

Autoagresión y auto concepto en adolescentes violentadas sexualmente: Una mirada descriptiva

Self-harm and self-concept in sexually abused adolescents: A descriptive look

Álvaro R. Vallejo Samudio^{1*}, Brenda E. Granados Corrales²

¹Universidad del Tolima, Ibagué, Colombia

²Colegio Mayor San Francisco de Asís, Cali, Colombia

*vasarioazul@gmail.com

Recibido: 14-agosto-2016

Aceptado: 12-marzo-2017

Resumen

El objetivo de este artículo es analizar de forma descriptiva, las expresiones verbales de 11 adolescentes violentadas sexualmente, con relación a la forma como se auto agreden y el auto concepto que construyen de sí mismas. Ellas participaron en un proceso psicoterapéutico de tres meses, a razón de dos sesiones semanales y de hora y media de duración. Se utilizó una metodología mixta de origen cuantitativo y cualitativo, para analizar fundamentalmente dos categorías: la agresión corporal a sí mismas y la agresión psicológica a sí mismas. Para ello, se tomaron 195 fragmentos de las 23 sesiones en las que participaron. Los resultados evidencian que la agresión psicológica es mayor que la agresión corporal a sí mismas, que no existe correlación lineal entre estas dos categorías y que la forma como dirigen la agresión corporal hacia sí mismas va desde el ataque al propio cuerpo a través de sustancias psicoactivas hasta intentos serios de suicidio. La agresión psicológica a sí mismas, se caracteriza fundamentalmente por el daño al vínculo afectivo y el auto concepto negativo que construyen de sí mismas.

Palabras clave: adolescentes, abuso sexual, autoagresión, auto concepto, pulsión

ABSTRACT

This article aims to descriptively analyze the verbal expressions of eleven sexually abused adolescent girls, in relation to the way they attack themselves and the self-concept they create. They participated in a three-month psychotherapeutic process with two 90-minutes sessions each week. A mixed quantitative-qualitative methodology was used and two categories were analyzed: self-inflicted physical aggression and self-inflicted psychological aggression. For that, 195 fragments from the 23 sessions they participated in were taken into account. Results make evident that the psychological aggression is bigger than the physical one, that there is no linear correlation among both categories and that the way they guide the physical aggression to themselves goes from the usage of psychoactive substances to serious suicide attempts. Self-inflicted psychological aggression is basically marked by the damage of the affectional bond and the negative self-concept they build of themselves.

Keywords: adolescents, drive, sexual abuse, self-harm, self-concept

Cómo citar este artículo: Vallejo Samudio, A., & Granados, B. (2017). Autoagresión y auto concepto en adolescentes violentadas sexualmente: Una mirada descriptiva. *Psicoperspectivas*, 16(1), 80-90. DOI 10.5027/Psicoperspectivas-vol16-issue1-fulltext-903

El flagelo del abuso sexual en mujeres adolescentes, se ha convertido en un grave problema de salud pública en diferentes países latinoamericanos. En Colombia, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2015), determinó que en 2015 se realizaron 18.876 exámenes médicos legales por presunto delito sexual, a mujeres entre los 0 y 80 años de edad. Las adolescentes entre los 10 y 14 años son las de mayor riesgo de padecer algún tipo de delito sexual, con 7.648 casos (40,52%). 2.011 casos corresponden a niñas de 4 años de edad o menos (10,65%). Según el nivel de escolaridad, las niñas y adolescentes estaban en estudios de preescolar el 43,75%, en la básica primaria, el 31,83%, y en la básica secundaria, el 11,26%.

El abuso sexual en adolescentes y las graves secuelas que trae consigo, se investiga tangencialmente cuando se analizan los síntomas y los trastornos de personalidad asociados a este flagelo social. El presente artículo, plantea los hallazgos encontrados en un grupo de once adolescentes violentadas sexualmente que se encontraban bajo medida de protección por parte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), en un instituto regentado por religiosas que acogía a adolescentes por maltrato infantil, violencia sexual y explotación sexual, quienes participaron en un proceso terapéutico grupal, y tiene como objetivo general describir la forma como las adolescentes se agreden a sí mismas, ya sea a través de agresiones psicológicas (autoconcepto negativo) y agresiones dirigidas contra su propio cuerpo.

Freud (1915), plantea que la pulsión sea ésta de carácter sexual o agresivo tiene cuatro caminos: puede dirigirse hacia la propia persona, transformarse en lo contrario, doblegarse a los efectos de la represión y sublimarse. La pulsión agresiva cuando se dirige hacia la propia persona, se materializa en agresión al psiquismo del sujeto, y se evidencia en pensamientos, recuerdos, fantasías o actos que llevan a la destrucción de la estima, del concepto de sí mismo y de la vida mental de la persona. Y en agresión al propio cuerpo, que se manifiesta en autolesiones y en los casos más severos en ideación e intentos suicidas, y suicidio propiamente dicho. Rodríguez et al. (2007).

Para comprender la autoagresión y el auto concepto en las adolescentes violentadas sexualmente, es importante pensar el contexto sociodemográfico de las adolescentes y en éste los factores tanto protectores como de riesgo que pueden estar implicados. Entre las características sociodemográficas asociadas al abuso sexual en adolescentes, están: vivir en zonas geográficas en medio del conflicto armado, crecer en situaciones de pobreza extrema, desigualdad social e indigencia (Quintero-Aguado, Bonilla-Escobar, Otero-Ospina, Campo, &

Valencia-Upegui, 2013). A esto, se suman factores de riesgo, individuales, familiares y socio-legales (Borges, & Zingler, 2013).

Dentro de los factores de riesgo individuales, se cuenta factores intrasubjetivos como: la percepción que las adolescentes tienen de sí mismas, su estilo de afrontamiento frente a la situación estresante, las atribuciones de culpabilidad que hacen del evento traumático, el estilo de apego y los mecanismos de defensa (evitación, negación, somatización, aislamiento, etc.) que utilizan para enfrentar el traumatismo (Borges, & Zingler, 2013; Cantón-Cortés, & Cortés, 2015; Futa, Nash, Hansen, & Garbin, 2003; Vallejo Samudio, & Terranova, 2009). Existen factores de riesgo inherentes al núcleo familiar, que influyen en la forma en que las adolescentes asumirán el abuso sexual, tales como la violencia intergeneracional y familiar, la disfunción relacional intrafamiliar, la presencia de un padrastro, el consumo y abuso de sustancias psicoactivas entre familiares, la ausencia, pasividad o negligencia de la madre frente al cuidado de los infantes, la existencia de antecedentes de enfermedad mental en los padres de familia y la ruptura de los lazos familiares al momento de denunciar el abuso, como también la falta de apoyo y confianza en el discurso de las adolescentes que han sido violentadas sexualmente (Borges, & Zingler, 2013; McClure, Chavez, Agars, Peacock, & Matosian, 2008).

