

Abuso sexual en la infancia: consecuencias psicopatológicas a largo plazo

MARÍA TERESA ALMENDRO MARÍN¹, BELÉN EIMIL ORTIZ²,
RAQUEL GARCÍA BARÓ³ Y PILAR SÁNCHEZ DEL HOYO⁴

RESUMEN

Sufrir abusos sexuales en la infancia (ASI) implica consecuencias psicopatológicas a largo plazo, alteraciones a nivel emocional y relacional, sentimientos de culpa y vergüenza, dificultades en interpretar las claves interpersonales y en mantener vínculos sanos. Este artículo es un estudio observacional transversal y representa una aproximación a esta realidad en la población atendida en un servicio público de salud mental (N = 23). La recogida de información se hizo a través de un protocolo formado por variables sociodemográficas, otras relativas al ASI y la aplicación del MCMI-II (2004). Sería conveniente explorar este acontecimiento y realizar intervenciones preventivas. PALABRAS CLAVE: abuso sexual infantil, psicopatología, Inventario Clínico Multiaxial de Theodore Millon (MCMI- II).

ABSTRACT

SEXUAL ABUSE IN CHILDHOOD: LONG TERM PSYCHOPATHOLOGICAL CONSEQUENCES. Suffering from childhood sexual abuse (CSA) leads to later mental disorders, emotional and interpersonal disturbances, feelings of guilt and shame, difficulties in understanding interpersonal cues and in keeping coherent bonds. This paper consists of an observational cross sectional study and represents an approximation to this reality in the population attended in a public mental health service (N=23). The recollection of data was made following a protocol including sociodemographic and CSA variables, as well as the application of MCMI-II, 2004. It would be convenient to explore this event and to undertake preventive treatments. KEY WORDS: childhood sexual abuse, psychopathology, Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II).

RESUM

ABÚS SEXUAL EN LA INFÀNCIA: CONSEQÜÈNCIES PSICOPATOLÒGIQUES A LLARG TERMINI. Sofrir abusos sexuals a la infància (ASI) implica conseqüències psicopatològiques a llarg termini, alteracions a nivell emocional i relacional, sentiments de culpa i vergonya, dificultats en interpretar les claus interpersonals i en mantenir vincles sans. Aquest article és un estudi observacional transversal i representa una aproximació a aquesta realitat en la població atesa en un servei públic de salut mental (N = 23). La recollida d'informació es va fer a través d'un protocol format per variables sociodemogràfiques, altres relatives a l'ASI i l'aplicació del MCMI-II (2004). Seria convenient explorar aquest esdeveniment i realitzar intervencions preventives. PARAULES CLAU: abús sexual infantil, psicopatologia, Inventari Clínic Multiaxial de Theodore Millon (MCMI- II).

El abuso sexual en la infancia y sus consecuencias en el adulto es un hecho que se aborda con relativa frecuencia en las consultas ambulatorias de salud mental, bien como motivo de consulta o a lo largo del tratamiento recibido. La importancia del abuso como acontecimiento traumático y las secuelas relacionadas con dicho evento que aparecen en la edad adulta han

motivado la presente investigación, como una aproximación a esta realidad en la población que atendida en un servicio público de salud mental.

En la revisión bibliográfica realizada, se encuentran diferentes definiciones del abuso sexual en la infancia, entendiéndolo como una actividad sexual que no es deseada por el menor, en la que existe una relación de

1. Psicóloga clínica. Centro de Salud Mental de Alcobendas-San Sebastián de los Reyes. Equipo infanto-juvenil; 2. Psicóloga clínica; 3. Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Parla; 4. Psicóloga clínica. Centro de Salud Mental de Parla.
Correspondencia: m_almendrosamarn@yahoo.es

poder por parte del agresor y en la que el niño o niña se ve involucrado y no es capaz de entender y/o parar dichas conductas (Marty y Carvajal, 2005). Nos parece importante destacar, como así lo recogen algunos trabajos (Lameiras, Carrere y Failde, 2008; Pereda et al. 2007; Echeburúa y De Corral, 2006) los criterios de coerción, asimetría de edad y conductas sexuales como fundamentales para comprender el abuso y sus repercusiones. Se trata de un acto sexual con un menor en el que no hay todavía el nivel de desarrollo emocional y cognoscitivo suficientes para comprender, decidir o impedir dicha actividad y en el que el agresor a través de la fuerza física, la amenaza, la autoridad o el engaño, impone diferentes manifestaciones de conducta sexual con o sin contacto físico.

Los datos disponibles, en la literatura científica, sobre la incidencia de abuso sexual en la infancia son muy escasos. Probablemente, el motivo principal de esta falta de estudios, es que la mayoría de los casos de abusos sexuales no son denunciados en el momento que suceden, por lo que resulta difícil identificar la incidencia (Lameiras, Carrere y Failde, 2008). No ocurre lo mismo con los estudios relativos a la prevalencia. Dichos estudios son frecuentes y comienzan a aparecer a finales de los años setenta, alcanzando su mayor desarrollo en la década de los noventa. Entre estas investigaciones, destaca el estudio internacional llevado a cabo por Finkelhor en 1994 (Pereda et al. 2007) donde presenta un resumen de la prevalencia de abuso sexual infantil en veintiún países. Obtiene unas tasas de prevalencia entre el 7 y el 36% en mujeres y entre el 3 y el 29% en hombres, aunque, probablemente, el amplio intervalo se encuentre en estrecha relación con las diferencias metodológicas entre los distintos países. Los resultados son similares a los obtenidos en otros estudios más recientes, donde se confirma la elevada frecuencia de abusos sexuales en la infancia (Echeburúa y De Corral, 2006; Dube et al., 2005; Lynskey y Fergusson, 1997). Como ejemplo podemos citar un estudio realizado en EE UU por Briere y Elliot (2003) en el que, tomando una muestra de la población general, notificaron una prevalencia de abuso sexual infantil de 32,3% en mujeres y 14,2% en varones. Por otro lado, los estudios que utilizaron muestras clínicas, la prevalencia arrojaba cifras más altas, con un intervalo de 46-71% (Briere y Zaisi, 1989; Lombardo y Pohl, 1997; Wurr y Partridge, 1996; Callahan, Price y Hilsenroth, 2004). No obstante, la tasa de prevalencia de abusos sexuales graves,

con implicaciones clínicas para los menores, disminuye considerablemente hasta un 4-8% de la población (Echeburúa y De Corral, 2006).

