

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN
PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**EFICACIA DE UN PROGRAMA DE
INTERVENCIÓN EN MUJERES QUE HAN
VIVIDO ABUSO SEXUAL INFANTIL**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

YAZMÍN ALEJANDRA QUINTERO HERNÁNDEZ

**JURADO DE EXAMEN DE GRADO
DIRECTORA: DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS
COMITE: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
DRA. LUCIANA RAMOS LIRA
DRA. MARÍA ELENA RIVERA HEREDIA
DRA. CATALINA GONZÁLEZ FORTEZA**

México, D.F.

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis padres

Agradecimientos

A Pati, mi tutora, ¿sabes? no te había dicho antes lo mucho que te quiero, ahora ya terminé y no tengo que reprimirme, quiero que sepas que en estos poco más de cuatro años has sido más que una guía para mí, has sido un ángel, agradezco a Dios que te haya puesto en mi camino...casi literal porque fue de una manera tan curiosa. Dedicarte unas líneas aquí es mi manera de agradecerte, además de que quiero compartir mi experiencia y si alguien lee esto y no te conoce quizá podría tener la fortuna de que seas su tutora. Como tutora tienes todas las cualidades que se me ocurren, eres súper profesional, dedicada, atenta, amable, considerada, práctica, estructurada, inteligente y por si fuera poco lees y corriges todo a detalle, no sé cómo le haces para tener tiempo y una vida estable....gracias no sólo por ser una gran tutora, sino también por ser una excelente persona.

A mi comité tutorial, corrí con mucha suerte ya que se complementó de una manera tan efectiva para los fines de mi investigación. Así, aunque todos intervinieron en la totalidad del proyecto, puedo decir que tuve la guía cuantitativa de Pati y Kati quienes también con su optimismo me llenaron de confianza; la parte cualitativa y la experiencia en violencia que me aportó Luciana y la orientación clínica y terapéutica de Ma. Elena y el Dr. Samuel ¡¡¡Qué buen equipo, gracias!!!

Al Dr. Juan Luis Linares, mi tutor en el extranjero, por aceptarme, por recibirme, por abrirme las puertas de su mundo, por su hospitalidad y trato amable para conmigo, por leerme a pesar de lo apretada de su agenda. Gracias por su experiencia y sugerencias que le aportaron mucho a mi programa de intervención terapéutica.

A las personas e instituciones que me permitieron el acceso a la población. A los Centros de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología y a las mujeres de Xochimilco. A Beatriz Vázquez, Mariana Gutiérrez, Noemí Díaz y Patricia Silva. A las participantes del estudio que aceptaron formar parte del programa de intervención.

A los supervisores terapéuticos del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Juan Luis Linares, Ana Pérez, Isabel Cárdenas, Dora Ortiz, Carmen Campo, Teresa Moratalla y Ricardo Ramos, también a Félix Castillo por sus seminarios sabatinos. Gracias por permitirme la oportunidad de verlos en acción y aprender de sus estilos terapéuticos. Gracias por enriquecerme como terapeuta.

A la UNAM por ser mi casa, mi raíz, mi orgullo; y por supuesto a Conacyt.

A mis amigos y compañeros que también en algún momento me orientaron o distrajeron haciendo todo fácil y divertido... a Diana, Cristi, Vero, Marisol, Omar y Jorge... a las personas que conocí en el camino gracias a este proyecto... a Pili, Pame, Pau, Xochitl, Elena, Jenni, Carles, Ana Ma, Floren, Josep, Otto, Dani, Nelli, Ma José... y tantos más.... algunos ya forman parte importante de mi vida... a Blanquis y a mis viejos amigos de siempre que me quieren y apoyan.

A Ruby, Carlos, Carlitos, Bis, Chris, Gaby, Brenda, Erick, Miros, Vlady, Estre, Vero, Mary, Jorge, David, Pancho y Kari. Ya lo saben porque he agotado las palabras anteriormente, así que esta vez solo les diré gracias... por su apoyo, por alegrarse conmigo, por preocuparse por mí, por sus buenos deseos con los que me mandan vibra positiva o simplemente por preguntar o escuchar, por sus consejos, por sus ocurrencias que hacen ligerita la vida... los quiero con todo mi corazón y no hay día en que no agradezca el tenerlos conmigo.

A mis ángeles y a Dios gracias terminé.

ÍNDICE

Resumen	8
Abstract	9
Introducción	10
Abuso Sexual Infantil	
Definición y características.....	14
Prevalencia.....	17
Consecuencias.....	21
Diferencias por sexo en las consecuencias a largo plazo.....	28
Factores asociados con el tipo y gravedad de las consecuencias.....	29
Características del abuso sexual infantil.....	29
Variables familiares.....	31
Creencias individuales relacionadas con el abuso sexual infantil.....	33
Vergüenza y Culpa en el Abuso Sexual Infantil	
Concepto de vergüenza y culpa.....	37
Desarrollo de la vergüenza y culpa dentro del abuso sexual infantil.....	46
Culpa en mujeres adultas con experiencias de abuso sexual infantil.....	50
Propuestas de Intervenciones Terapéuticas Dirigidas a Trabajar los Efectos del Abuso Sexual Infantil en Mujeres Adultas	53

Depresión, Ansiedad y Autoestima como Medidas de Recuperación en el Tratamiento del Abuso Sexual Infantil.....	59
El Enfoque de Terapia Narrativa como Marco para Guiar el Programa de Intervención Terapéutica.....	69
Postulados de la terapia narrativa.....	78
Evaluación de la efectividad de la terapia narrativa.....	85
Metodología de Investigación	
Pregunta de investigación.....	92
Justificación.....	92
Objetivos.....	93
Variables.....	93
Hipótesis.....	94
Participantes.....	94
Diseño.....	94
Instrumentos.....	95
Procedimiento.....	98
Consideraciones éticas.....	101
Análisis de datos.....	102
Resultados.....	104

Discusión.....136

Referencias.....148

Anexos.....161

Anexo 1. Padecimientos en personas adultas con experiencias de abuso sexual infantil

Anexo 2. Guías de entrevistas inicial y final

Anexo 3. Instrumentos de medición

Anexo 4. Manual de Intervención Terapéutica. Versión reducida

Anexo 5. Taller: “Acercamiento al manejo terapéutico del abuso sexual infantil”

Anexo 6. Formato de consentimiento informado

Anexo 7. Registro global del proceso terapéutico de las participantes

Resumen

El objetivo del estudio fue diseñar, aplicar y evaluar un programa de intervención dirigido a mujeres que han vivido abuso sexual infantil. El programa consistió de 11 sesiones individuales basadas en estrategias del modelo de terapia narrativa con el objetivo principal de disminuir los sentimientos de culpa y vergüenza; de manera paralela se pretendía reducir los niveles de depresión y ansiedad e incrementar los de autoestima. Las participantes fueron 11 mujeres que manifestaron haber tenido alguna experiencia de abuso sexual infantil y que acudieron en busca de apoyo terapéutico. La evaluación se realizó mediante la aplicación, antes y después del tratamiento, de instrumentos validados en población mexicana para medir los niveles de ansiedad, depresión y autoestima; y de una entrevista semi estructurada diseñada específicamente para los objetivos de este estudio con la finalidad principal de identificar los sentimientos de culpa y vergüenza en las participantes. Las respuestas a los instrumentos de medición se analizaron mediante la prueba de Wilcoxon y las entrevistas fueron audio grabadas, transcritas y analizadas mediante un análisis temático por categorías. Se encontraron cambios positivos en las participantes, siendo más evidentes los que se referían a la imagen que tenían de sí mismas y los relacionados con la disminución de sentimientos de culpa y vergüenza; también se encontraron cambios en los niveles de ansiedad, depresión y autoestima; por otro lado, el programa de intervención resultó ser efectivo de acuerdo a la evaluación que las participantes realizaron de sus propios cambios y del proceso terapéutico.

Palabras clave: abuso sexual infantil, culpa, vergüenza, terapia narrativa, programa de intervención.

Abstract

The objective of this study was to design, implement and evaluate an intervention program for women who have lived child sexual abuse. The program consisted of 11 individual sessions based on strategies of narrative therapy model, with the main aim of to reduce feelings of guilt and shame; at the same time it attempted to increase levels of self-esteem and to reduce levels of depression and anxiety. The participants were 11 women who reported some experience of child sexual abuse and who sought therapeutic support. The evaluation was performed through the application, before and after treatment, of instruments to measure levels of anxiety, depression and self-esteem, validated in Mexican population, also was used a semi-structured interview designed specifically for the purposes of this study, mainly in order to identify the feelings of guilt and shame in the participants. The answers to the instruments were analyzed using the Wilcoxon test and the interviews were audio recorded, transcribed and analyzed using a thematic analysis by categories. Positive changes were found, being more evident that refer to the image that participants have of themselves and those related to the decrease in feelings of guilt and shame, also were found changes in levels of anxiety, depression and self esteem; on the other hand, the intervention program was effective for participants according to the evaluation of its own changes and of the therapeutic process.

Keywords: child sexual abuse, guilt, shame, narrative therapy, intervention program.

Introducción

La evidencia de consecuencias a corto y a largo plazo en personas que han vivido abuso sexual infantil, remite a la importancia no sólo de diseñar propuestas de intervención dirigidas al manejo de los efectos negativos del abuso sexual infantil, sino también de contar con evaluaciones adecuadas de sus resultados.

A pesar de la variabilidad de las cifras de prevalencia del abuso sexual infantil, existe gran evidencia de la gravedad de esta problemática en cuanto a los efectos que tiene a corto y a largo plazo en las personas que lo viven. En relación a los padecimientos más mencionados en adultos se encuentra la depresión, el trastorno de estrés postraumático y la ansiedad; también se ha asociado el abuso sexual infantil con baja autoestima, abuso de sustancias, trastornos alimenticios, ideación e intentos suicidas y con las conductas auto destructivas deliberadas (Andrews, Corry, Slade, Issakidis y Swanston, 2004); además de los problemas emocionales se destacan también los problemas de relación, los funcionales, los sexuales y los de conducta y adaptación social (Pereda, 2010).

La gravedad de las consecuencias dependerán de varios factores, entre estos, las características de la experiencia, las variables personales y familiares, así como las creencias individuales con respecto al abuso sexual infantil (Andrews et al., 2004; Ginzburg et al., 2006; Trickett, Noll, Reiffman y Putnam, 2001), siendo estas últimas las más relevantes para el tratamiento dado que son sobre las que se puede incidir en terapia.

Con respecto a estas creencias se observa que a pesar de que el abuso sexual infantil siempre es un acto impuesto al niño (Sgrori, 1982), es común que las personas que lo viven se sientan de alguna manera responsables, lo que las lleva a experimentar sentimientos de culpa o vergüenza (Alaggia, 2005; Barker-Collo, 2001; Deblingler y Runyon, 2005; Feiring y Taska, 2005; Feiring, Taska y Lewis, 1996; Mannarino y Cohen, 1996a; Mannarino y Cohen, 1996b; Mannarino, Cohen y Berman, 1994; McGee, Wolfe y Olson, 2001; Peters y Range, 1996; Quas, Goodman y Jones, 2003; Ullman y Filipas, 2005).

Los sentimientos de culpa y vergüenza pueden manifestarse por algunas de las situaciones alrededor del abuso sexual, sea por haberlo permitido, no haberlo evitado o incluso por creer que de alguna manera lo provocaron o participaron activamente en él; también pueden surgir por el hecho de haber sentido placer, por sus propios sentimientos generados a raíz del abuso sexual o por las consecuencias que el descubrimiento o revelación del abuso tuvo en sus familias y relaciones (Alaggia, 2005; Barker-Collo, 2001; Quas, Goodman y Jones, 2003).

Los sentimientos de culpa y vergüenza suelen permanecer por mucho tiempo (Feiring y Taska, 2005) y llevan a que las personas tengan una imagen negativa de sí mismas, se sientan malas o sucias y crean que merecen situaciones dañinas o dolorosas a manera de castigo. Estos sentimientos pueden explicar algunas manifestaciones comúnmente observadas en personas que han vivido abuso sexual infantil, tales como: los sentimientos de devaluación y minusvalía, la baja autoestima, las conductas autodestructivas, la depresión, las pobres expectativas a futuro, la dificultad para establecer relaciones, el temor y la ansiedad (Andrews et al., 2004; Kendler et al., 2000; Lev-Wiesel, 2000; Molnar, Buka y Kessler, 2001; Tebbutt, Swanston, Oates y O'Toole, 1997; Trickett et al., 2001). Por lo tanto, estos sentimientos resultan ser una parte fundamental en el proceso que viven las personas con abuso sexual infantil y de igual manera son mediadores importantes en su recuperación (Deblinger y Runyon, 2005; Gorey, Richter y Snider, 2001).

Las propuestas terapéuticas dirigidas al tratamiento de mujeres adultas con experiencia de abuso sexual infantil incluyen diversos enfoques y modalidades de tratamiento; sin embargo, son pocas las propuestas de tratamiento que cuentan con estudios que evalúen su efectividad y menos aun la evaluación de tratamientos enfocados específicamente en reducir los sentimientos de culpa y vergüenza en estas mujeres (Kessler, White y Nelson, 2003; Leserman, 2005).

El programa de intervención que aquí se evalúa consiste de 11 sesiones individuales, basadas en estrategias del modelo de terapia familiar narrativa dirigidas al tratamiento del

abuso sexual infantil en mujeres, con el objetivo principal de reducir sus sentimientos de culpa y vergüenza. De manera paralela se pretende que al disminuir los sentimientos de culpa y vergüenza se incrementen los niveles de autoestima y se reduzcan los niveles de depresión y ansiedad de las participantes; siendo que existe evidencia de la relación entre la ansiedad, depresión y autoestima con los sentimientos de culpa y vergüenza en personas que han vivido abuso sexual infantil (Aslund, Nilsson, Starrin y Sjöberg, 2007; Barker-Collo, 2001; Feiring, Taska y Lewis, 1998; Hoagwood, 1990; Lev-Wiesel, 2000; McMillen y Zuravin, 1997; Peters y Range, 1996).

En este programa de intervención se considera que los sentimientos de culpa y vergüenza se pueden eliminar o reducir al cambiar el significado que las personas han dado a su propia experiencia de abuso sexual infantil y se trabaja bajo el enfoque de terapia narrativa, debido a que precisamente los medios narrativos han sido utilizados para deconstruir significados problemáticos y en su lugar, co-construir narrativas y significados más deseables, útiles y satisfactorios (McNamee y Gergen, 1996), lo cual puede ayudar a disminuir la auto atribución de culpa y la estigmatización, a generar sentimientos de autoestima, a reconocer la auto-competencia y a extender las posibilidades de actuación dentro del entorno social (Limón, 2005).

Cada una de las 11 sesiones contiene temas, objetivos y actividades específicas; lo cual resulta de gran utilidad considerando que muchas propuestas de intervención no están estructuradas de manera tal que sirvan de guía para el manejo terapéutico con mujeres que han vivido situaciones de abuso sexual infantil; sin embargo esta estructura de intervención no es rígida y considera, tal como implica la terapia narrativa, la necesidad de adaptarse a las necesidades y características de cada paciente en particular.

El presente documento está integrado por una revisión de las características y consecuencias de la experiencia de abuso sexual infantil, enfatizando la vivencia de culpa y vergüenza y su relación con otros efectos adversos, principalmente con la ansiedad, depresión y baja autoestima; también se explican brevemente los postulados que fundamentan el modelo de terapia narrativa, así como su aplicación en el tratamiento del abuso sexual infantil y se mencionan algunos de los modelos de intervención que han sido utilizados para trabajar

esta problemática, así como las evaluaciones de la efectividad de algunos de estos tratamientos. Finalmente se expone la metodología de investigación que se empleó en este estudio y se presentan los resultados de la evaluación del programa de intervención en 11 mujeres.

Abuso Sexual Infantil

Definición y características

Existen distintas definiciones de abuso sexual infantil las cuales varían dependiendo de los criterios que se consideren, entre los cuales están:

1. El tipo de contacto sexual. Andrews et al. (2004) realizaron una revisión de la literatura sobre abuso sexual infantil y encontraron que la dimensión más comúnmente usada para definir el abuso sexual infantil es el tipo de contacto, los autores distinguieron tres categorías frecuentemente reportadas en la literatura: el abuso sin contacto físico acompañado de un amplio rango de actos desde una petición sexual inapropiada hasta la exposición sexual indecente; el abuso con contacto que incluye tocamientos o caricias; y finalmente el coito vaginal, anal u oral. Por su parte Roosa, Reyes, Reinholtz y Angelini (1998) señalan que muchas definiciones se enfocan en el tipo de experiencias de contacto sexual que incluyen tocamientos y penetración, y excluyen los tipos de encuentro en los que no hay contacto físico, como el exhibicionismo, voyerismo y los intentos.
2. La diferencia de edades entre la víctima y el victimario. Leserman (2005) realizó una revisión de la literatura sobre el tema de abuso sexual infantil y encontró que típicamente el abuso sexual en la infancia (menores de 13 años) es definido como una experiencia sexual no deseada donde el perpetrador es 5 años más grande que la víctima. Por su parte Johnson (2004) define al abuso sexual infantil como cualquier actividad con un niño antes de la edad legal de consentimiento, la cual es para la gratificación sexual de un adulto o un niño substancialmente más grande; así mismo, este autor lo distingue del juego sexual en el que considera la actividad sexual entre niños preadolescentes separados por no más de 4 años de edad, en el cual no hay uso de la fuerza o coerción.

3. El grado de coerción, donde se considera desde el contacto sin uso de la fuerza hasta la experiencia sexual forzada. Leserman (2005) señala que algunas definiciones incluyen el término de “experiencia sexual forzada o con amenaza de hacer daño”, mientras otras usan el término de “experiencia sexual no deseada”. Por su parte Roosa et al. (1998) señalan que muchas definiciones se basan solamente en la edad de los involucrados sin considerar la voluntad, donde el uso de la fuerza o los eventos sexuales no deseados entre personas de edad similar no son considerados experiencias de abuso sexual; estos autores consideran como abuso sexual las experiencias que involucran eventos sexuales no deseados.

4. La intencionalidad, la cual considera una actividad cuya finalidad es la gratificación sexual de quien la está realizando. Así Villatoro, Quiroz, Gutiérrez, Díaz y Amador (2006) mencionan que el National Center of Child Abuse and Neglect en 1978 propone que se considere como abuso sexual a los “contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona”.

Para fines de esta investigación se tomaron en cuenta los siguientes elementos para considerar la existencia de abuso sexual infantil: el tipo de contacto sexual, el grado de coerción, la intencionalidad, la diferencia de edades entre la víctima y el agresor y la vivencia de la víctima. De esta manera se definió al abuso sexual infantil como cualquier contacto o actividad de naturaleza sexual entre un menor de 18 años y un adolescente o adulto, cuyo fin es estimular o gratificar la sexualidad del agresor y en donde existe un abuso de poder determinado por la existencia de manipulación, engaño o coerción y/o por una diferencia de edad física o mental mínima de 5 años entre la víctima y el agresor. Esta actividad sexual incluye desde mostrar pornografía, exhibir o mirar el cuerpo desnudo o semidesnudo, contacto con el cuerpo del menor o hacer que éste toque el cuerpo de quien lo está agrediendo, hasta la penetración oral, anal o vaginal.

Algunas situaciones comunes alrededor del abuso sexual infantil mencionadas por Finkelhor (1984) son:

1. Normalmente no se utiliza fuerza física y puede darse por medio del engaño, coerción, amenazas, chantaje y/o seducción para lograr la cooperación del niño.
2. Siempre se usa el abuso de autoridad y de poder debido a la desigualdad de condiciones físicas, mentales y emocionales para lograr que el niño acepte, obedezca y se quede callado. El niño puede sentirse indefenso o intimidado y en muchas ocasiones mantiene una dependencia instrumental y emocional con el adulto.
3. En ocasiones existe complicidad cuando los miembros de la familia evaden o ignoran las llamadas de auxilio del niño, lo que puede generar en él una mayor sensación de desprotección, indefensión, inseguridad, desesperanza y abandono.

El abuso sexual infantil siempre es un acto impuesto al niño (Sgrori, 1982), donde éste es incapaz de consentir (Finkelhor y Korbin, 1988) o elegir con conocimiento y libertad su rol en estas actividades, ya que el niño carece de la capacidad de desarrollo emocional, cognitivo y físico para una decisión de esa naturaleza; existiendo en todo momento una relación desigual de uso y abuso de poder (Finkelhor, 1980 y Sgrori, 1982).

En el presente estudio se trabajó con mujeres adultas con experiencias de abuso sexual en la infancia, por lo que cabe señalar que muchos autores utilizan el término “sobreviviente” para referirse a mujeres y hombres adultas (os) que fueron abusadas (os) sexualmente en su infancia, que desarrollaron una serie de mecanismos adaptativos para sobrellevar la situación y que no han recibido psicoterapia específica en agresión sexual (González-Serratos, 1995). En este sentido González-Serratos señala que cuando un profesional de la salud detecta y trata a tiempo las múltiples consecuencias del abuso sexual infantil aumenta la posibilidad de que la víctima tenga una vida “normal”; sin embargo, la mayoría de éstos abusos se ocultan y por lo tanto las consecuencias que haya generado en la víctima pocas veces son tratadas por un profesional, de tal manera que es la víctima quien genera sus propios mecanismos adaptativos para sobrellevar la situación durante toda su vida, pudiendo ser entonces llamada “sobreviviente” (Uribe y Billings, 2003).

El hecho de que el término “sobreviviente” se refiera a las personas que no han recibido tratamiento específico para agresión sexual dificulta poder ser utilizado ampliamente en el presente estudio, ya que algunas de las investigaciones que se mencionan son con participantes que ya han recibido tratamiento para abuso sexual infantil, por lo que resultaría inapropiado generalizar el término sobreviviente a todos los casos; así mismo resultaría complicado utilizar términos distintos sobre todo en las investigaciones en las que no se aclara si los participantes han recibido o no tratamiento específico. Lo que es aún más importante, algunas de las participantes del presente estudio han tenido ya un proceso terapéutico propio donde pudieron haber trabajado múltiples situaciones de su historia de vida.

Prevalencia

La vivencia de abuso sexual infantil ha recibido atención debido a la gran cantidad de casos que se han reportado, sin embargo no todos los casos son denunciados públicamente, además de que la mayoría de los estudios son sobre la prevalencia de abuso sexual infantil, encontrándose pocos estudios respecto a la incidencia de este fenómeno. Los datos sobre prevalencia superan a los de incidencia tanto a nivel nacional como mundial.

Así, el Informe Especial de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) sobre Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes, presentado en octubre de 2006, estima que, únicamente entre el 15 y el 30% de los casos se denuncian y menciona que los países no poseen estadísticas consolidadas acerca de la violencia contra la niñez (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2006).

En este informe también se señala que de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en América Latina aproximadamente el 36% de las niñas y el 29% de los niños han vivido abuso sexual, y la tercera parte de las adolescentes han tenido una iniciación sexual violenta.

Según un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) 150 millones de niñas y 73 millones de niños menores de 18 años sufrieron en 2002 relaciones sexuales forzadas u otras formas de violencia física y sexual (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2007).

En México, según datos de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (ENVIM) (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2003) realizada durante el 2002 con una muestra representativa de mujeres usuarias de los servicios de salud pública (26, 042 mujeres), el abuso sexual en la infancia (antes de los 15 años) se reportó en el 7.6% de las entrevistadas, donde el agresor con mayor frecuencia fue el padre, padrastro u otro miembro masculino de la familia (5.2%), seguida de otros agresores no familiares (2%) y del novio (0.3%). En esta encuesta la prevalencia de la violencia sexual alguna vez en la vida fue de 17.3%, lo que significa que una de cada seis usuarias de los servicios de salud declaró haber sufrido este tipo de agresión. Según los índices por estado, esta prevalencia fue mayor en Oaxaca (27.4%), es decir, más de una de cada cuatro. Este estado tiene 3.7 veces más mujeres violentadas sexualmente que Aguascalientes, el estado con menor porcentaje (7.4%).

Por su parte el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" (INPRFM) realizaron en el 2006 una Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados con el fin de generar información estadística sobre el maltrato infantil y adolescente en México, la encuesta se llevó a cabo con adolescentes de escuelas secundarias de los estados de Baja California, Sonora, Tlaxcala y Yucatán pretendiendo que estos estados fueran representativos de las zonas norte, centro y sur del país, así el estudio estuvo constituido por una muestra total de 5852 estudiantes. Entre los resultados de esta encuesta cabe resaltar que las mujeres reportaron un porcentaje significativamente mayor de abuso sexual en comparación con los hombres, así en Baja California el 9.1% de las mujeres reportó abuso sexual en tanto que el 2.8% de los hombres así lo hizo; en Sonora 5.9% de las mujeres reportó haber vivido abuso sexual contra 1.9% de los hombres; en Tlaxcala la prevalencia de abuso sexual fue de 4% en las mujeres y de 0.9% en los hombres; en Yucatán el porcentaje de abuso sexual en mujeres y hombres fue similar 3.5% y 2.3% para mujeres y hombres, respectivamente. Por otra parte, en el caso de las mujeres el abuso sexual fue perpetrado en la mayoría de los casos por hombres; sin embargo en el caso

de los hombres el porcentaje de agresores hombres y mujeres se distribuyó de manera muy similar (Villatoro et al., 2006).

Otros datos relevantes de esta encuesta se refieren a aspectos relacionados con la familia; así en cuanto al tipo de estructura familiar, el mayor porcentaje de abuso sexual se presentó en familias con un padrastro o madrastra, en familias donde los padres tenían menor nivel educativo, donde se reportaron niveles socioeconómicos percibidos como más bajos y en las familias desempleadas; por otra parte se observa una gran diferencia en cuanto al mayor porcentaje de abuso sexual ocurrido en niños que presentaban alguna discapacidad comparados con quienes no la presentaban (Villatoro et al., 2006).

En otro estudio cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de abuso sexual en estudiantes hombres y mujeres de secundaria y preparatoria de todo el país; así como su relación con el consumo de drogas, se recabaron datos de la Encuesta Nacional de Uso de Drogas en la comunidad escolar realizada en 1991 por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y por la Secretaría de Educación Pública con 61, 779 alumnos con una media de edad de 14.4 años, se retomaron preguntas para explorar el abuso sexual desde la perspectiva de quienes lo han experimentado y se consideró la experiencia de abuso sexual incluso después de los 18 años de edad. Los resultados del estudio indicaron una prevalencia del 4.3% de adolescentes víctimas de abuso sexual y no se reportaron diferencias estadísticamente significativas de la prevalencia en cuanto a sexo; sin embargo las mujeres reportaron una proporción más elevada de abuso por parte de familiares, en tanto que los hombres mencionaron principalmente a los amigos como los agresores más frecuentes; por otra parte también se encontraron diferencias en cuanto a la edad en que ocurrió el abuso, así las mujeres vivieron el abuso en edades menores en un porcentaje significativamente más alto que los hombres. Del total de la muestra 28.4% sufrió la agresión antes de los 10 años, 40.4% entre los 10 y los 13 años y 27.3% después de los 13 años (en 3.5% de los casos se desconoce la edad en que ocurrió la agresión). En cuanto al agresor, 34.9% de la muestra reportó haber sido agredido por un amigo, 26.1 % por un familiar, 20.5% por su novio, 12.4% por un desconocido, 4.6% por un compañero y 1.5% por alguna autoridad (Ramos-Lira, Saldívar-Hernández, Medina-Mora, Rojas-Guiot y Villatoro-Velázquez, 1998).

En cuanto a la prevalencia de este fenómeno en el área metropolitana de la Ciudad de México, la Encuesta Nacional de Violencia Intrafamiliar (ENVIF) realizada en 1999 por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), dio a conocer que uno de cada tres hogares sufría algún tipo de violencia familiar; de los más de 1.3 millones de hogares en donde se detectó este tipo de violencia se reportó maltrato emocional en un 99 % de ellos, intimidaciones en un 16%, violencia física en un 11% y abuso sexual en 1 % de estos hogares (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], 2006).

Con respecto a la prevalencia de abuso sexual en estudiantes del Distrito Federal, en 1997 y en el 2003, el INPRFM realizó nuevamente la encuesta sobre uso de drogas en la Ciudad de México, obteniéndose en 1997 una prevalencia de abuso sexual del 5% tanto para hombres como para mujeres y en el 2003 de 3.5% para los hombres y 9.5% para las mujeres. Entre los resultados de esta última encuesta cabe resaltar que el 43% de los abusos ocurrieron entre los 12 y 16 años, sin embargo en las mujeres un porcentaje mayor se experimentó antes de los 12 años (48.2% en ellas y 29.5% en los hombres); por otro lado, únicamente el 12% de los agresores fueron desconocidos para los estudiantes hombres y mujeres, siendo la distribución de agresores muy similar a la de la Encuesta Nacional de Uso de Drogas en la comunidad escolar realizada en 1991 (Villatoro et al., 2006).

En un estudio cuya finalidad fue conocer la relación entre la conducta suicida y el abuso sexual, se realizó una encuesta en dos secundarias de la Ciudad de México donde se aplicó un cuestionario a 936 alumnos y se encontró que 7% de las mujeres y 2% de los hombres reportaron haber experimentado abuso sexual; entre sus resultados también se destaca que el número de veces en que vivieron abuso sexual fue ligeramente mayor en las mujeres, 2 veces en la vida de las mujeres contra 1.6 veces en la vida de los hombres, además la media de edad en que lo experimentaron por primera vez fue de 9.5 años en los hombres y 8.1 años en las mujeres (González-Forteza, Ramos-Lira, Vignau y Ramírez, 2001).

Como se puede observar, los datos en cuanto a la prevalencia de abuso sexual infantil varían considerablemente de estudio a estudio, en parte por las diferentes unidades muestrales utilizadas y en parte porque suelen diferir en las definiciones utilizadas de abuso sexual infantil, lo que dificulta comparar e interpretar adecuadamente sus resultados

(Andrews et al., 2004; Leserman, 2005; Ramos-Lira et al., 1998; Roosa et al., 1998); además el abuso sexual es una experiencia que suele mantenerse en secreto (Ayala, 2008; Deblingler y Runyon, 2005) donde la tendencia histórica al ocultamiento dificulta la documentación del problema y conlleva a que se carezca de información empírica más certera (Villatoro et al., 2006).

En este sentido, los datos estadísticos pueden quedarse cortos en cuanto al número total de personas que viven abuso sexual infantil, principalmente por la dificultad que representa hablar abiertamente de este tema, ya que un gran número de casos no son denunciados públicamente o incluso no son exteriorizados fácilmente a los miembros de la familia y en ocasiones sólo llegan a conocerse dentro del espacio terapéutico muchos años después cuando las personas adultas llegan a terapia y relatan su agresión, ya que la experiencia de abuso sexual infantil suele tener repercusiones a largo plazo en la persona que la vivió.

Consecuencias

Varios autores han documentado la existencia de consecuencias a corto y a largo plazo del abuso sexual infantil. En cuanto a las manifestaciones observadas en niños destacan la depresión, vergüenza, culpa, baja autoestima, desconfianza, miedo, hostilidad (Sgorri, 1982), aislamiento, ausentismo, agresión, baja en el rendimiento escolar, falta de concentración, distractibilidad, dificultad en el control de esfínteres, alteración de los patrones de sueño, conductas sexualizadas (Cazorla y Samperio, 1992) y regresiones conductuales (Finkelhor, 1984).

Más recientemente, algunos autores investigaron las consecuencias a corto plazo del abuso sexual infantil, sus resultados indicaron la relación entre el abuso sexual infantil y algunas manifestaciones en niños como el trastorno de estrés postraumático (Kaplow, Dodge, Jackson y Saxe, 2005; Paolucci, Genuis y Violato, 2001), los problemas comportamentales, en específico el comportamiento agresivo, la ansiedad, la depresión, la disociación y la baja

autoestima (Paolucci, et al., 2001; Tebbutt, Swanston, Oates y O'Toole, 1997; Trickett et al., 2001), pobre desempeño académico (Paolucci, et al., 2001), disturbios en la alimentación (Wonderlich et al., 2000) y finalmente con padecimientos mentales como el trastorno de personalidad, de ansiedad y afectivo (Spataro, Mullen, Burgess, Wells y Moss, 2004).

Cabe detallar algunas características de la población estudiada dentro de estas investigaciones. Así tenemos que todas involucraron a niños y niñas, a excepción de la de Trickett et al. (2001) y la de Wonderlich et al. (2000) en la que sólo participaron niñas. La edad de los niños variaba de estudio a estudio, así por ejemplo el de Kaplow et al. (2005) fue el único que se enfocó sólo en niños con edades entre 5 y 13 años, los otros estudios abarcaron también hasta la adolescencia. Todos los participantes habían vivido abuso sexual, en la mayoría de los estudios se incluyeron participantes que referían haber tenido alguna experiencia sexual no deseada con alguien mayor, sin embargo en dos de estos estudios sólo se incluyó al abuso sexual que involucró contacto físico (Tebbutt et al., 1997 y Trickett et al., 2001) y en uno de estos sólo se consideró al abuso sexual donde el perpetrador fue un miembro de la familia y únicamente el que involucró contacto genital o penetración.

Por lo que respecta a las consecuencias a largo plazo en adultos, los resultados de algunas investigaciones recientes indican una relación significativa entre el abuso sexual infantil y otro tipo de padecimientos. Se describe ampliamente la información referente a las consecuencias a largo plazo, ya que es en mujeres adultas con experiencias de abuso sexual infantil la población a la que va dirigido el programa de intervención evaluado.

Existen varias limitaciones al intentar clasificar las consecuencias del abuso sexual infantil, siendo la dificultad más importante el hecho de que cualquier clasificación puede estar sujeta a discusión, ya que un mismo padecimiento puede entrar en una y otra categoría según la perspectiva de la que se trate; sin embargo para tener una mejor comprensión de los resultados encontrados se consideró necesario clasificar éstos. De esta manera se utiliza la clasificación de los efectos psicológicos a largo plazo del abuso sexual infantil propuesta por Pereda (2010) quien realizó una revisión de estudios centrados en las consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil y posteriormente sugiere una propuesta de clasificación basada en la sintomatología más frecuente indicada en los estudios revisados. La

autora clasifica las consecuencias en 1. Problemas emocionales, 2. Problemas de relación, 3. Problemas de conducta y adaptación social, 4. Problemas funcionales y 5. Problemas sexuales.

En cuanto a los problemas emocionales se destacan los síntomas y trastornos depresivos y bipolares, de ansiedad y el trastorno por estrés postraumático; también se incluye el trastorno límite de la personalidad, las conductas auto destructivas incluida la conducta de riesgo, las ideas e intentos suicidas y la baja autoestima. Los problemas de relación hacen referencia a dificultades en las relaciones interpersonales, esta área suele ser de las más afectadas a corto y a largo plazo en víctimas de abuso sexual infantil; dentro de este rubro entraría el aislamiento y la ansiedad social, el desajuste en las relaciones de pareja y las dificultades en la crianza de los hijos. Los problemas de conducta y adaptación social incluyen los niveles de hostilidad y las conductas antisociales. Los problemas funcionales se refieren a todos aquellos que afectan a las funciones físicas, siendo más comunes los dolores físicos sin causa médica aparente, las cefaleas, las fibromialgias y los trastornos gastrointestinales; en este rubro la autora también incluye los problemas relacionados con el abuso de sustancias y los trastornos de la conducta alimentaria, especialmente la bulimia nerviosa; también se encuentran los trastornos de conversión que afectan algunas de las funciones motoras o sensoriales de la víctima, las denominadas crisis convulsivas no epilépticas, el trastorno de somatización, los síntomas y trastornos disociativos, los desórdenes ginecológicos como los dolores pélvicos crónicos y un inicio significativamente más temprano de la menopausia; en general se ha encontrado que víctimas de abuso sexual infantil, a diferencia del grupo control, manifiestan un peor estado de salud física en general, sea por la existencia de síntomas físicos reales o por una percepción negativa de la salud subjetiva (Pereda, 2010). Los problemas sexuales se refieren a una sexualidad desadaptativa, insatisfactoria y disfuncional, la cual puede incluir conductas de riesgo sexuales. Finalmente la autora menciona dos factores que se han encontrado en víctimas de abuso sexual infantil, uno de ellos es la revictimización, la cual se refiere a la experiencia posterior de violencia física o sexual en víctimas de abuso sexual infantil por agresores distintos al causante del abuso en la infancia; el otro es la transmisión intergeneracional de las prácticas parentales, así como del maltrato y del abuso sexual infantil, este tema de estudio tiene resultados controvertidos que pueden llegar a ser contradictorios (Pereda, 2010).

Andrews et al. (2004) efectuaron un estudio con hallazgos similares en cuanto a consecuencias del abuso sexual infantil a largo plazo, los autores realizaron una revisión de varias investigaciones que muestran una relación entre el abuso sexual infantil y algunos trastornos mentales. Para este fin, los autores buscaron en diversas bases de datos investigaciones sobre abuso sexual infantil y riesgos en la salud mental; en todas las investigaciones encontradas utilizaron diversos criterios de inclusión y exclusión para seleccionar aquellas que serían tomadas en consideración y sobre las cuales se analizarían los resultados. Entre los criterios de inclusión estuvieron la metodología empleada en cuanto a la selección de diseños con grupo de comparación, estudios que tuvieran una muestra mínima de 100 participantes y los que realizaban un meta-análisis de sus resultados. Finalmente se codificaron 179 estudios, la mayoría de los resultados de estos estudios sugirieron una relación entre el abuso sexual infantil y la depresión, el trastorno de pánico, el trastorno de estrés postraumático, el uso y dependencia de alcohol y drogas y los intentos suicidas, principalmente. También se encontraron investigaciones que evidencian la existencia de respuestas psicológicas negativas como pobre autoestima, sensación de pérdida de control, dificultades con la intimidad y dificultades sexuales. Además, se mencionaron algunos estudios con evidencia de relación con trastornos de la personalidad, específicamente trastorno de la personalidad borderline y antisocial, y con trastornos alimenticios, los cuales se explicaron más por un ambiente familiar disfuncional del cual el abuso sexual forma parte.

De manera similar los estudios revisados en el presente trabajo coinciden de alguna manera con los resultados encontrados por Andrews et al. (2004) y Pereda (2010).

En general se puede concluir que la mayoría de los resultados de las investigaciones encontradas (Tabla 1) indican una relación significativa entre el abuso sexual infantil y padecimientos tales como la depresión, particularmente la depresión mayor; el trastorno de estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico; además se le ha asociado con el abuso de sustancias, con trastornos alimenticios, con ideación e intentos suicidas y con las conductas autodestructivas deliberadas. En menor medida también se han encontrado investigaciones que asocian al abuso sexual infantil con trastornos mentales y con otros padecimientos psicológicos como la personalidad borderline y antisocial, con los altos niveles de estrés psicológico; con problemas médicos como los trastornos gastrointestinales y los síntomas físicos; con niveles de sufrimiento y con el grado de ajuste en la edad adulta tal

como el desarrollo mal adaptativo. También se encuentran investigaciones que evidencian la existencia de malestar en situaciones sociales; así como de respuestas psicológicas negativas como baja autoestima, sensación de pérdida de control, dificultades con la intimidad y dificultades sexuales. Las características detalladas de cada uno de estos estudios pueden encontrarse en el apartado de anexos (Anexo 1), así como en la sección de ansiedad, depresión y autoestima.

La mayoría de los estudios reportados fueron realizados con muestras tomadas de la población en general, por ejemplo estudiantes universitarios; también se incluyen estudios provenientes de población clínica y en menor medida estudios que incluyen ambas poblaciones, es decir, tanto muestras clínicas como provenientes de la población en general.

Tabla 1. Padecimientos encontrados en personas adultas con experiencias de abuso sexual infantil

CLASIFICACIÓN (Pereda, 2010)	PADECIMIENTO	ESTUDIO
Problemas Emocionales	Depresión	Andrews et al. (2004); Cantón y Justicia (2008); Dinwiddie et al. (2000); Levitan et al. (1998); Molnar et al. (2001); Neumarck, Story, Hannan, Beuhring y Resnick (2000); Sigmon, Greene, Rohan y Nichols (1996); Zlotnick, Mattia y Zimmerman (2001)
	Ansiedad	Feerick y Snow (2005); Hernández (1995); Koopman, Goore-Felton y Spiegel (1997); Molnar et al. (2001); Sigmon et al. (1996)
	Baja autoestima	Andrews et al. (2004); Cantón y Justicia (2008); Hernández (1995); Trickett et al. (2001)
	Abuso de sustancias	Andrews et al. (2004); Dinwiddie et al. (2000); Kendler et al. (2000); Molnar et al. (2001); Ramos-Lira et al. (1998)
	Ideación e intentos suicidas/ conductas autodestructivas deliberadas	Andrews et al. (2004); Dinwiddie et al. (2000); González-Forteza et al. (2001); Romans, Martin, Anderson, Herbison y Mullen (1995)

	Trastorno de estrés posttraumático	Andrews et al. (2004); Cantón-Cortés, Cantón, Justicia y Cortés (2011); Feerick y Snow (2005); Molnar et al. (2001); Roth, Neuman, Pelcovitz, Kolk y Mandel (1997); Sigmon et al. (1996)
	Personalidad borderline y antisocial	Andrews et al. (2004)
	Trastorno de pánico	Andrews et al. (2004); Dinwiddie et al. (2000)
	Estrés psicológico/ niveles de sufrimiento/ sensación de pérdida de control	Andrews et al. (2004); Koopman et al. (1997); Trickett et al. (2001)
Problemas de Relación	Malestar en situaciones sociales	Feerick y Snow (2005)
Problemas de conducta y adaptación social	Grado de ajuste en la edad adulta/ desarrollo mal adaptativo/conducta antisocial/comportamiento agresivo	Andrews et al. (2004); Trickett et al. (2001)
Problemas Funcionales	Síntomas físicos/ trastornos gastrointestinales	Hulme (2000); Leserman et al. (1997)
	Trastornos alimenticios	Andrews et al. (2004); Hernández (1995); Kendler et al. (2000); Neumarck et al. (2000)
Problemas Sexuales	Dificultades con la intimidad y dificultades sexuales	Andrews et al. (2004)

Aproximadamente la mitad de los estudios fueron realizados con hombres y mujeres, de estos, algunos realizaron la comparación entre ambos sexos en cuanto al tipo y nivel de padecimientos; una cantidad similar de los estudios restantes sólo fueron realizados con mujeres. Las edades de los participantes variaban en cada estudio; sin embargo casi todos se realizaron con población adulta y sólo cuatro con adolescentes. El tamaño de la muestra varió considerablemente de estudio a estudio, desde 32 hasta 9943 participantes.

