

Estrés postraumático en adolescentes abusados sexualmente

Post-traumatic stress in sexually abused adolescents

*Katherin Tatiana Álvarez Pava***RESUMEN**

Las víctimas de abuso sexual comúnmente sufren una serie de consecuencias adversas entre las que se destacan el estrés postraumático (TEPT), los efectos de abuso sexual en adolescentes tienen consecuencias a nivel de cognición afectando el proceso de la información por medio de la percepción, por lo que existen probabilidades de que el adolescente abusado sexualmente padezca de trastornos de identidad y emocionales como depresión, ansiedad y baja autoestima. No obstante, los adolescentes que han sido victimizados suelen tener intentos de suicidios y consumir sustancias psicoactivas para inhibir las huellas que ha dejado el abuso. Numerosos estudios prospectivos y retrospectivos han encontrado que una de las consecuencias más comunes asociadas al maltrato infantil es el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) (Shenk, Putnam, & Noll, 2012; Tolin, & Foa, 2006).

El porcentaje de niños con TEPT en población general es variable, encontrando un rango entre 1.6% y más del 6% (Essau, Conradt, & Peterman, 2000; Furtado, Carvalhaes y Goncalves, 2009). En población clínica, la prevalencia de sintomatología TEPT es superior en individuos expuestos a un evento vital traumático. En el estudio meta analítico de Alisic et al, 2004) se encontró que el 15.9% de los niños expuestos a trauma presentaba TEPT según criterios DSM-IV (APA, 199). Se evidencia la epidemiología en abuso sexual en adolescentes, las afectaciones cognitivas, las variables cognitivas de la víctima, cuáles son esos trastornos ocasionados por el abuso sexual en adolescentes y las posibles consecuencias que pueden padecer las víctimas abusadas sexualmente.

PALABRAS CLAVES

Estrés postraumático, adolescentes, abuso sexual, estrés, cognición.

ABSTRACT

Victims of sexual abuse commonly suffer a series of adverse consequences, including post-traumatic stress disorder (PTSD), the effects of sexual abuse in adolescents have consequences at the level of cognition, affecting the information process through perception, for example. what is likely that the sexually abused adolescent suffers from identity and emotional disorders such as depression, anxiety, phobias of interpersonal relationships and low self-esteem. However, adolescents who have been victimized often make suicide attempts, consume alcohol frequently and even use psychoactive substances to inhibit the marks left by the abuse. Numerous prospective and retrospective studies have found that one of the most common consequences associated with child abuse is Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) (Shenk, Putnam, & Noll, 2012; Tolin, & Foa, 2006).

The percentage of children with PTSD in the general population is variable, finding a range between 1.6% and more than 6% (Essau, Conradt, & Peterman, 2000; Furtado, Carvalhaes & Goncalves, 2009). In the clinical population, the prevalence of PTSD symptoms is higher in individuals exposed to a traumatic life event. In the meta-analytic study by Alisic et al, (2004) it was found that 15.9% of children exposed to trauma had PTSD according to DSM-IV criteria (APA, 199). The epidemiology of sexual abuse in adolescents, the cognitive affectations, the cognitive variables of the victim, what are these disorders caused by sexual abuse in adolescents and the possible consequences that the sexually abused victims may suffer is evidenced.

KEY WORDS

Post-traumatic stress, adolescents, sexual abuse, stress, cognition.

INTRODUCCIÓN

El abuso sexual en adolescentes desencadena una serie de consecuencias a nivel físico y psicológico, afectando las áreas de funcionamiento del victimizado a nivel cognitivo, como lo es la moral y lo ético, el desarrollo afectivo y social, dando la posibilidad de aparición de trastornos depresivos causados por estrés postraumático, como lo expresa (Cook et al., 2003), quien afirma que TEPT es un trauma complejo, definido como un evento traumático crónico interpersonal y puede ser ocasionado por el abuso sexual, teniendo afectaciones de auto-regulación dando como resultado problemas en la regulación de los afectos, conductas, impulsos, atención y conciencia; así como también problemas interpersonales y de identidad.

