



**ABUSO SEXUAL INFANTIL CON HIPERSEXUALIDAD Y ALCOHOLISMO PRECOZ: DOS HISTORIAS PARALELAS**

**CHILD SEXUAL ABUSE WITH HYPERSEXUALITY AND EARLY ALCOHOLISM: TWO PARALLEL STORIES**

Raquel Delgado, Carlos Sirvent, Clara Fernández, Andrea García, Laura Jardón y Cruz Rivas.

[csr@fispiral.com](mailto:csr@fispiral.com)

Abuso sexual infantil, alcoholismo, hipersexualidad, ninfomanía, trastorno de la personalidad, violencia.

Child sexual abuse, alcoholism, hypersexuality, nymphomania, personality disorder, violencia.

**RESUMEN**

Anna tiene 21 años y reside en Alemania, mientras Jennifer, de 58, vive en EEUU. Aunque no se conocen, comparten historias de abuso sexual reiterado infantil tras el cual desarrollaron hipersexualidad con masturbación compulsiva e insinuación a compañeros de parvulario, empezando precozmente a consumir alcohol. Pese a los conflictos con los adultos abusadores y el consumo enóxico concomitante, ambas culminaron bien los estudios. Anna concluye una carrera de Letras mientras Jennifer estudia Económicas llegando a ser una empresaria de éxito. En ambos casos la progresión académica era discontinuamente interrumpida por ingestas descontroladas de alcohol. Asimismo, ambas presentan acusados rasgos de patología personalógica, con hedonismo, hipersexualidad mantenida a lo largo del tiempo, conductas auto y heterodestructivas, narcisismo, irascibilidad inmotivada con episodios de agresividad virulenta, intolerancia a las frustraciones y actitud dependiente necesitando ambas siempre un hombre al lado. Acceden a tratamiento para resolver su alcoholismo junto a los trastornos comportamentales descritos. Transcurrido un tiempo se deciden a abordar la problemática sexual que viven punitivamente, considerándola como vicio arraigado. La literatura científica recoge la frecuente reacción hipersexual de víctimas del abuso infantil que luego desarrollan trastornos de la personalidad del cluster B que en no pocos casos conducen hacia trastornos adictivos.

**ABSTRACT**

Anna is 21 years old and lives in Germany, while Jennifer, 58 years old, lives in USA. Although they do not know each other, they share stories of repeated childhood sexual abuse after which they developed hypersexuality with compulsive masturbation and insinuations to kindergarten classmates, starting an early alcohol consumption. Despite the conflicts with the abusive adults and the concomitant alcohol consumption, both completed the studies well.

## **ABUSO SEXUAL INFANTIL CON HIPERSEXUALIDAD Y ALCOHOLISMO PRECOZ: DOS HISTORIAS PARALELAS**

Anna concludes a career in Literature while Jennifer studies Economics becoming a successful businesswoman. In both cases, academic progression was discontinuously interrupted by uncontrolled alcohol intake. Likewise, both have marked characteristics of personological pathology, with hedonism, hypersexuality maintained over time, self and heterodestructive behaviours, narcissism, unmotivated irascibility with episodes of virulent aggressiveness, intolerance to frustrations and dependent attitude, both always needing a man next to them. They access treatment to resolve their alcoholism along with the behavioral disorders described. After a while they decide to approach the sexual problems that they live punitively, considering them as a rooted vice. The scientific literature includes the frequent hypersexual reaction of victims of child abuse that later develop cluster B personality disorders that in many cases lead to addictive disorders.

### **INTRODUCCIÓN**

Presentamos dos casos que llaman la atención porque –pese a estar separados 37 años en el tiempo- guardan sorprendentes paralelismos en sus peculiaridades psicopatológicas, tanto al inicio del proceso como en el desarrollo de consecuencias inmediatas y tardías.

Dichos casos tocan aspectos relevantes y olvidados tanto de la clínica de las adicciones, como de la psiquiátrica en general. Nos referimos a la profundización en la sexualidad infantil y con ella a la existencia de antecedentes de abuso que en no pocas ocasiones permanecen ocultos o minimizados porque el paciente lo esconde más o menos conscientemente o lo trivializa minimizando el proceso.

