TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL
INFANTIL

PERSONALITY DISORDERS IN CHILD SEXUAL ABUSE VICTIMS

Noemí Pereda¹, David Gallardo-Pujol, & Rosa Jiménez Padilla

Universitat de Barcelona

¹ Dirección de contacto:
Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic
Facultat de Psicologia
Universitat de Barcelona
Pg. Vall d'Hebron, 171
08035 Barcelona
Tel. 933125113
Fax. 934021362
E-mail: npereda@ub.edu

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo ofrecer una revisión actualizada de los estudios publicados a nivel internacional sobre trastornos de la personalidad en víctimas de abuso sexual en la infancia. Se clasificaron los distintos trabajos en función de los trastornos más frecuentemente encontrados en los estudios llevados a cabo en este ámbito, especialmente trastorno antisocial y trastorno límite de la personalidad. Los trabajos revisados muestran resultados poco concluyentes que muestran la necesidad de un mayor número de estudios longitudinales que permitan observar la dirección de la relación entre abuso sexual infantil, rasgos de personalidad y trastornos de la personalidad. Se subraya la importancia del concepto de resiliencia para explicar las diferencias interindividuales encontradas en víctimas de un mismo acontecimiento traumático.

Abstract

The main aim of the present study is to offer an updated review about personality disorders in child sexual abuse victims. Papers were classified depending on the most frequently found topics regarding this issue, focusing on antisocial personality disorder and borderline personality disorder. The studies reviewed provide inconclusive results that show the need for longitudinal studies that could test the directionality of the relationship between child sexual abuse, personality traits, and personality disorders. It is emphasized the concept of resilience in order to explain individual differences which are found in victims of the same traumatic event.

Introducción

A lo largo de la historia de la psicología y la psiquiatría, mucho se ha especulado acerca de la influencia de las experiencias potencialmente traumáticas acontecidas en la infancia en el desarrollo de la personalidad y su psicopatología^{1,2}.

Actualmente, los diversos trabajos llevados a cabo en este ámbito han demostrado que en el desarrollo de la personalidad intervienen tanto factores biológicos como ambientales, así como la interacción entre ambos³, sólo tomada en cuenta recientemente en estudios empíricos^{4,5}. De hecho, lo que los estudios acerca de las bases genéticas de la personalidad y la psicopatología ponen de manifiesto es la importancia del entorno no compartido y la especial influencia de éste en el desarrollo⁶. En los últimos años, el estudio del desarrollo de la personalidad se ha visto impulsado, entre otros factores, por los avances genéticos⁷, mostrando que la personalidad viene dada por la combinación entre genes específicos y los acontecimientos vitales acontecidos por el individuo⁸.

Son diversos los estudios que han observado la estabilidad de los rasgos de la personalidad a lo largo del ciclo vital y cómo el temperamento, presente desde la infancia⁹, influye en el desarrollo de la personalidad adulta¹⁰. El genotipo, sin embargo, se expresará de un modo u otro en función de las experiencias ambientales del individuo⁴. Entre estos factores ambientales, destacan especialmente lo que se ha venido a llamar acontecimientos vitales o *life events*, de los cuales el abuso sexual infantil es uno de los más relevantes, tanto por sus implicaciones clínicas como sociales. La experiencia de abuso sexual en la infancia constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de una gran diversidad de trastornos psicopatológicos en la edad adulta¹¹, aunque los estudios realizados hasta el momento no permiten confirmar la existencia de una relación causal entre esta experiencia y la presencia de psicopatología¹².

Hasta donde llega nuestro conocimiento, muy pocos estudios han abordado de forma empírica y específica cómo afecta el abuso sexual infantil al desarrollo de la personalidad, siendo el de Tong y colaboradores¹³ uno de los más importantes. En este trabajo, los autores llevaron a cabo un seguimiento longitudinal, de unos tres años, a niños y niñas que habían sido víctimas de abuso sexual. Encontraron que, al cabo de ese tiempo, tres de cada cuatro menores tenían menos confianza en los adultos que antes de la experiencia traumática, un 30% tenía menos amigos, un 20% se mostraba más agresivo, un 24% presentaba mayor conciencia sexual, un 28% tenía problemas de comportamiento, un 17% había repetido un curso académico en la escuela, e incluso otro 17% había empeorado su rendimiento académico en la escuela. Los autores concluyeron que el abuso sexual infantil podía tener implicaciones en la capacidad de las víctimas para relacionarse con los demás, tanto para las relaciones de amistad que podían establecer con adultos, como para la forma de relación con sus iguales.

Así, algunos autores constatan una peor salud mental general en víctimas de abuso sexual infantil¹⁴, con una mayor presencia de síntomas y trastornos psiquiátricos en la edad adulta¹⁵⁻¹⁸, estableciéndose una probabilidad cuatro veces mayor de desarrollar trastornos de personalidad en estas víctimas que en población general¹⁹.

Diferentes estudios han demostrado cómo la historia de acontecimientos traumáticos en la infancia, entre ellos la experiencia de abuso sexual, parece incrementar el riesgo de trastorno antisocial²⁰, trastorno límite y antisocial de la personalidad²¹, trastorno límite y trastorno de la personalidad por dependencia²², trastorno obsesivo-compulsivo²³, o rasgos de personalidad psicopatológicos como el paranoide, el límite, el histriónico, el narcisista o el dependiente^{24, 25}, entre otros.

