



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

TRAUMA PSÍQUICO Y VIOLENCIA EN LA INFANCIA

Ana Caravaca Muñoz

aneixa28@outlook.es

La noción de psicotraumatismo o traumatismo psíquico es relativamente reciente en la psiquiatría, especialmente en la psiquiatría infantil. En la edad adulta, constituye la base de lo que hoy en día se denomina trastorno de espectro postraumático, que tendría como causa el haber vivido un evento estresante pudiendo adquirir la noción de "trauma", esto es, un evento en el cual el sujeto hubiera podido experimentar algo similar a la experiencia de muerte o a un estado tal en el que se encontrara cerca de ella, convirtiéndose así en un ser humano que habría experimentado un estado imposible de atravesar por cualquier ser humano viviente. El síndrome de trastorno de estrés postraumático consecuente estaría caracterizado por síntomas tales como "flashbacks" o reminiscencias del evento vivido, problemas del sueño, disturbios del comportamiento, especialmente bajo la forma de heteroagresividad o impulsividad remarcable. En el caso de la existencia de este tipo de trastornos en la infancia, sus manifestaciones sintomáticas parecen resultar diferentes con ciertos puntos en común. La expresión de la violencia podría resultar una de ellas, y de hecho, sería, desde este punto de vista, una consecuencia lógica.

Diferentes trabajos de autores han podido abordar esta problemática desde un punto de vista psicodinámico. Entre ellos destacarían los distintos trabajos del Dr. Maurice BERGER. Este psiquiatra francés ha dirigido durante años una unidad de hospitalización para niños entre 6 y 12 años aproximadamente. Debido a la edad de los pacientes admitidos en hospitalización, su unidad se ha visto confrontada a pacientes con trastornos del comportamiento hetero y autoagresivos, fundamentalmente, dado que son este tipo de pacientes aquellos que no consiguen mantener una escolarización adecuada de forma continuada debido a la importancia de su trastorno, que les impedirá en gran medida una convivencia adecuada con su grupo de pares, e, incluso, con los adultos que se ocuparán de ellos.

Según los diferentes escritos de este autor, estos niños tenían en su mayoría historias de vida difíciles, antecedentes de maltrato en su infancia, negligencia o de abusos de diferente índole o habían sido testigos de violencia conyugal o en el seno de su familia.

Maurice BERGER, en su libro "¿Queremos niños bárbaros?" nos describe la sintomatología de estos niños "violentos", especialmente durante las llamadas "crisis" o "rabietas" (claramente diferentes a las "rabietas" de los niños sin este tipo de problemática. Así, describe cómo, al

TRAUMA PSÍQUICO Y VIOLENCIA EN LA INFANCIA

afrontarse a un comportamiento de la parte del adulto o de un par que recuerda por algunas de sus características a algún evento traumático vivido en el pasado, el niño en cuestión puede adoptar ciertas características del comportamiento del adulto maltratador, cediendo posteriormente a una impulsión violenta hacia el cuidador o hacia otros niños. Esta violencia es espectacular y no tiene límite, pudiendo acompañarse de alucinaciones visuales, que, como los "flashbacks" característicos del trastorno de estrés postraumático en el adulto, acompañarían el cuadro. Estas manifestaciones violentas necesitan de una contención física a menudo espectacular, que pone en dificultad a los equipos y cuidadores del niño en cuestión. Especialmente porque a esta violencia física que caracteriza el cuadro sintomatológico se añade a menudo una cierta pulsión "masoquista" de la parte del niño. En realidad, pareciera que el niño "nos muestra" lo que ha vivido, reproduciéndolo. Mostrándose como agresor, pero igualmente buscando ser "agredido" o "maltratado" como lo fue o vio alguien de su familia que lo fue en el pasado. Este tipo de violencia resulta diferente y de intensidad no comparable a aquella presente en otros tipos de trastornos del comportamiento de la infancia.

Las consecuencias del "traumatismo psíquico" parecen no terminar en las manifestaciones de la violencia, sino que afectan igual y especialmente las capacidades cognitivas del niño, provocando alteraciones en los tests diagnósticos del coeficiente intelectual, como el WISC. Este hallazgo constatado por el Dr. Maurice BERGER ha podido ser en parte constatado por la literatura anglosajona, que, por ejemplo, ha encontrado una correlación entre la existencia de un traumatismo en la infancia y una mayor tasa de déficit cognitivo en los pacientes afectados de un trastorno psicótico. Estos tipos déficit se han demostrado como reversibles parcialmente una vez que una terapia adecuada se ha instaurado.

