

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

ASPPELLI, LIGIA GABRIELA

ligiaasprelli@yahoo.com.ar

Para poder hablar de un niño víctima de abuso sexual o maltrato infantil primero debemos situarnos en el concepto de niño. Consideramos a un niño como un ser en desarrollo. Tanto si nos situamos desde la estructuración de su psiquismo como de la construcción de esquemas de pensamiento sabemos que un niño es un ser inmaduro que no está aún preparado para poder enfrentar determinadas situaciones de estrés o violencia.

Un niño, tanto en su primera como en su segunda infancia, está incipientemente reconociendo roles, descubriendo emociones, sensaciones y sentimientos, estableciendo vínculos y construyendo hipótesis acerca de los valores de la vida. No es capaz por su nivel de pensamiento de comprender a adultos con problemas de estrés, o a personas que no pueden controlar sus impulsos. Tampoco cuenta con los mecanismos defensivos necesarios como para enfrentar las situaciones de confusión, violencia y malos tratos a los que inesperadamente es sometido. (1)

Para poder comprender las consecuencias psicológicas que produce el maltrato y abuso sexual infantil, tenemos que tener en claro por un lado el tipo y calidad de vínculos de apego que el niño viene desarrollando y construyendo y por otro lado la etapa evolutiva que se encuentra atravesando y esto implica al desarrollo cognitivo, emocional, social.

También hay que tener en cuenta el concepto de trauma, procesos traumáticos. Y esto es así, porque son estos factores y áreas los que se verán seriamente involucrados y perjudicados.

Maltrato Infantil

Cualquier daño físico o psicológico no accidental contra un niño menor de 16 o 18 años, según el régimen de cada país, ocasionado por sus padres o cuidadores que ocurre como resultado de acciones físicas, sexuales o emocionales de omisión o comisión y que amenazan el desarrollo normal tanto físico como psicológico del niño. (1)

La víctima del maltrato infantil es una víctima *vulnerable*, es decir, no puede percibir el peligro de la agresión ni tiene posibilidades de reaccionar y defenderse, es una víctima absolutamente indefensa frente al delito y al delincuente.

El silencio de los procesos de victimización agrava la vulnerabilidad del niño.

La vulnerabilidad de la víctima, esta manifestada en circunstancias particulares del delito y en las características y condiciones del delincuente.

La extrema vulnerabilidad de la víctima se divide en:

- A) Relación autor víctima del delito: La extrema vulnerabilidad del niño esta manifestada porque el niño depende totalmente de sus padres y/o cuidadores. Y también se advierte en las consecuencias del maltrato: lesiones físicas, daño físico, daño emocional psicológico que afecta el desarrollo emocional, su confianza en los adultos, en su familia. Daño afectivo y moral por la relación que tiene la víctima con sus agresores.

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

Autor: Asprelli, Ligia Gabriela

- B) Grado de indefensión de la víctima: Se observa en las condiciones personales de la víctima, en sus características. Edad, etapa de la vida, situación de discapacidad. La edad de la víctima revela la patología psíquica del autor pero también la absoluta vulnerabilidad de la víctima. Una víctima que no comprende por su edad y desarrollo físico, psicológico y social la conducta del agresor, sus engaños, sus comportamientos sexuales. Se observa en la sorpresa ante la agresión (que en muchos casos no perciben) la edad de la víctima, estar sola en su propia casa con el adulto agresor (este autor conocido y/o familiar) y la absoluta imposibilidad de que alguien le ayude o de solicitar ayuda. (2) (Kempe. Marchiori)

Daño Psíquico

(Según Mariano Castex. Daño Psíquico y otros temas forenses. Tekné. Buenos Aires 1997). Puede definirse como “Un deterioro, disfunción, disturbio o trastorno, o desarrollo psicogénico, que afectando sus esferas afectivas y/o intelectual y/o volitiva, limita su capacidad de goce individual, familiar, social y recreativo.”

El daño psíquico puede pensarse como una conmoción de tal envergadura que, bloqueando el esperado desarrollo evolutivo, lleva al niño a un crecimiento deficiente que involucra tanto trastornos de comportamiento, como cognitivos, físicos, sociales y afectivos. (2)

Cognición

Cognición es el uso o manejo del conocimiento. Es el acto de conocer por medio de la información. Los estímulos externos que ingresan a través de la percepción, se transforman en significados, que luego van a constituir la información, son captados y analizados por la memoria a corto plazo y posteriormente almacenados en la memoria a largo plazo.

Un *esquema cognitivo* es una estructura impresa en el organismo, a través de la experiencia y que en combinación con un estímulo, marca el criterio de cómo éstos deben ser percibidos o conceptualizados, guardados en la memoria a largo plazo; eligen y manejan la información. Según Beck, los esquemas indican como cada individuo interpreta la realidad; tienen influencia en las estrategias adaptativas; son una interacción entre conducta, emociones, atención y memoria; tienen un contenido específico y pueden ser determinantes de vulnerabilidad.

La cognición es un sistema de procesamiento de la información. Su desarrollo implica un aumento en secuencias de la complejidad funcional de los sistemas que la involucran.

La cognición es la capacidad para prestar atención, identificar, ordenar y planear respuestas adecuadas a los estímulos tanto externos como interoceptivos.

La cognición se articula con la percepción, en la aplicación de los procesos básicos del conocimiento, a fin de darle sentido a las señales sensoriales

cuando son codificadas. Los procesos cognitivos se ubican en la memoria de trabajo. Cada acontecimiento individual asume significación y generalización, cuando una circunstancia particular los “extrae”, para facilitar la adaptación. (Benítez de Nale)

Atención: actividad psíquica de gran complejidad. Propiedad mental emergente.

- Es el acto o facultad, voluntario o involuntario, de seleccionar un objeto o una idea, ubicarla y examinarla de acuerdo a la experiencia. Cambia con el desarrollo.
- Es básica para selección de información necesaria en los procesos concientes.
- Es una focalización, pasiva o activa, de la conciencia aplicada a la captación de objetos o hechos, a los que transformará en conocimiento.
- La atención se denomina activa cuando se focaliza en lo externo y pasiva cuando se focaliza en eventos internos, observa el fluir de las asociaciones de pensamientos o ideas que pasan voluntariamente por la conciencia.
- Se ocupa de admitir o percibir los datos y seleccionarlos. Cuando alrededor del foco de atención hay muchos elementos, esta puede perder su claridad.
- Es una actividad dirigida, que participa y facilita la creación de los procesos cognitivos.
- La atención va hacia los estímulos nuevos, a través de la orientación, realizando un proceso de búsqueda. A posteriori se producirá la habituación, que significa que el niño posee una representación mental previa al estímulo.
- La atención es una expresión afectiva, excitable y temporal.
- Está asociada a la orientación de los estímulos sobresalientes.
- Responde a necesidades vitales para discriminar lo útil, lo nocivo y está siempre en alerta para la preservación de la vida.
- Cuando la atención está volcada hacia el mundo externo se habla de atención sensoria y cuando está volcada al mundo interno hablamos de reflexión.
- La importancia de la atención para el procesamiento de la información, es necesario: 1- la presencia de un estado de vigilancia, de atención en foco, 2- el mantenimiento activo de los procesos psicológicos involucrados; 3- la posibilidad de control de las interferencias que pueda haber.
- Ubicación anatómica: ganglios basales.
- Existen subsistemas de atención:
 - 1) Uno orientado hacia los acontecimientos sensoriales; que serían los vinculados con la orientación de tiempo, espacio y realidad.
 - 2) Otro de la atención selectiva y puntual para procesos concientes.
 - 3) Un sistema de mantenimiento del estado de atención.
- El rol de la atención en el procesamiento de la información; son operaciones reguladoras básicas de los sistemas de los lóbulos frontales y

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

Autor: Asprelli, Ligia Gabriela

comprenden: vigilancia, focalización de la atención y mantenimiento del espacio.

- **Concentrase** es mantener la atención de forma voluntaria sobre un estímulo.
- El proceso atencional y la capacidad de concentración disminuyen con el cansancio, durante el estrés agudo, en los cuadros depresivos, en cuadros de conciencia disminuida (epilepsia, ingestión de sustancias), y en los más pequeños cuando se pierde el interés afectivo en un objeto en una persona, en el sueño y estados hipnóticos; se encuentra disociada en algunos trastornos de la personalidad.
- Los trastornos atencionales en estos casos son:
 - Hiperprosexia o atención aumentada: se observa en los estados de hipervigilancia. Se da en los cuadros de estrés agudo o TEPT. Hay que diferenciarla de la Paraprosexia o atención espontánea exacerbada que se la que se observa en el ADD/H por ej.

Memoria:

- Es el acto de registrar, retener y evocar la representación mental de un objeto, de un acontecimiento o de un concepto
- Es un sistema por el cual se retiene, se recupera o se elimina la información. Es una condición indispensable para lo que se denomina "experiencia". La experiencia es aparentemente reconstruida en forma paralela por dos tipos de pensamientos, el narrativo y el analítico, éste último imprescindible para ubicar el sentido.
- Es una actividad de asimilación. Para memorizar es imprescindible atender, así como estar conciente.
- Existe una memoria de hechos y otra de de habilidades, con vías neuroanatómicas diferentes.
- El lugar cerebral crucial para la memoria es el hipocampo.
- Tres sistemas básicos de memoria: De Procedimiento, Semántica y Episódica.
- Clasificación de los sistemas de memoria de acuerdo a secuencias de desarrollo:

Después de los 18 meses se desarrolla la conducta de autorreferencia, que permite la continuidad del Yo a lo largo del tiempo. La memoria de comportamiento es la primera en aparecer.

Se trata de la **memoria implícita** (se adquiere sin conciencia), desprovista de la experiencia subjetiva; incluye la memoria perceptual, la emocional y la somatosensorial, la memoria de comportamiento, la memoria semántica y la autobiográfica.

Después de los 2 años surge la **memoria explícita** (pueden hablar de algunas cosas que pasaron), dependiente del contexto y paralela a la maduración del lóbulo temporal medio, incluyendo el hipocampo y la corteza orbito frontal. Es una forma de la memoria que requiere de la conciencia para poder codificar y captar el sentido subjetivo de estar recolectando información.

Se puede diferenciar: la memoria semántica o factual, basada en hechos y la episódica o autobiográfica (son implícitas); para su funcionamiento es necesaria una buena capacidad de atención. La memoria semántica permite las representaciones, símbolos de procesos externos e internos que se pueden expresar verbalmente o por escrito y que pueden ser codificados como verdaderos o falsos; la memoria autobiográfica, es almacenada y recordada luego usando los aspectos de ubicación en tiempo y espacio. Entre los 3 y 4 años, cuando recuerdan y relatan, pueden enriquecer el hecho con la imaginación. Entre los 4 y 5 años, muestran reconocimiento mnémico, aunque no puedan realizar un juicio adecuado al respecto, aparece la adquisición de estrategias para memorizar. A los 6 años, pueden relatar correctamente una historia escuchada pero sin los contenidos abstractos. Entre los 7 y los 10 años, logran la organización semántica. Los adolescentes son capaces de analizar los recuerdos y juzgar sus logros.

La memoria explícita, incluye a la memoria de corto plazo y la memoria de trabajo, se ubican en la zona prefrontal.

La memoria a largo plazo, se produce a través de la repetición de los estímulos.

- Fases temporales de la memoria:
 - Almacenamiento sensorial o memoria iconográfica de los niños. Refiere información sensorial no procesada, durante un tiempo mínimo. Contiene la activación neural inicial del sistema perceptual.
 - Memoria de corto plazo o reciente primaria; es una forma de memoria de trabajo, provee los significados para registrar y retener información fácilmente accesible; no es solo por corto plazo, es activada en parte por el almacén sensorial
 - Memoria de mediano plazo, en circunstancias transitorias.
 - Memoria de largo plazo o secundaria, o explícita, un proceso en el cual algunos ítems son almacenados por períodos prolongados en la memoria de trabajo.
Actividad en el hipocampo.
 - Memoria permanente, más estable.
- Las alteraciones de la memoria: Como en los adultos puede ser cuanti o cualitativas.
 - Hiperpnnesia: aumento de la capacidad de retener o evocar. Ej. en estados afectivos de mucha intensidad, en casos de peligro de vida.
 - Hipomnesia: o disminución de la atención, en sus aspecto de fijación y de evocación, con memoria de conservación indemne. Ej., en el estrés, depresión.
 - *Amnesia: o incapacidad parcial o total de registrar, retener o evocar información; es rara en niños a excepción de su frecuencia en el maltrato y abuso sexual infantil (como amnesia psicógena). La memoria que se pierde en las amnesias es sobre todo cognitiva.*
La amnesia infantil es una disociación entre la memoria implícita (que está intacta) y la explícita, se presenta de manera normal con respecto a los primeros 4 años de vida (amnesia del desarrollo). Los científicos que estudian el desarrollo, sugieren que es debida a la inmadurez de

algunos campos, que incluyen además el sentido de sí mismo y del tiempo, la habilidad verbal aún no totalmente adquirida, la escasa capacidad narrativa, los que podrían ser los factores limitantes entre los 3 y 4 años. Los neurobiólogos ubican en la falta de desarrollo del hipocampo, en el lóbulo temporal y en las regiones prefrontales inmaduros en los primeros años de vida, la causa de la amnesia.

- *La amnesia disociativa: (pérdida de la memoria autobiográfica), sin lesión de las estructuras cerebrales, aparece en los Trastornos Disociativos de la Personalidad, con pérdidas y cambios importantes en la identidad.*

La conciencia:

- La conciencia es una estructura compleja constituida por la integración de todas las funciones psíquicas. Es la aptitud para discernir, reflexionar, resolver, planificar. Es el conocimiento que el individuo tiene de sí mismo, del mundo, de los cambios. Se produce en el cerebro mientras se está despierto. La lucidez de la conciencia depende del estado de atención, de comprensión, con capacidad de pensar y de realizar el registro mnémico adecuado.
- Cronología del desarrollo de la conciencia:
 - De 1 a 3 años va surgiendo la diferenciación entre el sí mismo y el ambiente.
 - De 4 a 10 años, se va consolidando la aparición del sí mismo derivada de lo externo, junto con características del rol social.
 - De 11 a 14 años se solidifica la imagen corporal y el rol social madura.
- Involucra el sistema cortical y el cuerpo calloso.
- Interesan el foco, el campo y el umbral.
- Inconciencia: ausencia de juicio crítico de la realidad, intencionalidad, trascendencia, memoria, conexión con el ambiente.
- La orientación: se presenta en los niños a partir de los 5 años. Es alopsíquica, incluye tiempo, espacio y lugar o autopsíquica, en relación al esquema corporal, somatopsíquica. Y también incluye la conciencia de enfermedad

Las emociones

La emoción es la clave para comprender la motivación y la adaptabilidad de los seres humanos.

