



INTERPSIQUIS 2022

XXIII CONGRESO VIRTUAL INTERNACIONAL
DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL

AUTOMEDICACIÓN EN EL CONTEXTO DE LA VICTIMIZACIÓN SEXUAL EN MUJERES

Franklin Giovanni Soler

fgsoler@gmail.com

automedicación, victimización sexual, angustia, alcohol

RESUMEN

Las experiencias de victimización sexual en mujeres tienen un gran impacto negativo en diversas áreas de su vida. A nivel psicológico, pueden presentar depresión, trastorno de estrés postraumático, ansiedad, síntomas psicósomáticos, angustia, culpa, automutilación, ideación e intentos de suicidio, irritabilidad, ira, sentimientos de vergüenza, humillación, dificultades relacionales, disfunciones sexuales, inhibición sexual, reducción en la satisfacción sexual y en la frecuencia de actividades sexuales. También podrían incurrir en conductas de automedicación que según el tipo de sustancia (psicofármacos, alcohol y sustancias ilegales) tendrán unos propósitos específicos, aunque en todos los casos contribuyen a la reducción de la angustia y el malestar. Por ejemplo, las prácticas de automedicación con antidepresivos, ansiolíticos y sedantes se dan como una forma de reducir la angustia, el estado de ánimo, los nervios y como una forma de evitación de búsqueda de ayuda. El consumo de alcohol contribuye a reducir la angustia, pero su consumo y la posible consecuencia del abuso de sustancias está mediado por la gravedad del asalto sexual, el nivel de estrés postraumático, la cercanía del agresor, la revictimización sexual, entre otros. Su consumo también puede ser utilizado para reducir la angustia relacionada con el sexo y la inhibición sexual e incrementar el deseo sexual.

AUTOMEDICACIÓN EN EL CONTEXTO DE LA VICTIMIZACIÓN SEXUAL EN MUJERES

En todos los casos, hay un alto riesgo de padecer consecuencias negativas de distinto orden. Por ello, identificar los mecanismos subyacentes a cada modalidad de automedicación en mujeres víctimas de abuso sexual, implica retos metodológicos, de evaluación e intervención.

La victimización sexual se refiere a haber experimentado alguna forma de agresión sexual, entre las que se encuentran el contacto sexual no deseado (besos, caricias, manoseos, entre otros), intento de sexo oral/vaginal/anal o violación u ocurrencia del sexo oral/vaginal/anal mediante el uso de tácticas como la coerción verbal, usando drogas o alcohol, las amenazas o la fuerza física (Koss et al., 2007). Se han reportado que entre el 56% y el 82% de las mujeres, alguna vez en su vida ha sido víctima de alguna forma de violencia sexual (Karlsson y Zielinski, 2020; Vallejo-Medina et al., 2022, en preparación) y aproximadamente 44% tuvo una experiencia de victimización sexual en el último año (Schapansky et al., 2021).

Las experiencias de victimización sexual en mujeres tienen un gran impacto en sus vidas que se hace evidente en mayor probabilidad de padecer problemas de salud crónica de tipo física, mental, de riesgo y sexual, entre otros (Santaularia et al., 2014; Zinzow et al 2012; Bryan et al., 2016).

Específicamente a nivel de salud mental, mujeres víctimas de violencia sexual tienen mayor probabilidad de presentar conductas de depresión, trastorno de estrés postraumático (Dworkin, 2020); ansiedad, síntomas psicósomáticos, angustia, culpa, automutilación, ideación e intentos de suicidio, irritabilidad, ira, sentimientos de vergüenza y humillación que aquellas que no han tenido ese tipo de experiencias (Malet-Karas et al., 2022; Mason, & Lodrick, 2013; Zinzow et al 2012).

AUTOMEDICACIÓN EN EL CONTEXTO DE LA VICTIMIZACIÓN SEXUAL EN MUJERES

También podrían presentar conductas de riesgo para la salud como alcoholismo, abuso de sustancias, cigarrillo y mayor probabilidad de implicarse en conductas de automedicación (Bryan et al., 2016; Santaularia et al., 2014), además de presentar alteraciones en el funcionamiento, la satisfacción sexual, reducción en la frecuencia de actividades sexuales, dificultades relacionales y para entablar encuentros sexuales e inhibición sexual, entre otras (Sanjuan, et al., 2009).