A nivel nacional, destaca un estudio realizado por López (1996) con una muestra de 2.000 personas elegidas aleatoriamente entre la población general. Comprueban que el 18,9% de las personas entrevistadas manifestaron haber sufrido abusos sexuales en algún momento de su infancia, de los cuales el 22,5% eran mujeres y el 15,2% hombres. Estas cifras son constatadas por estudios más recientes, como el realizado a nivel nacional, entre estudiantes universitarios, por Lameiras, Carrere y Failde (2008). O también el que llevó a cabo Pereda (2007) con una muestra de 1.033 estudiantes de la Universidad de Barcelona, en el que concluye que el 17,9% de los universitarios reconocen haber sufrido abusos sexuales, un 19% de las mujeres y un 15,5% de los hombres.

En base a estas investigaciones, con muestras representativas, podemos concluir que entre un 20-25% de las mujeres y un 10-15% de los hombres, reconocen haber sufrido algún tipo de abuso sexual durante la infancia (López, 1996; Lameiras, Carrere y Failde, 2008).

En relación a los factores o circunstancias del abuso sexual en la infancia que pueden influir en la existencia de secuelas en el adulto, es importante destacar el momento evolutivo del menor en el cual se inicia el abuso, las características sociales y familiares del entorno en el que se desarrolla el menor, las características del acto abusivo (gravedad, frecuencia, nivel de coacción y violencia, duración), la relación que existe con el abusador, el tipo de reacción del menor ante el abuso, la respuesta de los adultos al conocer el abuso, el nivel de credibilidad que se le otorga y las medidas que se toman en relación al cese del abuso y la protección del menor, las diferentes estrategias o medidas que se desarrollan a nivel institucional (servicios sociales y jurídicos) y la ayuda terapéutica que se da (Patrizi, 2002; Sabatello, Perozzi y Di Cori, 2002; Leeners et al., 2006; Echeburúa y De Corral, 2006).

En diferentes estudios, se constata que el abuso sexual en la infancia no es una circunstancia aislada, sino que ocurre en un contexto social y familiar disfuncional. Hay un mayor número de experiencias adversas como violencia familiar, problemas conyugales, disfunciones parentales (indiferencia o escasos cuidados hacia los hijos) o alcoholismo en la figura paterna (Gladstone et al, 1999; Hillis et al, 2004; Leeners et al, 2006). En un trabajo realizado por Echeburúa y de Corral (2006), se

mencionan situaciones familiares de mayor riesgo para el abuso sexual tales como la existencia de familias monoparentales o reconstruidas, familias desestructuradas o caóticas, problemas de hacinamiento, madre enferma, ausente o emocionalmente poco accesible, madre que ha sufrido abuso sexual en la infancia y familias en las cuales las hijas mayores asumen responsabilidades familiares. Las características del abusador/abusadora serían las de una persona extremadamente celosa o protectora con el niño, que ha sufrido a su vez abuso sexual en la infancia, con dificultades en la relación de pareja, consumo de tóxicos, aislado socialmente, con frecuencia ausente del hogar, con baja autoestima o problemas psicopatológicos. Estos resultados también se encuentran en otros estudios (Lynskey y Fergusson, 1997; Fergusson, Horwood y Lynskey, 1996).

Se han estudiado también factores de personalidad, características familiares y la calidad de las relaciones interpersonales como circunstancias que proporcionan apoyo y protegen de las consecuencias adversas del abuso sexual (Lynskey y Fergusson, 1997). Stephan y colaboradores (Collishaw et al., 2007) destacan que cerca de un tercio de los individuos que han experimentado abuso sexual no exhibirá problemas psiquiátricos en la edad adulta y los mayores predictores de resiliencia son la amplitud del soporte y cuidado de los padres recordado y la calidad de las relaciones inter pares mantenidas en la adolescencia. Por su parte Steel y colaboradores (2004) estudian las estrategias de afrontamiento y el estilo atribucional como factores amortiguadores de las secuelas psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. El estilo de afrontamiento del suceso centrado en la emoción está asociado a secuelas psicológicas negativas a largo plazo, mientras que la búsqueda de apoyo social y las estrategias de resolución de problemas correlacionan con un menor estrés y con un mejor funcionamiento psicológico en adultos. Los individuos que informan de un ASI tienen una mayor tendencia a hacer atribuciones de eventos negativos como internas, estables y globales en comparación con individuos sin historia de ASI. Sin duda, haber sufrido abusos sexuales en la infancia implica consecuencias psicopatológicas a largo plazo, si no en todos los casos, sí en la mayoría de ellos. Los cuadros psicopatológicos documentados con mayor frecuencia incluyen: trastornos depresivos, de ansiedad, de la personalidad –sobre todo el trastorno límite de la personalidad–, abuso-dependencia de sustancias, trastornos disociativos, de estrés postraumático,

intentos de suicidio/conductas autolesivas y trastorno de la conducta alimentaria, especialmente, comportamientos bulímicos (Lynskey y Fergusson, 1997; Costantini y Miti, 2002; Murray y Waller, 2002; Arias, 2004; Peleikis, Mykletun y Dahl, 2005; Dube et al, 2005; Marty y Carvajal, 2005; Ventosa y López, 2007; Fergusson, Boden y Horwood, 2008; Thomas y Hall, 2008; Soloff, Feske y Fabio, 2008; Pereda, 2010).

Pero las consecuencias en la edad adulta, no sólo se presentan como cuadros psicopatológicos bien definidos, también implican alteraciones a nivel emocional y relacional, como indican algunas investigaciones realizadas (Gorey K M, Richter y Snider, 2001; Patrizi, 2002; Malacrea, 2002; Costantini y Miti, 2002; Arias, 2004; Callahan, Price y Hilsenroth, 2004; Echeburúa y De Corral, 2006; Lameiras, Carrere y Failde, 2008; Kernhof, Kaufhold y Grabhorn, 2008; Pereda, 2010). Así, las personas que han sufrido abusos sexuales en la infancia experimentan más sentimientos de culpa y vergüenza y un peor funcionamiento interpersonal. En este sentido, presentan un mayor distanciamiento en las interacciones humanas, disfunciones en la esfera sexual y menor capacidad de disfrute, relaciones de pareja inestables, dependientes y destructivas, mayor número de compañeros sexuales, conductas de riesgo y una mayor probabilidad de una maternidad temprana, dificultades en la crianza de los hijos y en el rol maternal.

