeres con antecedentes de abuso sexual infantil era la presencia de un confidente que detuviera efectivamente el abuso<sup>14</sup>. Podemos suponer que, en este caso, el equipo de salud en sus distintos niveles de atención ocupó el lugar del confidente que la paciente necesitaba para validar, sin ser juzgada, sus experiencias traumáticas sexuales, lo cual fue una intervención que ayudó a la paciente y a su familia.

Otra de las consecuencias de las experiencias de abuso en la infancia que están siendo estudiadas y que aparece en la historia de esta paciente, es la transmisión transgeneracional e intergeneracional del maltrato infantil<sup>17</sup>. Situación que también se revirtió con el abordaje realizado.

Considerando que frente a los traumas y sus consecuencias, los servicios de salud han respondido al igual que el resto de la sociedad mediante el silencio y muchas veces la retraumatización<sup>18,19</sup>, constituye una prioridad estudiar y validar con metodologías adecuadas situaciones como las expuestas<sup>20</sup>. El caso presentado muestra que gracias a una mayor preparación del equipo de salud, el sólo hecho de preguntar lo que habitualmente no se pregunta y escuchar lo que generalmente el clínico no escucha, fue una estrategia efectiva y eficiente que ayudó a revertir una situación de síntomas crónicos que estaban repercutiendo severamente en la vida de esta paciente y su familia.

REFERENCIAS

1. EDWARDS VJ, HOKDEN GW, FELLITI VJ, ANDA RF. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1453-60.
2. SPATARO J, MULLEN P, BURGESS P, WELLS D, MOSS S. Impact of child sexual abuse on mental health: prospective study in males and females. *Br J Psychiatry* 2004; 186: 416-42.
3. KENDLER KS, BULIK CM, SILBERG J, HETEMMA JM, MYERS J, PRESCOTT CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders: an epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 953-9.
4. MULDER R, BEAUTREAI A, JOYCE P, FERGUSSON D. Relationship between dissociation, childhood abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. *Br J Psychiatry* 2000; 179: 482-94.
5. WEISS L, LONGHURST J, MAZURE C. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: Psychosocial and neurobiological correlates. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 816-28.
6. GLADSTONE GL, PARKER GB, MITCHELL PB, MALHI GS, WILHEM K, AUSTIN MP. Implications of childhood trauma for depressed women: and analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self harm and revictimization. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1417-25.
7. COID J, PETRUCKEVITCH A, FEDER G, CHUNG WS, RICHARDSON J, MOOREY S. Relation between childhood and sexual abuse and risk of revictimization in women: a cross sectional survey. *Lancet* 2001; 358: 450-4.
8. MCCLELLAND L, MYNORS-WALLIS L, FAHY T, TREASURE J. Sexual abuse, disordered personality and eating disorders. *Br J Psychiatry* 1991; 10: 63-8.
9. WALKER E, KATO W. Sexual aggression history in patients with irritable colon or intestinal inflammatory disease. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1502-6.
10. WALKER E, UNUTZERET J, RUTTER C, GELFAND A, SAUNDERS K, VONKORFF M ET AL. Costs of healthcare use by women HMO members with a history of childhood abuse and neglect. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 609-13.
11. WEIL K, FLORENZANO R, VITRIOL V, CRUZ C, CARVAJAL C, FULLERTON C ET AL. Trauma infanto juvenil y psicopatología adulta: Un estudio empírico. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 1499-504.
12. VITRIOL V. Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2005; 43: 83-7.
13. VITRIOL V. Programa de atención especializada a pacientes con antecedentes traumáticos en la Unidad de Salud Mental del Hospital de Curicó. En: Florenzano R, Weil P, Carvajal C, Cruz C ed. *Trauma Infanto-Juvenil y Psicopatología adulta*. Santiago: Editorial Corporación de Promoción Universitaria, 2005; 67-83.
14. BULIK CM, PRESCOTT C, KENDLER KS. Features of childhood sexual abuse and the development of psychiatric and substance use disorders. *Br J Psychiatry* 2001; 199: 444-9.
15. ARATA C. From child victim to adult victim: a model for predicting sexual revictimization. *Child Maltreat* 2000; 5: 28-8.
16. COID J, PETRUCKEVITCH A, CHUNG WS. Abusive experiences and psychiatric morbidity in women primary care attenders. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 332-9.
17. MAIDA AM, MOLINA ME, BASUALTO C, BAHAMONDES C, LOEVENDAGAR X, ABARCA C. El abuso sexual de las madres. ¿Es un predictor del abuso sexual de los hijos? *Rev Chil Pediatr* 2005; 76: 41-7.
18. MCCAULEY J, KERN DE, KOLODNER K. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse. Unhealed wounds. *JAMA* 1997; 277: 1362-8.
19. RICHARDSON J, FEDER G, ELRIDGE S, CHUNG WS, COID J, MOOREY S. Women who experience domestic violence and women survivors of childhood abuse: a survey of health professionals attitudes and clinical practices. *Br J Gen Practices* 2001; 51: 468-70.
20. ROSENBERG SD, MUESSER KT, FRIEDMAN MJ, GORMAN PG, DRAKE RE, VIVADER RM ET AL. Developing effective treatments for posttraumatic stress disorders among people with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 1453-61.

*Agradecimiento:*

Se agradece, por su compromiso con las pacientes con problemas de salud mental, al Dr. Roberto Flores Arévalo, Médico General Consultorio Romeral.