Sabido es que el abuso sexual infantil puede provocar una hipersexualidad reactiva que no suele parar ahí. El trastorno por uso de sustancias de inicio precoz y el desarrollo de un trastorno de la personalidad son consecuencias habituales. En la literatura psiquiátrica se han descrito diversos patrones de aumento de la sexualidad infanto-juvenil de desarrollo precoz, compulsiva, agresiva o socialmente inapropiada que se asocia con el abuso sexual, el abuso físico, el estrés de la vida y las relaciones familiares deterioradas. Los factores psiquiátricos incluyen problemas emocionales y de conducta en general, trastorno de estrés postraumático y síntomas disociativos en particular, incluso en algún caso el trastorno bipolar (Adelson, S. et als. (2012). Un metaestudio de Davidson, L.; Omar, H., (2014) sobre las consecuencias pospuberales del abuso sexual en la infancia abocaba tanto a la angustia psicológica como al estrés fisiológico. Berman, A.K y Knight, R. A. (2015) estudiaron el factor cohabitación en las secuelas de niños que sufrieron abusos sexuales a cargo de niños mayores o adultos que cohabitaron con ellos durante al menos 3 meses encontrando niveles más altos de desregulación emocional, insensibilidad, manipulación y sexualización que los niños que fueron abusados sexualmente por alguien con quien nunca habían convivido.

## **ABUSO SEXUAL INFANTIL CON HIPERSEXUALIDAD Y ALCOHOLISMO PRECOZ: DOS HISTORIAS PARALELAS**

Profundizando en la contextualización del abuso sexual mantenido, O'Keefe, Stephen L et als (2014) en una muestra de 1.178 adultos hallaron 27 víctimas de incesto de hermano mayor, 119 víctimas de abuso sexual infantil a cargo de una mujer adulta encontrando hipererotización temprana y persistente además de un impacto perjudicial en el ajuste sexual con sus parejas adultas. Por su parte Beard, K. W., et al (2017) afirma que víctimas de incesto tienen mayor probabilidad de desarrollar hipersexualidad, incluso de llegar a ser sexualmente adictos. Los traumas infantiles se han relacionado con un despertar sexual precoz de consecuencias adversas para la salud. Las minorías sexuales y los hombres tienden a tener un debut sexual más temprano, sin embargo los efectos son más nocivos para las mujeres (Brown, M.J. et als. 2015)

Drabble, L. et als (2013) examinó las relaciones entre experiencias pasadas de victimización (abuso sexual y otros) y consumo peligroso entre mujeres pertenecientes a minorías sexuales, las cuales presentaron tasas significativamente más altas de victimización de por vida (59.1% lesbianas, 76% bisexuales y 64.4% mujeres heterosexuales con parejas del mismo sexo). Abundando en lo anterior Alvy, L. et als (2013) en un estudio similar comprobaron que las mujeres heterosexuales reportaron significativamente menos abuso y negligencia infantil que las mujeres que se identificaron como mayormente bisexuales o lesbianas. La prevalencia de consumo excesivo de alcohol fue significativamente mayor en una muestra de 57 mujeres homosexuales en comparación con una muestra de 43 mujeres heterosexuales. Dicha prevalencia no se explica por los rasgos de personalidad, el diagnóstico psiquiátrico, la identidad de género, la historia de frecuentar bares gay o los antecedentes familiares de alcoholismo. (Lewis, C.E.; Saghir, M T.; Robins, E. (1982).

### **HISTORIA CLÍNICA DE JENNIFER**

Jennifer (J.) reside en Miami desde los 2 años. Su familia, católica practicante, era de origen cubano. Tiene 3 hermanos varones, dos carnales 1 y 2 años mayores que ella y un hermanastro paterno 4 años mayor (hasta la adolescencia desconocía que no era hermano carnal). Define a su padre como un hombre cariñoso, bueno, trabajador y a su madre como una mujer distante, nada afectiva, egoísta que *"parecía solo querer a su hijo mayor porque son iguales los dos. A mí no me quería, tampoco al hermanastro, lo trataba mal"*. La relación entre sus padres parecía buena.

A los 6 años se escolariza en un colegio público. Era una niña tímida, callada y con muchos miedos. Buena estudiante. Evoca esta época con cariño. Cuando J. tiene 9 años, fallece su padre de un infarto. Recuerda con gran dolor que su madre no le dejó despedirse, ella quería verle y decirle adiós. Piensa que esto le ha llevado a no despedirse nunca de los hombres, se aleja siempre antes de que se vayan ellos sin decir nada.

