

Abordaje del paciente con enfermedad mental agudamente descompensada

María Carolina González Romero
Compiladora



González Romero, María Carolina, compiladora

Abordaje del paciente con enfermedad mental agudamente descompensada / María Carolina González Romero y otros trece -- 1 edición-- Medellín: UPB. 2023 -- 251 páginas.

ISBN: 978-628-500-092-8 (versión digital)

1. Psiquiatría 2. Trastornos mentales y psiquiátricos 3. Seguridad de los pacientes

CO-MdUPB / spa / RDA / SCDD 21 /

© Camilo Andrés Agudelo Vélez
© Carmenza A. Ricardo Ramírez
© Diego Espíndola Fernández
© José Gabriel Franco Vásquez
© Juan Diego Corzo Casadiego
© Marcela Alviz Núñez
© María Victoria Ocampo Saldarriaga
© Postgrado en Psiquiatría
© Editorial Universidad Pontificia Bolivariana
Vigilada Mineducación

© María Adelaida Posada Uribe
© María Botero Urrea
© María Carolina González Romero
© María Margarita Villa García
© Natalia Gutiérrez Ochoa
© Ricardo Antonio Consuegra Peña
© Yeison Felipe Gutiérrez Vélez

Abordaje del paciente con enfermedad mental agudamente descompensada

ISBN: 978-628-500-092-8 obra digital

Escuela de Ciencias de la Salud

Postgrado en Psiquiatría

Gran Canciller UPB y Arzobispo de Medellín: Mons. Ricardo Tobón Restrepo

Rector General: Padre Diego Marulanda Díaz

Vicerrector Académico: Álvaro Gómez Fernández

Decano Escuela de Ciencias de la Salud: Marco Antonio González Agudelo

Coordinadora (e) editorial: Maricela Gómez Vargas

Compiladora: María Carolina González Romero

Producción: Ana Milena Gómez Correa

Diagramación: María Isabel Arango Franco

Corrección de estilo: Fernando Aquiles Arango Navarro

Imagen portada: Shutterstock ID 310562189

Dirección Editorial:

Editorial Universidad Pontificia Bolivariana, 2023

Correo electrónico: editorial@upb.edu.co

www.upb.edu.co

Telefax: (0057) (4) 354 4565

A.A. 56006 Medellín-Colombia

Radicado: 2253-13-03-23

Prohibida la reproducción total o parcial, en cualquier medio o para cualquier propósito sin la autorización escrita de la Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.

Abuso sexual en niños, niñas y adolescentes

María Botero Urrea*

Resumen

El abuso sexual a menores es un problema de salud pública que cada vez cobra mayor importancia. Se da cuando un o una menor es involucrado en una actividad sexual que él o ella no comprende completamente y para la que no tiene capacidad libre de consentimiento. Las víctimas de abuso sexual, generalmente sufren otro tipo de maltrato y tienen una serie de situaciones y de vivencias que marcan su desarrollo. Desde la década de los 70 con el crecimiento de los movimientos feministas, se volteó la mirada en todas las sociedades a las víctimas de cualquier tipo de violencia y empezó a crecer de forma exponencial la investigación en esta área.

Ser víctima de abuso sexual trae en la persona una serie de consecuencias psicológicas y físicas y una alteración importante en la calidad de vida. Algunas de estas consecuencias son: conducta hipersexual, pubertad precoz, desarrollo de trastornos de personalidad, especialmente límite y antisocial, trastorno depresivo, ansiedad, suicidio y otros.

Palabras clave: Abuso sexual; Maltrato; Violencia sexual; Conducta hipersexual

227

* Médica general Universidad CES, residente de segundo año de Psiquiatría Universidad Pontificia Bolivariana. maria.botero@upb.edu.co

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud, OMS, define abuso sexual a menores como “el acto en el que involucra a una o un menor en una actividad sexual que él o ella no comprende completamente, para la que no tiene capacidad de libre consentimiento o que viola los preceptos sociales”.¹⁻²

Consentimiento sexual se define como “la capacidad de elegir con libertad, información y recursos apropiados, la posibilidad de participar o no de un encuentro sexual con otro u otros”.³

Si bien abuso sexual implica un acto físico, sus principales consecuencias son psicológicas. Se considera un factor de riesgo importante para el desarrollo de psicopatología en la infancia, adolescencia y edad adulta.⁴