Se encontraron estudios dirigidos a muestras poblacionales de personas que habían vivido abuso sexual infantil, en otros sin embargo la experiencia de abuso sexual infantil surge

en el transcurso de los estudios, cuyo objetivo principal fue encontrar diferencias en las características de personas que presentaban ciertos padecimientos, de manera tal que los estudios se realizaron en poblaciones que presentaban ciertos padecimientos y ya posteriormente se encontraban las diversas experiencias de maltrato.

En cuanto a los objetivos de los estudios estos variaban, así por ejemplo un gran número de estudios tuvo como objetivo determinar las consecuencias de la experiencia de abuso sexual infantil; sin embargo, casi todos estuvieron dirigidos a medir solamente ciertos padecimientos específicos a los que iban orientados, lo cual hace un sesgo en los resultados, dejando fuera un gran número de otros padecimientos importantes; además las diferencias en los resultados de los estudios indican que no existe un síndrome único característico del abuso sexual infantil. Con respecto a los métodos de análisis la mayoría de los estudios realizan análisis correlacionales y/o comparaciones entre grupos, ya sea en cuanto al sexo, a la presencia/ausencia de abuso sexual infantil, o a la existencia y nivel de ciertos padecimientos psicológicos.

Los resultados de los estudios revisados confirman la gravedad de los problemas que pueden presentar las víctimas de abuso sexual infantil a largo plazo. Por otra parte es importante considerar los resultados con cautela, esto debido a la dificultad que implica el estudio de las consecuencias, principalmente porque es difícil determinar que un padecimiento en específico es consecuencia directa del abuso sexual infantil, así resulta en ocasiones complicado, si no imposible, aislar la influencia de ciertas variables en la existencia o gravedad del padecimiento; así como determinar con certeza los factores mediadores que intervienen en cada padecimiento.

Finalmente en la mayoría de los estudios existen dificultades metodológicas, en cuanto a las limitaciones más importantes mencionadas por los autores de los estudios revisados tenemos 1. Los aspectos éticos a cubrir; 2. La ausencia de grupos de comparación adecuados; 3. Las diferentes poblaciones a las que va dirigido cada estudio, así como las distintas definiciones de abuso sexual infantil empleadas, lo que determina el tipo de muestra seleccionada y por lo tanto la gravedad y el tipo de consecuencias manifestadas por los

participantes; 4. La dificultad implícita en este problemática, ya que para muchas personas puede ser difícil reconocer experiencias propias de abuso sexual infantil, lo cual puede llevar a incluir a los participantes en el grupo inadecuado y a minimizar las diferencias entre los grupos comparativos.

Diferencias por sexo en las consecuencias a largo plazo

Aunque en su mayoría los estudios sobre abuso sexual infantil se han realizado con mujeres, existen algunas investigaciones cuyos resultados muestran la diferenciación de los efectos del abuso sexual infantil por sexo; así Sigmon et al. (1996) investigaron los efectos del abuso sexual infantil en 19 hombres y 59 mujeres con historias de abuso sexual infantil; estos autores contrastaron las características del abuso sexual infantil, las estrategias de enfrentamiento y el actual ajuste psicológico; los participantes fueron reclutados de grupos de apoyo a quienes se les aplicó un cuestionario, un inventario de estrategias y de estilos de afrontamiento y una medida del actual ajuste psicológico; los resultados de este estudio mostraron que las mujeres, en comparación con los hombres, tenían más problemas emocionales y en general más síntomas de trauma relativo al estrés, incluyendo entre estos, altos niveles de ansiedad, depresión y síntomas de estrés postraumático. Por su parte Dinwiddie et al. (2000) encontraron que las mujeres con historia de abuso sexual infantil, no así los hombres, reportaron más fobia social. Cabe mencionar también el estudio de Hernández (1995) cuyo resultado no muestra diferencias por sexo en cuanto a la presencia de trastornos alimenticios en adolescentes que habían vivido abuso sexual infantil.

Por otra parte también se han encontrado diferencias por sexo en cuanto a las características del abuso y las consecuencias manifestadas en las personas que han vivido abuso sexual infantil; así Roth et al. (1997) quienes mediante un análisis de regresión logística examinaron la relación entre las características del abuso y el trastorno de estrés postraumático en 395 individuos de varias clínicas psiquiátricas a quienes se les aplicó un cuestionario sobre eventos estresores, de ahí conformaron finalmente una muestra de 234 participantes hombres y mujeres con trastorno de estrés postraumático quienes reportaron también abuso sexual o físico. Se encontró que las mujeres que vivieron abuso sexual, especialmente quienes también experimentaron abuso físico, tenían más alto riesgo de

desarrollar un trastorno de estrés postraumático; estos autores también encontraron que el tiempo de duración de la experiencia de abuso sexual infantil en las mujeres, a diferencia de los hombres, tenía una correlación significativa con el trastorno de estrés postraumático, especialmente si además del abuso sexual existía abuso físico. De manera similar en el estudio de Molnar et al. (2001) algunas características del abuso sexual se asociaron con rangos más altos de depresión y abuso de sustancias en el grupo de las mujeres, a diferencia del grupo de los hombres.

Factores asociados con el tipo y gravedad de las consecuencias

Se han estudiado las consecuencias del abuso sexual infantil a corto y a largo plazo y se ha observado que éstas pueden ir desde leves a severas, incluyendo síntomas y problemas emocionales, funcionales, sexuales, de conducta y de relación más o menos graves; hasta trastornos y patologías psiquiátricas más severas; sin embargo resulta difícil determinar qué es lo que hace al abuso sexual infantil una experiencia tan devastadora para algunas personas a diferencia de otras, entre los factores que se han estudiado están las características de la experiencia de abuso sexual infantil, las variables familiares y de apoyo alrededor de la persona que lo vive, su personalidad y estructura psicológica y las creencias individuales relacionadas con la experiencia de abuso sexual infantil. A continuación se mencionan algunos de estos factores asociados con el tipo y gravedad de las consecuencias.

Características del abuso sexual infantil

Los resultados de algunos estudios plantean que las características específicas del abuso sexual pueden influenciar el ajuste subsecuente de las personas con experiencias de abuso sexual infantil (Ginzburg et al., 2006; Trickett et al., 2001). Estas características incluyen el uso de la fuerza, la relación con el perpetrador, el tipo de abuso o lo invasivo de la agresión, la cantidad de perpetradores, el número de episodios de la agresión, la edad en que ocurrió, el tiempo que pasó hasta que el abuso fue descubierto y la reacción de los padres, cuidadores y autoridades una vez que el abuso fue reportado. Así, por ejemplo, Molnar et al. (2001)

relacionaron el tipo de contacto que involucra penetración, el conocimiento del perpetrador (a diferencia de cuando el perpetrador es desconocido) y la cronicidad del abuso sexual, con mayores secuelas negativas del abuso en mujeres, específicamente con el trastorno de estrés postraumático y la ansiedad.

Por su parte, Roth et al. (1997) usaron un procedimiento multi-método y un análisis de regresión logística para examinar la relación entre la edad de inicio, duración, tipo de contacto y la complejidad del trastorno de estrés postraumático; donde los participantes hombres y mujeres fueron categorizados de acuerdo al tipo de contacto (sexual, físico o ambos), duración del abuso (agudo vs. crónico), comienzo del abuso (temprano vs. tarde) y tipo de contacto. Se encontró que en las mujeres la cronicidad del abuso sexual infantil, especialmente conjuntada con la experiencia de abuso físico, tenía una correlación significativa con el trastorno de estrés postraumático.

De manera similar el estudio con mujeres de Feerick y Snow (2005) relacionaron el abuso sexual donde existió penetración o intentos de penetración, con niveles más altos de evitación social y de estrés postraumático; estos autores también mencionaron que en las mujeres donde el abuso sexual ocurrió a edades más tempranas se manifestaba más evitación social y malestar, pero menos síntomas de estrés postraumático que en las mujeres donde el abuso sexual ocurrió a edades más avanzadas. Por otro lado, las mujeres que se sintieron presionadas a participar en el abuso manifestaron más síntomas de evitación social, malestar y trastorno de estrés postraumático.

Otro estudio que refiere la importancia de la situación y características en que se da el abuso es el de Coulborn (1995), quien describió la relación entre el uso de sustancias y algunos factores de la situación de abuso en una muestra de mujeres que vivieron abuso sexual infantil (si el abuso fue intra o extra familiar, o ambos; si implicó múltiples ofensores familiares o uno sólo; si el perpetrador realizó otro tipo de maltrato además del sexual; si se buscó apoyo legal o no; etc.), los resultados de este estudio indican un mayor abuso de sustancias en las mujeres que vivieron el abuso por múltiples perpetradores. En contraste, un estudio exploratorio de Koopman et al. (1997) relacionó el número de perpetradores con los síntomas de estrés agudo en mujeres con historias de abuso sexual, encontrando una relación

inversa entre el número de perpetradores y los síntomas de estrés agudo en las mujeres; los autores intentan explicar este resultado como consecuencia de la intensa relación que se puede mantener con un solo perpetrador, a diferencia de cuando el abuso sexual se vive con múltiples perpetradores que pueden no mantener una relación tan estrecha con la víctima.

En cuanto al tipo de contacto, en general la literatura apoya la noción de que el abuso sexual infantil que involucra contacto físico se asocia con más respuestas negativas en adultos, comparado con el abuso sexual infantil que no involucra contacto físico, particularmente se asoció al abuso que involucra penetración con más respuestas negativas (Andrews et al., 2004; Kendler et al. 2000).

En cuanto al impacto de la agresión sexual infantil explicada en términos de la edad de inicio del abuso y de la relación con el perpetrador, los resultados entre diversos autores son contradictorios; por ejemplo, algunos estudios mencionan que el impacto es más fuerte en víctimas que vivieron el abuso sexual en edades más tempranas, en tanto que otros relacionan mayores trastornos mentales cuando el abuso ocurre en edades mayores cercanas a la preadolescencia. Por otro lado, en cuanto a la relación con el perpetrador también se han encontrado diferencias entre autores, ya que algunos consideran un mayor impacto cuando el perpetrador es un miembro de la familia, en tanto que otros indican que el impacto es mayor cuando el perpetrador es un extraño (Andrews et al., 2004).

Variables familiares

Es común que el abuso sexual infantil se presente de manera conjunta con otras situaciones de maltrato, ya que suele ocurrir en contextos familiares específicos donde se dan otro tipo de condiciones y abusos (Linares, 2002). Por otro lado, existen estudios cuyos resultados plantean la relación entre variables familiares asociadas con el desarrollo de subsecuentes síntomas y ajustes entre las personas que viven abuso sexual infantil, por ejemplo, Andrews et al. (2004) realizaron una revisión comparando los resultados de varios estudios sobre abuso sexual, entre sus conclusiones destacaron que el ambiente familiar es el

factor mediador más comúnmente reportado en la literatura sobre abuso sexual infantil. Los factores del ambiente familiar que se estudiaron incluyen relación y funcionamiento parental, violencia doméstica, separación parental durante la infancia, crecimiento lejos de los padres, salud física y emocional pobre de los padres, así como el uso de drogas y alcohol por parte de estos. Lynskey y Fergusson (1997) coincidieron en la importancia de las variables familiares al analizar los resultados de un modelo de regresión que señala al cuidado y apoyo parental durante la niñez como uno de los factores que protegen el desarrollo de trastornos psiquiátricos en niños que han vivido abuso sexual infantil; también Hill, Davis, Byatt, Burnside y Rollinson, et al. (2000) encontraron que el bajo cuidado parental predice los síntomas afectivos en mujeres que vivieron abuso sexual infantil.

De manera similar, Mannarino y Cohen (1996a) realizaron un estudio comparativo de dos grupos (con y sin abuso sexual) y analizaron la relación entre variables de interacción familiar y la formación de síntomas psicológicos en niñas con historias de abuso sexual infantil. Estos autores usaron una escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar, un cuestionario de reacción emocional parental aplicada a las madres de las niñas junto con un cuestionario de apoyo parental, además de una escala de comportamiento infantil. Sus resultados indicaron diferencias significativas por grupo en el cuestionario de cohesión familiar, encontrándose menos cohesión en el grupo con abuso sexual; en este grupo también se encontró una correlación significativa entre adaptabilidad familiar y problemas comportamentales en las niñas que vivieron abuso sexual infantil; además se encontró una relación significativa entre la intensa reacción emocional de los padres ante el abuso sexual y los problemas comportamentales y sexuales de las niñas. Esta investigación evidencia un impacto de los factores familiares sobre el ajuste psicológico de las niñas que vivieron abuso sexual infantil.

En este mismo sentido, Draucker (1996) realizó una revisión de estudios sobre la familia de origen en mujeres con historias de abuso sexual infantil. El autor encontró resultados que corroboran la contribución de variables familiares en la vulnerabilidad al posterior desarrollo de malestar en las mujeres que vivieron abuso sexual infantil. Entre las variables familiares reportadas por estas mujeres se tienen los disturbios en la dinámica familiar, tales como una comunicación pobre y límites difusos; además de la existencia de abuso físico y emocional concomitante en estas familias.

Creencias individuales relacionadas con el abuso sexual infantil

Mientras que las características del abuso sexual infantil parecen contribuir al sufrimiento adulto, su utilidad para el tratamiento clínico de los individuos es limitada porque las características específicas de la experiencia de abuso ya no se pueden cambiar. Sin embargo, las creencias individuales sobre el abuso, otro factor importante en el ajuste adulto (Ginzburg et al., 2006), es una oportunidad potencial para la terapia.

Ginzburg et al. (2006) señalan que la Teoría de la Atribución de Weiner en 1986, provee un campo de trabajo útil para conceptualizar las creencias relacionadas con el abuso sexual infantil y explican que según la teoría de la atribución los individuos tienen una necesidad de explicar los eventos en términos de su propio rol en estos, especialmente en el caso de los eventos negativos; por ejemplo, algunas personas tienden a atribuir los eventos negativos a factores externos como la oportunidad, la suerte o las acciones de otros; en tanto que otras perciben los mismos eventos como consecuencia de sus propias acciones, un ejemplo es la atribución interna manifestada en forma de auto-inculpación.

Comprender las creencias implica conocer aspectos cognitivos y emocionales involucrados en la experiencia de abuso sexual infantil. Así se ha encontrado evidencia de distorsiones cognitivas en mujeres que vivieron abuso sexual infantil, por ejemplo, Owens y Chard (2001) realizaron un estudio con 79 mujeres sobrevivientes de abuso sexual infantil, a quienes les aplicaron dos instrumentos para medir distorsiones cognitivas (la Escala de Creencias y Reacciones Personales, y la Escala de Suposiciones acerca del Mundo). Las autoras identificaron distorsiones cognitivas alrededor de cinco áreas principales, las cuales incluían seguridad, confianza, poder, autoestima e intimidad. Por otra parte también identificaron que las sobrevivientes de abuso sexual estaban más enfocadas en atribuciones de auto-inculpación.

Kamsler (2002) ha observado en muchas de sus pacientes víctimas de abuso sexual infantil la creencia de estar marcadas y de que sufrirán por ello toda su vida, lo que la autora explica puede llegar a convertirse en una profecía auto cumplida.

Desde la teoría feminista de género, Caputi (2003) argumenta que en el abuso sexual una parte intrínseca del trauma son los residuos de emociones de enojo, culpa, impotencia y dolor que pueden seguir manifestándose en la víctima. La autora señala algunos testimonios de mujeres sobrevivientes de abuso sexual los cuales refieren que la víctima se sintió poseída, consumida, ensuciada y desechada.

Por su parte Miller, Parra y Hardin (2006) indican que existe una tremenda sensación de pérdida, sufrimiento y opresión asociados al abuso sexual infantil. Los autores definen el sufrimiento como el proceso continuo de experiencias y reacciones psicológicas, comportamentales, sociales y físicas ante la percepción de pérdida. Señalan que los clientes frecuentemente hacen referencia no solamente a la pérdida de la integridad del cuerpo, sino también al daño psicológico, a la disolución de las relaciones importantes, a una sensación de vacío, a la destrucción de los sentimientos de seguridad, a la pérdida de su niñez, a la distorsión de una normal asociación del placer con la actividad sexual. Mencionan que frecuentemente estos sentimientos de pérdidas tempranas se extienden en la adultez donde las pérdidas adicionales son experimentadas con profunda alienación y desesperación, que frecuentemente los lleva a luchar con la ambigüedad. Los autores mencionan que la recuperación implica generar un significado para esta ambigüedad, así como un ambiente de seguridad, confianza y control.

Tratando de entender la complicada dinámica involucrada en el trauma del abuso sexual, Leahy, Pretty y Tenenbaum (2003) realizaron un estudio mediante la comparación del análisis de las narrativas de dos grupos de adultos sobrevivientes de abuso sexual infantil, con y sin niveles de malestar clínicos, el estudio incluyó un total de 20 participantes voluntarios hombres y mujeres quienes practicaban deportes competitivos, se realizó un análisis de caso negativo que reveló diferencias en ambos grupos en cuanto a percepciones del impacto del abuso, significados de atribución para el abuso y experiencias de apoyo social; las narrativas consideraron dos momentos distintos, cuando el abuso ocurrió y en la actualidad. Los

participantes de ambos grupos no difirieron en cuanto a las características personales ni del abuso sexual, sin embargo si se encontraron diferencias en cuanto a las características de las respuestas que dieron ante el abuso; así por ejemplo ningún participante del grupo con malestar clínico había revelado voluntariamente su abuso en el momento, en tanto que, sólo el 40% del grupo sin malestar clínico no lo había revelado antes de la entrevista de investigación.

En cuanto a la percepción de apoyo se encontraron dos categorías básicas, apoyo positivo y negativo; el positivo incluía comprensión y reconocimiento, así como apoyo práctico; mientras que el negativo fue definido como el apoyo que no fue de ayuda en combatir el abuso o sus efectos; así el grupo con malestar clínico reportó apoyo negativo y manifestó la percepción de que las personas que conocían su situación de abuso sexual no hicieron nada ante éste.

Se analizaron los resultados y diferencias de ambos grupos en cuanto a las atribuciones y al impacto que tuvo el abuso en el momento en que ocurrió y en el momento actual en que se realizó el estudio. En cuanto al momento en que el abuso ocurrió, el impacto se dividió en dos categorías, temas de impacto emocional y temas de impacto cognitivo. En cuanto al dominio emocional los temas comunes en ambos grupos fueron el “shock o la impresión”, el “miedo” y la “vergüenza”; por otro lado la “desregulación afectiva”, entendida como una incapacidad para regular la intensidad de las respuestas afectivas, sólo se encontró en el grupo con malestar clínico. En cuanto al dominio cognitivo tres temas fueron comúnmente reportados en ambos grupos, estos fueron “confusión”, “valencia negativa” y “entrampamiento”; la valencia negativa se refiere a una fuerte y poderosa asignación negativa del evento, por ejemplo: *“fue excesivamente horrible, el peor sentimiento que pudieras conocer”*; la sensación de entrampamiento fue definida como la dificultad de los participantes para responder o revelar su experiencia de abuso; por otro lado un tema que sólo fue reportado en el grupo de malestar clínico fue la “disociación peri traumática”, entendida como la respuesta disociativa ocurrida durante el evento traumático, la cual ha sido fuertemente asociada con las secuelas postraumáticas a largo plazo. En cuanto a las atribuciones durante el momento del abuso, en ambos grupos se encontró un locus de control que atribuía su propia responsabilidad, ya sea en la ocurrencia del abuso o en su propia incapacidad para evitarlo, así

ambos grupos atribuían reducidos significados a los comportamientos amenazadores del perpetrador, por ejemplo, muchas mujeres atribuían los comportamientos del perpetrador a su atracción o amor por ellas.

En cuanto al momento actual ambos grupos reportaron menos temas de impacto y más temas de atribuciones; a su vez las categorías de impacto actual reflejaron temas emocionales, relacionales y de expectativas. En lo que al dominio emocional se refiere el único tema común en ambos grupos fue el “enojo”, mientras que el grupo de malestar clínico expresó también temas de “dolor” y “pérdida”. En cuanto al dominio relacional únicamente el grupo con malestar clínico reportó dificultades actuales con la “confianza” e intimidad”. Con respecto a las expectativas únicamente el grupo con malestar clínico manifestó pérdidas de las posibilidades de carrera o profesionales. Únicamente los participantes del grupo sin malestar clínico no reportaron ningún efecto actual del abuso sexual en los dominios relacional y de perspectivas. En cuanto a las atribuciones actuales ambos grupos percibían la responsabilidad del perpetrador en el abuso sexual, así expresaban palabras como “abuso de poder”, “manipulación”, “engaño” y “traición”; sin embargo el grupo con malestar clínico también reportó temas de su propia responsabilidad, ya sea en la ocurrencia del abuso o en fallas propias al no prevenirlo. Además el grupo con malestar clínico aún luchaba por darle sentido a la experiencia de abuso y expresaba claramente confusión; en contraste, el grupo sin malestar clínico había accedido a un amplio rango de construcciones significativas sobre su experiencia de abuso, así claramente culpaban al perpetrador asignándole fallas y defectos, además atribuían la experiencia de abuso sexual a las circunstancias o a la mala suerte de estar en el momento y lugar equivocados; por otro lado los participantes del grupo sin malestar clínico también manifestaron una visión actual que desempoderaba al perpetrador.

Por otro lado la evidencia de los efectos ocasionados por las creencias y atribuciones negativas le han otorgado a la vergüenza y culpa una importancia fundamental dentro del abuso sexual infantil, por lo que es importante retomar los factores involucrados alrededor de estas emociones.

Vergüenza y Culpa en el Abuso Sexual Infantil

Muchas investigaciones evidencian que las personas con una historia de abuso sexual infantil experimentan vergüenza y culpa hacia ellas mismas por los contactos sexuales; además los hallazgos de estos estudios relacionan los efectos de este tipo de atribuciones en la formación de síntomas psicológicos y en el nivel de ajuste adaptativo en víctimas de abuso sexual infantil (Alaggia, 2005; Barker-Collo, 2001; Cantón-Cortés et al., 2011; Deblingler y Runyon, 2005; Feiring y Taska, 2005; Feiring et al. 1996, 1998 y 1999; Mannarino y Cohen, 1996b; Mannarino y Cohen, 1996b; Mannarino et al. 1994; McGee et al. 2001; Peters y Range, 1996; Quas et al. 2003; Ullman y Filipas, 2005). Por lo tanto es importante describir y diferenciar los conceptos de vergüenza y culpa.

Concepto de vergüenza y culpa

A pesar de que muchos autores tienden a usar indistintamente los términos de vergüenza y culpa debido a las similitudes compartidas por ambas emociones, también existen otros autores que han intentado distinguir y diferenciar cada uno. Así por ejemplo Reidl y Jurado (2007) realizaron una revisión de diversos autores enfocados en el estudio de la vergüenza y la culpa, encontrando que, la vergüenza y la culpa son emociones resultado del proceso de socialización del ser humano, ambas importantes tanto en la regulación del comportamiento como en la formación de síntomas psicológicos, y a diferencia de las emociones básicas, éstas no involucran expresiones faciales claramente definibles.

Entre los rasgos compartidos por la vergüenza y la culpa, Reidl y Jurado (2007) encontraron que ambas se clasifican como emociones morales que tienen que ver con la conciencia de sí mismo, son auto referenciales, tienen valencia negativa e involucran atribuciones internas; además el tipo de interacción entre los padres y el niño va a ser relevante en el desarrollo de ambas.

Para entender como surgen la vergüenza y la culpa a través de las etapas del desarrollo vital de la persona, Parker y Thomas (2009) retoman el modelo de desarrollo de Erik Erikson de 1950, el cual es un modelo que intenta explicar el desarrollo del yo en el contexto de las interacciones sociales; en el modelo se menciona que el crecimiento ocurre balanceando la tensión producida por ciertas polaridades en cada etapa del desarrollo y se establece que aunque ambas polaridades son necesarias, la salud requiere un desequilibrio en favor de la cualidad positiva; así en cada etapa surgirán crisis del desarrollo las cuales si se resuelven producirán un yo más fortalecido que ayudará a enfrentar las tareas de la siguiente etapa del desarrollo. Para Erikson la vergüenza precede al desarrollo de la culpa, la primera surge entre los 3 y 5 años, mientras que la segunda entre los 6 y 12 años; si no hay una apropiada medida de vergüenza, ni la culpa ni la iniciativa (polaridades que tiene que enfrentar el niño en la siguiente etapa) pueden desarrollarse adecuadamente. Para Erikson la vergüenza está conectada con la autonomía, un desequilibrio en favor de la vergüenza y duda, sobre la autonomía, resultará en actividad compulsiva; por otra parte la culpa se ha asociado con iniciativa, un desequilibrio en favor de la culpa sobre la iniciativa inhibirá la productividad, lo que dificultará la conducción hacia metas futuras.

Por otro lado, entre los rasgos distintivos encontrados en la revisión realizada por Reidl y Jurado (2007) se tiene que, aunque ambas emociones pueden surgir de los mismos eventos inductores (mentir, hacer trampa, robar, no ayudar a otros, etc.), a diferencia de las transgresiones o fallas morales que inducen tanto culpa como vergüenza, la vergüenza puede surgir más frecuentemente de fallas no morales como una conducta o vestimenta socialmente inapropiada. Así mismo, la vergüenza surge de la exposición pública, real o posible, ante una transgresión o falla, en tanto que la culpa es una experiencia privada que involucra a la conciencia. Además, aunque ambas experiencias se relacionan con un *self* evaluado negativamente, en la culpa el foco de atención es el acto realizado y no el *self* en sí mismo, mientras que en la vergüenza el foco de atención es la totalidad del *self*.

Acordes con estas distinciones entre vergüenza y culpa, Parker y Thomas (2009) realizaron un trabajo profundo donde retoman investigaciones cuantitativas y cualitativas, de varios autores (Tangney, 1990; Tangney, Miller, Flicker y Barlow, 1996; Tangney, Wagner, Fletcher y Gramzow, 1992; Tangney, Wagner, Hill-Barlow, Marschall, y Gramzow, 1996; entre otros) cuyos resultados confirman y apoyan la teoría de Lewis elaborada en 1971 sobre las

diferencias cognitivas, afectivas y motivacionales entre vergüenza y culpa, y la manera en que son expresadas fenomenológicamente.

En cuanto a las diferencias cognitivas, se observa que en la culpa el yo juzga su propia conducta; mientras que en la vergüenza el yo pronuncia un juicio sobre la inadecuación del yo mismo, lo cual coincide con lo anteriormente manifestado en la revisión realizada por Reidl y Jurado (2007). De esta manera, quienes experimentan vergüenza se ven a ellos mismos sin valor e incapaces de hacer cambios en el ambiente o en ellos mismos; en contraste, quienes experimentan culpa se perciben capaces de realizar acciones correctivas hacia las consecuencias de su comportamiento o hacia sus comportamientos futuros.

Otra diferencia cognitiva entre vergüenza y culpa se refiere al origen de la evaluación negativa, mientras en la vergüenza la fuente de la evaluación negativa del yo proviene de fuera, es decir se origina en el otro (a pesar de ser una experiencia interna la vergüenza involucra el juicio de desaprobación del otro que posteriormente se internaliza); por el contrario en la culpa el sistema de evaluación interno proviene de la propia persona.

En cuanto a las diferencias afectivas, la primera de ellas se refiere a la falta de empatía en la vergüenza; por el contrario, la culpa tiene que ver con sentirse mal al ser consciente de haber dañado a alguien, es decir, involucra una respuesta empática ante la conciencia de malestar de alguien más y ante la conciencia de ser causante de ese malestar, desde esta perspectiva la empatía es un prerrequisito esencial para la culpa.

La segunda diferencia afectiva es el enojo y agresión generados en la vergüenza, según la forma activa o pasiva que tome la vergüenza en un intento del individuo por manejar sus propios sentimientos; de esta manera la forma pasiva es asociada con enojo, mientras que la forma activa con agresión, es decir, enojarse con los otros o dirigir el enojo hacia los otros; por otro lado, debido a que en la culpa los individuos no responsabilizan a factores externos o a otras personas por los eventos negativos, si no que, por el contrario son conscientes de su

propia participación en las situaciones negativas, por consiguiente sienten una obligación de dirigir una acción reparadora tal como confesar, disculparse, o modificar sus acciones.

En cuanto a las diferencias motivacionales la vergüenza implica retirarse de los otros, huir especialmente de las situaciones que generaron vergüenza; mientras que la culpa involucra un movimiento hacia los otros en un intento por reparar el daño; de esta manera quienes experimentan culpa toman responsabilidad por sus acciones y las consecuencias de éstas; la persona avergonzada es incapaz de tomar responsabilidad y suele culpar a otras personas.

Los reportes fenomenológicos indican que las consecuencias motivacionales y comportamentales de la culpa se orientan hacia la acción reparativa, así por ejemplo en el estudio de Leith y Baumeister (1998) el análisis de las narrativas de los participantes propensos a la culpa se dirigían a la empatía y a la acción correctiva; la vergüenza por otro lado es una experiencia mucho más global, dolorosa y devastadora en la cual se evalúa negativamente el *self* total, no sólo determinado comportamiento; este afecto global negativo es acompañado frecuentemente de una sensación de empequeñecimiento, falta de valor e impotencia; seguida de un deseo de huir o escapar de la situación interpersonal en cuestión (Park y Thomas, 2009).

En este sentido Karlsson y Sjöberg (2009) realizaron un estudio fenomenológico con el objetivo de descubrir los componentes estructurales esenciales involucrados en las experiencias de culpa y vergüenza. Los datos fueron tomados de la experiencia conciente y espontánea de los 20 participantes del estudio, ocho de los cuales describieron la experiencia de culpa y 12 la de vergüenza. Se utilizaron protocolos escritos seguidos de entrevistas, las cuales fueron audio grabadas, transcritas y analizadas subsecuentemente por medio del método fenomenológico-psicológico y hermenéutico.

Sus resultados indicaron que las experiencias de culpa y vergüenza son indudablemente muy dolorosas, los autores señalan que un signo de dolor fue el que los participantes frecuentemente describieron sus experiencias en términos de una tercera

persona (“uno”) en lugar de en primera persona (“yo”). Por otra parte encontraron que los dos fenómenos (culpa y vergüenza) difieren estructuralmente el uno del otro; sin embargo la vergüenza siempre está presente en la culpa, lo contrario no ocurre por lo que se puede hablar de “vergüenza pura”.

En cuanto a los componentes estructurales de la culpa, los autores señalaron que ésta concierne a la acción u omisión de una conducta y tiene un claro despliegue temporal que implica desde el “momento de negligencia” en el que la persona es inconsciente del acto cometido, pasando por un “momento de reconstrucción” en el que evalúa su propia participación y responsabilidad, lo que conlleva a una transformación hacia el “momento de culpa” en el cual se auto reprocha por haber cometido el acto.

En relación a la vergüenza Karlsson y Sjöberg (2009) encontraron siete componentes estructurales de la “vergüenza pura”: 1. El anclaje a la situación a la cual se refiere (es decir, existe una simultaneidad entre los sentimientos de vergüenza y la situación generadora, los autores mencionan como regla general que la vergüenza se experimenta directamente en la situación generadora; por otro lado los sentimientos de vergüenza pueden regresar mediante la imaginación o recuerdo de la situación pasada) 2. La aniquilación emocional de la situación (se refiere a los deseos de escapar y/o aniquilar la situación generadora de vergüenza, aquí no hay deseo de reparar la situación, más bien de eliminarla) 3. El aspecto público (la vergüenza está conectada a una situación social, es decir, es a través de la mirada de otras personas que alguien se siente avergonzado), 4. La exclusión de la comunidad social (los sentimientos de vergüenza implican sentimientos de rechazo, experiencia de exclusión, o sentimientos de aislamiento o soledad) 5. La experiencia corporal (la vergüenza no puede ser ocultada a la mirada de los otros, el cuerpo revela y manifiesta la experiencia de vergüenza) 6. El descubrimiento de un yo indeseable (la experiencia de vergüenza revela un lado indeseable del propio yo) 7. El origen de la vergüenza (la vergüenza actual tendrá que ver con las experiencias tempranas de vergüenza).

Tanto Reidl y Jurado (2007) como Park y Thomas (2009) concluyen que la mayoría de las teorías que distinguen a la culpa de la vergüenza establecen una diferencia entre ambas, la

vergüenza hace sentir a la persona que es mala toda ella, en tanto que la culpa implica enfocarse en las malas acciones particulares. Además, la vergüenza involucra a un *self* pasivo o indefenso, en tanto que la culpa involucra a un *self* activo y reparador; es decir, la vergüenza típicamente implica esconderse, en tanto que la culpa implica tratar de compensar o remediar. Mencionan también que tradicionalmente se ha visto a la vergüenza como un precursor del desarrollo de la culpa, una emoción que existe antes de que se hayan interiorizado las normas de comportamiento, es decir, la vergüenza es vista como la tendencia a sentirse mal sobre las malas acciones realizadas cuando se es atrapado por alguien y la culpa como la tendencia a sentirse mal porque se violan algunas de las normas interiorizadas.

Estos autores también concluyen que la culpa se ha indicado como una emoción menos global y devastadora que la vergüenza, en el sentido de que la culpa sólo señala la evaluación negativa de un comportamiento en específico, permaneciendo el *self* total de la persona intacto. Además la emoción de culpa moviliza para realizar una acción reparativa, donde el sentido de tensión, remordimiento y pesar conlleva una presión de confesar, pedir perdón o compensar lo que se hizo mal. Estos autores señalan que varios estudios sugieren que la culpa fomenta una orientación adaptativa y constructiva hacia los otros, mientras que la vergüenza involucra procesos que probablemente sean perjudiciales a las relaciones interpersonales y que pueden dar lugar a una gama de motivaciones potencialmente destructivas como defensas, comportamientos interpersonales inadecuados y síntomas psicológicos.

De manera muy similar Karlsson y Sjöberg (2009) a raíz de los resultados encontrados en su estudio concluyen que, la vergüenza es una experiencia más dolorosa que la culpa y tiene mayor riesgo de no ser descubierta; además la estructura de la culpa y la vergüenza son muy diferentes. Los autores resumen las diferencias esenciales entre estas dos emociones en tres puntos principales: 1. Con relación al objeto de culpa y vergüenza. Los sentimientos de culpa tienen que ver con acciones u omisiones de acciones, en este sentido la culpa se refiere al "*hacer*"; por otro lado la vergüenza tiene que ver con el propio yo, en este sentido se refiere al "*ser*", 2. Con respecto a la posición entre el yo y los otros. Se puede decir que la culpa tiene la función de proteger la integridad del otro; mientras que la vergüenza funciona sobre la base de protegerse a sí mismo, 3. Con respecto al orden temporal. La culpa tiene un proceso muy definido, claro y característico, así inicia después de un momento de inconsciencia a través de

la reconstrucción de la situación; por el contrario la “vergüenza pura” no tiene un proceso característico, así se experimenta en la situación original y puede re experimentarse varios años después; además la vergüenza puede despertar otras experiencias previas similares.

A pesar de que suele señalarse a la vergüenza como una emoción más devastadora, es importante no dejar de lado que ambas emociones pueden ser negativas. Así por ejemplo, Reidl y Jurado (2007) mencionan que la culpa se ha asociado a otras emociones también negativas como la tristeza, angustia, ansiedad, rencor, enojo y miedo; además la existencia de una culpa patológica (caracterizada por la tendencia a culparse a sí mismo de manera crónica y obsesiva por algún comportamiento objetable) se ha relacionado con algunos síntomas en adultos, tales como, depresión, ansiedad, baja autoestima, estrés postraumático y timidez patológica.

En este sentido Brockner y Guare (1983) señalan que los individuos que se culpan a sí mismos por sus fracasos, suelen tener una baja autoestima que perpetúa continuos fracasos y negativas auto-evaluaciones; estos autores realizan un estudio que sugiere que el círculo vicioso de baja auto estima puede ser roto si las personas atribuyen sus fracasos a factores externos a ellos mismos más que a sus propias inadecuaciones personales.

Por otro lado tanto la culpa como la vergüenza se han observado dentro de varios padecimientos psicológicos. Por ejemplo, Reidl y Jurado (2007) encuentran una gran cantidad de autores que señalan la existencia de vergüenza y culpa dentro de padecimientos como la depresión, ansiedad, somatización, neurosis obsesiva, enfermedad bipolar, esquizofrenia, masoquismo, abuso de sustancias, trastornos alimentarios, devaluación, desprecio hacia sí mismo y conductas auto destructivas, entre otros.

Finalmente es necesario entender la importancia de la cultura dentro de estas emociones, en este sentido Reidl y Jurado (2007) señalan que las emociones y la cultura están relacionadas de manera recíproca y mutua; de tal manera que el desarrollo y la organización de los procesos y experiencias emocionales dependen del marco cultural dominante donde las

emociones con toda su estructura fisiológica se verán influidas por los sistemas de significado dentro de los cuales adquieren sentido. Es decir, las culturas pueden diferir en el significado que dan ante diversas situaciones y también en cuanto a lo que serían las respuestas apropiadas ante estas situaciones; además cada cultura puede considerar diferentes elementos como significativos, relevantes o intrascendentes.

Estos autores señalan que existen diferencias en la manifestación de culpa y vergüenza dentro de las culturas individualistas y de las culturas colectivistas. Señalan que en culturas colectivistas como la mexicana, donde los límites entre el *self* y los otros parecen ser más permeables o débiles, las comparaciones desfavorables y la transgresión del otro cercano y significativo pueden generar más vergüenza y culpa que en otras culturas más individualistas.

Dado que ambas emociones se han encontrado asociadas a diversos padecimientos psicológicos, se ha sugerido la importancia de comprender, diferenciar y tratar con los sentimientos de culpa y vergüenza de manera distinta en terapia. En este sentido Park y Thomas (2009) proponen algunos criterios para diferenciar entre la vergüenza y la culpa dentro de un proceso terapéutico.

1. Si la presentación del problema se enfoca sobre la maldad global de la persona más que sobre la acción específica, entonces es la vergüenza, más que la culpa, la emoción central y viceversa. De esta manera la culpa implica la existencia de un sentido del yo más claro y estable, a diferencia del sentido del yo más difuso encontrado en la vergüenza. La estabilidad del yo se muestra de diversas maneras en terapia, en primer lugar, una depresión cargada de culpa es evidente cuando se habla de las acciones tomadas o no tomadas, mientras que una depresión cargada de vergüenza se caracteriza por reportes de desvalorización o maldad de la persona. Similarmente, la ansiedad de una persona propensa a la culpa deriva de la conciencia del daño causado hacia otros, mientras que la ansiedad conectada a la vergüenza podría reflejar preocupación por uno mismo y no por el otro, de esta manera se podría mostrar ansiedad ante el descubrimiento o juicio de los otros por violar los estándares, no cumplir las expectativas o ante la petición de hacer cosas que revelen las deficiencias propias.

2. Problemas de límites y compulsiones. De acuerdo con la teoría del desarrollo de Erikson la vergüenza implica un conflicto sobre la autonomía, lo cual puede generar problemas en el establecimiento de límites, así por ejemplo, los pacientes que no muestran cautela al elegir a sus amigos o indiscriminadamente permiten que otros tomen ventaja sobre ellos, sufren de un profundo sentimiento de vergüenza más que de culpa, lo cual tiene que ver con un yo menos estable y con límites más difusos. La propensión a la vergüenza también puede manifestarse en temor a la intimidad; por el contrario, como la culpa implica un sentido más claro del yo, no está acompañada del temor a una interacción dolorosa con otros, donde el yo pueda quedar abrumado o aplastado por los demás; así se tiene claro qué está permitido y qué no, y dónde el yo y los otros empiezan y terminan. Por otro lado las compulsiones indican pérdida de control en pensamientos o comportamientos, por ejemplo, una persona adicta dominada por la vergüenza describirá sus adicciones en función de su naturaleza incontrolable y manifestará pensamientos negativos sobre su persona, lo cual la haría sentirse paralizada e incapacitada de tomar la acción reparativa; mientras que una persona dominada por la culpa describirá su comportamiento como una elección inadecuada que necesita corregir. Un diferente tipo de compulsión y rigidez puede manifestarse en forma de perfeccionismo, lo que compensaría la pérdida de control, esto suele ser más común en personas con vergüenza que con culpa.

3. Falta de empatía en la vergüenza, a diferencia de la persona con culpa la cual tiene la capacidad para reconocer el impacto de su comportamiento sobre el otro e intentar la acción reparadora.

4. Tendencia a culpar a los otros y a enojarse. En la vergüenza el problema descrito por la persona se enfoca en la falla de otro más que su propia contribución en el problema, contrario a lo que ocurre en las personas propensas a la culpa.

5. Retirada. En la vergüenza existe una acción de retirada de otras personas aún más si va asociada con enojo; o en su forma más pasiva el aislamiento de los otros puede indicar la evaluación negativa global del yo, donde el paciente emprende la retirada bajo la convicción de que los otros pueden no desear estar con una persona tan reprochable; por el contrario,

como ya se mencionó, en una persona donde la emoción dominante es la culpa es más probable que se mueva hacia otros para emprender las acciones reparadoras.

Una vez identificada la emoción imperante en el paciente, Park y Thomas (2009) proponen establecer objetivos de intervención terapéutica distintos para cada una de estas emociones. Así por ejemplo las personas dominadas por la vergüenza tendrían que primeramente fortalecer el yo (por ejemplo distinguiendo el yo de sus comportamientos) como paso previo hacia la habilidad de empatizar con otros, los terapeutas deben enfocarse en crear un ambiente de seguridad y no enjuiciamiento en donde el yo pueda relajar sus defensas y así permitir la reflexión sobre las propias acciones. Fortalecer el yo implica pasar de la vergüenza a la culpa, en el sentido de que el paciente pueda ver las consecuencias de sus actos, tome la responsabilidad de sus acciones e inicie la acción reparadora.