## **ABUSO SEXUAL INFANTIL CON HIPERSEXUALIDAD Y ALCOHOLISMO PRECOZ: DOS HISTORIAS PARALELAS**

Tras la muerte del padre, su madre no soporta la pérdida y sufre un episodio agitado paranoico delirante, teniendo que ser internada en una clínica varios meses, administrándosele electroshocks. Los hijos se quedan solos en casa, ella se ocupa de hacer la comida y las labores domésticas.

A partir de entonces su hermanastro empieza a abusar sexualmente de ella continuamente durante unos 3 años más. Está convencida que sus otros 2 hermanos también sufrieron abusos por parte de éste, al que describe como un *"homosexual frustrado"*. Uno de sus hermanos carnales también la tocaba y obligaba a masturbarle.

Para J. la muerte de su padre fue dramática, se encerró más en sí misma, empezó a tener crisis de ansiedad, acomplejándose y sintiéndose inferior y desdeñada, a lo que se unen sensaciones de *"suciedad y culpa"* que sentía cuando abusaban de ella. Se refugiaba en los estudios (siempre había sido buena estudiante) y en los deportes (le encantaba correr, ganó varias medallas en atletismo).

Su madre vuelve de la clínica recuperada y muy pronto conoce a otro hombre y se casa. *"Era un hombre bueno, que nos quería y nos trató muy bien"*.

J. apenas tenía 1 amiga. El padre de ésta amiga cuando ella tenía 12 años la acosa y efectúa tocamientos sin llegar a la penetración. Tampoco lo contó. Esto duró 2 años. Ya de mayor se lo contó a su amiga.

Con 12 años fue a su primera psicóloga porque dejó de hablar y empezó a chuparse el dedo. El miedo a la oscuridad era cada vez mayor, incluso cree haber tenido pseudoalucinaciones. A partir de entonces las idas y venidas a psicólogos y clínicas psiquiátricas fueron una constante. En paralelo el jefe de su madre un hombre con mucho poder que tiene 43 años pide permiso a su madre para ir a recogerla al colegio a diario y la lleva a un piso donde abusa de ella. Estos episodios de su vida son los que más le cuesta verbalizar. Su madre (y cree que todo el entorno) sabían lo que ocurría y nadie decía ni hacía nada. Duró desde los 12 hasta los 13 años. Se siente muy mal y culpable porque recuerda que en alguna ocasión llegó a disfrutar con él, *"era un hombre carismático y adulador. Un buen día -no sé por qué- me dejó tranquila y se fue"*.

A los 14 años conoce en el colegio a un chico de su misma edad y empiezan a salir como amigos. Parecía buena persona y se sentía a gusto con él. Su madre la obliga a casarse con él (*"creo que quería quitarme de encima"*) y así lo hacen. Un año después se queda embarazada y tiene a su 1ª hija (con 15 años). A los pocos meses de tener a la niña, él empieza tratarla violentamente (él a su vez sufrió maltrato paterno) y ella se va de nuevo a casa de su madre con la niña. Aunque logra retomar los estudios, inicia consumo de alcohol de patrón irregular (binge drinking) que mantiene mucho tiempo.

Con 21 años empieza a trabajar en un banco. Ahí conoce al que sería su 2º marido 23 años mayor que ella, cliente adinerado de dicho banco. Se casan y a los 26 años tiene a su 2ª hija.

## **ABUSO SEXUAL INFANTIL CON HIPERSEXUALIDAD Y ALCOHOLISMO PRECOZ: DOS HISTORIAS PARALELAS**

Permanecen juntos más de 20 años. Recuerda la etapa más tranquila de su vida desde los 21 a los 29. Aunque no le quería como hombre, la cuidaba como una hija, la protegía y se lo daba todo. Fue como un padre. Ayudó a toda su familia a salir adelante. Ella aprovecha para seguir estudiando, va a la universidad, y termina la carrera de Económicas.

Sin embargo, a los 29 años se enamora perdidamente de E. un europeo de su misma edad, cariñoso, gentil y muy guapo con quien mantiene una relación paralela durante 4 años tras los cuales E. le pide que deje a su marido y se vaya con él a empezar una nueva vida. Ella no puede dejarlo todo, sus hijas, la familia, el hogar... Lo pasa fatal. E. definitivamente vuelve a Europa y ella queda sumida en una depresión. Aunque el alcohol siempre formó parte de su vida, a partir de ahora empieza a abusar del alcohol desmedidamente. Sigue con su marido y su vida no tiene sentido. Los 2 últimos años la relación de pareja está muy deteriorada, ella le dice que no le quiere. Él se desquicia, utilizando una agresividad en las relaciones sexuales que aún mantenían que la hacían sentir de nuevo como un objeto aun viniendo del hombre que más la había cuidado junto a su padre. Permanece así largos años en los que conoce a muchos hombres con relaciones efímeras.