No obstante, el victimizado presenta alteración en la modulación de la conducta auto-destructiva e impulsiva; síntomas disociativos; síntomas somáticos; sentimientos de ineficiencia; vergüenza; desesperación; desesperanza; sentirse

permanentemente dañada/o: hostilidad, aislamiento social; sentirse constantemente amenazada/o; deterioro en las relaciones interpersonales. Esta constelación de síntomas puede ocurrir y es más comúnmente vista en asociación con un estresor interpersonal, lo que implica un problema crónico de dependiente de un estado específico que ocurre en respuesta a temas que disparan reacciones de estrés postraumático. Kolk (2005) La desregulación ocurre a través de múltiples sistemas. Por ejemplo, afectivos, conductuales, somáticos, disociativos, relacionales, y de auto-atribuciones. Y es expresada a través de un amplio y variado rango de deterioros asociados a los aspectos clínicos y perturbaciones conductuales, los cuales están clasificados en siete subcategorías:

I.- Alteración en la regulación de afectos e impulsos.

A. Dificultad en la Regulación de afectos.

B. Dificultad en la Modulación del enojo.

C. Conducta auto-destructiva.

D. Ideación suicida.

E. Dificultad para modular el involucramiento sexual.

F. Toma de riesgos excesiva.

II.- Alteración en la atención o conciencia.

A. Se produce Amnesia y

B. Episodios disociativos y de despersonalización transitorios.

III.- Somatización.

A. Problemas con el sistema digestivo.

B. Dolor crónico.

C. Síntomas cardiopulmonares.

D. Síntomas de conversión.

E. Síntomas sexuales. En los trastornos mencionados hay ausencia de explicación médica.

IV.- Alteración en la auto-percepción.

A. De ineffectividad.

B. De daño permanente.

C. De culpa y responsabilidad.

D. De vergüenza. Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación.

V.- Alteración en la percepción del perpetrador.

A. Adoptar creencias distorsionadas.

B. Idealización del perpetrador.

C. Preocupación de lastimar al perpetrador.

VI.- Alteración en las relaciones con otros.

A. Inhabilidad para confiar y sentir intimidad.

B. Re-victimización.

C. Victimización de otros.

VII.- Alteración en los sistemas de creencias.

A. Desesperación y desesperanza.

B. Pérdida de creencias importantes.

Epidemiología del
abuso sexual en
adolescentes

El abuso sexual que padecen niños, niñas y jóvenes es una problemática que ha venido presentándose a lo largo del tiempo, que no puede ser ajena e indiferente para los países, las

instituciones, los profesionales y la misma familia. Según la OMS (2009) el abuso sexual está caracterizado como un comportamiento sexual que ocurre sin el consentimiento de la persona o bajo la coacción de una de las partes, es un evento de alta incidencia que acontece en distintos estratos socio-económicos, diferentes culturas, ámbitos y etapas de la vida. En este escrito se condensan las explicaciones teóricas propuestas por diferentes autores, así como los modelos explicativos que abordan la temática del abuso sexual, dando en éste una amplia ilustración, así como la reflexión de las autoras con respecto a las características del abuso sexual en adolescentes, su detección, las particularidades presentadas por parte de los agresores, la incidencia del contexto familiar y social, las consecuencias producto del abuso sexual.

El abuso sexual en adolescentes no es un problema reciente. A lo largo de la historia se ha manifestado. Los malos tratos en la adolescencia son una constante histórica, que se producen en todas las culturas y sociedades, en cualquier estrato social (Casado Flores, Díaz Huertas y Martínez González, 1997; Walker, Bonner y Kaufman, 1988). No se trata de hechos

aislados sino de un problema universal y complejo, resultante de una interacción de factores individuales, familiares, sociales y culturales (Ingles, 1991; Echebúrua Odriozola y Guerricaechevarria, 2005).

El abuso sexual en adolescentes es un problema frecuente en todas las sociedades y culturas. Sus efectos negativos muestran la gravedad e ilustran las necesidades profesionales de un mayor conocimiento al respecto. La incidencia y prevalencia del abuso sexual en adolescentes como conceptos estadísticos usados en epidemiología aportan la distribución y evolución de la problemática en la población. Se entiende por incidencia el número de casos denunciados o detectados por autoridades oficiales en un período determinado, habitualmente en un año (Runyan, 1998; Wynkoop, Capps y Priest, 1995). La incidencia es número de casos nuevos que han aparecido en un determinado período de tiempo (Bringiotti, 2006).