Recientemente, Putnam²⁶ en su revisión de los estudios publicados durante la última década sobre consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil, destaca la

gran variedad de condiciones psiquiátricas que se han asociado de forma consistente con la experiencia de abuso, como los trastornos depresivos, el trastorno límite de la personalidad, el trastorno de somatización, los trastornos relacionados con sustancias, el trastorno por estrés postraumático, los trastornos disociativos y la bulimia nerviosa.

El artículo seminal de Johnson y colaboradores¹⁹ concluyó que diferentes tipos de maltrato conllevaban el desarrollo de diferentes trastornos de personalidad, destacando el riesgo de trastorno límite en víctimas de abuso sexual y de trastorno antisocial y dependiente en el maltrato físico y la negligencia.

Por ello, es importante tener en cuenta la influencia de las denominadas variables mediadoras o moderadoras entre la experiencia de abuso sexual y el desarrollo de esta sintomatología^{27,28}. La presencia o ausencia de determinadas variables relacionadas tanto con las características objetivas de la experiencia abusiva, como con variables psicosociales e individuales de la propia víctima y del agresor, pueden llegar a facilitar o minimizar los posibles efectos psicológicos relacionados con esa situación^{29,30}.

Por ejemplo, Johnson, Sheahan y Chard³¹ analizaron la posible interacción entre la presencia de trastorno por estrés postraumático, el uso de estrategias de afrontamiento evitativas y el diagnóstico de trastornos de la personalidad, principalmente trastorno por evitación, por dependencia, antisocial y límite, en víctimas de abuso sexual infantil. Los autores observaron que las víctimas de abuso sexual en la infancia que utilizaban estrategias evitativas para afrontar las dificultades, pero no aquellas que usaban estrategias de aproximación al problema, presentaban un mayor riesgo de desarrollar tanto trastorno por estrés postraumático como trastornos de personalidad.

La relación entre trastorno por estrés postraumático y trastornos de la personalidad en víctimas de abuso sexual también se ha observado en otros estudios. McLean y Gallop³² comprobaron que las mujeres víctimas de abuso sexual que participaron en su

estudio eran diagnosticadas tanto con trastorno por estrés postraumático como por trastorno límite de la personalidad y concluyeron que tal vez debería hacerse un solo modelo del trastorno en el que el eje I (trastorno por estrés postraumático) fuese el estado, y el eje II (personalidad límite) fuera el rasgo.

Otros estudios, como el de Bersntein, Stein y Handelsman³³, han concluido que, al contrario que en los demás tipos de maltrato infantil, el abuso sexual no correlaciona con ningún trastorno de personalidad en específico, si bien, en cierta medida lo hace con todos ellos. Sus resultados, no obstante, parecen estar mediados por el hecho que los participantes eran varones y el sexo puede haber actuado como factor moderador. Otros estudios posteriores no han sido capaces de replicar consistentemente esta asociación³⁴. En esta línea, otros trabajos, como el reciente de Lobbestael et al.³⁶, han explorado mediante el uso de modelos de ecuaciones estructurales, la relación entre diferentes tipos de maltrato infantil y trastornos de personalidad, controlando la comorbilidad entre ellos. Así, siguiendo los hallazgos de Bernstein et al.³³, han encontrado que el abuso sexual infantil predice trastornos de personalidad en los tres clusters (concretamente trastorno paranoide, esquizoide, límite y evitativo), mientras que otros tipos de maltrato, como por ejemplo el maltrato físico, sólo afectan al trastorno antisocial de la personalidad.

El presente trabajo tiene como objetivo revisar los diferentes estudios publicados a nivel internacional sobre la relación existente entre la experiencia de abuso sexual en la infancia y el desarrollo de trastornos de personalidad en la edad adulta. Se presenta una clasificación basada en tres grupos de trastornos de la personalidad, que permita a los profesionales conocer aquellos trastornos que han sido repetidamente vinculados con el abuso sexual desde el ámbito científico.

Método

Selección de los estudios

Para este trabajo, se seleccionaron aquellos estudios en inglés o español centrados en los trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil a través de una búsqueda en las principales bases de datos, incluyendo *Psycinfo*, *Medline*, *Science Citation Index* y *Social Sciences Citation Index* de la Web of Science. A fin de abarcar la mayor parte de los artículos publicados en esta área, se adoptaron dos estrategias más: (a) búsqueda a partir de las listas de referencias bibliográficas de los artículos más relevantes sobre el tema; y (b) búsqueda manual en las tres revistas de referencia dentro de esta temática (*Child Abuse & Neglect*, *Journal of Child Sexual Abuse* y *Journal of Personality Disorders*).

Resultados

Para facilitar la comprensión de los resultados que se presentan, los distintos estudios que se han centrado en el análisis de los trastornos de la personalidad en víctimas de abuso sexual infantil se han agrupado en función de los clusters de la personalidad según el DSM-IV-TR³⁵.

Grupo A

El grupo A se caracteriza por reunir aquellos trastornos que consideran que el sujeto tiene una personalidad extraña o excéntrica. Se incluyen el trastorno paranoide, el trastorno esquizoide y el trastorno esquizotípico de la personalidad³⁵.

INSERTAR TABLA 1

Existen pocos trabajos que hayan explorado la relación entre la presencia de abuso sexual infantil y los trastornos de personalidad del grupo A³⁶. Entre ellos, los que han explorado la relación entre síntomas esquizotípicos y abuso sexual infantil en muestras comunitarias son los más frecuentes. Estos trabajos encuentran que el hecho de haber sufrido maltrato infantil eleva la verosimilitud de presentar un trastorno esquizotípico de

la personalidad en la edad adulta^{19, 37, 38}. Estos mismos resultados han sido replicados en un trabajo más reciente³⁹. Sin embargo, cuando en este trabajo se tuvieron en cuenta los efectos simultáneos de diferentes formas de maltrato, el único que retuvo una asociación significativa con el trastorno esquizotípico fue el abuso emocional. Otros trabajos llevados a cabo con muestras clínicas, no obstante, también han relacionado el abuso sexual grave (mayor frecuencia y cronicidad, uso de violencia, conductas más intrusivas) con síntomas esquizotípicos⁴⁰.