La forma e intensidad con la que se presentan estos efectos negativos de la victimización sexual varía en cada mujer, y depende de muchos factores como las estrategias de afrontamiento, la edad, la gravedad del evento de violencia, entre otros. Por ejemplo, se ha encontrado que la gravedad de la agresión (si hubo intento de penetración o penetración versus la agresión no penetrante, como la ocurrida con besos, manoseos o caricias) determina la gravedad y magnitud del estrés postraumático generado (Young, 2011). Es frecuente que también se incurra en comportamientos de automedicación para hacer frente a los efectos causados por el asalto sexual. Esta automedicación se puede dar en una variedad de formas: consumir medicamentos de prescripción para su uso médico o no médico, consumir componentes o sustancias para hacer frente a las dificultades sexuales o involucrarse en el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Mujeres víctimas de agresión sexual pueden incurrir en el consumo de medicamentos sedantes, tranquilizantes, estimulantes, ansiolíticos y antidepresivos ya sea con o sin prescripción de un profesional de la salud o incurrir en el abuso de ellos cuando han sido prescritos. Las que los usan generalmente tienen mayores niveles de estrés postraumático, depresión, problemas de salud y altos niveles de angustia y los consumen para reducir los nervios y la angustia o como una forma de escape del malestar (Sturza y Campbell, 2005).

El contexto de la prescripción de estos medicamentos puede implicar errores, ya que algunas mujeres no pueden o no quieren hablar de su experiencia (sienten culpa y vergüenza o no saben cómo va a responder el médico si lo cuentan), el médico no pregunta por las razones para la prescripción, o si las mujeres hacen mención del evento los médicos no indagan sobre él, guardan

AUTOMEDICACIÓN EN EL CONTEXTO DE LA VICTIMIZACIÓN SEXUAL EN MUJERES

silencio y dan la prescripción (Sturza y Campbell, 2005). Los profesionales en muchos casos no remiten a consejería, salud mental o atención psicosocial, pero hacen la prescripción de los medicamentos solicitados, sin cuestionar si realmente eso es lo que necesitan las víctimas. Dado que después de una agresión sexual es frecuente prescribir ansiolíticos, sedantes o antidepresivos, estos deben ser usado a muy corto plazo (Mason, & Lodrick, 2013). Fuera del contexto de la prescripción los más consumidos por víctimas de violencia sexual son los analgésicos opiáceos, sedantes, ansiolíticos y antidepresivos, y se usan para lidiar con la angustia producida por la agresión y reducen la probabilidad de buscar ayuda profesional. Los analgésicos opioides y sedantes son los de mayor probabilidad de consumo automedicado por parte de las mujeres víctimas de violación o intento de violación, comparadas con aquellas que sufrieron contactos no deseados como besos, caricias y manoseos (Young, 2011).

Las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual, además de padecer síntomas de estrés postraumático, pueden presentar conductas de abuso de sustancias legales e ilegales. y medicamentos. La literatura ha demostrado que mujeres con sintomatología de estrés postraumático relacionado con experiencias de abuso y asalto sexual en la infancia es más probable que presenten no sólo consumo de sustancias sino problemas de abuso de ellas, entre las que se encuentra el alcohol. Mayor sintomatología de estrés postraumático y mayor gravedad de abuso sexual está relacionado con una mayor probabilidad de consumir sustancias. Entre más severa la agresión sexual hay mayor probabilidad de presentar problemas de abuso de sustancias, en especial si el consumo de alcohol y drogas se usa para hacer frente a este trauma (Ullman et al., 2013).

Para tratar de entender esta relación, se ha propuesto la hipótesis de la automedicación que afirma que el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas contribuye en la reducción del estrés y la angustia producida por la victimización sexual (Khantzian, 2003).