Las consecuencias que genera el abuso sexual, se agrupan en problemas emocionales, de relación, de adaptación social, funcionales, sexuales, así como trastornos de personalidad y trastorno de estrés postraumático (Díaz et al., 2015; Hébert, Lavoie, & Blais, 2013; Pereda, 2010; Vallejo Samudio, & Córdoba, 2011). Asimismo los comportamientos de autoagresión que se podrían encontrar asociados al abuso sexual, según Ibáñez-Aguirre (2017) pueden tener cuatro objetivos, a saber: 1) aliviar sentimientos negativos; 2) ayudar a afrontar dificultades personales o problemas interpersonales; 3) reducir los efectos del estrés, y 4) como forma de autocastigo.

De igual manera, cabe resaltar que la adolescencia es la etapa del ciclo vital donde hay mayor tendencia al comportamiento autoagresivo e impulsivo. Cuando la pulsión agresiva se dirige al propio cuerpo o la mente del sujeto. Esta puede verse como una forma defensiva de manejar la agresión externa que recibe el sujeto o el estrés emocional al que se encuentra sometido (Ibáñez-Aguirre, 2017; Rodríguez, & Guerrero, 2005). Así pues, la autoagresión como una forma de defensa para tramitar lo psíquico irrepresentable, está muy presente en los adolescentes con antecedentes de abuso sexual (Díaz et al., 2015; Doctors, 2007; Ulloa, & Contreras, 2013).

Bowlby (1979), Buss (1995), Carter et al. (2001), Main, Kaplan y Cassidy (1985) citados por Ibáñez-Aguirre (2017), explican que la causalidad de la autoagresión en todo tipo de trastornos, incluido el abuso sexual, se presenta a través del *temperamento difícil* o el *apego inseguro*. El primero caracterizado por una reactividad negativa e impulsividad en el niño, y el segundo por las serias falencias en el vínculo madre-niño. De esta manera, la desestructuración afectiva del vínculo pareciera estar en la base de los problemas de autoagresión, la aflicción por la pérdida del objeto amado y el duelo patológico hecho por el niño (San Miguel, 2006; Zelaya, & Migliorisi, 2012).

En la discusión planteada por Rodríguez et al. (2007), el cuerpo es una barrera entre el mundo externo y el interno, y lo que pretenden las víctimas de abuso sexual y de trastornos en la alimentación con la autoagresión es precisamente borrar estos límites. Lo simbólico del lenguaje desaparece en las autolesiones y en la impulsividad de la autoagresión, la palabra deja de ser el vehículo para transportar los afectos y sensaciones en el psiquismo del sujeto.

En cuanto a los problemas de relación, se encuentra la presencia de aislamiento y ansiedad social; dificultad para establecer relaciones con pares; poca participación en actividades comunitarias; inconvenientes en las relaciones de pareja relacionados con la inestabilidad, culpabilidad y evaluación negativa de sí mismas (Fleming, Mullen, Sibthorpe, & Bammer, 1999; Nelson et al., 2002). Los problemas de conducta y adaptación social presentes en las menores abusadas sexualmente, son altos niveles de agresividad en las relaciones sociales, aparición de conductas antisociales y conductas de escape como huir a edades tempranas de su hogar y de las instituciones que las acogen tras la situación de abuso (Abdulrehman, & De Luca, 2001; Haj-Yahia, & Tamish, 2001; Kaufman, & Widom, 1999).

En el caso de los problemas funcionales, se identifica la aparición de sintomatología física en las adolescentes violentadas sexualmente, encontrándose en ellas, dolores de cabeza, fibromialgias, trastornos gastrointestinales, crisis convulsivas no epilépticas, trastornos de conducta alimentaria como la bulimia nerviosa y desórdenes ginecológicos (Noll, Zeller, Trickett, & Putnam, 2007; Owens, & Chard, 2003; Walker et al., 1999). Además, existe la presencia de abuso de sustancias psicoactivas en las adolescentes víctimas de abuso sexual (Díaz, González, Minor, & Moreno, 2008; Dunlap, Golub, & Johnson, 2003; Swanson et al., 2003), junto a conductas de autolesión con fin o sin fin suicida (Frías, Vázquez, & Sánchez, 2012; Rodríguez et al., 2007; Ulloa, Contreras, Paniagua, & Victoria, 2013). Por último,

entre los problemas sexuales presentes, se encuentra la vivencia de una sexualidad insatisfactoria y poco placentera, conductas sexuales de riesgo, ejercicio de la prostitución y maternidad a temprana edad (Dunlap et al., 2003; Malow, Dévieux, & Lucenko, 2006).

Los investigadores reportan que factores de protección que minimizarían la aparición y la gravedad de las consecuencias del abuso sexual son la expresión emocional y la escucha activa por parte de profesionales y familiares del hecho traumático, lo cual genera en las adolescentes víctimas mayor resiliencia (Capella, & Gutiérrez, 2014). Asimismo, se ha encontrado que aspectos como el apoyo familiar, la existencia de buenas relaciones con sus pares y con la comunidad, generan efectos positivos y similares a los anteriormente planteados (Borges, & Zingler, 2013). También se ha encontrado que influye en la superación del hecho traumático en las adolescentes víctimas y en sus familiares, el hecho de pertenecer a una religión, poseer una alta autoestima, estar satisfecha con la vida, y tener acceso a servicios de salud, así deseos de cambio en la situación conflictiva, sumado a la ausencia de trastornos psicológicos (Borges, & Zingler, 2013; Hébert et al., 2013).

Método

Diseño

La presente investigación tiene un enfoque mixto se hacen uso de métodos cuantitativos y cualitativos tales como el análisis estadístico descriptivo y el análisis de contenido (Hernández, Fernández-Collado, & Baptista, 2006), para este último, se tuvo en cuenta los planteamientos de teóricos del análisis de contenido (Bardin, 1986; Fernández-Villamarzo, 1982; Rodríguez, Gil, & García, 1996).

La metodología mixta se hace necesaria en esta investigación, en tanto permite contrastar, si los datos cuantitativos en términos de las frecuencias de autoagresión psicológica o corporal en el discurso de las adolescentes, se ven corroborados por los datos cualitativos al analizarse la semántica del contenido verbal enunciado en las agresiones.