Respecto al trastorno paranoide de la personalidad, un trabajo reciente³⁴ con una muestra comunitaria encontró un aumento de la sintomatología paranoide en sujetos que no tenían ningún trastorno en el eje I del DSM-IV-TR³⁵. Por otro lado, en una muestra de pacientes ambulatorios, conjuntamente con el abuso emocional, el abuso sexual predijo la aparición del trastorno paranoide de la personalidad^{36, 41}.

Otros estudios reportan también más síntomas de trastornos de la personalidad del grupo A en víctimas de abuso sexual infantil⁴²⁻⁴⁴ aunque de forma inespecífica, es decir, sin diferenciar el abuso sexual infantil de otras formas de maltrato infantil respecto a sus efectos, pero sí encontrándose que a mayor gravedad del abuso (por ejemplo, en los casos en los que se ha producido penetración), mayor gravedad en la sintomatología psicopatológica.

Grupo B

El grupo o cluster B de trastornos de la personalidad incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista³⁵. Precisamente éste ha sido uno de los grupos de trastornos de personalidad que ha recibido más atención⁴⁵, tanto en la práctica profesional como en la investigación, debido a su relevancia clínica y social. En el aspecto clínico, por ejemplo, el trastorno límite es el trastorno de personalidad más prevalente entre aquellas personas atendidas en la red de salud mental pública estatal⁴⁶.

Concretamente, una de cada cuatro personas atendidas en estos centros presenta un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, seguido por el trastorno histriónico. Cabe remarcar también, las graves consecuencias que puede conllevar para la vida de los afectados de este trastorno su no tratamiento⁴⁷. En relación a las consecuencias sociales del trastorno antisocial de la personalidad, éstas hacen que la OMS haya considerado la violencia y sus manifestaciones como uno de los problemas de salud pública más apremiantes del planeta⁴⁸. Así pues, no es de extrañar que estos trastornos sean los que hayan recibido más atención en la literatura.

INSERTAR TABLA 2

- *Trastorno antisocial de la personalidad*

En general, el comportamiento antisocial puede definirse como un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta³⁵.

Algunas víctimas crecen en la convicción de que el empleo de la agresividad es el mejor camino para conseguir lo que quieren. Según afirman diversos autores (véanse las revisiones de Widom⁴⁹ o Maxfield & Widom⁵⁰) el haber sido víctima en la infancia parece propiciar que de adulto se victimice a otros, conociéndose este fenómeno como la transmisión intergeneracional de la violencia. Según la evidencia, las experiencias de abusos en la infancia parecen incrementar en un 30% el riesgo de ser maltratador una vez en la edad adulta.

De hecho, en muestras pertenecientes a la población general^{19, 51} se ha observado una asociación entre el hecho de haber sufrido abuso sexual en la infancia y comportamientos antisociales en la edad adulta, especialmente cuando tenemos en cuenta las interacciones con el sexo del sujeto.

Haller y Miles⁵² determinaron que, en el caso del abuso sexual infantil, casi el doble de mujeres desarrollan trastornos de la personalidad que en otros casos de maltrato. Para estas investigadoras, el hecho de desarrollar un comportamiento antisocial podría darse como una forma de autoprotección, como medio para poder ser independiente de los demás y evitar las relaciones íntimas, entendidas como signos de debilidad.

Por su parte, Semiz, Başoğlu, Ebrinç y Cetin⁵³ estudiaron la asociación entre el trastorno de personalidad antisocial y la historia de acontecimientos traumáticos en la infancia, encontrando que en adultos diagnosticados de trastorno de personalidad antisocial, se presentaba una elevada prevalencia de victimización en la infancia, entre ellas el abuso sexual. En esta misma línea, también destaca el trabajo de Bierer et al.⁴¹ en el que se revela una conexión específica entre el abuso sexual infantil y el abuso físico en el diagnóstico de trastorno antisocial en una muestra de pacientes ambulatorios.

Una de las publicaciones más importantes respecto a la relación entre el maltrato en la infancia, incluyendo como subgrupo el abuso sexual, y su posible relación con el comportamiento antisocial es la investigación de Caspi y colaboradores⁵⁴. Los autores encontraron que, parte de los individuos que habían sido víctimas de malos tratos infantiles incurrieran en comportamientos manifiestamente antisociales en la edad adulta. El resultado más sorprendente fue que, al analizar el genotipo de este grupo, los individuos portadores de una determinada versión del gen de la MAOA (enzima cerebral implicada en la respuesta a situaciones aversivas y vinculada al comportamiento violento⁵⁵) fueron los que tenían un comportamiento mucho más violento que las víctimas de malos tratos, pero portadoras de otra versión del mismo gen. Es decir, el genotipo actuaba como factor modulador entre la experiencia de malos

tratos y la posterior aparición de conducta violenta. Este trabajo ha sido replicado en diversas ocasiones, destacando por ejemplo, el trabajo de Haberstick et al.⁵⁶.

