

TRASTORNO POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO EN LA INFANCIA

Describimos tres casos que nos sorprendieron, tanto por su impacto, gravedad y aparición simultánea en nuestra Unidad de Psiquiatría Infantil en el año 1989, como porque al buscar referencias bibliográficas nos encontramos con escasas publicaciones nacionales sobre el tema.

Si bien desde entonces hemos intervenido en numerosos casos de *abuso sexual*, en la mayoría de ellos no se cumplen los criterios suficientes para el diagnóstico completo de Trastorno por Stress Postraumático, aunque sí hemos verificado en todos ellos una huella psicológica de larga duración. En uno de los casos que presentamos, las secuelas psicológicas se han mantenido de forma crónica.

CASO 1

Motivo de consulta: Niña de 13 años que es asaltada en la escalera de su casa por un vecino y forzada sexualmente. Consultan en nuestro servicio al cabo de pocos días presentando los siguientes síntomas:

Trastorno del sueño (se despertaba asustada, gritando), dificultades para concentrarse, irritabilidad y agresividad, conductas de evitación, dejó de salir a la calle, dejó de ir al colegio y mostraba un gran nerviosismo cuando iba por la escalera.

Antecedentes personales y familiares: Destacamos que es la 5ª de 6 hijos, de padres separados desde hacía 9 años. Una hermana hizo diversos intentos de suicidio por ahorcamiento, presenciados por ella hacía varios años.

Exploración: Se valoró alteración depresiva con C.D.I. de 23, alto nivel de ansiedad, dificultad para concentrarse, fatiga e ideas autolíticas.

Tratamiento: psicoterapéutico y farmacológico -(imipramina 10 mg.)- durante 6 meses.

Evolución a corto plazo: Mejoró notablemente, reanudando la escolaridad..

La familia puso denuncia, el agresor era reincidente, y tras pasar 10 días en prisión se consiguió que éste cambiara de domicilio.

A pesar de estar pendientes del juicio, la niña no lo vivía con ansiedad.

Evolución a largo plazo: A los 20 años, en 1995, acude a consulta por sintomatología ansiosa-depresiva con ideas autolíticas, inhibición social, aislamiento, alteraciones del humor, etc.. Mantenía recuerdo persistente del asalto sexual. En 1996 continuaba en tratamiento con fluoxetina y benzodiazepinas.

CASO 2

Niña de 12 años que padeció abusos sexuales por parte de un hombre de 50 años, vecino de la casa de veraneo, que la amenazaba si desvelaba lo sucedido.

Motivo de consulta: Consultan, procedente del neuropsiquiatra, porque, después de múltiples exploraciones con resultado negativo, por parte del especialista de corazón y pulmón, persiste el dolor en tercio medio de la unión condro esternal izquierda, de aparición brusca, acompañado de tos, disnea y ciertas inspiraciones profundas de predominio vespertino. Ante la repetición de una de estas crisis en el momento de la exploración psiquiátrica fue remitida al servicio de pediatría. Allí se procedió a nuevas exploraciones: RX de tórax, E.E.G., analítica general, gammagrafía ósea; todas ellas con resultados normales. Mientras estaba ingresada se inició tratamiento con clomipramina y tioridacina. A los 20 días del alta persistían sus crisis de dolor, pero con menor intensidad.

En la exploración psicológica se observó: Alteración depresiva: tristeza, apatía, cansancio, desesperanza, ideas autolíticas, inhibición, replegamiento, inseguridad, miedo ante el tema sexual. En el CDI obtuvo una puntuación de 22.

A los 7 días de esta exploración es cuando confiesa el ataque sufrido, cesando los síntomas anteriores y apareciendo un revivir del suceso con trastornos del sueño y trastorno disociativo con autoagresiones, lesionándose en las piernas. Presentaba igualmente gran ansiedad y nerviosismo, pérdida de apetito, imposibilidad de asistir al colegio, perdiendo finalmente el curso.