No obstante lo expuesto anteriormente, es importante mencionar que en el abuso sexual infantil, la persona no es responsable de lo ocurrido, por lo tanto la terapia no debe estar enfocada en ayudarle a tomar conciencia de la responsabilidad de sus actos ni en dirigirlo a iniciar la acción reparadora; por el contrario la persona debe reconocer la ausencia de responsabilidad propia en el acto que ha sido cometido contra su persona.

Desarrollo de la vergüenza y culpa dentro del abuso sexual infantil

Tanto la vergüenza como la culpa han sido estudiadas como variables mediadoras entre el abuso sexual infantil y el ajuste psicológico de las víctimas. Con respecto a la culpa desde un punto de vista teórico la víctima puede dirigir la responsabilidad del abuso hacia sí misma, hacia el agresor o hacia otros adultos (Cantón-Cortés et al., 2011); sin embargo nos interesan las atribuciones de auto inculpación porque son las que se han visto mayormente asociadas con un peor ajuste psicológico en las víctimas de abuso sexual infantil; además de que los abusos sexuales más intrusivos (generalmente los más frecuentes y los cometidos por una persona cercana al niño) suelen estar mayormente asociados a atribuciones de auto inculpación (Feiring y Cleland, 2007; Quas et al., 2003).

Ayala (2008) realizó un trabajo reflexivo sobre la dinámica de la culpa dentro del abuso sexual, el cual se basó en sus observaciones clínicas durante 13 años de experiencia terapéutica con personas que habían vivido abuso sexual infantil. La autora mencionó los siguientes aspectos:

Las secuelas del abuso sexual afloran en forma de un trastorno de pánico, ansiedad, depresión, hipocondría y problemas de pareja con un trasfondo de vergüenza, culpa y/o miedo. El daño del abuso sexual se refleja en la víctima en forma de impotencia, laceración de la autoestima, rechazo al propio cuerpo, auto castigo y la imposición de la subjetividad, la cual se refiere a los aprendizajes, creencias, percepciones y distorsiones cognitivas, que se imponen sobre sus propios sentimientos, emociones y cogniciones.

El abuso sexual deja en la víctima una huella psíquica traducida en sentimientos de vergüenza y miedo, siendo el efecto más dramático la “sustracción y apropiación de la culpa por parte de la víctima” (este sentimiento es mayor cuando hay una relación de parentesco o cercanía entre el agresor y la víctima). La víctima siente culpa a través de un vínculo con el hecho delictivo, al sentirse parte del acto y por lo tanto co-participe de quien lo ejecuta (el agresor); así la víctima percibe cierta complicidad en un acto que no es aceptado legal, moral, social o religiosamente. Si en su autoevaluación la víctima interpreta que permitió la ocurrencia del acto o que no hizo nada por evitarlo, sentirá que comparte la responsabilidad por el mismo. Por otra parte, la realidad objetiva de un placer biológico acentúa la participación pasiva y la autoritaria conciencia moral. En ocasiones el sentimiento de vergüenza y la apropiación de la culpa llevan a las víctimas a adoptar medidas punitivas contra ellas mismas.

El sentimiento de culpa puede ser vivenciado en tres modalidades, culpa por haber permitido el hecho o no haberlo evitado, culpa por la confesión del hecho (por haber violado el secreto) y culpa por las consecuencias acarreadas por la confesión.

En este mismo sentido, Miller et al. (2006) señalan que existe una relación significativa entre el abuso sexual infantil y la auto-inculpación, los autores señalan que las atribuciones de autoinculpación incluyen culparse a sí mismo por participar activamente en el comportamiento sexual, por fallar en buscar ayuda, por fallar en evitar el abuso y por sentir placer.

Ayala (2008) señala que la culpa irá configurándose con base en la etapa del desarrollo cognoscitivo o moral que atraviese la víctima en el momento del abuso. La autora comenta que a cada etapa del desarrollo le corresponde un modo particular de percibir y significar el mundo; así retoma la teoría de la personalidad desarrollada por Erikson para explicar el desarrollo de la culpa, de esta manera explica que en la etapa denominada “iniciativa vs culpa” (de los 3 a los 5 años) la culpa va a surgir asociada al costo de la conducta exploratoria del niño, la cual no recibe la aceptación del adulto sino la censura, iniciándose la formación de una imagen negativa de sí mismo y la percepción de ser malo. La autora comenta que la auto percepción de maldad puede ser superada en la siguiente etapa “laboriosidad vs inferioridad” (de los 6 a los 12 años); sin embargo, si la transición por ésta no es sana, el niño transformará su sentimiento de culpa en minusvalía.

Con respecto a un niño que sufre abuso sexual en alguna de estas etapas, la autora señala que el niño va a emitir juicios sobre sí mismo y su conducta, a partir de las normas aprendidas de sus mayores respecto a la conducta y rol sexual. El niño a pesar de que con su pasividad y sometimiento durante el abuso sexual está complaciendo las demandas de un adulto, se siente mal cuando al mismo tiempo está faltando a las normas previamente establecidas por otros adultos.

Por otra parte, Miller et al. (2006) explican que el abuso sexual es un ejemplo de opresión sexual y que la cultura de opresión es creada por fuerzas y estructuras sociales que promueven una cultura patriarcal y heterosexista, donde los perpetradores no muestran empatía por sus víctimas y las tratan como objetos bajo la creencia de que ellas merecen ser tratadas así. Los autores señalan que existe una tendencia de los perpetradores de culpar a las víctimas por sus comportamientos provocativos, lo cual refleja y promueve la ideología de

culpar a la víctima, mencionan que el vocabulario usado involucra actitudes y creencias que justifican al perpetrador y aún más, en ocasiones la idea de que ellas lo querían o disfrutaban.

El desarrollo de la culpa tiene que ver con la atribución de responsabilidad por la ocurrencia del abuso sexual infantil, en especial la atribución de responsabilidad realizada por el agresor y por las personas más cercanas al niño. De igual manera la atribución de responsabilidad tiene relación con algunos prejuicios, estereotipos y roles de género; varios autores han estudiado este fenómeno, por ejemplo, Cappelletti y Arriaga (2008) realizaron una investigación donde analizan las actitudes de los participantes a una situación hipotética de abuso psicológico, el experimento evalúa la percepción y atribución de culpa hacia diferentes víctimas de agresión, los autores encontraron que los participantes tendían a percibir menos responsabilidad en las víctimas mujeres con un rol de género de ama de casa tradicional, mientras que responsabilizaban en mayor medida a mujeres profesionistas con un rol de género no tradicional.

Davies y Rogers (2009) han investigado también mediante casos hipotéticos la percepción de culpabilidad y credibilidad de víctimas de abuso sexual infantil; estos autores encontraron diferencias relacionadas con la edad de la víctima, con la relación entre la víctima y el agresor y con las respuestas obtenidas según el género de los participantes del estudio; así, las participantes mujeres tendían a manifestar una actitud más positiva y empática con las víctimas y a creerles más, en comparación con los participantes hombres; también se encontró que los participantes del estudio, tanto hombres como mujeres, manifestaban mejor actitud y mayor credibilidad hacia las víctimas cuando éstas eran más pequeñas y cuando el agresor era un extraño. En otro estudio de casos hipotéticos, Rogers, Josey y Davies (2007) encontraron resultados similares; así la percepción de culpa y credibilidad tenía que ver con la edad y atractivo de las víctimas y con el género de los participantes del estudio; siendo percibidos con menos culpa y mayor credibilidad las víctimas de menor edad, las víctimas percibidas como más atractivas y las víctimas con menor número de historias previas de abuso sexual, ya sea con el mismo perpetrador o con diferentes; y teniendo las participantes mujeres una actitud más pro víctima y anti perpetrador que los participantes hombres.

En cuanto al desarrollo de la vergüenza, Feiring et al. (1996) con base en una revisión de investigaciones clínicas y evolutivas proponen un modelo que intenta explicar los factores involucrados en el desarrollo de vergüenza en niños que han vivido abuso sexual infantil. Los autores mencionan que los niños pueden ser particularmente vulnerables a desarrollar sentimientos de vergüenza porque su visión de ellos mismos aún está en formación y por el estigma asociado con el abuso. El modelo propone que el abuso sexual conduce a la vergüenza a través de la mediación de atribuciones cognitivas sobre el abuso, y que la vergüenza a su vez conduce a un pobre nivel de ajuste. Los autores sugieren tres factores que moderan dicho proceso de estigmatización, los cuales se refieren al apoyo social, sexo y etapa del desarrollo.

Aronson (2007) analiza aspectos de la cultura latinoamericana que influyen en el desarrollo de la vergüenza en los niños que viven abuso sexual infantil; la autora señala la influencia de la religión y de los tabúes sexuales; la función de la vergüenza como una medida para ejercer control; menciona que el locus de control externo común en culturas latinoamericanas provoca que se reaccione pasivamente ante el descubrimiento o revelación del abuso sexual. La autora también menciona cómo contribuyen al desarrollo de la vergüenza ciertas creencias tales como que las mujeres provocan al agresor, los hombres no tienen control sexual y por lo tanto la mujer es responsable del control sexual de los hombres.

Culpa en mujeres adultas con experiencias de abuso sexual infantil

La mayoría de estudios realizados con adultos víctimas de abuso sexual infantil reportaron evidencia de sentimientos de culpa y no de vergüenza; por otro lado, aunque los sentimientos de culpa se han encontrado tanto en hombres como en mujeres con experiencias de abuso sexual infantil, son más las investigaciones que señalan atribuciones de autoinculpación en mujeres.

Con relación a esto Ullman y Filipas (2005) aplicaron un cuestionario a 733 estudiantes y encontraron diferencias entre hombres y mujeres que vivieron abuso sexual infantil, los autores señalaron que las mujeres, en comparación con los hombres, experimentaron más

culpa, además de otros síntomas tales como, mayor sufrimiento y severidad de síntomas de estrés postraumático.

También Alaggia (2005) encontró mayores sentimientos de responsabilidad en mujeres comparadas con hombres, sus hallazgos se basaron en 30 entrevistas cualitativas a profundidad realizadas a adultos que vivieron abuso sexual infantil; la autora señaló que los hombres reportaron dificultades para revelar su abuso porque sentían miedo de ser vistos como homosexuales y víctimas, en tanto que las dificultades de las mujeres para revelar el abuso estaban centradas sobre sus sentimientos de responsabilidad y culpa por la ocurrencia del hecho.

Las atribuciones de autoinculpación también se han relacionado con la gravedad del abuso sexual infantil en mujeres, así por ejemplo Cantón-Cortés, et al. (2011) realizaron un análisis por medio de un modelo de ecuaciones estructurales en 163 mujeres estudiantes universitarias de entre 18 y 64 años, sobrevivientes de abuso sexual infantil. Los autores retomaron tres características del abuso sexual infantil (tipo, continuidad y relación entre el agresor y la víctima) las cuales se combinaron con la variable gravedad del abuso. También se tuvo una variable denominada estrategia de afrontamiento (afrontamiento destructivo, de evasión o de evitación) y finalmente otra variable referente a los síntomas del trastorno de estrés postraumático (síntomas de re experimentación, evitación e hiper activación). El modelo incluía todas las relaciones directas e indirectas entre la gravedad del abuso sexual infantil y el trastorno de estrés postraumático a través de las atribuciones de culpa y el afrontamiento de evitación. En lo que respecta a la autoinculpación el modelo final sugirió que una mayor gravedad del abuso se relacionaba con puntuaciones superiores de autoinculpación e inculpación a la familia. Por otro lado, la autoinculpación e inculpación a la familia se asociaron con un mayor uso de estrategias de evitación, las cuales a su vez se asociaron con puntuaciones superiores en sintomatología del trastorno de estrés postraumático. Los autores explicaron que las víctimas que piensan que son culpables pueden tener mayor dificultad para aceptar el abuso, aumentando así el riesgo de que utilicen estrategias como la negación o el distanciamiento.

Además, la presencia de culpa en mujeres adultas que vivieron abuso sexual infantil se ha relacionado con depresión y comportamientos auto-destructivos (Barker-Collo, 2001; Hoagwood, 1990; Peters y Range, 1996), con una baja autoestima (Hoagwood, 1990) y con ansiedad en las relaciones (McMillen y Zuravin, 1997). Estas investigaciones serán detalladas en el apartado correspondiente a depresión, ansiedad y baja autoestima.

La vergüenza y la culpa se han señalado como mediadores importantes en la recuperación del abuso sexual (Deblinger y Runyon, 2005), asimismo se ha mencionado la evidencia de los efectos negativos de ambas emociones lo cual deriva en la necesidad de considerarlas al momento de diseñar programas de intervención terapéutica para el abuso sexual infantil, en relación con esto Feiring y Taska (2005) sugieren que la vergüenza y la culpa a consecuencia del abuso sexual deben ser los focos del tratamiento.

Propuestas de Intervenciones Terapéuticas Dirigidas a Trabajar los Efectos del Abuso Sexual Infantil en Mujeres Adultas

Diferentes corrientes teóricas han abordado la problemática de abuso sexual, las más reportadas en la literatura son las terapias cognitivo-conductuales (Cohen y Mannarino 1996; King et al., 2000; Trowell et al., 2002; Ramchandani y Jones, 2003; Putnam, 2003; Cohen et al., 2004; Leserman, 2005); también se ha trabajado con el enfoque de soluciones y con la terapia narrativa (Dolan, 1991; Durrant y White, 2002; McNamee y Gergen, 1996); con un enfoque cognitivo-psicodinámico (Llewelyn, 2002); con terapias de apoyo no directivas (Bass y Davis, 1995) y con terapias con métodos psicoeducativos (Talbot, Houghtalen y Cyrulik, 1998). Las modalidades de trabajo incluyen terapia grupal, individual y familiar (Ramchandani y Jones, 2003; Talbot, Houghtalen y Duberstein, 1999).

En cuanto a las propuestas terapéuticas dirigidas al tratamiento de mujeres adultas con experiencia de abuso sexual infantil, éstas incluyen enfoques que van desde el psicoeducativo, cognitivo, psicodinámico, psicocorporal, de soluciones, colaborativo y narrativo, entre otros; así como modalidades de terapia de apoyo, grupal, individual y familiar.

Algunas propuestas de tratamiento no cuentan con estudios que evalúen su efectividad, sin embargo es pertinente mencionarlas ya que son de las propuestas más ampliamente desarrolladas; dentro de éstas tenemos una intervención basada en el modelo de soluciones, la cual fue propuesta por Dolan (1991) quien utilizó técnicas enfocadas en los recursos de las mujeres con historias de abuso sexual infantil, el tratamiento considera importante las relaciones cercanas de las mujeres como fuente de apoyo y facilitación del proceso terapéutico. Desde la terapia narrativa, Kamsler (2002) elaboró una propuesta de intervención enfocada en vencer la imagen dominante de sí mismas a través de retomar la experiencia de falta de control y promover el reconocimiento de las imágenes opresivas y negativas que se encuentran en las mujeres que vivieron abuso sexual. Dentro del modelo colaborativo Hudson O'Hanlon (1996) desarrolló lo que él llamó "Terapia en colaboración y orientada hacia la solución de los efectos secundarios del abuso sexual", la intervención consiste en un enfoque alternativo que ofrece la posibilidad de realizar un tratamiento más

breve que no implica necesariamente la catarsis o la rememoración de los detalles del abuso sexual como manera de resolver los efectos secundarios. Finalmente existe una propuesta de intervención que usa una terapia de apoyo no directiva desarrollada por Bass y Davis (1995), las autoras se basan en su experiencia terapéutica con mujeres que vivieron abuso sexual infantil y en los testimonios de éstas; la terapia retoma el recuerdo y la catarsis de esta experiencia dentro del proceso terapéutico.

En cuanto a las propuestas de intervención que cuentan con evaluaciones de su efectividad tenemos la referida por Talbot et al. (1999), quienes evaluaron una propuesta de intervención grupal llamada Recuperación de la Seguridad en las Mujeres (WSR), esta intervención se basó en un modelo psicoeducativo enfocado en la seguridad y en el auto cuidado. La intervención se centró en los posibles efectos derivados del abuso sexual, en la solución de problemas, en la identificación de déficits en el auto cuidado y en el desarrollo de habilidades de auto cuidado. La investigación comparó los resultados del tratamiento en dos grupos (uno al que se le aplicó WSR y otro al que se le aplicó un tratamiento usual). Los resultados de esta investigación mostraron las ventajas obtenidas por el grupo WSR al encontrar una diferencia significativa en la reducción del malestar y los síntomas, comparado con el grupo con tratamiento usual.

La investigación de Talbot et al. (1999) incluyó 86 pacientes reclutadas de un servicio de hospitalización (de las cuales 43 completaron el tratamiento), las pacientes fueron asignadas a dos grupos diferentes de tratamiento, 38 a un tratamiento usual (TAU) el cual funcionó como grupo de comparación (de éstas, 22 completaron su tratamiento), y 48 al tratamiento llamado Recuperación de la Seguridad en las Mujeres (WSR) (de las cuales 21 completaron su tratamiento). Ambos tratamientos consistieron en intervenciones grupales de 3 sesiones por semana, con una duración de 1 hora cada una, durante 3 semanas. El grupo TAU involucró terapia individual, grupal, familiar y somática, su tratamiento estuvo enfocado en la resolución de la crisis y en la reducción de los síntomas (no se enfocó en el tema del abuso); en tanto que el tratamiento WSR dirigía detalladamente el tema del abuso sexual hacia la psicoeducación en la construcción de habilidades. El diseño fue cuasi-experimental, no concurrente y de comparación entre grupos, con una medida de seguimiento a 6 meses. La medición utilizó la Lista de Verificación de 90 Síntomas Revisados (SCL-90-R) y las Experiencias del Tratamiento. Los resultados no mostraron diferencias significativas en ambos grupos en

cuanto a las sub escalas de depresión, psicosis y trastorno obsesivo compulsivo; sin embargo el grupo WSR, comparado con el grupo TAU, mostró una reducción significativa del malestar y las participantes reportaron en el seguimiento a seis meses una gran mejora de los síntomas. En cuanto a las experiencias del tratamiento las participantes del grupo WSR, a diferencia del grupo TAU, reportaron que su abuso sexual había sido tratado más completa y detalladamente, esto coincidió con los reportes de sus terapeutas.

Otra propuesta de intervención que utiliza la terapia grupal fue la evaluada por Zlotnick, et al. (1997) la cual incluyó 48 pacientes reclutadas, de las cuales 33 completaron el estudio (16 en tratamiento grupal y 17 en lista de espera). El tratamiento duró 15 sesiones semanales de dos horas cada una, los grupos estaban formados de seis a ocho participantes por grupo, tres de ellos contaron con un equipo de coterapia, en total participaron 6 facilitadores en el estudio. El tratamiento estuvo basado en un manual estructurado y consistió en un modelo de manejo afectivo dirigido a los síntomas del trastorno de estrés postraumático (PTSD), el tratamiento grupal involucró educación con respecto al PTSD, disociación, escenas retrospectivas “flashbacks”, seguridad, identificación de emociones, planeación en crisis, manejo del enojo y técnicas de distracción como mantener la calma, tolerancia a la angustia y relajación. El diseño del estudio fue experimental, los participantes fueron aleatoriamente asignados a cada grupo, el estudio contó con un grupo control en lista de espera y utilizó medidas efectuadas antes y después del tratamiento. Las medidas utilizadas fueron una Escala Clínica de Estrés Postraumático (PTSD), la Escala de Trauma de Davidson, la SCL-90-R, la Escala de Experiencias Disociativas, el Cuestionario de Trauma Infantil y una Forma de Tratamiento Psicosocial. Los resultados mostraron mejoras significativas en el PTSD y en los síntomas disociativos. Todas las mujeres en la condición de tratamiento fueron involucradas concurrentemente en terapia individual y farmacológica.

También Westbury y Tutty (1999) evaluaron una propuesta de intervención grupal; el modelo de tratamiento consistió en una psicoterapia corporal integral (basado en un modelo feminista enfocado en el cuerpo), el foco del modelo fue las preocupaciones cognitivas, emocionales, físicas y espirituales de las pacientes. El estudio incluyó 32 pacientes reclutadas las cuales tenían un mínimo de seis meses en terapia individual, 22 participantes fueron asignadas a un tratamiento de terapia grupal y 10 participantes estuvieron en lista de espera a

la par de contar con su tratamiento en terapia individual. El tratamiento duró de 10 a 12 sesiones semanales de dos y media horas cada una. Se formaron cinco grupos de 6 a 8 miembros por grupo con dos facilitadores cada uno. El diseño del estudio fue cuasi-experimental, con un grupo control en lista de espera, las evaluaciones pre y pos test fueron administradas antes del tratamiento grupal y a la finalización del mismo. Las medidas utilizadas fueron el Inventario de Depresión Beck, el Inventario de Autoestima de Coopersmith y la Lista de Síntomas de Trauma. Los resultados mostraron que ambos grupos de mujeres redujeron su depresión, los síntomas de trauma y mejoraron su autoestima; sin embargo las mujeres que estuvieron en tratamiento grupal, a comparación de las que estuvieron en lista de espera, mostraron una mejora significativamente más alta en su depresión y ansiedad.

Existe otra propuesta de intervención que utiliza la terapia cognitivo-analítica (CAT) en el tratamiento de mujeres que vivieron abuso sexual infantil, esta propuesta fue evaluada por Llewelyn (2002) y consiste en una intervención terapéutica breve que usa técnicas de varios enfoques terapéuticos, principalmente del modelo psicodinámico y del cognitivo. La terapia remite a la importancia de atender los patrones repetitivos y destructivos en las relaciones de las participantes, bajo la idea de que éstas pueden mostrar una incapacidad para escapar de relaciones de abuso posteriores y de patrones destructivos de comportamiento; por lo que la terapia provee la oportunidad para darse cuenta de lo que está pasando con ellas. La propuesta terapéutica incluye herramientas de reformulación escrita, ya que establece que los documentos son una oportunidad para identificar y nombrar sus experiencias, entenderlas y hacerlas más controlables. La finalidad del proceso terapéutico es que puedan dejar de verse como víctimas y evitar la revictimización, la terapia les ayuda a reflejar su propia contribución al problema. La efectividad de esta intervención fue documentada mediante dos estudios de caso en los cuales se comentan los cambios que el proceso de terapia hizo en dos mujeres víctimas de abuso sexual en la infancia.

También existen investigaciones que evalúan la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en mujeres adultas que vivieron abuso sexual infantil. Leserman (2005) realiza una revisión de la literatura sobre la efectividad de distintos tratamientos para el manejo del abuso sexual infantil, la autora destaca la evidencia de la efectividad de los tratamientos cognitivo-conductuales, de los cuales también refirió encontrar un mayor número de investigaciones.

En cuanto a las intervenciones dirigidas a trabajar los sentimientos de culpa en mujeres adultas que vivieron abuso sexual infantil, Gorey et al. (2001) evaluaron los resultados de una intervención grupal y encontraron que ésta fue efectiva en disminuir la culpa, la sensación de aislamiento y la desesperanza en las 78 mujeres que participaron en el tratamiento, a diferencia de las 80 del grupo control (en lista de espera), además sus beneficios se mantuvieron 6 meses después del tratamiento. El diseño del estudio fue cuasi-experimental con asignación aleatoria de las participantes. Se formaron 13 grupos con tamaño aproximado de 4 a 10 participantes cada uno. El tratamiento consistió en una intervención grupal enfocada en actividades dirigidas como ejercicios y verbalización de sus experiencias. Las participantes establecieron metas individuales y los beneficios del proceso fueron evaluados de dos maneras, mediante la identificación temprana de cada participante con las otras y mediante la observación de las participantes de su propio progreso alrededor de las sesiones.

Con el objetivo de conocer cuáles propuestas de tratamiento para mujeres han resultado ser las más efectivas y así proporcionar el mejor tratamiento a éstas; Kessler et al. (2003) efectuaron una revisión de la literatura sobre tratamientos grupales en mujeres que vivieron abuso sexual infantil; los autores analizaron 13 investigaciones sobre las cuales realizaron una crítica acerca de los resultados reportados y de la evaluación de la efectividad de cada uno de los 13 tratamientos; seis de estas investigaciones fueron investigaciones no controladas y siete de éstas fueron diseños controlados. Cada investigación se enfocó en evaluar sólo algunos aspectos de las posibles mejoras y en cada una se mencionan las características de los tratamientos. Entre sus resultados comentaron que, aunque muchos estudios contienen limitaciones metodológicas, en general se encontró que el tratamiento grupal ayuda a la recuperación y a reducir la sintomatología en mujeres que vivieron abuso sexual infantil.

Entre las limitaciones de algunos de estos estudios mencionaron el tamaño de la muestra; la falta de grupos de comparación y de asignación aleatoria de sujetos a cada grupo, la ausencia de medidas tomadas antes y después del tratamiento. En cambio en los estudios controlados, es decir, en los que se incluyó grupo de comparación, medidas tomadas antes y

después del tratamiento, y asignación aleatoria de las participantes a cada grupo, los autores señalaron que estos diseños determinaban con gran confianza que las ganancias reportadas eran debidas al tratamiento por sí mismo. Finalmente los autores discuten las estrategias metodológicas que pueden ayudar a mejorar la calidad de tales investigaciones en el futuro.

Depresión, Ansiedad y Autoestima como Medidas de Recuperación en el Tratamiento del Abuso Sexual Infantil

La depresión, ansiedad y baja autoestima fueron parte importante de la evaluación de los resultados del programa de intervención de este estudio, principalmente por dos razones, la primera de ellas es que estos padecimientos han sido encontrados frecuentemente en personas que vivieron abuso sexual infantil y dado que el programa de intervención está enfocado en reducir los sentimientos de culpa y vergüenza, la segunda razón tiene que ver con que la depresión, ansiedad y baja autoestima han sido relacionados con la presencia de culpa y vergüenza en personas con experiencias de abuso sexual infantil.

1. Son muchas las investigaciones que han reportado a la depresión, ansiedad y baja autoestima dentro de las consecuencias del abuso sexual infantil, tanto a corto como a largo plazo. Específicamente en sobrevivientes de abuso sexual infantil tenemos los estudios de Andrews et al. (2004), Cantón y Justicia (2008), Dinwiddie et al. (2000), Feerick y Snow (2005), González-Forteza et al. (2001), Hernández, (1995), Kendler et al. (2000), Koopman et al. (1997), Levitan et al. (1998), Molnar et al. (2001), Neumarck et al. (2000), Owens y Chard (2001), Trickett et al. (2001) y Zlotnick et al. (2001), por mencionar sólo algunos.
2. Por otro lado la culpa y vergüenza han sido relacionadas con la depresión, ansiedad y baja autoestima por un gran número de autores como se puede apreciar en la revisión de Reidl y Jurado (2007). Además, se ha demostrado que los sentimientos de vergüenza y culpa influyen en el posterior desarrollo de depresión, ansiedad y baja autoestima en las personas que han vivido abuso sexual infantil (Aslund et al., 2007; Barker-Collo, 2001; Feiring et al., 1998; Hoagwood, 1990; Lev-Wiesel, 2000; McMillen y Zuravin, 1997; Peters y Range, 1996; entre otros).

En cuanto a la presencia de depresión, ansiedad y baja autoestima en personas con historia de abuso sexual infantil, tenemos un gran número de estudios además del realizado por Andrews et al. (2004) mencionado anteriormente. Específicamente en lo que a depresión

se refiere Levitan et al. (1998) realizaron un análisis secundario de la encuesta de la OMS a 8116 participantes hombres y mujeres, de la cual, se tomó la entrevista de diagnóstico con un suplemento estructurado para identificar abuso físico y sexual en la infancia; fueron identificados 653 casos con depresión mayor, los cuales fueron posteriormente analizados subagrupándose en síntomas neurovegetativos típicos y síntomas en orden inverso (decremento de apetito, pérdida de peso e insomnio contra incremento de apetito, ganancia de peso e hipersomnia, respectivamente), además de la presencia o ausencia de manía. Los resultados mostraron una relación entre experiencias traumáticas tempranas y síntomas particulares de depresión, manía, o ambos; así se encontró relación entre historia de abuso sexual o físico en la infancia con depresión mayor, específicamente con rasgos neurovegetativos en orden inverso (incremento de apetito, ganancia de peso e hipersomnia).

Otro estudio con evidencia de depresión en personas que han vivido abuso sexual infantil es el de Zlotnick et al. (2001), quienes realizaron una comparación de grupos que presentan depresión mayor, dividiéndolos en grupos con y sin historia de abuso sexual en la infancia, a dichos grupos se les aplicó una entrevista estructurada para evaluar trastornos del eje I y II, abuso sexual infantil y varios rasgos clínicos. La muestra estuvo compuesta por 352 pacientes hombres y mujeres entre 18 y 65 años con depresión mayor. Los hallazgos sugirieron que los pacientes con abuso sexual infantil tenían un mayor riesgo de presentar morbilidad psiquiátrica y un episodio prolongado de depresión.

Dinwiddie et al. (2000) también realizaron un estudio que muestra evidencia de la relación entre la manifestación de depresión y el abuso sexual infantil. El estudio se llevó a cabo con 5995 gemelos australianos, los autores realizaron un análisis comparando la información de ambos gemelos. El abuso sexual fue reportado en el 5.9% de las mujeres y en el 2.5% de los hombres. Del total de la muestra quienes reportaron abuso sexual, comparados con quienes no lo reportaron, tenían un mayor número de diagnósticos de depresión mayor. Los rangos de depresión mayor e ideación suicida fueron mayores cuando ambos miembros del par de gemelos fueron abusados sexualmente, en comparación a si solamente uno de ellos lo había sido. Los resultados apoyan la asociación entre abuso sexual infantil y la depresión, además sugieren la influencia del ambiente familiar en ambos, es decir, tanto en el riesgo para la victimización como en el riesgo para el desarrollo de la depresión.

Con referencia tanto a la depresión como a la ansiedad, Molnar et al. (2001) encontraron evidencia de la existencia de estos padecimientos en personas que habían vivido abuso sexual infantil; los autores retomaron la encuesta nacional de comorbilidad de los Estados Unidos y la analizaron mediante un método multivariado, sus resultados indicaron que del total de los 5877 participantes en la encuesta, el abuso sexual infantil fue reportado en el 13.5% de las mujeres y en el 2.5% de los hombres, encontrándose que la depresión, ansiedad y los problemas con el uso de sustancias fue más alto en la sub muestra con antecedentes de abuso sexual infantil.

Otro estudio que evidencia la relación entre la ansiedad y el abuso sexual infantil; es el de Feerick y Snow (2005) quienes examinaron la relación entre el abuso sexual infantil, la ansiedad social y los síntomas de estrés postraumático en 313 mujeres. Los autores encontraron abuso sexual infantil en el 31 % de las mujeres de la muestra. Las mujeres con historia de abuso sexual en la infancia, en comparación con las mujeres sin historia de abuso, reportaron más síntomas de ansiedad, malestar en situaciones sociales y trastornos de estrés postraumático. La presión, el tipo de contacto, la edad de inicio del abuso y la relación con el perpetrador fueron aspectos significativos para predecir la ansiedad social adulta.

De manera similar, el estudio de Koopman et al. (1997) muestra una relación entre la ansiedad y el abuso sexual infantil, los autores exploraron la relación entre síntomas de estrés agudo e historias de abuso sexual, así como la relación entre el malestar y el apoyo social. Las participantes fueron 32 mujeres entre 24 y 58 años de edad reclutadas para formar parte de un grupo piloto de tratamiento para abuso sexual infantil. Se usó una medida de auto-reporte y una entrevista. Se encontró que 37.5 % de las mujeres que vivieron abuso sexual infantil presentaron síntomas del trastorno de estrés agudo (incluida la ansiedad). También fueron significativamente relacionados los síntomas de estrés agudo con buscar el locus causal del abuso en ellas mismas, con olvidar el abuso durante un periodo de tiempo, con la cantidad de abusos, con malestares por eventos de la vida recientes, con otras formas de malestar y por último con un apoyo social pobre.

Con referencia a la autoestima, Owens y Chard (2001) en su estudio con 79 mujeres sobrevivientes de abuso sexual infantil encontraron distorsiones cognitivas alrededor de cinco áreas referentes a la seguridad, confianza, poder, autoestima e intimidad. También Trickett et al. (2001) encontraron evidencia tanto de baja autoestima como de depresión; los autores realizaron una comparación de grupos, con y sin historia de abuso sexual infantil y midieron problemas psicológicos y de comportamiento, tales como, comportamiento agresivo, depresión, disociación y baja auto autoestima; el estudio fue longitudinal, por lo cual las medidas se realizaron en 2 puntos en el tiempo: al entrar al estudio (con una media de edad de 11 años) y aproximadamente 7 años después (con una media de edad de 18 años); los resultados mostraron que las diferencias en las experiencias de abuso sexual infantil marcaban diferencias en el comportamiento y el ajuste a largo plazo, es decir, tanto la baja autoestima como la depresión dependieron de la severidad del abuso.

De manera similar, Cantón y Justicia (2008) encontraron evidencia de baja autoestima y depresión en víctimas de abuso sexual infantil, su estudio tuvo la finalidad de examinar las consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil, el total de su muestra fue de 1,162 estudiantes universitarios hombres y mujeres, de éstos, 110 habían tenido una experiencia de abuso sexual en la infancia, a éstos se les comparó con un número similar de estudiantes sin experiencias de abuso sexual infantil. Los autores encontraron que las víctimas de abuso sexual infantil presentaron puntuaciones significativamente superiores en los niveles de depresión e inferiores en los niveles de auto estima, en comparación de quienes no eran víctimas. Además los autores también analizaron la influencia de las estrategias de afrontamiento de las víctimas encontrando que el empleo de estrategias de evitación, a diferencia de las de aproximación, se relacionaba con puntuaciones superiores en depresión e inferiores en autoestima.

También se ha encontrado relación entre la depresión, ansiedad y baja autoestima, con algunos otros trastornos que se podrían agrupar en el rubro de las dependencias y los comportamientos de riesgo y autodestructivos, en personas que han vivido abuso sexual infantil.

Así por ejemplo, además del estudio de Molnar et al. (2001) mencionado anteriormente, está el estudio de Kendler et al. (2000) quienes analizaron la relación entre abuso sexual infantil y otros trastornos psiquiátricos en una muestra de 1411 mujeres adultas gemelas. El auto reporte de abuso sexual infantil fue positivamente relacionado con otros trastornos, especialmente con la ansiedad, depresión, bulimia y con la dependencia al alcohol y otras sustancias.

Hernández (1995) realizó un análisis secundario de datos tomado de una muestra aleatoria computarizada del 10% de la muestra total de 6224 estudiantes adolescentes hombres y mujeres, a quienes les aplicó un cuestionario para recabar datos socio demográficos y de comportamientos relacionados con la salud, comportamientos de riesgo, uso de sustancias e historia de abuso. El autor encontró una relación entre trastornos alimenticios y el abuso físico y sexual. La presencia de trastornos alimenticios también se correlacionó con otros comportamientos adictivos, una historia familiar de abuso de sustancias y con baja autoestima, desesperanza y ansiedad.

Otro estudio que muestra relación entre síntomas depresivos y trastornos alimenticios es el de Neumarck et al. (2000), quienes aplicaron una encuesta sobre salud a una muestra representativa de 9943 estudiantes adolescentes hombres y mujeres, su análisis se enfocó sobre medidas de trastornos alimenticios, abuso físico y sexual, factores familiares de apoyo y síntomas depresivos. Sus resultados mostraron que los jóvenes con incremento en el riesgo de padecer trastornos alimenticios percibían baja comunicación familiar, bajo cuidado parental y bajas expectativas parentales; estos jóvenes también reportaron experiencias de abuso físico y sexual, incrementándose aún más el riesgo de padecer trastornos alimenticios en quienes reportaban abuso sexual.

En cuanto a depresión y a conductas suicidas, González-Forteza et al. (2001) realizaron un estudio que explora la relación entre el abuso sexual infantil y la conducta suicida en una población de estudiantes de secundaria; su estudio tuvo la finalidad de conocer la influencia del abuso sexual en la salud mental de los estudiantes en lo referente al malestar depresivo y la ideación suicida; el estudio involucró 936 alumnos de secundaria a los cuales se les había

aplicado una encuesta y un cuestionario autoadministrado. Los resultados del estudio indicaron que, de las 49 mujeres que habían intentado suicidarse el 12% había vivido abuso sexual infantil; mientras que los hombres no reportaron conjuntamente al abuso sexual y el intento de suicidio; por otro lado la relación entre el abuso sexual y el intento suicida, con los indicadores de malestar emocional actual, fue estadísticamente significativa.

Otro estudio que encuentra la existencia de conductas autodestructivas en mujeres con historia de abuso sexual infantil es el de Romans et al. (1995). Los autores utilizaron una muestra aleatorizada de 252 mujeres quienes reportaron haber vivido abuso sexual infantil y la compararon con una muestra de similar tamaño de 225 mujeres quienes no reportaron historia de abuso sexual infantil. Los autores también compararon dentro del subgrupo de mujeres con historia de abuso sexual infantil, a las mujeres que presentaban conductas autodestructivas deliberadas con aquellas mujeres que no presentaban estas conductas. Se encontró una clara asociación estadística entre el abuso sexual infantil y las conductas autodestructivas y ésta fue más marcada en aquellas mujeres con un abuso sexual más intrusivo y frecuente. Las conductas autodestructivas también se asociaron con mayores problemas interpersonales en la familia de origen de las mujeres y además con involucramiento adulto en relaciones abusivas.

En cuanto a la relación de vergüenza y culpa en el posterior desarrollo de depresión, ansiedad y baja autoestima en personas que vivieron abuso sexual infantil, se tienen varios estudios.

Refiriéndonos específicamente a la relación entre la culpa y la depresión por ejemplo, Peters y Range (1996) realizaron un estudio donde señalaron que la autoinculpación se sugiere como un factor mediador del comportamiento autodestructivo en una muestra clínica de 57 mujeres con experiencia de abuso sexual infantil y con edades de entre 18 y 50 años. En este estudio, los altos niveles de autoinculpación fueron comparados con los bajos niveles de autoinculpación sobre la depresión, el comportamiento autodestructivo y las razones para vivir. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario demográfico, un inventario de creencias, el Inventario de Depresión Beck, un cuestionario de comportamientos suicidas y un inventario de razones para vivir. Sus resultados demostraron que las mujeres que presentaron

altos niveles de autoinculpación presentaban también un mayor nivel de depresión, mayor cantidad de comportamientos autodestructivos (tendencias suicidas y automutilación) y menos razones para vivir, en comparación con aquellas mujeres con niveles más bajos de autoinculpación por el abuso sexual infantil. Los resultados también indicaron que las mujeres con altos niveles de autoinculpación, comparadas con aquellas con bajos niveles de autoinculpación, experimentaron más temor a la desaprobación social y más debilidad en sus creencias de enfrentamiento o de arreglárselas para sobrevivir. También se encontró que la depresión, la auto-inculpación y las razones para vivir predijeron significativamente una gran cantidad de la varianza de los comportamientos auto-destructivos.

Barker-Collo (2001) también realizó un estudio que encuentra relación entre la culpa y el comportamiento autodestructivo que involucra a los intentos suicidas. La autora aplicó un cuestionario de estilo atribucional y una lista de síntomas de trauma a 126 mujeres con historias de abuso sexual en la infancia con edades entre 15 y 58 años las cuales fueron referidas a un servicio para víctimas de abuso sexual; sus resultados revelaron que las participantes que vivieron abuso sexual antes de los 10 años por parte de un miembro familiar cercano reportaron atribuciones internas de culpa en la infancia, la cual fue significativamente predictiva de sintomatología adulta destacándose la presencia de intentos suicidas.

Con respecto a la culpa relacionada con la ansiedad y baja autoestima, McMillen y Zuravin (1997) relacionaron los sentimientos de autoinculpación de 154 mujeres adultas con historias de abuso sexual infantil con un pobre ajuste en tres áreas principalmente: autoestima, ansiedad en las relaciones e incomodidad con la cercanía. Los autores encontraron que las mujeres que se culpaban a sí mismas o a la familia tenían un menor nivel de ajuste en estas áreas, comparadas con aquellas quienes culpaban al agresor.

Por su parte Hoagwood (1990) encontró relación entre la atribución de culpa y el ajuste posterior en depresión y autoestima, su estudio tuvo la finalidad de evaluar la intensidad, dirección y tipo de atribución de culpa (hacia otros o hacia sí mismo) en relación al ajuste posterior. Participaron 31 mujeres que vivieron abuso sexual infantil, las cuales completaron un cuestionario de abuso sexual, una escala de autoinculpación y medidas de

ajuste para la depresión, autoestima y autoconcepto. Mediante un análisis MANOVA se encontró una asociación entre la autoinculpación y un pobre ajuste en la depresión, autoestima y autoconcepto, en tanto que, la externalización de culpa fue asociada con un alto ajuste en estas medidas.

Lev-Wiesel (2000) realizó un estudio muy interesante que demuestra la asociación de autoinculpación en personas que vivieron abuso sexual infantil, con el ajuste posterior en las áreas de depresión, ansiedad y autoestima. La autora examinó la percepción de las experiencias pasadas de abuso sexual y la calidad de vida en adultos que habían vivido incesto por parte de sus padres en la infancia; su estudio incluyó 52 adultos (15 hombres y 37 mujeres) quienes tras completar tres años de terapia fueron entrevistados. La metodología del estudio incluyó métodos tanto cuantitativos como cualitativos; así se les aplicó un cuestionario diseñado para medir la calidad de vida en tres áreas (profesional, familiar y social) y se les realizó una entrevista abierta con cuatro preguntas para evaluar historia de vida, explicación del comportamiento del padre agresor, sentimientos actuales sobre sus padres y cambios en su vida a raíz de la terapia. Un análisis cualitativo de las entrevistas reveló tres tipos de explicaciones para los comportamientos abusivos de sus agresores, los cuales hacían referencia a las características de los padres agresores, a las características de la víctima y a las condiciones circunstanciales. Los resultados indicaron que un alto porcentaje de los sobrevivientes que atribuían el abuso a las características de los padres ofensores, mantenían su autoestima prácticamente intacta y reportaban una alta calidad de vida, en contraste con los sobrevivientes que se culpaban a sí mismos o a factores situacionales.