A los 42 años ingresa en un hospital de Miami para desintoxicarse del alcohol, y en una de las salidas a casa que le dan a los 3 meses de su ingreso deja a su marido por fin. La separación fue complicada porque él no quería que se fuera. Ella se va a vivir por primera vez en su vida sola prosiguiendo en Alcohólicos Anónimos. Se mantuvo abstinente unos meses y recae. De nuevo alcohol y hombres "*siempre conozco a alguien...a otro...y otro...*". Pasa por varios psicólogos y psiquiatras ("*siempre buscaba psicoanalistas varones. De algunos me enamoré, incluso mantuve relaciones sexuales con ellos*"). En este tiempo viajó a Europa a buscar a E. y lo encontró. Se había casado y tenía un hijo enfermo al que se dedicaba por completo, era feliz con su mujer y su hijo. Ella entendió que ya no había nada que hacer y se vuelve a Miami destrozada.

A principios de 2017 viene a España sola, por un tiempo, rompiendo en Miami con un novio cubano que la acosaba y maltrataba psicológicamente. En Madrid conoce a otro cubano, N., adicto. Se "*enganchó a él*" la maltrataba. Le define como "*una muy mala persona*". Ella le denunciaba pero retiraba las denuncias. Fue una época terrible, sufrió muchas palizas y vejaciones. Bebía más que nunca. Consigue irse de su lado y finalmente ingresa en nuestro centro donde lleva ya 7 meses con salidas periódicas a Miami.

Añade que su hija mayor consume drogas, llevaba rehabilitada 2 años y ha recaído hace unos días. Ésta tiene además 2 hijas a "*las que no quiere*". Cree que ha criado un monstruo que no siente amor ni por sus 2 hijas, se siente muy culpable por ello. La segunda hija es fotógrafa, trabaja en New York, es independiente. Las relaciones con su ex marido son buenas en la distancia, "*siento mucha compasión por él, hizo mucho por mí, aunque ahora está arruinado*". Con su madre tiene una conversación pendiente, quiere ir a verla a EEUU para decirle todo lo

## **ABUSO SEXUAL INFANTIL CON HIPERSEXUALIDAD Y ALCOHOLISMO PRECOZ: DOS HISTORIAS PARALELAS**

que siente sin rencor y cerrar ese capítulo. Con sus hermanos ha hablado, poco, éstos la han pedido perdón por todo lo que pasó. De su hermanastro no sabe nada.

*"Los hombres y el sexo en mi vida han sido mi cruz, el sexo es la forma que tengo de vincularme afectivamente con ellos, no conozco otra, no creo que me quieran por ser yo sino porque les doy sexualmente todo, el sexo me hace sentir querida, valorada y yo sé que soy buena en ello. De alguna manera los atrapo con el sexo y me imagino una historia de amor platónica que nunca llega".*

### **HISTORIA CLÍNICA DE ANNA**

Convive con sus padres profesores universitarios y un hermano 4 años menor en Frankfurt. Buenas relaciones familiares. Por sus trabajos, los padres pasaban poco tiempo en casa. Ella era una niña introvertida y feliz, le gustaba su colegio y tenía amiguitos, hacía ballet y era buena estudiante. Sus padres la cambiaron de colegio contra su firme voluntad considerando que dicho colegio tenía poco nivel. En el nuevo centro sufrió acoso escolar grave recibiendo burlas, clavándole chinchetas en las manos, ridiculizándola y dibujándola en la pizarra grotescamente. Solo 4 niños de la clase no se lo hacían pero tampoco le mostraban apoyo por miedo a los demás.

Recuerda 2 situaciones de la infancia que la han tenido atormentada y con sentimientos de culpa importantes: refiere que con 8-9 años se tocaba teniendo a su hermano al lado y llegó a tocar a su hermano y con 9-10 años le pedía a la hija de una vecina que tenía unos 30 años que era retrasada mental que se enseñaran sus partes, no recuerda si llegaban a tocarse, eso es difuso para ella. Además ha experimentado episodios de autoerotismo, cruzando las piernas en clase hasta sobreexcitarse.

