

## Abusos sexuales en la infancia y toxicomanía

P. MORENO RAYMUNDO\*, C. PRIOR MORCILLO\*\*, J. MONGE\*\*\*

\*Psiquiatra. \*\*Psicóloga. \*\*\*Psicóloga  
Servicio de Atención a Drogodependencias  
Centro Comarcal de Inca. C. I. Mallorca

### Introducción

El reconocimiento profesional de una problemática específica asociada al abuso infantil es algo relativamente reciente. No han pasado apenas cuatro décadas desde la descripción de Kempe et al del «Síndrome del niño maltratado»<sup>1</sup>. Desde entonces ha existido un interés creciente por el tema debido, por un lado, a los estudios de prevalencia que alertan sobre la magnitud y extensión del problema, y a los estudios de búsqueda de factores etiológicos en diferentes patologías psiquiátricas, en las que la asociación entre el abuso sexual y diversos trastornos ha sido ampliamente demostrada. Así, estudios con muestras amplias, demuestran que mujeres que sufrieron abusos sexuales en la infancia presentan mayores tasas de abuso y dependencia de sustancias, de trastornos del ánimo, trastornos de la alimentación, trastornos de pánico, trastorno por estrés post-traumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de personalidad (sobre todo trastorno borderline), intentos de suicidio y mayores tasas de consumo de psicofármacos<sup>2,3,4</sup>. Se ha encontrado también una correlación entre la severidad de los síntomas y el tipo de abuso<sup>5</sup>. Como línea de investigación se propuso la del modelo médico de Fiebre Reumática, cuyo padecimiento en la infancia puede dar lugar a multitud de patologías en un amplio rango de gravedad en la edad adulta, pero en la que los patrones de las enfermedades producidas son siempre similares y por tanto, predecibles. Así, la condición sufrida en la infancia crea cambios que ocasionalmente conducen a un número de diagnósticos distintos, y debe tenerse en cuenta como un posible mecanismo subyacente cuando alguna de estas patologías aparece<sup>6</sup>.

También es necesario considerar que factores de desventaja psicosocial que suelen propiciar que se produzcan abusos pueden también ejercer cierto efecto sobre la aparición a largo plazo de psicopatología en el adulto. En repetidos estudios como los de seguimiento de víctimas se ha hecho un esfuerzo por separar si la relación demostrada es causal o no, o si es un elemento más en la problemática familiar y social que suele rodear a estos casos. Han concluido asegurando que el abuso sexual en la infancia contribuye de modo directo a la psicopatología adulta<sup>7</sup>.

Algunos autores alertan acerca de las diversas consecuencias derivadas de los diferentes tipos de abusos, especificando como «tipo I» el resultado de un suceso brusco, inesperado y único, y como «tipo II» abusos repetidos y de larga duración. En ambos casos se trata de experiencias que dejan al niño temporalmente sin ayuda, con una ruptura de las defensas con las que funcionaba habitualmente. De los rasgos comunes que es posible encontrar en niños abusados destacan: recuerdos repetidamente visualizados o percibidos de alguna otra forma, conductas repetidas, miedos específicos relacionados con los traumas y cambios de actitudes acerca de la gente, la vida y el futuro; en relación a este último punto, señalar que las niñas que han sido traumatizadas sexualmente, como adultas pueden llegar a huir de los hombres o por el contrario llevar una vida sexual muy promiscua; ello refleja, por un lado, una reconstrucción de lo vivido, pero también un cambio actitudinal. En cuanto a la estructuración de la personalidad a largo plazo se han detectado como rasgos importantes el sentido de anticipación al horror y los intentos masivos de proteger la psique y preservar el Yo; lo que conduce al funcionamiento de mecanismos como la negación masiva, represión, disociación, autoanestesia, autohipnosis, identificación con el agresor y autoagresión. Todos estos rasgos pueden contribuir posterior-

mente a una estructuración psicológica de elevada vulnerabilidad, apareciendo síntomas de fracaso en la estructuración de la personalidad<sup>8</sup>. En cuanto al manejo de la agresividad y la rabia, oscila entre el descontrol y la extrema pasividad, fluctuación que en el adulto puede conducir a un diagnóstico de personalidad borderline. En general, tanto agresividad como insensibilidad pueden figurar posteriormente como parte clave en los diagnósticos de personalidad antisocial, borderline y narcisista, al igual que la culpa, los sentimientos de vergüenza, de impotencia y tristeza y los intentos de suicidio pueden configurarse en un trastorno depresivo<sup>9</sup>.