La prevalencia es la proporción de individuos de una población que presentan abuso sexual en adolescentes en un momento o en un período determinado. La prevalencia es el número total de los individuos que presentaron abuso sexual

en un momento o durante un periodo dividido por la población en ese punto en el tiempo o en la mitad del período. Cuantifica la proporción de personas en una población que padeció abuso sexual en un determinado momento y proporciona una estimación de la proporción de sujetos de esa población que hubiera transitado ese tipo de maltrato en ese momento. Es un parámetro útil porque permite describir un fenómeno de salud, identificar la frecuencia poblacional del mismo y generar hipótesis explicatorias (Runyan, 1998; Wynkoop, Capps y Priest, 1995).

Afectaciones cognitivas del abuso sexual

Las víctimas adolescentes de abuso sexual presentan una mayor probabilidad de padecer trastornos emocionales como depresión, ansiedad, baja autoestima o problemas en las relaciones sexuales (Berliner y Elliot, 2002; Guerricae-chevarría y Eheburúa, 2005).

Las consecuencias psicológicas que suelen acompañar a la vivencia del abuso sexual en los adolescentes son frecuentes y diversas, tanto que perduran hasta la edad

adulta. Se evidencia en estudios que las víctimas abusadas sexualmente desencadenan afectaciones a nivel cognitivo, desequilibrando sus áreas de funcionamiento. (Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta, y Akman, 1991; Browne y Finkelhor, 1986; Runtz y Schallow, 1997). Por consiguiente, se seleccionan las afectaciones con más prevalencia en las víctimas.

1. Conducta sexualizada

La presencia de conductas sexualizadas, también denominadas comportamientos erotizados, es uno de los problemas más frecuentes en víctimas de abuso sexual, siendo tomada habitualmente como un indicador de marcada fiabilidad para su detección. Como ejemplo, en la revisión de Bromberg y Jonson (2001) los autores indican que la conducta sexualizada es 15 veces más probable en menores víctimas de abuso sexual que en no víctimas. Sin embargo, estas conductas no son exclusivas de las víctimas de abuso sexual y pueden producirse por otros motivos diferentes a la experiencia de abuso como son la vivencia de otras experiencias de carácter violento (ser víctima de maltrato físico o testigo de violencia familiar) o las actitudes familiares respecto al sexo.

2. Conformidad compulsiva

Crittenden y DiLalla (1988) propusieron la existencia de un patrón de conducta específico, denominado de conformidad compulsiva, utilizado por algunas víctimas de malos tratos, abuso sexual y negligencia para acomodarse a su situación y poder sobrevivir, física y psicológicamente a ésta. Los autores definen esta estrategia como la presencia de un comportamiento conformista y vigilante en víctimas de malos tratos, que reduce el riesgo de comportamientos hostiles y violentos por parte de sus agresores y aumenta la probabilidad de interacciones agradables con ellos.

3. Conducta disruptiva y disocial

Se caracteriza por un patrón persistente y repetitivo de violación a las reglas y normas que se marcan para la edad (mentir, robar, lastimar, etc.). Se inicia durante la infancia y genera deterioro en el funcionamiento de al menos dos áreas en la escuela, el hogar o los amigos. En el extremo opuesto, algunos autores han obtenido una elevada frecuencia de conductas de carácter disruptivo y disocial en víctimas de abuso sexual infantil, incluidas dentro de la denominada sintomatología externalizante según la

categorización de Achenbach (1991), especialmente en víctimas de sexo masculino (Romano y De Luca, 2001). Los autores difieren en las frecuencias obtenidas para este tipo de conductas en víctimas de abuso sexual, oscilando entre el 2% indicado en el estudio de Mannarino y Cohen (1986) para ambos sexos; y el 25,3% para mujeres y el 58,4% para varones en el trabajo de Garnefski y Diekstra (1997).