Más allá de las diferencias personales, los seres humanos están dotados de la posibilidad de experimentar emociones y de percibir las de otras personas. En realidad, mientras se esta despierto siempre se siente, y se tiene un estado de animo.

Sentimiento es un término usado para describir una sensación percibida a través de la experiencia activa y a su vez por una experiencia subjetiva. D. Stern dice que la vida emocional del ser humano, tiene su base en momentos de intimidad y de esos momentos, los más importantes, son aquellos en los que el niño sabe que sus emociones son recibidas con empatía, y que además

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

Autor: Asprelli, Ligia Gabriela

logran ser correspondidas. Stern denomina a esto “sintonía”, la mamá hace saber que entiende lo que el bebé siente y si esto no ocurre, deja de expresar sus emociones anulándolas en casos extremos.

Las emociones son una fuente de estímulos y de motivaciones.

El sentimiento es una experiencia privada, desencadenada por una emoción.

La emoción es una amplia gama de respuestas químicas y neuronales, que pueden ser observados por otros y que van armando un patrón. Los mecanismos básicos de la emoción no requieren de la conciencia.

Las emociones son provocadas por una multiplicidad de causas y el impacto que provocan va a depender de los sentimientos que generen, pero necesitan de la conciencia y de la vivencia del self. Hay una diferencia entre simplemente “sentir” y “saber y poder reconocer que se siente”.

Se puede establecer una diferencia entre:

1 El estado de emoción, que puede ponerse de manifiesto de manera no consciente.

2 El estado de sentimiento, donde ya hay una representación, aunque es no consciente todavía.

3 El estado de sentimiento hecho consciente.

La conciencia es necesaria para el proceso de “sentimiento”, ya que las consecuencias básicas de la emoción y de los sentimientos, depende de ella.

Las emociones básicas, como la conciencia, tienen una importante función en la supervivencia y sus interrelaciones se hacen evidentes, cuando por diversos motivos la conciencia suspende su actividad y esto se acompaña de la suspensión de las emociones.

Funciones biológicas de la emoción

Producir reacciones específicas frente a la aparición de estímulos.

Regular el estado interno del organismo preparándolo para la respuesta adecuada.

Las emociones hacen su aparición en dos circunstancias, cuando el sistema perceptivo capta un objeto o una situación; y cuando la mente rememora algunos objetos o algunas situaciones que se representan en el pensamiento.

Entre los seres humanos, respetando la individualidad de cada cual, existe un paralelo entre el factor que provoca la emoción y el estado emocional resultante; el nivel de desarrollo y la cultura también intervienen.

Durante el crecimiento, la maduración, y el desarrollo, las emociones van conectando los objetos o los hechos con los valores básicos de la regulación homeostática. La conciencia colabora en esta tarea con la capacidad para reflexionar y prever.

La emoción es la que motiva la acción; es un estado de sentimiento que incluye componentes somáticos y conductuales; es un estado del yo. Y como esquema de conducta heredado, la emoción, que le pertenece a una especie, presenta una secuencia temporal que se modifica poco, respondiendo a una finalidad dada.

Las emociones que primero surgen son las básicas, ya que otras necesitan que los elementos cognitivos estén preparados para su procesamiento. Hay una

neurobiología del aprendizaje emocional que lo vincularon los niveles de cognición, el aprendizaje del lenguaje y las posibilidades de la memoria.

Autores (Damasio A.) distinguen: estado, expresión y experiencia emocional. El estado emocional tiene cambios internos en la actividad somática o fisiológica; la expresión emocional es la aparición de modificaciones observables en la cara, en el cuerpo, en la voz; la experiencia emocional comprende las consecuencias del valor que se otorga al sentimiento, como la interpretación individual que se da a los estados emocionales y a las expresiones de este. Las experiencias emocionales requieren la adquisición de por lo menos el rudimento del sentido de uno mismo así como la capacidad de discriminar, recordar, asociar y comparar.

Las emociones en los niños son diferentes a las de los adultos y en los mas pequeños pueden expresarse de otras maneras, con movimientos corporales, gritos, batir de palmas, saltos, esconderse. En la adolescencia pueden expresarse por posturas, con expresiones faciales, gestos o tono de voz.

Las emociones básicas se separan en:

- a) Emociones primarias o universales: alegría, tristeza, angustia, miedo, ira, sorpresa. Responden a la memoria de la especie y a la autobiográfica (que es bio-psico-social-histórica). Acá se mencionan los miedos denominados universales o arcaicos, que tendrían localizaciones anatómicas específicas.
- b) Emociones secundarias o sociales: vergüenza, celos, culpa, orgullo.
- c) Emociones de fondo: bienestar- malestar, calma- tensión.

Mientras el *sentimiento* es una respuesta emocional individual, el *afecto* (patrón observable que expresa sentimientos experimentados subjetivamente y basados en una emoción; desencadenados por patrones fisiológicos) describe emociones complejas, es la expresión de la emoción, indica sentimientos específicos, agrupados, diferenciados y que se perciben en relación a personas u objetos, se describe un patrón observable de conductas, que expresa subjetivamente estado de sentimientos. Interviene la regulación psíquica. El afecto es variable, responde a cambios; en cambio el humor es generalizado y sostenido.

Regulación de las emociones

Es un proceso por el cual la activación producida por una respuesta, sirve para modular la respuesta en otro caso. Además depende del medio ambiente y esta muy vinculada a la comprensión de lo social. No esta presente al nacer y se adquiere en los primeros años de vida.

Al principio es provista por los padres.

Luego distintas actividades gradualmente se asocian y condicionan volviéndose voluntarias; con la maduración y el desarrollo cognitivo como con la atención selectiva, la discriminación y el planeamiento, estas actividades y otras se usan para regular emociones.

Los distintos niveles de las emociones:

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

Autor: Asprelli, Ligia Gabriela

Nivel 1 Neurofisiológico o bioquímico (cambios producidos por la emoción), participa el SNA, hay una activación neuroendocrina.

Nivel 2 Expresión motora o conductual, posibilidad de respuestas.

Nivel 3 Subjetivo, experiencial, posibilidad de respuestas verbales de estados de sentimientos.

El humor, es una emoción generalizada y sostenida que puede mostrar considerables variaciones. Las características del humor son específicas de algunas patologías.

El humor expresa un estado psicológico en relación o en respuesta al medio ambiente. A partir de los 8 años tiene un papel importante en la maduración de los afectos.

Es una experiencia activa y subjetiva a la vez. Es una respuesta emocional individual, que esta acompañada de manifestaciones neurovegetativas. El DSM IV habla de trastornos cuya característica principal es la alteración del humor, son los trastornos del estado de ánimo.

Emoción y memoria

Tienen relaciones particularmente importantes. Las emociones pueden facilitar el recuerdo de acontecimientos que ocurrieron en un estado similar, como ocurre en el TEPT. Las cosas que ocurrieron en situaciones que despiertan emociones muy intensas, parecen guardarse en la memoria con especial precisión y claridad. La relación entre emoción y memoria, es un facilitador para el establecimiento de la memoria.

Cognición y memoria

No hay una emoción o una cognición primaria, lo que si hay es la interacción, mientras se desarrollan todas las funciones, es continua, cada una sirve de meta y conduce a la otra a través del desarrollo. En el aprendizaje se crean emociones y las emociones organizan el aprendizaje. (3)

El establecimiento del *sentido de ser uno mismo* es esencial para el surgimiento de las emociones. Según Stern desde el nacimiento va emergiendo un sentido rudimentario de si mismo.

Por "sí mismo" entiende un patrón constante de percatación que aparece solo con las acciones o procesos mentales del infante. Es una forma de organización, que una vez emergida continúan presentes desarrollándose durante toda la vida.. Es la experiencia subjetiva organizadora de todo lo que más tarde será designado verbalmente como el "sí mismo".

- Del nacimiento a los 2 meses: se desarrolla el *sentido del sí mismo emergente*. (Implica el sentido de autoorganización en proceso de formación). Es experiencial no verbal. Aparece la percepción amodal; la percepción fisionomónica (percepción afectiva en función de la cualidad de los afectos que percibe según su activación-alto bajo- y tono hedónico-positivo negativo-).

- Entre los 2 y 6 meses: se desarrolla el *sentido del sí mismo nuclear*. (Comienza a sentirse un todo coherente, físicamente separado de la madre, agente diferente de ella, con afectividad propia e historias separadas). Aparece el RING (registro de interacciones generalizadas) que surgen de las invariantes de la experiencia prototípicas promedio.
- Entre los 7 y 15 meses: se desarrolla el *sentido del sí mismo subjetivo*. (Descubre estados mentales subjetivos que subyacen a las conductas). Se dan diferentes tipos de interacción: entonamiento, imitación, empatía, sintonía, afinación, desentonamiento verdadero y no entonamiento, sobreentonamiento, entonamientos selectivos. Y también se producen las integraciones (del sí mismo, mundo, otros)
- Entre los 15 y 18 meses: se desarrolla el *sentido del sí mismo verbal*. (Empiezan a negociarse los significados con los adultos). Visión objetiva de sí mismo; aparecen sus actos empáticos; la capacidad para el juego simbólico. Capacidad de autorreflexión, de comprender y producir lenguaje.
- A los 4 años se puede pensar en la aparición de un *sí mismo narrativo*, en el que se comparten las narraciones con otros. Se entra en el mundo de las historias. (4).

La Teoría del Apego John Bowlby 1958

Enfatiza el punto de vista darwiniano respecto a que cada característica anatómica, fisiológica y conductual contribuye a la supervivencia.

Bowlby define la conducta de apego como “cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentar el mundo...La función biológica que se le atribuye es la de protección. La separación de esta figura de apego produce ansiedad.

El apego es el vínculo que se establece entre el niño y sus progenitores a través de un proceso relacional que para la cría es primeramente sensorial durante la vida intrauterina (reconocimiento del olor, la voz y el tacto de los progenitores) pero que apenas ocurrido el nacimiento, rápidamente se impregna según la reacción afectiva del adulto, que puede ser positiva o negativa según los contextos y las experiencias de vida- sobre todo infantiles- de la madre y del padre. El apego es lo que produce los lazos invisibles de familiaridad, caracterizada esta por los sentimientos de pertenencia a un sistema familiar determinado.

A partir del primer año de vida podemos considerar si las diferentes formas del proceso de apego han permitido o no una vinculación selectiva con las figuras parentales y le han asegurado, un punto de partida para el desarrollo paulatino de la confianza en él mismo y su entorno. Si esto no es así tendrán siempre lagunas en el ámbito de sus comportamientos sociales que podrán dañar sus capacidades para vincularse positivamente con los demás y también para los aprendizajes.

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

Autor: Asprelli, Ligia Gabriela

Estar juntos y permanecer de esta manera, caracteriza el comportamiento familiar de las especies animales superiores y del hombre. Esto es posible por un **apego emocional**, resultado de lo que los etólogos llaman **proceso de impregnación** (cuando un ser vivo incorpora un elemento del medio a su modo relacional). **El fracaso del proceso de impregnación acarrea perturbaciones en el apego, que tendrá, como consecuencia el maltrato, la negligencia, el abandono de los niños.** Estas experiencias se originan a menudo por otros tipos de violencia, en una perspectiva transgeneracional. Durante el proceso de impregnación se construye el vínculo de familiaridad con los objetos de apego.

La existencia de una relación de apego (según Lorenz), se puede distinguir por dos mecanismos: la "persecución" del objeto maternante para procurarse una proximidad física y sensorial, y la identificación de éste por sus características distintivas.

La participación del niño en el proceso de apego se caracteriza por: 1) los esfuerzos para mantener la proximidad con las personas con las que está vinculado; 2) los contactos sensoriales privilegiados sostenidos; 3) la exploración a partir de la seguridad dada por la presencia de la figura de apego; 4) la ansiedad frente a la separación, que se manifiesta por una activación de los esfuerzos para atraer a la figura de apego, seguidos de sentimientos de desolación y abandono por su pérdida.

En el niño los vínculos de apego se estructuran a partir de tres componentes: las conductas de apego, los sentimientos que la acompañan y la representación mental del apego. En el niño, el apego se obtiene y mantiene por una serie de comportamientos como gritos, sonrisas, agitación motriz, etc., comportamientos de llamada, tales como aferrarse, y/o actos de vigilancia, así como por el seguimiento visual y auditivo de las figuras de apego.

El modelo mental de las relaciones de apego está basado en las experiencias vividas por el sujeto. Las experiencias percibidas como negativas, incoherentes o inconsistentes traerán deficiencias o graves patologías a nivel de la capacidad para establecer lazos afectivos sanos. A veces, aunque las experiencias de apego han sido negativas, la representación de la relación no corresponde a lo vivido, representándose como positiva. Esto se explica por la dependencia biopsicosocial del niño hacia la figura de apego y por el estado de confusión creado por esta vulnerabilidad, lo que provoca una distorsión de la representación con la negación de la vivencia angustiante y una idealización de la relación. Otra falla en la representación puede ser la fijación sobre una experiencia todopoderosa de la relación materna, que se llama intoxicación maternante. En este caso el niño permanece prisionero de las figuras primarias de apego y no puede evolucionar en su representación, presentando graves perturbaciones a nivel de la diferenciación de su yo y del establecimiento de una relación objetal sana. Este tipo de problema lo presentan a menudo los padres que golpean y/o abusan sexualmente de sus hijos, a partir de una problemática psicótica y/o narcisista

Pueden distinguirse tres diferentes pautas de apego:

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

Autor: Asprelli, Ligia Gabriela

- El *apego seguro*, en la que el niño “confía en que sus padres serán accesibles, sensibles y colaboradores si él se encuentra en una situación adversa o atemorizante. Con esta seguridad, se atreve a hacer sus exploraciones del mundo. Esta pauta es favorecida por el progenitor- en los primeros años, especialmente por la madre- cuando se muestra fácilmente accesible y sensible a las señales de su hijo, y amorosamente sensible cuando este busca protección y/o consuelo.
- Una segunda pauta es la del *apego ansioso resistente*, en el cual el individuo está inseguro de si su progenitor será accesible o sensible o si lo ayudará cuando lo necesite. A causa de esta incertidumbre, siempre tiene tendencia a la separación ansiosa, es propenso al aferramiento y se muestra ansioso ante la exploración del mundo. Esta pauta se ve favorecida por el progenitor que se muestra accesible y colaborador en algunas ocasiones pero no en otras y por las separaciones...y por las amenazas de abandono como medio de control.
- Una tercera pauta es la del *apego ansioso elusivo*, en la que el niño no confía en que cuando busque cuidados recibirá una respuesta servicial si no que, por el contrario, espera ser desairado. Cuando en un grado notorio este individuo intenta vivir su vida sin el amor y el apoyo de otras personas, intenta volverse emocionalmente autosuficiente y con posterioridad puede ser diagnosticado como narcisista o como poseedor de un falso sí-mismo del tipo descrito por Winnicott. Esta pauta en la que el conflicto está más oculto es el resultado del constante rechazo de la madre cuando el individuo se acerca a ella en busca de consuelo y protección.