En un estudio de metanálisis posterior Kim-Cohen et al.⁵⁷ concluyeron que el gen MAOA explicaba parte de la variabilidad en el desarrollo de conductas antisociales tras la experiencia de malos tratos. Parece ser que un acontecimiento como el abuso sexual en la infancia causa una hiperactividad en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal y en el sistema autónomo lo que, junto con la baja actividad del alelo MAOA-LPR, puede provocar una propensión en el individuo a desarrollar un trastorno de personalidad como el antisocial⁵⁸.

- *Trastorno límite de la personalidad*

Uno de los trastornos frecuentemente relacionados con la experiencia de abuso sexual infantil es el trastorno límite de la personalidad, definido como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, así como una elevada impulsividad, que puede reflejarse en la existencia de abuso de sustancias, desórdenes alimenticios caracterizados por atracones y conductas sexuales promiscuas, entre otros³⁵ y que se observan con relativa frecuencia en víctimas de abuso sexual (para una revisión véase ⁵⁹).

Diversos estudios han confirmado esta relación en población general^{31, 51, 60-63} y en muestras clínicas^{36, 41, 64-69} o penitenciarias⁷⁰. Del mismo modo que en otros trastornos de la personalidad, el trastorno límite no se asocia con ninguna forma específica de maltrato infantil⁷¹, aunque el abuso sexual infantil es un factor predictor muy potente de la sintomatología límite. Otros trabajos han confirmado esta asociación^{34, 44}.

A su vez, se ha constatado que mujeres diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad presentan una mayor frecuencia de abuso sexual en la infancia, así como abusos sexuales más graves que aquellas mujeres no diagnosticadas^{72, 73}. Para Meza-

Rodríguez⁷⁴ la experiencia de abuso sexual infantil puede activar el sistema hipotalámico-pituitario-adrenal lo que, relacionado con una hiperactivación del sistema serotoninérgico, puede hacer que se manifiesten conductas impulsivas. A su vez, Rüschi et al.⁷⁵ demostraron una relación entre la experiencia de abuso sexual y un menor espesor del cuerpo calloso en mujeres con personalidad límite. Sin embargo, otros estudios no han encontrado esta relación entre disfunciones neurobiológicas y abuso sexual infantil en pacientes con trastorno límite de la personalidad⁷⁶.

Diferentes variables parecen influir en el desarrollo del trastorno, como que la víctima revele el abuso y sea sometida a tratamiento psicológico⁷⁷ o la presencia de baja autoestima⁷⁸. En esta misma línea, un estudio realizado por Gladstone et al.⁷⁹ considera el abuso sexual infantil un importante factor de riesgo para el desarrollo de trastorno límite de la personalidad lo que, a su vez, se relaciona con un mayor riesgo de depresión, actuando el diagnóstico de trastorno límite como mediador entre el estatus de abuso sexual y la depresión. Recientemente, otros autores^{47, 80} han demostrado una fuerte relación entre la experiencia de abuso sexual, el desarrollo de trastorno de personalidad límite y la ideación y conducta suicida.

Sin embargo, algunos autores^{29, 81-83}, entre los que destaca el estudio de metanálisis llevado a cabo por Fossati, Madeddu y Maffei⁸⁴, han minusvalorado la supuesta relación existente entre la experiencia de abuso sexual infantil y el desarrollo de trastorno límite de la personalidad, considerando que el abuso sexual infantil no es un requisito necesario ni suficiente para el desarrollo de este trastorno, existiendo otras experiencias infantiles y múltiples variables implicadas, principalmente la gravedad del abuso experimentado, que exigen el desarrollo de modelos etiológicos multifactoriales.

Grupo C

Los trastornos del grupo C se caracterizan por una alta incidencia de los síntomas relacionados con la ansiedad y el retraimiento social. Así, el trastorno por evitación se caracteriza por un patrón general de inhibición social, sentimiento de inadecuación y una hipersensibilidad a la evaluación negativa que comienza al principio de la edad adulta³⁵. Por su parte, el trastorno de personalidad por dependencia se caracteriza por una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación³⁵. El último de los trastornos de este grupo, el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad se caracteriza por una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia³⁵.

INSERTAR TABLA 3

Los trastornos del grupo B no presentan con tanta frecuencia investigación empírica vinculando el abuso sexual con su desarrollo, probablemente debido a que su prevalencia no es tan alta como la de los trastornos del grupo C. Entre los trabajos publicados al respecto, destacan el de Johnson et al.³¹ en el que se constató una fuerte relación entre las estrategias de afrontamiento evitativas, el abuso sexual en la niñez y los trastornos de personalidad; o el de Lobbestael et al.³⁶, en el que se comprobó la asociación entre abuso sexual infantil y trastorno de personalidad evitativo controlando la comorbilidad con el resto de trastornos.

Otro de los estudios que concluyen la existencia de una relación entre el abuso sexual y la personalidad dependiente es el llevado a cabo por Strickland²², en el que se investigó a un grupo de mujeres que cumplían condena en prisión. Esta autora llegó a la conclusión que las mujeres delincuentes sexuales, que han sufrido abusos en la infancia, tienen pocas habilidades para la negociación en contextos sociales, además de un tipo de

personalidad dependiente que las hace involucrarse en relaciones disfuncionales, llegando a no saber negociar tampoco sus relaciones sexuales.

Otros trabajos, mencionados anteriormente, también exploraron esta asociación entre abuso sexual infantil y trastornos de personalidad del grupo C son los de Johnson et al.¹⁹, MacMillan et al.⁵¹, Wonderlich et al.⁷¹, Grover et al.³⁴ o Tyrka et al.⁴⁴, encontrando en la mayoría de los casos una asociación positiva entre el abuso infantil y la sintomatología relacionada con este grupo. Sólo en uno de los estudios²³ no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de abusados y el de no abusados en relación a sintomatología obsesivo-compulsiva.