El análisis de las entrevistas reveló que 26.7% de los hombres y 21.6% de las mujeres atribuyó el abuso completamente a las características del agresor; en tanto que, 40% de los hombres y 18.9% de las mujeres se veían a sí mismos como responsables por el abuso; por otro lado 26.7% de los hombres y 24.3% de las mujeres creían que el abuso ocurrió como resultado de las circunstancias, el resto (6.6% de los hombres y 35.2% de las mujeres) daban explicaciones combinadas para el abuso, es decir, lo atribuían a sí mismos y a las características del agresor o a las circunstancias.

En este estudio también se encontró que las personas que atribuían el abuso a las características de los padres agresores expresaron dos categorías de explicaciones del tipo “personalidad diabólica” o “enfermedad mental”. En cuanto a los sentimientos actuales de estas personas hacia sus padres agresores, estos fueron de enojo, hostilidad, odio y deseo de venganza. Por otro lado, las personas que se veían a sí mismos como responsables por el abuso daban explicaciones que hacían referencia a una personalidad mala, a un comportamiento inadecuado o a actitudes seductoras de ellos mismos; los sentimientos que acompañaron a estas personas fueron de culpa, odio hacia sí mismos, baja autoestima e impotencia, así como pensamientos autodestructivos y suicidas. En cuanto a las personas que atribuyeron el abuso a las circunstancias, daban explicaciones relacionadas con problemas maritales, muerte o rechazo de la pareja del agresor; en estas personas los sentimientos reportados fueron de confusión, ambivalencia, desconfianza, altos niveles de ansiedad, paranoia, dificultad para tomar decisiones, pesimismo e incapacidad para establecer relaciones positivas.

Refiriéndonos particularmente a la vergüenza relacionada con la depresión, baja autoestima y ansiedad resulta interesante que la mayoría de estudios encontrados fueran con niños y adolescentes víctimas de abuso sexual infantil y no con adultos, sin embargo resulta apropiado mencionarlos con el fin de retomar la importancia de este sentimiento en el posterior desarrollo de tales padecimientos.

Feiring et al. (1998) examinaron el rol de la vergüenza y el estilo atribucional en la adaptación y el nivel de malestar psicológico de niños y adolescentes víctimas de abuso sexual, específicamente en cuanto a la depresión y autoestima se refiere. En el estudio participaron 82 niños y 60 adolescentes, los cuales fueron evaluados ocho semanas después de que se descubrió su abuso. Los autores realizaron un análisis de regresión y encontraron que la autoestima y la depresión fueron mediados por la vergüenza y el estilo atribucional en forma de autoinculpación.

Otro estudio que también aporta evidencia de que la depresión, en adolescentes con experiencias de abuso sexual infantil, puede ser mediada por la vergüenza, es el de Aslund et al. (2007). En este estudio participaron 5048 adolescentes, hombres y mujeres entre 15 y 18 años, que habían vivido alguna experiencia que les generó vergüenza, entre esos, 11.9% de los hombres y 29% de las mujeres reportó abuso sexual en forma de tocamientos, en tanto que,

6.8% de los hombres y 12.5% de las mujeres reportó abuso sexual con penetración. Se utilizaron preguntas para explorar abuso sexual; una medida de vergüenza por medio de preguntas acerca de la percepción de degradación, burla, deshonor, humillación, insultos o rechazo por parte de otros y la Escala de Auto Reporte del DSM IV para medir sintomatología depresiva. Se realizó un análisis multivariado de regresión logística, el cual reveló que factores de riesgo como el abuso sexual infantil llevan a la depresión cuando son mediados por experiencias de vergüenza; así la explicación de la varianza para la depresión se incrementó aproximadamente de 4-7% a 17-20% cuando la vergüenza fue incluida; de igual manera la relación entre factores de riesgo como el abuso sexual y la depresión disminuyó cuando la vergüenza fue controlada.

Las investigaciones anteriores aportan evidencia no sólo de la utilidad de evaluar los niveles de depresión, ansiedad y baja autoestima, como medidas de recuperación del abuso sexual infantil después del tratamiento, sino también de la pertinencia de estas evaluaciones en tratamientos enfocados en los sentimientos de vergüenza y culpa.

*El Enfoque de Terapia Narrativa como Marco para Guiar el Programa de Intervención
Terapéutica*

El programa de intervención evaluado en esta investigación utiliza estrategias del modelo de terapia narrativa debido a que sus postulados teóricos y sus herramientas terapéuticas son adecuadas a los objetivos de la intervención, los cuales van encaminados principalmente al manejo de la vergüenza y culpa en mujeres que vivieron abuso sexual infantil. Es decir, la terapia narrativa ofrece una congruencia teórica (entre sus fundamentos y los objetivos del programa de intervención) además de una utilidad práctica (al proporcionar estrategias terapéuticas valiosas adecuadas al logro de dichos objetivos).

Para sustentar la pertinencia de utilizar el modelo de terapia narrativa se señalan algunos aspectos fundamentales de este enfoque que pretenden justificar su aplicación y utilidad en el manejo terapéutico del abuso sexual infantil.

Desde la narrativa, así como desde otras corrientes en psicología, lo que hace potencialmente destructivo a un evento y por lo tanto las consecuencias que éste tenga en la vida de las personas, tiene que ver con la significación que las personas dan a éste más que con el evento mismo (McNamee y Gergen, 1996), por lo tanto es importante trabajar con los significados que las personas que han vivido abuso sexual atribuyen a su propia experiencia y de esta manera influir en las consecuencias que esta experiencia tiene en estas personas. Los medios narrativos representan una excelente opción para este fin ya que precisamente estos medios han sido utilizados para deconstruir significados problemáticos y en su lugar co-construir narrativas y significados más deseables, liberadores, útiles y satisfactorios.

Autores como Durrant y White (2002) mencionan que las terapias con un enfoque desde el construccionismo social, más específicamente desde la narrativa, han resultado ser una buena alternativa para trabajar con mujeres que han vivido abuso sexual infantil. De igual manera Trujano y Limón (Limón, 2005) mencionan que esta modalidad terapéutica podría ayudar a disminuir los conflictos originados en personas que han sufrido violencia sexual,

incluidos entre estos la atribución de culpa, la sensación de fracaso, la estigmatización y la tensión; señalan que estas terapias ayudan a generar sentimientos de autoestima, a reconocer la auto-competencia, a facilitar la “reconexión” con los demás, a optimizar la sensación de eficacia y, en general, a abrir las posibilidades de actuación dentro del entorno social.

Como se ha expuesto en las investigaciones mencionadas en el apartado de vergüenza y culpa, las creencias y atribuciones negativas y en particular los sentimientos de culpa y vergüenza resultaron ser una parte fundamental en el proceso que vivían las personas con abuso sexual infantil (Alaggia, 2005; Feiring et al. 1996; Deblinger y Runyon, 2005; Ginzburg et al. 2006; Mannarino et al. 2004; Quas et al. 2003; Ullman y Filipas, 2005), así como en su desajuste, malestar y síntomas (Barker-Collo, 2001; Feiring et al. 1996; Mannarino y Cohen, 1996a; McGee et al. 2001; Peters y Range, 1996) y finalmente en su recuperación (Deblinger y Runyon, 2005); por lo tanto resulta fundamental trabajar sobre estas creencias y sentimientos.

Una de los aspectos primordiales del enfoque narrativo es que se ha encaminado a la manera en que las creencias pueden restringir al acceso a versiones alternativas más funcionales para la persona. La experiencia de varios autores en el abuso sexual ha confirmado la influencia de las creencias, autores como Esler y Waldegrave (2002) señalan que toda familia sostiene ciertos supuestos y creencias sobre cómo son las cosas y que estas ideas pueden limitar o frenar cualquier intento de buscar soluciones diferentes a su problema. En este sentido Esler y Waldegrave (2002), y Durrant y Kowlaski (2002) retoman el concepto de White (1986) de “restricciones” para argumentar cómo las creencias e ideas dificultan que las personas que vivieron abuso sexual adviertan hechos y aspectos de su experiencia que no se ajustan a la versión saturada de problemas que han elaborado de sí mismas y de su vida.

Por su parte Russell (2002) resalta algunos aspectos relevantes de su trabajo terapéutico desde la narrativa con mujeres que vivieron abuso sexual infantil, así señala que cuando llegan a terapia tienen un concepto muy negativo y auto destructivo de sí mismas debido a que el abuso ha influenciado poderosamente las historias que tienen de sus vidas, a su vez estas historias proveen el marco bajo el que interpretan sus experiencias. La autora señala que las condiciones que propician el abuso sexual en la infancia incluyen un desequilibrio de poder entre adultos y niños, y que las tácticas de miedo, atrapamiento y

confusión, refuerzan y mantienen el silencio sobre el mismo, a consecuencia de este silencio, las historias negativas y autodestructivas de la vida que han sido modeladas por el abuso, se mantienen intactas por muchos años. La autora menciona que en sus conversaciones terapéuticas con mujeres frecuentemente escucha su intención de escapar del abuso, sin embargo no existió nadie que testificara esas alternativas, nadie que supiera los deseos o intenciones preferentes de esas niñas, ni nadie que pudiera identificar y nombrar el abuso como una injusticia, explotación o tortura; así en la ausencia de testigos puede volverse muy difícil renegociar las descripciones negativas de la identidad; señala que muchas de estas mujeres experimentan culpa, vergüenza y miedo. Finalmente la autora reconoce que la identidad es una construcción social y argumenta la necesidad de proveer contextos terapéuticos donde la renegociación de significados le dé forma a la identidad.

Durrant y Kowlaski (2002) señalan las ventajas de la utilización de este tipo de terapias en pacientes que vivieron abuso sexual infantil, su trabajo está influenciado por el modelo de soluciones de De Shazer y por las ideas de White sobre el relato y las restricciones.

Estos autores retoman algunos aspectos del trabajo de Epston y White (1993); por ejemplo, retoman la preocupación de Epston acerca de que el contexto terapéutico de los enfoques tradicionales puede llegar a ser fácilmente un contexto en el que los pacientes se someten al poder y pericia del terapeuta, por lo cual Epston se manifestaba a favor de un enfoque más cooperativo donde el paciente pueda decidir la dirección que debe tomar la terapia; de esta manera Durrant y Kowlaski (2002) consideran que el esquema de trabajo de Epston puede ser apropiado al manejo terapéutico del abuso sexual, ya que este esquema considera el contexto establecido por la experiencia de la terapia y el modo en que ese contexto puede compararse con la experiencia de abuso mismo; de tal manera que señalan la importancia de establecer un contexto terapéutico donde los pacientes puedan reconocerse como personas competentes y en el cual puedan ejercer y experimentar su capacidad.

Los autores mencionan que es fundamental el concepto de “víctima”, ya que los pacientes que sufrieron abuso sexual fueron víctimas de un acto violento y opresivo, un acto que no pudieron controlar, al que no fueron invitados y que fue realizado sin su

consentimiento. Estos autores comentan que teniendo en cuenta que los niños pueden experimentar sentimientos de culpa, vergüenza y censura, es importante hacerles conocer su “inocencia” y su “condición de víctimas”; sin embargo les preocupa el hecho de que algunos pacientes continúan considerándose víctimas como un punto central de la imagen que tienen de sí mismos y así desarrollan una imagen continuada de sí mismos que excluye la posibilidad de sentirse competentes o confiados, los autores comentan que muchos pacientes imaginan que sufrirán dificultades emocionales y/o interpersonales más adelante en su vida, como si ello fuera inevitable, y mencionan que las expectativas de estas dificultades llegan a ensombrecer cualquier experiencia de la vida que de otro modo podría alentar ideas de capacidad, salud o satisfacción, por lo tanto pueden convertirse en profecías autorrealizables que promueven la aparición de dificultades adicionales pues se encuentran más dispuestos a interpretar los hechos atendiendo al abuso.

Con base en esta idea se muestran en contra de enfoques terapéuticos que fortalecen la imagen de víctima que los pacientes tienen de sí mismos, enfoques en los cuales los pacientes continúan “teniendo” la condición o características de las víctimas, y se muestran a favor de enfoques que realzan una autoimagen de capacidad progresiva. Los autores mencionan que los enfoques tradicionales contienen implícitos conceptos tales como el (casi) inevitable daño o perturbación producidos por el abuso sexual. Los autores retoman la idea de White y Epston (1993) sobre cómo las terapias que se basan en metáforas del daño o quebrantamiento son modelos de déficit, donde el terapeuta debe identificar el daño y determinar sus causas, por lo tanto él tiene el conocimiento experto y él es el que está en posición de saber qué pasos debe dar el paciente a fin de remediar ese daño.

Durrant y Kowlaski (2002) señalan que un enfoque centrado en el problema engendra el riesgo de que el problema se fije en la imagen que el paciente elabora de su vida, estos autores retoman los conceptos de White de “restricciones” que son creencias e ideas que dificultan que la gente advierta los hechos y aspectos de su experiencia que no se ajustan a la versión saturada de problemas que la persona ha elaborado, y de “versión saturada de problemas” que el paciente tiene de sí mismo, por lo cual la imagen del problema llega a ser la lente a través de la cual el paciente mira al mundo y a sí mismo; por el contrario mencionan que una terapia que promueve en el paciente una versión competente de sí mismo es esencialmente un modelo que apunta a señalar los recursos, antes que las deficiencias; este

tipo de terapia sugiere no que el abuso provoca un daño o una perturbación, sino que la experiencia de abuso sexual afecta la autoimagen del paciente de manera tal que oculta o ensombrece aquellos acontecimientos o experiencias que pueden constituir la base de una auto caracterización de persona competente. Partiendo de esta idea sugieren un enfoque centrado en la solución que apunte a construir sobre las fuerzas y los recursos, antes que corregir o rectificar el daño y las deficiencias, una terapia que apunte a impulsar al paciente a elaborar una “versión de sí mismo saturada de soluciones” (y una imagen de posibilidades futuras), una versión en la que la solución y la idea de alcanzarla reemplacen al problema y se transforme en la lente a través de la cual el paciente ha de observar la vida.

En relación a la parte práctica, a continuación se señalan algunos aspectos del enfoque de terapia narrativa mencionados por White y Epston (1993), los cuales se retomaron como parte fundamental de las estrategias incluidas en las sesiones del programa de intervención evaluado.

Advierte la importancia del contexto de interacción de las personas en la creación de significados. Lo cual resultó útil al considerar las creencias familiares y sociales que rodeaban al abuso sexual y cómo estas creencias influían en su sensación de culpa y vergüenza; por ejemplo la creencia de que la mujer provoca la agresión, es la parte activa o tiene alguna responsabilidad dentro de ésta, o la idea de que se pierde valor una vez que se ha sido agredido sexualmente. De esta manera fue importante trabajar y explorar en el proceso terapéutico de dónde surgían estas ideas y cómo lograron permanecer tanto tiempo en su sistema de creencias.

Reconoce el poder del lenguaje para construir realidades y crear destinos; así mismo considera que los problemas se desarrollan en el lenguaje y en la conversación de las personas más implicadas en ellos. Con base en este supuesto la terapia narrativa provee un marco de intervención encaminado a cambiar por medio del uso de un lenguaje más funcional algunas concepciones negativas y emocionalmente adversas para las personas que viven agresión. De aquí que resultó primordial atender al lenguaje que fue utilizado por la paciente que vivió agresión y por las personas significativas que la rodeaban; así mismo resultó indispensable

evitar usar un lenguaje inculpatorio; por ejemplo muchas personas identifican una “agresión sexual” con una “relación sexual” y el simple hecho de nombrarlo de una u otra forma hace una diferencia relevante.

Considera que la imagen o versión dominante que tiene la persona de sí misma limita sus posibilidades de tener acceso a sus propios recursos; señala que los acontecimientos toman su curso porque hay restricciones que les impiden seguir otros cursos, así el paciente deja de lado la información que no se ajusta a sus restricciones, es decir, los supuestos y opiniones de los pacientes no les permiten tener acceso a una solución alternativa para sus dificultades. Establece también que las imágenes se sitúan en las creencias socialmente arraigadas, es decir, las imágenes que las personas han elaborado sobre sí mismas se sitúan en el contexto de ciertas ideologías que son imágenes culturales y sociopolíticas. Sugiere que la terapia puede constituir un contexto apto para desafiar el modo en que obran las ideologías o los conocimientos dominantes. En este programa de intervención el contexto terapéutico fue utilizado como un espacio que le permitió a la paciente cuestionar no sólo el origen y valor de ciertas creencias sino también la imagen que tenía de sí misma.

En este mismo sentido, Kamsler (2002) señala la importancia de ayudar a las mujeres que vivieron agresión sexual a superar la opresión de las imágenes dominantes y patológicas que tienen de sí mismas, imágenes en las que se consideran dañadas de por vida; la autora comenta la necesidad de retomar en terapia algunos aspectos importantes con el fin de tener acceso a nuevas imágenes positivas acerca de la propia capacidad y supervivencia, así sugiere lo siguiente:

Retomar la percepción de la imagen de sí misma, ya que la niña que vivió abuso sexual pudo comenzar a considerarse *mala o sucia* y a *creer que debe avergonzarse* por haber sido víctima de abuso sexual. La autora comenta que este sentimiento puede ser alentado por el agresor quien utiliza toda clase de recursos para asegurarse que el acto ha de permanecer en secreto y de alguna manera también puede ser alentado por la familia al negar, dudar o no creerle; señala que estas imágenes opresivas y negativas de las mujeres son creadas por los perpetradores: *“Tú me provocaste, no debieras vestir así, sólo sirves para eso, nadie viola a una buen chica, las niñas son seductoras”*, menciona que estas interacciones con el

perpetrador establecen las condiciones para el desarrollo y la permanencia de la vergüenza y el desprecio de sí mismas. Finalmente indica que todo esto puede contribuir a que la mujer engendre dudas sobre sí misma a lo largo de la vida, puesto que ella recibió la versión de los hechos del perpetrador antes de haberse formado una opinión propia.

Retomar la experiencia de falta de control, la autora describe la experiencia de abuso sexual como una experiencia en la cual la niña no pudo controlar los acontecimientos cuando ocurrió la agresión, experiencia que pudo ser exacerbada por los sucesos posteriores al abuso como el descreimiento de otra persona. La niña puede quedar atrapada en un círculo de conducta y emoción fuera de control, lo que en un proceso de terapia de abuso sexual se define como “revictimización”.

Retomar los sentimientos de enorme responsabilidad hacia los demás, promovidos muchas veces por el agresor: *“Si cuentas lo nuestro me echarán de la casa”, “Si lo cuentas, tu madre podría sufrir un colapso”, “Si te niegas a hacerlo lo haré con tu hermana menor”*; la autora menciona que la mujer que vive abuso sexual recibe un entrenamiento intensivo para dar prioridad a las necesidades de los demás antes que a las propias. Finalmente sugiere retomar las respuestas habituales de miedo relacionadas con los medios utilizados por el perpetrador para ejercer control sobre la niña.

Como se mencionó anteriormente las estrategias de la terapia narrativa pueden ser utilizadas exitosamente en el manejo con personas que han vivido abuso sexual, a manera de ejemplo se mencionarán algunas (White y Epston, 1993) y su aplicación dentro de la intervención terapéutica propuesta (Kamsler, 2002).

Alentar una doble descripción.- El terapeuta que trabaja tratando de alentar una doble descripción puede establecer en la terapia un contexto para lograr el cambio. El terapeuta trabaja con los pacientes a fin de desarrollar una cantidad de nuevas descripciones de los acontecimientos con el objetivo de generar “novedades de diferencia que hagan una diferencia”. Los pacientes deben ser capaces de percibir las distinciones para poder conservar

un contraste entre la descripción que ellos mismos hicieron y la nueva descripción a fin de recibir novedades acerca de la diferencia de la nueva información. Este proceso impulsa la elaboración de nuevas respuestas que permiten que los pacientes vean nuevas soluciones.

Externalización del problema.- La actividad terapéutica de externalización del problema se describe como una separación lingüística que permite distinguir el problema mismo de la identidad personal de la persona tratada. En el abuso sexual se establecen una serie de rótulos estáticos o patológicos, lo cual fortalece la opinión de que el problema está en la propia persona, aumentando con esto la sensación de vergüenza y culpa. La externalización del problema es el primer paso para invitar a la persona a que se aparte de los efectos del rótulo y darle la posibilidad de que descubra otras versiones de sí misma.

Elaboración de preguntas de influencia relativa.- El objetivo de la terapia es incitar a los pacientes a describir aspectos de sí mismos dejados de lado por la imagen dominante, así se elaboran preguntas de influencia relativa dirigidas a retomar excepciones o eventos extraordinarios. El objetivo es identificar logros aislados que le lleven a adquirir la sensación de control sobre el problema. Algunas preguntas de influencia relativa que se utilizaron fueron las siguientes: *¿Cómo influyeron los miedos en tu vida? ¿En qué situaciones la culpa, miedo, vergüenza, etc., no ha logrado apoderarse de ti? ¿Cómo pudiste desafiar la vergüenza que te tenía dominada y revelar la agresión que sufriste? ¿Sentiste alguna vez que el miedo te impedía continuar algo y aún así pudiste superarlo y seguir avanzando?*

Estas preguntas incitan a la elaboración de una imagen alternativa, así una vez que se han identificado los logros el terapeuta invita al paciente a mejorar la significación de esos logros y asegura que perciba la importancia de los logros únicos, requisito para que la nueva versión se fije y se mantenga; por ejemplo preguntas como: *“¿Cómo lograste darte prioridad a ti misma? ¿Qué dice de ti el hecho de haber logrado vencer tus miedos? ¿Cómo pudiste contrarrestar las enseñanzas de tu familia acerca de que la mujer tenía la responsabilidad por su conducta seductora? ¿Qué diferencia provoca esa reacción tuya en la imagen que tienes de ti misma? ¿Qué aspectos de ti misma que no habías advertido antes, te descubrió esa reacción?”*

Situar la imagen dominante en el contexto de las interacciones y en el contexto social más amplio.- Esta estrategia ayuda a que la persona descubra de donde proviene esa imagen y desarrolle algunas ideas acerca de la manera en que con el tiempo esa versión logró hacerse tan influyente; por ejemplo preguntas como: *“¿De qué modo otras personas promovieron la sensación de culpa en tu vida? ¿Cómo se fortaleció ésta? ¿Qué enseñanzas te llevaron a dar prioridad a los demás antes que a ti misma? ¿Crees que en la sociedad hay ciertas ideas que pueden fortalecer en las mujeres la sensación de culpa?”* Estas preguntas llevan a que el paciente comience a advertir las contribuciones realizadas por los demás a través de sus interacciones con él. Es fundamental sacar a la luz un cuadro completo de esas contribuciones para facilitar al paciente la tarea de nombrar las prácticas opresivas que permitieron la permanencia de los efectos de la agresión sexual sufrida en la infancia. Además le da la oportunidad de apartarse de la imagen patológica que tiene de sí mismo.

Por otro lado, Russell (2002) propone una estrategia a la cual nombra “Ceremonia de Definición y Testificación Externa”, la autora argumenta que en su trabajo con mujeres que vivieron abuso sexual frecuentemente escucha historias sobre lo significativo que son otras personas para ellas y retoma la importancia de traer los pensamientos, ideas y voces de esas personas dentro del proceso terapéutico. Su artículo se enfoca en cómo las prácticas de testigos externos y las ceremonias de definición permiten que otros participen con las mujeres que están reclamando sus vidas de los efectos del abuso sexual infantil, la autora retoma esta técnica introducida en terapia por White. Esta técnica permite crear procesos en los cuales el público actúa como testigo, escuchando en un primer momento la historia de los consultantes y posteriormente reflejándosela respetuosamente, las personas invitadas a participar como público en estas ceremonias de definición son los testigos externos y forman parte de la red significativa de la consultante. El trabajo del público consiste en reflejar más que un resumen de lo que escucharon y considerar aspectos de la vida significativos que a veces se desprecian o ignoran, con la finalidad de proveer material para historias alternativas preferentes las cuales representan una oportunidad de reconocer, expandir y engrosar estas historias y con esto proporcionar descripciones de identidad preferentes, a este proceso lo nombra “engrosamiento de identidades preferentes”.

Postulados de la terapia narrativa

Para lograr una mejor comprensión tanto de la postura terapéutica como del programa de intervención evaluado es importante describir algunos de los principales conceptos y postulados que dan fundamento teórico al modelo de terapia narrativa. Así se tiene que este modelo parte del construccionismo social cuya característica principal es la idea de que las realidades son construidas socialmente a través del lenguaje.

El construccionismo social enfatiza la interpretación social y la influencia intersubjetiva del lenguaje, la familia y la cultura sobre la construcción de la realidad; plantea que las ideas, conceptos y recuerdos surgen de un intercambio social y están mediados por el lenguaje; de esta manera construimos ideas acerca del mundo a través de las conversaciones con otras personas y durante este diálogo se presenta una constante generación de significados (Gergen, 1989).

Desde esta perspectiva se considera que la observación está matizada por la cultura y el lenguaje, es decir, llegamos al campo de la observación con toda una vida de experiencia cultural y con un lenguaje que nos proporciona la lógica para describir y explicar lo que observamos; de esta manera nuestras construcciones del mundo estarán limitadas por nuestra lengua. Así mismo se considera que los problemas y sus soluciones no surgen de la simple observación y que localizar un problema para el que se requiere una solución no depende tanto de lo que tenemos ante nosotros como de lo que tenemos detrás, ya que nos enfrentamos a las situaciones de la vida provistos de ciertos códigos y estructuras previas de comprensión (McNamee y Gergen, 1996).

Por lo tanto esta postura pone en duda la existencia de verdades absolutas y critica la misión de algunos científicos y terapeutas hacia la objetividad, es decir, cuestiona la postura positivista. Así McNamee y Gergen (1996) mencionan el cuestionamiento que se hace del científico como la persona que más cabalmente encarna las virtudes del funcionamiento correcto porque es él quien observa más aguda y sistemáticamente, quien aplica los procedimientos más rigurosos y racionales para evaluar y sintetizar la información, quien

puede construir defensas contra las emociones, valores, motivaciones y quien se mantiene independiente de los objetos de observación para evitar que sus conclusiones se distorsionen o contaminen. Por el contrario, se considera que el observador no puede mantenerse independiente del objeto de observación. Desde esta postura se pretende señalar que toda investigación que define objetivos y medios dentro de un paradigma dado producirá resultados que apoyen la teoría sobre la que la investigación se basó.

De igual manera también se critica la postura del terapeuta como experto, así McNamee y Gergen (1996) mencionan el cuestionamiento a la figura del terapeuta como un observador que reflexiona cuidadosamente y expone después sus conclusiones acerca de los aciertos y fallos de los otros, reconociendo el origen de estos fallos en las incapacidades o patologías de los individuos.

Las terapias que parten desde una visión construccionista social, también llamadas terapias posmodernas (incluida la terapia narrativa), efectúan algunas consideraciones relevantes para la práctica terapéutica, estas son mencionadas por McNamee y Gergen, (1996), quienes hacen referencia a algunas ideas que parten de diferentes puntos de vista, así por ejemplo se señala que en las prácticas terapéuticas existe un fuerte sesgo ideológico y que la profesión de la salud mental no es ni política ni moralmente neutral y tampoco son neutrales su evaluaciones; mencionan la postura constructivista que cuestiona la tradicional separación entre el conocedor y lo conocido, señalando que el científico nunca es independiente del mundo que observa; también mencionan la postura hermenéutica que sostiene que la concepción tradicional del terapeuta como analista objetivo de los estados mentales es errónea y mistificadora ya que la interpretación terapéutica está fuertemente influida por los presupuestos del terapeuta; también aluden a la concepción fenomenologista que lleva a considerar la importancia de entender la situación y los actos del cliente en los propios términos de éste y la necesidad de dejar fuera el prejuicio del terapeuta como experto de la disfunción individual; también se cuestiona la idea de “patología individual” afirmando que el entorno (familia, comunidad, instituciones, vida laboral, economía, ambiente físico, etc.) influye sobre el trastorno individual, así desde esta perspectiva es imposible separar la “patología individual” del proceso de vida en comunidad; de igual manera se considera que el

actual sistema de clasificación de las patologías no sólo es opresor, cosificador y peyorativo sino que además, favorece a las diversas ramas de la salud mental.

De esta manera el construccionismo social marca una diferencia respecto a la forma tradicional y moderna de hacer terapia y propone nuevas ideas fundamentadas en los postulados básicos del posmodernismo, los cuales establecen que todo conocimiento es una construcción que está inmersa en una cultura; por lo tanto no existe una verdad objetiva, sino verdades en contexto que llevan a una pluralidad de realidades.

Suponer que existen verdades absolutas implica establecer una relación de poder con los otros, es decir, el que conoce la verdad sobre el que la desconoce. Gergen y Kaye (1996) mencionan que la estructura del proceder terapéutico tradicional sirve para darle al cliente una lección de inferioridad, donde se le informa directa o indirectamente que es ignorante o emocionalmente incapaz de entender la realidad y donde el terapeuta aparece como sensato y sabio y como un modelo que el cliente debería tratar de imitar. Esta perspectiva por otra parte, cuestiona la relación jerárquica de poder que mantienen los terapeutas, así propone cambiar la imagen del terapeuta como observador objetivo y verlo en cambio como un colaborador; donde nadie tiene la última palabra y no se busca una verdad o causa, sino la co-participación en la generación de significados alternativos más funcionales para el paciente.

Gergen (2002) al mencionar la influencia que ha tenido el construccionismo social en el trabajo terapéutico expresa que, mientras la terapia tradicional se centra en los estados mentales del individuo y la meta terapéutica es transformar la mente individual; en la terapia basada en la construcción social lo que a cada persona le pasa es, más bien, lo que ocurre entre personas, por lo tanto, se le da un lugar central a la relación entre éstas.

Al ser el lenguaje un fenómeno relacional, la terapia se convierte en un proceso de transformación del discurso y debido a que los significados surgen continuamente dentro del proceso relacional, se ve la relación cliente-terapeuta como una oportunidad para co-construir significados alternativos (Gergen, 2002). Andersen (1996) señala que la búsqueda de significados casi siempre implica la búsqueda de un nuevo lenguaje y que la conversación

terapéutica podría considerarse como una forma de búsqueda de nuevas descripciones, nuevas comprensiones y nuevos significados.

Gergen (2002) también establece la diferencia entre las terapias tradicionales que buscan la verdad y las posmodernas, donde se aceptan diferentes construcciones de lo real (cada una válida dentro de su propia comunidad), por lo tanto a la terapia con marco posmoderno le va a interesar más encontrar alternativas que conocer las “causas” de un problema. De igual manera muchos terapeutas se encuentran influenciados por la tradición del modelo médico que define a los problemas de los pacientes como enfermedades y les pone un nombre, el construccionista social en cambio piensa que el “problema” es tan sólo un símbolo lingüístico y cree que cuando el terapeuta nombra y explora los problemas del cliente los magnifica haciéndolos una realidad palpable (Gergen, 2002).

De esta manera Andersen (1996) menciona que el lenguaje puede ser limitante si no se emplea teniendo presente que no existe una única realidad y que ésta se puede co-construir a necesidad de la persona que acude a terapia; finalmente este autor teniendo más claro el enorme poder de las palabras empezó a guardar silencio en su práctica terapéutica y a poner un mayor énfasis en escuchar, cambió su postura “o...o” a una del tipo “ambos...y”, es decir, además de “esto” existe “esto otro”; y creyó firmemente que las preguntas podrían ser de mucho más ayuda que las interpretaciones o las opiniones.

Por otro lado, Anderson y Goolishian (1996) mencionan la necesidad de considerar al cliente como experto y de que el terapeuta adopte una posición de ignorancia, la cual implica una actitud genuina de curiosidad, es decir, las acciones y las actitudes del terapeuta deben expresar la necesidad de saber más acerca de lo que se ha dicho, y no transmitir de modo alguno opiniones y expectativas preconcebidas del cliente, del problema o de lo que debe cambiarse.

Lo mencionado anteriormente influye en la postura del terapeuta narrativo, la cual es no jerárquica y de no expertez; de igual manera se elimina el término de “disfuncionalidad” y

se cambia el término de “paciente” por el de “cliente” y el término de “terapia” por el de “conversación”.

Uno de los autores más importantes dentro de la terapia narrativa es Michael White (Payne, 2002) quien parte del supuesto de que el lenguaje es muy poderoso, crea realidades y determina destinos. White señala que los relatos son constitutivos y modelan las vidas y las relaciones y que la fuerza más poderosa para modificar nuestras vidas son los relatos que nos contamos constantemente a nosotros y a los demás, y que representan la visión que tenemos del mundo y de nuestras relaciones.

Por su parte también Andersen (1996) ha mencionado la importancia del lenguaje en la construcción de significados, este autor menciona que es indudable el enorme poder curativo que tiene el lenguaje y señala que éste ayuda a construir la realidad, ya que una cosa que no se puede nombrar simplemente no existe y sólo podemos construir nuestra realidad según el lenguaje que tenemos en nuestro repertorio. Andersen menciona que cuando todos nombramos algo de una misma manera ayudamos a co-crearlo, lo co-construimos y que cuando alguien nombra “algo”, automáticamente todos empiezan a ver ese “algo” a manera de proceso contagioso.

Para tratar de entender los fundamentos que subyacen a la práctica de la terapia narrativa resulta importante mencionar dos aspectos primordiales señalados por White (1993), la importancia del significado en la contribución al problema y la analogía del texto con las vidas y relaciones de las personas.

Con referencia al primer aspecto White (1993) menciona que es el significado que los miembros atribuyen a los hechos lo que determina su comportamiento, este autor señala que las personas organizan sus vidas alrededor de ciertos significados y al hacerlo contribuyen inadvertidamente a la “supervivencia” del problema; así las respuestas que las personas dan al problema constituyen inadvertidamente el sistema de apoyo a la vida del problema, con lo que consecuentemente los problemas parecen llegar a tener vida propia y con el tiempo ejercer

más y más influencia, las personas parecen no advertir la índole progresiva y direccional de su coevolución alrededor de las definiciones del problema.

En cuanto a la analogía del texto, White (1993) señala que con el fin de comprender las experiencias, éstas deben “relatarse” y es precisamente el hecho de relatar lo que determina el significado que se atribuirá a la experiencia. De esta manera las personas para dar sentido a sus vidas organizan su experiencia de los acontecimientos en secuencias temporales, a fin de obtener un relato coherente de sí mismas y del mundo que les rodea, esta narración de su experiencia contiene un comienzo y un fin que enmarca el presente y que permite interpretarlo y a la vez que este relato ordena la cotidianidad, también establece la interpretación de experiencias posteriores; de igual manera la interpretación de los eventos actuales está tan determinada por el pasado como modelada por el futuro.

La analogía del texto propone la idea de que los relatos o narraciones que viven las personas determinan su interacción y organización, por lo que estos relatos son constitutivos y modelan la vida y relaciones, y propone que la evolución de las vidas y de las relaciones se produce a partir de la representación de tales relatos o narraciones. Considera a su vez que los relatos están llenos de lagunas que las personas deben llenar para que sea posible representarlos y que con cada nueva versión las personas reescriben sus vidas. De esta manera la analogía del texto establece la interacción de las personas y de los lectores dentro de los textos y considera que cada nueva lectura de un texto es una nueva interpretación de éste y por lo tanto una nueva forma de escribirlo (White, 1993).

Por otro lado White (1993) señala que en lugar de tener inicialmente un conjunto de datos (hechos) con los que se construye un relato o teoría para explicarlos, por el contrario las estructuras narrativas que se construyen no son narraciones secundarias acerca de los datos sino narraciones primarias que establecen lo que habrá de considerarse como datos, es decir, la estructuración de una narración requiere de un proceso de selección por medio del cual se deja de lado, de entre el conjunto de los hechos de la experiencia, aquellos que no encajan en los relatos dominantes que nosotros y los demás desarrollamos.

Los postulados de la narrativa aceptan que las personas organizan su experiencia y le dan sentido por medio del relato, y que en la construcción de esos relatos expresan aspectos escogidos de su experiencia vivida. La narrativa introduce la idea de que las personas son ricas en experiencia vivida y que sólo una fracción de esta experiencia puede relatarse y expresarse en un determinado momento, por lo tanto una gran parte de la experiencia queda inevitablemente fuera del relato dominante acerca de la vida y las relaciones de las personas; es decir, aunque la experiencia es tan amplia, la vida es un texto con narrativas dominantes y en ocasiones las personas se centran en algo que puede convertirse en problemático. Estos aspectos de la experiencia vivida que quedan fuera del relato dominante de las personas, llamados “acontecimientos extraordinarios”, constituyen una fuente de riqueza y fertilidad para la generación de relatos alternativos (White, 1993).

La aplicación de tales supuestos en terapia establece que las personas acuden a terapia cuando los relatos dominantes no dejan espacio suficiente para la representación de otros relatos preferentes, por lo que en terapia se pretende identificar acontecimientos extraordinarios para generar relatos alternativos que les permitan representar nuevos significados, aportando con ello posibilidades más deseables y nuevos significados que las personas experimentarán como más útiles y satisfactorios (White, 1993).

Finalmente a manera de resumen resulta importante subrayar algunos principios centrales del enfoque narrativo que enmarcan el trabajo del terapeuta, así tenemos que, el enfoque narrativo pone en duda la existencia de verdades absolutas y cuestiona la misión de la objetividad; menciona la existencia de una construcción social de la realidad donde el conocimiento surge dentro de las comunidades, por lo que las historias culturales van a determinar las historias de las narrativas particulares; enfatiza la construcción de la realidad a través del lenguaje; señala que el lenguaje es cambiante, lo que conduce a que las conversaciones terapéuticas sean oportunidades para cambiar el lenguaje y negociar diferentes significados; considera que las realidades se mantienen a través de la narrativa y por lo tanto somos prisioneros de nuestras propias descripciones; reconoce que existen narrativas dominantes que determinan nuestra forma de comportamiento y menciona la importancia de adentrarnos en las narrativas dominantes a fin de encontrar eventos extraordinarios; por lo que la terapia narrativa se basa en describir historias a través de un re-narrar, a fin de que estas historias se vuelvan transformativas.

Evaluación de la efectividad de la terapia narrativa

Se encontraron pocas investigaciones que evalúen con diseños experimentales y desde una postura positivista a la terapia narrativa, esto probablemente debido a que el marco epistemológico y algunos de los principios centrales que subyacen al enfoque narrativo son incompatibles con la práctica científica más rigurosa.

En este sentido Etchison y Kleist (2000) intentan explicar porque, a pesar del aparente atractivo de la terapia narrativa como modalidad terapéutica, la investigación sobre su efectividad es escasa y está sustentada en gran parte por reportes anecdóticos; los autores revisaron algunas investigaciones actuales sobre terapia narrativa y discuten la falta de una base de investigación más extensa; entre las posibles explicaciones que dieron mencionan que la orientación constructivista y su negación de la posibilidad de objetividad es inconsistente con los tradicionales métodos de investigación empíricos cuantitativos; en contraste, las aproximaciones constructivistas enfatizan una comprensión cualitativa de cada significado dado a la experiencia, donde participantes e investigadores fungen como co-investigadores quienes juntos exploran los significados de la experiencia; los autores mencionan que la esencia de la terapia narrativa es interpretar y dar significado a la experiencia, así como incidir en las dinámicas únicas y particulares de cada cliente, lo cual coincide con las aproximaciones cualitativas que enfatizan la comprensión de la experiencia individual, los autores también mencionan que la implicación de esta perspectiva sacrifica la posibilidad de generalizar en un afán por utilizar metodologías de investigación sensibles al contexto específico.

Por su parte Amundson (2001) señala que la terapia narrativa no debe temer a la ciencia y explica que es posible que la terapia narrativa escape de las tendencias históricas de rectificación y evite sucumbir a los viejos hábitos de certeza debido a que está interesada en evaluar la eficacia según el caso específico considerando el contexto y problema único del paciente. Así mismo considera que la postura narrativa ha reintroducido el escepticismo a tendencias hacia la sistematización y el abandono del desarrollo de la teoría a favor del disfrute de la utilidad, por el contrario esta perspectiva defiende las voces alternativas y

cuestiona la sensación de que algunas son más correctas o incorrectas que otras, lo cual sólo fomenta un contexto de intimidación y superioridad del experto, esta perspectiva considera también que los abusos de la ciencia recaen en el reduccionismo y absolutismo. El autor retoma el argumento de William James en cuanto a la existencia de una similitud y paralelismo entre el empirismo radical y el constructivismo radical y considera la posibilidad de medir empíricamente la utilidad de la terapia narrativa, así establece una diferencia entre eficacia y efectividad, menciona que los modelos de psicología profesional han buscado evaluar las terapias para validar su eficacia; sin embargo el concepto de efectividad puede ser aplicado al contexto específico y particular del paciente. Por otro lado el autor establece una diferencia entre las Terapias Empíricamente Validadas (EVT), las cuales no toman en cuenta la ecología (contexto) y por lo tanto pueden ser menos efectivas o útiles, y las Terapias Empíricamente Informadas las cuales sugieren considerar cada caso como una N de 1, por ejemplo informes de caso que describen lo que funcionó de la terapia y lo que no funcionó. Finalmente menciona que en la terapia narrativa es necesario negociar lo que será considerado como el problema y por lo tanto co-crear junto con el paciente como debería terminar la terapia, lo que implica objetivos de evaluación distintos en cada caso.

En efecto se observa que existe una conexión entre la terapia narrativa y sus prácticas de investigación, ya que la mayoría de las investigaciones encontradas fueron estudios de caso, bajo metodologías cualitativas y algunas bajo perspectivas etnográficas. Epston (2004) menciona que la perspectiva etnográfica de investigación considera al investigador y participantes como co-investigadores y que su proceso no aspira a la objetividad al manifestarse en contra de las prácticas de investigación tradicionales, las cuales considera opresivas. Por su parte Gaddis (2004) señala que existe una congruencia entre los proyectos de investigación y las perspectivas de la terapia narrativa, de esta manera la investigación sobre la efectividad del tratamiento se realiza desde la perspectiva de los clientes y considerando qué fue importante y significativo para ellos dentro de la terapia, bajo la creencia de que cada cliente tiene una única e importante historia sobre la terapia y bajo la consideración de que lo que cada uno pueda decir es importante, dando un mayor interés a la investigación local que a la global. En este sentido Redstone (2004) explora la experiencia de personas con la terapia narrativa y evalúa la terapia narrativa mediante el reconocimiento de los clientes sobre lo que les fue de utilidad y lo que no.