En las familias en las que los padres golpean y rechazan psicológicamente a sus hijos, se encuentran con más frecuencia niños con apego tipo A, huidizos y rechazantes.

Los niños víctimas de negligencia y abandono presentan con más frecuencia modelos de apego inseguro, ansioso ambivalente (tipo C).

Las investigaciones (1981. Eagland Y Stroufe) muestran que **la mayoría de los niños víctimas de malos tratos son también víctimas no ya de modelos de apego sino de trastornos de apego que constituyen “el trastorno de los trastornos” puesto que existe un daño en una de las capacidades que definen al ser humano: la de relacionarse consigo mismo y los demás de una forma sana y constructiva. Determinados tipos de malos tratos corresponden a trastornos del apego específicos:**

Trastornos de apego

- El apego inseguro evitativo:

Se caracteriza por ser un mecanismo de autoprotección que consiste en evitar o inhibir los elementos conductuales que buscan la proximidad con su figura de apego. Las respuestas que recibe no satisfacen sus necesidades. Son generadoras de estrés, angustia y dolor.

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

Autor: Asprelli, Ligia Gabriela

En la niñez temprana: las relaciones con los cuidadores han sido una combinación de angustia, rechazo, repulsión y hostilidad. Expresado en conductas o actitudes controladoras, intrusivas y sobreestimulantes. Ej, que no está cansado.

En la niñez: aumenta la capacidad simbólica, y el niño reemplaza la conducta de evitación por la inhibición psicológica. Todo lo que no entra en el ámbito emocional puede ir muy bien. Ej, les va muy bien en lo académico pero tienen importantes dificultades para relacionarse con pares, por la estrategia de autosuficiencia emocional. Pueden tener conductas hostiles en forma pasiva sin mostrar abiertamente el conflicto. Sus relaciones serán de poca intimidad. No serán participativos.

En la adolescencia: rehuye a todo lo que tenga que ver con los vínculos interpersonales, los afectos y las emociones. La incapacidad para pedir ayuda o ser reconfortado puede llevarlo a conductas hostiles y antisociales. Conducta camaleónica.

- ***El apego inseguro ansioso-ambivalente:***

Se caracteriza por la vivencia de una ansiedad profunda de ser amado y de ser lo suficientemente valioso; así como por una preocupación en el interés o desinterés y en la disponibilidad emocional que muestran los otros hacia él. Desarrollan sentimientos de ambivalencia ante las figuras de apego debido a sus necesidades afectivas insatisfechas. Por lo tanto la estrategia de pseudo seguridad será incrementar las conductas de apego como un modo de mantener la proximidad de la figura de apego.

En la niñez temprana: los cuidadores han fallado en ofrecer disponibilidad emocional e implicación para satisfacer las necesidades del bebé. Las necesidades físicas y emocionales pueden pasar desapercibidas por largo tiempo. Los cuidados del bebé pueden ser inconsistentes, incoherentes e impredecibles. Esto le crea una falta de sentido de lo que está pasando y también de control sobre su entorno. Se generará sensación de abandono, soledad, impotencia e intensa ansiedad. Así aumentará sus conductas de apego, insistiendo en sus demandas, llamadas de atención, llorar, gritar, aferrarse, pegarse a la madre. Puede ocurrir, que desistan en su demanda, con dependencia pasiva, depresiva. Se enmascara la angustia, y se manifiesta en cuadros psicósomáticos y depresivos. Tienen dificultades para discriminar entre ellos y los otros. Buscan la fusión por sobre la autonomía.

En la niñez: comienzan a desarrollar estrategias coercitivas para obtener dominio sobre el mundo (agresión, enojo, amenaza). Pueden tener conductas coercitivas agresivas o coercitivas indefensa (se pegan al otro, complacen).

En la adolescencia: les atraerán las pandillas.

- ***El apego inseguro desorganizado:***

Las experiencias tempranas son tan dolorosas y caóticas que ni siquiera pueden organizarse en responder de una forma regular y característica. Sus estrategias defensivas colapsan. Sufren experiencias traumáticas por la incompetencia o patología de los cuidadores. Sin protección ni ayuda.

En la primera infancia: sus padres han sufrido experiencias de maltrato, violencia y abuso. Estos bebés tienen vivencias terroríficas, discordantes. La figura de apego se convierte en una paradoja (si se acercan o alejan los bebés)

los padres lo viven con ansiedad). La sensación constante de pavor hace que no logren identificar la fuente de alarma, quien provoca ese estado, de donde proviene, terminando por ubicarlo en ellos mismos. Estas experiencias se almacenan en la memoria implícita o traumática, no narrativa. Pueden presentarse como TEPT, Trastornos Disociativos.

En la niñez: sus estrategias consistirán en una inhibición extrema, estallidos de cólera y hostilidad, comportamientos demandantes. Intentos desesperados de tener control sobre el ambiente, a través de la violencia o de cuidados y protección de otros a fin de no perderlos.. autoestimulación, autoagredirse, conductas estereotipadas para calmar el dolor psíquico.

- Apego desorganizado-controlador:

Se observan tres estilos de comportamiento en este modelo:

Punitivo agresivo

Cuidador compulsivo

Complaciente compulsivo

- El apego desorganizado-desapegado:

Apego desapegado o indiscriminado inhibido

Apego indiscriminado desinhibido

En la adolescencia: refuerzan su imagen de ser poderosamente malos y peligrosos. Sus comportamientos de apego se balancean entre el acercamiento desconfiado y la retirada impulsiva con gran intensidad. Interactúa e forma antisocial y violenta a fin de controlar las relaciones. El modelo complaciente se desarrolla con compañeros que exigen, controlan, o abusan. Terminan presentando, trastorno depresivos crónicos, comportamientos sociopáticos, y trastornos límite de la personalidad. (5 y 6)

La esfera afectiva del buen trato

Comprende:

- a) La necesidad de vínculos
- b) La necesidad de aceptación
- c) La necesidad de ser importante para el otro
- d) Las necesidades cognitivas, incluyen las necesidades de estimulación, experimentación, refuerzo
- e) Las necesidades sociales, incluyen la comunicación, consideración, estructuras
- f) La necesidad de valores, que le permitan sentirse parte de la cultura. (5)

Pero ¿Qué pasa entonces cuando aquella figura lejos de sostenernos nos ataca, violando nuestros límites personales? Cuando nos somete a reiterados malos tratos, nos condena con su indiferencia, nos hiere emocionalmente o nos utiliza sexualmente para su propio placer.

En la clínica se observa:

Tipo de juego:

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

Autor: Asprelli, Ligia Gabriela

- El juego repetido compulsivamente, que es como un ritual en el que el niño actúa una serie de movimientos secuenciales que concluyen siempre de la misma manera, sin dar muestras de estar entretenido ni distendido: lo llamamos juego postraumático.
- La ausencia total de juego. En ocasiones, el niño está tan inhibido que no puede recrear situaciones en la fantasía.
- El juego sexualizado: el niño recrea situaciones explícitas que demuestran un conocimiento precoz de las actividades sexuales adultas. En especial si hay elementos de coerción o amenazas. Puede ocurrir que en niños muy pequeños o muy dañados se de una masturbación compulsiva durante el juego o intentos de exhibición de sus genitales.
- En los niños que han sufrido falta de cuidados maternos, son muy frecuentes los juegos relacionados con la alimentación, aún en niños mayores.
- Recreaciones con contenidos de actos violentos por parte del adulto hacia el niño, cargados de emotividad y que resultan en una catarsis, golpes contra los objetos o contra sí mismo, descontrol impulsivo.

Actitud del niño:

- La actitud de hipervigilancia es típica de los niños maltratados. Se sobresaltan fácilmente, están pendientes de todos los ruidos, de que otras personas no escuchen lo que tienen que decir. O se esconden debajo de los muebles, para hablar o jugar.
- El miedo al adulto puede llevarlos a malinterpretar actitudes de otras personas.
- Los niños erotizados prematuramente por un adulto, pueden intentar acercamientos inadecuados con otras personas.
- Niños seriamente perturbados, pueden regir la mirada, rechazar todo contacto, o exhibir conductas autodestructivas, como pincharse, cortarse, o golpearse la cabeza.

Sentimientos asociados al trauma:

- Los sentimientos del niño victimizado, en especial aquellos vinculados al trauma se encuentran aletargados, padecen una especie de anestesia emocional fruto de la disociación. Al mismo tiempo son niños a los que les angustia mostrarse indefensos y la expresión abierta de los afectos parece representar una amenaza para ellos.
- La confianza es algo que se gana después de mucho esfuerzo de trabajar con ellos y de ser expuesto a numerosas pruebas. Gestos o actitudes pueden ser mal interpretados o herir la extrema susceptibilidad de estos niños.
- Sentimientos de vulnerabilidad y desprotección se observan en los personajes de sus juegos, donde estos son destruidos, maltratados, dejados de lado, nadie sale a su defensa.
- Sentimientos asociados al miedo, enmascarado en la bronca y el enojo contra Edmundo los lleva a actitudes violentas contra los muñecos, puestas en penitencia, torturas, peleas interminables.
- Sentimientos de estigmatización, muñecos rotos, enyesados, sucios y demás muestras de daño.

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

Autor: Asprelli, Ligia Gabriela

- Sentimientos de desesperanza, a veces se resisten a los finales felices o el juego es cortado para volver a complicaciones y actos que perturban la paz y armonía del mismo.
- Sentimientos de culpa, el niño siente culpa por haber participado en actividades aunque sabe que no las provocó. En el juego piden constantemente perdón.

Tipo de pensamiento:

- Los niños víctima de maltrato se muestran con un pensamiento no acorde a su edad cronológica (regresivo). La percepción es totalizante y entonces solo puede verse la realidad en blanco y negro, bueno o malo, no existen los gradientes.
- Por lo general el trauma invade su pensamiento por lo cual es difícil conectarse con el saber escolar, necesitan saber qué pasó y por qué pero al mismo tiempo intentan evitar ese conocimiento, el no saber invade todo su pensamiento, porque saber es sufrir.
- Las distorsiones cognitivas que surgen de convivir con lo traumático condicionan su manera de percibir y comprender el mundo y a los que lo rodean. Esto se expresa en la rigidez en el juego, en el no poder variar la actitud o acción del personaje.
- La culpa que se fija a partir del maltrato puede instalar, debido a la regresión, al niño en un pensamiento más egocéntrico lo cual unido al carácter obsesivo de esta etapa del desarrollo trae aparejadas dificultades para poder ver diferentes puntos de vista y para poder correrse de ese lugar de responsable del abuso. En el juego la muñeca siempre es castigada, las niñas aparecen en los sueños como las que seducen y provocan al adulto.
- El niño, aún más dependiente que el adulto del mundo exterior para confirmar y convalidar los propios conocimientos, no tiene de entrada parámetros para juzgar las interacciones que le propone el agresor. Al verse obligado tanto por impulsos externos como por el secreto, y aún más si advierte confusamente que hay algo peculiar en aquello que le sucede, no tendrá la posibilidad de mentalizar juicios, estados de ánimo o sensaciones personales. El secreto funcionará como una potente interdicción a identificarse y conocerse dentro de aquella relación, creando un área oscura para el pensamiento.

Imagen de sí mismo y de su entorno:

La imagen de sí mismo está muy deteriorada y distorsionada. Se percibe malo e indigno del amor y protección paternos.

Esta predestinación es a menudo vivida por el niño como el fruto de alguna iniciativa propia equivocada, aunque no inherente a la relación con el ofensor, que ha arruinado su originaria bondad o inocencia.

Así es como la víctima de abuso sexual acaba en un doble callejón sin salida, tratar de valer algo, y por lo tanto, perder el vínculo o seguir siendo despreciables para conservarlo.

Existe el temor de que la imagen exterior también se encuentre envilecida.

Trastornos emocionales:

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

Autor: Asprelli, Ligia Gabriela

Estados de ánimo ligados a las vivencias, ya que los miedos que sienten no son infundados, fueron construidos a partir de los sentimientos de inseguridad y angustia que sus progenitores le propiciaron.

La baja autoestima se fue gestando por los mensajes contradictorios y desvalorizantes escuchados por los niños, sumado a la anestesia emocional indispensable para la supervivencia en estos ambientes de agresión crónica.

Estos niños tienen dificultad para distinguir lo que sienten, también para percibir las emociones o sentimientos que experimentan.

Existe una gran ambivalencia en sus percepciones, por momentos dirían que esta todo bien pero sin embargo cuando se los confronta con las dificultades comienzan a dudar de sus afirmaciones.

Los sentimientos de malestar son tan abarcativos que no se pueden descomponer ni analizar en pequeños ingredientes que los componen, por Ej. Su relación con pares o sus dificultades escolares.

Mediante los mensajes contradictorios de los padres los niños quedan en un lugar de total indefensión y falta de parámetros reales, y como ningún adulto admite esta responsabilidad, la culpa recae sobre los niños haciéndose cargo de la misma.

Culpa. Miedos tales como sentimientos de desprotección, la hipervigilancia, el miedo al contacto, los terrores nocturnos y trastornos del sueño. Vergüenza. Depresión. Anestesia emocional. Alexitimia. Baja autoestima.

Trastornos Físicos:

Problemas en la alimentación, tanto compulsiva como en la pérdida de apetito. Dolores crónicos de cabeza, de estómago, enfermedades psicosomáticas como alergias, dificultades en el control de esfínteres, enuresis y encopresis. Perturbaciones en el sueño.

Comportamientos que se muestran en forma excesiva en niños victimizados: Agresión. Retraimiento. Sumisión. Hiperactividad. Negativismo. Temor (en especial a personas adultas). Hipervigilancia. Tendencias destructivas o autodestructivas. Regresión. Apatía y abatimiento. Quejas psicosomáticas. Fallas en la concentración. Rigidez corporal. Pobreza gestual. Voracidad. Seudo madurez. Hipersexualización. Problemas de aprendizaje. Fugas crónicas. Mentir. Robar.

Trastornos Conductuales

Trastornos Cognitivos:

Incluyen la percepción, la memoria, el lenguaje, el razonamiento, la inteligencia. Que se establece dentro de un criterio de realidad, apelando a un juicio sobre esta y buscando la adaptación.

Las distorsiones perceptivas de estos niños, tanto sobre sí mismos como sobre la realidad que los rodea los lleva a no poder hacer un buen uso de sus capacidades cognitivas.