Variables cognitivas de la victima

Personas con experiencias abusivas similares pueden sufrir consecuencias diferentes dependiendo de cómo se perciban, evalúen y procesen los sucesos. De ese modo, el análisis de factores potencialmente protectores asociados a un mejor ajuste o resiliencia en víctimas de abuso sexual puede ofrecer pistas para el diseño de intervenciones preventivas (Hébert et al., 2006). El afrontamiento del abuso por parte de la víctima es posiblemente la variable de tipo cognitivo más estudiada en los últimos años por sus efectos en el ajuste psicológico de las víctimas de abuso (p.e., Cantón-Cortés y

Cantón, 2010; Filipas y Ullman, 2006; Hébert, et al., 2006; Wright, Crawford y Sebastian, 2007). Las estrategias de afrontamiento son definidas como “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para hacer frente a demandas internas o externas” (Lazarus, 1993).

En la actualidad se emplean numerosas taxonomías de estilos de afrontamiento, lo que hace difícil las comparaciones entre estudios, debido al empleo de etiquetas diferentes para estas estrategias. El modelo predominante para clasificar las estrategias empleadas en el afrontamiento del abuso es el de aproximación-avoidancia, según el cual, los pensamientos y/o acciones se pueden dirigir hacia una amenaza (aproximación) o a alejarse de ella (evitación) (Merrill, Thomsen, Sinclair, Gold y Milner, 2001). Prácticamente todos los estudios que han examinado el efecto de diferentes estrategias han encontrado una relación entre las estrategias de evitación (p.e., negación, distanciamiento, aislamiento social) y un peor ajuste psicológico tras el ASI (Cantón-Cortés y Cantón, 2010; Hébert, et al., 2006). Por otra parte, las estrategias aproximativas (e. g., tratar de ver la situación desde un punto de vista

diferente, búsqueda de apoyo social) se han asociado a un mejor ajuste psicológico en la mayoría de los estudios (Steel, Sanna, Hammond, Whipple y Cross, 2004).

Trastornos ocasionados por el abuso sexual en adolescentes

1. Trastorno depresivo mayor

Según el (DSM-5) los criterios de diagnóstico para el trastorno depresivo mayor a considerar son los siguientes: Cinco o más de los siguientes síntomas deben estar presentes casi todos los días durante un período de 2 semanas: Síntomas principales (≥ 1 requerido para el diagnóstico)

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día
- Anhedonia o marcada disminución del interés o placer en casi todas las actividades.

Síntomas adicionales

- Pérdida de peso clínicamente significativa o aumento o disminución en el apetito

- Insomnio o hipersomnias
- Agitación o retardo psicomotor
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados
- Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida.

Los jóvenes constituyen uno de los grupos etarios que presentan mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que en la etapa de la adolescencia se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal social, sin embargo, los adolescentes que han sido abusados sexualmente tienen una probabilidad de siete veces mayor de desarrollar un trastorno depresivo mayor, que aquellos jóvenes que no han vivido un suceso así de traumático. La violencia sexual que causa depresión en las mujeres es una expresión de poder y no de sexualidad, pues atenta contra la voluntad, la integridad y la dignidad de otra persona, es dable entender que la violencia por razones de género o la “violencia sexual

contra las mujeres, los chicos no es la expresión agresiva de la sexualidad sino la expresión sexual de la agresión, hostilidad y poder con una base en las condiciones del patriarcado”. Construir una cultura de paz representa una concepción centrada en la abolición de las relaciones de poder entre géneros, sin que ello signifique ausencia de conflicto, sólo será posible con la eliminación de la opresión y la injusticia. Arrom (20215).

2. Trastorno de Ansiedad

La ansiedad supone un diagnóstico a consecuencia del abuso sexual en adolescentes, que, además, se encuentra más prevalente en mujeres que en hombres. La diferencia entre los estudios podría explicarse por el tipo de ansiedad que experimentan los participantes, pues, al igual que se habla de ansiedad de forma general, se podría hablar de ansiedad por separación.

Según el (DSM-5) los criterios de diagnóstico para el trastorno de ansiedad por separación son los siguientes:

Criterios diagnósticos 309.21 (F93.0)

A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de

aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.
4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.

8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.