También St. James O'Connor, Meakes, Pickering y Schuman (1997) realizaron un estudio con la finalidad de examinar la percepción de la experiencia de las familias con la terapia narrativa. Este estudio utilizó un diseño de investigación etnográfico para descubrir lo que las familias encontraban de ayuda y no ayuda en sus experiencias terapéuticas. El estudio estuvo guiado por la pregunta "¿Cuál es la experiencia de la familia en terapia narrativa?" Los autores eligieron un diseño etnográfico por tres razones: 1) la pregunta de investigación requería la posibilidad de respuestas complejas, 2) la práctica y procedimiento de la terapia narrativa muestra similitud con la entrevista etnográfica y 3) los participantes son tratados como co-investigadores. Los autores emplearon un formato de entrevista semi-estructurada usando cuatro preguntas que apuntaban al desarrollo de una rica descripción de las percepciones de la familia: 1) ¿Qué ha sido de utilidad en la terapia?, 2) ¿Qué no ha sido de utilidad en la terapia?, 3) ¿Cuál es en general tu experiencia con la terapia narrativa? y 4) ¿Qué imagen o símbolo describe tu experiencia en narrativa?; cada pregunta incluía sub preguntas que facilitaban una rica descripción de su experiencia. Participaron ocho familias que tenían problemas con sus hijos en edades de seis a 13 años. Se seleccionaron familias que estaban atendándose en ese momento con un equipo narrativo en una clínica universitaria, sus problemáticas incluían desordenes de conducta, violencia familiar, aflicciones asociadas con divorcio parental o muerte, problemas escolares, agresión, déficit de atención, desorden de hiperactividad, y desobediencia de reglas. Los entrevistadores fueron estudiantes que terminaron un curso de investigación cualitativa con entrenamiento en herramientas de entrevista. Cada entrevista se audio grabó y transcribió; los datos se codificaron usando análisis de contenido latente y manifiesto, diseñado para reconocer temas, similitudes y diferencias. De los datos emergieron seis temas principales consistentes con la terapia narrativa, estos fueron a) conversaciones de externalización, b) ocurrencias únicas o excepciones e historias alternativas, c) equipos de reflexión y consulta e) construcción de la audiencia y f) aspectos terapéuticos de utilidad y no utilidad. Los resultados mostraron que todos los miembros de la familia reportaron alguna reducción en los problemas presentados, siendo mayor la reducción en los que estuvieron en terapia narrativa por un largo periodo de tiempo en comparación con los que estuvieron poco tiempo, con lo cual los autores apoyaron la efectividad de la terapia narrativa para empoderar la agencia personal en los miembros familiares y finalmente señalaron que la terapia narrativa es un modelo terapéutico viable en el trabajo con familia, además concluyeron que el método de cuestionamiento etnográfico es congruente con la investigación sobre terapia narrativa.

Aunque la mayoría de las investigaciones encontradas estuvieron enfocadas en estudios de caso, seguidas de algunos estudios desde la etnografía; también se encontraron en menor medida otro tipo de diseños de investigación que evaluaban la efectividad de la terapia narrativa, en uno de ellos se aplicó un diseño de investigación de caso único con medidas de línea base tomadas antes y medidas tomadas durante el tratamiento, y en el otro estudio se comparó la efectividad de dos tipos de tratamiento. A pesar de que estos estudios no fueron sobre abuso sexual infantil vale la pena mencionarlos en el sentido de que es posible emplear diseños de investigación cuantitativos como medio para evaluar la efectividad de la terapia narrativa.

De esta manera Besa (1994) examinó la efectividad de la terapia narrativa en reducir los conflictos padres-hijos, los participantes de la investigación fueron 6 familias con niños entre ocho y 17 años, las familias fueron seleccionadas de entre las que se presentaban con conflictos padres-hijos en una clínica buscando terapia, el diseño de investigación fue de caso único para evitar usar métodos que recaigan sobre la clasificación, patologización o categorías de diagnóstico. Los padres fueron entrenados para tomar medidas de los progresos de sus hijos al contar la frecuencia de comportamientos específicos durante una línea base y las fases de intervención. Los objetivos fueron los problemas de comportamiento del niño que la familia quería disminuir y alrededor de los cuales estaban los conflictos padres-hijos. Los objetivos fueron definidos en términos de comportamientos medibles (ej. no hacer la tarea, desobedecer, discutir, etc.). Los resultados fueron evaluados usando tres diseños múltiples de línea base. El tratamiento utilizó varias técnicas de terapia narrativa, las cuales incluían externalización, preguntas de influencia relativa, identificación de respuestas únicas y excepciones al problema, redescripciones únicas o asignación de nuevos significados al comportamiento y asignación de tareas entre sesiones. Al comparar los rangos de la línea base, cinco de las seis familias mostraron cambios de comportamiento en los hijos y mejoras en la disminución de conflictos padre-hijo con la terapia narrativa con rangos de 88% a 98% y no se observó ninguna mejora en ausencia de la terapia narrativa. Los autores concluyeron que en cinco de los seis casos estudiados las intervenciones en narrativa fueron la causa probable para los cambios observados, con lo cual los autores sugieren que la terapia narrativa fue efectiva en reducir los conflictos padre-hijo y podría ser aplicable a experiencias con familias con conflictos y condiciones similares a las involucradas en este estudio. Por su parte Ussher, Hunter y Cariss (2002) compararon la efectividad para reducir síntomas premenstruales de un tratamiento médico (medicamentos inhibidores de la serotonina) con

un tratamiento terapéutico consistente en intervenciones de los modelos de terapia cognitivo conductual y narrativa. El estudio utilizó un control aleatorizando a las participantes que estaban tratando sus síntomas premenstruales a cada grupo de tratamiento y usando medidas estandarizadas de salida. Sus resultados indicaron que el tratamiento psicológico resultó igual de efectivo que el tratamiento médico en reducir los síntomas premenstruales moderados o severos de las 36 mujeres del estudio.

En cuanto a abuso sexual se refiere contamos específicamente con ilustraciones de caso sobre los efectos de la terapia narrativa; así tenemos por ejemplo el artículo de Miller et al. (2006) quienes reportan mediante tres ilustraciones de caso los efectos de la terapia narrativa, junto con una intervención basada en sistemas familiares internos (IFS), en disminuir las sensaciones de sufrimiento, opresión y pérdida asociados al abuso sexual infantil. Los autores reportan que la terapia fue efectiva en ayudar a las tres mujeres en su proceso de duelo, a enfrentar sus temores, a generar una sensación de esperanza y confianza en el autocuidado de sí mismas, así como a realzar sus habilidades para confiar en su propia dirección. Finalmente los autores mencionan que las técnicas presentadas en su artículo necesitan ser evaluadas y examinadas por clientes y terapeutas en diferentes situaciones y contextos.

En otro artículo Mersham (2000) refiere mediante una ilustración de caso el uso de la terapia narrativa en el desorden de estrés postraumático. La paciente fue una estudiante de 22 años con una larga historia de experiencias de trauma, entre esas el abuso sexual infantil. La terapia duró 22 sesiones basadas en una terapia narrativa con una estrategia que utilizó el “fantasma familiar”, la cual consiste en traer la imagen de la familia dentro de las conversaciones terapéuticas. La paciente inició la terapia con profundos sentimientos de odio hacia los hombres, también indicó sentirse profundamente estresada, deprimida, enojada y pesimista sobre su futuro; además manifestó tener problemas alimenticios y estar insatisfecha con su apariencia personal; su lista de síntomas incluyó ansiedad, así como problemas para dormir y concentrarse. La autora utilizó un cuestionario para diagnosticar desordenes alimenticios con el fin de conocer aspectos del desorden alimenticio de la paciente. Una meta de la terapia consistió en establecer una base de fortaleza y confianza en la paciente, así como ayudarla a utilizar el apoyo de la familia y amigos en el cambio del curso de su vida. Finalmente el progreso fue medido por medio del cambio en la historia dominante que la paciente tenía.

Así la autora refirió que la paciente se sintió más empoderada y consiguió control en su vida, también adquirió nuevas habilidades para buscar ayuda, empezó a sentirse más optimista sobre el futuro, empezó a adquirir sentimientos de disfrute, esperanza y amor; incrementó su felicidad y disminuyó su temor y odio; además fue capaz de implementar nuevas rutinas de seguridad y salud en su vida.

Mann y Russell (2002) comentan que los sentimientos de vergüenza, culpa y ansiedad pueden continuar interrumpiendo la vida de mujeres que vivieron abuso sexual infantil; así exponen mediante cuatro ilustraciones de caso los efectos de su trabajo narrativo con mujeres sobrevivientes de abuso sexual infantil. Las autoras utilizaron dos estrategias narrativas llamadas “Establecimiento de la posición del mapa” y “Ceremonia de definición y testificación externa”, esta última consistió en una terapia grupal de ocho sesiones. La primera estrategia estuvo estructurada en cuatro etapas cuyos objetivos fueron ayudar a las mujeres a desarrollar una descripción del significado que el abuso había tenido en sus vidas. Las autoras reportan que la terapia ayudó a las mujeres a reclamar sus vidas de los efectos del abuso sexual; así como a establecer una rica descripción de sus propias habilidades, valores, esperanzas y sueños. En cuanto a la segunda estrategia las autoras reportaron que ayudó a establecer un clima de calidez, seguridad, confianza, empatía e identificación; además contribuyó al establecimiento de descripciones preferentes de su vida; así como a la identificación y reconocimiento de los cambios en su propia identidad. Finalmente las autoras establecen que la terapia ayudó a las mujeres a cambiar sus sentimientos de vergüenza, odio, temor y desolación.

Por otro lado Redstone (2004) interesada en evaluar la contribución de la terapia narrativa desde la perspectiva de los clientes, exploró mediante una entrevista dirigida a una paciente cuál fue la experiencia de ésta en la terapia, qué le había sido de ayuda, cómo y de qué manera. La paciente acudió a terapia a raíz del abuso sexual sufrido en la infancia. Durante la entrevista refirió que la aproximación que más le ayudó fue la externalización y la manera en que pudo hablar de sí misma mirándose como alguien separado y refiriéndose a su “propia niña pequeña”, esto le ayudó a verse de una manera diferente y a comprender todo el marco contextual, así como las razones por las que el abuso sucedió; dejó de asumir que las cosas pasaron por su culpa, dejó de verse como una mala persona, de sentir culpa y de llamarse

“estúpida”; por otro lado dejó de verse como víctima y empezó a identificarse como una persona fuerte y decente; así comenzó a respetarse y a cuidar de sí misma.

El hecho de que no exista un gran número de investigaciones que evalúen la efectividad de la terapia narrativa con diseños más experimentales que aspiren a lograr el control de variables y la generalización de resultados, no significa que la efectividad de la terapia narrativa no pueda generalizarse, ni mucho menos que ésta no sea efectiva; por el contrario este hecho implica la necesidad de contar con un mayor número de investigaciones que evalúen su efectividad, con la finalidad de que estas evaluaciones puedan aportar aún mayor credibilidad y expansión de la efectividad de este enfoque a otras áreas importantes como la investigación científica.

A manera de conclusión se puede decir que, existe evidencia empírica de diferentes consecuencias generadas por el abuso sexual infantil, estando entre las más mencionadas la depresión, ansiedad, baja autoestima, los síntomas de estrés postraumático, las conductas autodestructivas, los problemas en el consumo de sustancias y los trastornos alimentarios; también existen estudios que demuestran que estas consecuencias están altamente relacionadas con los sentimientos de culpa y vergüenza; por lo tanto la propuesta de intervención está dirigida específicamente a trabajar los sentimientos de vergüenza y culpa y está basada en estrategias del modelo de terapia narrativa debido a que este modelo resulta congruente con varios factores involucrados dentro del manejo del abuso sexual y además porque es un modelo apropiado para el manejo terapéutico de la culpa y la vergüenza y por lo tanto resulta útil a los objetivos de la intervención.

Metodología de Investigación

Pregunta de Investigación

¿Las mujeres que vivieron abuso sexual infantil y que asisten a un programa de intervención de 11 sesiones individuales basado en estrategias del modelo de terapia narrativa, disminuirán sus sentimientos de culpa y vergüenza, y a su vez incrementarán sus niveles de autoestima y reducirán sus niveles de depresión y ansiedad?

Justificación

La evidencia de serias repercusiones a corto y a largo plazo en las personas que han vivido abuso sexual infantil, la gran prevalencia de culpa y de vergüenza en estas personas, así como los efectos de ambas emociones en la sintomatología y en el posterior ajuste adaptativo; remite a la importancia de diseñar propuestas de intervención que puedan incidir en la vergüenza y la culpa y de esta manera mediar los efectos negativos del abuso sexual infantil.

Por otra parte, resulta necesario no sólo diseñar intervenciones sino también contar con evaluaciones adecuadas de sus resultados, en este sentido se intentó seguir en la medida de lo posible los diseños de investigaciones que evalúan eficazmente propuestas de intervención, en los cuales se aplican instrumentos antes y después del tratamiento con la finalidad de conocer y comparar los cambios de los participantes, además de ser diseños que incluyen un grupo de tratamiento y un grupo de comparación; sin embargo, aunque la propuesta de investigación inicial pretendía incluir ambos grupos, las necesidades y limitaciones que se fueron identificando conforme transcurría la investigación cambiaron esta intención.

Las razones para no incluir grupo de comparación (en lista de espera) fueron las siguientes: 1. La dificultad para conseguir a las participantes del estudio, ya que se trabajó con una población de difícil acceso, 2. La observación de que resultaba complicado contactar nuevamente a las participantes del grupo en lista de espera una vez transcurridas las 11 semanas para la aplicación del pos test, a pesar de que se les indicó que una vez transcurrido un periodo de 11 semanas ingresarían al programa de intervención y 3. La consideración de que las participantes recibieran el tratamiento de manera más inmediata.

Objetivos

Diseñar, aplicar y evaluar un programa de intervención de 11 sesiones individuales basadas en estrategias del modelo de terapia narrativa dirigidas al manejo de culpa y vergüenza en mujeres que han vivido abuso sexual infantil.

El programa de intervención tiene el objetivo de disminuir sus sentimientos de culpa y vergüenza con lo cual se pretende incidir en sus niveles de autoestima, ansiedad y depresión.

Variables

V. I. Programa de intervención terapéutica de 11 sesiones individuales de una hora una vez por semana, diseñado específicamente para este estudio y basado en estrategias del modelo de terapia narrativa.

V. D. Cambios en los sentimientos de culpa y vergüenza de las participantes y en sus niveles de depresión, ansiedad y autoestima.

Hipótesis

Las mujeres que concluyan el tratamiento de 11 sesiones disminuirán sus sentimientos de culpa y vergüenza, incrementarán significativamente sus puntajes de autoestima y reducirán significativamente sus puntajes de depresión y ansiedad.

Método

Participantes

Las participantes fueron mujeres mayores de 18 años que manifestaron haber vivido abuso sexual infantil y que buscaron tratamiento en uno de los cuatro centros de atención psicológica que participaron en el estudio. Las participantes fueron seleccionadas mediante un muestreo intencional.

Diseño

Se utilizó un diseño de investigación mixto, es decir, cualitativo y cuantitativo, con mediciones efectuadas antes y después del tratamiento (Pedhazur y Schmelkin, 1991).

La evaluación cualitativa resultó de utilidad para los fines de esta investigación por tres razones: La primera va en relación con el tipo de información que necesitamos obtener, es decir, información a profundidad con un número pequeño de casos, ya que la población con la que se trabajó es de difícil acceso y por lo tanto la muestra de participantes fue pequeña; la segunda se refiere a la congruencia entre la investigación cualitativa y el marco epistemológico empleado en el modelo de intervención, es decir, con los postulados de la terapia narrativa y la

tercera razón es debida a que el objetivo principal del programa de intervención fue disminuir los sentimientos de culpa y vergüenza y un análisis cualitativo se consideró un mejor indicador de estos sentimientos debido a la falta de instrumentos de medición adecuados diseñados para este fin.

En relación con la segunda razón resulta importante señalar que la esencia de la terapia narrativa es interpretar y dar significado a la experiencia, así como incidir en las dinámicas únicas y particulares de cada cliente, por lo tanto la terapia narrativa le da un mayor interés a la investigación local que a la global lo cual coincide con las aproximaciones cualitativas que enfatizan la comprensión de la experiencia individual; la implicación de esta perspectiva considera el caso y problema único del paciente (Amundson, 2001; Etchison y Kleist, 2000; y Gaddis, 2004). De esta manera se le dio prioridad a la visión de las participantes dentro de su problemática y solución; por lo que fue importante considerar los efectos tanto del abuso sexual infantil, como de la intervención, desde su propia percepción.

Por otro lado, la parte cuantitativa permitió complementar la información obtenida y de esta manera evaluar los niveles de ansiedad, depresión y autoestima en las participantes.

Instrumentos

I. Entrevista semi-estructurada diseñada para los fines de esta investigación, la cual tiene la finalidad de conocer aspectos relacionados con la experiencia de abuso sexual infantil y de identificar la presencia de sentimientos de culpa y vergüenza antes y después de la intervención (Anexo 2). Esta entrevista explora ocho áreas principales que son:

1. Datos de la paciente
2. Características de la experiencia de abuso sexual infantil
3. Consecuencias que atribuye a esta experiencia
4. Imagen del agresor

5. Explicaciones que ha dado a su vivencia
6. Imagen de sí misma
7. Expectativas a futuro
8. Evaluación de la paciente del proceso terapéutico.

En cuanto a las características de la experiencia de abuso sexual infantil, la entrevista recaba datos sobre la edad en que inició, duración, frecuencia, tipo de contacto sexual, relación con el agresor, edad y circunstancias en las que se descubrió la agresión, reacción de la primera persona que se enteró de la agresión y percepción del apoyo proporcionado por las personas que conocen la experiencia de abuso sexual infantil. Además, a manera de control se indagan datos acerca de la existencia de tratamientos psicoterapéuticos anteriores, así como de su duración y resultados obtenidos.

II. Instrumentos para medir Depresión, Ansiedad y Autoestima validados, confiabilizados y estandarizados en población mexicana (Anexo 3).

Se eligió la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos Revisada (CES-D-R), la Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck y la Escala de Autoestima de Reidl, con base en sus altos valores psicométricos y debido a la sencillez y brevedad de tiempo en su aplicación, dado que en la primera y última sesión se realiza también una entrevista de evaluación más extensa. Algunas características de los instrumentos que se emplearon son las siguientes:

1. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos Revisada (CES-D-R) cuya versión original (CES-D) fue diseñada por Radloff en el año 1977 con la finalidad de tener un instrumento de tamizaje válido, confiable y preciso para detectar los posibles casos clínicos de depresión; posteriormente el Centro para la Investigación de Prevención de la Universidad Johns Hopkins actualizó los contenidos de Tamizaje del CES-D con los criterios diagnósticos para episodios de depresión mayor (EDM) propuestos en el DSM-IV, dando lugar a la versión

revisada (CES-D-R) (González-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira y Wagner, 2008). La escala contiene 39 situaciones que representan los síntomas característicos en la depresión, las opciones de respuesta se presentan en una escala de frecuencias tipo likert donde los participantes tienen que responder una de las cinco opciones de respuesta referentes a la cantidad de días en que han presentado cada una de las 39 situaciones en las últimas dos semanas. González-Forteza et al. (2008) realizaron un estudio cuyo objetivo fue probar la validez de constructo, concurrente y externa; así como la consistencia interna de la escala en 1,549 adolescentes estudiantes de secundaria de la ciudad de México, sus resultados mostraron una estructura de 6 factores, que explicaban el 55% de la varianza, los factores fueron 1. Afecto deprimido, 2. Afecto positivo, 3. Inseguridad emocional y problemas interpersonales, 4. Somatización, 5. Bienestar emocional y 6. Actividad retardada; además la escala mostró un alto nivel de consistencia interna ($\alpha=0.93$), discriminación significativa entre puntajes extremos ($z=3.695$, $p<0.001$) y correlación positiva y significativa con la Escala de Ideación Suicida de Roberts ($r=0.685$, $p<0.001$).

2. Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck, es una escala adaptada del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y diseñada con el propósito de evaluar sintomatología ansiosa. La escala contiene 21 afirmaciones sobre síntomas comunes que suelen presentarse en la ansiedad, tiene cuatro opciones de respuesta que indican la frecuencia con la que se presentan cada uno de los 21 síntomas durante la última semana. Robles, Varela, Jurado y Páez (2001) realizaron la traducción y adaptación del instrumento en población mexicana de hombres y mujeres. También analizaron la consistencia interna y la validez factorial del instrumento; el cual se aplicó a 350 estudiantes universitarios y a una muestra de 1000 participantes de la población en general, los resultados revelaron altos niveles de consistencia interna ($\alpha=0.84$ en estudiantes y $\alpha=0.83$ en adultos); por otro lado el análisis factorial mostró cuatro factores principales con cargas que iban de .35 a .65, esta estructura de cuatro factores coincide con la de la versión original referida por otros autores, en la que se han observado los factores denominados: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico. Posteriormente con 188 participantes voluntarios se determinó la confiabilidad Test Retest ($r=.75$) y la validez convergente correlacionando el instrumento con el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE), esta correlación arrojó niveles moderados positivos ($r=.60$ con la escala de ansiedad estado y $r=.59$ con la escala de ansiedad rasgo) con una $p<0.05$. Finalmente los autores compararon las puntuaciones medias de la versión mexicana del BAI entre participantes con y

sin trastornos de ansiedad, así se compararon 60 pacientes psiquiátricos con trastornos de ansiedad contra 132 participantes sin diagnósticos de ansiedad; se encontró que los pacientes con trastornos de ansiedad puntuaron significativamente más alto en comparación con los participantes sanos (36.9 ± 12.6 vs 9.7 ± 7.0 respectivamente, $gl\ 190$, $t=-19.1$, $p<0.05$).

3. Escala de Autoestima de Reidl (1981), desarrollada con el objetivo de medir los niveles de autoestima, consiste de 20 afirmaciones sobre la propia persona, tiene tres opciones de respuesta (acuerdo, ni acuerdo ni desacuerdo y desacuerdo), estas afirmaciones se refieren a cualidades y defectos personales, seguridad al enfrentarse a otros, opiniones de otras personas hacia sí mismo, dependencia-independencia y sentimientos generales hacia sí mismo. Reidl (1981) analizó la estructura factorial de la autoestima de 418 mujeres de la ciudad de México, entre 15 y 35 años, casadas y con hijos; los resultados del análisis revelaron dos factores 1. Dimensión negativa de la autoestima, que explica el 51.8% de la varianza y 2. Dimensión positiva de la autoestima, que explica el 19.7% de la varianza. De esta manera Reidl (1981) define a la autoestima como una actitud hacia el yo con las dimensiones positivas y negativas de evaluación. Se obtuvieron los índices de confiabilidad y validez en una muestra de 1, 112 hombres y mujeres de la ciudad de México; los resultados arrojaron altos niveles de consistencia interna, $\alpha=0.82$ para el factor 1 (autoestima negativa) y $\alpha=0.78$ para el factor 2 (autoestima positiva), con una $p<0.01$; la confiabilidad fue de $r=0.71$ (Reidl, 2002).

Procedimiento

Se diseñó un programa de intervención enfocado específicamente en reducir los sentimientos de culpa y vergüenza. Este programa de intervención consistió de 11 sesiones individuales y estuvo dirigido a mujeres que habían vivido abuso sexual infantil, con el objetivo de que la intervención contribuyera a disminuir sus sentimientos de culpa y vergüenza y de manera paralela a reducir otras consecuencias negativas relacionadas con estos sentimientos, en especial la depresión, ansiedad y baja autoestima.

Considerando que muchas propuestas de intervención no están estructuradas de manera tal que sirvan de guía para el manejo terapéutico con mujeres que han vivido

situaciones de abuso sexual infantil, se diseñó un manual de intervención dirigido a psicoterapeutas con una formación mínima dentro del marco epistemológico narrativo. El manual fue estructurado con temáticas, estrategias y objetivos sesión por sesión y quedó conformado de la siguiente manera: la primera parte contenía las características del programa de intervención terapéutica y las consideraciones generales para las sesiones; la segunda parte incluía propiamente el desarrollo de las sesiones y estuvo integrada por una sección teórica que sustentaba los temas, objetivos y actividades de la sesión y una sección práctica que especificaba el tema, los objetivos, los materiales, el desarrollo de la sesión y las tareas; la última parte contenía los anexos y el material a utilizar. En el anexo 4 se presenta una versión reducida del manual de intervención terapéutica.

Una vez diseñado el programa de intervención se buscó el contacto con las participantes, éste se realizó a través de cuatro centros de servicios psicológicos. De esta manera se solicitó la participación y apoyo de los responsables de cada centro, así se les informó acerca de los objetivos tanto de la investigación como del programa de intervención.

Los centros que participaron en la investigación fueron el Instituto de las mujeres del D.F. (In Mujeres Xochimilco) y tres Centros de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (Centro Comunitario Dr. Julián Mc Gregor y Sánchez Navarro; Centro Comunitario de Atención Psicológica Los Volcanes y Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila).

Posteriormente se diseñó un taller de 10 horas, el cual se tituló: “Acercamiento al Manejo Terapéutico del Abuso Sexual Infantil” (Anexo 5). El taller se impartió en los cuatro centros de servicios psicológicos y estuvo dirigido a 51 terapeutas que atendían en los centros, con la finalidad de facilitar su participación dentro del proyecto de investigación, así como de que pudiera servirles para brindar un adecuado contacto inicial a las usuarias que tuvieran una problemática de abuso sexual infantil. De esta manera los terapeutas identificaron a las mujeres que habían vivido abuso sexual infantil y las remitieron para la aplicación del programa de intervención. Los terapeutas proporcionaron los datos de las mujeres a las cuales se les contactó vía telefónica para proponerles participar en el programa de intervención, las

mujeres que accedieron a participar se les programó una cita para una primera sesión dentro del centro de servicios psicológicos al que inicialmente habían acudido.

La primera sesión formó parte del programa de intervención y tenía una duración de hora y media; durante ésta se les explicó que el programa de intervención formaba parte de un estudio que pretendía evaluar la efectividad de un tratamiento, para lo cual se les realizaría dos entrevistas al inicio y al final del proceso, de esta manera se les informó sobre los objetivos del estudio y se les pidió su autorización para participar en éste. Se les comentó que el programa de intervención tenía una duración de 11 sesiones semanales de una hora y que tenía la finalidad de trabajar aspectos relacionados con la situación de abuso sexual que vivieron en la infancia; se les manifestó que el programa no tenía costo y que su participación era completamente voluntaria, de tal manera que podrían tomar la decisión de retirarse en cualquier momento; también se les comentó que se audio grabaría la primera entrevista y la última, con la finalidad de no perder detalles importantes y de evaluar adecuadamente los resultados de la intervención; finalmente se les garantizó el anonimato y se les aclaró que tanto el proceso terapéutico como las entrevistas serían manejadas de manera confidencial. Durante esta primera sesión las mujeres que accedieron a participar en el programa de intervención firmaron un consentimiento informado (Anexo 6), realizaron la entrevista inicial y respondieron a los instrumentos escritos.

Una vez concluida la primera sesión se citó a las participantes a una segunda sesión la siguiente semana, así durante 10 sesiones más hasta concluir las 11 sesiones que duró la intervención.

Las observaciones obtenidas de la aplicación del programa de intervención a un primer grupo de cuatro participantes de uno de los centros permitieron hacerle modificaciones al manual de intervención para que las siguientes participantes tuvieran una intervención más adecuada y óptima.

Cada participante tuvo un expediente propio con la información recabada en cada sesión de tratamiento, con el registro de la constancia (asistencia y faltas) de las participantes

a cada una de las sesiones del tratamiento y con las tareas que las participantes iban realizando como parte del tratamiento. Se incluyen los registros globales del proceso terapéutico de las participantes (Anexo 7). Para el análisis de resultados sólo se consideraron las participantes que asistieron a las 11 sesiones de tratamiento.

Consideraciones Éticas

En todo momento se siguieron consideraciones éticas en el manejo y cuidado de las participantes, así se les informó que el programa de intervención formaba parte de una investigación, también se les dio a conocer los objetivos reales de ésta y se les solicitó su autorización tanto para participar en el programa, como para audio grabar la primera y la última sesión, aclarándoles que su participación era completamente voluntaria y que aún si decidían entrar al programa de intervención podrían retirarse en el momento en que lo considerarán conveniente, sin que esto afectará ningún tratamiento actual o futuro que pudieran recibir dentro de la institución; de igual manera se mantuvo la confidencialidad de cada una de las participantes, así la información referente a éstas sólo fue manejada por la terapeuta y ningún personal de la institución tuvo acceso a sus expedientes; así mismo al informar los resultados de la investigación se utilizaron seudónimos con la finalidad de no revelar la identidad de las participantes. Finalmente se buscó en todo momento anteponer los beneficios clínicos de las participantes por sobre los de la investigación, dándole prioridad a sus necesidades individuales antes que a la obtención de información; así se eliminó el grupo en lista de espera con la finalidad de brindarles una atención más inmediata a las participantes y con esto evitar la deserción. También se le hicieron algunas modificaciones al manual de intervención inicial dirigidas a que las participantes obtuvieran el máximo beneficio del proceso terapéutico y se llevó un cuidadoso registro de las sesiones en cada uno de los expedientes de las participantes, los cuales se revisaban dos veces por semana antes y después de la sesión con la finalidad de recordar y preparar adecuadamente cada sesión clínica.

Cabe mencionar que el diseño del taller, su facilitación; el diseño de la entrevista de evaluación; el diseño del programa de intervención terapéutico, su aplicación y la evaluación

del tratamiento fueron realizados directamente por la misma persona responsable del proyecto de investigación.

Análisis de Datos

Para analizar los datos de las entrevistas se realizó un análisis temático por categorías en las participantes que completaron las 11 sesiones terapéuticas.

El análisis temático es un método para identificar, analizar y reportar patrones, categorías o temas dentro de los datos; tiene la ventaja de ser un método sencillo, flexible y sin reglas rígidas, que permite tantas combinaciones como sea posible, siendo de mayor importancia que el investigador sea consistente en la manera de hacer su análisis y que reporte claramente cómo lo hizo (Braun y Clarke, 2006).

Para el análisis se transcribieron textualmente las entrevistas audio grabadas. Posteriormente se realizó una primera lectura para familiarizarse con la información en cada una de las entrevistas, esto permitió poder efectuar un primer nivel de análisis y empezar a establecer las categorías en cada una de las ocho áreas de la entrevista. De esta manera se elaboraron categorías de análisis para clasificar la información a partir de estas ocho áreas y de los objetivos del estudio. Estas categorías generaron otras sub-categorías de análisis, las cuales a su vez permitieron realizar un análisis más preciso de la información.

Para establecer las categorías se seleccionaron y agruparon los segmentos de cada una de las entrevistas en temas a los que hacían referencia, en una segunda y tercera lectura se le dio un nombre a cada tema, esto permitió formar propiamente las categorías, posteriormente se relacionaron las categorías entre sí, lo que permitió formar sub-categorías.

Es importante mencionar que este proceso se efectuó de manera recursiva, es decir, se realizó un constante movimiento de ida y vuelta en cada uno de los pasos mencionados

anteriormente permitiendo verificar cada uno de estos, todo este proceso se realizó de manera manual mediante anotaciones en las mismas entrevistas y en hojas separadas.

También es pertinente señalar que se permitió que un mismo segmento de la entrevista perteneciera a distintas categorías, de igual manera en el análisis final no fueron utilizados todos los segmentos de la entrevista, así se eliminaron segmentos poco relevantes, ya sea porque no ejemplificaban los temas o categorías encontrados más recurrentemente o porque no eran de utilidad a los objetivos del estudio.

Para manejar la información de manera más sencilla y facilitar la tarea de reportar los resultados del análisis se colocaron las categorías y sub categorías en una hoja de Excel y posteriormente los segmentos de las entrevistas que ejemplificaban cada una de éstas.

Finalmente para contrastar los cambios en los niveles de ansiedad, depresión y baja autoestima antes y después del tratamiento se realizó un análisis estadístico de las respuestas a los instrumentos de medición mediante la prueba Wilcoxon para pares de rangos (Kerlinger y Lee, 2002). Se eligió esta prueba estadística debido a que es una prueba no paramétrica que se adapta a las condiciones de la investigación en cuanto al número de participantes y a los niveles ordinales de medición de los instrumentos; además de ser una prueba que considera la magnitud y dirección de las diferencias antes y después del tratamiento.

Resultados

Al inicio del trabajo de campo sólo se tuvo acceso a un centro de servicios psicológicos en el cual se empezó a aplicar el programa de intervención; esta situación representó una ventaja ya que permitió realizar algunos cambios con el fin de mejorar el manual de intervención terapéutica.

Cabe detallar algunos resultados referentes a la dificultad de acceso a la población y a la muerte experimental dentro de esta investigación. Así se tiene que, en el primer centro en donde se inició la investigación, de las seis mujeres que respondieron la entrevista inicial y accedieron en un inicio a participar en el estudio, tres fueron asignadas al grupo de intervención y concluyeron su tratamiento; sin embargo, de las tres que fueron asignadas a lista de espera, sólo una acudió a una segunda sesión cuando se le contactó transcurrido el periodo de 11 semanas; esta paciente concluyó su tratamiento.

Debido a la deserción de las dos participantes anteriormente mencionadas se decidió eliminar el grupo en lista de espera, así se inició inmediatamente con el tratamiento de ocho participantes en otro de los centros, de las cuales siete concluyeron su tratamiento.

Con respecto a los dos centros de servicios psicológicos restantes, se tuvieron dos canalizaciones en cada uno, de esta manera se citaron a las cuatro posibles participantes y sólo una de ellas acudió a una primera sesión en la cual accedió a participar en el programa, sin embargo no asistió a una segunda sesión.

Los datos referentes a la asistencia de las participantes a las sesiones en cada uno de los cuatro centros se resumen en la tabla de registro global del proceso terapéutico de las participantes (Anexo 7).

Se presentan los resultados del análisis de las entrevistas de las 11 mujeres que concluyeron el programa de intervención. La presentación de los resultados incluye los temas, categorías y sub-categorías encontradas con mayor frecuencia seguidos casi siempre de algunos segmentos de la entrevista que sirven de ejemplo a cada uno de ellos; la información está organizada de la siguiente manera: 1. Respuestas obtenidas por áreas de la entrevista inicial, 2. Indicadores de culpa y vergüenza en la entrevista inicial y 3. Cambios manifestados por las pacientes después del tratamiento.

1. Respuestas obtenidas por áreas de la entrevista inicial

Datos generales

En cuanto a las características socio demográficas, las participantes estuvieron en un rango de edad entre 29 y 59 años; su estado civil variaba sin embargo, de las 11 participantes sólo dos no tenían pareja al momento de la entrevista; seis de las participantes trabajaban fuera del hogar y cinco se dedicaban al hogar; su nivel de estudios iba de primaria a licenciatura (Tabla 2).

Tabla 2. Características socio demográficas

Participante	Edad	Estado Civil	Ocupación	Estudios	Otros Tx Psic ¹
1. La	34	Casada	Costurera	Técnico (enfermería)	Si/Anterior
2. Y	36	Unión Libre	Intendencia	Primaria	No
3. T	33	Casada	Intendencia	Secundaria	Si/Anterior
4. J	29	Soltera	Costurera	Secundaria	Si/Anterior
5. C	58	Separada	Hogar	Técnico (enfermería)	Si/Anterior
6. N	37	Soltera	Hogar	Licenciatura	No
7. Lu	56	Casada	Hogar/Ventas	Secundaria	No

¹ Otros Tratamientos Psicoterapéuticos (anteriores o actuales)

8. V	36	Casada	Hogar	Técnica (secretariado)	No
9. Le	36	Casada	Hogar	Preparatoria	Si/Anterior
10. E	59	Viuda	Hogar/Ventas	Primaria	Si/Anterior
11. Li	51	Unión Libre	Empleada	Preparatoria	Si/Anterior

Características de la experiencia de abuso sexual infantil

Referente a las características de la experiencia de abuso sexual infantil, la edad de inicio del abuso sexual infantil variaba desde los tres a los 13 años, al igual que la edad de término la cual iba de los 10 a los 18 años; en cuanto a la frecuencia sólo una de las participantes vivió abuso sexual infantil por única ocasión, mientras que las demás vivieron agresión constante por más de tres años; en ocho participantes el abuso sexual infantil fue cometido por más de una persona; el tipo de contacto fue tocamientos en seis participantes, penetración en tres, mientras que dos no lo recuerdan o no lo tienen claro; la relación con el agresor también variaba así se encontraron agresores que eran padres, padrastros, tíos, hermanos, medios hermanos, abuelos y conocidos, todos de sexo masculino. Una de las participantes vivió una experiencia de violación reciente la cual motivó su búsqueda de tratamiento (Tabla 3).

Tabla 3. Características de la experiencia de abuso sexual infantil

Part. ²	Inicio ³	Fin ⁴	Tipo de Contacto	Nº Agresores ⁵	Relación con el agresor ⁶
1. L	9	12	Penetración	2	Medio Hermano/Novio
2. Y	5	10	Penetración	3	Medio Hermano/Padrastro/Vecino
3. T	13	18	Penetración	1	Conocido
4. J	5	12	No lo recuerda	2	Medios Hermanos

² Participante

³ Edad que tenía en años cuando inició el abuso sexual

⁴ Edad que tenía en años cuando dejó de ocurrir el abuso sexual

⁵ Número de agresores

⁶ Parentesco o relación del agresor con la participante

5. C	7	17	Tocamientos	2	Padre/ Hermano
6. N	5	10	Tocamientos	1	Tío Político
7. Lu	8	13	Tocamientos	2	Tío materno/Abuelo paterno
8. V	6	10	Tocamientos	3	Tíos maternos
9. Le	3	10	Tocamientos	3	Cuidador/Vecino/Padraastro
10. E	6	(Única)	No lo recuerda	1	Conocido (Sacristán de la iglesia)
11. Li	4	18	Tocamientos	2	Padre/Tío

Reacciones de las participantes ante el abuso sexual infantil

Las reacciones de las participantes en el momento en que el abuso sexual estaba ocurriendo eran distintas, en algunas participantes había una mezcla de sensaciones y emociones, además en otras sus reacciones cambiaron con el paso del tiempo. Las respuestas de las participantes se dividieron en reacciones positivas, neutras y negativas.

Las reacciones positivas se refirieron a experimentar sensaciones placenteras y éstas siempre estuvieron acompañadas de emociones negativas como el miedo o la culpa. Así, dos participantes señalaron sentir placer lo cual las hacía sentir culpables, en una de ellas su reacción cambió del desagrado en un inicio hasta llegar a disfrutarlo y sentirse mal por ello; en la otra, existía una mezcla de emociones de miedo, placer y culpa a la vez.

C. "...así pasó el tiempo y ya después como que me gustaba que me hiciera porque ya sentía yo bonito, me gustaba que me acariciara y este, pero de todos modos yo sabía que eso estaba mal, o sea que eso no se debería de hacer..."

C. "...al principio a mí me hacía sentir muy mal, o sea no me gustaba me, me, me molestaba, y, y pero después ya con el tiempo, ya este me gustaba pero me sentía yo mal también porque me gustaba..."

Lu. "...y yo me acuerdo que a mí me daba miedo o le tenía miedo pero a la vez lo disfrutaba sí y él me decía no digas nada y siempre me quedaba callada pero yo ya le tenía también miedo..."

Por otra parte las reacciones neutras hacían referencia a experimentar el abuso sexual con naturalidad, es decir verlo con normalidad, o como un juego.

Le. “¿Cómo lo viví? como algo normal, me duele decirlo pero es algo, como algo normal”

V. “...porque a mí me lo hicieron, porque entre juego y juego me hacían cosas y yo no sabía que, que eso era malo, yo no sabía que, que me estaban dañando, yo no lo sabía porque mi mamá nunca me dijo nada (llanto)...”

De esta manera las reacciones encontradas iban desde experimentar la agresión como algo normal, hasta experimentar reacciones negativas como la incomodidad, el desagrado, la confusión, el bloqueo, la impotencia, el miedo y la culpa.

C. “...yo decía -no me voy a dormir, no me voy a dormir- porque él se pasaba y me tocaba todo el cuerpo, me tocaba todo el cuerpo, o sea me empezaba a tocar todo mi cuerpo me lo tocaba y entonces a mí sí no me gustaba, me sentía yo mal y este pues no quería que se llegara la noche y me daba mucho miedo (sollozo) y yo quería despertar o quería moverme, quería hacer algo para que mis hermanos se despertaran y este, hicieran algo, pero no me podía mover me quedaba yo toda inmóvil y quería yo hablar o decir algo pero tampoco podía yo este, tampoco podía yo hablar, o sea no podía hacer nada y este, y me quedaba yo así como sin hacer nada y ya me empezaba a tocar y ya decía yo -no me voy a dormir- este -y no voy a permitir que me haga algo o que me- este, -que me esté tocando-...”

La. “...y yo la primera vez que...que ahí me tocó y me agarró fue cuando este yo sentí como que algo me estaba empujando, algo me estaba rozando entonces así como que me sentí húmeda y ya me salí a ver y tenía yo algo en mi chonino entonces agarré y este ese día me sentí incómoda, me sentí con nauseas, me sentí mal...”