Para terminar, es importante señalar una última secuela en el adulto, como es la revictimización. Según Dillo (Kernhof, Kaufhold y Grabhorn, 2008), las dificultades en interpretar las claves interpersonales y en mantener vínculos sanos, hace que las personas que han sufrido abusos sexuales en la infancia sean más susceptibles de entrar en relaciones conflictivas y repetir el trauma. Este riesgo de victimización parece más pronunciado entre víctimas de abuso sexual. Se han obtenido resultados que indican de 3 a 5 veces más probabilidad de experimentar una nueva agresión en la vida adulta, que aquellos que no han sufrido ningún tipo de abuso (Dube et al., 2005).

Teniendo presente esta revisión bibliográfica, se realiza el presente estudio con el objetivo de investigar la relación entre psicopatología y haber sufrido abuso sexual, con las diferentes variables implicadas, en la población atendida en salud mental, como una primera aproximación exploratoria a una problemática que nos parece relevante en la práctica clínica.

Método

Muestra: los sujetos participantes en este estudio proceden de población adulta atendida en los Servicios de Salud Mental de Parla entre enero de 2009 y abril de 2011. Integraron la muestra 23 sujetos con una edad comprendida entre los 18 y los 59 años, edad media de 37,96 años y una desviación típica de 10,55. La muestra se obtiene a partir de los pacientes atendidos por dos profesionales del servicio de salud mental (psiquiatra y psicólogo). El criterio de inclusión fue verbalizar al inicio o durante el tratamiento, haber sufrido abuso sexual en la infancia y aceptar formar parte del estudio. Se propuso participar en dicha investigación a 26 sujetos y 3 de ellos declinaron formar parte de él.

Procedimiento: el diseño empleado en este trabajo consistió en un estudio observacional transversal. La recogida de información se realizó mediante la creación de un protocolo donde se especificaban variables sociodemográficas y otras variables relativas a la experiencia de abuso sexual en la infancia (ASI), tomadas a partir de la revisión bibliográfica exhaustiva, ya citada, sobre este tema tanto en literatura anglosajona como en castellano.

Las variables que se mostraron relevantes en cuanto al ASI fueron: edad de inicio, duración, tipo de abuso, relación con el abusador, informar del ASI, a quién informó, ruptura con el abusador, toma de medidas de protección, apoyo terapéutico al abusado, antecedentes familiares de ASI, tipo de parentesco del antecedente de ASI, motivo de consulta en salud mental, causa de la verbalización del ASI, sentimientos asociados al ASI. Asimismo, se recogieron variables como el diagnóstico del paciente según la clasificación de la CIE-9 (OMS, 1992). Dicho diagnóstico era asignado a cada paciente después de la entrevista de evaluación, realizada por un profesional del centro de salud mental (psicólogo clínico o psiquiatra). Una vez que el paciente aceptaba participar en la investigación, este protocolo era cumplimentado a posteriori por el profesional que lo atendía. En esa misma sesión se le administraba el Inventario Clínico Multiaxial de Theodore Millon (MCMI-II, 2004). Este cuestionario fue diseñado para evaluar características de personalidad en población clínica adulta, con fiabilidad y validez sólidas. Consta de 175 ítems agrupados en 22 escalas de personalidad que se dividen en 10 escalas básicas de trastornos de personalidad, que describen niveles de gravedad; 3 escalas de personalidad

patológica más grave que reflejan niveles moderados o marcados de deterioro o escalas de síndromes clínicos, que identifican trastornos de gravedad moderada y 3 escalas que miden trastornos de marcada gravedad.

Para el análisis estadístico de los datos obtenidos se utilizó el paquete estadístico SPSS 13.0.

Resultados

En relación con la muestra, la gran mayoría son mujeres (95,7%), casadas (60,9%) y con antecedentes psicopatológicos familiares (52,2%). Respecto a la distribución según el tipo de diagnóstico, el 39,1% de la muestra presentan trastornos neuróticos, el 26,1% de personalidad, el 13% trastornos psicóticos, el 13% trastornos adaptativos y un 8,7% otros trastornos (ver tabla 1). En el 39,1% de los casos, el abuso sexual infantil fue motivo de consulta en salud mental y en el 65,2% de los casos, el abuso sexual se inició en el periodo comprendido entre los 5 y los 10 años.

En relación con la duración del ASI, el 47,8 % de la muestra sufrió un abuso sexual repetido en el tiempo. En cuanto al tipo de ASI, un 52,2% sufrió tocamientos, un 26,1% sufrió relación con penetración y un 17,4%, felación. Al igual que en otros estudios, el tipo de abuso sexual más frecuente en la muestra analizada fueron los tocamientos. En ese sentido, en el trabajo de Pereda (2007) la cifra pasa al 64,39%, a la de otros estudios (Fergusson, Horwood y Lynskey, 1996; Pou et al, 2001; Lameiras, Carrere y Failde, 2008; Kernhof, Kaufhold y Grabhorn, 2008).

En el 42,9% la relación con el abusador era de primer grado, en el 28,6% de segundo grado y en el 28,6% de tercer grado. De acuerdo con otros estudios realizados, obtenemos un mayor porcentaje de abusadores en las relaciones de primer grado (Pou et al, 2001; Peleikis, Mykletun y Dahl, 2005b; Pereda et al, 2007; Ventosa y López, 2007; Lameiras, Carrere y Failde, 2008).

Un 69,6% de la muestra no informa del ASI y entre quienes sí lo hacen, el 85,7% informa a la madre o al padre y el 14,3%, a otra persona. En un 71,4% de los casos que informan, se da una ruptura con el abusador. Por otro lado, un 71,4% de las personas abusadas no reciben protección legal ni tampoco apoyo psicoterapéutico. En general, hay una mayor tendencia a mantener el abuso sexual en secreto, aunque con porcentajes diferentes: Echeburúa y De Corral (2006) mantienen que solo la mitad de los niños revelan el

abuso y únicamente el 15% se denuncia a las autoridades. Para Fergusson y colaboradores (1996) el 91,2% de los menores que informan del ASI, percibían que se les había dado apoyo y ayuda.