La confusión (doble mensaje, roles disfuncionales, fronteras inadecuadas) de conductas y actitudes lo lleva a construcciones erróneas sobre su persona, el

concepto de padre, de madre, de familia, de amor, y odio y también de placer y dolor.

Las deficientes construcciones cognitivas que no dejan de estar unidas a afectos, le impiden percibir el mundo que lo rodea.

Existe también un empobrecimiento personal, ya que en esta tarea de protegerse a sí mismos mediante el aislamiento y la disociación, el mundo se va haciendo más estrecho, y por lo tanto hay menos posibilidades de conocerlo y aprender en las interacciones.

Distorsión de la percepción tanto de sí mismo como de la realidad y del esquema corporal

Fallas de la memoria como flash back y amnesias. Disminución del rendimiento escolar tales como fracasos, fallas en la atención, en la concentración (ausencias). Disociación.

Trastornos Sociales:

Estos niños, obligados a comportarse como adultos y a cumplir funciones que no les corresponden, llevan a la pseudo madurez.

El tiempo que debieron mantener los secretos sobre la transgresión conduce a comportamientos antisociales de retraimiento, pobreza de contacto y de comunicación.

El niño frente a la condena social que implica el incesto se percibe como estigmatizado, fuera de los cánones aceptados.

Sus modelos familiares los llevan a sentir una falta de confianza en el mundo adulto y por lo tanto una resistencia a crecer.

Retraimiento social. Trastornos en la socialización expresados en la dificultad para participar en las relaciones de interdependencia sanas, caracterizadas por el respeto, la empatía y la reciprocidad. Aislamiento. Estigmatización. Conflictos familiares. Pseudo madurez. (1)

Consideraciones clínicas acerca del niño asintomático:

La autora refiere que muchos de los niños que no presentan "síntoma" son los más seriamente perturbados o dañados en la configuración de su psiquismo o de su personalidad. La ausencia de sintomatología, es lo que solemos llamar niño "sobreadaptado", y esta fachada de sobreadaptación suele esconder personalidades con "falso self", personalidades "como si". Debajo de este niño "sin problemas", "no afectado", que rinde en el colegio y lleva una vida social aparentemente normal, se encuentran niños que desde temprano reconocen las necesidades narcisistas de sus padres, y sabiendo que de supervivencia se trata, se adaptan a ellas. En un ambiente donde ambos padres no reconocen las necesidades y deseos de estos niños, donde impera la represión de los sentimientos declarados inaceptables, la personalidad infantil va estructurándose, negando, aislando, reprimiendo y disociando la indignación, la frustración, la excitación y el miedo.

Debajo de la fachada de normalidad, encubren sentimientos de inseguridad, de pérdida de identidad, o de disociaciones simultáneas de las partes más vitales de su self. En el niño excesivamente complaciente, las defensas actúan

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

Autor: Asprelli, Ligia Gabriela

cerrando el registro de los sentimientos y la concientización de los mismos. El aislamiento es usado masivamente, el niño parece autómatas. La idealización de los progenitores está a favor de la preservación de los sentimientos de identidad, ya que reconocer al padre/madre como malo, y hacer consciente la real desprotección, despierta ansiedades de aniquilación muy poderosas. El niño, forzado a evitar integrar las imágenes contradictorias de sí mismo y de sus progenitores, suprimirá sus deseos de venganza y su hostilidad, pues estos lo aterran. Cuanta más hostilidad reprimida, más sumisión a la crueldad (más autoengaño), lo que genera un mayor sentimiento de peligro porque su propia agresión se incrementa y mayores serán los esfuerzos psíquicos por aislar, negar y reprimir, con la consiguiente devaluación de aspectos valiosos de su self.

La negación de los sentimientos de desaliento y depresión obedecen además de a la operatoria de la represión a una orden familiar que exige no sufrir, aceptar. Estos padres, tanto el padre abusivo, como la madre ausente, distante, aparecen persecutoriamente exigentes y controladores, alentando desarrollos tempranos en los niños que cubren sus propias necesidades narcisistas; de esta manera, el niño responde omnipotentemente, más allá de sus posibilidades madurativas, para evitar el enojo o el rechazo.

En estos niños, no aparece la posibilidad de registrar el peligro, niegan la presencia de riesgo o de temor. Los padres necesitan que estos hijos sean "adultos" en ciertos planos y "dependientes" e "infantiles" en otros, para poder moverse en el espacio determinado por ellos; desestiman el "no querer" o el "no poder", para sobreestimar el "deber ser". El temprano sometimiento hace que estos niños no puedan defender la privacidad con "oposición y pataleo", o con desobediencia y "actino out". La función del niño será protegerlos, cubrir ciertos estados depresivos, llenar vacíos, y mantener cierto equilibrio frente a crisis conyugales. (7)

Trauma

Para comprender la naturaleza del daño psíquico de todo niño que ha sufrido maltrato y ASI, debemos tener en cuenta el momento del desarrollo evolutivo del niño en que tuvieron lugar tales hechos y el concepto de trauma.

Un trauma psíquico ocurre cuando un golpe emocional intenso e inesperado o una serie de golpes asaltan a la persona desde afuera. Aunque el trauma viene desde afuera se incorpora en la mente. La persona probablemente no se sienta traumatizada hasta tanto no lo viva desde una postura de indefensión. La *indefensión* es un importante factor del trauma, dado que los niños pequeños son incapaces de responder tanto a la actitud impredecible de los padres como al caos prolongado, estas cuestiones escapan al control de ellos. La frecuencia del suceso traumático tiene también importancia

Hay dos tipos de víctimas, aquellas que lo sufrieron una sola vez y las que fueron victimizadas crónicamente, como en el incesto.

En el primer caso el hecho los toma de sorpresa, y los niños tienen una visión mas clara del evento.

En el segundo caso el niño difícilmente recuerde el trauma con claridad porque al haber sido una situación anticipada y temida se movilizan en él los mecanismos defensivos de la disociación.

Los traumas infantiles:

Al hablar de trauma psíquico infantil nos referimos a las consecuencias de una agresión exógena que provoca una sensación intensa de estrés, sufrimiento o dolor, y a la que al mismo tiempo, por su contenido, es difícil encontrarle un sentido o una explicación (sobre todo por el carácter de doble vínculo de los malos tratos). Las experiencias son psíquicamente traumáticas porque es muy difícil simbolizarlas después de haberles encontrado un sentido, es decir, comprenderlas. Sin entender lo que pasó es casi imposible recuperar los sentimientos de control sobre su entorno y de protección frente a nuevas agresiones.

Desde el punto de vista del contenido de las agresiones se distinguen:

- Los eventos traumáticos para señalar cualquier hecho o acontecimiento que produce dolor y estrés (dolor físico, dolor psíquico o una experiencia de amenaza vital) y que sobrepasa los recursos naturales del individuo y de sus apoyos sociales para calmar el dolor y encontrarle un sentido a lo sucedido. Esto como consecuencia de su contenido, intensidad o duración.
- Los procesos traumáticos para nombrar el conjunto de eventos dolorosos y/o estresantes que emerge de relaciones interpersonales significativas y cuyo contenido, su duración e intensidad agotan los recursos naturales del niño, así como el de sus fuentes de apoyo social. La consecuencia de esto es que el conjunto de acontecimientos perturba una parte o la totalidad de la vida afectiva, cognitiva, conductual y relacional del niño. Los malos tratos infantiles se corresponden con procesos traumáticos.

Las consecuencias de los procesos traumáticos:

Cuando el trauma se produce, provoca un impacto en las diferentes áreas de la personalidad del niño. Las consecuencias pueden ser **trastornos o mecanismos adaptativos**. Esto último corresponde a los mecanismos de defensa que el niño desarrolla para hacer frente al dolor y al estrés.

Consecuencias en el área afectiva:

- trastornos de la empatía
- trastornos emocionales
- trastornos de la autoestima

Consecuencias en el área cognitiva:

- trastornos cognitivos
- trastornos disociativos
- trastornos de la identidad

Consecuencias en el área conductual:

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

Autor: Asprelli, Ligia Gabriela

- conductas autodestructivas
- violencia hacia los demás

Consecuencias en el área relacional:

- trastornos del apego o de la vinculación

Trastornos en la capacidad de reflexión ética:

- el hecho de que sean los adultos los que provocan daño, hacen que el modelo ético que recibe y aprende esté condicionado por esa experiencia.

La culpa: Está presente en algún grado. La mayoría de los niños no lo manifiesta verbalmente, pero muchos lo hacen a través de sus conductas. El niño se siente responsable de lo que le ha pasado. Para llegar a esta conclusión, ha procesado cognitivamente lo siguiente:

- 1- Clasifica a las personas en buenas y malas
- 2- No puede permitirse considerar a sus padres como personas malas
- 3- Por tanto, la falta de sentido o explicación lógica a la situación de abuso le lleva a creer que es abusado porque es malo, porque se lo merece.
- 4- Él o ella es responsable de lo ocurrido, pues si no debería haber sido capaz de detener la situación abusiva (seudo capacidad de control). (2)

Se considera un *trauma psíquico* a aquel o a aquellos acontecimientos –que pueden ser sucesivos, acumulativos, o diferidos en el tiempo, y articulados por una significación personal y/o simbólica de los mismos-, que desbordan la capacidad del sujeto para poder procesarlos psicológicamente. Un individuo afectado no puede representar psicológicamente aquellos estímulos que han irrumpido en el psiquismo. Esto significa que no encuentra las palabras adecuadas para verbalizar lo sucedido, que no puede recordar determinados fragmentos del acontecimiento perturbador, o que su mente dispara cantidades de recuerdos fragmentados ya sea en forma de imágenes o sensaciones que no pueden ser articuladas en una narrativa bien armada o del todo inteligible, que no puede darle figurabilidad psíquica a sensaciones y reacciones somáticas que surgen al recordar el o los acontecimientos que a posteriori devinieron traumáticos.

Lo traumático no se caracteriza necesariamente por el evento en sí mismo, sino por la combinatoria entre la potencia traumatogénica del mismo por su cualidad violenta, y la imposibilidad del individuo de procesarlo, asimilarlo e integrarlo en su psiquismo.

Las consecuencias clínicas de las vivencias del trauma se expresan de dos formas: en la aparición de síntomas específicos, y en modificaciones de la personalidad.

En cuanto a los síntomas es frecuente observar la siguiente tríada sintomática, que se puede dar en forma conjunta, o uno de los síntomas por separado: re-experimentación (recuerdos, sueños a repetición sobre sensaciones, imágenes o recuerdos fragmentados y mezclados), evitación de aquellos estímulos que recuerden el acontecimiento perturbador (pensamientos, lugares, personas) y alteraciones del funcionamiento psicofisiológico (trastorno del sueño, irritabilidad, hipervigilancia, síntomas de ansiedad).

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

Autor: Asprelli, Ligia Gabriela

Con respecto a la personalidad se pueden observar cambios notorios como la desconfianza ante los desconocidos, el embotamiento emocional, tener una visión pesimista del mundo y de las relaciones humanas, etc.). (8)

Dentro de los aportes recientes, Benyakar, M. plantea que las situaciones disruptivas son aquellas situaciones fácticas que irrumpen en el psiquismo provocando vivencias de estrés o vivencias traumáticas. Conceptualmente no sería apropiado hablar de “situación traumática” cuando nos referimos a un hecho sorpresivo y perturbador de estas características.

Las situaciones disruptivas pueden ser traumatogénicas o estresogénicas, Ej. Catástrofes, guerras, etc. nos enfrentamos con situaciones amenazantes que pueden ser disruptivas o no, y ellas pueden ser estresogénicas o traumatogénicas, dependiendo de la forma que el psiquismo de un individuo determinado la vivencie.

Este autor diferencia conceptual y psicopatológicamente interesante entre vivencias de estrés y vivencias traumáticas. También alude al concepto de vivenciar traumático para referirse a los entornos disruptivos en los cuales una persona puede sufrir déficit de provisión afectiva, de cuidados sensibles:

Vivencia traumática: Se caracteriza por la articulación entre el afecto con la representación. Entonces las vivencias serán traumáticas cuando el afecto emerja sin representación. Esta vivencia será circunscripta en el tiempo y el espacio. Pueden aflorar al tener que enfrentar repentinamente situaciones disruptivas extremas, pero también pueden desencadenarse en eventos triviales de la vida cotidiana.

Se trata de una vivencia que persiste en su carácter de no estructurada.

Vivenciar traumático: Es un modo por el cual el psiquismo establece su relación con el mundo externo en los primeros estadios de vida. A consecuencia de un déficit en el entorno, o sea una disfunción maternante con un holding deficiente, se va gestando una relación mundo interno mundo externo en forma tal que el afecto comienza a ser escindido de la representación, desarrollándose así fenómenos alexitímicos, etc. Estos serían la base para el desarrollo de los desórdenes de personalidad como el borderline o el narcisista, enfermedades psicosomáticas.

Vivencia de estrés: Es la consecuencia de la aparición ya sea real o fantaseada de una situación disruptiva. El psiquismo al detectar la amenaza comienza a producir defensas no adecuadas que emergen en forma de síntomas. Al hablar de vivencia traumática nos referimos a un psiquismo desvalido y sin defensa, mientras que al hablar de la vivencia de estrés nos hallamos frente a un psiquismo cuyas defensas emergerán en síntomas. La defensa principal de la vivencia traumática es la disociación mientras que en las situaciones de estrés es característica la negación o la desmentida del nivel de sobrecarga emocional y tensional.

Vivenciar de estrés: Al igual que en el vivenciar traumático, en los primeros días de vida a consecuencia de un déficit en el entorno, se va gestando una relación mundo interno mundo externo que a diferencia del vivenciar traumático dominado por el desvalimiento, desarrolla defensas inadecuadas estableciendo

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

Autor: Asprelli, Ligia Gabriela

estados de ansiedad y angustia que emergerán como los desórdenes de ansiedad en sus diferentes formas. (9)

Terr (1991, op. Cit. Por Cía 2007), plantea dos tipos de situaciones traumatogénicas: Los traumas de tipo I son aquellos eventos cortos e inesperados mientras que los traumas de tipo II son aquellas situaciones de tipos prolongados e ininterrumpidos, suelen ser perturbadores y disruptivos, o traumas de tipo interpersonal.

Características:

Traumas de Tipo I:

- 1-Eventos repentinos, peligrosos y abrumadores.
- 2- Experiencias traumáticas aisladas, por lo general, poco frecuente.
- 3- De duración limitada.
- 4- Eventos que son recordados en detalle y crean recuerdos más vívidos y completos que los del Tipo II.
- 5- Por lo general, conducen a síntomas típicos del TEPT, como son las ideas intrusivas, la evitación y la hiperactivación.
- 6- Tienden a ser reexperimentados.
- 7- La persona puede recuperarse, aunque en ocasiones la sintomatología puede cronificarse.
- 8- Ejemplos, ser víctimas de violación, catástrofes naturales, accidentes automovilísticos, asaltos a mano armada.