C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro autista, delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos, rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia, preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada, o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

Igualmente, la forma de expresar las emociones entre ellas, la ansiedad difiere de unas culturas a otras y, por lo tanto,

quedaría reflejado en los resultados. Prevalencia del 4 al 44% en hombres y del 9 al 41% en mujeres víctimas de abuso sexual; Las mujeres y hombres víctimas de abuso sexual presentan un grado de ansiedad según la escala TSI de 10,19 y 8,46, respectivamente, siendo superior a las no víctimas. En conjunto, el grado es de 12,67 y 9,67 en víctimas y no víctimas, respectivamente; Los resultados entre víctimas de abuso sexual y no víctimas son una OR de 2,00 (IC del 95%: 1,46-2,73; $p \leq 0,05$); Porcentaje de ansiedad del 32,4, 46,4, 51 y 74,2% en las no víctimas, víctimas de abuso sexual sin contacto, con contacto y con penetración, respectivamente. A mayor gravedad del abuso, mayor porcentaje; Los resultados muestran según la escala STAI una puntuación de ansiedad de hombres víctimas y no víctimas de 20,93 frente a 15,28, y en mujeres víctimas y no víctimas, de 21,33 frente a 16,47. Fernández (2019).

3. Trastorno por estrés posttraumático

Todos los estudios llegan a la conclusión de una relación significativa entre el diagnóstico de estrés posttraumático y el abuso sexual en

adolescentes. Para adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años, los criterios del DSM-5 para el TEPT son los siguientes (American Psychiatric Association, 2013):

A. Exposición a la ocurrencia o amenaza de muerte, lesiones graves o violación sexual en una (o más) de las formas siguientes: 1. Experiencia directa del suceso/s traumático/s.

2. Observación directa del suceso/s ocurrido a otros.

3. Conocimiento de que el suceso/s traumático/s ha ocurrido a un familiar cercano o a un amigo íntimo. En los casos de ocurrencia o amenaza de muerte de un familiar o amigo, el suceso/s ha de haber sido violento o accidental.

4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso/s traumático/s (p.ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato o abuso infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados

al suceso/s traumático/s y que comienza tras la ocurrencia de este último:

1. Recuerdos angustiosos, recurrentes, involuntarios e intrusos del suceso/s traumático/s.

Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso/s traumático/s.

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso/s traumático/s. Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible. 3. Reacciones disociativas (p.ej., reviviscencias o flashbacks¹) en las que la persona siente o actúa como si se repitiera el suceso/s traumático/s. (Estas reacciones se pueden producir en un continuo, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede ocurrir durante el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se

parecen a un aspecto del suceso/s traumático/s.

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso/s traumático/s.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso/s traumático/s, que comienza tras este último y que se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del suceso/s traumático/s o estrechamente asociados con este.

2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del suceso/s traumático/s o estrechamente asociados con este.

. D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso/s traumático/s, que comienzan o empeoran después del suceso/s traumático/s y que se ponen de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad para recordar un aspecto importante del suceso/s traumático/s (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p.ej., “estoy mal,” “no puedo confiar en nadie,” “el mundo es muy peligroso,” “tengo los nervios totalmente destrozados”).

3. Cogniciones distorsionadas persistentes sobre la causa o las consecuencias del suceso/s traumático/s que hace que el individuo se culpe a sí mismo o a los demás.

4. Estado emocional negativo persistente (p.ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).

5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.

6. Sentimiento de desapego o distanciamiento de los demás.

7. Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas (p.ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la activación y reactividad asociada al suceso/s

traumático/s, que comienza o empeora después del suceso/s traumático/s y que se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.

2. Comportamiento imprudente o autodestructivo (p.ej., conducción peligrosa, uso excesivo de alcohol o drogas, conducta suicida o autolesiva).

3. Hipervigilancia a las amenazas potenciales, ya sean relacionadas con el evento traumático o no.

4. Respuesta de sobresalto exagerada.

5. Problemas de concentración. 6. Alteración del sueño (p.ej., dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración del trastorno (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. El trastorno causa, de modo clínicamente significativo, malestar o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al suceso estresante, la persona experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: Experiencias persistentes o recurrentes de sentirse desapegado, como si uno mismo fuera un observador externo, de los propios procesos mentales o del propio cuerpo (p.ej., sentir como si se soñara; sensación de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

2. Desrealización: Experiencias persistentes o recurrentes de irrealidad del entorno (p.ej., el mundo alrededor de la persona se experimenta como irreal, como si fuera un sueño, distante o distorsionado). Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., amnesia anterógrada o lagunas,

comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p.ej., epilepsia parcial compleja). Especificar si: Con expresión demorada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos 6 meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Como puede apreciarse a partir de los criterios anteriores, la presentación clínica del TEPT puede variar mucho en función del tipo de síntomas que predominan.