AUTOMEDICACIÓN EN EL CONTEXTO DE LA VICTIMIZACIÓN SEXUAL EN MUJERES

Esta estrategia de afrontamiento parece ser más prevalente en víctimas de violencia sexual (Miranda et al., 2002; McCollum, 2021), a diferencia de justificar el consumo de alcohol por la obtención de consecuencias y efectos positivos, como lograr la mejoría del trauma (Lindgren et al., 2012), por lo que hay que evaluar cuidadosamente las razones para el consumo de alcohol.

El consumo de alcohol y otras sustancias para reducir la angustia puede llegar a ser problemático y podría estar mediado o no (la evidencia es no es clara al respecto) por los síntomas de estrés postraumático, aunque sí se ha demostrado la relación entre el consumo de estas sustancias para reducir la tensión y la angustia y el estrés postraumático (Ullman et al., 2005: 2013). Mujeres víctimas podrían ver afectada la confianza en otros y ven vulneradas su redes de apoyo, tienen sentimientos de traición, no comparten sus experiencias fácilmente y ven reducida la oportunidad de obtener apoyo social, especialmente si el agresor forma parte del contexto familiar o cercano, por lo es más probable que presenten mayor depresión y hagan frente a estas situaciones solas y consuman alcohol (Ullman et al., 2013).

Mujeres víctimas de agresión sexual pueden además de padecer la angustia general, sufrir disfunción sexual, mayores niveles de inhibición sexual, emociones negativas entorno a la actividad sexual y angustia relacionada con el sexo, por lo que el consumo de alcohol y otras drogas puede ser usado para afrontar el malestar y la angustia sexual, reducir la inhibición e incrementar el deseo sexual y/o mejorar la experiencia sexual (Sanjuan, et al., 2009), por lo que se ha documentado que el consumo de alcohol incrementa antes de involucrarse en un acto sexual y es más probable en mujeres que han padecido asaltos sexuales más graves (Bird et al., 2022). Paradójicamente, el consumo de alcohol antes del sexo también es un factor de riesgo para la victimización sexual, lo que indica que la mujer es más vulnerable a tener experiencias negativas de tipo sexual ((Bird et al., 2022; Bird et al., 2019). Consumir alcohol y/drogas en citas, aumenta el riesgo de ataque sexual, haciendo más vulnerables a las víctimas por la desinhibición producida por el alcohol y la incapacidad producida (Young, 2011).

AUTOMEDICACIÓN EN EL CONTEXTO DE LA VICTIMIZACIÓN SEXUAL EN MUJERES

Por lo tanto, el uso de alcohol en esta población aumenta el riesgo de revictimización sexual mediados por altos niveles de estrés postraumático (Dardis et al., 2021) y esta revictimización empeora el estrés postraumático que influye también en problemas de consumo de alcohol, quedando la mujer atrapada en una trampa psicológica (Ullman, et al., 2016).

En este sentido, se ha demostrado que hay una relación recíproca entre el consumo de alcohol y la victimización sexual: por un lado, el consumo de alcohol contribuye en la reducción de la angustia producida por la victimización sexual, tal como lo afirma la hipótesis de automedicación, y por el otro, el consumir alcohol incrementa la vulnerabilidad hacia la victimización sexual, lo que implica revictimización sexual (Bryan et al., 2016). Las mujeres con victimización sexual anterior tienen una significativa mayor vulnerabilidad a la victimización posterior que las no víctimas, es decir, un mayor riesgo de revictimización sexual. La victimización sexual infantil incrementa la vulnerabilidad a la victimización de adultos, todo ello mediado por el consumo de alcohol (Bryan et al., 2016; Miron y Orcutt, 2014).

Estas discrepancias implican retos metodológicos para aclarar mejor las relaciones entre la victimización sexual y el consumo de alcohol y otras sustancias, y los comportamientos de automedicación en general.