Respecto a si las personas que integraban la muestra tenían antecedentes familiares de ASI, un 34,8% sí lo había padecido, siendo la madre en un 17,4% de los casos y un hermano o hermana en el 13% (Ver tabla 2 sobre variables relacionadas con el abuso sexual infantil). Una revisión de los estudios llevados a cabo entre 1997 y 2007 con víctimas de ASI, las cifras de transmisión intergeneracional del ASI se sitúan entre el 20% y el 30% de los casos (Pereda Beltrán, 2010).

En el 30,44% de los casos, el paciente verbalizó el ASI a raíz de algún acontecimiento propio de su ciclo vital, el 39,13% lo verbalizó a lo largo del tratamiento y un 17,39%, después de conocer noticias relacionadas con experiencias de abuso. En cuanto a la relación entre la duración del ASI o el inicio del mismo con alteraciones psicopatológicas posteriores, se aplicó la prueba Rho de Spearman. No se obtuvieron diferencias significativas entre estas variables salvo una correlación negativa entre la edad de inicio del ASI y la escala Hipomanía del MCMI-II ($r = -0,408$; $p = 0,05$). Respecto a la relación entre el tipo de abuso cometido (categorizado en: tocamientos, felación y penetración) y las variables psicopatológicas del MCMI-II, se aplicó la prueba Chi cuadrado. Se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa entre el tipo de abuso respecto a la escala “delirios psicóticos” ($\chi^2 = 8,136$ y $p = 0,017$). Para valorar qué tipo de abuso tenía mayor puntuación en dicha escala, se aplicó la prueba estadística U de Mann-Whitney, obteniendo una U de 0,000 y una $p = 0,010$ en la comparación entre relación con penetración y felación, a favor de esta última. Diversos estudios (Foguet et al, 2009; Peleikis, Mykletun y Dahl, 2005b; Lau y Kristensen, 2007) destacan que sufrir ASI coloca a las víctimas en riesgo de síntomas psicóticos en un futuro y, sobre todo, de la aparición de determinados síntomas como alucinaciones, particularmente las voces de comentario y orden. En contraposición, Giesbrecht y colaboradores (2007) indican que el distrés relacionado con el trauma del ASI no da cuenta de la unión entre disociación y esquizotipia, el 58% se explica por la influencia de la propensión a la fantasía, fallos cognitivos y abuso en la infancia autoinformado. El ASI sólo explica una pequeña parte de la significación.

Comprobamos si la duración del ASI influye en los sentimientos experimentados, teniendo en cuenta los sentimientos y dificultades que en otras publicaciones se han considerado como más frecuentes: vergüenza, culpa, miedo, ser mala persona, temor a la repetición del abuso así como dificultades en las relaciones sexuales, dificultades en establecer relaciones afectivas de pareja estable y con confianza, temor a la repetición de ASI en un hijo. Para ello, realizamos un análisis teniendo en cuenta cada uno de estos sentimientos y dificultades por separado y, a continuación, otro análisis con la puntuación global obtenida en estos ítems con respuesta dicotómica. Se hallaron diferencias significativas entre la duración del ASI y la puntuación global en sentimientos ($\chi^2 = 5,719$ y $p = 0,05$). A través de la prueba U de Mann Whitney ($U = 13,000$), observamos que había una diferencia estadística significativa entre el abuso sexual ocasional ($\mu = 5,75$) y el de una duración menor a 5 años ($\mu = 8,33$); $p = 0,02$.

Asimismo, evaluamos si el tipo de ASI influye sobre los sentimientos experimentados o sobre la puntuación global en los mismos. Se obtuvo un Chi cuadrado de 5,719, con $p = 0,05$ y al determinar las diferencias entre las categorías, existía una diferencia de medias significativa ($U = 13,000$) entre los tocamientos ($\mu = 5,75$) y la relación con penetración ($\mu = 8,33$); $p = 0,02$ en cuanto a la puntuación en sentimientos. No se encontraron diferencias significativas en la puntuación global de sentimientos ni en los sentimientos tomados de forma aislada en relación con quién fue el abusador.

Por otro lado, se estudió si el hecho de informar o no del abuso generaba diferencias significativas en cuanto a los sentimientos experimentados por la persona que sufrió los abusos sexuales y había diferencias significativas en cuanto al sentimiento de culpa ($\chi^2 = 3,551$; $p = 0,05$). Sorprendentemente, atendiendo a las frecuencias, el 100% de los que informaron se sintieron culpables. De los que no informaron, el 62,5% se sintió culpable.

El análisis de correlación entre las dimensiones de la personalidad (escalas básicas de personalidad y escalas de personalidad patológica) de los pacientes en su perfil del MCMI-II y las variables psicopatológicas evaluadas por la misma prueba (síndromes clínicos de gravedad moderada y síndromes clínicos graves). En relación con la patología grave de la personalidad, destacaríamos las correlaciones significativas de la escala *Esquizotípica* con las siguientes escalas: Alteración ($r = 0,821$; $p = 0,000$), *Fóbica* ($r = 0,717$; $p = 0,000$), *Pasivo-agresiva* ($r = 0,779$;

$p = 0,000$) y *Límite* ($r = 0,795$; $p = 0,000$). Las personas esquizotípicas serían aquellas que, según la teoría de Millon (1992), prefieren el aislamiento social con las mínimas obligaciones y apegos personales, se inclinarían por ser casi autistas o cognitivamente confusos, pensarían de forma tangencial y con frecuencia aparecerían ensimismados y reflexivos.

Respecto a otra escala de patología grave de la personalidad, la escala Límite, las correlaciones que se hallaron como significativas serían con las escalas: *Alteración* ($r = 0,821$; $p = 0,000$), *Pasivo-agresiva* ($r = 0,782$; $p = 0,000$), *Autodestructiva* ($r = 0,699$; $p = 0,000$), *Distimia* ($r = 0,760$; $p = 0,000$), *Pensamiento Psicótico* ($r = 0,705$; $p = 0,000$) y *Depresión Mayor* ($r = 0,855$; $p = 0,000$). Millon (1992) considera que los pacientes límite se caracterizarían por experimentar intensos estados de ánimo endógenos, con periodos recurrentes de abatimiento y apatía, entremezclados con periodos de enfado, inquietud o euforia. Presentarían inestabilidad y labilidad en su estado de ánimo, con frecuencia darían a conocer pensamientos recurrentes de suicidio y automutilación, para mantener un claro sentimiento de identidad y mostrarían una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros.