Traumas de Tipo II:

- 1- Traumas variables, múltiples, crónicos, y de larga duración, repetidos y anticipados.
- 2- Por lo general, son causados intencionalmente por el hombre.
- 3- La víctima suele sentirse sola, atrapada e incapaz de defenderse.
- 4- Los recuerdos son, por lo general, confusos, borrosos, aislados y disgregados, esto último, debido al mecanismo de disociación. A medida que pasa el tiempo la disociación se puede volver una forma de manejar la situación para que no sea tan dolorosa y abrumadora.
- 5- Pueden conducir a una visión equivocada de sí mismo y del mundo. Además, las personas damnificadas pueden tener sentimientos de culpa, vergüenza y desvalorización.
- 6- Generalmente conducen a problemas de carácter, modificaciones en la personalidad y trastornos de identidad de larga duración, las cuales se manifiestan a través de dificultades en las relaciones interpersonales, alejamiento de los demás, desconfianza en los vínculos afectivos cercanos, disminución de la capacidad afectiva y de la reactividad emocional.
- 7- Los intentos de autodefensa pueden involucrar el uso de respuestas disociativas, negación e insensibilidad o anestesia afectiva, el aislamiento, el abandono de uno mismo, y el consumo de drogas.

8- Ejemplos de esta clase de situaciones serían el **abuso sexual** o físico continuo, malos tratos reiterados, torturas o secuestros con reclusiones prolongadas.

Trastornos relacionados con el trauma psíquico

El DSM-IV-TR (APA 2001) presenta tres subtipos de Trastornos por Estrés:

- 1- Agudo: Si la duración de los síntomas es menor de 3 meses (durante las primeras 4 semanas).
- 2- Crónico: Si la duración de los síntomas es de 3 meses o más (desde el primer mes).
- 3- De Inicio Demorado: Si el inicio de los síntomas se manifiesta con posterioridad a los 6 meses de ocurrido el hecho (después de los 6 meses).

Criterios para el diagnóstico de TEPT (DSM IV)

- A) La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que:
- Ha experimentado, presenciado, o le han explicado uno (o más) acontecimientos, caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
 - Ha respondido con temor, desesperanza o con horror intensos.
- B) La persona **reexperimenta** persistentemente el acontecimiento traumático mediante uno o más de los siguientes síntomas:
- Recuerdos del acontecimiento (imágenes, pensamientos o percepciones) recurrentes e intrusivos causantes de malestar.
 - Sueños recurrentes sobre el acontecimiento que son causantes de malestar.
 - La persona “actúa como si” o “tiene la sensación de que” el acontecimiento traumático está ocurriendo (reviviscencias, ilusiones, alucinaciones, flashbacks).
 - Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento.
- C) **Evitación** persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo, indicado por 3 o más de los siguientes:
- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el acontecimiento traumático.
 - Esfuerzos para evitar actividades, lugares, o personas que despiertan recuerdos del trauma.
 - Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
 - Disminución marcada del interés o la participación en actividades significativas.
 - Sentimientos de distanciamiento de otros.
 - Restricción de la vida afectiva.

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

Autor: Asprelli, Ligia Gabriela

- Sentimientos de un futuro desolador.
- D) Síntomas persistentes de **hiperactivación**, indicados por 2 o más de los siguientes:
- Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
 - Irritabilidad o ataques de ira.
 - Dificultades de concentración.
 - Hipervigilancia.
 - Respuestas de sobresalto exagerados.
- E) Los síntomas (B, C y D) se prolongan más de 1 mes.
- F) Las alteraciones producen malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes. (10)

El curso, evolución y pronóstico del TEPT dependen de la interrelación de factores ambientales, de la vulnerabilidad al estrés, de los rasgos de la personalidad previa y del substrato biológico. La evolución es crónica en más de un tercio de los pacientes.

En cuanto a los factores de riesgo para el desarrollo del TEPT, en todos los estudios realizados ha quedado demostrada la presencia de historia psiquiátrica personal, abuso en la infancia e historia psiquiátrica familiar. (11)

En el Trastorno Disociativo la intensidad de la conducta evitativa, del aumento de la activación o la historia traumática suele ser inferior a la del TEPT. De todos modos, al considerar la noción de espectro de los trastornos por trauma psíquico habría que incluir a los Trastornos Disociativos ya que en la etiología de los mismos se encuentran situaciones traumatizantes como abusos sexuales y físicos, tanto en la infancia como en la adultez. (11)

TEPT Infanto-Juvenil

Existen diferencias en la presentación de la enfermedad, atribuibles al estadio evolutivo del desarrollo y a factores del contexto socio-económico-cultural. La matriz social puede condicionar el riesgo, las características y el curso de la enfermedad.

Diversos aspectos vinculados al desarrollo también influyen sobre la actitud del niño frente a las amenazas recibidas, como son: el significado que les atribuye, sus maneras de afrontamiento, su capacidad de tolerancia, las expectativas acerca de la recuperación y la efectividad en adaptarse a los cambios secundarios a lo ocurrido.

Tienen un rol destacado las expectativas relacionadas al trauma, que se expresan a través de emociones, pensamientos y conductas del niño en desarrollo, incluyendo aspectos distorsionados sobre mundo, la seguridad de la vida interpersonal y el sentido de su integridad personal.

Las experiencias traumáticas alteran y tergiversan las expectativas infantiles, configurando conceptos catastróficos acerca de ellos mismos y los demás, lo cual genera una impronta sobre las actitudes presentes o pronósticos negativos acerca del futuro.

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

Autor: Asprelli, Ligia Gabriela

Esta aproximación, desde una perspectiva evolutiva, debe aplicarse al amplio espectro del TEPT del niño y adolescente, incluyendo:

- el riesgo de exposición
- estado psíquico previo y antecedentes genéticos
- frecuencia y duración del suceso
- la experiencia subjetiva del evento traumático
- la naturaleza y respuesta al distrés agudo
- la construcción y evolución de los recuerdos y narrativa traumáticos
- la naturaleza, severidad y curso de los síntomas relacionados al trauma
- la neurobiología de la enfermedad
- la influencia de factores de resistencia, vulnerabilidad o adaptación
- la influencia de los roles parentales en la valoración subjetiva del TEPT
- las relaciones con pares
- el medio escolar y comunitario
- las estrategias de intervención y prevención
- es muy importante los procedimientos médicos complejos y técnicas de rehabilitación para secuelas físicas o discapacidades. (11)

Psicofisiología

Pueden presentarse síntomas somáticos atribuibles a la hiperactividad autonómica, los cuales pueden ser tónicos o fásicos por naturaleza. Estos últimos se presentan con frecuencia ante recordatorios traumáticos. Las perturbaciones del sueño pueden ser severas y persistentes, en forma de insomnio, sonambulismo y pesadillas, los cuales perturban la capacidad de concentración y pueden repercutir negativamente en el aprendizaje. La hipervigilancia y las respuestas exageradas de sobresalto alteran los comportamientos usuales del niño y conducen a esfuerzos crónicos para garantizar su seguridad y la de sus allegados. Pueden manifestarse más irritables y agresivos, presentando una reducción de la tolerancia a las demandas familiares o amigos. Pueden presentarse muchos síntomas ansiosos, como conductas de mayor apego, preocupaciones acerca de la seguridad familiar o de amigos, temor a separarse de ellos. En ocasiones el cuadro se asemeja al TAG, y en otros casos, los síntomas son similares a los ataques de pánico completos o de síntomas limitados. Juegos sexuales, agresivos, conductas de automutilación o suicidas pueden simbolizar una reactivación traumática en niños que han sufrido abusos físicos o sexuales.

Si los niños han sufrido victimizaciones reiteradas y presentan conductas contradictorias en diferentes contextos, debe sospecharse un diagnóstico de trastorno de la personalidad múltiple u otro trastorno disociativo.

Los sucesos traumáticos también pueden agravar trastornos de aprendizaje pre-existentes, haciendo más difícil para el infante procesar lo acontecido. Esta exacerbación recíproca suele ser característica de los jóvenes que apelan al uso de drogas, como una estrategia de afrontamiento desadaptativa.

Los síntomas más prevalentes y que causan mayor dificultad en la vida de los niños que padecen TEPT son los siguientes:

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

Autor: Asprelli, Ligia Gabriela

- 1- Intentos de evitar “recuerdos” respecto del trauma y desinterés en sus actividades habituales.
- 2- Extrañamiento respecto de otras personas y del grupo de pares, trastornos de sueño, pesadillas, problemas somáticos y dificultades en el control de impulsos.

El TEPT no se presenta de la misma manera en niños que en adultos; los *niños muy pequeños* generalmente manifiestan por sí mismos pocos síntomas. Hamlen (1999) afirma que esto se debe a que 8 de los síntomas presentados en el DSM IV requieren de una descripción verbal de los sentimientos y sensaciones, así como de las experiencias vividas. En vez de estos síntomas, los más pequeños pueden evidenciar miedos generalizados (a extraños por ej), pueden presentar ansiedad de separación o evitación de situaciones – que pueden o no – estar conectadas con la situación traumática, trastornos en el dormir, así como pueden manifestar – con o sin palabras - preocupaciones que tengan relación o no , con el acontecimiento traumático. Uno de los síntomas clave es el juego postraumático, por medio del cual repiten, compulsivamente, secuencias del trauma, no siendo el objetivo del juego el aliviar ansiedades. A esto se le suma que estos niños generalmente, pierden ciertas habilidades que ya habían adquirido (Ej. el control esfintereano).

En *los adolescentes*, los síntomas se parecen más a los del adulto, salvo por los siguientes puntos:

- 1- A esta edad es muy probable que se vuelquen al “actino out”
- 2- Y a las conductas reactivas, en donde los adolescentes incorporan aspectos de la vivencia traumática a sus hábitos de vida.
- 3- De esta manera pueden manifestar conductas impulsivas y agresivas o abuso de alcohol y drogas. (11)

Las investigaciones demuestran que ***el curso de este trastorno*** es similar en niños y adultos. Encontraron que el grado de severidad del trastorno es directamente proporcional al monto de exposición de los niños al evento traumático. Las reacciones infantiles al trauma y sus manifestaciones sintomatológicas varían de acuerdo a la proximidad del hecho traumático.

Los niños y adolescentes que padecen este trastorno reviven, en forma persistente, el evento traumático en forma de pensamientos o imágenes intrusivas, recuerdos, sueños, pesadillas. Esta reexperimentación continua del trauma puede generarse a partir de estímulos que les recuerden el incidente (sonidos, olores, imágenes, etc) o de manera espontánea. Los sueños traumáticos de los niños incluyen la repetición del evento o sueños clásicos (son perseguidos por monstruos).

Con respecto a la hiperactivación autonómica, ésta se traduce en trastornos del sueño (en donde son frecuentes el sonambulismo y terrores nocturnos), irritabilidad, dificultad en la concentración, hipervigilancia, estallidos de agresividad e ira, etc.

Cuando se exponen a hechos que les recuerdan y simbolizan el trauma se dispara una gran ansiedad y temor. Estos niños evitan pensamientos y sensaciones que se asocien al trauma. Tienden a evitar actividades, personas

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

Autor: Asprelli, Ligia Gabriela

y lugares que se relacionen con el mismo. Por otro lado disminuye el interés que solían manifestar hacia actividades o pasatiempos significativos. Pueden sentirse extraños ante otras personas, incluyendo otros niños, manifestando una vivencia de inafectividad y de un futuro acotado y breve, así como la sensación de que ya no son los mismos. Este sentimiento de ser diferentes, de vergüenza, de desvalorización, infelicidad y culpa, muchas veces, en los adolescentes el abuso de drogas y/o alcohol, la inhibición social, las automutilaciones y las fobias.

El no poder estar con otras personas o niños, como solían hacerlo, los hace sentir solos y separados del grupo de pares. Pierden la sensación de seguridad y manifiestan la sensación de que la vida pierde sentido. (11)

Que influencia tiene el desarrollo sobre las reacciones de estrés postraumático (Nacional Chile Traumatic Stress Network)

La edad, la fase de desarrollo, la madurez y la experiencia pueden influenciar la forma de reaccionar al estrés postraumático. Más de 20 años de estudio han confirmado que los niños de edad escolar y los adolescentes pueden manifestar toda la gama de reacciones al estrés traumático que se ve en los adultos.

- Niños pequeños: es extremadamente duro para ellos sentir que no están siendo protegidos cuando sucede algo traumatizante. Podrían reaccionar tornándose pasivos y callados y alarmándose con facilidad. Es posible que se sientan menos seguros aunque estén recibiendo protección. Algunos niños mantienen fija en su mente alguna acción central: que les están pegando por ej. Algunos tienen pensamientos sencillos relacionados con protección: mami llamó a la policía por ej. Pueden responder a recordatorios muy generalizados, como al color rojo o al sonido del llanto de otro niño. Los efectos del miedo pueden obstruir el aprendizaje reciente: orinarse en la cama, hablar como bebé por ej.
- Niños en edad escolar: incluyen una gama más amplia de imágenes y pensamientos intrusos. En esta edad piensan sobre muchos momentos de terror durante la experiencia traumatizante que han vivido. Repasan lo que hubiese impedido que eso sucediera y qué hubiese logrado que los resultados hubiesen sido diferentes. Este pensamiento puede salir a relucir en el juego traumático. Responden a recuerdos muy concretos: a alguien con un peinado parecido al del abusador, lugares u objetos particulares que le recuerdan el episodio por ej. Pueden sentirse tan solos como cuando vivenciaron esa experiencia. Es muy probable que lleguen a desarrollar nuevos temores específicos relacionados con el peligro original. Es muy posible que sientan “miedos recurrentes” y que el resultado sea que evadan incluso el participar en las actividades placenteras que solían disfrutar. Más que ningún otro grupo, pueden pasar, a ratos, de un comportamiento tímido o retraído a una conducta inusualmente agresiva. Algunos llegan a contemplar pensamientos de venganza por algo que no

hay modo de resolver. A esta edad se les pueden perturbar con facilidad patrones normales de sueño; por lo tanto se despiertan cansados. El no poder descansar aunque duerman, puede interferir con su capacidad de concentración durante el día y hacer que no puedan prestar atención. Puede hacerseles difícil estudiar porque están siempre en alerta, en espera de que algo suceda alrededor.