Ella no manifestaba sus problemas en casa. Empezó a dormir mal, a tener miedos irracionales, no hablaba, sentía ansiedad, empezó a no salir a la calle (solo iba al colegio y a ballet). Sus padres no se enteraron hasta que a los 15 años decide contarlo enfurecida *"porque no se habían dado cuenta de lo que le pasaba. Estaban demasiado ocupados con sus vidas"*. A dicha edad conoce a un chico que fumaba porros, empezando a fumar con él. Siente que se calma y ve la vida de otra forma distinta, *"todo me da más igual"*. No le gustaba mucho pero se sentía aceptada. A esa edad se fija en un chico mayor que ella y le gusta mucho, Erik. Él era estudiante de psicología. Ella tiene 17 años cuando empiezan a salir. A los 3 meses él la deja argumentando que es demasiado joven e inmadura para él. Esta ruptura es dramática. Se obsesiona con él, le persigue, le llama, empieza a beber mucho y mantener relaciones sexuales con muchos y diferentes chicos siempre bajo el efecto del alcohol. Deja el ballet, que era lo que más le llenaba en la vida, sumiéndose en una desoladora depresión por la que empieza a tratarla un psiquiatra amigo de su padre prescribiéndole velanfaxina 150 mg. Tiene 2 intentos de suicidio y empieza a experimentar fenómenos sensorio-perceptivos (refiere que la

## **ABUSO SEXUAL INFANTIL CON HIPERSEXUALIDAD Y ALCOHOLISMO PRECOZ: DOS HISTORIAS PARALELAS**

madre de Erik, que murió cuando él era un niño la acompañaba a todas partes, la hablaba, se presentaba en su casa). Sus padres deciden enviarla a Inglaterra a casa de un amigo de la familia. "Fue una etapa muy artística, leía mucho, escribía poemas y pintaba". Vivía de lo que le mandaban sus padres y de vender sus cuadros en la calle. Pero seguía bebiendo mucho y volvió a Alemania. Tenía 18 años. Coge sus cosas y se va sola y sin dinero a vivir a Berlín, a una casa abandonada. Empieza a acostarse con desconocidos, sufre todo tipo de vejaciones y sigue bebiendo descontroladamente. Como creía que los chicos no la querían por su forma de ser, utilizaba las relaciones sexuales para sentirse querida y aceptada. "*Hacía todo lo que me pedían solo para que no se fueran*". Después utilizó el sexo para conseguir alcohol y compañías. Ha participado en orgías y mantenido relaciones con ambos sexos, todo ello ya bajo el efecto del alcohol.

Sus padres van a buscarla y vuelven a llevarla a un psiquiatra privado que le prescribe quetiapina y aripiprazol. Pasado un tiempo la envían a una escuela de arte en Londres para intentar motivarla. Al poco de llegar vuelve a beber de forma descontrolada, relacionándose con gente marginal y violenta. Hace vida promiscua y mantiene todo tipo de relaciones sexuales, refiere además haber sido violada por varios chicos a la vez, algo que no denuncia ni cuenta hasta ahora.

La tuvieron que traer sus padres de Londres porque les avisaron de que la situación era insostenible, llegando a beber 2 botellas de vodka al día. Retorna a Frankfurt y la ingresan en una unidad de psiquiatría y de ahí a nuestro centro. En dicha unidad mencionan por primera vez la presencia de rasgos disfuncionales con labilidad emocional e impulsividad además del trastorno por consumo de alcohol. Le pautan tiapride 100mg, diazepam 10 mg y velanfaxina 150 mg retard.

En la exploración psicopatológica al ingreso se muestra consciente y orientada. Colaboradora. Lenguaje disperso, discurso desorganizado lento en tono y ritmo. Estado de ánimo lábil, llora con facilidad. No se objetiva sintomatología psicótica aunque en el pasado manifestó alteraciones sensorio-perceptivas. No auto ni heteroagresividad en el momento, sí antecedentes. Refiere ansiedad y angustia. Fuerte desvitalización. Tiene capacidad de insight. Como diagnósticos previos al ingreso figura trastorno por consumo de alcohol y rasgos disfuncionales con labilidad emocional e impulsividad

### **EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA JENNIFER**

#### **1º) Pruebas psico(pato)lógicas**

Puntuación muy alta en el inventario de asertividad de Rathus en todas las subescalas y en la subescala de amnesia disociativa de la escala de experiencias de disociación

Puntuación elevada en la escala de dependencia afectiva del IRIDS-100 y en la subescala de insinceridad del inventario de autoengaño IAM-40.