Dentro de toda la heterogeneidad que puede encontrarse en pacientes adictos a opiáceos, algunos estudios<sup>10</sup> documentan la firme relación entre abusos sexuales en la infancia y adicción, señalándose dos puertas de entrada a la misma. El haber sufrido abusos puede condicionar actitudes disfuncionales, rasgos de personalidad que incluyen depresión, baja autoestima, rebeldía y pobres aspiraciones de futuro, lo que ha sido asociado con el uso temprano de marihuana u otras drogas. Por otro lado, el abuso puede provocar la presentación posterior de síntomas psiquiátricos en los que la adicción a opiáceos es el resultado de factores como el efecto directo de intoxicación y abstinencia, en lo que puede considerarse un intento de «tratamiento» (Khantzian et al)<sup>11</sup>. Según cuál sea la puerta de la adicción se condicionan las características de la misma y sus complicaciones. Así, diferentes estudios describen cómo la existencia de un trauma infantil en la población adicta implica niveles más altos de psicopatología y un menor número de apoyos sociales, así como severas deficiencias en el funcionamiento del Yo, que les deja vulnerables a la impulsividad, descontrol afectivo y conductual con sentimientos disfóricos de culpa y ansiedad<sup>6,12</sup>.

Por todo lo explicado, en el abordaje de este tipo de patología ha de haber implicaciones importantes para el tratamiento en el modo en que se recoge información acerca de la secuencia del abuso de drogas y su asociación con características clínicas significativas. En general, el tipo de adultos caracterizado posiblemente sea el de peor pronóstico en los programas de tratamiento estándar, ya que tendrá la psicopatología más severa y los más bajos índices de apoyo social por lo que debería hacerse una orientación psiquiátrica global que no fuera únicamente encaminada al control del uso del tóxico.

Se describe un caso de toxicomanía en el que destaca desde el inicio la importancia del antecedente de abusos sexuales en la infancia, que va a condicionar el curso tórpido y la dificultad de adaptación a un programa de tratamiento estándar.

## Caso clínico

Se trata de una mujer de 22 años, que acude a un Centro de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias de Mallorca acompañada de su pareja, ambos heroinómanos, solicitando tratamiento de deshabituación.

En las primeras entrevistas se recogen como datos de interés el inicio temprano de una politoxicomanía (inicialmente alcohol y *cannabis* a los 16 años y en unos meses, heroína y cocaína consumidas endovenosamente). Realizó también consumos durante meses, en escalada, de alucinógenos, benzodiacepinas y anfetaminas, que la paciente ponía en relación con períodos en que presentaba un ánimo muy bajo, y en los que solía realizar conductas de riesgo, con un alto componente auto-destructivo. El consumo de tóxicos empezó después de una huida del domicilio familiar por mala relación con los padres (abuso sexual por el padre desde los cinco años, y actitud pasiva de la madre). Tras la fuga se trasladó a la península, donde comienza a relacionarse con individuos consumidores y empieza una relación de pareja con un toxicómano. Tres años después decide volver a vivir con los padres, hasta que después de un nuevo intento de abuso por el padre realizó una tentativa autolítica mediante inyección de sulfamán endovenoso. Precisó ingreso hospitalario, y tras el alta se fue a vivir con un heroinómano, con quien decide iniciar tratamiento.

A los dos se les propone el inicio de un programa de mantenimiento con un antagonista opiáceo (naltrexona), visitas periódicas de control médico y seguimiento psicológico. Éste se plantea inicialmente desde una orientación cognitivo-conductual, atendiendo a los mecanismos y estrategias que refuerzan el control del uso de la sustancia, la prevención de posibles recaídas y manteniendo como objetivo principal la abstinencia. Desde las primeras semanas de tratamiento psicológico la paciente habla de los abusos de los que fue objeto por parte de su padre desde los cinco años. Ella es la menor de cinco hermanos; otra de sus hermanas sufría también este tipo de abusos. La paciente define la actitud de la madre como «pasiva» y concedora de lo que ocurría y aunque a veces recriminaba al padre y había numerosas discusiones en la casa «todo seguía igual». Ella describe un sentimiento de tristeza permanente: «me sentía infeliz... diferente de las demás... he crecido triste, con falta de confianza...». Como rasgos fundamentales de su personalidad destacan la inseguridad, el temor y la ansiedad ante la posibilidad de afrontar dificultades o decisiones. Ha establecido una relación masivamente dependiente de su pareja, y en el curso del tratamiento se queda embarazada, a pesar de la con-

traindicación médica y social. Sufre un aborto espontáneo a los cuatro meses de gestación que provoca en ella un nuevo estado de crisis.

La relación con los padres es muy ambivalente: no puede contar con ellos para el tratamiento de su problemática toxicológica, pero los sentimientos hacia ellos aparecen continuamente en las sesiones terapéuticas. Una evaluación psiquiátrica detallada, que hubiera podido probablemente aportar una visión de la paciente desde una perspectiva más global, así como la búsqueda de trastornos psiquiátricos asociados, no pudo ser realizada debido a la separación existente en la actualidad entre los Centros de esta red de Tratamiento de Drogodependencias y la Red de Salud Mental.

Dentro del programa del Centro, se intenta un abordaje que incluye a la familia en la medida en que esto sea posible en un intento de recuperar en lo posible la red de apoyo familiar. Las tentativas que se hicieron de organizar sesiones familiares (incluyendo al padre de la paciente) provocaron que durante diferentes períodos la paciente dejara de asistir al Centro; en dos ocasiones sus ausencias fueron seguidas de recaídas en su proceso adictivo. Las propuestas de recibir a su familia fueron también realizadas desde un enfoque sistémico, centrandolo en el posible abordaje en la problemática del abuso; esto también fue rechazado por la paciente, argumentando que sus padres eran ya muy mayores y que su relación con ellos había mejorado algo.