Se han reconocido algunas limitaciones comunes de los estudios, entre ellas, la cuestionable confiabilidad de los reportes o autoinformes retrospectivos sobre comportamientos regulares (de consumo, por ejemplo) y la implementación de estudios prospectivos longitudinales puede ser compleja y costosa; las diferentes definiciones de victimización sexual, según las cuales en algunos estudios se incluyen ciertos comportamientos y en otros no (siendo la versión de Koss (2007) una de las más amplias e incluyentes) ya que ello facilitará determinar con mayor objetividad la gravedad de diversos repertorios de victimización sexual; la determinación del estado de salud mental y de problemas de consumo de alcohol y otras sustancias, antes de la ocurrencia de la agresión sexual; identificar las razones para el consumo de alcohol y determinar

AUTOMEDICACIÓN EN EL CONTEXTO DE LA VICTIMIZACIÓN SEXUAL EN MUJERES

qué consumos podrían ser riesgosos y la implementación de modelos estadísticos utilizados para obtener los modelos predictivos y mediadores (Bryan et al., 2016; Ullman, et al., 2016).

Estos elementos facilitarían aclarar de qué depende la relación entre victimización sexual y el estrés postraumático, especialmente porque si dependiendo de la gravedad del asalto sexual varían los niveles d estrés postraumático, y este determina el uso médico no médico de medicamentos de prescripción y su tipología, facilitará la implementación de programas de prevención de este tipo de medicamentos y fortalecería los programas de intervención, especialmente en la interacción de la víctima con los profesionales de la salud, para favorecer un contexto empático, de confianza y facilitar las remisiones a consejería y apoyo psicosocial.

Por otro lado, en relación con la victimización sexual y el consumo de alcohol, la necesidad de dilucidar cuál evento inició el ciclo, si el consumo de bebida incidió en la ocurrencia del primer evento victimizante o el evento inicio el consumo de bebida (de hecho, uno de los ítems de Koss, indaga si el asalto sexual ocurrió estando la víctima en estado de indefensión por consumo de alcohol u otras sustancias) permitirá diseñar e implementar estrategias de prevención (en relación con el consumo de alcohol y las razones para beber) y de intervención (interviniendo no sólo sobre el evento victimizante sino sobre el consumo de sustancias), para reducir vulnerabilidad futura.

AUTOMEDICACIÓN EN EL CONTEXTO DE LA VICTIMIZACIÓN SEXUAL EN MUJERES

BIBLIOGRAFÍA

1. Bird, E. R., Stappenbeck, C. A., Neilson, E. C., Gulati, N. K., George, W. H., Cooper, M. L., & Davis, K. C. (2019). Sexual victimization and sex-related drinking motives: how protective is emotion regulation?. *The Journal of Sex Research, 56*(2), 156-165.
2. Bird, E. R., Stappenbeck, C. A., Blayney, J., Kaysen, D., & George, W. H. (2022). Examination of Sex-Related Distress and Self-Medication Drinking Model in US College Women. *The Journal of Sex Research, 1-9*.
3. Bryan, A. E., Norris, J., Abdallah, D. A., Stappenbeck, C. A., Morrison, D. M., Davis, K. C., George, W. H., Danube, C. L., & Zawacki, T. (2016). Longitudinal change in women's sexual victimization experiences as a function of alcohol consumption and sexual victimization history: A latent transition analysis. *Psychology of violence, 6*(2), 271.
4. Dardis, C. M., Ullman, S. E., Rodriguez, L. M., Waterman, E. A., Dworkin, E. R., & Edwards, K. M. (2021). Bidirectional associations between alcohol use and intimate partner violence and sexual assault victimization among college women. *Addictive behaviors, 116*, 106833.
5. Dworkin, E. R. (2020). Risk for mental disorders associated with sexual assault: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 21*(5), 1011-1028.
6. Karlsson, M. E., & Zielinski, M. J. (2020). Sexual victimization and mental illness prevalence rates among incarcerated women: A literature review. *Trauma, Violence, & Abuse, 21*(2), 326-349.
7. Khantzian, E. J. (2003). The self-medication hypothesis revisited: The dually diagnosed patient. *Primary Psychiatry, 10*, 47– 48, 53–54.
8. Koss, M. P., Abbey, A., Campbell, R., Cook, S., Norris, J., Testa, M., Ullman, S., West, C., & White, J. (2007). Revising the SES: A collaborative process to improve assessment of sexual aggression and victimization. *Psychology of Women Quarterly, 31*, 357–370.