Materiales

Para la recolección de la información, se utilizó la grabación en audio de la totalidad del proceso terapéutico, previa firma del consentimiento informado de las representantes legales de las mismas, pertenecientes al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), y del asentimiento informado de las adolescentes. De acuerdo a lo establecido en la Ley 1.090

(Congreso de la República, 2006) del 2006 del Código deontológico y bioético de la psicología en Colombia. Posteriormente se realizó la transcripción directa del contenido verbal de las sesiones a formato de texto Word para su posterior análisis.

Participantes

En esta investigación, no se trabajó directamente con la población afectada sino de forma indirecta a través de fuentes secundarias, el corpus textual con el cual se hace el análisis se basa en la transcripción escrita, del registro sonoro del discurso verbal de 11 adolescentes, con edades comprendidas entre los 13-17 años, de una muestra por conveniencia, que participaron de un proceso de psicoterapia de grupo con orientación psicodinámica que se realizó en 23 sesiones. A razón de dos sesiones semanales de 90 minutos de duración cada una. Para las categorías planteadas se analizó un total de 1266 fragmentos de discurso, de los cuales 131 hacen referencia a la Agresión Psicológica a Sí mismas (APS), y 64 a la Agresión Corporal a Sí mismas (ACS).

Las adolescentes pertenecían a estratos socioeconómicos 1-2, tenían un año de convivencia, pertenecían a núcleos familiares disfuncionales y habían sido violentadas sexualmente, se encontraban bajo medidas legales de protección del ICBF. No tenían antecedentes de pérdida de contacto con la realidad (psicosis), trastornos cognitivos y depresiones severas.

Procedimiento

Para el análisis cuantitativo de los datos, se utilizó el software R en su versión 3.2.3, por medio del cual se obtuvieron las estadísticas descriptivas del número de agresiones encontradas para las diferentes categorías; y se utilizó la prueba U de Mann-Whitney con el fin de establecer si existían diferencias entre los tipos de agresiones.

El análisis cualitativo se hizo a partir de la construcción de las siguientes categorías descriptivas: La primera categoría es la Agresión Corporal (AC), la cual incluye las expresiones verbales de las adolescentes en las que aluden a acciones, representaciones, fantasías o deseos en donde hay daño o afrenta al propio cuerpo o al de otros. Esta categoría se subdividió en: Agresión Corporal de Otros hacia ellas (ACDO); Agresión Corporal de ellas hacia Sí mismas (ACS); y Agresión Corporal de ellas hacia Otros (ACO).

La segunda categoría es la Agresión Psicológica (AP), la cual incluye las expresiones verbales de las adolescentes en las que aluden a acciones, representaciones, fantasías o deseos en donde hay daño o afrenta a la autoestima, a

los vínculos afectivos, a las necesidades de ser querido, valorado y respetado. Esta categoría incluye las siguientes subcategorías: Agresión Psicológica De Otros hacia ellas (APDO); Agresión Psicológica de ellas hacia Sí mismas (APS); Agresión Psicológica y de ellas hacia Otros (APO).

También, se identificó a qué momento de la vida de las adolescentes pertenecía cada una de las agresiones, ya sea Tiempo Pasado (TPA), Tiempo Presente (TPE) o Tiempo Futuro (TPF).

Posterior a la construcción de estas categorías y subcategorías, se pasó a la identificación de los fragmentos que hacen referencia a las agresiones durante las transcripciones. Para esto, se enumeró cada una de las sesiones transcritas con la letra S y el consecutivo de la transcripción. Por ejemplo, en la primera sesión, la primera Agresión Corporal a Sí mismas (ACS) se codificó de la siguiente manera: S1: ACS1. Mientras que en la sesión 22, la Agresión Psicológica a Sí mismas (APS), relatada por las adolescentes por quinta ocasión en la misma sesión, se codificó: S22: APS5.

Por último y con el fin de responder al objetivo general de este artículo, solo se retomarán para el análisis cuantitativo y cualitativo, todos los párrafos del discurso verbal de las adolescentes, correspondiente a las subcategorías que hacen referencia la Agresión Corporal a Sí mismas (ACS) y a la Agresión Psicológica a Sí mismas (APS).

Resultados

En la Tabla 1 se presenta los estadísticos descriptivos que hacen referencia a la cantidad mínima y máxima, al promedio y la mediana de episodios de agresión en cada una de las categorías construidas. Encontrándose que el número de agresiones en la categoría AC es menor al número de agresiones en la categoría AP. Este comportamiento se observa al hacer la comparación entre las subcategorías a otros, a sí mismas y de otros. La categoría de AC se presenta de forma constante a lo largo de las 23 sesiones, mientras que la categoría de AP es más heterogénea durante todo el proceso.

Con relación a la subcategoría ACS, se presentaron picos en las sesiones 2 y 21; por su parte, para la subcategoría APS se presentaron datos atípicos en las sesiones 10, 17 y 21. Además, según la prueba estadística Rho de Spearman, no existe relación lineal entre los tipos de agresión corporal y psicológica, ni al interior de las subcategorías.

Tabla 1
Estadísticas descriptivas

Variable	ACO ^a	ACS ^b	ACDO ^c	APO ^d	APS ^e	APDO ^f
Min.	0.000	0.000	0.000	0.00	0.000	2.00
Median	4.000	2.000	3.000	17.00	4.000	20.00
Mean	4.435	2.783	4.913	19.43	4.522	18.22
Max.	11.000	11.000	20.000	54.00	12.000	40.00

Notas: Categorías: a) Agresión Corporal a Otros; b) Agresión Corporal a Sí mismas; c) Agresión Corporal de Otros; d) Agresión Psicológica a Otros; e) Agresión Psicológica a Sí mismas; f) Agresión Psicológica de Otros.
Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 2, se evidencia que no existen diferencias significativas dentro de las subcategorías de AC, no obstante, para las subcategorías de AP, se encontraron diferencias significativas al comparar la APS con los demás tipos de agresividad. Por último, entre agresión corporal y psicológica se encontraron diferencias significativas entre los tipos de agresión a otros, a sí mismo y de otros. Asimismo, al realizar la comparación entre los totales de AC y AP, el p valor es igual a 0.000001188, lo cual indica diferencias significativas entre el número de agresiones corporales y psicológicas,

según los valores arrojados por la prueba U de Mann-Whitney.

En la subcategoría APS, las adolescentes reportaron un total de 131 episodios de auto agresión, los cuales se expresaban en acciones, representaciones, fantasías o deseos. Por otro lado, en la ACS, las adolescentes reportaron 64 episodios de auto agresión a lo largo de las 23 sesiones, mediante acciones, representaciones, fantasías o deseos.