## **ABUSO SEXUAL INFANTIL CON HIPERSEXUALIDAD Y ALCOHOLISMO PRECOZ: DOS HISTORIAS PARALELAS**

Puntuaciones moderadamente altas en las escalas de ansiedad de Hamilton, escala de impulsividad de Barratt y el inventario de T. de la Alimentación (EDI) en el factor miedo a madurar.

Normalidad en el índice de sueño de Pittsburgh, en la escala de evaluación del cambio (URICA), en la escala de experiencia sexual de Arizona, en el cuestionario de confianza en situaciones de riesgo para consumir drogas, en el cuestionario de procesos de cambio (CPQ) ligeramente elevada las escala de depresión de Beck, la escala de autoestima de Rosenberg, la escala de Hamilton para la depresión y el cuestionario de ansiedad estado-rasgo.

### **2º) Pruebas de personalidad**

En el inventario PID-5 de la DSM-5 puntúa alto en las facetas "búsqueda de atención" y "creencias y experiencias inusuales" y moderadamente alto en perseveración, impulsividad, perfeccionismo rígido, sumisión, suspicacia y el dominio psicoticismo. El resto de facetas y dominios están dentro de la normalidad.

El inventario SCL-90-R proporciona puntuaciones moderadamente elevadas en las dimensiones sensibilidad interpersonal, ansiedad y ansiedad fóbica, siendo normales el resto de dimensiones e índices.

## **EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA ANNA**

### **1º) Pruebas psico(pato)lógicas**

El inventario IRIDS-100 (Dependencias sentimentales) puntúa dentro de la normalidad.

La escala VPA-30, variables predictoras de abandono es positiva en la primera evaluación y muy elevada en la segunda, tres meses después, destacando las subescalas de motivación, deseos de consumo y sentimientos adversos. Dicha evaluación coincidió con momentos de crisis e intención de abandono que fueron neutralizadas satisfactoriamente.

Nada que destacar en la escala de evaluación del cambio Urica, así como el índice de sueño de Pittsburgh, la escala de ansiedad de Beck, el inventario STAI de ansiedad estado rasgo, la escala de Hamilton de ansiedad, el inventario EDI y la escala de asertividad de Rathus. En la escala de Autoestima de Rosenberg puntuaba por debajo de los 25 puntos, es decir, baja autoestima. Normales también la Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11, la Hamilton Depression Rating Scale, HDRS, el Cuestionario de Confianza en Situaciones de Riesgo para Consumir Drogas (DTCQ) y el Cuestionario de procesos de cambio (PCQ). En la escala DES (Dissociative Experiences Scale) puntúa alto en los factores amnesia disociativa y despersonalización/desrealización.

### **2º) Pruebas de personalidad**

En el inventario PID-5 puntúa alto en las facetas "excentricidad", "creencias y experiencias inusuales", "suspicacia" y moderadamente alto en labilidad emocional, impulsividad, y los

## **ABUSO SEXUAL INFANTIL CON HIPERSEXUALIDAD Y ALCOHOLISMO PRECOZ: DOS HISTORIAS PARALELAS**

dominios "afecto negativo" y "psicoticismo". El resto de facetas y dominios están dentro de la normalidad.

En el cuestionario SCL-90-R puntúa alto en obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ideación paranoide y psicoticismo.

### **EVOLUCIÓN JENNIFER**

Se evidencia la disociación entre las capacidades intelectivas que tiene y que le han ayudado a conseguir muchas cosas en la vida en contraste con las innumerables dificultades de gestión de emociones, recuerdos, tormentos que vienen desde su infancia, abusos, maltratos, alcohol, abandonos, soledad. Todo ello alimentado desde una personalidad invasiva y controladora. Mantiene una relación con otro paciente, que dice no puede parar y la lleva a un mayor descontrol en sus emociones. Sufre una dicotomía entre episodios de misantropía en los que se refugia en una soledad autodestructiva contrastado con otros de miedo al abandono en los que se hipersocializa recurriendo al alcohol.