Finalmente, la otra escala de patología grave de la personalidad sería la *Paranoide*, destacando como correlación significativa, la hallada con la escalas de *delirios Psicóticos* ($r = 0,780$; $p = 0,000$). La personalidad paranoide se definiría como aquellos sujetos que muestran desconfianza vigilante respecto a los demás y una áspera irritabilidad y tendencia a la exasperación precipitada y colérica con los demás. Frecuentemente expresan un temor a la pérdida de independencia, lo que les conduciría a resistirse al control y a las influencias externa, con una inmutabilidad de sus sentimientos y rigidez en sus pensamientos. Es coherente que esta patología grave de la personalidad correlacione con el síndrome clínico, *delirios psicóticos*, porque consistiría en un trastorno delirante. Estos sujetos paranoides agudos podrían llegar a experimentar delirios irracionales pero interconectados, de naturaleza celotípica, persecutoria o de grandeza. El estado de ánimo sería habitualmente hostil y expresarían sentimientos de estar sobrecogidos y maltratados.

En la línea de los síndromes clínicos graves, destacar la correlación significativa entre depresión y pensamiento psicótico ($r = 0,769$; $p = 0,000$). Por último,

queremos llamar la atención sobre las variables moderadas de personalidad que evalúan el manejo de la agresividad, siendo las más significativas, las halladas entre la escala Fóbica y la escala Pasivo-Agresiva por un lado ($r = 0,742$; $p = 0,000$), y auto-destructiva por otro, ($r = 0,765$; $p = 0,000$), ya comentadas.

Discusión y conclusiones

El abuso sexual infantil supone un factor de riesgo en el desarrollo de cuadros clínicos graves que producen un impacto considerable en la salud mental de los pacientes. Ante este hecho, surge la necesidad de investigar acerca de las experiencias del abuso y su implicación a nivel psicopatológico.

En nuestro estudio, las puntuaciones obtenidas por las personas integrantes de la muestra en el MMCI-II (ver tabla 3) nos indican la presencia de patología clara en la escala *Fóbica* ($\mu = 85,18$; $s = 15,42$) y probable patología en las escalas: *Límite* ($\mu = 80,40$; $s = 24,51$), *Pasivo-agresiva* ($\mu = 79,86$; $s = 25,74$), *Autodestructiva* ($\mu = 79,36$; $s = 18,67$), *Esquizotípica* ($\mu = 78,63$; $s = 27,73$), *Esquizoide* ($\mu = 77,95$; $s = 18,31$) y *Distimia* ($\mu = 76,40$; $s = 33,08$). Por lo tanto, se hace patente la repercusión que una experiencia traumática como el abuso sexual en la infancia puede tener sobre el desarrollo de la personalidad adulta, alterando la capacidad funcional del individuo en las diferentes áreas de su vida cotidiana.

En consecuencia con los datos obtenidos, planteamos que sufrir un abuso sexual en la infancia puede alterar la capacidad de desarrollo de las relaciones interpersonales, aislándose, anticipando daños por parte de los demás, sintiendo miedo a la proximidad del otro, manteniendo una actitud hipervigilante y, a pesar del deseo de relacionarse, negar los sentimientos y guardar distancia interpersonal. En otros casos, puede llevar incluso a la ausencia de deseo de conectar con los demás o, más allá, a una forma muy inadecuada o extravagante de relación con el otro, siendo un contacto muy superficial en todos los casos. Además, cabe pensar que la rabia experimentada hacia el agresor no siempre se puede expresar directamente y eso pueda generar una tendencia repetida en el tiempo a manifestarla indirectamente o inadecuadamente hacia uno mismo. Finalmente, parece que el terreno emocional también quedaría gravemente afectado tras esta experiencia traumática, pudiendo oscilar entre la ambivalencia emocional más dramática y desproporcionada ante circunstancias normales de la

vida y el estado emocional de desesperanza, mantenido en el tiempo y generalizado a diversas áreas de la vida.

En nuestro trabajo, encontramos que el abuso se inició entre los 5 y 10 años de edad, en un 65,2% de los casos. La mayoría de los estudios muestran la edad prepuberal y puberal como la de mayor incidencia (Steel et al. 2004; Echeburúa y De Corral, 2006; Bergeron y Hébert, 2006; Ventosa y López, 2007; Pereda et al, 2007; Kernhof, Kaufhold y Grabhorn, 2008; Lameiras, Carrere y Failde, 2008). Para explicar estos resultados obtenidos, proponemos tres hipótesis:

La primera de ellas sería que nuestra investigación se basa en una muestra clínica, por lo que es más probable que un abuso sexual más precoz haya tenido consecuencias psicopatológicas más graves. En segundo lugar, es posible que el paso del tiempo haya hecho olvidar las experiencias de abusos sexuales ocurridas en edades más tempranas y sólo se recuerdan las sucedidas en la pubertad o prepubertad (Pou et al, 2001). En este sentido, el tratamiento psicoterapéutico podría favorecer la expresión de ASI en edades más precoces, ya que la psicoterapia puede ofrecer un espacio donde el paciente se sienta seguro para recordar la agresión. Además, el terapeuta puede ser la primera persona que pregunte sobre este tipo de experiencias o que el paciente haya buscado la terapia porque los recuerdos comenzaron a emerger, causándole síntomas sin una comprensión clara de su origen (Freyd, 2003). Se identifican tres períodos evolutivos en los que puede aumentar el riesgo de aparición de algún problema de salud mental en las personas que fueron víctimas de ASI: la etapa de formación de la pareja, el nacimiento de los hijos y la etapa de autonomía e independencia de los hijos (Ventosa y López, 2007).