Tabla 2
Comparación del número de agresiones para las diferentes categorías (Prueba U de Mann-Whitney)

Corporal		Psicológica		Entre Agresiones	
Comparación	p*	Comparación	p*	Comparación	p*
ACO ^a , ACS ^b	0.08565	APO ^d , APS ^e	0.0003014	ACO ^a , APO ^d	0.0001597
ACO ^a , ACDO ^c	0.8337	APO ^d , APDO ^f	0.8517	ACS ^b , APS ^e	0.02905
ACS ^b , ACDO ^c	0.231	APS ^e , APDO ^f	0.0000584	ACDO ^c , APDO ^f	0.0000508

Notas: *Nivel de significancia es de 5%. Categorías: a) agresión corporal a otros; b) agresión corporal a sí mismas; c) agresión corporal de otros; d) agresión psicológica a otros; e) agresión psicológica a sí mismas; f) agresión psicológica de otros.

Fuente: Elaboración propia.

En relación a los resultados y desde el punto de vista cualitativo, se presenta los principales hallazgos encontrados, buscando la comprensión e identificación del autoconcepto que las participantes de esta investigación han formado de sí mismas, y cuáles son las formas en las que se autoagreden.

Con relación a la Agresión Psicológica a Sí Mismas (APS), una de las formas es desconociendo y desautorizando el afecto de figuras significativas para ellas:

'A veces me da rabia que la gente me diga que me quiere o expresan algún sentimiento bonito, a mí no me gusta, me da rabia me, me ofende eso, en serio me ofende' (S5: AP14-TPA-TPR)

Me vine acá interna y yo le había dejado una nota diciéndole que no, que no me volviera buscar, que no quería saber... que consiguiera otra mujer que

estuviera afuera, que valiera la pena (...) que valiera la pena porque en ese momento yo me sentía sucia... me sentía sucia, como que no, pues que va a andar ese muchacho conmigo sabiendo que... lo que me pasó (...) me siento sucia, que esta persona me haya tocado...esto...uno siente asco... uno se siente sucio...que yo... no valía la pena, que yo era una mujer que no valía la pena con todo lo que me había pasado (...)' (S6: AP21-TPA)

Otra forma de APS, era interrumpir los procesos de reparación y "escapando" de las personas y/o instituciones que les querían brindar ayuda y protección:

'Eh, me llevaron para una fundación, me volé, me volé (...)' (S2: AP6-TPA/ A)

'Yo me fui, de donde esa señora, me fui...disque, yo me abrí prácticamente de ahí' (S2: AP33-TPA)

'No, mire que yo un día me volé, es que en Cartago también hay un internado que se llama "S.C.", y eso también en la noche también es peligroso, entonces yo me volé a las seis de la tarde con un poco (...)' (S3: AP1-TPA)

También, se encuentra en el discurso de las adolescentes, que a pesar de tener espacios para ser escuchado su dolor y elaborarlo, significándolo por medio de la palabra, se niegan a hacerlo, por los sentimientos y pensamientos confusos e intensos que se evocan:

'Que queremos como...como desahogar toda esa rabia que tenemos pero, aun así sentimos que tenemos más rabia, que...más dolor... y que estamos dañándonos nuestras vidas...a pesar de todo...' (S4: AP2-TPR)

'Es que a mí no me gus...ta hablar...porque es que... (Risa), no es que me dé pena, a mí no me da pena; a mí me da rabia, eso me pone a llorar todos los...todo el día y eso se me vienen unas cosas en la cabeza y a mí no me gusta andar con eso aquí...a mí no me gusta estar...yo no sé... ya me dan es como rabias... me dan ganas de...de hacer tantas cosas...' (S4: AP4-TPR-TPF)

La APS, más frecuente y de forma abrumadora que utilizan, es la auto-desvalorización, la insuficiente confianza en sí mismas y la incapacidad para pensarse en un futuro mejor:

'Vea yo sé que mi vida, yo sé que yo, a veces me duele mi vida porque yo sé que por mi mal comportamiento, por mi intolerancia, por mi malgenio, sé que he andado de un lado para otro, de un lado para otro, ya los hogares sustitutos me conocen, he estado como en dos internados, como en tres internados y siempre me cambian por lo mismo. Por ejemplo, yo digo que voy a cambiar, que voy a cambiar y me meto eso en la cabeza 'no, me voy a superar' y, pero no sé qué es lo que me pasa' (S5: AP19-TPA-TPR)

'La intolerancia y mi malgenio, pero es que a veces ah... sí, yo soy muy intolerante, todo me estresa...eh... si una compañera dijo algo que a mí no me gustó, ya me... ya me sulfuro, ya me da malgenio' (S6: AP16-TPA)

'Yo soy una persona muy rencorosa, y muy orgullosa...' (S8: AP6/TPR)

'Me considero muy intolerante' (S8: AP23-TPR); *'¡Huy! Sí, yo estoy insostenible, no lo puedo creer'* (S8: AP56-TPR)

'No, yo no confío en nadie, ni en mí misma' (S10: AP55-S: TPR)

'No me tengo confianza ni yo misma' (S11: AP13-TPR)
'Yo quiero... vea profesor, yo estoy aburrida, yo estoy decepcionada de mí porque me dejo llevar por la impulsividad, me dejo llevar por la intolerancia, por todo' (S15: AP4-S: TPR)

'Que con mi actitud, con mi grosería, con mi patanería, mi desobediencia, fastidiaba a las demás personas...' (S16: AP14-TPA)

'Vea, yo soy una amargada...yo soy amargada profesor...' (S18: AP23-TPR)

'Vea, yo soy una niña muy boba' (S19: AP2-TPR)

'Porque las reglas son rectas y yo soy torcida' (S19: AP11-TPR)

La APS, también se manifiesta en la atribución que hacen de su responsabilidad en el acontecimiento traumático:

'Entonces una vez me disque '¿no habrá sido por mi culpa?' (...), como me vestía... yo llegué a pensar eso, '¿será por la forma como yo me vestía?... y yo decía que fue por la forma que me vestí que él me hizo eso' (S6: AP22-TPR).