Existe una falsa creencia que el abuso se da exclusivamente de hombres hacia mujeres, por un desconocido y en situación de extrema pobreza. La realidad es que el abuso ocurre en todas las culturas y contextos sociales, tanto hombres como mujeres son víctimas de abuso y en la mayoría de los casos, el abusador es miembro de la familia o conocido de la víctima.²

Es de vital importancia detectar a tiempo cualquier situación que pueda vulnerar la seguridad de los niños, niñas y adolescentes (NNA), intervenir y más importante aún, crear políticas y programas que busquen prevenir el abuso sexual en Colombia.

En este capítulo se pretende exponer las consecuencias psicopatológicas derivadas del abuso sexual en la infancia.

2. Contexto histórico

En 1970, gracias al surgimiento de movimientos feministas, crece el interés por evaluar el impacto de las experiencias traumáticas en la salud mental. Las víctimas de violencia sexual empiezan a contar sus experiencias y coinciden en que presentan algunos síntomas como: pesadillas, fobias, flashbacks y aumento de la actividad motora, incluso años

después del evento traumático. Esta etapa la nombran “fase de reorganización”.⁵ Más adelante en la década de los 80 se introduce en el DSM el trastorno de estrés postraumático e inicia un debate sobre cuáles experiencias eran suficientemente traumáticas para ocasionar este síndrome. Hubo discrepancia en los conceptos durante mucho tiempo, había quienes consideraban que era exclusivo para las víctimas de guerra y otros defendían que cualquier experiencia significativa o evento vital podría causar trastorno de estrés postraumático. Lo cierto es que, gracias a este debate, aumenta de forma considerable la investigación acerca de las consecuencias psicopatológicas que se presentaban a lo largo de la vida en las personas que tenían un evento vital considerado como “traumático”. Se conoce entonces que las víctimas de abuso sexual serían más propensas a desarrollar trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad, ideación suicida, intentos de suicidio, trastorno por uso de alcohol y trastorno por uso de múltiples sustancias.⁵

3. Epidemiología

La mayoría de estudios que se tienen a la fecha son basados en reportes de adultos que deciden contar que durante la infancia tuvieron experiencias de abuso sexual.

Se estima una prevalencia global de 12% en la infancia (aproximadamente 10 millones de individuos) y hasta el 70% de las víctimas de abuso sexual sufren otro tipo de victimización (acoso, maltrato físico, negligencia en el cuidado, extorsión sexual, entre otros).⁶

3.1 Algunos factores

El abuso sexual puede ser visto como iceberg, donde los casos reportados son solo la punta visible y en el fondo están los casos ocultos. Un gran porcentaje de las víctimas decide no reportar el abuso y en esto que llamaremos “divulgación” interfieren una serie de factores importantes²⁻⁷:

3.1.1 Factores culturales: el rol de la mujer, la modestia, vergüenza, guiones sexuales que normalizan el abuso.⁸⁻⁹

3.1.2 Género: en la mayoría de culturas a nivel mundial los hombres son menos propensos a divulgar el abuso porque hay ciertas “normas” de género que llevan a subestimar el abuso en ellos.²⁻¹⁰ Lo anterior no quiere decir que en la mujer sea suficientemente divulgado, aún hay mucho estigma y tabú sobre el tema. En la mujer, la divulgación del abuso está influenciada por el número de abusos, el abusador, si es familiar o no, el contexto social, la presencia o no de una adecuada red de apoyo.⁸

3.1.3 Factores sociales: manipulación, amenaza, culpabilización. Es frecuente que las víctimas sientan temor a divulgar el abuso porque saben que esto puede afectar su integridad física o la de sus familiares.⁸

3.1.4 La edad: los niños entre los 7 y los 13 años suelen contar más, sobre todo en el primer mes después de haber sido víctimas. Los menores de 7 años es posible que no entiendan el acto como una situación abusiva y por eso no lo divulguen. Y los mayores de 13 años, están influenciados por todos los factores anteriores (vergüenza, amenaza por parte del victimario, culpabilización) y es posible que por eso sean menos propensos a divulgarlo.⁹