4. Baja autoestima

Duclos, Laporte y Ross, (2010, citado por Domínguez, Y. 2003, p.13), consideran la adolescencia como “un periodo crucial en lo que concierne al desarrollo y la consolidación de la autoestima”. Es decir, en esta etapa existe la necesidad de sentirse individuo distinto a los demás, existe una necesidad de conocer sus posibilidades, su competitividad y percibirse valioso como persona con sus deseos y pretensiones. Por lo tanto, en adolescentes abusados sexualmente la autoestima suele a tener un declive ya que el adolescente le es difícil percibirse como víctima y tiende a culparse o a reprobar su actitud en torno al

autocuidado, con manifestaciones depresivas y una menor autoestima. Sintiendo vergüenza. Pernía (2009).

Consecuencias que padecen las víctimas abusadas sexualmente

1. Intentos de suicidio

En la víctima la experiencia del abuso sexual puede repercutir negativamente en su desarrollo psicosexual, afectivo social y moral. En algunas oportunidades las consecuencias del abuso pueden permanecer y reactivarse en el curso de la vida de la víctima. Las conductas suicidas en adolescentes abusados sexualmente son del 6,8%. Almonte (2002).

2. Consumos de sustancias psicoactivas

En un estudio realizado en el municipio de caldas por (Gómez 2008) se evidencio que el 23 % de los consumidores de marihuana, el 60 % de basuco, el 22 % de cocaína, habían sido violados en su infancia.

Reflexión

En el proceso de investigación y análisis del estrés postraumático ocasionado por abuso sexual en adolescentes, se investigó sobre la epidemiología del abuso sexual en adolescentes, los trastorno que pueden desarrollar las víctimas de abuso, las variables y las afectaciones cognitivas del abuso sexual en adolescentes.

Siendo la epidemiología del abuso sexual, la que establece los patrones de las víctimas, estableciendo el abuso sexual como una problemática social a nivel mundial que viene desde muchos años atrás, teniendo en cuenta a través de la historia las cifras de abuso sexual en adolescentes van en aumento. Por lo que la OMS (2009) afirma que el abuso sexual está caracterizado como un comportamiento sexual que ocurre sin el consentimiento de la persona o bajo la coacción de una de las partes, es un evento de alta incidencia que acontece en distintos estratos socioeconómicos, diferentes culturas, ámbitos y etapas de la vida.

Por otro lado, las afectaciones cognitivas del abuso sexual son frecuentes y diversas en los adolescentes abusados, tanto que puede perdurar hasta

la vida adulta, teniendo en cuenta que se presenta un estrés postraumático que desequilibra las áreas del funcionamiento. Presentando conductas sexualizadas, lo autores Bromberg y Jonson (2001) indican que la conducta sexualizada es 15 veces más probable en menores víctimas de abuso sexual que en no víctimas. Sin embargo, estas conductas no son exclusivas de las víctimas de abuso sexual y pueden producirse por otros motivos diferentes a la experiencia de abuso como son la vivencia de otras experiencias de carácter violento (ser víctima de maltrato físico o testigo de violencia familiar) o las actitudes familiares respecto al sexo. Las conductas sexualizadas están marcadas por sucesos traumáticos vividos en la niñez, no obstante, estos sucesos pueden presentarse en el transcurso del ciclo vital.

Otra afectación cognitiva, que tiene posibilidades de aparecer es la conformidad compulsiva, los adolescentes abusados suelen ser sumisos, conformistas, por lo tanto, los autores Crittenden y DiLalla (1988) definen esta estrategia como la presencia de un comportamiento conformista y vigilante en víctimas de malos tratos, que reduce el riesgo de comportamientos hostiles y

violentos por parte de sus agresores y aumenta la probabilidad de interacciones agradables con ellos, de esta manera aumenta el riesgo de que el abuso se siga efectuando, ocasionando en la víctima sentimientos de inferioridad y acostumbrarse al acoso inhibiendo los sentimientos adversos que ocasionan los abusos sexuales.