En la categoría de Agresión Corporal a Sí Mismas (ACP), se encuentra que una modalidad de agresión al propio cuerpo, predominante en ellas, es el consumo de sustancias psicoactivas:

'Llegué acá porque me gustaba tomar mucho, me gusta consumir marihuana' (S1: AC1-TPR-TPA)

'También me gustaba consumir, me gustan las drogas, cuando me sentía sola, frustrada, cuando me quería olvidar del mundo que me tocó' (S1: AC12-TPA)

'Empecé a meter marihuana desde pequeña, y yo solamente lo hacía cuando me sentía aburrida, cuando sentía que le causaba problemas a los demás, o cuando me veía que yo era un problema para las demás personas' (S2: AC15-TPA)

'Yo caí en la 'solución', eh, la 'solución' se siente, pues... no sé una de las cosas que yo sentía era el mareo, olvidarse de las cosas' (S2: AC17-TPA)

La 'cosificación de su cuerpo', es otra forma de ACP mediante el ejercicio de la prostitución:

'Eh... pues... que yo me tiré a las drogas, yo me quise dañar... eh... vendía mi cuerpo. No quería volver a la escuela, me, no le hacía caso a mi familia, me amanecía con los hombres, más que todo con los hombres (...). Yo me paraba en las esquinas a vender mi cuerpo, me colocaba falditas corticas (silencio). Yo salía más que todo con hombres, me iba pa' los bares (...) caminando, metiendo droga (...) yo me quise tirar a la droga, por culpa de mi hermana' (S2: AC7-TPA)

En esta categoría (ACS), se encuentran autolesiones con fines y sin fines suicidas, utilizando métodos como cortarse las venas, tomar pastas y veneno, así como la participación en rituales satánicos:

'Que era consumiendo sangre de otra persona muerta...eh, cortándome las venas...eh... haciendo ritos que ni yo misma entendía a veces' (S2: AC19-TPA)

'Yo me cortaba las venas, no me dolía nada, yo veía la sangre como si nada hubiera pasado' (S2: AC35-TPA);

'Yo me quería matar, cogía un cuchillo para matarme, estoy harta con mi familia, me quería matar con un

cuchillo pero no lo tenía' (S3: AC16-TPA) *'Yo me llegué a envenenar, varias veces me...me quería matar pero...no podía'* (S16: AC8-TPA)

'¡Huy! Muchas veces me provoca coger con lo, bueno...me provoca hacerme de todo profesor, con lo que tenga en la mano, agredirme, pero muchas veces no, porque yo pienso: 'mi familia'' (S12: AC9-TPR)

'Cuando, cuando hay veces, hay veces no quería ni vivir, quería matarme, cuando siempre que me daba depresión quería matarme' (S15: AC1-TPA)

Otra forma de ACS es mediante la somatización de afectos y pensamientos, como una forma inconsciente de hacerse daño a sí mismas debido al dolor emocional no elaborado:

'Ya me dolió la cabeza... ay venga pues yo les digo, pero es que no, yo no soy capaz' (S5: AC1-TPR); *'Es que...mire que, uno cuando habla uno siente como algo acá en el pecho ¿cierto? Como...como que se ahoga'* (S8: AC11-TPR) *'Profesor me duele el corazón'* (S8: AC16-TPR)

Porque hoy estuve en el hospital, me dio, me dio los ataques, me dio en el colegio y me tuvieron que trasladar para el hospital... Convulsioné y me tuvieron que llevar al hospital... Yo no sé, porque yo estaba contenta, yo estaba lo más de bien...' (S7: AC1-TPR)

Profesor vea, me fui a desayunar, desayuné bien, y después tuve mi siesta, pero... me, me...salí de aquí profesor, me fui mareando, me fui mareando y en toda la tarde profesor, yo estaba muy mal... desde el mes de julio, desde que comenzamos este espacio, yo vengo así maluca... iba a hablar con la hermana Cle, y me iba a llevar pal médico, entonces, toda la clase me la pasé mareada (S10: AC5-TPA)

Discusión y Conclusiones

A partir de los datos estadísticos descriptivos se evidencia que: a) no hay correlación lineal entre la AC y la AP; b) las Agresiones Psicológicas de Otros (APDO) y las Agresiones Psicológicas a Otros (APO) son mucha más frecuentes que aquellas a sí mismas, que el hecho traumático incide en el vínculo interpersonal que establecen las adolescentes con sus entornos sociales y familiares; c) estadísticamente hay mayor frecuencia de APS que de ACS, lo que indica que lo más deteriorado es el autoconcepto que las adolescentes tienen de sí mismas, expresado en pensamientos de menosprecio, minusvalía y baja autoestima como personas y mujeres.

Sin desconocer que la ACS también es alta, la mayor frecuencia de APS muestra que las adolescentes dirigen la pulsión agresiva contra sí mismas, al atacarse -ocasionalmente-, en forma despiadada a través de pensamientos, acciones o fantasías. Esto explicaría la

tendencia a la depresión y la melancolía en esta población.

El autoconcepto negativo que tienen las adolescentes que participaron en la investigación, es una forma de agresión psicológica que utilizan frecuentemente, ellas, manifiestan sentir 'asco' de sí mismas, se nombran como 'maldadas', 'malgeniadas', 'rencorosas', 'intolerantes' y/o 'amargadas', como si estos adjetivos no se pudieran atribuir en algún momento determinado a la actuación o pensar de cualquier sujeto. Manifiestan sentir vergüenza de sí mismas, no confían en los otros, porque no confían en sí mismas, *'Yo no confié en nadie, ni en mi misma'* (S10: AP55-TPR), dicen que se traicionan y se mienten, en muchas situaciones, para no reconocerse su dolor o para maquillar lo que ellas llaman sus 'faltas'. Se tratan de 'brutas' cuando en algún momento se han permitido salir de su aislamiento y confiar en otro.

Además, se evidenció que las adolescentes se agredían psicológicamente tratando de desvalorizar su condición de mujeres, como si lo que les sucedió se debiese únicamente al sexo que tenían y manifestaban que si hubiesen nacido con el del sexo opuesto, no les hubiese pasado nada. Si bien es cierto, el sexo es un factor de riesgo en algunos sectores poblacionales, el abuso sexual es un flagelo que implica una serie de complejas condiciones que ponen en juego múltiples factores. Coincidiendo en ello, con lo planteado por (Borges, & Zingler, 2013).

Con relación a la agresión psicológica a sí mismas, como se verifica en la literatura sobre el tema (Fleming et al., 1999; Hébert et al., 2013; Nelson et al., 2002; Pereda Beltrán, 2010; Vallejo Samudio, & Córdoba Arévalo, 2011), una de las formas más comunes de autoagresión que se encontró en las adolescentes violentadas sexualmente, que participaron en el estudio, eran los vínculos conflictivos tanto afectivos como amorosos que establecían, *'me gustaba pelear, peleaba con todo el mundo'* (S2: AP39-TPA). Presentan serias dificultades para sentir y expresar el afecto y la confianza a los otros, sean pares, novios, amigos y/o familiares, y al mismo tiempo, no sabían recibir el afecto que provenía de ellos. Como si algo del vínculo con el otro se hubiese fracturado. Hay de fondo una percepción, según la cual, debido al hecho traumático, ellas no se merecían el respeto y la consideración del otro, como si por causa de lo que les pasó, ellas estuvieran, 'manchadas', 'marcadas' y/o 'sucias', y por tanto, no podían ser reconocidas como mujeres y personas.