3.1.5 De forma llamativa, se ha visto una relación inversa entre la severidad del abuso y la divulgación del mismo. Los jóvenes que reportan mayor severidad, suelen sentirse más cohibidos para hablar sobre el tema.¹¹

3.1.6 A pesar de que el abuso puede ocurrir en cualquier contexto y cualquier persona puede ser víctima, hay unos factores de riesgo a tener en cuenta:²

3.2 Factores sociales

3.2.1 Entorno familiar complejo

3.2.2 Padres con abuso de sustancias

3.2.3 Pobre soporte familiar

3.2.4 Situación de pobreza

3.2.5 Violencia doméstica

3.2.6 Vivir en situación de calle

3.2.7 Ser víctima del conflicto armado

3.3 Factores personales

3.3.1 Alta impulsividad

3.3.2 Discapacidad intelectual

3.3.3 Enfermedad mental

3.3.4 Abuso de sustancias

3.3.5 Vivir fuera de casa

4. Neurobiología del abuso

Sin duda, el abuso representa una amenaza física y psicopatológica para los niños, niñas y adolescentes.

Cuando una persona vive en un entorno de maltrato y abuso empieza a generarse una alteración en el procesamiento, comprensión y expresión de las emociones, esto a largo plazo puede resultar en falta de empatía, falta de conducta prosocial, dificultad para el relacionamiento con otros, pobre control de los impulsos.¹²

Además, ocurren cambios estructurales y químicos a nivel central. El hallazgo más frecuente y que se mantiene en el tiempo en las víctimas de abuso sexual es la irritabilidad límbica: se produce una activación del sistema límbico, similar a la observada en la epilepsia del lóbulo temporal. Se produce también activación de la cascada del estrés medida por el sistema noradrenérgico, vasopresina, oxitocina y glucocorticoides, que puede llevar a alteración en la neurogénesis, mielinización y poda



sináptica. La amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal, serán las estructuras más afectadas por estos cambios.¹³

Ante una situación de abuso sexual puede haber dos tipos de respuesta: una respuesta internalizante (más frecuente en mujeres), que se presenta con conducta evitativa, ambivalencia con el deseo sexual, pérdida de interés por la sexualidad y riesgo de abuso crónico; y una respuesta externalizante (más frecuente en hombres), que se presenta con hipersexualidad, relaciones sexuales de riesgo, conductas delictivas, impulsividad, daño a terceros.¹⁴

La percepción e interpretación del abuso está relacionada con las habilidades cognitivas y el momento del desarrollo en el que ocurra. Como se mencionó antes, en los menores de 7 años no se ha desarrollado la habilidad de expresar que está siendo víctima de abuso, no hay capacidad de rumiación del evento y al mismo tiempo, hay una incapacidad de predecir y entender el abuso, por lo tanto, hay menos capacidad de evitar nuevos episodios y de huir. En mayores de 7 años en cambio, aparece la capacidad de rumiar y esto hace que haya mayor riesgo de desarrollar síntomas de depresión y ansiedad. Se desarrolla la capacidad de entender la situación como abusiva y la capacidad de expresar y divulgar el abuso.²

De forma llamativa se encuentra que ser víctima de abuso sexual antes de los 6 años no representa un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología en la adolescencia o edad adulta, sin embargo, la mayoría de los niños que son víctimas de abuso sexual sufren otros tipos de abuso, viven en un contexto social complejo y tienen otras vivencias que marcan su infancia y pueden a largo plazo contribuir a la aparición de psicopatología.¹⁵

5. Consecuencias del abuso sexual

Ser víctima de abuso sexual se considera factor de riesgo importante para desarrollar no solo enfermedad mental, sino también enfermedad física e incluso se considera predictor de menor expectativa de vida. En

la Tabla 1 se describen las diferentes consecuencias que pueden derivarse del abuso sexual en la infancia.¹²⁻¹⁶⁻¹⁷

Tabla 1. Consecuencias a corto, mediano y largo plazo del abuso sexual en la infancia

Consecuencias psicopatológicas	Consecuencias físicas
Trastorno de estrés postraumático	Inflamación crónica
Trastorno depresivo mayor	VIH
Trastornos de ansiedad	Embarazo adolescente
Trastorno límite de personalidad	Síndrome metabólico
Trastorno antisocial de personalidad	Enfermedad coronaria
Trastornos de la conducta alimentaria	Obesidad
Suicidio	Acortamiento de los telómeros-menor expectativa de vida
Deterioro cognitivo	
Pobre respuesta al tratamiento	
Conducta hipersexual	
Pubertad temprana	