Discusión y conclusiones

Los estudios revisados en el presente trabajo muestran la variabilidad interindividual en el desarrollo de trastornos de la personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. Si bien en la bibliografía menos reciente se detectaban asociaciones específicas entre abuso sexual infantil y algunos trastornos de personalidad, una revisión más actual indica que los efectos del abuso sexual infantil parecen ser inespecíficos. Si sumamos ambos factores, la variabilidad interindividual y la inespecificidad del abuso sexual per se, llegamos inevitablemente al estudio de la resiliencia que, tal y como ha venido defendiéndose recientemente, debe analizarse desde una amplia perspectiva psicobiológica⁸⁵ que incluya tanto variables psicosociales del individuo como sus respuestas neurobiológicas al estrés^{54, 86-88}.

Sin lugar a dudas, entender las asociaciones e interacciones que se producen entre las experiencias traumáticas infantiles y las variables psicobiológicas del propio individuo durante el desarrollo de la personalidad permitirá llevar a cabo tratamientos más efectivos⁸⁹, ya sea mediante intervenciones ambientales de prevención primaria y secundaria, o bien mediante intervenciones personalizadas, en el ámbito de la

prevención terciaria, si no ha sido posible evitar la exposición al abuso sexual infantil. En palabras de Lazarus⁹⁰ *“Trauma can never be adequately defined as an external event. To be traumatized depends on the specifics of the connection between the event and the person who is responding to it – in other words, on the person-environment relationship”*. En este sentido, se ha constatado de forma empírica la relación entre las experiencias positivas durante la infancia y la capacidad de resiliencia y de recuperación de un trastorno de personalidad, concretamente el trastorno por evitación y el trastorno esquizotípico⁹¹. Conocer y promover las experiencias de relación interpersonales positivas puede ayudar, en función de los resultados, a favorecer la resiliencia en víctimas de abuso sexual. Estas intervenciones post-traumáticas deberían tener en cuenta las diferencias de los individuos en relación a su estructura de personalidad, estrategias de afrontamiento, sentimiento de culpa, redes de apoyo y soporte, o incluso en otro nivel, su dotación genética para una intervención farmacogenómica más eficaz, en caso que fuera necesario.

En general, parece que el abuso sexual infantil y la relación con los trastornos de la personalidad tienen que ver con la pérdida de confianza, seguridad, estabilidad, autoeficacia y regulación del afecto⁴⁴, variables presentes en gran parte de las víctimas y muy relacionadas con la personalidad paranoide, la personalidad límite, la antisocial y los trastornos del grupo C. Los estudios publicados sobre abuso sexual, no obstante, impiden establecer la existencia de un síndrome que defina y englobe los problemas emocionales, cognitivos y sociales que se relacionan con esta experiencia, constatando consecuencias que afectan a todas las áreas de la vida de la víctima, e incluso la ausencia total de síntomas en algunas de ellas⁹².

Se hace difícil, por tanto, poder establecer relaciones causales que permitan describir la dirección de la relación entre la experiencia de abuso sexual en la infancia y

el desarrollo de trastornos de personalidad en la edad adulta. Por otro lado, variables vinculadas a la metodología de los trabajos revisados, como que la mayoría de resultados provienen de estudios retrospectivos, la falta de control de posibles variables mediadoras en muchos de los estudios y el uso de muestras principalmente de sexo femenino, limitan establecer conclusiones claras respecto al desarrollo de psicopatología en víctimas de abuso sexual infantil. De hecho, las diferencias en la prevalencia por sexos en algunos de los trastornos expuestos dificultan la obtención de conclusiones sólidas al respecto. Otra de las limitaciones importantes es que la gran mayoría de los trabajos no ha explorado específicamente los efectos del abuso sexual infantil, sino que lo ha hecho dentro del marco general del maltrato. A pesar de que hay algunas herramientas para evaluar las diferentes formas de maltrato, entre las que destaca el Juvenile Victimization Questionnaire de Finkelhor, Hamby, Ormord, & Turner⁹³, o el Childhood Trauma Questionnaire⁹⁴, y que algunos trabajos han tenido en cuenta el solapamiento de tipos distintos de maltrato, es muy difícil separar los efectos del abuso sexual infantil de otras tipologías de violencia o de otro tipo de factores relacionados con un ambiente familiar disfuncional⁴³, o, sencillamente, con el paso del tiempo⁹⁵. Cabe destacar, que las víctimas de un único maltrato son muy poco frecuentes, siendo lo más común la combinación de diversos malos tratos^{96, 97}, siendo una de las causas que también ha dificultado el poder establecer tipologías consensuadas, así como determinar secuelas específicas ocasionadas por uno u otro tipo de maltrato.

Sin embargo, la mayoría de estudios que controlan estas posibles variables interferidoras siguen constatando una relación clara entre la experiencia de abuso sexual y el posterior desarrollo de problemas psicológicos, independientemente de la influencia de otras variables^{15, 19, 98-101}.

En síntesis, como se ha expuesto en este trabajo, conocer cómo afecta la experiencia de maltrato y abuso infantil al desarrollo de la psicopatología de la personalidad, puede ayudarnos acerca de cómo favorecer la resiliencia y el tratamiento de estos trastornos, siendo una tarea que requiere de todo nuestro esfuerzo como profesionales.