AUTOMEDICACIÓN EN EL CONTEXTO DE LA VICTIMIZACIÓN SEXUAL EN MUJERES

9. Lindgren, K. P., Neighbors, C., Blayney, J. A., Mullins, P. M., & Kaysen, D. (2012). Do drinking motives mediate the association between sexual assault and problem drinking?. *Addictive behaviors, 37*(3), 323-326.
10. Mahoney, C. T., Cestodio, V., Porter, K. J., & Marchant, K. M. (2022). The moderating roles of emotion regulation and coping self-efficacy on the association between PTSD symptom severity and drug use among female sexual assault survivors. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*.
11. Malet-Karas, A., Bernard, D., Piet, E., & Bertin, E. (2022). Disordered eating as a repercussion of sexual assault: a consequence to consider. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 1-12*.
12. Mason, F., & Lodrick, Z. (2013). Psychological consequences of sexual assault. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 27*(1), 27-37.
13. McCollum, D. (2021). The Impact of Childhood Sexual Abuse on Adult Sexual Assault Victimization, Psychological Distress and Substance Use.
14. Miranda Jr, R., Meyerson, L. A., Long, P. J., Marx, B. P., & Simpson, S. M. (2002). Sexual assault and alcohol use: Exploring the self-medication hypothesis. *Violence and victims, 17*(2), 205-217.
15. Miron, L. R., & Orcutt, H. K. (2014). Pathways from childhood abuse to prospective revictimization: Depression, sex to reduce negative affect, and forecasted sexual behavior. *Child Abuse & Neglect, 38*, 1848 –1859. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.10.004>
16. Sanjuan, P. M., Langenbucher, J. W., & Labouvie, E. (2009). The role of sexual assault and sexual dysfunction in alcohol/other drug use disorders. *Alcoholism Treatment Quarterly, 27*(2), 150-163.
17. Santaularia, J., Johnson, M., Hart, L., Haskett, L., Welsh, E., & Faseru, B. (2014). Relationships between sexual violence and chronic disease: A cross-sectional study. *BMC Public Health, 14*, 1286.

AUTOMEDICACIÓN EN EL CONTEXTO DE LA VICTIMIZACIÓN SEXUAL EN MUJERES

18. Schapansky, E., Depraetere, J., Keygnaert, I., & Vandeviver, C. (2021). Prevalence and Associated Factors of Sexual Victimization: Findings from a National Representative Sample of Belgian Adults Aged 16–69. *International journal of environmental research and public health*, 18(14), 7360.
19. Sturza, M. L., & Campbell, R. (2005). An exploratory study of rape survivors' prescription drug use as a means of coping with sexual assault. *Psychology of Women Quarterly*, 29(4), 353-363.
20. Ullman, S. E., Filipas, H. H., Townsend, S. M., & Starzynski, L. L. (2005). Trauma exposure, posttraumatic stress disorder and problem drinking in sexual assault survivors. *Journal of studies on alcohol*, 66(5), 610-619.
21. Ullman, S. E., Relyea, M., Peter-Hagene, L., & Vasquez, A. L. (2013). Trauma histories, substance use coping, PTSD, and problem substance use among sexual assault victims. *Addictive behaviors*, 38(6), 2219-2223.
22. Ullman, S. E. (2016). Sexual revictimization, PTSD, and problem drinking in sexual assault survivors. *Addictive behaviors*, 53, 7-10.
23. Vallejo-Medina, P., Soler, F., Saavedra-Roa, A., Ortega, Leonardo, A., Pineda-Marín, C. (2022, en preparación). Sexual Victimization and Revictimization Among Colombian Women.
24. Young, A., Grey, M., Boyd, C. J., & McCabe, S. E. (2011). Adolescent sexual assault and the medical and nonmedical use of prescription medication. *Journal of addictions nursing*, 22(1-2), 25-31.
25. Zinzow, H. M., Resnick, H. S., McCauley, J. L., Amstadter, A. B., Ruggiero, K. J., & Kilpatrick, D. G. (2012). Prevalence and risk of psychiatric disorders as a function of variant rape histories: Results from a national survey of women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 893–902. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-011-0397-1>