Fuente: Elaboración propia

Expondremos a continuación a profundidad algunas de las más importantes:

5.1 Hipersexualidad

Una de las principales consecuencias del abuso sexual es la conducta hipersexual que se define como “una serie de comportamientos, preocupaciones e impulsos que son repetitivos, persisten en el tiempo a pesar del interés del paciente o sus cuidadores en evitarlos o reducirlos, resultan en un compromiso clínicamente significativo y generan consecuencias muy negativas”.¹⁸

En el desarrollo sexual influyen varios factores: la capacidad intelectual y el estado físico, la satisfacción de las necesidades humanas básicas (comunicación, intimidad, expresión emocional, expresión del placer, ternura y amor), el aprendizaje de creencias y roles de género, la educación afectiva y sexual y las creencias culturales, religiosas y éticas.

El ser humano expresa la sexualidad dependiendo de la etapa del desarrollo en la que se encuentre y para conocer qué se sale de lo normal es importante conocer primero qué se define como normal o esperado para la edad.¹⁹

5.1.1 Etapas del desarrollo sexual: es importante conocer el desarrollo sexual en infancia y adolescencia para no patologizar lo normal.

5.1.2 Etapa entre los 0-3 años: se da el descubrimiento del cuerpo a través de los sentidos. Se reconocen sensaciones como agradables o desagradables y generadoras de seguridad o inseguridad.¹⁹

5.1.3 Etapa entre los 3 y 6 años: se consolida la identidad sexual, se muestra interés por el propio cuerpo y el de otros, se da una etapa de curiosidad, se descubre el cuerpo como fuente de placer, puede haber masturbación. Aparecen conductas sexuales de imitación (besos, tomarse de la mano, explorar sus genitales y compararlos con los de otros). En esta etapa es frecuente que los niños formulen preguntas acerca de las diferencias anatómicas, el origen de los bebés, formas de vestir y significado de las conductas que observan. Elaboran sus propias teorías.¹⁹

5.1.4 Etapa entre los 6 y 9 años: los niños se agrupan en función del género, siguen demostrando interés por el propio cuerpo y por el de otros como fuente de placer: aparecen juegos de roles sexuales (ser novios, ser papás, ser médicos para evaluar al otro). En esta etapa se empieza a entender la sexualidad como un tema tabú y privado, por eso a pesar de que aumenta el interés, disminuyen las preguntas, las expresiones de sexualidad. Aumenta la búsqueda de contenido sexual en medios de comunicación. Lo relacionado con la sexualidad ocupa una pequeña parte del tiempo en los niños y niñas a esta edad. Cuando se identifica que estas conductas ocupan gran parte del tiempo o afectan la integridad y seguridad de otros, es necesario evaluar a profundidad.¹⁹

5.1.5 Etapa entre los 9 y 12 años: en esta etapa se da la preadolescencia, empiezan los cambios corporales y el desarrollo de caracteres sexuales. Se desarrolla el sentido de pudor sobre el propio cuerpo, entonces se busca intimidad, privacidad e independencia. Puede haber interés por tener relaciones románticas. Aumentan la masturbación, los pensamientos eróticos y las fantasías.¹⁹

5.1.6 Etapa entre los 12 y 18 años: aparece un deseo consciente de iniciar una vida sexualmente activa, hay dudas sobre la orientación sexual. Suele haber un pensamiento más flexible y crítico sobre la diversidad sexual y hay cuestionamientos sobre lo aprendido hasta ese momento.¹⁹


En Colombia se considera que, a partir de los 14 años, una persona sin discapacidad intelectual, está en la capacidad de dar consentimiento sexual, que se define como “la capacidad de elegir con libertad, información y recursos apropiados la posibilidad de participar o no de un encuentro sexual con otro u otros”. Toda forma de sexo no consentido se considera abuso sexual.²⁰

Las niñas, niños y adolescentes pueden desviarse de estos estándares como resultado de diversos estresores, experiencias traumáticas y enfermedad psiquiátrica. Salirse de estos estándares puede derivar en una conducta sexualmente inapropiada, conducta hipersexual o conducta sexual problemática.²¹