La importancia del reconocimiento de la existencia de este tipo de problemática en el niño, que va más allá de los trastornos del vínculo y de los trastornos del comportamiento descritos normalmente en la infancia, así como de desarrollar una terapéutica adecuada, resulta crucial. Sin embargo, la literatura científica internacional resulta escasa al respecto, salvo en lo que respecta a las posibilidades de desarrollo en el futuro de estos niños de desórdenes psicóticos, lo que podría plantearse como interrogación dada la presencia de alucinaciones, así como los trastornos importantes de la relación en este tipo de pacientes. A este respecto, una creciente cantidad de autores parecen haberse interesado en estos últimos años en esta temática, en el marco de una tendencia general de la psiquiatría infantil en este último tiempo por desarrollar un interés por el devenir de los niños que reciben una asistencia psiquiátrica en la infancia. La primera publicación de importancia data del 2005, concluyendo una relación entre el abuso sexual en la infancia y la aparición de trastornos de tipo psicótico en la edad adulta.

La existencia de un evento traumático en el pasado de los nuestros niños es más frecuente de lo que imaginamos. Como ejemplo, un estudio francés realizado en el año 2007 demuestra que el 41 % de los niños recibidos por un equipo de psiquiatría infantil de enlace han asistido a

TRAUMA PSÍQUICO Y VIOLENCIA EN LA INFANCIA

escenas de violencia conyugal. Al mismo tiempo pudieron demostrar que este elemento se ignora frecuentemente en las entrevistas de los psiquiatras infantiles.

Pero además del riesgo de desarrollar un trastorno del comportamiento de tipo violento como el descrito más arriba, diversos autores han encontrado evidencias de un mayor riesgo de psicosis en la edad adulta entre los sujetos que hayan sufrido un evento de carácter traumático en la infancia. Una meta-análisis, tras haber examinado estudios relacionados con el tema entre 1980 y 2011 así lo demuestra. Así, el riesgo de desarrollar un trastorno psicótico parece ser hasta casi 3 veces más frecuente entre los pacientes habiendo sufrido un evento traumático en la infancia. Asimismo, podría predisponer en cierta forma a una mayor tasa de criminalidad en la edad adulta, así como a un funcionamiento social menos eficiente y un mayor riesgo de desarrollar un trastorno psiquiátrico en general. En esta meta-análisis se definieron como evento traumático las siguientes experiencias: Abuso sexual en la infancia, negligencia parental o maltrato, bullying y muerte de uno de los padres antes de los 18 años. Los resultados de este meta-análisis concluyen que, salvo en el caso de la muerte de uno de los progenitores en la infancia, el riesgo de psicosis es siempre más alto en el caso de los niños que han sufrido un evento traumático, independientemente del tipo de trauma sufrido y con mayor riesgo si se acumulan varios tipos distintos de evento traumático en un mismo niño. A pesar de ello, no parece posible establecer una relación directa de causalidad. Estos hallazgos tienen una importancia considerable teniendo en cuenta que, como se ha demostrado en otros estudios, la asociación de varios tipos de eventos traumáticos en un mismo niño es especialmente frecuente. Esta relación entre los eventos traumáticos en la infancia y el desarrollo de un trastorno psicótico en el adulto no se ha demostrado por el momento como relacionada con factores genéticos, aunque la investigación más reciente acerca del tema se ha centrado en gran parte en este aspecto. En este sentido, los estudios son contradictorios. Ciertos genes relacionados con el eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal (especialmente el gen FKBP5, relacionado con la expresión del receptor de los glucocorticoides) están siendo estudiados en este sentido, con la hipótesis de que la exposición a un evento traumático en la infancia podría generar una alteración en dicho gen que pudiera transmitirse en la descendencia. De una manera diferente, ciertos estudios parecen afirmar que, si bien los eventos traumáticos en la infancia podrían tener una influencia sobre la aparición de un trastorno o síntoma psicótico en la edad adulta, el hecho de que hayan existido no es un factor necesario ni suficiente para desarrollar dicho desorden psicopatológico. En este sentido, un niño tendría más posibilidad de desarrollar un trastorno psicótico en la edad adulta si, además de haber sufrido un evento traumático, tuviera una predisposición genética a padecerlo.

Los mecanismos subyacentes del desarrollo de un trastorno psicótico en estos niños son aún desconocidos, pero parecieran tener un origen, por un lado, biológico (basado en los estudios que relacionan la disminución del volumen del hipocampo y las alteraciones de la dopamina, comunes tanto en los pacientes expuestos al estrés traumático y a los pacientes sufriendo un trastorno psicótico)

TRAUMA PSÍQUICO Y VIOLENCIA EN LA INFANCIA

No obstante la evidencia de que estos hallazgos deben tomarse en consideración con cautela, debido por ejemplo al hecho de que muchos de los estudios suponen como fenómenos psicóticos ciertos fenómenos psicopatológicos típicos de otro tipo de trastornos, como, por ejemplo, el trastorno de estrés postraumática o ciertos tipos de ansiedad de tipo disociativo, es innegable en la actualidad la influencia de estos eventos traumáticos. Es más, por citar un ejemplo, parece haber una relación entre la intensidad de las alucinaciones en las pacientes mujeres que padecen un trastorno psicótico y el abuso sexual en la infancia. Según ciertos estudios, los trastornos psicóticos desencadenados sobre una base de eventos traumáticos en el pasado podrían caracterizarse por poseer ciertos síntomas similares a los sufridos en el trastorno de estrés postraumático.