- **Adolescentes:** tienen dificultades adicionales con las reacciones al estrés postraumático. Es fácil que ellos interpreten muchas de estas reacciones como regresivas o infantiles. Es posible que interpreten sus reacciones como símbolo de que “están enloqueciendo”, de que son débiles o de que son diferentes a los demás. Algunos se sienten avergonzados por las rachas de miedo que los invaden y por las reacciones psicológicas exageradas que experimentan. Tal vez alberguen la creencia de que por su dolor y sufrimiento son únicos en su clase. Estas reacciones podrían tener como resultado la sensación de aislamiento personal. Las reacciones de aflicción, independientemente de cuan dolorosas pudieran ser, son más fáciles para ellos de comprender y de aceptar que las reacciones postraumáticas de estrés. Los pensamientos postraumáticos de los adolescentes tienen que ver con comportamientos y selecciones que se remontan a mucho antes de que ocurriera la situación traumatizante. Son también muy sensibles a la impotencia de la familia, de la escuela y de la comunidad por no protegerlos y por no imponer justicia. Otra posible reacción es que empiecen a fascinarse por daños o muertes grotescas y que se concentren demasiado en sus propias cicatrices que les sirven a diario del recordatorio del trauma.

Del mismo modo que los niños pequeños usan a veces el juego para reaccionar a sus experiencias, los adolescentes tienden a representar situaciones peligrosas y reaccionan con gran agresividad “protectora” a una situación muy cercana a ellos. Ante un recordatorio pueden conducirse yéndose a uno de dos extremos: tornarse tan imprudentes que puedan ponerse a sí mismos o a otros en peligro, o la conducta puede ser tan evasiva que podría descarrilar sus años de adolescencia. La vida evasiva de un adolescente puede pasar desapercibida. Pueden tratar de deshacerse de sus emociones postraumáticas y de sus reacciones físicas mediante el uso de alcohol o drogas. Pueden esconder su incapacidad para dormir estudiando o viendo televisión hasta tarde en la noche, o yéndose continuamente de “fiesta”. Cuando se mezclan los pensamientos adolescentes de venganza con los sentimientos regulares de invulnerabilidad, resulta una combinación peligrosa. (12)

La gravedad y duración de las reacciones de estrés postraumático en esta población:

Las reacciones de los niños y adolescentes al estrés postraumático pueden caer en una escala entre leve y grave, pueden durar pocos o muchos años, y

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

Autor: Asprelli, Ligia Gabriela

mejorarse de vez en cuando pero sólo para empeorar en distintas ocasiones. Y estas diferencias dependen de la gravedad de la experiencia que tuvo el niño. Mientras peor sea la violencia mientras más amenazas y heridas, mientras más episodios se hayan producido o exposiciones, más graves y duraderas serán las reacciones de estrés postraumático. También es importante la experiencia subjetiva que tenga el niño en cuanto a sí mismo y a sus seres queridos (miedo a que otros sufran daños). El ASI puede conducir a reacciones más graves, por la intensificación de sensaciones físicas y sensación de irrealidad. El sentimiento de culpa también empeora las reacciones de este cuadro. (11)

El trauma crónico o repetido:

¿Qué sucede si la violencia, la vejación, o el trauma ocurre repetidas veces, o si el niño o adolescente ha pasado por varios tipos de trauma durante sus años de desarrollo? Es posible que nunca tengan ni el tiempo ni el respaldo para recuperarse de las reacciones de estrés ocasionado por un trauma cuando a éstas se le han sumado nuevas reacciones. Haber pasado antes por sucesos traumatizantes nunca endurece a un niño. En cambio, los efectos pueden acumularse y cada vivencia sucesiva puede conducir a reacciones crónicas de estrés postraumático y a otras consecuencias de desarrollo. De hecho cada vez que experimenta una nueva experiencia traumatizante puede tener reacciones aún más intensas. (11)

El impacto en el desarrollo:

En los primeros años de la niñez, el cerebro está en proceso de crecimiento. Durante esos años, la negligencia, el MF y ME, así como el ASI pueden afectar el desarrollo normal del cerebro, incluso el tamaño de partes del cerebro que nos ayudan a controlar nuestras respuestas al peligro.

En los niños de edad escolar, el cerebro no está creciendo tanto, pero está adquiriendo más capacidad de manejar las reacciones automáticas al peligro, como el reflejo de sobresalto. El trauma puede demorar el desarrollo de esa destreza y hacer que estén siempre demasiado atentos a ruidos o a otros estímulos provenientes del mundo exterior. Por tanto se les hará más difícil concentrarse, estudiar y controlar su conducta cotidiana.

El cerebro controla también las hormonas del cuerpo. Durante la pubertad ocurren grandes cambios hormonales. Algunos pueden comenzar temprano en niños que han sido abusados sexualmente durante la preadolescencia. Hay un conjunto importante de hormonas que nos ayudan a lidiar con el peligro y el estrés. Al llegar a la adolescencia los niños muestran cambios en los niveles de esas hormonas de estrés (como los cambios que se ven en los veteranos que han estado en combate). Estos cambios podrían afectar a la salud a largo plazo. (11)

Madurez emocional

Otra meta importante del desarrollo. El estrés traumático interfiere con esta. Los niños más pequeños están aprendiendo cómo se denominan las emociones y a manejarlas con la ayuda de los adultos. Durante un trauma, el miedo intenso aplasta los primeros esfuerzos de los más pequeños para manejarlas.

En los niños de edad escolar que están aprendiendo a diferenciar y manejar las emociones más difíciles (Ej. a diferenciar entre poco asustado y demasiado asustado, un poco enojado o demasiado enojado), al pasar por traumas, la intensidad y velocidad de las emociones empañan estas diferencias y las llevan hasta el extremo. Los que están en edad escolar pueden reprimir su vida emocional por miedo a que las emociones cotidianas afecten sus mejores atributos. Pueden estar mucho más concientes de lo que sienten en su interior y lo que creen pueden decirles a otros. La vergüenza y la culpabilidad pueden llevarlos a guardar en secreto sus sentimientos. Los sentimientos de venganza también pueden interferir con sus esfuerzos para manejar sentimientos agresivos constructivamente y conforme a las reglas.

Las emociones durante la adolescencia, les crean problemas adicionales porque es al ir madurando que van aprendiendo sobre los orígenes y las consecuencias de emociones fuertes. Esto es parte de la capacidad que van adquiriendo para entrar en un mundo social más amplio y para lograr tener vida íntima con otros. Un adolescente puede percatarse de la maldad de un abusador, violador. Puede sentir el dilema doloroso de protegerse así mismo o actuar heroicamente u optar por socorrer a otros de un peligro amenazante. Pueden sentir mucha culpa si una acción “de ellos” le ocasiona daño a otro. Incluso pueden dejar de prestarle atención a amigos íntimos que no responden en forma adecuada a lo que les ha pasado. Pueden meterse en actividades altruistas, retirarse y encerrarse emocionalmente u optar por ambas cosas.

Los niños y adolescentes están desarrollando confianza en el “contrato social”. Después de enfrentarse a experiencias traumáticas, éste se verá cuestionado explícita o implícitamente (reglas, intereses, bienestar, confianza). (11)

Eventos traumáticos como el ASI, dejan secuelas a corto y largo plazo.

Las secuelas a corto plazo, aparecen dentro de los dos primeros años de ocurrido el hecho: temores, culpa, ira y enojos, vergüenza, hostilidad, bajo nivel de autoestima, dolencias físicas y somáticas, desempeño social deficiente, depresión, alteraciones de la conducta sexual y una mala imagen de sí mismo. Entre las secuelas a largo plazo aparecen los siguientes síntomas: depresión, trastornos emocionales, bajo nivel de autoestima, problemas sociales, abuso de sustancias, prostitución, alteraciones sexuales, problemas de interrelación, trastornos somáticos, y la más severa de todas, suicidio.

Para poder diagnosticar un TEPT, por definición, debe haber existido un acontecimiento traumático único o reiterado, de suficiente gravedad como para producir manifestaciones y consecuencias en las esferas bio-psico-social, en individuos vulnerables.

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

Autor: Asprelli, Ligia Gabriela

El TEPT infantil pocas veces surge inmediatamente después de que el evento traumático tuvo lugar y, en ocasiones, se manifiesta meses más tarde.

Otra manifestación, características de niños con TEPT, es la estructura y el contenido de sus juegos. Lo cual se refiere a la repetición "en bruto" y constante de algún elemento de la experiencia vivida; esto es: repetición sin ningún tipo de procesamiento del evento, escenas de violencia o juegos sexualizados.

En adolescentes, las conductas reactivas son las que suscitan las manifestaciones más severas.

Las conductas reactivas en los niños pueden ser: Llanto, introversión, huida o refugio en la fantasía, juegos repetitivos.

Las conductas reactivas en los adolescentes pueden ser: Abuso de sustancias, depresión, suicidio, agresividad y hostilidad, aislamiento, cambios de personalidad.

En cuanto a la evitación, los niños que sufren este trastorno hacen esfuerzos activos para evitar cualquier recuerdo o estímulo que provoque el trauma. Técnicamente hablando, el DSM IV sostiene que los recuerdos traumáticos son aquellos estímulos condicionados que provocan respuestas relacionadas al evento traumático mismo. Los más comunes son: el lugar donde el hecho fue perpetrado; la ropa que utilizaban; la hora en que tuvo lugar; las actividades que se encontraban realizando previas al incidente; las condiciones que precipitaron el suceso (ambientales), objetos potencialmente peligrosos, la sensación de impotencia (gritos de ayuda, llantos, taquicardia, momentos de soledad); los resultados no deseados del evento (sangre, mirada fija y pupilas dilatadas), así como otros signos de peligro: ruidos fuertes, explosiones. (11)

*Varios factores inciden en el desarrollo del **TEPT en los niños**, en especial en los abusados sexualmente (Downs 1993):*

- Aspectos de la relación abusiva misma (ej.: si los actos fueron varios o sólo uno, la duración y la frecuencia, el tipo de relación que el niño mantenía con el perpetrador del abuso).
- Aspectos específicos del acto sexual abusivo (ej.: la violencia ejercida, la duración, la frecuencia, cuanto mayor cercanía o intimidad familiar, tanto mayor será el trauma resultante, las amenazas, etc.).
- Los recursos de la víctima para afrontar el evento, etc. (11)

Al combinar los siguientes factores causales en un trauma sexual, se genera un TEPT más severo:

- Si el perpetrador es uno de los padres
- Si el contacto sexual es muy frecuente
- Si es de larga duración
- Si se emplea la violencia para doblegar al niño/a
- En los casos en los cuales hay penetración
- Cuando no hay contención familiar, en especial de la madre. (11)

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

Autor: Asprelli, Ligia Gabriela

Brice D. Perry (1994) destacó que uno de los grupos que considera más afectados, está integrado por los niños que habían sido gravemente traumatizados durante una edad muy temprana (durante los 3 primeros años de vida). En la mayoría de los casos estos niños no relacionaban sus síntomas con su historia de abusos traumáticos, especialmente en aquellos que habían sido abusados antes de los 4 años de edad, el recuerdo cognitivo del trauma no se encontraba presente. De esta manera, es fácil observar por qué el TEPT en niños pequeños resulta subdiagnosticado. (11)

Neurobiología

Cuando un sujeto es expuesto a un peligro real o supuesto, una serie de reacciones neurofisiológicas ocurren en el encéfalo, en el SNA, en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) y en el sistema inmunitario. Estas respuestas le permiten al organismo desempeñar las conductas necesarias para poder sobrevivir ante un peligro.

Durante el estrés agudo la activación neurofisiológica es rápida y reversible. En cambio cuando el evento se prolonga, ocurren una serie de ajustes y adaptaciones en el mediano y largo plazo. Los sistemas neuroquímicos, en particular el noradrenérgico y serotoninérgico, que media las respuestas de estrés, cambian, volviéndose más sensibles ante estos eventos. Se producen cambios en el segundo y tercer mensajeros intracelulares los cuales generan una alteración del fenotipo, que se manifiesta en cambios importantes en las proteínas reguladoras y estructurales, incluyendo a todo el sistema de procesamiento de información del SNC. Finalmente, la expresión alterada de estas proteínas, modifica la capacidad de respuesta del sistema catecolaminérgico que interviene en el estrés. Esto se puede relacionar clínicamente con la hipervigilancia, la labilidad afectiva, la ansiedad, la disforia y el aumento de la actividad y reactividad autonómicas manifestadas por el TEPT.

Como consecuencia neurobiológica de los traumas infantiles se puede alterar el funcionamiento del sistema catecolaminérgico. Los patrones anormales de actividad catecolaminérgica-asociados con los eventos traumáticos ocurridos durante la infancia- pueden dar, como consecuencia, un déficit en el desarrollo del SNC.

Las catecolaminas tienen un rol muy importante durante el desarrollo, ya que determinan las propiedades funcionales críticas de las neuronas maduras en donde se encuentran, incluyendo la densidad de los receptores para la neurotransmisión. Alteraciones en los patrones, en el timing y el monto de la actividad catecolaminérgica, durante el desarrollo infantil y adolescente, pueden dar como consecuencia un desarrollo alterado del sistema noradrenérgico y de las funciones que éste mediatiza.

De esta manera los niños pequeños corren el riesgo de desarrollar vulnerabilidades o cambios permanentes en la diferenciación y organización neuronal. En este sentido, puede considerarse al **TEPT pediátrico crónico como un trastorno del desarrollo.** (11)

La estructura cerebral en el TEPT infantojuvenil

- Reducción hipocámpica en adultos que han sido abusados de niños (Stein, 1999)
- El volumen hipocámpico izquierdo es un 5% menor que en adultos normales (Stein, 1999)
- En adultos vicitimizadas de niños, la atrofia hipocámpica izquierda es de un 12% (Bremner, 1997)
- Actualmente se está investigando la posibilidad de que el tamaño del hipocampo reducido haya precedido al TEPT y sea un factor de riesgo en su desarrollo

En síntesis, en el TEPT se evidencia lo siguiente: hiperrespuesta amigdalina, una deficiente función hipocámpica y una disminución de su tamaño, una inadecuada inhibición de la amígdala, hipersensibilidad de los receptores glucocorticales y una disfunción catecolaminérgica. (11)

Consecuencias del ASI

Los daños emocionales y psicológicos a largo plazo, suelen ser muy severos, ya que no existe un niño que esté psicológicamente preparado para hacer frente a un estímulo sexual de estas características.

Según la American Academy of Chile and Adolescent Psychiatry (1998), ni siquiera los niños más pequeños, de 2 o 3 años de edad, que no pueden saber qué implica el ser “abusado” no que esto es “malo”, desarrollarán problemas como resultado de su inhabilidad para hacerle frente a esta sobreestimulación.

Una de las principales consecuencias es la amnesia parcial o total del suceso traumático.

En todos los estudios realizados sobre el tema (Belicki y col. 1994; Briere y Conte 1993; Cameron 1996; Loftus, Polonsky y Fullilove 1994; Van der Kolk y Fislser 1995), se observa en muchos casos, amnesia y estados disociativos como resultados, a largo plazo, de un ASI.