5.1.7 Impactos negativos: el abuso sexual se considera una de las principales causas de conducta sexualmente inapropiada en la infancia. Al ser víctimas de abuso sexual se produce en el niño una sexualización traumática, que implica tener comportamiento sexualizado que no se encuentra dentro de lo esperado para la edad. Surgen en el niño conceptos errados acerca de su sexualidad y de la experiencia vivida. Todo esto tiene un impacto negativo en el relacionamiento con otros y por tanto en la calidad de vida.²⁰ Desde la teoría neurobiológica, se afecta la función del hemisferio derecho debilitando la capacidad de percepción y de regulación emocional en el niño que ha sido víctima de abuso sexual.²⁰⁻¹⁹

Esto se convierte entonces en un círculo vicioso, donde ser víctima de abuso favorece la conducta hipersexual y esta a su vez representa un factor de riesgo para nuevas situaciones de abuso, embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual, trastornos afectivos, abuso de sustancias y otras conductas de riesgo¹⁹⁻²².

Siempre que se identifique un caso de conducta sexualmente inapropiada en niños, niñas y adolescentes se debe sospechar abuso sexual y es mandatorio proporcionar al niño un acompañamiento psicológico, legal, farmacológico (de ser necesario) y asistencia a la familia.²⁰



Otras causas menos frecuentes de conducta hipersexual en niños, pero que también deben ser tenidas en cuenta son el trastorno afectivo bipolar, la discapacidad intelectual y los trastornos externalizantes donde hay alta impulsividad.

5.2 Pubertad temprana

Las experiencias de la infancia juegan un papel fundamental en el desarrollo reproductivo, especialmente de la mujer. El crecimiento de los senos, los cambios en la piel, la aparición de vello y la menarca, suelen presentarse a más temprana edad en las niñas con antecedente de abuso sexual.²³ La razón para que esto ocurra no está del todo clara, pero uno de las teorías expuestas en la literatura actual es que se produce una liberación pulsátil de la hormona liberadora de gonadotropina (gracias a la activación de la cascada del estrés), esto lleva a una liberación hipofisaria de la hormona folículo estimulante (FSH) y luteinizante (LH), y por consiguiente hay activación de las hormonas gonadales (testosterona y estrógenos). Junto con estas hormonas gonadales, se produce un aumento en la liberación de la hormona de crecimiento que estimula el crecimiento acelerado en la pubertad.¹⁵⁻²³ El abuso sexual entonces será un predictor de menarca temprana y al igual que con la conducta hipersexual, encontrar una niña o preadolescente con desarrollo temprano de caracteres sexuales deberá hacernos descartar abuso sexual.

6. Trastorno Límite de Personalidad y suicidio

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) resulta de interacciones entre factores biológicos y psicosociales. Se caracteriza porque las personas presentan fluctuación en el estado de ánimo, pobre regulación emocional, inestabilidad en las relaciones interpersonales, temor sistemático al abandono, sensación crónica de vacío e ideas crónicas e impredecibles de muerte y de suicidio. El abuso sexual es un factor de riesgo importante para desarrollar trastornos de personalidad, especialmente límite y antisocial y también actúa como predictor de mal pronóstico. Las tasas de desarrollo de TLP en pacientes abusados varían entre 1,8 y 29,3% y hasta el 85,6% de los casos de TLP reportan haber sido víctimas

de abuso sexual al menos una vez en la vida.²⁴ Además, las personas con diagnóstico de TLP que además tienen historia de abuso sexual, tienen más riesgo de presentar intentos de suicidio. Estos se presentan más frecuentemente en los momentos de crisis. El soporte familiar y el tipo de apego en la infancia influyen directamente en el riesgo de suicidio en las víctimas de abuso sexual.²⁵

7. Trastorno de Estrés Postraumático

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) se presenta en la mayoría de los casos con la suma de cuatro núcleos sintomáticos que son: reexperimentación, evitación, cogniciones negativas y alteración en el estado de ánimo y alteración en la atención. La exposición a cualquier tipo de maltrato en la infancia, aumenta el riesgo de desarrollar TEPT en la adolescencia y edad adulta. Lo reportado hasta el momento es que de las víctimas de abuso sexual en la infancia el 29% de las mujeres y el 21% de los hombres desarrollan trastorno de estrés postraumático. El desarrollo de síntomas estará influenciado por la cultura, el entorno social, el tipo de abuso, el abusador, la red de apoyo y las estrategias de afrontamiento con las que se cuente al momento del abuso.²⁶⁻²⁷