A pesar de la bibliografía creciente sobre el tema que nos ocupa, existe aún poca bibliografía sobre los factores que pudieran ser protectores del desarrollo de una psicosis en la edad adulta en aquella población habiendo sufrido eventos traumáticos en la edad infantil. En este sentido, la nueva rama de la investigación dedicada al estudio de la llamada "resiliencia" (concepto asignado para referirse a la elasticidad o flexibilidad de un elemento físico y utilizado en salud mental para referirse a aquella capacidad de recuperarse de un evento traumático) cobra una especial importancia.

Desde una perspectiva diferente, recientemente un estudio desarrollado en Suiza ha estudiado los trastornos de conducta en adolescentes o jóvenes adultos como posiblemente relacionados con factores estresantes de la temprana infancia, se empieza a hablar de "trauma" en este sentido o de "experiencias adversas en la infancia". Así, parece claro que pudiera haber una relación entre la existencia de estas experiencias adversas y una mayor tasa de delincuencia adolescente o juvenil, aún mayor si se añaden factores socioculturales desfavorables (como por ejemplo un bajo nivel socioeconómico). Estos adolescentes presentarían además una "irritabilidad crónica", que podría estar relacionada con una activación neurológica del sistema nervioso autónomo en la temprana infancia como consecuencia de las circunstancias adversas sufridas. Estos niños podrían recibir diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, trastorno oposicionista desafiante o trastornos del humor o de inestabilidad emocional. Quedan descritos como posibles diagnósticos igualmente el trastorno de estrés postraumático. No obstante, y de manera sorprendente, se halló una mayor correlación entre los trastornos de tipo ansiedad y trastorno de estrés postraumático y las experiencias adversas vividas en la infancia que en el caso del trastorno de déficit de atención e hiperactividad y los trastornos del humor. Asimismo, estos niños parecen tener una mayor tasa de suicidio. Se han realizado otros estudios de características similares que han obtenido resultados similares.

A continuación, ilustraremos esta conferencia con un caso clínico real de un niño hospitalizado en una unidad de hospitalización a tiempo completo en la región parisina, que acoge generalmente niños de entre 6 y 12 años. Nuestra unidad de hospitalización forma parte de la

TRAUMA PSÍQUICO Y VIOLENCIA EN LA INFANCIA

sectorización de la atención en salud mental de la región parisina. En este caso, se encuentra localizada en el distrito 93.

El niño del que hablaremos tiene una edad de 10 años. Lo llamaremos Mohamed. Es de origen maliense, es el tercero de una fratria de 4 hermanos. Su madre fue agredida sexual y físicamente por el padre de Mohamed.

La consulta para la hospitalización proviene de un hospital pediátrico en el que se encuentra hospitalizado tras haber llegado al servicio de urgencias por haber presentado una crisis de agitación importante en el seno de su familia de acogida, con destrozo de objetos y amenazas heteroagresivas. Mohamed ha sido confiado hace meses al Servicio de Protección de la Infancia de su ciudad, que se ocupa de su situación social. El acogimiento habría tenido lugar tras un juicio llevado a cabo a raíz de las declaraciones de Mohamed, que dijo en el colegio haber sido agredido por el marido de su madre. Los elementos de la hospitalización hacen pensar que esta agresión no fuera verdadera, sino más bien fruto de una "proyección" de Mohamed; Esto aún no se ha confirmado y no es de interés para el sujeto que nos ocupa.