Para el caso de las adolescentes participantes de esta investigación, no es posible determinar si la autoagresión dirigida contra sí mismas es debido al abuso sexual, o si

este entra en conexión con una historia de graves distorsiones previas en el vínculo madre- hija, Véase en este sentido, lo que plantea San Miguel (2006), con relación a las graves implicaciones que tiene el apego inseguro en el desarrollo emocional de los niños.

Hay una vivencia de culpa que se atribuyen a sí mismas, con relación a lo sucedido, por lo cual, ellas no se consideran a sí mismas como sujetos en los cuales se puede confiar. En este sentido se coincide con lo planteado con Orenge y Sabbah (2001), cuando manifiestan que lo que el hecho traumático fracciona, cuando es producto de la 'crueldad' humana, es la capacidad básica de confianza en el otro como ser humano que siente. En este sentido, Vallejo Samudio y Terranova (2009), plantean que las psicoterapias de grupo son muy efectivas en casos de trauma psíquico, si éste provee un marco terapéutico donde exista, confianza, cohesión y respeto, donde el sujeto se sienta seguro y acogido para restablecer la confianza básica, al poder expresar y reconocer su dolor y al hacerlo, no lo hace frente a otro que esta para ello y al que se le paga, sino frente a desconocidos de parecidas o complejas dificultades.

Coincidimos con lo planteado por Rodríguez et al. (2007), en el sentido de que la autoagresión implica vivencias depresivas, de inmanejables sentimientos de culpa, que son una forma de castigo por algo que en la fantasía las adolescentes creen se merecen y son asociados como una forma de expiar la vergüenza, por algo asociado al placer, que en algún momento podrían haber sentido.

Las adolescentes participantes de esta investigación, trataron de manejar la rabia, el rencor y el miedo a través de intentos reiterados y fallidos de negar el hecho traumático y sus implicaciones. Como si al negarlo, este no hubiera sucedido. La vivencia de la culpa está presente y se atribuye a lo que pasó, ya sea porque ese día vestían de 'x' o 'y' manera o porque fueron amables con el agresor. En este sentido, se podría pensar que cuando los sujetos se culpabilizan por un hecho del que objetivamente no lo son, están en cierta forma tratando de tener control de algo que nunca estuvo en sus manos, es una forma narcisista de repararse, en el sentido de que si yo podría haberlo evitado y no lo hice, es porque no quise, por tanto soy culpable yo, y el agresor no era quien tenía el control.

Existen varias formas, en que las adolescentes que participaron en la investigación relataron que se agredían corporalmente a sí mismas (ACS): 1) mediante el consumo de sustancias psicoactivas, inhalantes u otras sustancias, específicamente el uso de marihuana, cocaína, alcohol, popper, éxtasis, sacol o pegante,

gasolina, bazuco y/o varsol; 2) por medio del ejercicio de la prostitución; 3) causando daños directos a su integridad física (autolesion); 4) frecuentando ambientes donde la violencia física y psicológica estaba naturalizada; 5) escapando de los hogares de protección y volviéndose habitantes temporales de la calle; y por último, 6) somatizando sus emociones.

Haciendo uso de diferentes sustancias con efectos psicoanalépticos, psicolépticos, psicodislépticos, cannabinoides, las adolescentes buscaban evadir los problemas de índole familiar y de vínculo con los otros, como medios para evitar la frustración, espacios de tiempo donde la soledad no existe, medios a través de los cuales podrían agrandar y ser aceptadas por sus pares y como recurso frente al recuerdo del hecho traumático. Asimismo, era una forma de perder el contacto con la realidad y vivir situaciones donde el otro no existe sino como objeto para satisfacer deseos de índole sádica o masoquista. En este sentido se coincide con las postulaciones de quienes sostienen (McClure et al., 2008; Ibáñez-Aguirre, 2017) que el uso de sustancias psicoactivas son solo una forma de alejarse de una realidad dolorosa o de sentimientos negativos.

Una manera de agresión corporal era a través del menosprecio a su propio cuerpo, lo hacían mediante el ejercicio de la prostitución, como si lo que éste representaba para ellas, careciera de valor y consideración alguna. Como si su cuerpo, como les pasó con el agresor, fuera un objeto de uso e intercambio que les pertenece pero del cual no se apropian.

Las autoagresiones específicamente, las autolesiones físicas son formas de comunicaciones distorsionadas, que pueden ser una llamada al otro para que le ayude, o como una forma de manipulación. Pero, en el caso de las adolescentes de esta investigación esta forma de autoagresión es más una forma de 'autorregulación', en términos de poder manejar a través del dolor físico el dolor emocional desbordante, coincidiendo en este sentido con los hallazgos de Rodríguez et al. (2007).

El deseo de muerte era fuerte en las integrantes del grupo terapéutico y lo expresaban de forma directa a través de agresiones corporales graves, como el corte en las venas, los intentos serios de envenenamiento y los autogolpes, que bordeaban los límites con la muerte y les lleva a terminar en unidades de cuidados intensivos.

Un signo de agresión corporal a sí mismas, era frecuentando barrios o espacios donde la violencia física o psicológica era naturalizada, se agredía corporalmente a otros para buscar ser agredidas. Participaban en rituales de carácter 'satánico', dónde el sacrificio de animales y la

ingesta de sangre o el corte de venas eran formas de pertenecer a un grupo y ser aceptadas y valoradas en el medio.

Otra forma en que las adolescentes manifestaban agredirse corporalmente era volviéndose habitantes pasajeras de la calle, al ‘escaparse’ de los hogares donde estaban protegidas, ya que ello implicaba posibilidades de ataques a su integridad física, además del hecho de infringir maltrato a sus cuerpos al no ingerir alimentos, no cuidarse de enfermedades o exponerse a situaciones de violencia o vivencias donde el consumo de sustancias psicoactivas es frecuente. Lo anterior, coincidiendo con lo planteado por Abdulrehman y De Luca (2001), Haj-Yahia y Tamish (2001), Kaufman y Widom (1999).