Según la American Academy of Chile Adolescent Psychiatry (1998), cuando el niño tiene ya 5 años o más, conoce y aprecia al que lo abusa, se siente atrapado entre su afecto por esa persona y el conocimiento de que lo que está pasando es malo. Cuando los abusos sexuales ocurren en la familia, el niño puede desarrollar diferentes sentimientos hacia quien lo abusa y, a la vez, puede sentir miedo a los sentimientos y reacciones de los otros miembros de la familia (de ira, celos, credibilidad de lo ocurrido o vergüenza). De esta manera cuando es víctima de un abuso sexual prolongado y repetido, comienza a perder la autoestima, tiene la sensación de que no vale nada y adquiere una perspectiva anormal de lo que es la sexualidad. Por estas razones comienza a tener problemas en relacionarse con otras personas, a menos que estas relaciones tengan una base sexual. Otras veces, ellos mismos se convierten en adultos que abusan de otros niños o se entregan a la prostitución.

A menudo este daño severo en los niños, se expresa recién en la adolescencia o aún más tarde, cuando muchos de ellos se convierten en padres abusivos y maltratan a sus propios hijos.

Personalidad. Influencia de los traumas acumulativos interpersonales en la génesis de los desórdenes de la personalidad:

Se pueden establecer tres formas de relación entre los conceptos de trauma y personalidad:

- Las personas que han tenido traumas puntuales en la temprana infancia o en períodos sensibles de su desarrollo, los cuales han dejado “marcas” en su personalidad al modo de rasgos desfavorables para si mismo y/o para los demás.
- Traumas sufridos en la adultez que generaron modificaciones en la personalidad habitual.
- Los traumas acumulativos interpersonales que se produjeron en la infancia y que dejaron como residuo un déficit en el desarrollo emocional y psicológico tanto del Self como en el Yo. (8)

Traumas Acumulativos Interpersonales:

Este tipo de trauma consiste en la repetición de eventos reales y desfavorables en la historia vincular del sujeto, y que puede comenzar en la infancia. Abarca situaciones que van desde la violencia verbal y/o física, el abuso sexual, hasta distintas modalidades de parentalidad disfuncional (Marrone, 2001) como las constantes amenazas o la descalificación permanente por una figura parental hacia su hijo/a. La particularidad del trauma acumulativo interpersonal, su mayor potencia traumatogénica, reside en el hecho de padecer generalmente el maltrato justamente por parte de una figura de apego o vínculo afectivo cercano y prolongado de los cuales se esperaba cuidado, apoyo y protección. (8)

En cuanto a las categorías actuales relacionadas con el trauma acumulativo, Cía A. (2001) se refiere al:

TEPT COMPLEJO O TRASTORNO POR ESTRÉS EXTREMO (TEE), cita a Herman (1992), quien describió un perfil clínico de individuos que habían experimentado la exposición prolongada y repetida a sucesos traumáticos. Incluyen: ser secuestrado, prisionero de guerra o de un campo de concentración, ser víctima de violencia doméstica, abuso físico, sexual infantil y explotación sexual organizada. Estos traumas interpersonales prolongados y repetidos pueden producir alteraciones en la:

- Regulación de los afectos, en forma de disforia persistente, rabia o conductas sexuales explosivas o, por el contrario, totalmente inhibidas.
- Percepción del Yo, como sentido de desesperanza, vergüenza, culpa, estigmatización, auto desvalorización o extrañeza.

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

Autor: Asprelli, Ligia Gabriela

- Conciencia, en forma de estados disociativos, rumiaciones, amnesia o despersonalización.
- Percepción del perpetrador: deseos de venganza, gratitud paradójica, aceptación de sus motivos y sistemas de creencia.
- Relación con los demás: aislamiento, confianza persistente, conductas de riesgo, ruptura de relaciones íntimas, búsqueda de alguien que los rescate.
- Sistema de creencias: pérdida de fé, sentido de desesperanza o desesperación.

Comorbilidad entre el TEPT y los Trastornos de la Personalidad. TEPT y Trastorno Borderline:

Los individuos con TBL muestran vínculos de apego predominantemente de tipo preocupado, asociados con experiencias traumáticas no resueltas, y también evidencian una notoria reducción de la capacidad reflexiva o de mentalización.

(Fonagy y cols. 1998) refieren que algunos individuos con TP, y que fueron víctimas de ASI, lograron afrontar la situación evitando detectar cuáles eran los pensamientos que tenían sus figuras de apego cuando los maltrataban. El hecho de que en forma continua tengan que desarticular defensivamente su capacidad de imaginar estados mentales en sí mismos y en otros, los deja operando sobre impresiones inadecuadas y esquemáticas respecto a los pensamientos y a los sentimientos. Se vuelven entonces inmensamente vulnerables en todo lo que son relaciones íntimas. Surgen de esto 2 hipótesis:

- 1- Los individuos que viven situaciones traumáticas tempranas pueden, defensivamente, inhibir su capacidad de mentalizar.
 - 2- Algunas características de los trastornos de la personalidad pueden estar arraigadas en patologías evolutivas asociadas con esta inhibición.
- (8)

Trastornos disociativos (DSM IV)

Disociación falta de integración normal entre pensamientos, sentimientos y experiencias en la corriente de la conciencia y de la memoria.

Según la American Psychiatric Association 1994: La característica esencial de los trastornos disociativos es una alteración de las funciones, normalmente integradas, de la conciencia, la memoria, la identidad o la percepción del medio.

Se clasifican en:

- Amnesia Disociativa_(antes amnesia psicógena)
- Fuga Disociativa (antes fuga psicógena)
- Trastorno de Identidad Disociativo_(antes personalidad múltiple)
- Trastorno de Despersonalización
- Trastorno Disociativo no especificado. (10)

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

Autor: Asprelli, Ligia Gabriela

Disociación en la infancia y adolescencia. Su relación con el ASI:

Es posible encontrar diversas definiciones de *disociación*:

- Una disrupción en las usualmente integradas funciones de la conciencia, memoria, identidad o percepción del ambiente, según el DSM IV.
- Una separación organizada de procesos mentales tales como pensamientos, recuerdos, sentimientos y sentido de la identidad. Un proceso psicofisiológico que produce una alteración de conciencia ante un disparador psicodinámico. Richardson, L.

Un punto central que atraviesa todas las definiciones, es que la disociación debe ser entendida como un continuum que incluye una basta cantidad de experiencias y/o síntomas partiendo de una disociación normal (por ejemplo, un estado de abstracción al leer un libro o mirar una película, o los compañeros imaginarios de juego en los niños pequeños), hasta llegar a su extremo más severo que es el trastorno disociativo de la identidad (TDI). En medio es posible encontrar fugas y amnesias disociativas, despersonalización y desrealización. El desarrollo de los trastornos disociativos se encuentra particularmente ligado a la vivencia de experiencias traumáticas, o cuanto menos a situaciones de alto nivel de estrés psicológico. *En el caso del TDI, el maltrato infantil crónico y severo y el incesto aparecen como causas etiológicas primerísimas.* Se suele hablar de la disociación como una “técnica de supervivencia” altamente creativa, en tanto y en cuanto permite al individuo soportar circunstancias amenazantes, desesperantes y extremadamente difíciles, preservando ciertas áreas de funcionamiento saludable.

Para poder entender exactamente la relación entre disociación y abuso sexual infantil es necesario considerar en primer lugar que el abuso sexual es por definición una situación traumática, entendiendo por trauma a aquellas experiencias abrumadoras y fuera de control que impactan psicológicamente en las víctimas creando en ellas sentimientos de impotencia, vulnerabilidad, pérdida de la seguridad y pérdida de control (James, B. 1989). Estas experiencias o eventos son externos, pero por su intenso impacto emocional rápidamente son incorporados a la mente (Terr, L. 1990). El hecho de que el agente del trauma sea otro ser humano y, además, una persona familiar de quien el niño depende particularmente agrega una mayor intensidad al trauma mismo (Moreno, P.1997).

Cuando el ser humano se enfrenta a una situación traumática abrumadora de la cual no tiene escape físico real, la respuesta puede ser el escape mental: el “irse” con la mente.

En las situaciones de ASI, el niño no tiene escapatoria: la diferencia de edad, de poder, el lugar que ocupa la figura que ejerce el abuso, el uso de la violencia, la coerción o la amenaza, y básicamente la familiaridad (el sencillo y terrible hecho de que la mayoría de los abusos sexuales son intrafamiliares y por lo tanto ocurren en los lugares donde el niño vive, come y duerme, junto con quién abusa de él) hacen que el escape físico de las situaciones de abuso sea en principio-imposible, cuanto menos fallido. Muchos niños describen las

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

Autor: Asprelli, Ligia Gabriela

estrategias que utilizan para desestimar el acercamiento del abusador, como por ejemplo, taparse la cara con la frazada, darse vuelta hacia la pared cuando estaban en la cama o evitar quedar a solas con el abusador; muchas de estas estrategias fallaron la mayoría de las veces, y el abuso continuó. Quienes han podido hablar de sus estrategias de “irse con la mente”, cuentan, por ejemplo, que repasaban mentalmente las tablas de multiplicar, o pensaban en la tarea que debían preparar para el colegio, o se concentraban mirando el techo o una ventana. Todas estas situaciones que les permitían no colocar el foco de su atención en lo que les estaba sucediendo. Sin embargo, el abuso no por ello cesaba, y el registro de lo que sucedía igualmente entraba al psiquismo.

Pero la descripción de tales estrategias de escape mental no siempre está disponible para el clínico que evalúa o trata al niño. Esto es así, o bien porque se trata de edades muy tempranas, donde el uso del vocabulario es especialmente limitado para explicar estas experiencias, o bien porque el repetido uso de la defensa disociativa logró cronificarse hasta el punto de compartimentalizar la información discordante generando en el niño la clara vivencia de que nada le sucedió. En principio se podría decir que la disociación resultó exitosa.

Se dice que la disociación cumple determinadas funciones “protectoras” cuya finalidad es precisamente evitar que se re-vivencien los eventos traumáticos. Algunas de estas funciones serían: escapar de la realidad, aislar las experiencias catastróficas del conocimiento conciente, encapsular el recuerdo del evento traumático y sus afectos asociados, acomodar dentro del psiquismo información y afectos extremadamente discordantes, proteger del dolor físico, preservar partes del sí mismo intactas-tal como eran antes del evento traumático-, esconder sentimientos que sería inacatable mostrar, porque el niño siente que lo colocarían en riesgo, o `porque lo harían más vulnerable (así por ejemplo, no podría demostrar un intenso enojo, rabia o incluso temor hacia quien abusa de él, por temor a que esto desencadenara la concreción de las amenazas de daño, o pérdida recibidas como forma de mantener silencio y el secreto sobre el abuso).

Pero si la disociación es un continuum que comienza en una disociación “normal”, ¿cuál es, entonces, el punto en el cual se transforma en patógena y escala hacia trastornos mayores?

En el caso particular de la infancia, el grado en el que los síntomas interfieren en el desarrollo y funcionamiento cotidiano del niño, incluyendo su capacidad de aprendizaje y de mantener una conducta adecuada a la edad y una continuidad en su memoria, determinarían hasta qué punto la disociación se ha transformado en patógena.

Las dificultades para determinar claramente la presencia de un trastorno disociativo en la infancia radican en que algunos indicadores pueden estar compartidos con otros trastornos, o pueden ser confundidos con características evolutivas normales.

Los indicadores más destacados por distintos autores a la hora de considerar un trastorno disociativo en niños y adolescentes son:

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

Autor: Asprelli, Ligia Gabriela

- Presencia de períodos recurrentes de amnesia o pérdida de memoria que abarcan períodos determinados de tiempo.
- Frecuentes estados de tipo trance o como si “estuviera en otro mundo”.
- Fluctuaciones importantes de la conducta que incluyen cambios drásticos en esta (apariciencia, estilo de escritura, vestimenta) y en el rendimiento escolar, o variaciones en las habilidades sociales, cognitivas y /o físicas.
- Referirse a sí mismo en tercera persona, o como “nosotros/as”, usar otro nombre, responder a más de un nombre, dibujarse a sí mismo como varias personas.
- Frecuentemente es visto como mentiroso.
- Presenta conductas antisociales.
- Es sexualmente precoz.
- Puede presentar depresión intermitente.
- Frecuentes trastornos del sueño (niños muy pequeños presentan patrones de sueño profundo como respuesta a situaciones de estrés extremo; este tipo de sueño difiere del sueño normal porque es mucho más profundo y porque es más difícil despertar al niño).
- Alucinaciones auditivas provenientes del interior de la cabeza (voces internas).
- Puede evidenciar rápidos episodios regresivos que lo aterrorizan o lo paralizan.
- Puede presentar conductas de automutilación o tendencia inexplicable a accidentes.
- Puede negar conductas que fueran vistas por otros o atribuir las a compañeros de juego imaginarios (hacer trampa). El “amigo imaginario” se toma como criterio diagnóstico cuando su presencia persiste más allá de los 6 años de edad.
- Perderse en recorridos conocidos (por ejemplo, volver de la escuela; estas situaciones no tienen nada que ver con la distracción, aparecen en otro lugar sin tener idea de cómo llegaron ahí).
- Se describe a sí mismo como irreal, con una percepción alterada de su propio cuerpo o de partes del mismo. Lo mismo puede suceder con el ambiente que lo rodea.

¿Por qué disociar?

La experiencia de ser abusado sexualmente por una figura de autoridad y amor de quien se depende es fuertemente discordante para el psiquismo humano. Implicaría inscribir en el mismo registro dos imágenes opuestas de una misma persona, y dos vinculaciones opuestas con esa persona. Si eso fuera posible, la evocación de cada acto de amor, arrastraría necesariamente el recuerdo de las situaciones de dolor, de imposición del secreto, de coerción, de sobreestimulación sexual que el abuso conlleva. Esto pondría al psiquismo en situación de vivenciar una catástrofe permanente. Para evitarlo, se hace necesario entonces llevar a cabo alguna operación que permita “conciliar tales realidades contradictorias” (papa da regalos pero también lastima). Empieza a

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

Autor: Asprelli, Ligia Gabriela

guardar cada parte de ese otro que genera amor y dolor en dos compartimentos diferentes. En cada uno de ellos irá guardando también el recuerdo de cada episodio o experiencia (haciendo corresponder el papa bueno con el de las acciones buenas).