237

8. Pobre respuesta al tratamiento

Por último, una de las consecuencias que puede tener el abuso sexual en la adolescencia y en la edad adulta es la falta de respuesta al tratamiento psicofarmacológico. Por un lado, los niños víctimas de maltrato, tienen dos veces más riesgo de desarrollar episodios persistentes y recurrentes de depresión independiente del tratamiento que reciban. Por otro lado, se sabe que se desencadena toda una respuesta inflamatoria que interfiere con la respuesta a los antidepresivos y otros psicofármacos, además, hay mayor vulnerabilidad al estrés, reacciones biológicas, cognitivas y mal adaptativas, que predicen pobre respuesta al tratamiento, pobre adherencia y por lo tanto peor pronóstico para cualquier enfermedad psiquiátrica concomitante.²⁸

Entendiendo entonces que las consecuencias del abuso pueden ser devastadoras, es importante implementar políticas y programas de atención a las víctimas, asegurando un acompañamiento permanente, atención psicológica y protección a los menores para evitar futuros abusos y las consecuencias de estos.

En Colombia se estableció el **código fucsia** como medida de identificación a las víctimas de abuso sexual y son tres los entes reguladores para la atención integral: salud, justicia y protección.²⁹

Por medio de la Resolución 459 de 2012 el Ministerio de Salud y Protección Social, adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual y deja claro que su cumplimiento es obligatorio para Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.²⁹⁻³⁰

Cada institución, independiente del nivel de complejidad, debe contar con un protocolo bien establecido para la atención de código fucsia y debe hacerlo conocer por todos sus empleados. Una víctima de abuso sexual debe ser clasificada como triaje 2 y debe recibir atención prioritaria. Una vez ingresa al servicio de urgencias, se determina si el abuso ocurrió antes o después de 72 horas. La institución deberá garantizar que la víctima reciba profilaxis atención integral (física y mental) y suministrará profilaxis para infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH, anticoncepción de emergencia, se encargará de la toma de material probatorio y programación de seguimientos. En cuanto a justicia, la entidad encargada de recibir la denuncia, realizar la investigación penal y el proceso de judicialización será la fiscalía por medio del Centro de Atención Integral a Víctimas de Abuso Sexual (CAIVAS). Por último, la entidad encargada de garantizar protección a todas las víctimas de abuso sexual será en primera instancia la comisaría de familia más cercana. Allí se tomarán acciones inmediatas, se adoptarán y modificarán medidas de restablecimiento de derechos.²⁹⁻¹¹

9. Conclusión

Como conclusión entonces a un tema de muchísima relevancia clínica y social, se recomienda establecer en todos los centros de salud un

protocolo de atención integral a las víctimas de violencia sexual. Además, en el quehacer diario de todo el personal de salud, es importante identificar signos y síntomas que puedan alertar que el o la menor esté siendo víctima de abuso: la hipersexualidad, los cambios bruscos en el comportamiento, las alteraciones en el ánimo, deberán ser evaluadas a profundidad por personal experto. Tener en cuenta que las consecuencias del abuso pueden ser devastadoras y alterar todas las áreas de funcionamiento de las personas.