Evolución a corto plazo: Los padres deciden poner la denuncia y comienza el circuito de comisaría, juzgado y aplazamientos, detención del agresor y salida a los 21 días de arresto.

Al año de la confesión, la paciente recae durante tres días de forma espectacular en su sintomatología inicial. Y es al cabo de pocos meses de esta recaída cuando se enfrenta a la tramitación definitiva del juicio con previas exploraciones y entrevistas por el forense.

Se mantuvo en seguimiento durante cuatro años en nuestra Unidad con agudización de la ansiedad en los días de citación en el juzgado.

Evolución a largo plazo: A los 19 a., en 1996, desarrolla sintomatología anoréxica, manteniendo en la actualidad tratamiento psicoterapéutico.

CASO 3

Motivo de consulta: Niño de 7 años que presencia el suicidio de su padre después de que éste hubiese disparado a la madre. Consultan en nuestro servicio a los 15 días del suceso, acompañado por su tía, (la madre permanecía aún en la U.C.I.), presentando los siguientes síntomas:

Trastorno del sueño, tristeza, gran apatía, no preguntaba por su madre -esto es lo que más angustiaba a los familiares-, ocultaba lo sucedido realmente y hacía una interpretación defensiva del honor del padre, del cual no quería hablar, diciendo que la madre había tenido un accidente de moto. Asistía a la escuela con gran dificultad, no jugaba y apenas hablaba.

Antecedentes personales y familiares: De los antecedentes destacamos que es el menor de tres varones, de una pareja mayor, siendo el padre 10 años mayor que la esposa. Cuando él tenía 6 años se produjo la separación de sus padres tras varios meses de agresiones, amenazas y malos tratos. La madre y el hijo quedan a vivir en la casa de los abuelos maternos y mantienen visita semanal con el padre. Empezaba a tener dificultades de aprendizaje escolar. Dadas las resistencias del niño se decidió aconsejar a la familia y esperar. Al mes había fallecido la madre. El niño seguía triste, inhibido e inquieto.

Exploración: Se procedió a ludoterapia individual intensiva y asesoramiento a la tía materna con la que pasó a vivir.

La exploración psicológica se realiza una vez iniciado el tratamiento psicoterapéutico. Había restablecido su estado emocional, se mostraba alegre, espontáneo y colaborador. En los tests proyectivos expresó sus deseos de recuperar la figura paterna, afectuosa y atenta, como había tenido en tiempos anteriores; igualmente era explícito en su demanda de atención materna.

Evolución a corto plazo: Llegó a reproducir el suicidio del padre con una escopeta de juguete e incluso a través del dibujo. Se fue trabajando el duelo e intentando recomponer la imagen tan deteriorada del padre. Necesitó refuerzo pedagógico y mejoró mucho en sus aprendizajes. No requirió tratamiento farmacológico.

Evolución a largo plazo: Consultó a los 14 a. por presentar dificultades escolares en los últimos meses. El niño había cambiado de domicilio y ahora vivía con uno de sus hermanos. En la exploración psicológica, mediante el C.P.Q., no se observan alteraciones emocionales. Mediante el STAIC se valoraron unos niveles normales de ansiedad. Expresaba preocupación por su situación familiar. Ceden los síntomas con breve tratamiento psicoterapéutico.

Resultados

En el primer caso de *abuso sexual*, la niña pudo referir a la madre lo sucedido enseguida. A pesar del tratamiento, la paciente presentó secuelas psicológicas a largo plazo en forma de rememorización ansiosa del asalto sexual, además de desarrollar sintomatología depresiva.

En el segundo caso, por existir amenazas del agresor, la paciente recurre a la somatización, y hasta seis meses después no pudo verbalizar lo ocurrido. Creemos que en parte fue debido a que el agresor era un vecino conocido por la familia, unido al temor a no ser creída. Las secuelas a corto y largo plazo debidas, por un lado, a la demora a la resolución judicial, y por otro al mezclarse intereses económicos, además de los familiares, en su caso. En el tercer caso, si bien durante su infancia el niño fue compensado afectivamente por los cuidados de su abuela y tía maternas, es en la adolescencia cuando resurgen dificultades en el aprendizaje escolar, en parte producidas por la renuncia al rol maternal de la familia, al creer que el niño "debía hacerse adulto".