En tanto y en cuanto la disociación es una estrategia que permite reducir el enfrentamiento con emociones adversas y experiencias intolerables, especialmente de las que se dan en las relaciones interpersonales, es factible plantear que esta “separación” se inicia con el abuso mismo, de manera tal que las representaciones e información inconsistente respecto de ese papa no se junten, facilitando al niño la adaptación a la situación traumática y su supervivencia psíquica y muchas veces incluso física. Si además el evento traumático se repite, el niño aprenderá a disociar rápidamente como una forma de colocar un muro entre sí y el terror que debe enfrentar. Justamente el abuso sexual se caracteriza por su cronicidad. Muchos chicos, cuando llegan a la consulta contando por primera vez el abuso sufrido, vienen padeciendo desde hace por lo menos, algunos años. Esto hace que ante cada situación que se repita (y que la mayoría de las veces va incrementando el nivel de intrusividad sexual) el efectivo mecanismo que le permite separar al (papa malo del bueno), volverá a operar una y otra vez. La cronicidad, la repetición del abuso refuerzan a la disociación, y las estructuras internas disociadas se cristalizan hasta adquirir una apremiante cualidad subjetiva de separación; así estos chicos pueden decirse a sí mismos: “eso no me pasa a mí, le pasa a otra nena”.

Elementos propios de su desarrollo evolutivo le darán basamento a las futuras estructuras disociadas (por ejemplo, la amiga imaginaria que empezó cumpliendo las típicas funciones de compañía, aceptación, apoyo, se podrá transformar de ser necesario, en el depositario de las partes de sí misma que esta nena pretende conservar intactas, o de los sentimientos inaceptables de furia, rabia, vulnerabilidad, o incluso amor hacia quien la victimiza, que no encuentra conveniente o posible demostrar. Se convertirá en otra parte de sí misma) pero sin que el niño/a tenga un claro registro de que esto es así. (Este amigo tendrá un nombre, una edad, características propias: una identidad).

Para estos niños y adolescentes, la cronificación de la disociación los lleva a un camino sin salida, donde lo nimio se transforma en amenazante de manera tal que todo termina por tener una conexión real o posible con el trauma original. Esto muestra la falla de la defensa, que necesita rearmarse cada vez con mayor fuerza ante cualquier estímulo “por las dudas. El peligro que conlleva además de transformar en amenaza aquello de lo cotidiano que puede ser inocente, es que también puede nublar la visión del peligro verdadero. (13)

SOBRE EL OLVIDO: ¿cómo y por que se olvidan las personas de los abusos sexuales y emocionales de la infancia?

Leonore Terr (1994), establece una distinción entre “represión” y “disociación”, basada en el tiempo. Para ella, la represión es el entierro posterior de los recuerdos que se formaron en el momento del acontecimiento, mientras que la disociación es la eliminación inmediata de la realidad (disociación peritraumática), de tal manera que esos recuerdos no llegan a almacenarse en

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

Autor: Asprelli, Ligia Gabriela

ningún momento. La represión es un entierro del recuerdo. La disociación es una salida por la tangente, para disociarse hay que dejar de lado los sentimientos, los pensamientos o el sentido de vinculación. Hay que apagar parcialmente el aparato psicológico que percibe, registra y almacena recuerdos. Es posible que se perciban los recuerdos en un estado y no se puedan recuperar hasta que la persona se encuentre de nuevo en ese mismo estado. Para reprimir solo hay que bloquear la recuperación de algo que está plenamente registrado y almacenado. Cuando llegan los estímulos mas adelante, se reprime, se está en alerta.

La disociación es una defensa en tiempo real, en la que la conciencia no está del todo comprometida con el acontecimiento en cuestión; la represión es una defensa a posteriori en la que el recuerdo del acontecimiento se altera de alguna forma. Ambas suponen diversos grados de bloqueo de la información, desde la única exclusión del afecto hasta la casi total exclusión del conocimiento episódico declarativo.

Desde que se produce el acontecimiento hasta el intento del recuerdo, la información puede bloquearse en cualquier momento. Pueden bloquearse diferentes tipos y cantidades de información, desde el bloqueo selectivo de respuestas emocionales hasta un bloqueo más masivo.

Mary Harvey y Judith Herman (1994) sostienen que entre los pacientes que llegan a psicoterapia a consecuencia de abusos sufridos en la infancia, pueden señalarse tres modelos generales de recuerdo traumático:

- 1) recuerdo relativamente continuo y completo de las experiencias de abusos en la infancia junto con interpretaciones cambiantes (comprensión diferida) de estas experiencias.
- 2) Amnesia parcial con respecto a los sucesos del abuso, acompañada por un mezcla de recuerdo diferido y comprensión diferida. (esta sería la más corriente según las autoras).
- 3) Recuerdo diferido a continuación de un período de amnesia profunda y generalizada.

Hay acuerdos generalizados acerca de que la memoria invasiva del trauma existe, en la misma persona, al lado de las amnesias postraumáticas y los déficit de memoria, la disociación peritraumática y los fenómenos disociativos postraumáticos.

En cuanto a las motivaciones del olvido en la represión: evitar el dolor; evitar quedar abrumado; evitar deseos inaceptables; evitación de información que amenace un vínculo necesario. (14)

Lecciones del síndrome de acomodación al abuso sexual del niño

Un Psiquiatra llamado Roland Summit (1983, explicando al jurado en un caso sobre ASI, que “cuando los niños niegan que se hayan producido abusos sexuales, la negación puede ser prueba de la existencia real de los abusos”. El nombre que dio a esta lógica de Catch-22 (suele denominarse así a situaciones irrazonables, paradójicas o sin sentido) fue SAASN. Describe el dilema al que se presentan los niños cuando han intentado comunicar su experiencia a

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) EN LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO/A

Autor: Asprelli, Ligia Gabriela

potenciales cuidadores. A veces, dudan si deben revelar el abuso, incluso se retractan de sus revelaciones. Las razones de ello están relacionadas con las limitadas opciones del niño para afrontar la indiferencia y el escepticismo del adulto preponderante. “En consecuencia, el curso del procesamiento del trauma durante el abuso sexual no sólo está comprometido por la interacción intrínseca entre víctima y agresor, sino por el aislamiento y orfandad psicológica que imponen sin querer al niño los observadores que no lo comprenden”.

El SAASN incluye 5 etapas de acomodación:

- 1) Secreto.
- 2) Indefensión
- 3) Acomodación y trampa
- 4) Revelación diferida, contradictoria y poco convincente
- 5) Retracción

(Sorensen y Snow) El proceso de revelación pasa con frecuencia de la negación a la revelación vacilante, a la revelación activa y después a veces, a la revocación seguida por la reafirmación.

La etapa de revelación vacilante “presentaba un problema especial...porque, con frecuencia, los niños parecían confusos, imprecisos e inseguros, vacilando a menudo entre el reconocimiento y la negación”. La revelación vacilante abarca casos de olvido “me olvidé”; distanciamiento “lo ocurrió a mi prima”; minimización “sólo ocurrió una vez”; potenciación “trató de tocarme pero yo le pegué y salí corriendo”; disociación “cuando pone sus manos ahí me voy al bosque”; descargo “sólo estaba bromeando”. (15)

¿Por qué olvidar?

LA TRAICIÓN ES LA CLAVE refiere esta autora (Freyd, J). Propone que los traumas cuya probabilidad de olvido es mayor son aquellos en los que la traición (violación de la confianza implícita o explícita) sea un componente fundamental. Esta proposición apunta al papel central que desempeñan las relaciones sociales en los traumas que se olvidan.

La disociación durante el trauma y la amnesia traumática (o “represión”) suelen entenderse, como defensas psicológicas contra el dolor psicológico, como si la eliminación del dolor fuese un objetivo final lógico. Pero en un sentido evolutivo o funcional, los sistemas naturales de bloqueo del dolor solo serían adaptativos si las consecuencias naturales del dolor en una determinada situación fuera inadaptativa (supervivencia).

Si la traición de un cuidador de confianza es la clave para prever la amnesia con respecto al abuso, el apego es la clave para comprender por qué la amnesia es adaptativa en los casos en los que se producen esas traiciones. Debemos bloquear la conciencia de la traición, olvidarla, con el fin de asegurar que nos comportemos de manera que se mantenga la relación de la que dependemos.

Si un niño que experimenta abusos sexuales procesara la traición de manera normal, la reconocería y tendría motivos para dejar de interactuar con el traidor. En cambio, el niño tiene que ignorar la traición. Si el agresor es un cuidador primario, es esencial que el niño no deje de comportarse de una manera que inspire apego, porque el hecho de apartarse del cuidador, de quien depende, supondría una amenaza para su vida. Por tanto, el trauma del abuso sexual en la infancia, por su misma naturaleza, requiere que la información sobre la agresión se bloquee con respecto a los mecanismos que controlan el apego y la conducta de apego. La información que se bloquea lleva a una amnesia profunda.

Los perpetradores pueden aprovechar e, incluso, fomentar la inclinación natural que tienen las víctimas de los abusos sexuales en la infancia a olvidar el abuso. El “silencio forzado”, “la prohibición de comunicación, impuesta mediante alguna amenaza implícita o explícita”, “la inducción de trance”.

Para comprender el procesamiento cognitivo del trauma, son importantes dos aspectos de la atención. En primer lugar, tenemos la capacidad de centrarnos en un solo aspecto de la realidad y de tomar conciencia de ese único aspecto. En segundo lugar y con independencia de lo anterior, es probable que procesemos en cierta medida y al mismo tiempo aspectos de la realidad a los que no hayamos prestado atención.

Los términos memoria implícita (icc) y explícita (cc) se refieren a una distinción entre formas de acceder a los recuerdos.

Los términos declarativo (verbal y explícita) (qué datos conocemos) (incluye el conocimiento episódico/memoria episódica: acontecimientos concretos experimentados en tiempo y espacio incluyendo la memoria autobiográfica; conocimiento semántico/memoria semántica: conocimiento no relacionado con fechas) y procedimental (icc) (como, las técnicas) incluye los recuerdos sensoriales y las emociones), suelen distinguir los tipos de información almacenada.

La memoria implícita es la que subyace a los fenómenos de reexperimentación en el TEPT (pesadillas, pensamientos intrusos). Es decir, dejan huellas que no aparecen en la interpretación narrativa.

La memoria dependiente del contexto (externo como la ubicación e interno como el humor) pueden influir en la recuperación de la información puede ayudar a explicar por qué los recuerdos olvidados durante mucho tiempo pueden volver en momentos determinados (relacionado con estados afectivos, sensoriales, etc.)

Basándose en pruebas biológicas ***Van der Kolk relaciona la naturaleza de los recuerdos traumáticos con disociaciones neuroanatómicas entre el hipocampo y la amígdala. Las memorias traumáticas y no traumáticas tendrían vías diferentes.***

Este investigador plantea que una razón de que sea difícil recordar conscientemente los acontecimientos traumáticos en forma narrativa y episódica es que nunca se han almacenado de esa manera en primer término. Indica que, los recuerdos traumáticos pueden ser más precisos

que los no traumáticos, a causa de la distinta naturaleza del almacenamiento de la memoria para cada uno de los dos tipos. Así, los recuerdos traumáticos no son narraciones reconstruidas, como la mayoría de los recuerdos, sino la reactivación de huellas sensoriales y afectivas no deformadas.

Van Der Kolk señala que en los pacientes traumatizados, las experiencias sensoriales y las imágenes visuales relacionadas con el trauma no parecen desvanecerse con el tiempo y se muestran menos expuestas a deformaciones que las experiencias ordinarias.

Pareciera que en los traumas de traición quedan intactos los recuerdos implícitos del acontecimiento.

En relación a la recuperación de recuerdos traumáticos puede suceder cuando se trata de un bloqueo o amnesia de entrada, que lo que se almacena en la memoria sensorial, cuando esta se reactive se reviva como un volver atrás. O puede suceder en el caso en el que se codifica la información, se reprime y más tarde se recupera, ser vivenciada como una reminiscencia.

Amnesia relativa a recuerdos no traumáticos en personas que han sufrido abuso: La fuga psicógena se caracteriza por una amnesia relativa a extensos aspectos de la historia autobiográfica y no sólo a un determinado conjunto de recuerdos relacionados con un trauma. Es decir que estas personas no sólo no recuerdan episodios del trauma en sí si no tampoco personas, objetos, momentos o lugares de aquel momento de su vida. Cognitivamente, si la amnesia es el resultado de un bloqueo de información muy precoz, es posible que el bloqueo sea una especie de “exceso destructivo” en el que no se presta atención a varios aspectos de la realidad. Si la amnesia es el resultado de la inhibición retroactiva de material bien codificado, la inhibición puede afectar a grandes sectores de recuerdos relacionados.

En la primera infancia, por último, existe la memoria procedimental, aunque no la memoria declarativa, episódica.

Las investigaciones muestran que la edad media de comienzo de la memoria autobiográfica se sitúa aproximadamente, a los 3 años y 6 meses. Otra explicación es que a esa edad el cerebro es demasiado inmaduro para crear recuerdos episódicos a largo plazo (en el que interviene el hipocampo, aún inmaduro). En cambio, los recuerdos sensoriales, afectivos y procedimentales que son implícitos, permanecen intactos aunque los recuerdos declarativos y explícitos estén ausentes o resulten inaccesibles. (14)

Referencias bibliográficas

- (1) Colombo, R., Beigbeder de Acosta, C. Abuso y Maltrato Infantil. Cauquén.
 - (2) Glasser, D. Abuso sexual de niños. Paidós.
 - (3) Benítez de Nale, B. Semiología Psiquiátrica Infantojuvenil. Laborde.
 - (4) Stern, D. El mundo interpersonal del infante. Paidós.
 - (5) Barudy, J. Los buenos tratos a la infancia. Gedisa.
 - (6) Barudy, J. El dolor invisible de la infancia. Paidós.
 - (7) Sanz, D. Violencia y abuso en la familia. Lumen.
 - (8) Libman, J. Curso Evaluación y Clínica del trauma psicológico. 2009
 - (9) Benyakar, M. Lo Traumático I y II. Biblos.
 - (10) DSM IV, Criterios Diagnósticos. Masson.
 - (11) Cía, A. Trastorno por Estrés Postraumático. Polemos.
 - (12) National Traumatic Stress Network. 2004.
 - (13) Baita, S. defensa disociativa en niños y adolescents que sufrieron ASI. Revista de Psicotrauma para Latinoamérica.
 - (14) Freyd, J. Abusos sexuales en los infantes. Morata.
 - (15) Gil, E. Tratamiento sistémico de la familia que abusa. Granica.
- Rygaard, N. P. El niño abandonado. Gedisa.
 - Siquier de Ocampo, M.L. Las técnicas proyectivas. Visión.
 - Madiaraga, M. Ochotorena, J. Manual de protección infantil. Masson.

REFERENCIAS CURRICULARES

Asprelli, Ligia Gabriela

Entre Ríos 1041, Dto A, Neuquén. C/P 3800
Psicóloga. Hospital Provincial Neuquén "Dr. Eduardo Castro Rendón". Servicio de Pediatría.
0299-154769824
ligiaasprelli@yahoo.com.ar