Por último, en las afectaciones cognitivas se presenta la conducta disruptiva y disocial, han obtenido una elevada frecuencia de conductas de carácter disruptivo y disocial en víctimas de abuso sexual en adolescentes, incluidas dentro de la denominada sintomatología externalizante según la categorización de Achenbach (1991), especialmente en víctimas de sexo masculino, las víctimas empiezan a tener conductas inadecuadas como mentir, robar e incluso a agredir, tomando actitud de arrogancia, sin embargo, existe otro tipo de conductas disociadas que toman adolescentes abusados sexualmente como lo es el aislamiento, se muestran retraídos en diferentes contextos sociales (Romano y De Luca, 2001).

Por consiguiente, las respuestas cognitivas de la víctima son variables,

teniendo en cuenta que cada proceso de asimilación, aceptación es diferente en cada ser humano, ya que los sucesos se pueden percibir y procesar de maneras totalmente diferentes por lo que, el proceso de afrontamiento del abuso por parte de la víctima sea asimilado a corto o largo plazo bajo terapia psicológica (p.e., Cantón-Cortés y Cantón, 2010; Filipas y Ullman, 2006; Hébert, et al., 2006; Wright, Crawford y Sebastian, 2007).

No obstante, los abusos sexuales en adolescentes desencadenan trastornos postraumáticos, depresivos, trastornos de ansiedad, baja autoestima y en ocasiones fobias sociales. Ya que suceso a los que se ven expuestas las víctimas afecta directamente sus pensamientos alterando las funciones cognitivas, por lo que es necesario que los adolescentes abusados inicien tratamientos psicológicos y en muchos casos psiquiátricos, para tratar de manera eficaz los síntomas presentes en las alteraciones mentales, evitando la presencia de ideación suicida, consumos de sustancias psicoactivas. Las consecuencias del abuso ocasionan en las víctimas buscar salidas inapropiadas para inhibir los sentimientos ocasionado por el abuso consumiendo alcohol, sustancias psicoactivas o cometer intentos de

suicidio. Almonte (2002) expresa que la víctima puede repercutir negativamente en su desarrollo psicosexual, afectivo social y moral. En algunas oportunidades las consecuencias del abuso pueden permanecer y reactivarse en el curso de la vida de la víctima. Las conductas suicidas en adolescentes abusados sexualmente son del 6,8%.

Conclusión

Con base al artículo el estrés postraumático en adolescentes abusados sexualmente es ocasionado por el suceso traumático que implica el abuso, ya que se ve afectada su integridad física y emocional, afectando de manera directa su salud mental, desencadenando diferentes trastornos como la depresión, ansiedad, baja autoestima e incluso fobias sociales. Y para ello se tienen en cuenta los criterios diagnósticos del TEPT en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) difieren considerablemente de los expuestos en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). A lo que en concreto, en el DSM-5, con respecto a su versión anterior, los estresores se exponen de forma más explícita, sin tener

en cuenta la reacción subjetiva genérica de la víctima (criterio A), y se señalan cuatro núcleos de síntomas (a diferencia de los tres de la versión anterior): reexperimentación, evitación conductual/cognitiva, alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo, que no figuraban explícitamente en el DSM-IV, y aumento de la activación y reactividad psicofisiológica, que se amplía para incluir también las conductas de riesgo o autodestructivas. Asimismo, se debe especificar ahora si se presentan adicionalmente síntomas disociativos, se indican los síntomas específicos en niños menores de 6 años y se elimina la distinción entre el TEPT agudo y crónico (Bovin, Marx y Schnurr, 2015; Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014; Keane et al., 2014). No obstante, la conducta del victimizado toma inclinaciones distintas a las habituales, de manera no favorables como el consumo de alcohol en exceso o con frecuencia, consumo de sustancias psicoactivas, actitudes de arrogancia, prepotencia o aislamiento social, retraimiento, falta de atención entre otras.