E. “... me acuerdo muy bien la cortina roja, me meto y me meto con él, me veo en la cama y le veo su pene que me espantó mucho, hasta ahí”

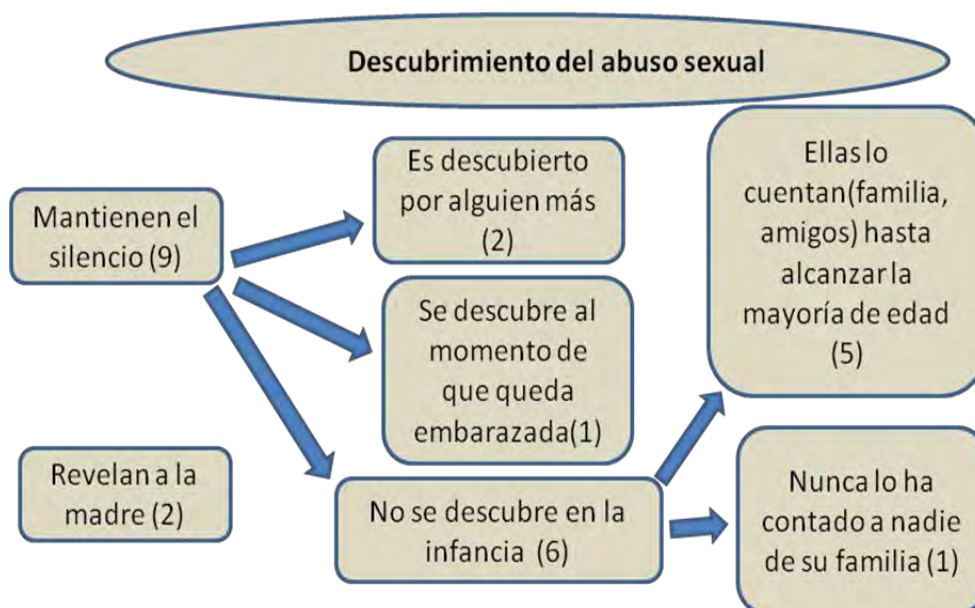
Una participante experimentó un cambio de una reacción neutral, al verlo como un juego al principio, a una negativa cuando se empezó a dar cuenta de lo que estaba ocurriendo.

V. “...yo me empecé a dar cuenta de que eso no estaba bien o no sé, o sea yo no sé en qué momento yo nada más me acuerdo que, que al final o sea yo, pus yo o sea ya, ya no me sentía a gusto, ay como que, o sea ya no estaba bien pues, no sé ni cómo explicarlo porque ya no me acuerdo”

Descubrimiento o revelación del abuso sexual infantil

En cuanto al descubrimiento o revelación del abuso sexual infantil, la mayoría de las participantes mantuvo el silencio de su agresión, es decir, nueve participantes guardan el secreto de lo que les estaba ocurriendo, sólo dos lo cuentan a la madre a manera de búsqueda de apoyo o protección. De las nueve participantes que no revelaron su agresión, en dos de ellas el abuso es descubierto por alguien más, por ejemplo algún familiar o amigo que se da cuenta; en una se descubre en el momento en que queda embarazada; mientras que en las seis restantes el abuso nunca es revelado hasta mucho tiempo después cuando alcanzan la mayoría de edad, siendo interesante que una de las seis aún no lo había contado a nadie de su familia al momento de la entrevista (Figura 1).

Figura 1. Descubrimiento del abuso sexual



Fuente: elaboración propia

Las razones que las participantes expresaron para mantener el silencio fueron miedo, preocupación, resignación, culpa y vergüenza; así por ejemplo manifestaron temor a la incredulidad, falta de apoyo o reacción de la madre; preocupación de causarle dolor, o de que su madre enfermara; también señalaron motivos que tenían que ver con las acciones del agresor para mantener el abuso sexual en secreto, específicamente el soborno, chantaje o amenazas por parte del agresor (Tabla 4).

Tabla 4. Razones de las participantes para mantener el silencio

Categorías	Fragmentos de la entrevista
Temor a la incredulidad, falta de apoyo o reacción de la madre	<i>Li. "Yo creo que dos cosas por un lado la veía muy mal a ella, muy triste, muy deprimida y por otro lado, muy dentro de mí yo sentía o presentía que pus que no iba a pasar nada, que a lo mejor no me iba a creer, que no me iba a apoyar yo creo porque no le dije nada..."</i>
Preocupación de causarle dolor, o enfermedad a la madre	<p><i>Li. "...entonc ella andaba muy mal y este, y pus además yo veía todo lo que le perdonaba, todo lo que le pasaba por alto y cuando esto empezó pues yo no me, yo no tuve el valor de decirle a mi mamá"</i></p> <p><i>J. "...y ya después pues fue porque como que el problema familiar ¿no? de, de que pues son hijos de mi papá y lo que él podía sentir ¿no? y lo que mi mamá podía sentir también (sollozo)"</i></p> <p><i>J. "...pues a mi mamá no, no, nunca le quisimos, bueno yo nunca le quise decir nada porque a lo mejor se iba a sentir con culpa o no sé por haberlos recibido ¿no?..."</i></p>
Resignación	<i>V. "...como yo vi que mi mamá no hizo nada pues, me quedé callada ..."</i>
Temor a la incredulidad de la madre y culpa	<i>Le. "...yo no le digo a mi mamá porque él, él, él dice que no, que mi mamá no me va a creer y yo así lo asimilé porque ya había pasado dos veces y yo no le había dicho a mi mamá, pus yo decía pus prácticamente es mi culpa porque yo no, yo me dejo..."</i>
Acciones del agresor para mantener el abuso sexual en secreto (soborno, chantaje o	<p><i>Lu." ... él me decía -no digas nada- y siempre me quedaba callada pero yo ya le tenía también miedo, y yo me acuerdo que cuando yo estaba en segundo o tercer año y además él me daba dinero, me decía -cállate-"</i></p> <p><i>Y. "...y empezaban este pues las amenazas si decía yo algo, pues que no me iba a querer mi mamá, entonces pues siempre este pues así fue creciendo y con el silencio ¿no? miedo de lo que él me decía y este pasó el tiempo..."</i></p>

amenazas)	<i>Le. "...él me dice palabras altisonantes y me decía -pues a ver dile algo a tú mamá- y yo con este miedo o con esa confianza yo nunca se lo dije..."</i>
-----------	---

Falta de apoyo de la madre

En cuanto a la percepción de apoyo resalta el hecho de que muchas de las participantes no recibieron el apoyo adecuado de sus madres. Así por ejemplo seis de las participantes expresaron que su madre no se enteró de la agresión sexual que vivieron; en las otras cinco las madres se enteraron de la agresión sin embargo las participantes no fueron apoyadas y en tres de ellas el abuso sexual no dejó de ocurrir tras el descubrimiento o revelación; en otra ya había dejado de ocurrir cuando la madre se entera, una más minimiza el hecho pero evita que su hija vaya a la casa del agresor con lo que deja de ocurrir la agresión. Cuatro de las participantes no sólo fueron ignoradas en su necesidad de protección sino que además fueron responsabilizadas y tres de ellas fueron también castigadas; así tenemos que dos madres expresaron incredulidad y reprendieron a sus hijas física y/o verbalmente, otra tomó medidas legales pero responsabilizó a la hija por no haberlo dicho y con esto no haber evitado las agresiones en sus hermanos menores, y una más responsabilizó a su hija de lo mal que se sentía, y la castigó física y emocionalmente acusándola ante los demás de ser mala hija y de mentir (Tabla 5).

Tabla 5. Falta de apoyo de la madre

Categorías	Fragmentos de la entrevista
Minimización	<i>N. "...yo le decía a mi mamá y mi mamá decía -pues ya no vayan-..."</i> <i>Li. "...al otro día fue mi mamá muy enojada y mi tía le reclamó que cómo era posible que tolerara eso porque ya eran muchas veces que qué estaba esperando, mi mamá, mi mamá dijo que, que, mi mamá dijo que yo estaba mal, que no me había hecho nada primero dijo que era mentira, que yo lo había inventado porque no me dejaban tener novio pero ya después como yo empecé a llorar y le dije que no era mentira que yo tenía una testigo que era mi amiga la que había visto cuando le jalé los cabellos, ya mi mamá dijo -bueno si es cierto pero nunca le ha hecho nada- dice -o sea no la ha violado- nada más eso le dijo que no me había violado que, siempre, siempre, siempre toda su vida dijo que no me había hecho nada o sea que lo intentó y me manoseaba..."</i>
Incredulidad y	<i>C. "...y yo le decía yo a mi mamá, estaba muy chiquita y le decía yo a mi mamá pues que qué pasaba y nunca me ponía atención y no me hacía caso</i>

Castigo	<p><i>y me decía -eres una niña mentirosa, eres una niña muy fea-"</i></p> <p><i>C. "...y mi mamá no me hacía caso, me decía que era yo una niña berrinchuda y este, me daba baños, mi hermana era mayor y me daba baños de agua fría, este porque, este decía que luego yo me hacía del baño y este y pus este o me inyectaba alcohol para que yo no hiciera berrinches y se me quitaran los berrinches y dice que yo hacía muchos berrinches y mi mamá le decía yo que pues que mi papá me hacía cosas en la noche y me decía -no, que eres mentirosa- o sea me ignoraba nunca me creía..."</i></p> <p><i>V. "...mi mamá en su momento supo pero no me creyó; de hecho me pegó, me pegó mi mamá porque ella pensaba que yo estaba inventando que yo, pus que no era cierto, que no que no porque además pus son sus hermanos ¿no?"</i></p> <p><i>V. "Pues es que yo, yo de lo que me acuerdo es que, yo no sé si la que se dio cuenta fue una de mis tías y le dijo a mi mamá, entonces yo cuando le dije a mi mamá -es que, es que yo no soy-, yo le dije, yo me acuerdo que le dije -es que yo no soy- y ella me empezó a pegar o sea ella y me pegó enfrente de, de, de todos"</i></p> <p><i>V. "...ahí no pararon las cosas porque mi mamá me pegó y aparte fue algo así muy (sollozo) como muy vergonzoso porque o sea para, para ella como, como, ¿cómo te explico? mh, me bañó desnuda enfrente de todos"</i></p>
Castigo	<p><i>Li. "...ese día que mi mamá dijo que no era cierto que yo lo había inventado, hasta me dio una cachetada, me pegó y mi tía se enojó muchísimo y la corrió de la casa. Pus ya después mis hermanos se enteraron y fueron a hablar conmigo, porque mi mamá decía mentiras a la gente que le preguntaban dónde estaba, les decía que me había ido con mi tía porque mi tía tenía dinero, porque mi tía tenía otra religión y me estaba cambiando a su religión; tonc mis hermanos fueron a verme y me fueron a querer regañar y me puse a llorar y les dije la verdad, mis hermanos se enojaron mucho"</i></p> <p><i>Li. "...quería seguir estudiando y fui con mi mamá por mis papeles de la escuela y me dijo que me olvidara que tenía madre, que no me iba a dar nada, que me fuera, que no me quería volver a ver nunca y yo me sentía muy mal (llanto) y yo le decía -¿qué culpa tengo?, yo no lo provoqué, yo no nada- y ya no estudié..."</i></p>
Castigo y Reproche	<p><i>Le. "...tonc mi mamá me pega muy feo y me dice que este, que si yo había vivido esto antes por qué lo vuelvo a hacer, a raíz de esto siempre me ha dicho que fui precoz, que fui precoz, muy, muy, precoz y que este, que a mí me gustaba y que desgraciadamente me parecía a alguien de su familia porque era igual, que como podía vivir esto que ya había vivido (suspiro)"</i></p>

<p>Reproche</p>	<p><i>Li. "...luego un día me encontré unas amigas y me dijeron que era muy mala hija, que mi mamá siempre lloraba por mí en la calle, que andaba muy triste porque yo me había ido, me dio mucha tristeza dije ¿por qué mi mamá no les dice la verdad?, ¿por qué no enfrenta las cosas y tiene el valor de reconocer la porquería de hombre que es mi papá?..."</i></p> <p><i>Le. "...tonc mi mamá me llama y me dice "-¿cómo es posible que no me hayan dicho todo lo que pasó?-..."</i></p> <p><i>Le. "Yo creo que hasta de mi mamá porque ella me dice, hasta la fecha, me dice que por qué no lo dijimos, que ella no, que ella que, que lo que nos, que lo que me pasó a mí y le pasó a mi hermana y aparte somos culpables por lo que le pasara a mi hermano (sollozo) fue por nos, por nosotros; porque dice que ella no tiene la culpa (llanto) "</i></p>
-----------------	--

Razones por las que le abuso sexual deja de ocurrir

Las razones por las que el abuso deja de ocurrir fueron diferentes (Figura 2), así por ejemplo se encontró que en tres de las 11 participantes deja de ocurrir cuando crecían, se empezaban a defender y ya no lo permitían; en otras tres participantes deja de ocurrir cuando existía un alejamiento entre ellas y el agresor, es decir, en dos participantes cuando el agresor se va de la casa y en la otra cuando es ella la que se va; en otras dos participantes deja de ocurrir cuando alguien se entera y lo evita; otra no lo recuerda, en otra el agresor no era una persona cercana por lo que el abuso sexual ocurrió en una sola ocasión; en otra participante la agresión no deja de ocurrir y se convierte en violación ya que se embaraza y se va a vivir con el agresor siendo menor de edad, de esta manera las agresiones siguen ocurriendo muchos años después de que cumple la mayoría de edad.

Figura 2. Razones por las que el abuso sexual deja de ocurrir

Fuente: elaboración propia

Consecuencias que atribuyen a esta experiencia

Con respecto a las consecuencias que las participantes atribuyen a su experiencia de abuso sexual infantil; las respuestas fueron clasificadas en consecuencias a corto y a largo plazo (manifestadas actualmente). A su vez éstas se clasificaron en emocionales, cognitivas y conductuales.

El análisis de las entrevistas reveló que las reacciones emocionales a corto plazo de las participantes incluían sentimientos de culpa, tristeza y miedo; mientras que las cognitivas tenían que ver con una auto percepción negativa, baja autoestima y pensamientos de devaluación y minusvalía; también se encontró en menor medida desconfianza hacia otras personas y expectativas negativas, desalentadoras y pesimistas, en específico las referentes a pérdida de ilusiones; en cuanto a las conductuales se encontró baja en el rendimiento escolar, aislamiento, sobre estimulación sexual, enuresis, pesadillas, berrinches y agresividad.

Con referencia a las consecuencias a largo plazo (manifestadas al momento de la entrevista) destacaron mayormente las cognitivas referentes a la auto percepción negativa,

baja autoestima, devaluación y minusvalía, presentes en 10 de las 11 participantes; otras consecuencias cognitivas tenían que ver con la pérdida de la seguridad, en especial el temor a que sus propios hijos vivan agresión, expresado en seis participantes; en menor medida también se encontró la dificultad para tomar decisiones, la dependencia afectiva y la desconfianza hacia otras personas, en algunos casos específicamente hacia personas del sexo masculino. Referente a los indicadores emocionales se encontraron evidencias principalmente de depresión, culpa, vergüenza, odio, resentimiento y enojo. Dentro de las conductuales se encontraron respuestas que se referían a sobreprotección a los hijos, relaciones extramaritales, agresividad, aislamiento, dificultad con el contacto físico y dificultades sexuales.

Una característica que fue manifestada en ocho de las 11 participantes es la experiencia de revictimización, es decir, las ocho participantes tuvieron experiencias posteriores de violencia física, emocional o sexual por parte de sus parejas, en las ocho participantes existió el maltrato emocional y en cinco de éstas también el maltrato físico; además una de ellas tuvo una experiencia de violación reciente perpetrada por múltiples agresores.

Imagen del agresor

Las respuestas referentes a la imagen del agresor se clasificaron en imagen positiva, negativa y neutra. Ninguna de las participantes manifestó alguna imagen positiva de su agresor; nueve de las 11 participantes tenían una imagen negativa de él, otra no tenía ningún recuerdo de éste y otra mantenía una imagen neutral.

Por otra parte, la mayoría de las participantes expresaron los sentimientos que les generaba su agresor, destacando entre éstos el coraje y rencor expresados en ocho de las 11 participantes; otros sentimientos mencionados fueron el miedo, señalado en cuatro participantes, el miedo estuvo presente en ellas durante la infancia y sólo dos de las cuatro sintieron miedo al verlo ya de adultas mucho tiempo después de que el abuso sexual hubiera ocurrido; también una participante mencionó la vergüenza, otra el asco y otra señaló sentir

lástima por su agresor. Sólo una de las 11 participantes no identificó ningún sentimiento generado por su agresor.

Se mencionan otros datos relativos al agresor importantes por su relevancia o por la frecuencia con la que se presentan; así tenemos que, la mayoría de las participantes, es decir, nueve de las 11, se enteraron que su agresor había agredido a otras personas, de las dos restantes, una no tuvo datos acerca de su agresor ya que nunca mantuvo una relación cercana con éste. La mayoría de las participantes, es decir, seis de las 11, expresaron creencias de que el agresor iba a pagar lo que había hecho, ya sea en esta vida o después. Sólo cuatro participantes se enfrentaron a su agresor, tres de ellas siendo todavía menores de edad, mientras que la otra lo enfrentó hasta la edad adulta. Con referencia a las cuatro participantes que enfrentaron a su agresor (Tabla 6), un agresor negó haberla agredido y la participante fue acusada de mentirosa; en las tres restantes el agresor no negó directamente la agresión, sin embargo justifica su comportamiento o minimiza la situación ocurrida. Una de las participantes señala sentir impotencia y coraje ante la percepción de una actitud cínica y burlona por parte de su agresor. Sólo una de las 11 participantes manifestó la necesidad de enfrentar a su agresor al momento de la entrevista.

Tabla 6. Reacción del agresor ante el enfrentamiento con la víctima o con los cuidadores

Categorías	Fragmentos de la entrevista
Negación del abuso sexual infantil	Y. "...me empezó amenazar que este, pues que estaba yo loca, que no era cierto lo que yo decía, que dijera la verdad y que este...que yo, que yo me figuraba ¿no? las cosas, y hasta que ella me dijo que si a mí me gustaría tener a mi hijo en una cárcel y este, y ahí fue cuando me empezó a entrar el miedo, el miedo y yo, y este y entraron mis hermanos y yo les dije que yo ya no quería saber nada (sollozo) que lo dejaran en paz..."
Justificación y/o minimización del abuso sexual infantil	Li. "...él le dijo que si era cierto que sí, que si quería tener sexo conmigo que porque ella no le satisfacía como mujer y mi mamá nada más se puso a llorar y se empezaron a reclamar a echar en cara todo, pero él a mí ni me miró jamás me pidió una disculpa..." N. "... y él por la presión de los, de mi papá, bueno de mi mamá, de su, de mi tío; pus lo aceptó -bueno es que era jugando, es que yo las quiero

	<p><i>mucho- pero es que esas no son maneras de querer a alguien (llanto)”</i></p> <p><i>C. “...yo creo que o era muy cínic o estaba muy enfermo porque recuerdo cuando le dije que, que por qué me había hecho eso y recuerdo que nada más se reía y le daba risa, se reía y le daba risa -es que es un juego- y yo decía -no, eso no es un juego- entonces me da mucha impotencia el que, el que o sea yo sentí que él se burlaba de mí, o sea que no me estaba tomando en cuenta yo le estaba diciendo algo pues muy serio para mí para mí era pues muy grave y él riéndose de mí entonces yo sentí pues mucha impotencia, mucho coraje, cómo es que le da risa, se está riendo por todo lo que me hizo todo lo que me sucedió, todo eso, tonces sentía, sentí mucha impotencia, mucho coraje y mucho enojo”</i></p>
--	---

Explicaciones que han dado a su vivencia

Las explicaciones de las participantes a la ocurrencia del abuso sexual infantil se clasificaron en: 1. Respuestas que evidenciaban una falta de explicación a la ocurrencia del abuso sexual infantil, 2. Respuestas que evidenciaban explicaciones en torno a ellas mismas o atribución propia de responsabilidad dentro de la agresión, 3. Respuestas que evidenciaban explicaciones en torno al agresor y 4. Respuestas que evidenciaban explicaciones en torno a la situación, sin responsabilizarse ni a ellas mismas, ni al agresor (Figura 3).

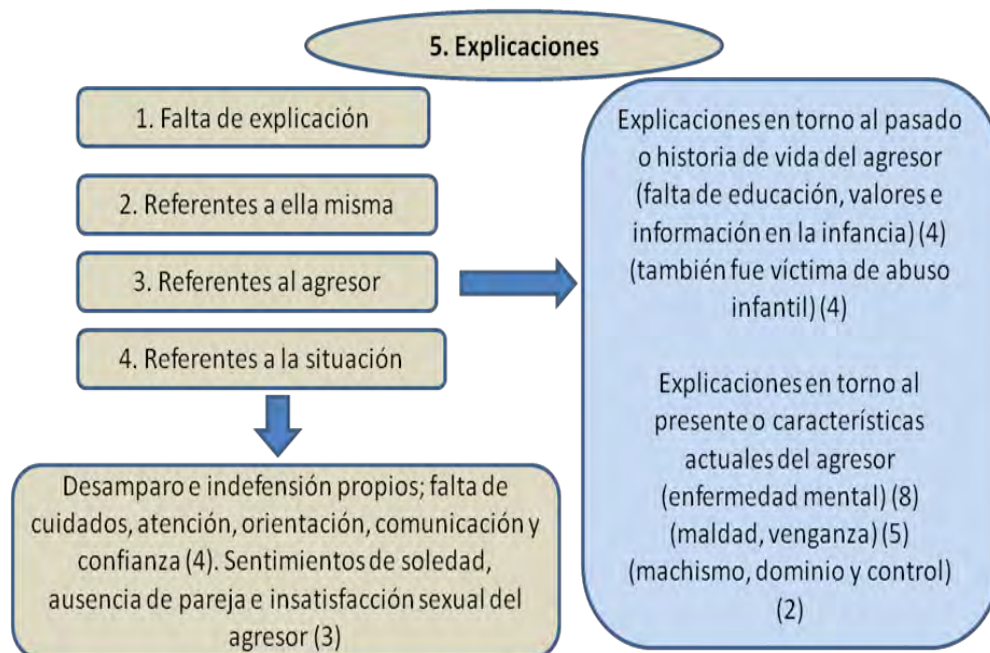
Se encontraron respuestas que pertenecían a las cuatro categorías (Tabla 7). La mayoría de las participantes mencionaron varias explicaciones, es decir, sus respuestas podían pertenecer a más de una categoría y podían hacer referencia tanto a explicaciones de los abusos sexuales en general como de su propia experiencia de abuso sexual en específico.

Las explicaciones que más destacaron por su frecuencia fueron las correspondientes a explicaciones en torno del agresor; éstas se subdividieron a su vez en explicaciones en torno al pasado o historia de vida del agresor y explicaciones en torno al presente o características actuales del agresor. Especialmente destacaron las explicaciones que hacían referencia a las características del agresor, así surgieron términos relacionados con enfermedad mental (locura, trastornos psicológicos y depravación sexual), este tipo de explicaciones fueron mencionadas por ocho de las 11 participantes; también cinco participantes mencionaron

explicaciones en torno a cuestiones relacionadas con maldad, incluyendo en esta categoría explicaciones que hacían referencia a venganza; otras dos participantes dieron explicaciones en torno al machismo, dominio y control del agresor. Por otro lado surgieron explicaciones relacionadas con la historia de vida del agresor, de esta manera cuatro participantes señalaron la falta de educación, valores e información en la infancia del agresor y cuatro participantes mencionaron la posibilidad de que el agresor haya sido víctima de abuso sexual infantil.

En menor medida se encontraron explicaciones en torno a la situación propia que estaban viviendo; así cuatro participantes hacen referencia al desamparo e indefensión que las rodeaba, surgen términos como la falta de cuidados, de atención, de orientación, de comunicación y de confianza; otras tres participantes hacen alusión a los sentimientos de soledad, ausencia de pareja e insatisfacción sexual del agresor; una participante más explica la ocurrencia de la agresión en relación al silencio mantenido por la hermana mayor quien vivió la agresión primero y a la falta de comunicación entre los hermanos. Finalmente cuatro participantes mencionaron que nunca se habían puesto a pensar en las razones de la agresión, incluso una de ellas no pudo encontrar ninguna explicación durante la entrevista inicial. Sólo una de las participantes expresó en la entrevista inicial una explicación en torno a su propia contribución dentro de su abuso sexual infantil.

Figura 3. Explicaciones que han dado a su vivencia de abuso sexual



Fuente: elaboración propia

Tabla 7. Explicaciones que han dado a su vivencia de abuso sexual

Categorías	Fragmentos de la entrevista
No se explica	Y. <i>"Nunca, nunca me puse a pensar en eso realmente, siempre me he dicho que, que cómo, que cómo él ya siendo ya un hombre con una esposa ¿no?, ya haber hecho una vida por qué se, pues se ensañó conmigo, bueno pues yo no tenía la culpa, ¿no?..."</i>
Explicaciones en torno a ella misma.	T. <i>"¿Qué explicación? la explicación o la respuesta que yo busco no la encuentro, ¿por qué? no sé, no sé, no sé ¿por qué a mí? esa es mi pregunta, ¿qué hice?, ¿por qué yo?... ¿por qué me ocurrió a mí? no lo sé, quizás porque, porque, he fallado en muchas cosas..."</i>
<p>En torno al agresor</p> <p>1. Pasado / Historia de vida del agresor (víctima de agresión)(falta de educación, información y valores)</p> <p>2. Presente/ Características actuales del agresor (enfermedad mental, maldad, machismo)</p>	<p>Lu. <i>"No sé yo creo que pasa porque, ¡gente enferma! Yo digo que ellos eran personas enfermas, que en algún momento a lo mejor en su vida pasaron también por algo este y por eso, por eso lo hacían..."</i></p> <p>La. <i>"Yo creo uno en parte, yo por ejemplo de mi parte siento que fue venganza, dañar a alguien que mi mamá quería, también siento que están mal psicológicamente"</i></p> <p>V. <i>"Pues yo me imagino yo no sé si él en algún momento le hicieron o en algún momento veía en la tele o le platicaban, no lo sé, no, la verdad es que no, no entiendo por qué lo hacían"</i></p> <p>Li. <i>"...entiendo que mi papá es una persona que no tuvo él orientación sexual, que no tuvo una familia, no tuvo amor y a lo mejor inconscientemente todo su mundo lo sustituyó con, con este, con la sexualidad..."</i></p> <p>Le. <i>" Porque es gente que, que está mal, que está mal, que, que en algún momento a lo mejor vivió lo mismo y, y, y quiere, todo su enojo lo quiere volver a, a, a hacérselo a otros niños pero yo digo que en mi no, porque yo he leído que dicen que fue abusado abusa y no por qué (sollozo) es hacerle a alguien daño"</i></p> <p>La. <i>"Porque yo siento que hay gente, no gente mala sino gente loca (risa), gente desquiciada, mal de sus facultades porque yo creo que necesitas no tener consciencia para hacerle daño a una persona, a un alguien, a una niña, a un bebé..."</i></p> <p>J. <i>"No sé, están locos, están mal, no sé, o sea como que, a veces dicen que les pasó lo mismo pero yo no creo, digo, a mi me pasó y no ando por la vida tocando a la gente, no sé, digo se podría decir, a lo mejor muy espiritual, pero digo si no tiene amor, no tiene, no sé, a lo mejor no los, yo le decía a mi hermana a lo mejor los papás tienen la culpa, quieran o no, porque no educan bien a su hijos, como que les permiten mucha, como que mucho no sé morbo a la sexualidad y todo eso, yo siento que a</i></p>

	<i>lo mejor puede ser por eso, a lo mejor estoy equivocadita"</i>
<p>En torno a la situación</p> <p>(sentimientos de soledad, ausencia de pareja, insatisfacción sexual)</p>	<p>Y. "...no sé si a lo mejor todo eso tuvo que ser porque de alguna manera mis hermanos este mmmh siempre desde que me acuerdo ellos nunca aceptaron que él buscara una relación fuera de casa, entonces no lo justifico porque no lo justifico, pero a lo mejor uno como hijo a veces influyes tanto en esa parte y este pues igual fue un momento de, no sé yo lo entiendo como una curiosidad para él ¿no?..."</p> <p>C. "Mh pues yo pienso que eh esas personas están muy solas y necesitan estar, necesitan ah pues que alguien los acompañe esté con ellos, que no estén tan solos, o sea que convivir con otras personas; pienso que no tienen los conocimientos eh necesarios eh acerca del, del daño que le hacen a otras personas y que necesitan pues saber qué es lo que están haciendo porque pienso que ellos en un momento dado no saben, no saben qué es lo que están haciendo"</p> <p>N. "Pus supongo que porque su pareja no las satisface"</p>
<p>(silencio, no hablarlo, falta de información)</p>	<p>C. "Pues yo creo que todo eso pasa porque no se dijo, porque si mi hermana, si mi hermana nos hubiera dicho a nosotras, porque en su momento cuando a ella la, la, la abusaba, ella nunca, yo nunca me enteré de nada y yo digo si ella nos hubiera dicho pues uno se hubiera puesto a, a vigilar a hacer guardia, no sé todas las hermanas, los hermanos hubiéramos hecho otro tipo de cosas pero como no se habla y no se dice nada pues nosotros hasta después de cuántos años nos vinimos a enterar..."</p>
<p>(descuido o desprotección, falta de cuidados, atención, comunicación, información, confianza)</p>	<p>Lu. "...pues porque no hubo la atención adecuada y no culpo a mi mamá porque ella era una mujer que todos la recordamos muy bien, muy cariñosa pero pues a la vez con muchos defectos ¿no? pues este no nos pudo decir, no nos pudo este, orientar en ese aspecto ..."</p> <p>Le. "...porque ven a los niños indefensos, porque ven la forma de cómo pueden dominar, cómo pueden dominarlos, porque nos, y a veces yo digo que porque es falta de cariño, a veces así creemos que nos quieren y no, o por cariño o por sentir su poder de que ellos son más grandes y más fuertes, yo, yo digo que es esto"</p>
<p>(falta de convivencia)</p>	<p>E. "...porque hay gente mala y hay gente que y hay niños desamparados, que no hay quien los cuide, que están solos..."</p> <p>C. "...pues pienso que pues que mi papá le faltó conocernos este, convivir con nosotros como hijos, yo pienso que si él hubiera convivido con nosotros y hubiera compartido muchos momentos yo creo que él no hubiera este, abusado de todos nosotros, todas las hermanas, yo pienso que le faltó conocernos..."</p>

Imagen de sí misma

En cuanto a la imagen de sí mismas las participantes mencionaron características en ellas mismas correspondientes tanto a una imagen positiva como negativa; sin embargo, durante la entrevista inicial 10 de las 11 participantes mencionan más características correspondientes a una imagen negativa de sí mismas, además se evidencian pensamientos de devaluación, minusvalía y baja autoestima.

Expectativas a futuro

Referente a las expectativas de su futuro, éstas se clasificaron en positivas y negativas, resultó interesante encontrar que las 11 participantes dieron respuestas que evidenciaban expectativas positivas.

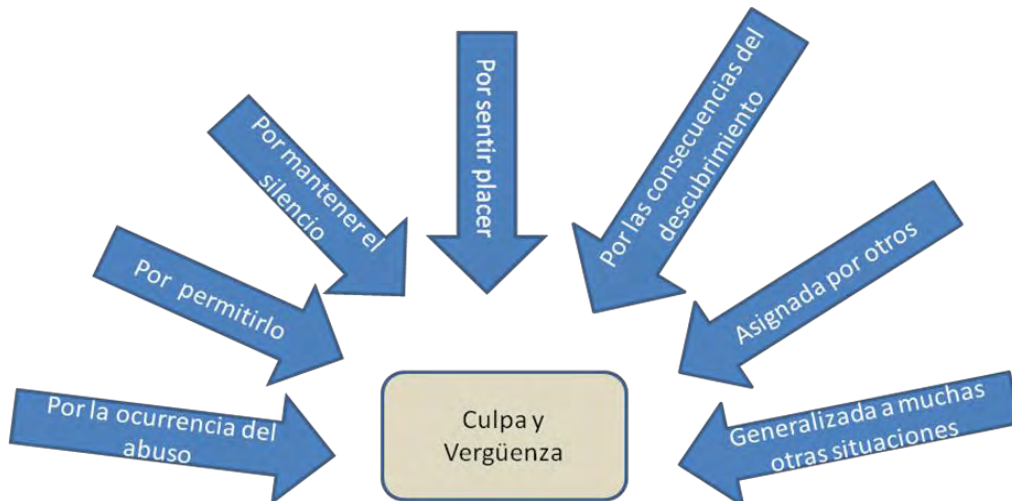
2. Indicadores de culpa y vergüenza en la entrevista inicial

Para la presentación de resultados se distinguieron los sentimientos de culpa y vergüenza según el término que fue utilizado por las participantes de este estudio; sin embargo hay algunos fragmentos de entrevista que aunque no incluyen específicamente el término “culpa” o “vergüenza”, se clasificaron de manera distinta de acuerdo al análisis sobre ambos fenómenos y a la diferenciación que ha sido señalada por algunos autores (Karlsson y Sjöberg, 2009; Parker y Thomas, 2009; Reidl y Jurado, 2007).

En las 11 participantes se encontró en mayor o menor medida evidencia de sentimientos de culpa o vergüenza en alguna de sus respuestas a la entrevista inicial; aunque cabe señalar que no todos los sentimientos de culpa y vergüenza estuvieron directamente relacionados con responsabilizarse por la ocurrencia del abuso sexual vivido (Figura 4); así se encontró evidencia de culpa o vergüenza por permitir que el abuso ocurriera, por no haberlo

evitado, por haberse tardado en detenerlo, por mantener el silencio, por no haberlo dicho y que le ocurriera a alguien más, por sentir placer, por las consecuencias que el descubrimiento o revelación del abuso generó, por no saber exactamente qué pasó; además se encontró que otras personas culpaban a las participantes por la agresión sexual, lo que hizo que en algún momento se sintieran culpables o avergonzadas, ya sea cuando el abuso sexual se descubrió o incluso mucho tiempo después y en ocasiones permaneciendo al momento de la entrevista; también se encontraron sentimientos de culpa y vergüenza generalizadas a muchas otras situaciones de la vida que no tenían que ver directamente con el abuso sexual que vivieron (Tabla 8).

Figura 4. Sentimientos de culpa y vergüenza



Fuente: elaboración propia

Tabla 8. Sentimientos de culpa y vergüenza

Categorías	Fragmentos de la entrevista
Culpa por la ocurrencia del abuso	<p><i>La. "...entonces llegó un momento en que yo me sentía culpable de todo lo que yo estaba haciendo porque yo me dejaba tocar por él...haga de cuenta que yo me sentía así como que lo inicié y había sido mi culpa..."</i></p> <p><i>La. "...mucho tiempo así como que me sentía yo culpable de, de decir, no lo veía yo como que estaba yo actuando mal pero si me sentía yo mal ¿no?"</i></p> <p><i>T. "¿Por qué me ocurrió a mí? no lo sé, quizás porque, porque, he fallado"</i></p>

	<p><i>en muchas cosas...yo me alimenté odio, coraje, resentimiento...y pues dije no si yo hubiera hecho caso a la persona, si hubiera hecho esto, pues el hubiera ya no existe..."</i></p>
<p>Culpa por permitir que el abuso ocurriera y por no haberlo evitado</p>	<p><i>La. "...le dije -mira en primera yo traté de decirle a mi tío y mi tío me dijo que le iba a decir a mi mamá-, después de eso o sea ya fue como un, una culpabilidad y no dije nada..."</i></p> <p><i>Le. "...pus yo decía pus prácticamente es mi culpa porque yo no, yo me dejo..."</i></p> <p><i>Lu. "...también me, me, me causaba la misma sensación la culpa, el, el que era malo, el que estaba mal no sé todo eso ¿sí? y este y ya o sea de ahí, yo siento que de ahí perdí mucha, mucha mi, mi este, cómo se llama, me sentía tan devaluada, si que, que yo permitía..."</i></p>
<p>Culpa por haberse tardado en detenerlo</p>	<p><i>V. "Y, y, y siento que, y, y, y yo sentí que me tardé, o sea siento que, que, que me tardé (sollozo) que no debí haber esperado más tiempo"</i></p>
<p>Culpa por mantener el silencio</p>	<p><i>J. "...sentía que estaba mal ¿no? pero como no decirlo también como que decía a lo mejor me gustara ¿no? o ¿por qué no lo digo?"</i></p>
<p>Culpa por no haberlo dicho y que le ocurriera a alguien más</p>	<p><i>Le. "Así me siento culpable...por todo lo que pasó mi hermano y por, por lo que vivió mi hermana ya no porque ella también pudo hablar me pesa más lo de mi hermano lo de ella no, lo de ella no y ella ha querido hacer su vida como ella más ha querido, pero lo de mi hermano sí"</i></p>
<p>Culpa por sentir placer</p>	<p><i>C. "...después ya con el tiempo, ya este me gustaba pero me sentía yo mal también porque me gustaba..."</i></p> <p><i>C. "Si como que me sentía yo sucia, sucia el, el, o sea como que era pecado el que yo sintiera todas, el que me gustara que me acariciara"</i></p> <p><i>Lu. "...además el buscar esa necesidad de sentir, sentir esas sensaciones pus me hacía sentir a mí muy mal porque decía por qué este, si a la vez me gusta pero no me siento, me siento re mal"</i></p> <p><i>C. "...realmente yo sentía que no estaba teniendo relaciones con él si no que yo sentía que estaba teniendo relaciones con mi padre, entonces para mí eso era pues era muy malo porque yo, yo misma decía pero es que estoy pensando en que estoy teniendo relaciones con mi padre, entonces ehha a veces tenía yo orgasmos en esas relaciones..."</i></p> <p><i>C. "Con C me sentía yo muy culpable cada vez que yo tenía yo un orgasmo yo me sentía yo culpable y como que quería apagar toda esa culpa, me sentía yo mucho muy mal"</i></p>

<p>Culpa por las consecuencias del abuso sexual</p>	<p><i>Li. "...la veía muy triste y me sentía yo culpable, que estúpida ¿no?, por qué era yo tan idiota, me sentía culpable (llanto) decía yo por mi culpa mi mamá sufre, por mi culpa está triste"</i></p>
<p>Culpa asignada por los otros</p>	<p><i>T. "...he visto varias psicólogas en este tiempo, este lapso he visto varias, a veces muy diferentes, a una me han dicho -es que tú los provocas, si, es que son mujeres que ustedes se visten casi ni se ponen nada, casi ustedes vienen bien arregladas y todo ¿cómo no les van a llamar la atención a la gente que pasa? ¿Cómo no les va a pasar las violaciones?... que me hacen sentir como de la calle, me hace sentir que tienen razón de que si los provocamos, a lo mejor tenemos la culpa y a veces me pongo a pensar ¿y si yo me vistiera? si yo vistiera tapado y así como yo vivía antes o como era yo antes a lo mejor nada de esto me hubiera pasado... "</i></p> <p><i>Y. "...como que me quiso atacar que, que, que yo hubiese sido culpable porque fue con la que pasó lo de su esposo que te digo que yo le hablaba y que ella no me creyó y que al otro día me pegó..."</i></p> <p><i>Le. " Yo creo que hasta de mi mamá porque ella me dice, hasta la fecha, me dice que por qué no lo dijimos, que ella no, que ella que, que lo que nos, que lo que me pasó a mí y le pasó a mi hermana y aparte somos culpables por lo que le pasara a mi hermano (fuerte intento de contener el sollozo) fue por nos, por nosotros; porque dice que ella no tiene la culpa (llanto)"</i></p> <p><i>Le. "...porque mi mamá me decía que yo era que, me sigue diciendo que yo había sido culpable de todo"</i></p> <p><i>V."...-pues ya, ya tenemos que decirle a ella lo que sucedía cuando éramos niños- pero me da miedo, me da miedo no el hecho de, de que me juzgue o de que me, o de que me, de que me diga que yo soy culpable, no, me da miedo que aún así ella siga del lado de sus hermanos y yo creo que eso me dolería más"</i></p>
<p>Culpa generalizada a muchas otras situaciones de la vida</p>	<p><i>N. "Si y ya después me entra como que la culpa, hubo un tiempo en que comía que yo solita me metía el dedo... cuando como me siento bien después entra como que la culpa de que me vaya a hacer daño"</i></p> <p><i>Le. "...tiene una cardiopatía incomunicación ventricular, tuvo una operación de tumor, eso me ha, me ha, hace dos años yo me sentía muy culpable, porque yo decía como no me di cuenta, como no me di cuenta, ha sufrido mucho..."</i></p> <p><i>La. "...y desgraciadamente, o sea como le diré, tratando de evitar las cosas y como que vuelvo a caer yo en los mismos patrones, yo me embaracé a los 17 años, mi hija está embarazada a los 17 años, yo sufrí una violación mi hija sufre una violación...entonces así como que yo me acusaba de todo lo que él hacía..."</i></p>

Vergüenza	<p>E. <i>"Te digo y yo pocas veces lo dije, se lo dije a Luz María, o sea no, no a toda la gente se lo ando diciendo porque a mí era una pena decirlo"</i></p> <p>C. <i>"...me da vergüenza el hablar el, el decir cosas o yo a veces siento, este me siento así como que soy, que soy muy fea...el mostrar mi cuerpo eso también me da vergüenza o sea como que eh, mmh no me gusta exhibirme mucho o sea no sé"</i></p>
Vergüenza asignada por otros	<p>T. <i>"El típico de los de la gente de ahí -que uno no, que no se vale, que me quitaste el sombrero, me lo pisoteaste, que va a decir la gente-"</i></p>

3. Cambios manifestados por las participantes después del tratamiento

Las respuestas de la entrevista final de las participantes revelaron algunos cambios con respecto a la entrevista inicial. Por otro lado, el programa de intervención resultó ser efectivo para todas las participantes, en cuanto a la evaluación que éstas realizaron de sus propios cambios y del proceso terapéutico, destacándose principalmente tres cambios expresados por ellas mismas, los cuales fueron disminución del dolor emocional generado por la experiencia de abuso sexual infantil, cambios positivos en autoimagen y disminución de los sentimientos de culpa y vergüenza.

Con relación a la disminución del dolor generado por la agresión sexual algunas participantes comentaron ya no sentirse tan afectadas al recordar su experiencia de abuso sexual infantil.

Lu. "...siento que ya, que ya no me hace daño como que ya no me molesta, ya no siento esa sensación de dolor, de miedo, de, era una sensación extraña cuando yo pensaba o cuando yo escuchaba de algún abuso de alguien o alguna cosa como que sí como que me movía ¿no? o sea si lo escucho pero ya no lo siento de esa forma, como que, como que siento que eso ya, ya quedó atrás, como que ya lo, ya no me molesta, ya no me, ya no me daña..."