Como última hipótesis, en nuestra muestra encontramos hasta un 65% de ASI intrafamiliar, dichos resultados se correlacionan con los hallados en otros estudios donde la edad del abuso es mucho más temprana cuando se trata de un abuso intrafamiliar (Echeburúa y De Corral, 2006).

En cuanto a la duración del ASI, la literatura muestra que el abuso periódico es más frecuente que el puntual (Pou et al., 2001; Peleikis, Mykletun y Dahl, 2005b; Bergeron y Hébert, 2006; Ventosa y López, 2007; Kernhof, Kaufhold y Grabhorn, 2008). En contra de los hallazgos publicados, en nuestro estudio un mayor porcentaje de pacientes presentan un abuso puntual (52,2%) versus repetido en el tiempo (47,8%). Probablemente, esta diferencia en los resultados pueda deberse a que la horquilla

temporal analizada es mayor que en otros estudios, por lo que la categorización sobre puntual y repetido en el tiempo difiere. Estudiando más detenidamente estos resultados, se observa que de los 12 pacientes que han sufrido un abuso puntual, 11 manifiestan que el tipo de abuso fueron tocamientos, mientras que de los 10 pacientes que padecieron un abuso periódico, 6 sufrieron relaciones con penetración, 3 felaciones y 1, tocamientos. Estos datos muestran una aparente relación entre las dimensiones de duración y tipo de ASI, dándose en los abusos periódicos, formas más graves que en los puntuales.

En relación a esta última variable, tipo de ASI, también se pone de manifiesto en nuestro estudio que existe una importante relación entre el tipo de ASI sufrido y la presencia de sentimientos negativos, tomados de forma global. Asimismo, se ha puesto de manifiesto que esta puntuación en sentimientos negativos es significativamente mayor cuando el tipo de abuso sufrido consiste en una relación con penetración que cuando se trata de tocamientos, esto puede deberse al estrés psicológico producido por una forma más grave de abuso. Así, Briere y Elliott (2003) encuentran que ciertas características del ASI están específicamente asociadas con la sintomatología psicológica. En este caso la duración del abuso, un número mayor de experiencias de abuso, múltiples abusadores, la victimización que supuso la penetración y el elevado nivel de malestar emocional cuando se produce el abuso (Steel et al, 2004).

Respecto a la psicopatología, obtenemos una correlación estadísticamente significativa entre la categoría hermano abusador y la escala de ansiedad. La ansiedad podría entenderse como una forma de alerta que surge ante la amenaza de un igual, de un otro que se encuentra en el mismo entorno, con el sentimiento de invasión, participación y permisividad que ello supone, además de un mayor grado de excitación y fantasías de culpabilidad culpable. Quizás la forma de vivenciar esta experiencia traumática sea diferente cuando el abusador no sea un igual, sino una figura parental poderosa. En este caso, posiblemente, predomine más un sentimiento de indefensión que de lucha. En otros estudios (Briere y Elliot, 2003), se concluye que el abuso intra o extrafamiliar no parece tener efecto en el resultado a nivel psicológico. Las formas de abuso más graves podrían ser vividas como acontecimiento traumático que influyera en el desencadenamiento de psicosis. En nuestro trabajo encontramos que cuando el tipo de abuso consiste en felación, se obtienen mayores puntuaciones en

la escala *Delirios Psicóticos*, en comparación con el abuso con penetración. Esto podría explicarse porque en el caso de la felación, el menor desempeña un papel más activo, con mayor implicación, con un mayor sentimiento de culpa y vivencia traumática que en el caso de la penetración, más asociada a los sentimientos de invasión del propio cuerpo e indefensión por el daño realizado por otro del que difícilmente puede escapar.

El hecho de informar del abuso se ha revelado en nuestro estudio como una variable importante que incidía de un modo significativo, estadísticamente hablando, en la presencia de sentimiento de culpa. El total de los pacientes de nuestra muestra que en algún momento habían informado del abuso, habían sufrido, también, sentimientos de culpa, en comparación con un 62,5% de los que no habían revelado a nadie su experiencia. Esto se podría explicar apelando a algunos hallazgos en la literatura, que se centran en el estilo de afrontamiento ante la experiencia de abuso. Algunos autores (Collishaw et al, 2007) ponen de manifiesto que un estilo centrado en la emoción, que es aquel que se refiere a estrategias encaminadas a controlar la respuesta emocional ante un estresor (drogas, alcohol, apoyo social, distracción), correlaciona con un incremento de distrés psicológico puesto que, frecuentemente, el individuo no siente que pueda cambiar el estresor o no tiene recursos para afrontar la demanda. En cambio, el estilo de afrontamiento centrado en el problema, que se refiere a estrategias dirigidas a reducir las demandas de la situación o expandir los recursos para manejarla, estaría asociado a un mejor funcionamiento en estos individuos. Dado que informar del abuso implica una forma de afrontamiento centrado en la emoción, apoyo social, es probable que muchos de los sujetos de nuestra muestra hallan sentido una falta de recursos para manejar la situación que les ha llevado a sufrir un mayor distrés psicológico en forma de sentimientos de culpa. En base a nuestra experiencia clínica, consideramos que informar del abuso conlleva desvelar el secreto, un sentimiento de traición al abusador, miedo a los cambios que se puedan generar en el entorno, sentimiento de no ser creído y puede contribuir a un mayor sentimiento de culpa.

Finalmente, respecto a posibles limitaciones metodológicas de nuestro estudio, señalar el tamaño de la muestra (N = 23), ya que quizás un mayor número de participantes podría haber contribuido a observar más efectos o que estos tuvieran mayor significación

estadística. Asimismo, sería interesante poder comprobar si se obtienen efectos similares en otros estudios con población subclínica o normal, al igual que determinar si bloqueando el efecto de variables socio-demográficas como el nivel socioeconómico, también se obtendrían resultados parecidos.

Una posible línea de investigación futura sería el diseño de un cuestionario que pudiera reflejar el estilo atribucional de los sujetos y determinar el impacto de éste sobre la experiencia de abuso sexual en la infancia, así como qué relación tendrían otros acontecimientos vitales estresantes como, por ejemplo, el clima en el hogar, pérdida temprana de parientes cercanos, relación con hermanos o edad a la que se van del hogar (Peleikis et al, 2005), si éstos también modularían el impacto del ASI.