Las conductas disruptivas pueden aparecer después de pasar por el abuso sexual, estas conductas van a encontrar de las normas y reglas sociales, estas

actitudes son ocasionadas por el trauma que deja el suceso al que se vio expuesta la víctima, todos los procesos de afrontamiento son distintos en cada adolescente abusado, teniendo particularidad entre ellos, con similitudes en el estrés postraumático.

Referencias bibliográficas

Achenbach, T. M. (1991). Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.

Almonte, C., Insunza, C., & Ruiz, C. (2002). Abuso sexual en niños y adolescentes de ambos sexos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(1), 22-30.

Arrom, C., Samudio, M., Ruoti, M., & Orúe, E. (2015). Síndrome depresivo en la adolescencia asociado a género, abuso sexual, violencia física y psicológica. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 13(3).

Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A. y Akman, D. (1991). A

review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 15, 537-556.

Beltran, N. P. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del psicólogo*, 30(2), 135-144.

Bringiotti, M. I. (2006). Las cifras ocultas del abuso sexual infantil, en *Abuso sexual 2.*, Volnovich, J. (Comp.). Buenos Aires: Editorial Lumen Humanista.

Bromberg, D. S. y Johnson, B. T. (2001). Sexual interest in children, child sexual abuse, and psychological sequelae for children. *Psychology in the Schools*, 38 (4), 343-355.

Cantón-Cortés, D. y Cantón, J. (2010). Coping with child sexual abuse among college students and post-traumatic stress disorder: The role of continuity of abuse and relationship with the perpetrator. *Child Abuse & Neglect*, 34, 496-506.

Cantón-Cortés, D., & Rosario Cortés, M. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de psicología*, 31(2), 607-614.

Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., & van der Kolk, B.A. (Eds.) (2003).

Complex Trauma in Children and Adolescents. National Child Traumatic Stress Network.

Crittenden, P. M. y DiLalla, D. L. (1988). Compulsive compliance: The development of an inhibitory coping strategy in infancy. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16 (5), 585-599.

Fernandez, I. G., de Miguel, C. L., Pérez, C. G., Fernandez, C. G., & Fernandez, J. G. (2019). Diagnósticos psiquiátricos prevalentes a consecuencia del abuso sexual durante la infancia y la adolescencia. *Revista de enfermería y salud mental*, (12), 13-20.

Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I. V. y Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21, 287-299.

Inglés, A. (1991). Els maltractaments infantils a Catalunya. Estudi Global i balanc de la seva situació actual. Barcelona: General de Catalunya. Departamento de Bienestar Social. Dirección General de Atención a la Infancia.

Jarero, I. (2014). Comentarios sobre el Trastorno por Estrés Posttraumático

Complejo: Perspectivas del DSM-5 y del CIE-11. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 6(1), 1-5.

Losada, A. V. (2012). Epidemiología del abuso sexual infantil. *Revista de psicología GEPU*, 3(1), 201-229.

Mannarino, A. P. y Cohen, J. A. (1986). A clinical-demographic study of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 10, 17-23.

Pernía, M. S. (2009). Abuso sexual infantojuvenil.

Romano, E. y De Luca, R. V. (2001). Male sexual abuse: A review of effects, abuse characteristics, and links with later psychological functioning. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 55-78.

Runyan, D. K. (1998). Prevalence, risk, sensitivity, and specificity: a commentary on the epidemiology of child sexual abuse and development of a research agenda. *Child Abuse & Neglect*, 22 (6), 493-498.

van der Kolk, B.A. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*. 35, 401-408.

van der Kolk, et al. (2005). Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation

of Complex Adaptation to Trauma. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 18, N.5

Wynkoop, T. F., Capps, S. C. y Priest, B. J. (1995). Incidence and prevalence of child sexual abuse: a critical review of data collection procedures. *Journal of Child sexual Abuse*, 4 (2), 49-67.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. rev.: DSM-V. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

Cita: DSM-V citado por el Manual de mental disorders (2013).

Odrizola, E. E., de Corral Gargallo, P., Andrés, P. J. A., Anguera, I. Z., & Sanz, B. S. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés posttraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y modificación de conducta*, 23(90), 503-526.