Le. "Positivo es que ya no me duele como antes me dolía, antes de platicarlo me dolían muchísimas cosas y ahorita ya, ya no, ya no siento ese, ese pesar, ese dolor,

ya se ha ido quitando poco a poco, hasta cuando, todo me daban ganas de llorar ahorita ya no, ya siento que soy un poco más fuerte, me he hecho, el poder platicar y el poder sacar todo, el poder tener, gracias a usted decir todo lo que me pasa todo lo que tenía yo guardado”

Le. “Además se siente menos peso, se siente, porque se sentía como que traía pesado como que traía cosas y así ahorita se siente menos peso”

E. “...ya no, de hecho ¿cuándo vi la película de violación? en la semana y ya no lloré porque antes yo las veía y me acordaba de mi caso y me ponía a llorar...”

Li “Este, pues me duele mucho lo de mi papá pero como que ya no, cómo te podría decir, ya no lo tomo tan en cuenta, ya no este, ya no estoy con la nostalgia de, del, de lo que sucedió, o sea trato de ya no pelear con él, este también me he dado cuenta que ha habido un cambio de mi actitud para, para con mi mamá...”

J. “...yo creo que como que digo si me gustaría hacerlo (refiriéndose a enfrentar a su agresor) no por lo, porque ya siento que no me duele mucho, o sea siento que no me duele (risa), siento que no me duele, si no más como para ponerlo en su lugar o sea, a lo mejor se oye feo o sea sino más como para decirle sus cosas”

Específicamente en cuanto a los sentimientos de culpa y vergüenza, todas las participantes manifestaron un cambio después del tratamiento; así la entrevista final de algunas de las participantes mostró cómo se percibieron a ellas mismas como víctimas en el momento de la agresión.

T. “...yo fui su, ahora si su, víctima de ellos, su juguete de ellos que jugaron un rato pero gracias a Dios estoy aquí también y pues que Diosito los perdone...”

Y. “... ¿por qué se...?, pues se ensañó conmigo, bueno pues yo no tenía la culpa, ¿no?...porque ahora entendí que pues, igual que yo fui una vez fue una víctima él, él no tuvo la culpa por, entonces ni yo la tuve, ni él la tiene...igual él pudo haber estado en una situación que la que yo me encontré con él y...y este, él volvió a repetir el mismo patrón pues desgraciadamente pues fue conmigo...ya lo perdoné, ya lo perdoné, yo sé que no era, no fue... no estuvo bien lo que hizo porque dices pues al fin y al cabo yo era una niña...”

N. “Yo al día de hoy sé que uno no tiene la culpa, entonces digo yo, no tiene uno la culpa, su mente retorcida y sus frustraciones sexuales, sus, tanta, tanta televisión, el internet, el probar cosas nuevas ¿no? lamentablemente el probarlas con niños, digo yo ¿por qué no con animales? y aun así pobres animales ¿no?”

La. “...ahora lo veo y siento coraje, siento rencor pero antes sentía yo

vergüenza...antes era como que de esconder la mirada, o sea, como desviar la mirada, no verlo de frente y ahora tengo el valor para verlo de frente ¿no? de, de este... yo creo que él lo sabe que yo me acuerdo ¿no? y que antes era la vergüenza que yo tenía y esconder la mirada y ahorita ya no, ya verlo de frente y, y a lo mejor no decírselo con palabras pero con actitudes decirle yo no tengo la culpa y acuérdate de lo que tú hiciste"

N. "Yo alguna vez llegué a pensar que tenía culpa, ya ves que hablamos de culpa, pero no, yo no tenía conciencia de eso, yo sólo sabía que sabía que se sentía feo, sentir su saliva en mi cara, sus manos entre mis piernas o sea no, por qué"

En cuanto a la evaluación que las participantes hicieron del programa de tratamiento y de sus propios avances, se expresaron también cambios importantes en los sentimientos de culpa y vergüenza.

La. "...mira yo creo que me ayudó muchísimo a entender que no tenía yo la culpa, que a lo mejor yo me sentía así como culpable por haber permitido eso, que ahorita veo que no fue mi culpa, y que no, o sea por muy...por muy este...por mucho que yo me haya dejado o haya permitido esa situación, no fue mi culpa"

T. "sentía que, que yo merecía la muerte por lo que me había pasado pero en realidad no, me di cuenta que no... ahora le voy a dar valor a mi vida al 100"

E. "Tonces te digo pues no ya, ya eh superado todo eso, ya ha pasado otras cosas que ya, o sea eso como que me liberó un poquito el saber que yo no soy la culpable de lo que pasó, de no haberlo dicho antes"

E. "Si yo siento que me he liberado un poquito o sea de esa culpa que yo sentía, de esa vergüenza que yo sentía, ya, ya lo he superado un poquito más o sea ya no, ya no me duele tanto recordarlo o sea sé que si pasó, tonces no es mi culpa por la edad que tenía y entonces yo me sentía culpable por no haberlo hablado (sollozo), por no haberlo sabido qué es lo que había pasado, ahora sé que si pasó o no pasó no fue mi culpa"

La. "...bueno yo decía que no era culpable ¿no?, pero en mi actitud si se veía ¿no?, a mi me daba hasta vergüenza decirlo y que la gente se enterara, incluso yo había ido a terapia y jamás había comentado esto no, jamás había comentado esto, entonces así como que en esa forma yo me sentía culpable, o sea, yo no lo quería informar y decir por qué, porque me sentía culpable, me sentía con una gran vergüenza y ahorita no..."

Esta paciente también se dio cuenta que no era culpable de muchas de las cosas en las que ella se veía responsable.

La. "...me dañaba mucho el haberme separado de mi marido por la culpa que me generaba que mi hija hubiera sido violada... me generaba culpa, me generaba así como que remordimiento...pero ahorita viéndolo, o sea, no importaba si yo estaba tan lejos o cerca"

En cuanto a cambios positivos después del tratamiento en la imagen de sí mismas, tenemos que las respuestas se clasificaron en auto percepción y en percepción de la imagen que los demás tienen de las participantes. A su vez cada una de las respuestas fue dividida en imagen positiva y negativa.

La clasificación de imagen negativa se refirió a todas las respuestas que daban indicios de auto percepciones negativas, baja autoestima y pensamientos de devaluación y minusvalía; e incluyó también las respuestas que evidenciaban la minimización de sí mismas y de sus necesidades.

Diez de las 11 participantes expresaron características correspondientes a imágenes negativas de sí mismas durante la entrevista inicial; sin embargo, después de la intervención manifestaron evaluaciones mucho más positivas de sí mismas.

La entrevista final mostró evidencia de cambios hacia una imagen más positiva y valorada de sí mismas; así por ejemplo dos participantes que no se aceptaban comenzaron a hacerlo.

N. "...yo al contrario me siento que he subido más pero ya me acepto, ya, ya me veo al espejo y como te digo no estoy tan fea...si yo lo digo pus soy grande, soy importante y un ser, formé un ser y pus estoy orgullosa de él ¿no?..."

J. *"...pues ahora me doy cuenta que sí valgo mucho..."*

Esta última incluso dejó de realizar conductas autodestructivas como consumir alcohol en exceso.

J. *"...dejé de tomar, digo dejé de tomar con dolor ¿no? y con tristeza, con soledad y todo eso, porque digo no puedo decir que dejé de tomar porque a veces pues sí en reuniones y en fiestas y todo eso pues sí tomo, pero hasta eso no hasta caerme como antes... inclusive hay veces en que digo -ay ¿tomo?- y digo -ay no- hasta me da flojera (risa)"*

Otras adquirieron una imagen de ellas mismas de fortaleza, seguridad y de capacidad para poner límites y para superar dificultades.

La. *"...me veo como una mujer fuerte que ha superado muchas de las cosas que han pasado"*

T. *"Si yo pude lograr esa experiencia que tanto daño me hizo, ¿por qué no lograr la experiencia que vivo con mi esposo?, ¿por qué no lograr las experiencias que vivo con la gente?, ¿por qué no lograr superar todo eso?, ¿por qué no?, ¿por qué no? si pude éste que la verdad sentía que no lo iba a sacar..."*

Lu. *"...fuera yo puedo defenderme puedo, en ese aspecto si cambié eh, anteriormente no, yo era una mujer muy cohibida, con muchos miedos muchos temores..."*

Y. *"...muy segura de mi misma de, pues puedo hacer muchas cosas más, mucha seguridad...ya no tengo miedo de decir las cosas...este, ¿qué más?, ¿qué más?, este, ahora sé que valgo mucho más, más, más..."*

Lu. *"Ahora ya digo -no-, ahora si me dicen -x- cosa o, o sea ya no me atemorizo, ya me puedo enfrentar a las cosas ¿sí? ni me atemorizo con él ni con nadie, ese temor, ese miedo que yo tenía antes ya no lo siento Yazmín, ya no me, ya no me detiene ¿no? y antes me detenía mucho y ya no me detiene ya no, o sea como que siento yo como que ya puedo defenderme más ¿sí? ya no quedarme callada y ponerme a llorar como era mi situación antes ¿no?"*

Le. *"Mhh pues buena, me siento más contenta, mi aspecto se ve hasta más tranquilo, más relajado. Más porque si vienen más problemas lo puedes superar,*

porque antes no, antes me pesaban mucho los problemas, muchísimo y el que yo creo que si no hubiese venido aquí y estuvieran las cosas como muy con mi hermana me hubiese bajado, más y más, yo sentía que me estaba yendo hacia un hoyo del que no podía salir, o no podía o no quería yo sentía que me hundía, me hundía y me hundía y ahorita ya no me siento así"

Le. "Si porque decía soy una persona tan insignificante pero no, veo que no, soy fuerte para todo lo que he vivido y todo lo que he pasado creo que soy fuerte, creo que soy fuerte y, y, y tengo que ser fuerte porque hay alguien que me necesita que yo esté así fuerte y firme..."

J. "...y ya no me enojó tanto como que ya no sé si hago concha o quién sabe, pero ya no...y siento que ya no soy tan dejada también porque inclusive antes me daba pena decir no, ¿no? me decían algo y yo -pues bueno ya que- aunque no quisiera y ahora digo -no- si no quiero pues no"

E. "Exacto a poner límites y poder decir -no- que ya lo he hecho y decir y poderme saber defender, o sea decir -yo valgo- y si o sea no es, son muchas cosas te digo todavía no, pero ya no me duele..."

Algunas participantes reconocieron la importancia de darse prioridad y de cuidar de sí mismas y algunas comenzaron a realizar cambios en este sentido.

T. "Pues yo me veo fuerte, me veo bien, me siento bien, pues ahora tengo más sueños que antes, y antes yo decía que para mí ya no existía la ilusión, ya no existía este los sueños, pues ahorita tengo más, despertó en mí algo que, que ahorita quiero ser yo primero, primero, primero yo y después todos los que vengan atrás"

C. "De cambios que he notado en mí, por ejemplo como que he tenido más confianza en mí misma, o sea como que ya me siento más, más fuerte en ciertas cosas para hacer para mí; por ejemplo él, el comprarme alguna, algo digamos un llavero como que eso me causa mucha satisfacción, el, el haberme yo comprado un llavero como que antes estaba esperando que alguien me diera..."

C. "Antes no me podía comprar ni siquiera un helado porque me sentía mhh que alguien más lo necesitaba por ejemplo mi mamá, mi hermana, mi hijos, a ellos les di muchas cosas, les compré muchas cosas que yo dejé de comprarme, que no me sentía con, con el derecho a, a gastarme ese dinero en mi misma porque me sentía yo este, no merecedora de todas esas cosas sentía que ellos merecían más o necesitaban más o que siempre estaba anteponiendo otros antes que yo, toda mi vida fue así eh todo el tiempo trabajé para otros este, les compré a otros y, y, yo no me podía ni comprar ni disfrutar algo para mí porque simple y sencillamente

no, no sé no lo podía hacer me sentía mucho muy culpable; ahora si me siento culpable pero no tanto, no al punto de, de no comprarme, antes yo andaba con una ropa mucho muy desgastada hasta no, no me compraba zapatos, no me compraba nada para mí, en mi como si no existiera yo, o sea todos existían alrededor de mí menos yo, o sea yo no, no tenía nada para mí, no este eh no, no, no pensaba en mí”

E. “No, de hacer algo de lo mío, era de los demás, de cuidar a los demás, que digan los demás, pero yo quedarme callada y ahora ya no”

Una de las participantes manifestó una disminución de la tendencia a re-victimizarse y auto-estigmatizarse; así como una reducción de creencias pesimistas acerca de no poder salir adelante.

La. “...yo agredía con tal de que me agredieran y después hacerme como la víctima ¿no?...actualmente, pues yo así, así, a mi parecer, pues o sea, siento que... sí me dañó pero no al grado de encasillarme y decir -pobrecita de mí soy una mujer que abusaron de mí- y que este no puedo salir adelante por lo que me pasó ¿no?”

Con respecto a cambios específicos por áreas de la entrevista se tiene que, en la entrevista final las participantes explicaron la ocurrencia del abuso sexual infantil únicamente dando respuestas referentes a explicaciones en torno al agresor y a la situación, es decir, ninguna participante señaló atribuciones de responsabilidad propia dentro de su agresión y la participante que no pudo encontrar explicaciones en la entrevista inicial, expresó algunas explicaciones durante la entrevista final, las cuales estuvieron en relación a la falta de orientación y comunicación en la infancia del agresor, y a la posibilidad de que él también hubiera vivido una situación de agresión en su infancia.

Y. “¿Qué explicación me he dado? mmmh pues porque al igual que yo, no tuvimos este, orientación, comunicación con nuestra familia...quien nos orientara, esto se hace porque sí, esto no sé hace porque no...este igual ellos pasaron una niñez, igual pasaron lo que yo he pasado y pues igual no hubo quien nos guiara, entonces desgraciadamente somos humanos, nos equivocamos...entonces en este caso digo pues se equivocaron pero nada más”

Otros cambios destacados durante la entrevista final fueron una disminución de los sentimientos de rencor hacia el agresor en las ocho participantes que habían mencionado estos sentimientos en la entrevista inicial; incluso algunas mencionaron haber perdonado a su agresor.

Y. "¿Actualmente qué pienso de él? Pues, pues yo ya lo perdoné este, ya estoy en paz conmigo misma este, igual él pudo haber estado en una situación que la que yo me encontré con él y...y este, él volvió a repetir el mismo patrón pues desgraciadamente pues fue conmigo y este pero pues acá estamos ¿no? yo acá estoy y estoy bien, mi hijo está bien y este y pues él está ahorita donde tiene que estar pues él único que le va a tomar cuentas o ya le tomó cuentas pues es Dios pero yo ya lo perdoné"

T. "Pues ya lo perdoné y me gustaría darle un abrazo y darle, agradecerle porque, porque estoy aquí y porque existo. Si él no me vio como una hija pues ahora me doy cuenta que sí valgo mucho, si él, para él no valí ni siquiera nada, para mí él sí vale mucho, y voy a, voy a visitarlo frecuentemente quiero conocerlo, quiero tratarlo, quiero saber sus motivos de por qué él me rechazó"

Y. "Este...pues igual le dije a Dios que pues en mi corazón los perdonaba y este, y te digo lo que quedó atrás, quedó atrás este, has de cuenta que escribí una carta y la quemé que quedara totalmente en cenizas y este y no ha pasado nada, volteo y has de cuenta que estoy viendo no sé un jardín con flores este y para enfrente pues ver qué quiero con pues con lo que tengo alrededor y conmigo misma pero no voltear has de cuenta que como que nació este día y pues nada más... o sea lo que borré, borré, has de cuenta como un disco"

Estas participantes no sólo hablan del perdón a su agresor, sino que intentan comprender las razones por las que éste las agredió, incluso una expresa el interés de acercarse a él. La mayoría de las participantes del estudio mencionaron que ya no pensaban en el agresor y que querían seguir adelante dejando atrás todo lo referente a la agresión.

Finalmente cabe resaltar que todas las participantes señalaron un cambio positivo en algunas de sus relaciones con los demás, especialmente con su familia. Algunas expresaron también cambios que tenían que ver con un incremento en las redes de apoyo y una disminución de la desconfianza.

La. *"...estoy tratando de apoyar a mi marido ahorita ya no tengo muchos problemas, antes era muchos problemas los que yo tenía con él...parte que él lo buscaba pero parte también yo los buscaba ¿no?...entonces este, ahorita no, ahorita yo hablo, platico más, ya este, él era de las personas que a lo mejor se enojaba y se callaba y a mí me purgaba que se callara, ahorita yo lo dejo que se calle y yo me callo y ya después más tranquilos platicamos..."*

N. *"...yo trato de ya portarme bien con mi papá en el sentido de ya no gritarle tanto ¿no? y pus con mi mamá también..."*

Li. *"...ha habido un cambio de mi actitud con mi mamá, o sea ya no voy tanto este, estoy al, muy al pendiente de ella, pero ya no voy tanto...trato de, de entender que, que a fin de cuentas...siempre ha sido ella la que ha elegido... entonc no tiene caso que yo me desgaste..."*

J. *"...también como que me controlo más como que dejé de ser infiel" (esta participante comentaba que "de que la engañaran, mejor ella engañaba")*

Y. *"... el creer que nunca vamos a necesitar de nadie y a veces tienes alguien al lado que te está apoyando tanto que lo pasas desapercibido y eso sin darte cuenta que es alguien que es muy valioso y no le tomas importancia ¿no?... y pues yo tenía esa persona enfrente de mí"*

T. *"...entonces ya me doy cuenta que hay personas buenas, se siente la persona que, que está hablando cosas ¿no? y también se siente la persona que te quiere ayudar y también se siente la persona quien nada más está amablemente, cortésmente"*

C. *"...antes este, como que no soportaba ver la felicidad en alguien, por ejemplo si veía una pareja me daba coraje, me enojaba mucho al ver una pareja este y decía yo -¿por qué ella si va con pareja y yo no?- y ahora ya no, ya no, o sea ya no siento ese enojo, ese coraje de ver a alguien este como, con pareja eh mh también como que no tomaba yo muy en serio a los hombres como que eran para mí personas sin ningún valor o sea como que nada más así y ahora como que ya los estoy mirando más como seres humanos, como personas, como que antes como que me daba igual"*

C. *"Pues eh, mh, la relación con mis hijos está, está mejorando con ellos tenía muy poca comunicación con ellos, como que estoy tratando de, de que haya más comunicación entre ellos y yo"*

Los cambios en los niveles de ansiedad, depresión y autoestima antes y después del tratamiento se analizaron mediante la prueba Wilcoxon. De esta manera se encontró que después del tratamiento las mujeres redujeron significativamente sus niveles de ansiedad ($z = -2.269$; $p = .023$), incrementaron significativamente sus niveles de autoestima positiva ($z = -2.196$; $p = .028$), redujeron significativamente sus niveles de autoestima negativa ($z = -2.301$; $p = .021$) y mostraron una disminución marginal de los niveles de depresión ($z = -1.867$; $p = .062$) (Tabla 9).

Tabla 9. Cambios en los niveles de ansiedad, depresión y autoestima

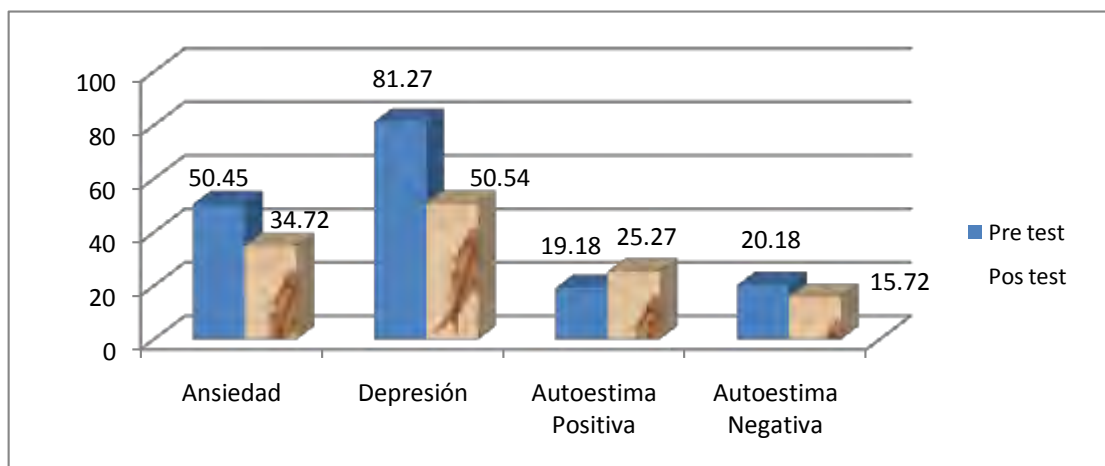
	Ansiedad Pos- Ansiedad Pre	Depresión pos- Depresión Pre	Autoestima Positiva Pos- Autoestima Positiva Pre	Autoestima Negativa Pos- Autoestima Negativa Pre
Z	-2.269 ^a	-1.867 ^a	-2.196 ^b	-2.301 ^a
Significancia (2 colas)	.023	.062	.028	.021

^a Basado en rangos positivos

^b Basado en rangos negativos

En cuanto a la dirección y magnitud del cambio se observan los siguientes valores correspondientes a las medias en los niveles de ansiedad, depresión y autoestima del pre test y del pos test de las 11 participantes. Así se tiene una media en ansiedad de 50.45 en el pre test y de 34.72 en el pos test; con respecto a la depresión la media fue de 81.27 en el pre test y de 50.54 en el pos test; la media de autoestima positiva fue de 19.18 en el pre test y de 25.27 en el pos test; mientras que la media de autoestima negativa fue de 20.18 en el pre test y de 15.72 en el pos test (Figura 5).

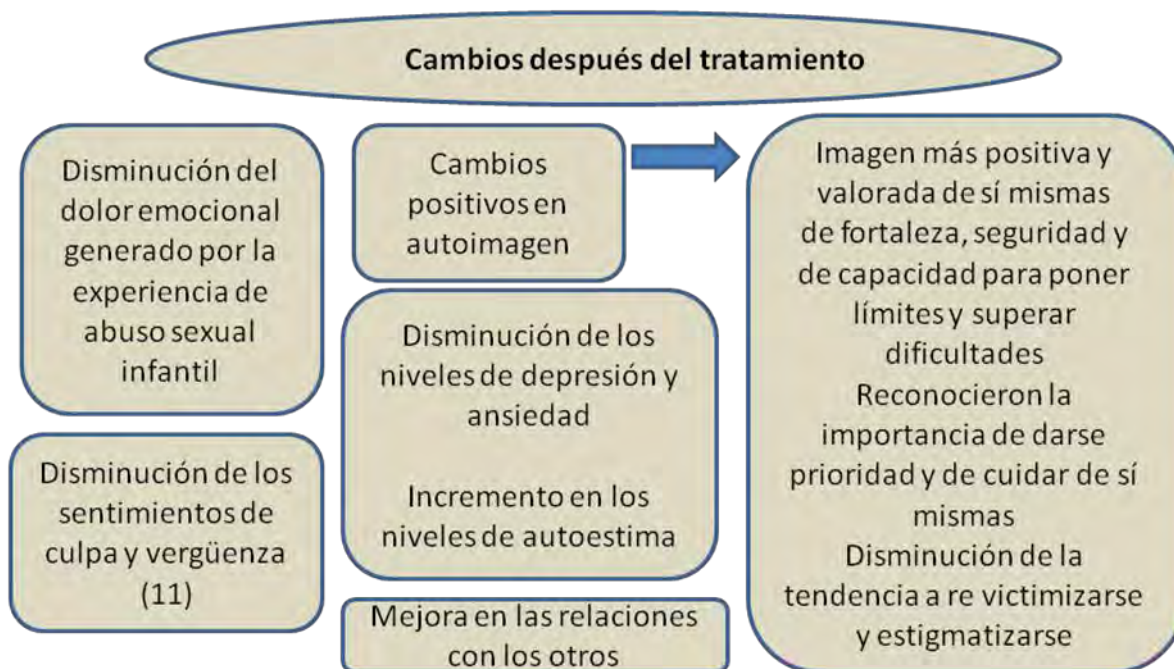
Figura 5. Efectos del programa de tratamiento en ansiedad, depresión y autoestima



Fuente: elaboración propia

Los resultados del análisis cuantitativo refuerzan los resultados del análisis cualitativo y aportan evidencia de la efectividad del programa de intervención. Los principales cambios manifestados por las participantes después del tratamiento pueden resumirse en la Figura 6.

Figura 6. Principales cambios después del tratamiento



Fuente: elaboración propia

Discusión

Con base en los resultados del estudio se puede afirmar que el programa de intervención resultó efectivo para las participantes según la propia evaluación que éstas realizaron del tratamiento, además de los cambios registrados en las respuestas a las diferentes áreas de la entrevista inicial y final y por último en relación a los cambios en los niveles de depresión, ansiedad y autoestima.

A continuación se discuten algunos aspectos relacionados con las características más relevantes compartidas por la mayoría de las participantes del estudio, éstas se refieren principalmente a una baja autoestima, múltiples situaciones de maltrato a lo largo de su vida y la presencia de culpa y vergüenza en mayor o menor medida.

Las participantes no sólo habían enfrentado abuso sexual infantil sino que todas habían estado sometidas a diversas situaciones de maltrato a lo largo de sus vidas, ocho vivieron maltrato verbal, físico o sexual por parte de su pareja, incluso dos de ellas aún continuaban siendo maltratadas al momento de la entrevista.

Las diferentes experiencias de maltrato pueden presentarse de manera conjunta ya que el abuso sexual suele ocurrir en contextos familiares específicos donde se dan otro tipo de condiciones y abusos (Linares, 2002); además es común encontrar la presencia de maltrato en la etapa adulta de personas que vivieron abuso sexual infantil, lo que ha hecho ampliamente estudiado al fenómeno de la revictimización, es decir, la experiencia posterior de violencia física o sexual en víctimas de abuso sexual infantil por agresores distintos al causante del abuso sexual en la infancia (Pereda, 2010).

Experimentar nuevas situaciones de maltrato puede representar diferentes fenómenos relacionados entre sí, tales como la ocurrencia del abuso sexual infantil en contextos múltiples problemáticos lo que determina un factor de riesgo para la revictimización; la ausencia de apoyo social; el aprendizaje hacia el sometimiento, la indefensión y la falta de control; la

dificultad en el establecimiento de límites; la normalización de situaciones de violencia; una necesidad de involucrarse en experiencias dolorosas o dañinas a manera de castigo; las consecuencias de la precipitación en la elección de pareja ante la urgencia de “escapar” de la difícil o dolorosa situación que implica el abuso sexual infantil y la dependencia afectiva o necesidad de aceptación, todos estos fenómenos reportados en situaciones de abuso sexual infantil (Andrews et al., 2004; Ayala, 2008; Barker-Collo, 2001; Batres, 1998; Kamsler, 2002; Pereda, 2006; Ullman, Najdowsky y Filipas, 2009).

Tal como menciona Ayala (2008) en ocasiones el sentimiento de vergüenza y la apropiación de la culpa llevan a las víctimas a adoptar medidas punitivas contra ellas mismas; en este sentido la revictimización también se puede relacionar con la presencia de los sentimientos de culpa y vergüenza.

En la entrevista inicial todas las participantes reportaron indicios de sentimientos de culpa por alguna situación relacionada con la agresión, ya fuera en el momento en que ocurrió o en un momento posterior y algunas también manifestaron sentimientos de vergüenza, lo que coincide con lo reportado en la literatura donde se ha relacionado la presencia de ambos sentimientos con el abuso sexual infantil (Alaggia, 2005; Ayala, 2008; Barker-Collo, 2001; Deblingler y Runyon, 2005; Feiring y Taska, 2005; McGee et al., 2001; Quas et al., 2003).

Resultó interesante que en las participantes de este estudio se encontraran mayores indicios de culpa en comparación de los relacionados con la vergüenza. De acuerdo con la diferencia entre ambos sentimientos, la vergüenza tiene que ver con la exposición pública o la posibilidad de ésta, mientras que la culpa con reproches internos por la omisión o realización de alguna acción (Karlsson y Sjöberg, 2009; Parker y Thomas, 2009; Reidl y Jurado, 2007). Se establece que efectivamente fue la culpa, y no la vergüenza, el sentimiento más experimentado por las participantes, si se considera que existía aún cuando la situación de abuso sexual infantil se mantenía en secreto y no había riesgo de que fuera descubierta.

Sin embargo es posible que la vergüenza también estuviera presente si se contempla lo establecido por Karlsson y Sjöberg (2009) en su estudio fenomenológico, estos autores señalan que la vergüenza es un sentimiento más oculto y difícil de descubrir en comparación de la culpa, además mencionan que la vergüenza siempre está presente en la culpa, no ocurriendo lo contrario, por lo que se podría hablar de “vergüenza pura” (Karlsson y Sjöberg, 2009).

La mayor evidencia de culpa, comparada con la vergüenza, coincide con lo encontrado en la mayoría de investigaciones con víctimas de abuso sexual infantil. Así la mayoría de investigaciones con niños y adolescentes reportan evidencia de vergüenza (Aslund et al., 2007; Feiring et al., 1996; Feiring et al., 1998), mientras que la mayoría de investigaciones realizadas con adultos encuentra evidencias de culpa (Alaggia, 2005; Barker-Collo, 2001; Cantón-Cortés, et al., 2011; Hoagwood, 1990; McMillen y Zuravin, 1997; Peters y Range, 1996; Ullman y Filipas, 2005). Lo anterior se puede explicar si se considera que la culpa surge posterior a la vergüenza en el desarrollo psicológico del niño, por lo que representa un sentimiento evolutivamente más desarrollado que implica el desarrollo de un sentido de empatía con los demás (Parker y Thomas, 2009).

Por otra parte, es importante considerar que este estudio se realizó con mujeres mexicanas, así sería interesante conocer la presencia de culpa y vergüenza en otro tipo de poblaciones. Los sentimientos de culpa y vergüenza se han investigado buscando diferencias según el sexo, encontrándose mayor evidencia de estos sentimientos en mujeres que en hombres (Alaggia, 2005; Feiring et al., 1999; McGee et al., 2001; Ullman y Filipas, 2005) y en culturas colectivas más que en las individualistas; en este sentido Reidl y Jurado (2007) señalan que en culturas colectivistas como la mexicana los límites entre el *self* y los otros parecen ser más permeables o débiles, por lo que las transgresiones y las comparaciones desfavorables realizadas por los otros cercanos y significativos pueden generar más vergüenza y culpa que en culturas más individualistas.

En cuanto a la vergüenza, Aronson (2007) analizó aspectos de la cultura latinoamericana que influyen en el desarrollo de ésta en los niños que viven abuso sexual infantil, tales aspectos incluyen la religión, los tabúes sexuales, la función de la vergüenza como una medida para ejercer control, el locus de control externo común en culturas

latinoamericanas que provoca que se reaccione pasivamente ante el descubrimiento o revelación del abuso sexual y las creencias acerca de la responsabilidad de la mujer en la agresión.

En las participantes de este estudio la culpa se evidenció en argumentos que hablaban de la propia responsabilidad principalmente por la ocurrencia del abuso, por no evitarlo, por no haberlo dicho y por sentir placer, en menor medida también se encontró culpa por las consecuencias de la revelación o descubrimiento de la agresión; esto coincide con lo señalado por algunos autores, por ejemplo Miller et al. (2006) mencionan que las atribuciones de autoinculpación incluyen culparse a sí mismo por participar activamente en el comportamiento sexual, por fallar en buscar ayuda, por fallar en evitar el abuso y por sentir placer; de manera similar Ayala (2008) menciona que el sentimiento de culpa puede tener tres modalidades, culpa por haber permitido el hecho o no haberlo evitado, culpa por la confesión del hecho (por haber violado el secreto) y culpa por las consecuencias acarreadas por la confesión.

También resultó importante la gran evidencia de culpa, y en menor medida de vergüenza, atribuida o asignada por otros lo cual coincide con lo expresado por Miller et al. (2006) quienes explican que en ocasiones los sentimientos de culpa son asignados socialmente, estos autores señalan que existe una tendencia de los perpetradores de culpar a las víctimas por sus comportamientos provocativos, lo cual refleja y promueve creencias que justifican al perpetrador e ideas acerca de que las víctimas lo querían o disfrutaban; en relación con esto Kamsler (2002) menciona que desde niñas las víctimas pueden comenzar a considerarse malas o sucias y a creer que deben avergonzarse por la ocurrencia del abuso sexual, pensamientos que en ocasiones son alentados por el agresor para asegurar el silencio de la víctima o por la familia al negar, dudar o no creerle a la víctima; la autora también menciona que estas primeras interacciones ocurren antes de que la niña se forme una opinión propia, lo que establece las condiciones para el desarrollo y la permanencia de la vergüenza y el desprecio de sí mismas; Aronson (2007) menciona que algunas creencias contribuyen al desarrollo de la vergüenza, ideas tales como que la mujer provoca al agresor y el hombre no tiene control sexual, por lo tanto la mujer es responsable del control sexual del hombre.

El programa de intervención evaluado, al tener fundamentos del modelo de terapia narrativa, retoma la importancia de la cultura, el lenguaje y los otros significativos en el desarrollo de la vergüenza y la culpa; por lo que considera la atribución de responsabilidad realizada por el agresor y por las personas más cercanas al niño.

Aún más evidentes que los sentimientos de culpa y vergüenza fueron los pensamientos de devaluación y minusvalía encontrados en nueve de las participantes. La identificación de los sentimientos de culpa y vergüenza requirió un análisis más detallado, mientras que la detección de baja autoestima fue sencilla al ser repetida en muchos más fragmentos de la entrevista de las participantes. La baja autoestima suele ser común en condiciones de maltrato, en específico en situaciones de abuso sexual infantil (Andrews et al., 2004; Cantón y Justicia, 2008; Hernández, 1995; Trickett et al., 2001). Muchas mujeres que vivieron abuso sexual infantil tienen un concepto negativo y auto destructivo de sí mismas debido a que de niñas pudieron empezar a considerarse malas, sucias, o avergonzadas por haber vivido abuso sexual (Kamsler, 2002).

La presencia tanto de la baja autoestima, como de los sentimientos de culpa y vergüenza en personas que han vivido abuso sexual infantil, ha sido explicada por algunos autores. Por una parte el abuso sexual infantil ocurre en una etapa donde existe mayor vulnerabilidad de desarrollar un auto concepto negativo porque la visión del niño aún está en formación y por el estigma asociado con el abuso (Feiring et al., 1996); por otro lado, los sentimientos de culpa y vergüenza pueden ser provocados por el agresor quien suele utilizar recursos intimidatorios para conseguir que el abuso permanezca oculto, la niña recibe la versión del agresor antes de haberse formado una opinión propia de sí misma y de lo que le ocurrió, de esta manera ciertas ideas son transmitidas a la niña y estas ideas son las que llevan al desarrollo de la culpa, vergüenza y el desprecio de sí misma (Kamsler, 2002).

La relación entre la culpa y vergüenza con la autoestima quedó demostrada en los resultados del programa de intervención evaluado. Siendo los sentimientos de culpa y vergüenza aspectos centrales del programa de intervención, resulta interesante que el trabajo enfocado en estos sentimientos pudiera llevar al finalizar el tratamiento a un reporte por parte de las participantes de efectos positivos evidentes en aspectos de autoestima, conductas de

auto cuidado y una nueva forma de relacionarse con los demás, donde se percibían con mayor fortaleza y con la capacidad de poner límites.

Estos resultados son congruentes con estudios que han relacionado los sentimientos de culpa y vergüenza con aspectos como el auto concepto, los sentimientos de devaluación y minusvalía, la baja autoestima, las conductas autodestructivas y la dificultad para establecer relaciones positivas (Deblinger y Runyon, 2005; Gorey et al., 2001; Lev-Wiesel, 2000).

Otra característica compartida por la mayoría de las participantes del estudio, nueve de ellas, fue el mantenimiento del silencio (Ayala, 2008); sin embargo resultó interesante que, contrario a lo que se podría esperar, éste no estuvo relacionado principalmente con los sentimientos de culpa y vergüenza sino con las acciones del agresor para mantener el abuso sexual en secreto (Kamsler, 2002) y con otros sentimientos tales como el miedo, la indefensión, la resignación y la preocupación por las consecuencias de la revelación en los otros. En algunos casos, tal como lo menciona Kamsler (2002), la intención de contarlo se vio descartada tras la falta de atención, apoyo y credibilidad por parte de los cuidadores, en este estudio específicamente por parte de la madre, lo cual también lleva a considerar la reacción de la madre como un factor que pudo incrementar el dolor de la experiencia de abuso sexual infantil o incluso afectar más que la experiencia misma; en este sentido Batres (1998) señala que el abuso sexual infantil puede dejar en la sobreviviente sentimientos de abandono, soledad, desolación y desesperanza, más aún si intentó decirlo y no le creyeron o la culparon, también menciona que mantener el silencio por miedo, impotencia, culpa o vergüenza puede profundizar aún más sus sentimientos de soledad, desolación y desesperanza.

La imagen del agresor coincidió en la mayoría de las participantes con la reportada en el estudio de Lev-Wiesel (2000), así se encontró que, ya sea cuando describían a su agresor o cuando daban explicaciones acerca de las razones por las que ocurrían los abusos sexuales, describían a los agresores básicamente de dos maneras, como personas enfermas mentalmente y/o como personas malas y sin principios.

En cuanto a los sentimientos de las participantes hacia su agresor también se encontró coincidencia con el estudio de Lev-Wiesel, destacándose el odio y resentimiento; sin embargo mientras que en el estudio de Lev-Wiesel existían deseos de venganza hacia el agresor, en éste se encontraron principalmente fantasías de que el agresor recibirá algún castigo por lo que hizo; esta diferencia puede estar relacionada con cuestiones de género y con aspectos culturales, ya que el estudio de Lev-Wiesel fue con participantes hombres y mujeres asiáticos, africanos y europeos; así los deseos de venganza implican un actitud más activa que las fantasías de las participantes de este estudio, en las que esperaban que el agresor pagara por lo que les hizo; tal como mencionó Aronson (2007) es común que en culturas latinoamericanas se reaccione pasivamente ante el abuso sexual, ya que el locus de control suele ser externo.

Otra coincidencia con el estudio de Lev-Wiesel (2000) se encontró en relación a las explicaciones que las participantes dieron de su vivencia, la autora lo explora en el sentido de atribuciones de responsabilidad por la ocurrencia del abuso, las cuales clasifica en tres tipos: características de los agresores, características de la víctima y condiciones circunstanciales. En este estudio muy pocas participantes mencionaron explicaciones en torno a atribuciones de responsabilidad propia, a diferencia del gran número de participantes en el estudio de Lev-Wiesel que así lo hicieron, por otra parte aunque las participantes no se explicaron la agresión en términos de responsabilidad propia algunas si manifestaron sentirse culpables por la ocurrencia del abuso, lo cual podría indicar que racionalmente pueden tener claro que no son responsables pero emocionalmente si se sienten culpables.

Otra diferencia es que surgieron explicaciones que podían pertenecer a más de una categoría, a diferencia del estudio de Lev-Wiesel donde muchos participantes dieron explicaciones en torno a una de las tres categorías únicamente. Además, a diferencia del estudio de Lev-Wiesel, en muchas participantes surgen explicaciones en torno a cuestiones relacionadas con la historia de vida del agresor; así un gran número de participantes mencionó la posibilidad de que el agresor hubiera vivido agresión sexual infantil.

Cabe aclarar que se menciona el estudio de Lev-Wiesel (2000) como punto de comparación para analizar las cuestiones relacionadas con la imagen del agresor y con las explicaciones dadas a la vivencia de abuso sexual infantil, esto en razón de que fue el único

estudio encontrado con características similares a las contenidas en el presente estudio. También se resalta su importancia como ejemplo de investigaciones y análisis posteriores, ya que realiza un análisis diferenciado entre hombres y mujeres; además de que presenta los sentimientos encontrados en los participantes según los diferentes tipos de atribuciones expresadas por éstos.

Con relación a las expectativas a futuro estas fueron positivas en las 11 participantes del estudio al momento de la entrevista inicial; contrario a lo reportado por otros autores quienes han encontrado que personas con experiencias de abuso sexual infantil manifestaban pobres expectativas a futuro (Andrews et al., 2004), pérdidas en las expectativas profesionales (Leahy et al., 2003) o la creencia de que inevitablemente sufrirán dificultades emocionales y/o interpersonales más adelante en su vida (Durrant y Kowlaski, 2002). Una posible explicación ante estos resultados es que el intento por buscar ayuda y acudir a terapia refleja la posibilidad, confianza y expectativa de un cambio positivo.

En cuanto a la imagen que las participantes tenían de sí mismas, tal como se esperaba resaltaron descripciones que tenían que ver con características negativas lo cual nuevamente da evidencia de un concepto negativo y devaluado de sí mismas.

También entre las consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil, las participantes señalaron principalmente los pensamientos de devaluación y minusvalía, la inseguridad, la dificultad en la toma de decisiones, la dependencia afectiva, la desconfianza hacia los otros, la agresividad, el aislamiento, la depresión, la culpa, la vergüenza, el enojo, y el miedo; consecuencias que también han sido reportadas en otros estudios (Andrews et al., 2004; Pereda, 2010). Estas consecuencias podrían explicar dos características encontradas en algunas participantes, la falta de habilidad para poner límites y la dificultad en el establecimiento de relaciones satisfactorias; estas dos características no fueron manifestadas directamente por las participantes como consecuencia del abuso sexual vivido, sin embargo surgieron a lo largo de la entrevista inicial y es importante resaltarlas ya que estuvieron dentro de los principales cambios expresados al finalizar el programa de intervención.