Referencias

1. Breuer J, Freud S. *Studies in Hysteria (1893–1895)*. London: Hogarth; 1895.
2. Freud S. *Further remarks on the neuropsychoses of defence*. London: Hogarth; 1896.
3. Roberts BW, Wood D, Caspi A. The development of Personality Traits in adulthood. In: John OP, Robins RW, Pervin LA, editors. *Handbook of Personality: Theory and Research*. New York: Guilford Press; 2008.
4. Caspi A, Moffitt TE. Gene-environment interactions in psychiatry: joining forces with neuroscience. *Nat Rev Neurosci* 2006 ; 7:583-90.
5. Moffitt TE, Caspi A, Rutter M. Strategy for Investigating Interactions Between Measured Genes and Measured Environments. *Arch Gen Psychiatry* 2005 ;62:473-81.
6. Bouchard TJ, McGue M. Genetic and environmental influences on human psychological differences. *J Neurobiol* 2002;54:4-45.
7. Caspi A, Roberts BW, Shiner RL. Personality development: Stability and change. *Annu Rev Psychol* 2005;56:453-84.
8. Caspi A, Belsky J, Jaffee SR, Moffitt TE. Intergenerational relationships in young adulthood and their life course, mental health, and personality correlates. *J Fam Psychol* 2003;17 (4):460-71.
9. Chess S, Thomas A. *Temperament: theory and practice*. New York: Brunner/Mazel; 1996.
10. Caspi A. The Child Is Father of the Man: Personality Continuities From Childhood to Adulthood. *J Pers Soc Psychol* 2000;78:158-72.
11. Flitter JMK, Elhai J, D., Gold SN. MMPI-2 F scale elevations in adult victims of child sexual abuse. *J Trauma Stress* 2003;16:269-74.

12. Browning CR, Laumann EO. Sexual contact between children and adults: A life course perspective. *Am Sociol Rev* 1997;62:540-60.
13. Tong L, Oates K, McDowell M. Personality development following sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1987;11:371-83.
14. Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse Negl* 1996;20:709-23.
15. Fergusson DM, Horwood J, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1365-74.
16. Fleming J, Mullen PE, Sibthorpe B, Bammer G. The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse Negl* 1999;23:145-59.
17. Walker EA, Wayne JK, Hansom J, Harrop-Griffiths J, Holm L, Jones ML, et al. Medical and psychiatric symptoms in women with childhood sexual abuse. *Psychosom Med.* 1992;54:658-64.
18. Bru M, Santamaría M, Coronas R, Cobo J. Dissociative disorder and traumatic events. A study of Spanish population. *Actas Esp Psiquiatr* 2009;37:200-4.
19. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:600-6.
20. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl* 2008;32:607-19.
21. Lobbetael J, Arntz A, Sieswerda S. Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2005;36:240-53.

22. Strickland SM. Female sex offenders: exploring issues of personality, trauma, and cognitive distortions. *J Interpers Violence* 2008;23:474-89.
23. Caspi A, Vishne T, Sasson Y, Gross R, Livne A, Zohar J. Relationship between childhood sexual abuse and obsessive-compulsive disorder: Case control study. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2008;45:177-82.
24. Bradley R, Heim A, Westen D. Personality constellations in patients with a history of childhood sexual abuse. *J Trauma Stress* 2005;18:769-80.
25. Gibb BE, Wheeler R, Alloy LB, Abramson LY. Emotional, physical, and sexual maltreatment in childhood versus adolescence and personality dysfunction in young adulthood. *J Pers Disord* 2001;15:505-11.
26. Putnam F. Ten-year research update review: Child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:269-78.
27. Compas BE, Phares V. Stress during childhood and adolescence: Sources of risk and vulnerability. In: Cummings EM, Greene AL, Karraker KH, editors. *Life-span developmental psychology: perspectives on stress and coping*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1991.
28. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984.
29. Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, DaCosta GA, Akman D, Cassavia E. A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1992;16:101-18.
30. Hébert M, Lavoie F, Vitaro F, McDuff P, Tremblay RE. Association of child sexual abuse and dating victimization with mental health disorder in a sample of adolescent girls. *J Trauma Stress* 2008;21:181-9.

31. Johnson DM, Sheahan TC, Chard KM. Personality disorders, coping strategies, and posttraumatic stress disorder in women with histories of childhood sexual abuse. *J Child Sex Abus* 2003;12:19-39.
32. McLean LM, Gallop R. Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2003;160:369-71.
33. Bernstein DP, Stein JA, Handelsman L. Predicting personality pathology among adult patients with substance use disorders: effects of childhood maltreatment. *Addict Behav* 1998;23:855-68.
34. Grover KE, Carpenter LL, Price LH, Gagne GG, Mello AF, Mello MF, et al. The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. *J Pers Disord* 2007;21:442-7.
35. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4^a ed. texto revisado). Barcelona: Masson; 2002.
36. Lobbestael J, Arntz A, Bernstein DP. Disentangling the Relationship Between Different Types of Childhood Maltreatment and Personality Disorders. *J Pers Disord* 2010;24:285-95.
37. Berenbaum H, Valera EM, Kerns JG. Psychological trauma and schizotypal symptoms. *Schizophr Bull* 2003;29:143-52.
38. Lentz V, Robinson J, Bolton JM. Childhood Adversity, Mental Disorder Comorbidity, and Suicidal Behavior in Schizotypal Personality Disorder. *J Nerv Ment Dis* 2010;198:795-801.