Afortunadamente estas dinámicas han remitido, poseyendo mucho más autocontrol a lo que ha ayudado la consolidación de una relación de pareja sana donde la autoridad se comparte en equilibrio armónico. No obstante, precisa medicación de mantenimiento (ansiolíticos junto a ISRS) todo en dosis moderada y pautas de reducción paulatina.

### **EVOLUCIÓN ANNA**

Al ingreso se mostró desconfiada, hipersensible, asustada por las malas experiencias vividas. Disimulaba sus dificultades de relación actuando de manera artificial y manteniendo una actitud histriónica que la hacía sentirse protegida. Desvitalizada, apática, lábil (lloraba con facilidad) y buscando el afecto insistentemente. Emplea un lenguaje infantil.

Cuando tiene que enfrentarse a una situación social donde no tiene ningún vínculo establecido, evita hacerla frente, habiéndose visto limitada por este comportamiento en diferentes ocasiones a lo largo de su vida. Se autolesionó en una ocasión al sentirse rechazada por un compañero haciéndose cortes en los brazos. Le cuesta concentrarse, realizar tareas novedosas, comprender algunos de los mensajes que recibe de compañeros y terapeutas, mantener una adecuada higiene personal, permanecer activa durante toda la tarde, comer con autocontrol y seguir un criterio adecuado a la hora de regirse por ciertas normas sociales (excesivas muestras de afecto, tocamientos, besos exagerados con algún compañero). Además, la sobreprotección que su madre ejerce sobre ella y su tendencia a la pasividad ante los problemas cotidianos que surgen en su vida cotidiana hacen que se instale en una actitud pueril que le dificulta practicar un estilo de vida sano y autónomo.

El esfuerzo que realiza por mejorar es notable aunque no es constante ni tiene interiorizado aún un buen sentido del deber. Sí empieza a reafirmarse poco a poco en su voluntad de

## **ABUSO SEXUAL INFANTIL CON HIPERSEXUALIDAD Y ALCOHOLISMO PRECOZ: DOS HISTORIAS PARALELAS**

mantenerse abstinente. Necesita luchar por ser más autónoma, madura y responsable y de alcanzar sus objetivos vitales, muchos de los cuales implican no depender de los demás ni comprar el cariño y el reconocimiento a través del sexo. Se ha incidido asimismo en su autoconcepto para reparar la autoestima que tan dañada tenía en un primer momento y en la mejora de sus habilidades de comunicación y de relación con los iguales pues no se atribuye el derecho de enfadarse o de expresar sus sentimientos de manera activa sino que tiende a ser pasiva y a interpretar su personaje cómico para gustar y caer bien. El principal handicap estriba en su tendencia a fantasear, por ejemplo quiere recuperar la relación fantasmática que tuvo con Erik para ver si su idilio sigue o se evaporó con el tiempo. Tiene una evidente tendencia a depender afectivamente o cuando menos apoyarse en exceso en el otro.

### **CLAVES DIAGNÓSTICAS COMPARTIDAS**

- Antecedentes de abuso sexual infantil
- Hipersexualidad infantil con autoerotismo (una de ellas)
- Abuso de alcohol infantojuvenil con alcoholismo adolescente
- Trastorno límite de la personalidad con fuerte componente histriónica, inestabilidad anímica y egocentrismo.

### **SITUACIÓN ACTUAL**

Ambas mantienen el pensamiento hipersexual, aunque canalizado a través de la pareja. El eco emocional negativo relacionado con el abuso infantil parece haber remitido o amortiguado mucho.

Respecto al trastorno caracteropático, ambas han experimentado notable mejoría en impulsividad, hostilidad y socialización. De la irritabilidad y agresividad iniciales se ha pasado a un carácter afable y empático con ciertos raptos coléricos en Anna que remiten rápidamente.

La dependencia alcohólica se ha estabilizado. Anna parece manejarla mejor. Sus deseos de consumo van siempre ligados a displacer o acontecimientos negativos, nunca por craving primario. Sin embargo Jennifer si tiene que luchar contra la estimulación ambiental. Cada salida que hace se acompaña de pulsión pro-ingesta enólica que afortunadamente ha sido frenada por la pareja. Ahí le queda camino por recorrer ya que su ciclo vital en los últimos años era de consumo desaforado de alcohol, ingreso en una clínica, recaída inmediata al alta con ingestas masivas, nuevo ingreso y nueva recaída. Frenar esos automatismos, ese ciclo pernicioso le está costando, aunque lo va consiguiendo con el plus motivacional de la pareja. Tiene previsto inyectarse disulfiramo como interdicator que le proporcione cierta seguridad.