Referencias

1. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention. Consultation on Child Abuse Prevention (1999: Geneva S.), Team WHOV and IP, Research GF for H., WHO, Geneva. 1999.
2. Murray LK, Nguyen A, Cohen JA. Child sexual abuse. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2014; 23(2):321-337.
3. Albert D, Steinberg L. Judgment and Decision Making in Adolescence. *J Res Adolesc.* 2011; 21(1):211-224.
4. Rutter M, Bishop D, Pine D, Stevenson J, *et al.* *Child and Adolescent Psychiatry.* 5ª ed. 2008
5. Dworkin ER, Menon SV, Bystrynski J, Allen NE. Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2017; 56:65-81.
6. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *Lancet Psychiatry.* 2019; 6(10):830-839.
7. Schönbacher V, Maier T, Mohler-Kuo M, Schnyder U, Landolt MA. Disclosure of Child Sexual Abuse by Adolescents: A Qualitative In-Depth Study. *J Interpers Violence.* 2012; 27(17):3486-3513.
8. Butler AC. Child sexual assault: Risk factors for girls. *Child Abuse Negl.* 2013; 37(9):643-652.
9. Fontes LA, Plummer C. Cultural Issues in Disclosures of Child Sexual Abuse. *J Child Sex Abuse.* 2010; 19(5):491-518.
10. Romano E, De Luca RV. Male sexual abuse: A review of effects, abuse characteristics, and links with later psychological functioning. *Aggress Violent Behav.* 2001; 6(1):55-78.
11. Priebe G, Svedin CG. Child sexual abuse is largely hidden from the adult society. An epidemiological study of adolescents' disclosures. *Child Abuse Negl.* 2008; 32(12):1095-1108.
12. Young JC, Widom CS. Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood. *Child Abuse Negl.* 2014; 38(8):1369-1381.
13. Teicher MH, Samson JA. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *J Child Psychol Psychiatry.* 2016; 57(3):241-266.
14. Erez G, Pilver CE, Potenza MN. Gender-related differences in the associations between sexual impulsivity and psychiatric disorders. *J Psychiatr Res.* 2014; 55:117-125.
15. Adams J, Mrug S, Knight DC. Characteristics of Child Physical and Sexual Abuse as Predictors of Psychopathology. *Child Abuse Negl.* 2018; 86:167-177.
16. Felitti V, Anda R, Nordenberg D, Williamson D, Spitz A, Edwards V, Koss M, Marks J. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading

- causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 1998.
17. Bourgeois C, Lecomte T, Daigneault I. Psychotic disorders in sexually abused youth: A prospective matched-cohort study. *Schizophr Res.* 2018; 199:123-127.
 18. Slavin MN, Blycker GR, Potenza MN, Bóthe B, Demetrovics Z, Kraus SW. Gender-Related Differences in Associations Between Sexual Abuse and Hypersexuality. *J Sex Med.* 2020; 17(10):2029-2038.
 19. Adelson S, Bell R, Graff A, Goldenberg D, Haase E, Downey J *et al.* Toward a Definition of "Hypersexuality" in Children and Adolescents. *Psychodyn Psychiatry.* 2012; 40:481-503.
 20. Sravanti L, Girimaji SC. Sex, Sexuality and Gender-Related Issues in Child Psychiatric Practice: A Review. *J Psychosexual Health.* 2019; 1(3-4):236-240.
 21. El-Gabalawi F, Johnson RA. Hypersexuality in inpatient children and adolescents: recognition, differential diagnosis, and evaluation. *CNS Spectr.* 2007; 12(11):821-827.
 22. Romero, C. Guía sobre conductas sexuales problemáticas y prácticas abusivas sexuales. Chile: Viña del Mar. 2014.
 23. Mendle J, Rya R, McKone K. Early Childhood Maltreatment and Pubertal Development: Replication in a Population-Based Sample. *Journal of research on adolescence : the official journal of the Society for Research on Adolescence.* 2016; 26(3):595-602. <https://doi.org/10.1111/jora.12201>.
 24. De Aquino LF, Queiroz FH, Neri AML, Aguiar MC. Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Res.* 2018; 262:70-77.
 25. Cantón-Cortés D, Cortés MR, Cantón J. Child Sexual Abuse and Suicidal Ideation: The Differential Role of Attachment and Emotional Security in the Family System. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(9):3163.
 26. Ashraf F, Niazi F, Masood A, Malik S. Gender comparisons and prevalence of child abuse and post-traumatic stress disorder symptoms in adolescents. *J Pak Med Assoc.* 2019; 69:320-324.
 27. Foegen WH. Adverse childhood experiences. A public health perspective. *Am J Prev Med.* 1998; 14(4):354-345.
 28. Nanni V, Uher R, Danese A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 2012; 169(2):141-151.
 29. Alcaldía de Medellín. Rutas de atención integral violencia sexual. 2018. <https://acortar.link/OkapVW>
 30. Pardo HRG. Ministerio del Interior. 2012; (48). Disponible en: <https://acortar.link/uPDOOh>