## Conclusiones

Ante la detección de dos elementos como los expuestos, por un lado la evidencia de haber sufrido abusos sexuales repetidos en la infancia y por otro, la aparición de un cuadro psiquiátrico en la edad adulta, es necesario tanto aclarar la posible (y probable) relación causal, como el diseño de una intervención específica que pueda abarcar ambos problemas. Si existe una separación muy marcada entre los dispositivos de tratamiento de Toxicomanías y la Red de Salud Mental se puede favorecer que se centre el abordaje en la problemática adictiva, descuidando elementos concretos de la intervención psiquiátrica necesarios en la problemática de abusos.

Algunos autores demuestran<sup>5</sup> que la existencia de este antecedente condiciona la existencia de un peor pronóstico, una evolución más tórpida de la enfermedad adictiva y una respuesta más pobre al tratamiento. Proponen el uso de elementos diagnósticos específicos para detección en mujeres toxicómanas como entrevistas diagnósticas específicas, elementos de despistaje<sup>13,14</sup>, así como una recogida detallada y secuencial de

la historia clínica, que analice factores previos al inicio del consumo, ya que el abuso en la infancia puede ser un hecho escondido entre los pacientes clasificados como los más difíciles de diagnosticar y tratar, y debería preguntarse sobre ello a pacientes que presenten múltiples síntomas psiquiátricos y médicos.

En cuanto a las implicaciones psicoterapéuticas de la asociación descrita, se ha sugerido<sup>5,15</sup> que el tratamiento correcto de la clínica venidera debe incluir necesariamente el conocimiento y abordaje de lo que ocurrió. Interesa un abordaje global, no estándar. Técnicamente, es adecuado preguntar en las primeras entrevistas acerca de esta posibilidad, habiendo creado un clima receptivo y de conocimiento. La excesiva focalización psicoterapéutica en el abuso puede traducirse en ocasiones en un fracaso terapéutico, ya que las defensas empleadas por el paciente pueden ser mayoritariamente negación y represión de lo ocurrido.

Existen también implicaciones de salud importantes, dado que entre los efectos deletéreos profundos en el funcionamiento psicológico que puede producir el abuso se han descrito conductas autolesivas, baja autoestima y escaso autocuidado, por lo que pueden producirse conductas de riesgo para el padecimiento y/o contagio de enfermedades como VIH, Hepatitis C, etc. El elevado riesgo de comorbilidad psiquiátrica descrito hace necesario incluir en el tratamiento elementos de prevención para otras patologías<sup>16</sup>.

Por último, considerando que las madres toxicómanas que han sufrido abusos pueden, en elevada proporción descuidar a sus hijos o reproducir en ellos su propia historia infantil, es necesario introducir en la terapia elementos de prevención y «ayudar a ayudar a los hijos»<sup>8</sup>.

## Bibliografía

1. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF. The battered child syndrome. *JAMA* 1962;181:17-24.
2. Jacobson A, Richardson B. Assault experiences of 100 Psychiatric inpatients: evidence of the need for routine inquiry. *Am J Psychiatry* 1987;144:908-913
3. George R, Brown MD, Bradley A. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *Am J Psychiatry* 1991;148:55-61.
4. Winfield I, George L, Swartz M, Blazer D. Sexual assault and psychiatric disorders among a community sample of women. *Am J Psychiatry* 1990;147:335-341.
5. Bryer J, Nelson B, Miller J, Krol P. Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1987;144:1426-1430.
6. Terr L. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991;148:10-20.
7. Mullen P, Martin J, Anderson J, Romans S, Herbison P. Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Br J Psychiatry* 1993;163:721-732.

8. Sheldrick C. Adult sequelae of child sexual abuse. *Br J Psychiatry* 1991;158:55-62.
9. Bushnell JA, Wells JE, Oakley-Browne MA. Long-term effects of intrafamilial sexual abuse in childhood. *Acta Psych Scand* 1992; 85: 36-142.
10. Rounsaville B, Weissman M, Wilber C, Kleber H. Pathways to opiate addiction: an evaluation of differing antecedents. *Br J Psychiatry* 1982;141:437-446.
11. Khantjian EJ, Mack J, Schatzberg AF. Heroin use as an attempt to cope: clinical observations. *Am J Psychiatry* 1974;131:160-164.
12. Moncrieff J. Association between sexual and substance abuse. *Br J Psychiatry* 1994;164:847-854.
13. Moncrieff J, Drummond C, Candy B, Checinski K, Farmer R. Sexual abuse in people with alcohol problems. *Br J Psychiatry* 1996;169:355-360.
14. Fink L, Berstein D, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M. Initial reliability and validity of the childhood trauma interview. *Am J Psychiatry* 1995;152:1329-1335.
15. Oppenheimer E. Alcohol and drug misuse among women; an overview. *Br J Psychiatry* 1991;158:36-44.
16. Sullivan P, Bulik C, Carter F, Joyce P. The significance of a history of childhood sexual abuse in bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 1995;167:679-682.