Durante el proceso terapéutico, la forma más común de agresión corporal a sí mismas que se evidenció en las adolescentes, fue a través de las somatizaciones, justo en los momentos en los cuales el grupo estaba trabajando situaciones afectivas de carácter doloroso o que implicaban de parte de ellas, el reconocimiento del daño que les habían causado otros o el que ellas habían causado. En otras ocasiones, las somatizaciones aparecían como la incapacidad de ellas de poder expresar simbólicamente a través de las palabras las emociones conflictivas que sentían. Las somatizaciones más comunes que presentaron durante el proceso terapéutico, fueron dolores de cabeza, del corazón, mareos, dolores de pecho, ahogos, gastritis. Todas estas somatizaciones tenían significaciones simbólicas importantes, por ejemplo, cuando alguien manifestó la falta de amor que había vivido en su ambiente familiar y la sensación de vacío afectivo que le acompañaba, fue cuando otra de las integrantes manifestó que le dolía el corazón. Coincidiendo con lo encontrado por Cantón-Cortés y Cortés (2015), Futa et al. (2003), con relación a la somatización como forma de expresar lo psíquico no elaborado.

El autoconcepto y la autoagresión que las adolescentes violentadas sexualmente que infringen a sus cuerpos y a sus mentes, es una manifestación de la pulsión de muerte dirigida contra ellas mismas, no solo por el carácter compulsivo y repetitivo, sino porque, al exponerse a situaciones reales de peligro bordean la muerte (Freud, 1973).

Los resultados que se presentan en este artículo, podrían tener cierto grado de generalizarse a otras poblaciones de adolescentes violentadas sexualmente, si estas tienen situaciones parecidas o similares a las siguientes: a) características sociodemográficas particulares, como provenir de hogares con violencia intrafamiliar transgeneracional, de estratos socioeconómicos 1 y 2,

donde los agresores habían sido familiares cercanos, incluyendo a sus padres; b) adolescentes internas en un hogar bajo medida de protección del estado colombiano y debido a esto, puede que ellas se expresaran en sus diálogos de forma más conflictiva y agresiva consigo mismas, que otras adolescentes en circunstancias diferentes; y c) la institución a la que pertenecían era dirigida por un grupo de religiosas, quienes para ‘disciplinarlas’ tenían una serie de manuales de ‘buen comportamiento’, que les impedía manifestar ciertas conductas esperadas en adolescentes, como pintarse la uñas o los labios y, además, impedía el diálogo y la comunicación entre ellas, cuando no se encontraban en el mismo ‘escalafón de buen comportamiento o de antigüedad’. Es decir, las adolescentes que participaron en esta investigación, estaban expuestas a una violencia simbólica por parte de la institución, que podría haber hecho que ellas se auto agredieran para no agredir a quienes las protegían y hospedaban.

Esta investigación concuerda con lo planteado por investigadores como Capella y Gutiérrez (2014), en el sentido de que el proceso psicoterapéutico en este caso de carácter grupal, busca en últimas que las adolescentes resignifiquen las experiencias de maltrato infantil y de abuso sexual para que puedan superar el hecho traumático e integrar a sus vidas lo vivido de tal forma que puedan vivir sin que ello implique, mayor malestar emocional. El proceso grupal a los adolescentes con autoconcepto negativo y altos niveles de autoagresión les ayuda a sensibilizarse frente a sus propias vivencias, al ser escuchadas en las narrativas de sus pares y al construir nuevas formas de vínculo social, al darle expresión simbólica a través de la palabra, a sentimientos, afectos y pensamientos para los cuales antes no había representación posible.

Esta investigación también concuerda con los hallazgos de Ulloa y colaboradores (2013), en el sentido que la autoagresión correlaciona en grado alto con los siguientes factores de riesgo: a) el nivel socioeconómico bajo; b) la alta frecuencia de alteraciones en el funcionamiento familiar; c) antecedente de abuso sexual; y d) consumo de sustancias psicoactivas.

Esta investigación, es de carácter fundamentalmente descriptivo y evidencia que el hecho traumático que representa el abuso sexual en adolescentes, lacera gravemente su autoestima, el respeto por sí mismas, la posibilidad de confiar en el otro y como consecuencia hace que se auto agredan, al percibirse de forma errada consciente o inconscientemente como culpables de lo sucedido. Hecho que se agrava, cuando las adolescentes no encuentran un espacio y un tiempo, donde puedan encontrar y expresar las palabras que le den voz a la rabia,

el miedo, la vergüenza, la impotencia, el asco y la vulnerabilidad que vivieron durante la escena traumática. Qué hacer con ello y cómo trabajarlo serán desafíos que académicos y psicoterapeutas deben poner a discusión.

Las limitaciones que presenta esta investigación son las siguientes: 1) La muestra es pequeña y por tanto no representativa, 2) La agresión psicológica y corporal podría deberse a factores externos al abuso sexual, como son: a) Las falencias en el vínculo madre-hija que habían interiorizado en sus familias; b) La etapa del ciclo vital en la se encontraban, la adolescencia, es reconocida como una etapa caracterizada por una fuerte tendencia a la actividad impulsiva, a la agresión y a la confrontación con las figuras de autoridad; y 3) El hecho de estar -las adolescentes-, internas en un instituto de carácter religioso, con normas rígidas que restringían su libertad y sus formas de ser, podría haber incrementado su agresión psicológica y corporal, de forma no consciente, como medio de expresión de su descontento y como una forma de proteger a las personas que las cuidaban y guiaban.