Una vez hospitalizado y tras un periodo en el que Mohamed no parecerá mostrar ningún síntoma de lo anteriormente descrito por el servicio de hospitalización, Mohamed comienza a manifestar estados de agitación en forma de "crisis" violentas. Al inicio, nuestro equipo, acostumbrado a este tipo de manifestaciones sintomáticas, reacciono como siempre lo hacía: Contenciones físicas en forma de "abrazo" (a precisar que en nuestra unidad de hospitalización no se utilizan contenciones como las usadas en el caso de adultos), búsqueda de verbalización del malestar que se intuye detrás de estas crisis. A menudo, estas crisis terminan entre sabanas que contienen a Mohamed, parece que las contenciones en forma de "abrazo" de los cuidadores y los enfermeros del hospital no resulten suficientes. Las crisis de Mohamed van en aumento en gravedad y en frecuencia, hasta que un día Mohamed amenaza a una educadora del hospital con un cuchillo mientras esta intentaba evitar una actitud heteroagresiva de Mohamed hacia otro niño. El equipo se reúne entonces con la finalidad de organizar un dispositivo específico de contención para este joven paciente. Se acondicionara entonces una habitación del servicio que será convertida en habitación de aislamiento. Se extraerá así todo elemento que pudiera servir de objeto peligroso en las crisis de hetero y autoagresividad (armario, somier de la cama). Incluso la puerta será acondicionada. Esta habitación servirá en los casos en los que Mohamed experimentara una crisis de agitación. En los casos de paso al acto heteroagresivo, una indicación de aislamiento de 24 h será hecha por un médico de la institución. Esta medida permitirá a Mohamed el poder reflexionar sobre lo ocurrido, impidiéndole así de realizar nuevos pasos al acto durante el periodo de aislamiento. Nuestra hipótesis es que una reviviscencia de elementos traumáticos parece esconderse detrás de cada paso al acto de Mohamed.

Mohamed es el único componente de la fratria que ha sido testigo de la violencia de su padre contra su madre antes de que pudiera hablar. Nacido en el seno de un matrimonio tradicional maliense, su madre era la segunda esposa de su padre. No vivía con este bajo el mismo techo.

TRAUMA PSÍQUICO Y VIOLENCIA EN LA INFANCIA

Fue a partir del nacimiento de Mohamed que debió hacerlo dado que las idas y venidas de su domicilio al domicilio de su marido comenzaban a ser difíciles con tres hijos. Es cuando Mohamed tiene 3 años que su madre queda embarazada de la hermana pequeña de Mohamed. Es entonces cuando la madre de Mohamed decide huir del domicilio de su marido. Mohamed es el único de la fratria que presenta esta sintomatología.

Las crisis violentas de Mohamed presentan unas características singulares: Una vez han finalizado, Mohamed no suele recordarlas, y si las recuerda, invierte los autores de tal acto, pudiendo decir que son los educadores y enfermeros que le han agredido, o, incluso, puede manifestar no sentir culpabilidad. En los momentos de crisis, Mohamed adopta una actitud desconocida para el equipo y parece transformarse en un "adolescente", o incluso en un adulto, se muestra desafiante, altivo y muestra una fuerza superior a la esperada para un niño de 10 años. Durante estas crisis, experimenta momentos que parecieran estar en relación con alucinaciones visuales y por momentos entra en un estado disociativo. Los momentos de verbalización son escasos, y cuando estos existen, Mohamed puede verbalizar de forma directa una identificación con el agresor de su madre, con su padre biológico. Puede interrogar de forma recurrente acerca de su historia.

En la actualidad, y gracias al dispositivo específico de contención, Mohamed comienza a tener acceso a momentos de tristeza y la relación con el equipo ha cambiado. Actualmente, Mohamed parece suscitar sentimientos de benevolencia y actitudes de cuidado de la parte del equipo, lo que antes era imposible. Paralelamente, las entrevistas familiares con su madre son regulares, lo que ayuda a reconstruir las primeras etapas de su historia. Distintos talleres terapéuticos participan igualmente a la mejoría; en su caso, un taller de mediación teatral, otro de acceso a la regresión infantil y de relajación han sido los elegidos.

El caso de Mohamed ilustra la importancia de tomar en cuenta este tipo de entidad psicopatológica en su totalidad y de poder relacionarla con elementos traumáticos de la historia infantil en el caso de que estos existan. Estos niños presentan un alto riesgo de desarrollar trastornos psicóticos en la edad adulta, o de presentar comportamientos de delincuencia. Un mejor conocimiento de este tipo de entidad y de su tratamiento parece indicado y podría mejorar el devenir de estos jóvenes pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berger, M. *Voulons-nous des enfants barbares? Prevenir et traiter la violence extrême*. Paris: Dunod; 2013.
2. Varese F, Smeyers F; Drukker M. et. Al. *Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies*. *Schizophr Bull*. 2012; 38:661-671.
3. Morgan C, Gayer-Anderson C, et. Al. *Childhood adversities and psychosis: evidence, challenges, implications*. *World psychiatry*. 2016 Jun; 15(2): 93-102.

TRAUMA PSÍQUICO Y VIOLENCIA EN LA INFANCIA

4. Read J, Van Os J, Morrison AP et. Al. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. Acta Psychiatr Scand. 2005 Nov; 112(5):330-50.
5. Bielas H, Barra S; Skrivanek C. The associations of cumulative adverse childhood experiences and irritability with mental disorders in detained male adolescent offenders. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2016; 10: 34.