39. Berenbaum H, Thompson RJ, Milanek ME, Boden MT, Bredemeier K. Psychological trauma and schizotypal personality disorder. *J Abnorm Psychol* 2008;117:502-19.
40. Ruggiero KJ, McLeer SV, Dixon JF. Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. *Child Abuse Negl* 2000;24:951-64.
41. Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J, Mitropoulou V, New AS, Silverman JM, et al. Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses *CNS Spectr* 2003;8:737-54.
42. Leserman J. Sexual abuse history: prevalence, health effects, mediators, and psychological treatment. *Psychosom Med* 2005;67:906-15.
43. Nash MR, Hulsey TL, Sexton MC, Harralson TL, Lambert W. Long-term sequelae of childhood sexual abuse: perceived family environment, psychopathology, and dissociation. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:276-83.
44. Tyrka AR, Wyche MC, Kelly MM, Price LH, Carpenter LL. Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: influence of maltreatment type. *Psychiatry Res* 2009;165:281-7.
45. Cutajar MC, Mullen PE, Ogloff JRP, Thomas SD, Wells DL, Spataro J. Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse Negl* 34:813-22.
46. Lana F, Fernández San Martín MI, Sánchez Gil C, Bonet E. Study of personality disorders and the use of services in the clinical population attended in the mental health network of a community area. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36:331-6.

47. Söderberg S, Kullgren G, Renberg ES. Childhood sexual abuse predicts poor outcome seven years after parasuicide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:916-20.
48. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
49. Widom CS. Does Violence Beget Violence? A Critical Examination of the Literature. *Psychol Bull* 1989;106:3-28.
50. Maxfield MG, Widom CS. The cycle of violence. Revisited 6 years later. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:390-5.
51. MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL, Lin E, Boyle MH, Jamieson E, et al. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry* 2001;158:1878-83.
52. Haller DL, Miles DR. Personality Disturbances in Drug-Dependent Women: Relationship to Childhood Abuse. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2004;30:269-86.
53. Semiz UB, Başoğlu C, Ebrinç S, Çetin M. Childhood trauma history and dissociative experiences among Turkish men diagnosed with antisocial personality disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:865-73.
54. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, et al. Role of Genotype in the Cycle of Violence in Maltreated Children. *Science* 2002;297:851-4.
55. Brunner HG, Nelen M, Breakefield XO, Ropers HH, van Oost BA. Abnormal behavior associated with a point mutation in the structural gene for monoamine oxidase A. *Science* 1993;262:578-80.
56. Haberstick BC, Lessem JM, Hopper CJ, Smolen A, Ehringer MA, Timberlake D, et al. Monoamine oxidase A (MAOA) and antisocial behaviors in the presence of

childhood and adolescent maltreatment. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2005;135B:59-64.

57. Kim-Cohen J, Caspi A, Taylor A, Williams B, Newcombe R, Craig IW, et al. MAOA, maltreatment, and gene-environment interaction predicting children's mental health: new evidence and a meta-analysis. *Mol Psychiatry* 2006;11:903-13.

58. Ducci F, Enoch M-A, Hodgkinson C, Xu K, Catena M, Robin R, et al. Interaction between a functional MAOA locus and childhood sexual abuse predicts alcoholism and antisocial personality disorder in adult women. *Mol Psychiatry* 2008;13:334-47.

59. Murray JB. Relationship of childhood sexual abuse to borderline personality disorder, posttraumatic stress disorder, and multiple personality disorder. *J Psychol* 1993;127:657-76.

60. Bosch LMCVD, Verheul R, Langeland W, Brink WVD. Trauma, dissociation, and posttraumatic stress disorder in female borderline patients with and without substance abuse problems. *Aust N Z J Psychiatry* 2003;37:549-55.

61. Bryer JB, Nelson BA, Miller JB, Krol PA. Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1987;144:1426-30.

62. Cole PM, Putnam FW. Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *J Consult Clin Psychol.* 1992;60:174-84.

63. Grilo CM, Sanislow CA, Fehon DC, Lipschitz DS, Martino S, McGlashan TH. Correlates of suicide risk in adolescent inpatients who report a history of childhood abuse. *Compr Psychiatry* 1999;40:422-8.

64. Brown GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *Am J Psychiatry* 1991;148:55-61.

65. Martínez-Raga J, Keaney F, Marshall EJ, Ball D, Best D, Strang J. Positive or negative history of childhood sexual abuse among problem drinkers: relationship to substance use disorders and psychiatric co-morbidity. *J Subst Use* 2002;7:34-40.
66. Shea MT, Zlotnick C, Dolan R, Warshaw MG, Phillips KA, Brown P, et al. Personality disorders, history of trauma, and posttraumatic stress disorder in subjects with anxiety disorders. *Compr Psychiatry* 2000;41:315-25.
67. Waller G. Childhood sexual abuse and borderline personality disorder in the eating disorders. *Child Abuse Negl* 1994;18:97-101.
68. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Prediction of the 10-Year Course of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 2006;163:827-32.
69. Horesh N, Nachshoni T, Wolmer L, Toren P. A comparison of life events in suicidal and nonsuicidal adolescents and young adults with major depression and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 2009;50:496-502.
70. Roberts A, Yang M, Zhang T, Coid J. Personality disorder, temperament, and childhood adversity: findings from a cohort of prisoners in England and Wales. *J Forens Psychiatry Psychol* 2008;19:460 - 83.
71. Wonderlich SA, Crosby RD, Mitchell JE, Thompson K, Smyth JM, Redlin J, et al. Sexual trauma and personality: developmental vulnerability and additive effects. *J Pers Disord* 2001;15:496-504.
72. Paris J, Zweig-Frank H, Guzder J. Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Compr Psychiatry* 1994;35:301-5.
73. Silk KR, Lee S, Hill EM, Lohr NE. Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1995;152:1059-64.