Dada la repercusión del ASI en el desarrollo de patología grave, opinamos que sería conveniente explorar este acontecimiento y realizar intervenciones de forma preventiva, fundamentalmente en niños y adolescentes, cuando hay indicadores de que se ha producido un hecho de este tipo.

Agradecimientos

A Sara Clariana por aportar su conocimiento en estadística, a Manuel López por la ayuda prestada en el ámbito informático y a los profesionales del Centro de Salud Mental de Parla por su colaboración en la recogida de la muestra clínica.

Bibliografía

ARIAS, I (2004). The Legacy of Child Maltreatment: Long-Term Health Consequences for Women. *Journal of Women's Health*, 13 (5), 468- 473.

BERGERON, M; HÉBERT, M (2006). Évaluation d'une intervention de groupe d'approche féministe auprès de femmes victimes d'agression sexuelle. *Child Abuse and Neglect*, 30, 1143-1159.

BRIERE, J; ELLIOT D M (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse and Neglect*, 27, 1205- 1222.

CALLAHAN K L; PRICE J L; HILSENROTH M J (2004). A review of interpersonal – psychodynamic group psychotherapy outcomes for adult survivors of childhood sexual abuse. *International Journal of Group of Psychotherapy*, 54(4), 491.

- COLLISHAW S. ET AL. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse and Neglect*, 31, 211-229.
- COSTANTINI, E; MITI, G (2002). El abuso sexual en la infancia: un análisis cognitivo-evolutivo. *Psicoterapia*, 23(52), 35-54.
- DUBE S, R. ET AL (2005). Long-Term Consequences of Childhood Sexual Abuse by Gender of Victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(5), 430-438.
- ECHEBURÚA, E; DE CORRAL, P (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12 (43- 44), 75-82.
- FERGUSON, D M; HORWOOD, L J; LYNKEY, M T (1996). Childhood Sexual Abuse and Psychiatric Disorder in Young Adulthood: I. Prevalence of Sexual Abuse and Factors Associated with Sexual Abuse. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (10), 1355-1364.
- FERGUSON, D M; HORWOOD, L J; LYNKEY, M T (1996). Childhood Sexual Abuse and Psychiatric Disorder in Young Adulthood: II. Psychiatric Outcomes of Childhood Sexual Abuse. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (10), 1365-1374.
- FERGUSON, D M; BODEN, J M; HORWOOD, L J (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 32, 607-619.
- FOGUET ET AL. (2009). Trauma infantil y esquizofrenia. *Psiquiatría Biológica*, 16 (3), 137- 139.
- FREYD, J. J (2003). *Abusos sexuales en la infancia. La lógica del olvido*, Madrid, Editorial Morata.
- GIESBRECHT T. ET AL (2007). Why Dissociation and Schizotypy Overlap. The Joint Influence of Fantasy Proneness, Cognitive Failures and Childhood Trauma. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195 (10), 812-818.
- GLADSTONE G. ET AL (1999). Characteristics of depressed patients who report childhood sexual pain. *The Clinical Journal of Pain*, 10, 277-281.
- GOLDBERG R. T (1994). Childhood abuse, depression, and chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 10, 277-281.
- GOREY, K M; RICHTER N L; SNIDER E (2001). Guilt, isolation and hopelessness among female survivors of childhood sexual abuse: effectiveness of group work intervention. *Child Abuse and Neglect*, 25, 347-355.
- HILLIS S D. ET AL (2004). The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics*, 113, 320-327.
- KERNHOF, K; KAUFHOLD, J; GRABHORN, R (2008). Object Relations and Interpersonal Problems in Sexually Abused Female Patients: An Empirical Study With the SCORS and the IIP. *Journal of Personality Assessment*, 90 (01), 44-51.
- LAMEIRAS, M; CARRERE, M V; FAILDE, J M (2008). Abusos sexuales a menores: Estado de la cuestión a nivel nacional e internacional. *Revista d'estudis de la violència*, 6, 1-23.
- LAU, M; KRISTENSEN, E (2007). Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: a randomized controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 96-104.
- LEENERS B. ET AL (2006). Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 139-151.
- LÓPEZ, F (1996). *Abusos sexuales a menores: lo que recuerdan de mayores*, Madrid, Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales.
- LYNSKEY, M T; FERGUSON, D (1997). Factors protecting against the development of adjustment difficulties in young adults exposed to childhood sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 21 (12), 1177-1190.
- MALACREA, M (2002). Los terapeutas familiares y el abuso sexual: reflexiones sobre un cambio de perspectiva. *Psicoterapia*, 23 (52), 55-68.
- MARTSOLF, D S; DRAUCKER, C B (2005). Psychotherapy approaches for adult survivors of childhood sexual abuse: an integrative review of outcomes research. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 801-825.
- MARTY, C; CARVAJAL, C (2005). Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 43(3), 180-187.
- MIKTON, C; BUTCHART, A (2009). Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 353- 361.
- MILLON, T (1998). *Millon Clinical Multiaxial Inventory II*, Madrid, TEA.
- MILLON, T (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*, Barcelona, Masson.
- Murray, C; Waller, G (2002). Reported sexual abuse and bulimic psychopathology among nonclinical women: The mediating role of shame. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 186-191.

PATRIZ, P (2002). Autonarración y recuperación del sentido en víctimas de abusos sexuales. *Psicoterapia*, 23 (52), 23-33.

PELEIKIS, D E; MYKLETUN, A; DAHL, A A (2005)b. Current mental health in women with childhood sexual abuse who had outpatient psychotherapy. *European Psychiatry*, 20, 260-267.

PELEIKIS, D E; MYKLETUN, A; DAHL, A A (2005)a. Long-term social status and intimate relationship in women with childhood sexual abuse who got outpatient psychotherapy for anxiety disorder and depression. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 31-38.

PEREDA, N ET AL (2007). Víctimas de abuso sexual en la infancia. Estudio descriptivo. *Revista d' estudis de la violència*, 1, 1-18.

PEREDA, N (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31 (2), 191- 201.

PICO-ALFONSO, M A ET AL (2006). The impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, State Anxiety, and Suicide. *Journal of Women's Health*, 15 (5), 599-611.

POU, J ET AL (2001). Abuso sexual. Experiencia en una unidad funcional de abusos a menores. *Anales Españoles de Pediatría*, 54, 243-250.