Ambas precisan tratamiento psicofarmacológico mantenido. Esperamos se pueda ir disminuyendo si la evolución lo permite. De momento es necesario.

# ABUSO SEXUAL INFANTIL CON HIPERSEXUALIDAD Y ALCOHOLISMO PRECOZ: DOS HISTORIAS PARALELAS

## CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La secuencia compartida por ambas pacientes (abuso sexual infantil

- hipersexualidad reactiva
- consumo enólico
- trastorno de la personalidad) contiene elementos para la reflexión.

En primer lugar, la hipersexualidad infantil (sobre todo de carga autopunitiva) puede denotar elementos concurrentes de gravedad, como la violación o el abuso sexual infantil, el estrés postraumático o la existencia de un contexto nocivo, para lo que es preciso ponderar bien la existencia de síntomas distintos pero interrelacionados. Ahí tienen campo los psicólogos escolares, psiquiatras infantiles, incluso educadores para profundizar y prevenir un problema emergente.

Este síntoma satélite también suele acompañarse, como en los casos que nos ocupan de síntomas concurrentes, como el consumo precoz de alcohol. Al margen de factores predisponentes o fenotípicos, el trastorno de personalidad puede resultar de la transformación o evolución natural de procesos de envergadura como la adición de hipersexualidad autopunitiva junto al consumo precoz de alcohol.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Adelson, S., Bell, R., Graff, A., Goldenberg, D., Haase, E., Downey, J. I., & Friedman, R. C. (2013). Is increased sexual behavior a symptom of bipolar disorder in children and adolescents? *Psychodynamic Psychiatry*, 41(3), 419-435.  
<http://dx.doi.org/10.1521/pdps.2013.41.3.419>
2. O'Keefe, S. L., Beard, K. W., Swindell, S., Stroebel, S. S., Griffee, K., & Young, D. H. (2014). Sister-brother incest: Data from anonymous computer assisted self interviews. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 21(1), 1-38.  
<http://dx.doi.org/10.1080/10720162.2013.877410>
3. Davidson, L., & Omar, H. A. (2015). Long-term consequences of childhood sexual abuse. In J. Merrick (Ed.), *Child and adolescent health yearbook 2014*; pp. 115-120, Chapter xv, 475 Pages) Nova Biomedical Books,
4. Beard, K. W., Griffee, K., Newsome, J. E., Harper-Dorton, K., O'Keefe, S. L., Linz, T. D. Nichols, A. N. (2017). Father-daughter incest: Effects, risk-factors, and a proposal for a new parent-based approach to prevention. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 24(1-2), 79-107. <http://dx.doi.org/10.1080/10720162.2017.1306467>
5. Berman, A. K., & Knight, R. A. (2015). The relation of familiarity with sexual abusers to subsequent developmental adaptation in youths who have sexually offended. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 27(6), 587-608.  
<http://dx.doi.org/10.1177/1079063214544329>

## **ABUSO SEXUAL INFANTIL CON HIPERSEXUALIDAD Y ALCOHOLISMO PRECOZ: DOS HISTORIAS PARALELAS**

6. Drabble, L., Trocki, K. F., Hughes, T. L., Korcha, R. A., & Lown, A. E. (2013). Sexual orientation differences in the relationship between victimization and hazardous drinking among women in the national alcohol survey. *Psychology of Addictive Behaviors, 27*(3), 639-648. <http://dx.doi.org/10.1037/a0031486>
7. Alvy, L. M., Hughes, T. L., Kristjanson, A. F., & Wilsnack, S. C. (2013). Sexual identity group differences in child abuse and neglect. *Journal of Interpersonal Violence, 28*(10), 2088-2111. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260512471081>
8. Lewis, C. E., Saghir, M. T., & Robins, E. (1982). Drinking patterns in homosexual and heterosexual women. *The Journal of Clinical Psychiatry, 43*(7), 277-279
9. Brown, M. J., Masho, S. W., Perera, R. A., Mezuk, B., & Cohen, S. A. (2015). Sex and sexual orientation disparities in adverse childhood experiences and early age at sexual debut in the United States: Results from a nationally representative sample. *Child Abuse & Neglect, 46*, 89-102. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.02.019>