74. Meza-Rodríguez TE. Trastorno límite de personalidad: Constructos caracteriológicos, fenomenológicos y su correlación neurobiológica. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* 2007;14:55-64.
75. Rüsç N, Luders E, Lieb K, Zahn R, Ebert D, Thompson PM, et al. Corpus callosum abnormalities in women with borderline personality disorder and comorbid attention-deficit hyperactivity disorder. *J Psychiatry Neurosci* 2007;32:417-22.
76. Zweig-Frank H, Paris J, Kin NMKNY, Schwartz G, Steiger H, Nair NPV. Childhood sexual abuse in relation to neurobiological challenge tests in patients with borderline personality disorder and normal controls. *Psychiatry Res* 2006;141:337-41.
77. Lewis RJ, Griffin JL, Winstead BA, Morrow JA, Schubert CP. Psychological Characteristics of Women Who Do or Do Not Report a History of Sexual Abuse. *J Prev Interv Community* 2003;26:49-65.
78. Lynum LI, Wilberg T, Karterud S. Self-esteem in patients with borderline and avoidant personality disorders. *Scand J Psychol* 2008;49:469-77.
79. Gladstone G, Parker G, Wilhelm K, Mitchell P, Austin MP. Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1999;156:431-7.
80. Soloff PH, Fabio A. Prospective predictors of suicide attempts in borderline personality disorder at one, two, and two-to-five year follow-up. *J Pers Disord* 2008;22:123-34.
81. Owens GP, Chard KM. Comorbidity and psychiatric diagnoses among women reporting child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 2003;27:1075-82.

82. Rosenthal MZ, Cheavens JS, Lejuez CW, Lynch TR. Thought suppression mediates the relationship between negative affect and borderline personality disorder symptoms. *Behav Res Ther* 2005;43:1173-85.
83. Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1997;154:1101-6.
84. Fossati A, Madeddu F, Maffei C. Borderline Personality Disorder and childhood sexual abuse: A meta-analytic study. *J Pers Disord* 1999;13:268-80.
85. Feder A, Nestler EJ, Charney DS. Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nat Rev Neurosci* 2009;10:446-57.
86. Rutter M. Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *Ann N Y Acad Sci* 2006;1094:1-12.
87. Rutter M. Gene-environment interdependence. *Dev Sci* 2007;10:12-8.
88. Rutter M. Resilience, competence, and coping. *Child Abuse Negl* 2007;31:205-9.
89. Gallardo-Pujol D, Forero CG, Maydeu-Olivares A, Andrés-Pueyo A. Desarrollo del comportamiento antisocial: factores psicobiológicos, ambientales en interacciones-genotipo-ambiente. *Rev Neurol* 2009;48:191-8.
90. Lazarus RS. *Stress and emotion: A new synthesis*. New York, NY US: Springer Publishing Co; 1999.
91. Skodol AE, Bender DS, Pagano ME, Shea MT, Yen S, Sanislow CA, et al. Positive childhood experiences: Resilience and recovery from personality disorder in early adulthood. *J Clin Psychiatry* 2007;68:1102-8.

92. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D, Bull R. Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Children and the law: The essential readings*. Malden, MA US: Blackwell Publishing; 2001. p. 31-76.
93. Finkelhor D, Hamby SL, Ormrod R, Turner H. The Juvenile Victimization Questionnaire: Reliability, validity, and national norms. *Child Abuse Negl* 2005;29:383-412.
94. Bernstein DP, Fink L. *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual*. San Antonio: Harcourt Brace & Company; 1998.
95. López F. Efectos de los abusos sexuales de menores. II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Bilbao: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 1993.
96. Inglés A. El maltractament d'infants a Catalunya. Quants, Com. Per què. Barcelona: Departament de Justícia; 2000.
97. Sanmartín J. *Maltrato Infantil en la familia. España (1997/1998)*. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia; 2002.
98. Hill J, Davis R, Byatt M, Burnside E, Rollinson L, Fear S. Childhood sexual abuse and affective symptoms in women: A general population study. *Psychol Med* 2000;30:1283-91.
99. Dinwiddie SH, Heath AC, Dunne MP, Bucholz KK, Madden PAF, Slutske WS, et al. Early sexual abuse and lifetime psychopathology: A co-twin-control study. *Psychol Med* 2000;30:41-52.
100. Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hetta JM, Myers J, Prescott CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:953-9.

101. Nelson EC, Heath AC, Madden PAF, Cooper L, Dinwiddie SH, Bucholz KK, et al. Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: Results from a twin study. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:139-45.

Tabla 1. Trastornos de la personalidad en víctimas de abuso sexual infantil: Cluster A

Sintomatología	Estudios
Trastorno paranoide	34; 36; 41-44
Trastorno esquizoide	36; 42-44
Trastorno esquizotípico	19; 37-40; 42-44

Tabla 2. Trastornos de la personalidad en víctimas de abuso sexual infantil: Cluster B

Trastorno antisocial	19-21;41; 49-54; 56-58;
Trastorno límite	19; 21; 29; 34; 36; 41; 44; 47; 51; 60-73; 80-84;
Trastorno histriónico	24-25
Trastorno narcisista	24-25

Tabla 3. Trastornos de la personalidad en víctimas de abuso sexual infantil: Cluster C

Trastorno evitativo	31; 34; 36; 44; 51; 71
---------------------	------------------------

Trastorno por dependencia	19; 22; 24-25; 34; 44; 71
---------------------------	---------------------------

Trastorno obsesivo-compulsivo	23; 44; 51; 71
-------------------------------	----------------