Referencias

- Abdulrehman, R. & De Luca, R. (2001). The implications of childhood sexual abuse on adult social behavior. *Journal of Family Violence*, 16(2), 193-203. <https://dx.doi.org/10.1023/A:1011163020212>
- Bardin, L. (1986). *El análisis de contenido*. Madrid: Akal.
- Borges, J. & Zingler, V. (2013). Fatores de risco e de proteção em adolescentes vítimas de abuso sexual. *Psicologia em Estudo*, 18(3), 453-63. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722013000300007>
- Cantón-Cortés, D., & Cortés, M.R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: Una relación de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, 31(2), 552-61. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>
- Capella, C., & Gutiérrez, C. (2014). Psicoterapia con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: Sobre la reparación, la resignificación y la superación. *Psicoperspectivas*, 13(3), 93-105. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue3-fulltext-348>
- Congreso de la República (2006). *Ley 1.090. Diario Oficial Ed. 46.383*. Bogotá: Biblioteca del Congreso.
- Díaz, M., García-Nieto, R., De León-Martínez, V., Pérez, M., Baca-García E., & Carballo, J. (2015). Prevalencia y funciones de los pensamientos y conductas autoagresivas en una muestra de adolescentes evaluados en consultas externas de salud mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(3), 137-45.
- Díaz, A., González, A., Minor, N., & Moreno, O. (2008). La conducta autodestructiva relacionada con trastornos de personalidad en adolescentes mexicanos. *Revista de Psicología Electrónica Iztacala*, 11(4), 46-63.
- Doctors, S. (2007). Avances en la comprensión y tratamiento de la autolesión en la adolescencia. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista internacional de Psicoanálisis*, 27.
- Dunlap, E., Golub, A., & Johnson, B. (2003). Girls' sexual development in the inner city: from compelled childhood sexual contact to sex-for-things exchanges. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12(2), 73-96. https://dx.doi.org/10.1300/J070v12n02_04
- Fernández-Villamarzo, P. (1982). *Frustración pulsional y cultura en Freud*. Salamanca: Editorial Pontificia Universidad de Salamanca.
- Fleming, J., Mullen, P., Sibthorpe, B., & Bammer, G. (1999). The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect*, 23(2), 145-59. [https://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00118-5](https://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00118-5)
- Freud, S. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. En J. Strachey (Eds.), *Obras Completas, Tomo XIV* (pp. 105-134). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1973). Más allá del principio del placer. En J. Numhauser (comp.), & L. López Ballesteros (Trad.), *Obras completas. Vol. III. 3ra. ed.* (pp. 2507-2541). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Frías, A., Vázquez, M., Real, A., & Sánchez, C. (2012). Conducta autolesiva en adolescentes prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 103, 33-48.
- Futa, K., Nash, C., Hansen, D., & Garbin, C. (2003). Adult survivors of childhood abuse: An analysis of coping mechanisms used for stressful childhood memories and current stressor. *Journal of Family Violence*, 18, 227-39. <https://dx.doi.org/10.1023/A:1024068314963>
- Haj-Yahia, M. & Tamish, S. (2001). The rates of child sexual abuse and its psychological consequences as revealed by a study among Palestinian university students. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1303-27. [https://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00277-0](https://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00277-0)
- Hébert, M., Lavoie, F., & Blais, M. (2013). Post Traumatic Stress Disorder/PTSD in adolescent victims of sexual abuse: Resilience and social support as protection factors. *Ciência & Saúde Coletiva*,

- 19(3), 685-94. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.15972013>
- Hernández, R., Fernández-Collado, C., & Baptista, P. (2006). Los procesos mixtos o multimodales. En R. Hernández, C. Fernández-Collado, & P. Baptista (Eds.), *Metodología de la investigación* (pp. 751-808). México: McGraw-Hill.
- Ibáñez-Aguirre, C. (2017). Claves psicopatológicas de las conductas autoagresivas en la adolescencia. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* 4(1), 65-70.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2015). Exámenes médico legales por presunto delito sexual. Colombia, 2015.
- Kaufman, J. & Widom, C. (1999). Childhood victimization, running away, and delinquency. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 36(4), 347-70. <https://dx.doi.org/10.1177/002242789903600401>
- Malow, R., Dévieux, J., & Lucenko, B. (2006). History of childhood sexual abuse as a risk factor for HIV risk behavior. *Journal of Psychological Trauma*, 5(3), 13-32. https://dx.doi.org/10.1300/J189v05n03_02
- McClure, F., Chavez, D., Agars, M., Peacock, M., & Matosian, A. (2008). Resilience in sexually abused women: Risk and protective factors. *Journal of Family Violence*, 23, 81-8. <https://dx.doi.org/10.1007/s10896-007-9129-4>
- Nelson, E., Heath, A., Madden, P., Cooper, M., Dinwiddie, S., ..., & Martin, N. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: Results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59(2), 139-45. <https://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.59.2.139>
- Noll, J., Zeller, M., Trickett, P., & Putnam, F. (2007). Obesity risk for female victims of childhood sexual abuse: A prospective study. *Pediatrics*, 120(1), 61-7. <https://dx.doi.org/10.1542/peds.2006-3058>
- Orengo, F., & Sabbah, D. (2001). Trastorno de estrés postraumático: entrevista a Chaim F. Shatan. *Aperturas Psicoanalíticas*, (009).
- Owens, G., & Chard, K. (2003). Comorbidity and psychiatric diagnoses among women reporting child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1075-82. [https://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134\(03\)00168-6](https://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134(03)00168-6)
- Perea Beltrán, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201.
- Quintero-Aguado, A., Bonilla-Escobar, F., Otero-Ospina, A., Campo Cabal, G., & Valencia-Upegui, H. (2013). Abuso sexual infantil: ¿Territorio omitido o inadvertido en Colombia? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 234-35.
- Rodríguez, G., Gempeler, J., Pérez, V., Solano, S., Meluk, A., ... & Liemann, E. (2007). Entre el sufrimiento interno y las palabras silenciadas: análisis de narrativas de pacientes con trastornos del comportamiento alimentario, trauma y automutilaciones. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(2), 237-54.
- Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. México DF, México: Ediciones Aljibe.
- Rodríguez, M., & Guerrero, S. (2005). Frecuencia y fenomenología de lesiones autoinfligidas en mujeres colombianas con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(3), 343-54.
- San Miguel, M. (2006). Apego, trauma y violencia: comprendiendo las tendencias destructivas desde la perspectiva de la teoría del apego (Renn, P., 2006). *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis*, 24.
- Swanston, H., Plunkett, A., O'Toole, B., Shrimpton, Parkinson, P., & Oates, R. (2003). Nine years after child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27, 967-84. [https://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134\(03\)00143-1](https://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134(03)00143-1)
- Ulloa, R., Contreras, C., Paniagua, K., & Victoria, G. (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud Mental*, 36(5), 421-27.
- Vallejo Samudio, A., & Córdoba, M. (2011). Abuso sexual: síntomas y consecuencias. *Apuntes de Psicología*, 29(1), 161-75.
- Vallejo Samudio, A., & Terranova, L. (2009). Estrés postraumático y psicoterapia de grupo en militares. *Terapia Psicológica*, 27(1), 103-12. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000100010>
- Walker, E., Unutzer, J., Rutter, C., Gelfand, A., Saunders, K., ..., Katon, W. (1999). Costs of health care use by women HMO members with a history of childhood abuse and neglect. *Archives of General Psychiatry*, 56, 609-13. <https://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.609>
- Zelaya, L., Piris, L., & Migliorisi, B. (2012). Intentos de suicidio en niños y adolescentes: ¿Máscara de Maltrato Infantil? *Pediatría (Asunción)*, 39(3), 167-72.