PRICE, J L ET AL (2001). A review of individual psychotherapy outcomes for adult survivors of childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 21(7), 1095-1121.

SABATELLO, U; PEROZZI, E; DI CORI R (2002). Curar las heridas: la psicoterapia de las víctimas de abuso sexual. *Psicoterapia*, 23 (52), 81-101.

SOLOFF, P J; FESKE, U; FABIO, A (2008). Mediators of the relationship between childhood sexual abuse and suicidal behaviour in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22 (3), 221-232.

STEEL, J ET AL (2004). Psychological squeals of childhood sexual abuse: abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style. *Child Abuse and Neglect*, 28, 785-801.

THOMAS, S P; HALL, J M (2008). Life Trajectories of Female Child Abuse Survivors Thriving in Adulthood. *Qualitative Health Research*, 18, 149-165.

VENTOSA, M R; LÓPEZ, R (2007). Perfil clínico e intervención en salud mental con mujeres supervivientes a abuso sexual infantil intrafamiliar (incesto). *Psiquiatría Biológica*, 14 (4), 153 -162.

VITRIOL, V ET AL (2006). Relación entre trastorno por estrés postraumático de inicio tardío, abuso sexual infantil y revictimización sexual. Caso clínico. *Revista Médica de Chile*, 134, 1302-1305.

Anexos

Tabla 1. Variables sociodemográficas de la muestra

	% (n)
Género	
Mujer	95,7% (22)
Hombre	4,3% (1)
Edad	
10-19 años	4,3% (1)
20-29	17,4% (4)
30-39	43,5% (10)
40-49	21,7% (5)
50-59	13% (3)
Estado civil	
Soltero	26,1% (6)
Casado	60,9% (14)
Viudo	4,3% (1)
Divorciado	8,7% (2)
Tipo de convivencia	
Solo	4,3% (1)
Con cónyuge	56,5% (13)
Con pareja	8,7% (2)
Con padres	8,7% (2)
Solo con madre	4,3% (1)
Solo con hijos	17,4% (4)
Nº hermanos	
2	30,4% (7)
3	21,7% (5)
4	4,3% (1)
5	21,7% (5)
6 y más	21,7% (5)

	% (n)
Antecedentes psicopatológicos (AP)	
Si	52,2% (12)
No	47,8% (11)
Tipo de parentesco AP	
Padres	13,0% (3)
Hermanos	17,4% (4)
Tíos	4,3% (1)
Abuelos	4,3% (1)
Padres+hermanos	8,7% (2)
Otros	4,3% (1)
Ninguno	47,8% (11)
Tipo patología familiar	
T. psicóticos	4,3% (1)
T. neuróticos	26,1% (6)
T. adaptativos	4,3% (1)
Otros trastornos	17,4% (4)
Ninguno	47,8% (11)
Diagnóstico del paciente	
T. psicóticos	13,0% (3)
T. neuróticos	39,1% (9)
T. adaptativos	13% (3)
T. personalidad	26,1% (6)
Otros trastornos	8,7% (2)

Tabla 2. Variables relacionadas con el abuso sexual infantil

	% (n)
Motivo de consulta	
Sí	39,1% (9)
No	60,9% (14)
Edad de inicio abuso	
Menos de 5 años	4,3% (1)
De 5 a 10 años	65,2% (15)
De 11 a 18 años	30,4% (7)
Duración del abuso	
Puntual	52,2% (12)
Periódico:	
Menos de 5 años	26,1% (6)
De 5 a 10 años	17,4% (4)
Más de 10 años	4,3% (1)
Tipo del abuso	
Tocamientos	52,2% (12)
Felación	17,4% (4)
Con penetración	26,1% (6)
Perdidos sistema	4,3% (1)
Relación con abusador	
Padre/madre	17,4% (4)
Hermano/a	21,7% (5)
Tío/a	13,0% (3)
Otro familiar	13,0% (3)
Amigo familiar	13,0% (3)
Otro	13,0% (3)
Varios	8,7% (2)

	% (n)
Informar del abuso	
Sí	30,4% (7)
No	69,6% (16)
A quién informa	
Padre/madre	85,7% (6)
Otro	14,3% (1)
Ruptura con abusador	
Sí	71,4% (5)
No	28,6% (2)
Protección legal	
Sí	28,6% (2)
No	71,4% (5)
Apoyo psicoterapéutico	
Sí	28,6% (2)
No	71,4% (5)
Antecedentes familiares ASI	
Sí	34,8% (8)
No	65,2% (15)
Tipo de pariente con ASI	
Madre	17,4% (4)
Hermanos/as	13,0% (3)
Tíos/as	4,3% (1)
Nadie	65,2% (15)

Tabla 3. Análisis descriptivo de los factores del MCMI-II

Variable	Mínimo	Máximo	μ	s
Sinceridad	40,00	197,00	84,18	39,61
Deseabilidad	0,00	95,00	58,81	21,50
Alteración	25,00	100,00	71,22	24,81
Esquizoide	52,00	115,00	77,95	18,31
Fóbica	60,00	111,00	85,18	15,42
Dependiente	17,00	102,00	72,63	21,98
Histriónica	6,00	84,00	55,86	24,92
Narcisista	0,00	101,00	62,36	20,38
Antisocial	32,00	106,00	64,50	16,94
Sádica	20,00	86,00	63,90	15,06
Compulsiva	7,00	93,00	69,63	19,08
Pasivo-agresiva	34,00	114,00	79,86	25,74
Autodestructiva	30,00	106,00	79,36	18,67
Esquizotípica	47,00	121,00	78,63	27,73
Límite	41,00	115,00	80,40	24,51
Paranoide	54,00	105,00	65,77	11,57
Ansiedad	9,00	109,00	70,68	31,16
Histeriforme	39,00	99,00	70,63	15,18
Hipomanía	37,00	65,00	53,36	6,72
Distimia	9,00	113,00	76,40	33,08
Abuso de alcohol	25,00	69,00	50,54	9,62
Abuso de drogas	35,00	82,00	54,45	12,51
Pensamiento psicótico	55,00	110,00	69,04	14,88
Depresión	25,00	111,00	70,09	26,04
Delirios psicóticos	40,00	78,00	60,36	7,08