Conclusiones

El seguimiento evolutivo a largo plazo de los tres casos que presentamos nos permite plantear las siguientes conclusiones:

El tratamiento de los casos de Trastorno por Estrés Postraumático debe ser lo más precoz posible.

En nuestros dos casos de abuso sexual existen secuelas a los 7 años del suceso a pesar del tratamiento adecuado.

Los casos de abuso sexual deberían tener acceso a una solución judicial más rápida que la actual.

En el tercer caso, de la pérdida de ambos padres, el apoyo afectivo por el resto de familiares ha suplido parcialmente y durante varios años la carencia parental. Sin embargo necesitó nuevo apoyo psicológico al inicio de la adolescencia.

Factores de distocia socio-familiar favorecen la presentación de vivencias traumáticas, así como la deficiente resolución evolutiva de las secuelas del trauma.

Concluimos reclamando que, tanto en los niños que padecen abuso sexual como en los niños que sufren un alto grado de tensión, ya sea por accidentes, separaciones, divorcios, violencia..., se proceda al diagnóstico y al tratamiento adecuados de la forma más precozmente posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. R. Peter Mogielnicki, MD; N. Poffenberger Mogielnicki, MPH, CHA; J.E. Chandler, MD; M. Weissberg, MD.: Impending child abuse. Psychosomatic symptoms in adults as a clue. JAMA 237, N° 11, 1977.
2. F. Casas: Un programa de serveis socials per prevenir i atendre les situacions d'alt risc social pels infants in adolescents a Catalunya. Salut Catalunya, Vol. 2, Núm. 3, 1988.
3. C.Sánchez G^a del Castillo; R.Balcells y Sánchez: Trastorno por Stress Postraumático en la infancia a propósito de tres casos tratados en el último año. VI Congreso de Psiquiatría Infanto-Juvenil de la Sociedad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Barcelona 10, 11, 12 de Mayo 1990 (libro de ponencias y comunicaciones).
4. E. M. Ornitz, M.D., and R. S. Pynoos, M.D., M.P.H.: Startle modulation in children with posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry 146: 7, July 1989.
5. M. Rorty, Ph.D., J. Yager, M.D., and E. Rossotto, M.A.: Childhood sexual, physical, and psychological abuse in Bulimia nervosa. Am J Psychiatry 151:8, August 1994.
6. H.G.Pope, Jr., M.D., B.Mangweth, M.A., A.Brooking Negro, M.D., J.I.Hudson, M.D., and T. Athanássios Cordás, M.D.: Childhood sexual abuse and Bulimia nervosa: a comparison of American, Austrian, and Brazilian women. Am J Psychiatry 151:5, May 1994.
7. E.Domenech Lliberia: Evaluación psicopatológica del abuso sexual en el niño. Revista de Psiquiatría Inf.-juvenil n° 4/95., Oct/Diciem.1995.
8. P.Sánchez Mascaraque, G. Martínez Junquera, A. Torija Colino: Abusos sexuales en niños atendidos en el programa de Salud Mental Infanto-Juvenil de Alcalá de Henares. Revista de Psiquiatría inf.-juvenil n° 4/95.

264

9. J.M.Velilla Picazo, P.Ruiz Lázaro: Los abusos sexuales en la infancia. Revista de Psiquiatría inf.-juvenil n° 3/95.
10. E. Sardinero García, J. L. Pedreira Massa: Características del maltrato en la edad escolar. Revista Psiquis n° 1/95. Vol 16, Año XVII.

11. C.J.Wurr and I.M.Partridge: The prevalence of a history of childhood sexual abuse in an acute adult inpatient population. Child abuse and neglect, vol.20, n°9, 1996.