La falta de habilidad para poner límites presente en las situaciones de maltrato puede estar relacionada con los aprendizajes que deja el abuso sexual infantil. Batres (1998) menciona una sensación de pérdida de control en sobrevivientes de abuso sexual infantil, señala que dentro de un desarrollo normal el sentido de dominio surge en la niña cuando ésta actúa en el exterior y en ese exterior algo cambia; sin embargo, en una situación de abuso sexual infantil las niñas pudieron haber aprendido que no importó lo que hicieran ya que el abuso no se detuvo, intentos que efectivamente fueron señalados en algunas de las participantes de este estudio; además la autora menciona que las niñas pudieron haber aprendido a recibir atenciones y cuidados del agresor a cambio del silencio o participación dentro de la agresión sexual de la que formaban parte, con lo que aprendieron a no ser amadas por sí mismas sino por servir a otros aún a costa de sus propias necesidades, lo que al mismo tiempo les demostró que sus sentimientos, percepciones e ideas no tenían ningún valor, creciendo con un aprendizaje donde sus propias necesidades carecían de importancia.

Las niñas que vivieron abuso sexual infantil fueron dañadas en su necesidad básica de amor y con frecuencia la necesidad de amor se convierte en una búsqueda que dura toda su vida (Batres, 1998); por lo que quizá dejen de lado sus propias necesidades a cambio de no perder el agrado o cercanía de las otras personas; por otra parte, la capacidad de confiar en los demás está limitada, lo cual impide que se puedan acercar a otros, de esta manera es común que de adultas vivan muy aisladas y sientan que no tiene muchas personas en quien confiar (Batres, 1998) lo cual también fue reflejado en algunas de las participantes de este estudio.

Resultó muy interesante que al concluir el programa de intervención enfocado especialmente en trabajar los sentimientos de culpa y vergüenza las participantes reportaran cambios importantes hacia el adecuado establecimiento de límites y de relaciones satisfactorias, lo que puede dar evidencia de la relación entre estos aspectos; quizá mediados por la ganancia en fortaleza, seguridad y autoestima adquirida por las participantes después del tratamiento.

En este sentido resulta importante tratar de explicar la relación entre la vergüenza y la culpa con los sentimientos de devaluación y minusvalía, y a su vez con dificultades en el

establecimiento de relaciones satisfactorias. Algunos autores establecen que las experiencias de vergüenza se relacionan con un yo evaluado negativamente y percibido como indeseable (Karlsson y Sjöberg, 2009; Park y Thomas, 2009; Reidl y Jurado, 2007); por otra parte, la vergüenza implica sentimientos de rechazo, exclusión y aislamiento social (Karlsson y Sjöberg, 2009), en algunas mujeres sus sentimientos de culpa y vergüenza las llevan a percibirse como distintas o marcadas por el abuso, a su vez con temor de que alguien se dé cuenta de que son “malas” o “sucias”, por lo que desde niñas comienzan a apartarse de los demás como una manera de defenderse (Batres, 1998), lo que puede generar un déficit en el desarrollo de intimidad con los otros (Sullivan y Everstine, 1997).

El programa de tratamiento resultó efectivo en ayudar a que las participantes recuperaran sus sentimientos de seguridad y su capacidad para confiar nuevamente en las personas, mediando la necesidad de protegerse de personas abusivas y nuevas situaciones de abuso. Algunas participantes reportaron logros en cuanto al establecimiento de redes de apoyo positivas y la eliminación de dificultades en el establecimiento de intimidad emocional o física con los otros.

Después del tratamiento se encontró en las participantes una disminución de sus niveles de depresión, ansiedad y un incremento en los de autoestima. Aunque la reducción en los niveles de depresión no fue significativa, el nivel de significancia fue marginal, lo cual quizá se explique más por el número reducido de participantes que por la falta de efectividad del programa de tratamiento en la reducción de los niveles de depresión.

No es de extrañarse que al trabajar los sentimientos de culpa y vergüenza dentro del programa de intervención, también se redujeran los niveles de depresión, ansiedad y se incrementaran los de autoestima, ya que la relación entre la culpa y vergüenza con la depresión, ansiedad y baja autoestima en personas que vivieron abuso sexual infantil ha quedado demostrada en una gran cantidad de estudios ([Aslund](#) et al., 2007; Barker-Collo, 2001; Feiring et al., 1998; Hoagwood, 1990; Lev-Wiesel, 2000; McMillen y Zuravin, 1997; Peters y Range, 1996).

Estos estudios con víctimas de abuso sexual infantil analizan la vergüenza como mediador dentro de la depresión en adolescentes ([Aslund et al., 2007](#)), el rol de la vergüenza y el estilo atribucional en forma de inculpación dentro de la depresión y autoestima en niños y adolescentes (Feiring et al., 1998), la presencia de culpa relacionada con depresión (Barker-Collo, 2001; Hoagwood, 1990; Peters y Range, 1996), con una baja autoestima (Hoagwood, 1990) y con ansiedad en las relaciones (McMillen y Zuravin, 1997) en mujeres.

Los resultados del presente estudio contribuyen a reforzar la idea de la importancia y beneficios de trabajar los sentimientos de culpa y vergüenza en personas que han vivido abuso sexual infantil y aportan evidencia de la utilidad que para tal finalidad tiene el programa de intervención evaluado. Este programa tiene la ventaja de ser un programa estructurado que puede servir de guía y que a la vez permite la flexibilidad necesaria que requiere el modelo de intervención desde la narrativa.

Utilizar el modelo de terapia narrativa resultó adecuado porque permitió adaptarse a las necesidades de cada participante; facilitó la deconstrucción de creencias negativas con lo que se logró cumplir el objetivo principal del programa de intervención (reducir los sentimientos de culpa y vergüenza); además sus fundamentos teóricos retoman la importancia de la cultura, el lenguaje y el contexto de interacción (White y Epston, 1993) por lo que las participantes también se mostraron beneficiadas en sus relaciones con los otros significativos.

Por último cabe señalar algunas limitaciones del estudio y sugerencias para futuras investigaciones. La primera limitación es el número reducido de participantes, sin dejar de lado que esto facilitó un análisis a profundidad, lo que a su vez permitió obtener la información necesaria para realizar modificaciones al manual; sin embargo sería interesante evaluar el programa con muchas más participantes para confirmar su efectividad. La segunda limitación está en función de la falta de grupo de comparación, por lo que una vez establecidos los resultados positivos del programa de intervención quizá se pueda aplicar formalmente en instituciones especializadas donde se capacite a los terapeutas y así se realice una evaluación con otros terapeutas y con un número mucho mayor de participantes, donde se tenga grupo de comparación que nos permita establecer que los cambios positivos son debidos a la efectividad del programa y no sólo a la relación terapeuta-paciente y al compromiso

establecido por ambos, sin ignorar que asegurar con certeza tal relación aún sigue siendo un reto para los investigadores. Finalmente también se sugiere evaluar el programa de intervención con la entrevista diseñada para este fin a la par de emplear instrumentos de medición específicos para vergüenza y culpa, así como otros instrumentos que midan algunos padecimientos que no fueron evaluados en este estudio; en especial instrumentos que midan relaciones e interacciones sociales, ya que al parecer fue una de las áreas donde las participantes reportaron mayores beneficios tras concluir el programa de intervención.

Referencias

- Alaggia, R. (2005). Disclosing the trauma of child sexual abuse: A gender analysis. *Journal of Loss and Trauma, 10*, 453-470.
- Amundson, J. K. (2001). Why narrative therapy need not fear science and “other” things. *Journal of Family Therapy, 23*, 175-188.
- Andersen, T. (1996). Reflexiones sobre la reflexión con familias. En: McNamee, S. y Gergen, K. (Eds. Comps) (1996). *La Terapia como Construcción Social*. Barcelona: Paidós.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente la ignorancia como enfoque terapéutico. En: McNamee, S. y Gergen, K. (Eds. Comps.) (1996). *La Terapia como Construcción Social*. Barcelona: Paidós.
- Andrews, G., Corry, J., Slade, T., Issakidis, C. & Swanston, H. (2004). Cap 23. Child Sexual Abuse. En M. Ezzati (2004). Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease attributable to selected major risk factors (pp. 1851 -1940) *Ginebra: Organización Mundial de la Salud*.
- Arnow, B. A., Hart, S., Scott, C., Dea, R., O’Connell, L. & Taylor, B. (1999). Childhood sexual abuse, psychological distress, and medical use among women. *Psychosomatic Medicine, 61*, 762-770.
- Aronson, L. F. (2007). Sin Vergüenza: Addressing shame with latino victims of child sexual abuse and their families. *Journal of Child Sexual Abuse, 16* (1), 61-82.
- Aslund, C., Nilsson, K. W., Starrin, B. & Sjöberg, R. L. (2007). Shaming experiences and the association between adolescent depression and psychosocial risk factors. *European Child and Adolescent Psychiatry, 16* (5), 298-304.
- Ayala, I. G. (2008). (1-Abr-2008). Las caras de la culpa en víctimas de violación y abuso sexual. *Congreso Virtual de Psicología Jurídica y Forense*. congresovirtual@gmail.com, congresopsj@egrupos.net.
- Barker-Collo, S. L. (2001). Adult reports of child and adult attributions of blame for childhood sexual abuse: Predicting adult adjustment and suicidal behaviors in females. *Child Abuse and Neglect, 25*, 1329–1341.

- Bass, E. & Davis, L. (1995). *El coraje de sanar*. Barcelona: Urano.
- Batres, M. G. (1998). "Tratamiento Grupal: Adultas y Adolescentes Sobrevivientes de Incesto y Abuso Sexual. Manual para Terapeutas". San José, Costa Rica: ILANUD (Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente).
- Besa, D. (1994). Evaluating narrative family therapy using single-system research designs. *Research on Social Work Practice, 4* (3), 309-325.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*, 77-101.
- Brockner, J. & Guare, J. (1983). Improving the performance of low self-esteem individuals: An attributional approach. *Academy of Management Journal, 26* (4), 642-656.
- Cantón, D. y Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema, 20* (4), 509–515.
- Cantón-Cortés, D., Cantón, J., Justicia, F. y Cortés, M. (2011). Un modelo de los efectos del abuso sexual infantil sobre el estrés post-traumático: el rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación. *Psicothema, 23* (1), 66–73.
- Capezza, N. & Arriaga, X. (2008). Why do people blame victims of abuse? The role of stereotypes of women on perceptions of blame. *Sex Roles, 59*, 839–850.
- Caputi, J. (2003). "Take back what doesn't belong to me": Sexual violence, resistance and the "transmission of affect". *Women's Studies International Forum, 26*, (1) 1–14.
- Cazorla, G. & Samperio, R. (1992). *Alto a la agresión sexual*. México: Diana.
- Celano, M., Hazzard, A., Webb, C. & McCall, C. (1996). Treatment of traumagenic beliefs among sexually abused girls and their mothers: An evaluation study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24* (1), 1-17.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P. & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43* (4), 393-402.

- Coulborn, K. F. (1995). A clinical sample of women who have sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 4 (3), 13-29.
- Davies, M. & Rogers, P. (2009). Perceptions of blame and credibility toward victims of childhood sexual abuse: Differences across victim age, victim-perpetrator relationship, and respondent gender in a depicted case. *Journal of Child Sexual Abuse*, 18, 78-92.
- Deblinger, E. & Runyon, M. K. (2005). Understanding and treating feelings of shame in children who have experienced maltreatment. *Child Maltreatment*, 10 (4), 364-376.
- Dinwiddie, S., Heath, A. C., Dunne, M. P., Bucholz, K. K., Madden, P. A., Slutske, W. S., et al. (2000). Early sexual abuse and lifetime psychopathology: A co-twin-control study. *Psychological Medicine*, 30 (6), 1283-1291.
- Dolan, M. I. (1991). *Resolving sexual abuse*. New York: Norton.
- Draucker, C. B. (1996). Family-of-origin variables and adult female survivors of childhood sexual abuse: A review of the research. *Journal of Child Sexual Abuse*, 5 (4), 35-63.
- Durrant, M. y White, C. (Comps.) (2002). *Terapia del Abuso Sexual*. Barcelona: Gedisa.
- Durrant, M. y Kowalski, K. (2002). Superar los efectos del abuso sexual. Desarrollar la percepción de la propia capacidad. En: Durrant, M. & White, C. (Comps.) (2002). *Terapia del Abuso Sexual*. Barcelona: Gedisa.
- Epston, D. (2004). From empathy to ethnography: The origin of therapeutic co-research. En: Dulwich Centre Publication. (2004). Narrative therapy and research. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work* (2004), 2, 29-67.
- Esler, I. y Waldegrave, J. (2002). Abuso sexual. Dos mujeres exponen dos maneras diferentes de encarar el mismo problema y en la misma perspectiva. En: Durrant, M. & White, C. (Comps.) (2002). *Terapia del Abuso Sexual*. Barcelona: Gedisa.
- Etchison, M. & Kleist, D. M. (2000). Review of narrative therapy: Research and utility. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 8 (1), 61-66.
- Feerick, M. M. & Snow K. L. (2005). The relationships between childhood sexual abuse, social anxiety, and symptoms of posttraumatic stress disorder in women. *Journal of Family Violence*, 20 (6), 409-419.

- Feiring, C. & Cleland, C. (2007). Childhood sexual abuse and abuse-specific attributions of blame over 6 years following discovery. *Child Abuse & Neglect*, 31, 1169-1186.
- Feiring, C. & Taska, L. S. (2005). The Persistence of shame following sexual abuse: A longitudinal look at risk and recovery. *Child Maltreatment*, 10 (4), 337-349.
- Feiring, C., Taska, L. & Lewis M. (1996). A process model for understanding adaptation to sexual abuse: The role of shame in defining stigmatization. *Child Abuse and Neglect*, 20 (8), 767-782.
- Feiring, C., Taska, L. & Lewis, M. (1998). The role of shame and attributional style in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Maltreatment*, 3 (2), 129-143.
- Feiring, C., Taska, L. & Lewis, M. (1999). Age and gender differences in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 23 (2), 115-128
- Finkelhor, D. (1980). *Abuso sexual al menor*. México: Pax-Mex.
- Finkelhor, D. (1984). *Child Sexual Abuse. New Theory and Research*. New York: The Free Press.
- Finkelhor, D. & Korbin, J. (1988). Child abuse as an international ISSUE. *Child abuse and Neglect*, 12, 3-23.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (2007). *Estado Mundial de la Infancia 2007. La mujer y la infancia. El doble dividendo de la igualdad de género*. Nueva York, USA: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF.
- Gaddis, S. (2004). Re-positioning traditional research: Centring clients' accounts in the construction of professional therapy knowledges. En: Dulwich Centre Publication. (2004). Narrative therapy and research. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work* (2004) No 29-67.
- Gergen, K. J. (1989). La psicología posmoderna y la retórica de la realidad. En Ibañez, T. *El conocimiento de la realidad*. Barcelona: Sendá.
- Gergen, K. J. (2002). *La terapia como una construcción social: Dimensiones, deliberaciones y divergencias*. E.U.A: Swarthmore College.

- Gergen, K. J. y Kaye, J. (1996). Más allá de la narración en la negociación del significado terapéutico. En: McNamee, S. y Gergen, K. (Eds. Comps) (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Ginzburg, K., Arnow, B., Hart, S., Gardner, W., Koopman, C., Classen, C. C., et al. (2006). The abuse-related beliefs questionnaire for survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 30, 929-943.
- González-Forteza, C., Jiménez-Tapia, J. A., Ramos-Lira, L. y Wagner, F. (2008). Aplicación de la escala de depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 50 (4), 292-299.
- González-Forteza, C., Ramos-Lira, L., Vignau, B. L. y Ramírez V. C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24 (6), 16-25.
- González-Serratos, R. (1995). Informe preliminar sobre algunos aspectos de la investigación en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia. *Salud Reproductiva y Sociedad*, 6 (7), 14-17.
- Gorey K.M., Richter, N.L. & Snider E. (2001). Guilt, isolation and hopelessness among female survivors of child sexual abuse: effectiveness of group work intervention. *Child Abuse and Neglect*, 25, 347-355.
- Hernández, J. (1995). The concurrence of eating disorders with histories of child abuse among adolescents. *Journal of Child Sexual Abuse*, 4 (3), 73-85.
- Hill, J., Davis, R., Byatt, M., Burnside, E., Rollinson, L. & Fear, S. (2000). Childhood sexual abuse and affective symptoms in women: A general population study. *Psychological Medicine*, 30 (6), 1283-1291.
- Hoagwood, K. (1990). Blame and adjustment among women sexually abused as children. *Women and Therapy*, 9 (4), 89-96.
- Hudson O'Hanlon, W. (1992). Una terapia en colaboración y orientada hacia los efectos secundarios del abuso sexual. En: McNamee, S. & Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.

- Hulme, P. A. (2000). Symptomatology and health care utilization of women primary care patients who experienced childhood sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 24 (11), 1471-1484.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática INEGI (2006). *Mujeres y hombres en México, 2006. Diez años* (10a. ed.) México: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) en colaboración con el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES).
- Instituto Nacional de Salud Pública INSP (2003). *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres, 2002 (ENVIM)*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Johnson. C. F. (2004). Child sexual abuse. *The Lancet*, 364 (jul 31-ago 6), 462-470.
- Kaplow, J. B., Dodge, K. A., Jackson, L. A. & Saxe, G. N. (2005). Pathways to PTSD, part II: Sexually abused children. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1305–1310.
- Karlsson, G. & Sjöberg, L. G. (2009). The experiences of Guilt and Shame: A phenomenological-psychological study. *Human Studies*, 32, 335-355.
- Kamsler, A. (2002). La formación de la imagen de sí misma. Terapia con mujeres que sufrieron abuso sexual durante la infancia. En: Durrant, M. y White, C. (2002). *Terapia del abuso sexual*. Barcelona: Gedisa
- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J. & Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and co-twin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57 (10), 953-959.
- Kerlinger, F. N. y Lee, H. B. (2002). *Investigación del Comportamiento: Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. México: McGraw-Hill.
- Kessler, M. R. H., White, M. B. & Nelson, B. S. (2003). Group treatments for women sexually abused as children: A review of the literature and recommendations for future outcome research. *Child Abuse and Neglect*, 27, 1045-1061.
- Koopman, C., Goore-Felton, C. & Spiegel, D. (1997). Acute stress disorder symptoms among female sexual abuse survivors seeking treatment. *Journal of Child Sexual Abuse*, 6 (3), 65-85.

- Leahy, T., Pretty, G., y Tenenbaum, G. (2003). Childhood sexual abuse narratives in clinically and nonclinically distressed adult survivors. *Professional Psychology. Research and Practice*, 34 (6), 657-665.
- Leith, K. y Baumeister, R. (1998). Empathy, shame, guilt and narratives of interpersonal conflicts: Guilt-Prone people are better at perspective taking. *Journal of Personality*, 66, 1-37.
- Leserman, J. (2005). Sexual Abuse History: Prevalence, health effects, mediators and psychological treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67, 906-915.
- Leserman, J., Zhiming, L., Drossman, D. A., Toomey, T. C., Nachman G. & Glogau L. (1997). Impact of sexual and physical abuse dimensions on health status: development of an abuse severity measure. *Psychosomatic Medicine*, 59, 152-160.
- Levitan, R. D., Parikh, S. V., Lesage, A. D., Hegadoren, K. M., Adams, M., Kennedy, S. H. & Goering, P. N. (1998). Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: Relationship to neurovegetative features, mania and gender. *The American Journal of Psychiatry*, 155 (12), 1746-1752.
- Lev-Wiesel, R. (2000). Quality of life in adult survivors of childhood sexual abuse who have undergone therapy. *Journal of Child Sexual Abuse*, 9 (1), 1-13.
- Limon, A. G. (2005). *Terapias postmodernas: Aportaciones construccionistas*. México: Pax.
- Linares, J. I. (2002). *Del Abuso y otros desmanes, el maltrato familiar, entre la terapia y el control*. Barcelona: Paidós.
- Llewelyn, S. (2002). Therapeutic challenges in work with childhood sexual abuse survivors: The contribution of cognitive analytic therapy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2, 123-133.
- Lynskey, M. T. & Fergusson, D. M. (1997). Factors protecting against the development of adjustment difficulties in young adults exposed to childhood sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 21, 1177-1190.
- Mann, S. & Russell, S. (2002). Narrative ways of working with women survivors of childhood sexual abuse. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 3, 1-21.

- Mannarino, A. P. & Cohen, J. A. (1996 a). Abuse-related attributions and perceptions, general attributions, and locus of control in sexually abused girls. *Journal of Interpersonal Violence*, 11 (2), 162-180.
- Mannarino, A. P. & Cohen, J. A. (1996 b). Family-related variables and psychological symptom formation in sexually abused girls. *Journal of Child Sexual Abuse*, 5 (1), 105-119.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A. & Berman, S. R. (1994). The children's attributions and perception scale: A new measure of sexual abuse-related factors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23 (2), 204-211.
- McGee, R., Wolfe, D. & Olson J. (2001). Multiple maltreatment, attribution of blame, and adjustment among adolescents. *Development and Psychopathology*, 13, 827-846.
- McMillen, C. & Zuravin, S. (1997). Attributions of blame and responsibility for child sexual abuse and adult adjustment. *Journal of Interpersonal Violence*, 12 (1), 30-48.
- McNamee, S. & Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Mersham, C. (2000). Restorying trauma with narrative therapy: Using the phantom family. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 8 (3), 282-286.
- Miller, B. J., Parra J. R. C., & Hardin, M. (2006). The use of narrative therapy and internal family systems with survivors of childhood sexual abuse: Examining issues related to loss and oppression. *Journal of Feminist Family Therapy*, 18(4), 1-27.
- Molnar, B. E., Buka, S. L. & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the national co-morbidity survey. *American Journal of Public Health*, 91(5), 753-760.
- Neumarck, S. D., Story, M., Hannan, P. J., Beuhring, T. & Resnick, M. D. (2000). Disordered eating among adolescents: Associations with sexual/physical abuse and others familial/psychosocial factors. *International Journal of Eating Disorder*, 28, 249-258.
- O'Hanlon, B. W. & Bertolino, B. (1998). *Even from a Broken Web: Brief, Respectful Solution-Oriented Therapy for Sexual Abuse and Trauma*. New York: Wiley.
- O'Hanlon, B. W. y Weiner-Davies, M. (1990). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. España: Paidós.

- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2006). *Informe especial de las Naciones Unidas sobre violencia contra niñas, niños y adolescentes*, presentado en la Organización de las Naciones Unidas en octubre de 2006.
- Owens, G. P. & Chard, K. M. (2001). Cognitive distortions among women reporting childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 16 (2), 178-191.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L. & Violato C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Psychology Journal*, 135, 17–36.
- Parker, S. & Thomas, R. (2009). Psychological differences in shame vs. guilt: Implications for mental health counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 31 (3), 213–224.
- Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Pedhazur, E.J. & Schmelkin, L.P. (1991). *Measurement, design, and analysis: An integrated approach*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Pereda, B. N. (2006). *Malestar psicológico en estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual infantil y otros estresores*. Tesis de doctorado no publicada, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.
- Pereda, B. N. (2010). Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 12 (46), 273-285.
- Pereda, B. N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31 (2), 191-201.
- Peters, D. K. & Range, L. M. (1996). Self-blame and self-destruction in women sexually abused as children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 5 (4), 19-33.
- Putman, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (3), 269-278.
- Quas, J. A., Goodman, G. S. & Jones, D. P. (2003). Predictors of attributions of self-blame and internalizing behavior problems in sexually abused children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 723–736.
- Ramchandani, P. & Jones, D. (2003). Treating psychological symptoms in sexually abused children: From research findings to service provision. *British Journal of Psychiatry*, 183, 489-490.

- Ramos-Lira, L., Saldívar-Hernández, G., Medina-Mora, M.E., Rojas-Guiot, E. y Villatoro-Velázquez, J. (1998). Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Salud Pública México*, 40, 221-233.
- Redstone, A. (2004). Researching people's experience of narrative therapy. Acknowledging the contribution of the "client" to what works in counselling conversation. En: Dulwich Centre Publication. (2004). Narrative therapy and research. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work* (2004), 2, 29-67.
- Reidl, L. (1981). Estructura factorial de la autoestima de mujeres del sur del Distrito Federal. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología*, 1 (2), 273-288.
- Reidl-Martínez, L. M. (2002). *Caracterización psicológica de los celos y la envidia*. Tesis de Doctorado. México, Inédita, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Reidl, M. L. y Jurado, C. M. (2007). *Culpa y vergüenza. Caracterización psicológica y social*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (2), 211-218.
- Rogers, P., Josey, N. & Davies, M. (2007). Victim age, attractiveness and abuse history as factors in the perception of a hypothetical child sexual abuse case. *Journal of Sexual Aggression*, 13 (2), 121-137.
- Romano, E. & De Luca, R.V. (2006). Evaluation of a treatment program for sexually abused adult males. *Journal of Family Violence*, 21(1), 75-88.
- Romans, S. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Herbison, P. G. & Mullen, P. E. (1995). Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *The American Journal of Psychiatry*, 152 (9), 1336-1342.
- Roosa, M. W., Reyes, L., Reinholtz, C. & Angelini, P. J. (1998). Measurement of women's child sexual abuse experiences: An empirical demonstration of the impact of choice of measure on estimates of incidence rates and of relationships with pathology. *The Journal of Sex Research*, 35 (3), 225-233.

- Roth, S., Neuman, E., Pelcovitz, D., Kolk, V. B. & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 10*(4), 539-555.
- Russell, S. (2002). Part II: Definitional ceremony and outsider-witnessing. En: Mann, S. & Russell, S. (2002). Narrative ways of working with women survivors of childhood sexual abuse. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work, 3*, 1-21.
- Salgado-De Snyder, N. y Maldonado, M. (1994). Características psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud Pública de México, 36*, 200-209.
- Sigmon, S. T., Greene, M. P., Rohan, K. J. & Nichols, J. E. (1996). Coping and adjustment in male and female survivors in childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse, 5* (3), 57-75.
- Sgrori, G. (1982). *Handbook of clinical intervention in child sexual abuse*. New York: The Free Press.
- Spataro, J., Mullen, P. E., Burgess, P. M., Wells, D. L. & Moss, S. A. (2004). Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females. *The British Journal of Psychiatry, 184*, 416-421.
- St. James O'Connor, T., Meakes, E., Pickering M. R. y Schuman M. (1997). On the right track. Client experience of narrative therapy. *Contemporary Family Therapy, 19* (4), 479-495.
- Talbot, N.L., Houghtalen, R. P. & Cyrulik, S. (1998). Women's safety in recovery: Group therapy for patients with a history of childhood sexual abuse. *Psychiatric Service, 49*, 213-217.
- Talbot, N. L., Houghtalen, R.P., Duberstein, P. R., Cox, C., Giles, D. E. & Wynne, L. C. (1999). Effects of group treatment for women with a history of childhood sexual abuse. *Psychiatric Services, 50* (5), 686-692.
- Tangney, J. (1990). Assessing individual differences in proneness to shame and guilt: Development of the self-conscious affect and attribution inventory. *Journal of Personality and Social Psychology, 59* (1), 102-111.
- Tangney, J., Miller, R., Flicker, L. & Barlow, D. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? *Journal of Personality and Social Psychology, 70* (6), 1256-1269.

- Tangney, J., Wagner, P., Fletcher, C. & Gramzow, R. (1992). Shame into anger? The relation of shame and guilt to anger and self-reported aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62 (4), 669-675.
- Tangney, J., Wagner, P., Hill-Barlow, D., Marschall, D. & Gramzow, R. (1996). Relation of shame and guilt to constructive versus destructive responses to anger across the lifespan. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70 (4), 797-809.
- Tebbutt, J., Swanston, H., Oates, R. K. & O'Toole, B. I. (1997). Five years after child sexual abuse: Persisting dysfunction and problems of prediction. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (3), 330-339.
- Trickett, P. K., Noll, J. G., Reiffman, A. & Putnam, F. W. (2001). Variants of intra-familial sexual abuse experience: Implications for short- and long-term development. *Development and psychopathology*, 13, 1001-1019.
- Ullman, S. E. & Filipas, H. H. (2005). Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse and Neglect*, 29, 767-782.
- Ullman, S. E., Najdowsky, C. J. & Filipas, H. H. (2009). Child sexual abuse, post-traumatic stress disorder and substance use: Predictors of revictimization in adult sexual assault survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*, 18, 367-385.
- Uribe, E. R. y Billings, D. L. (2003). *Violencia sobre la salud de las mujeres. ¿Por qué hoy?* México: Femego/Ipas.
- Ussher, J. M., Hunter, M. & Cariss, M. (2002). A woman-Centred psychological intervention for premenstrual symptoms, drawing on cognitive-behavioural and narrative therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 319-331.
- Villatoro, J.; Quiroz, N.; Gutiérrez, M. L., Díaz, M. y Amador, N. (2006). *¿Cómo educamos a nuestros/as hijos/as? Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados 2006*. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). México, D. F.
- Westbury, E. & Tutty, L. M. (1999). The efficacy of group treatment for survivors of childhood abuse. *Child Abuse and Neglect*, 23 (1), 31-49.

- White, M. (1986). Negative explanation, restraint and double description: A template for family therapy. *Family Process*, 25 (2).
- White, M. (1993). Relato, conocimiento y poder. En: White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Roberts, J. A., Haseltine, B., Demuth, G. R., et al. (2000). Relationship of childhood sexual abuse and eating disturbance. *Children Journal of de American Academic of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (10), 1277-1283.
- Zlotnick, C., Mattia, J. & Zimmerman, M. (2001). Clinical features of survivors of sexual abuse with major depression. *Child Abuse and Neglect*, 25, 357-367.
- Zlotnick, C., Shea, T. M., Rosen K., Simpson, E., Mulrenin K., Begin, A., et al. (1997). An affect-management group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 10 (3), 425-436

ANEXO 1

PADECIMIENTOS EN PERSONAS ADULTAS CON EXPERIENCIAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

AUTOR/AÑO	Andrews, Corry, Slade, Issakidis y Swanston (2004)
PADECIMIENTO	Depresión/ Personalidad Borderline y Antisocial/ Trastorno de Estrés Postraumático/ Trastorno de Pánico/ Abuso de Sustancias/ Trastornos alimenticios/ Ideación e Intentos Suicidas/ Respuestas psicológicas negativas como baja autoestima, sensación de pérdida de control, dificultades con la intimidad y dificultades sexuales.
TIPO DE ESTUDIO	Revisión de estudios.
OBJETIVO	Examinar la relación entre el abuso sexual infantil y desórdenes mentales subsecuentes.
POBLACIÓN	Participaron 179 estudios. Se seleccionaron sólo estudios con diseños que incluyeran un grupo control, con una muestra mínima de 100 participantes y los que realizaban un meta-análisis de resultados.
INSTRUMENTOS	Búsqueda en base de datos de investigaciones de abuso sexual infantil.
RESULTADOS	Los resultados de estos estudios sugirieron una relación entre el abuso sexual infantil y la depresión, el trastorno de pánico, el trastorno de estrés postraumático, el uso y dependencia de alcohol y drogas y los intentos suicidas. Además, se mencionaron algunos estudios con evidencia de relación con trastornos de la personalidad, específicamente trastorno de la personalidad borderline y antisocial; al igual que estudios que evidencian la relación con trastornos alimenticios, los cuales se explican más por un ambiente familiar disfuncional del cual el abuso sexual forma parte; también se encontraron investigaciones que evidencian la existencia de respuestas psicológicas negativas como pobre autoestima, sensación de pérdida de control, dificultades con la intimidad y dificultades sexuales.

AUTOR/AÑO	Cantón y Justicia (2008)
PADECIMIENTO	Depresión y Baja Autoestima
TIPO DE ESTUDIO	Exploratorio/Comparativo
OBJETIVO	Examinar las consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil y analizar la contribución de la estrategia de afrontamiento (evitación-aproximación) como variable mediadora en el ajuste a largo plazo de las víctimas de abuso sexual infantil
POBLACIÓN	El total de su muestra fue de 1,162 estudiantes universitarios hombres y mujeres, de estos, 110 habían tenido una experiencia de abuso sexual en la infancia, este grupo se comparó con uno de similar tamaño sin experiencia de abuso sexual infantil
INSTRUMENTOS	Cuestionario sobre abuso sexual infantil (diseñado para este estudio) How I Deal with Things de Burt y Katz (1987) (para medir estrategias de afrontamiento) Inventario de Depresión de Beck Escala de Autoestima de Rosenberg
RESULTADOS	Los participantes que habían vivido abuso sexual infantil, frente al grupo de comparación, presentaron puntuaciones significativamente superiores en depresión e inferiores en autoestima. El análisis de las estrategias de afrontamiento (evitación-aproximación) reveló que únicamente el empleo de estrategias de evitación se relacionaba con el ajuste psicológico, mostrando que los participantes que hacen uso de éstas tenían niveles superiores en depresión e inferiores en autoestima. Los resultados confirman la idea de que la estrategia de afrontamiento utilizada puede afectar en mayor o menor medida al ajuste de las víctimas de abuso sexual infantil.

AUTOR/AÑO	Cantón-Cortés, Cantón, Justicia y Cortés (2011)
PADECIMIENTO	Trastorno de Estrés Postraumático
TIPO DE ESTUDIO	Exploratorio mediante Modelos de ecuaciones estructurales
OBJETIVO	Analizar los efectos directos e indirectos de la gravedad del abusos sexual infantil, las atribuciones de culpa por el abuso y las estrategias de afrontamiento sobre la sintomatología del trastorno de estrés postraumático
POBLACIÓN	De 1529 mujeres estudiantes universitarias, finalmente se analizaron a 163 estudiantes mujeres que reportaron haber sufrido algún tipo de abuso sexual infantil
INSTRUMENTOS	Cuestionario sobre abuso sexual infantil (diseñado por los autores) The Attributions of Responsibility and Blame Scale de Mc Millen y Zuravin (1997) (para medir las atribuciones que las víctimas hacen del abuso sexual infantil) How I Deal with Things de Burt y Katz (1987) (para medir estrategias de afrontamiento) Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997)
RESULTADOS	Se encontró que víctimas de abuso más grave presentaban niveles superiores de autoinculpación, inculpación a la familia y empleo de estrategias de evitación. Se relacionaron los niveles superiores de inculpación a la familia con la existencia de otros tipos de maltrato además del abuso sexual. Finalmente tanto la auto inculpación como la inculpación a la familia se encontraban indirectamente relacionadas con el trastorno de estrés postraumático a través de estrategias de evitación.

AUTOR/AÑO	Dinwiddie, S., Heath, A. C., Dunne, M. P., Bucholz, K. K., Madden, P. A., Slutske, W. S., et al. (2000)
PADECIMIENTO	Depresión mayor/ Trastorno de Pánico/ Abuso de Sustancias/ Ideación e Intentos Suicidas
TIPO DE ESTUDIO	Comparación de Grupos
OBJETIVO	Determinar la prevalencia de desórdenes psiquiátricos en gemelos quienes reportaron abuso sexual infantil y comparar esos rangos con los de su co gemelo no abusado sexualmente. Examinar la contribución de la familia y de factores específicos individuales
POBLACIÓN	Participaron 5995 gemelos australianos
INSTRUMENTOS	Entrevistas telefónicas
RESULTADOS	El abuso sexual fue reportado en el 5.9% de las mujeres y en el 2.5% de los hombres. Del total de la muestra quienes reportaron abuso sexual, comparados con quienes no lo reportaron, tenían un mayor número de diagnósticos de depresión mayor; además en esta sub muestra también se encontraron más trastornos de conducta, trastornos de pánico, alcoholismo, ideación e intentos suicidas. Cuando se comparó la psicopatología entre gemelos donde solamente uno de los dos vivió la experiencia de abuso, no se encontraron diferencias en la psicopatología de ambos. Sin embargo, los rangos de depresión mayor, trastorno de conducta e ideación suicida fueron mayores cuando ambos miembros del par de gemelos fueron abusados, en comparación a si solamente uno de ellos lo había sido. Los resultados apoyan la asociación entre abuso sexual infantil y psicopatología, además sugieren la influencia del ambiente familiar en ambos, es decir, tanto en el riesgo para la victimización como en el riesgo para la psicopatología.

AUTOR/AÑO	Feerick y Snow (2005)
PADECIMIENTO	Trastorno de Estrés Postraumático/ Trastorno de Ansiedad/ Malestar en Situaciones Sociales
TIPO DE ESTUDIO	Comparación de Grupos
OBJETIVO	Examinar la relación entre el abuso sexual infantil, ansiedad social y síntomas del desorden de estrés postraumático
POBLACIÓN	313 mujeres
INSTRUMENTOS	Entrevista de abuso sexual infantil (CSAI; Wyatt, 1985) Entrevista clínica estructurada DSM III-R/IV para medir síntomas del desorden de estrés postraumático Escala de Ansiedad Interpersonal (Lista de Chequeo de Hopkins) Escala de Malestar y de Evitación Social (Watson & Friend, 1969)
RESULTADOS	El 31% de las mujeres reportó alguna forma de abuso sexual en la infancia. Las mujeres con historia de abuso sexual en la infancia, en comparación con las mujeres sin historia de abuso, reportaron más síntomas de ansiedad, malestar en situaciones sociales y trastornos de estrés postraumático. Las mujeres con intentos, caricias y penetración manifestaron más evitación y más síntomas de estrés postraumático que las mujeres sin historia de abuso sexual infantil. La presión, el tipo de abuso, la edad de inicio del abuso y la relación con el perpetrador fueron aspectos significativos para predecir la ansiedad social adulta.

AUTOR/AÑO	González-Forteza, C., Ramos-Lira, L., Vignau, B. L. y Ramírez V. C. (2001)
PADECIMIENTO	Ideación e Intentos Suicidas
TIPO DE ESTUDIO	Exploratorio/Diseño transversal ex post-facto
OBJETIVO	Explorar la relación entre el Abuso Sexual Infantil y la conducta suicida en una población de estudiantes de secundaria y conocer la influencia del abuso sexual en la salud mental de los estudiantes en lo referente al malestar depresivo y la ideación suicida
POBLACIÓN	936 alumnos de secundaria, de los cuales 54% eran hombres y 46% mujeres
INSTRUMENTOS	Encuesta y Cuestionario auto administrado
RESULTADOS	Un 7% de las mujeres y 2% de los varones reportaron abuso sexual infantil. Un 11% de las mujeres y 4% de los hombres habían intentado suicidarse. Los hombres no reportaron conjuntamente al abuso sexual y el intento de suicidio; mientras que de las 49 mujeres que habían intentado suicidarse, el 12% había vivido abuso sexual infantil. La relación entre el abuso sexual y el intento suicida, con los indicadores de malestar emocional actual, fue estadísticamente significativa.

AUTOR/AÑO	Hernández (1995)
PADECIMIENTO	Trastornos alimenticios
TIPO DE ESTUDIO	Exploratorio
OBJETIVO	Examinar la relación entre desórdenes alimenticios e historia de abuso físico y sexual entre hombres y mujeres adolescentes
POBLACIÓN	Análisis secundario de datos tomado de una muestra aleatoria computarizada del 10% de la muestra total de 6224 estudiantes adolescentes hombres y mujeres
INSTRUMENTOS	Cuestionario sobre comportamientos alimenticios, peso, hábitos de estilo de vida, abuso parental de sustancias e historia de abuso físico, sexual extra familiar e incesto
RESULTADOS	Se encontró una relación entre trastornos alimenticios y el abuso físico y sexual. La presencia de trastornos alimenticios también se correlacionó con otros comportamientos adictivos, una historia familiar de abuso de sustancias y con baja autoestima, desesperanza y ansiedad.

AUTOR/AÑO	Hulme (2000)
PADECIMIENTO	Síntomas Físicos
TIPO DE ESTUDIO	Exploratorio/Comparativo
OBJETIVO	Determinar la sintomatología de pacientes mujeres que acuden a una clínica de cuidados primarios y quienes experimentaron abuso sexual infantil
POBLACIÓN	Pacientes mujeres de cuidados primarios quienes experimentaron abuso sexual infantil, a quienes se comparó con aquellas pacientes sin experiencia de abuso: Las mujeres fueron reclutadas de una muestra aleatoria de 352 pacientes.
INSTRUMENTOS	Encuesta enviada con una carta vía correo postal
RESULTADOS	De las 352 participantes, el 22% reportó un pasado de abuso sexual en la infancia; estas mujeres reportaron 44 de los 51 síntomas físicos y psicosociales más frecuentemente que sus contrapartes sin historia de abuso sexual, además experimentaron estos síntomas más intensamente y en mayor número; también las mujeres que sufrieron abuso sexual visitaron la clínica de cuidados primarios 1.33 más veces que las que no sufrieron abuso sexual.

AUTOR/AÑO	Kendler, Bulik, Silberg, Hettema, y Myers et al. (2000)
PADECIMIENTO	Abuso de Sustancias/ Trastornos alimenticios
TIPO DE ESTUDIO	Descriptivo-Correlacional/ Análisis de Regresión Logística
OBJETIVO	Explorar la relación entre el abuso sexual infantil y el incremento en el riesgo de desarrollar desórdenes psiquiátricos en la adultez
POBLACIÓN	1411 mujeres adultas gemelas.
INSTRUMENTOS	Medida de auto-reporte y una entrevista Adaptación de la Entrevista Clínica Estructurada del DSM III R para evaluar desórdenes en el uso de sustancias Diagnóstico de Depresión Mayor y Diagnóstico de Ansiedad Generalizada (GAD)
RESULTADOS	Se evaluaron 3 niveles de abuso sexual infantil (sin contacto genital, con contacto genital y con penetración). El 30.4% del total de la muestra reportó abuso sexual infantil y de esas el 8.4% reportó penetración; el auto reporte de abuso sexual infantil fue positivamente relacionado con otros trastornos, especialmente con la bulimia y con la dependencia al alcohol y otras sustancias.

AUTOR/AÑO	Koopman, Goore-Felton y Spiegel (1997)
PADECIMIENTO	Estrés Psicológico
TIPO DE ESTUDIO	Exploratorio
OBJETIVO	Explorar la relación entre el abuso sexual infantil, los síntomas del desorden de estrés agudo, el malestar y el apoyo social
POBLACIÓN	32 mujeres sobrevivientes de abuso sexual infantil, entre 24 y 58 años de edad, que buscaban tratamiento. Las mujeres fueron reclutadas para formar parte de un grupo piloto de tratamiento para abuso sexual infantil
INSTRUMENTOS	Medida de auto reporte y entrevista Medida de Características Demográficas de la muestra Medida de síntomas del desorden de estrés agudo (cuestionario de reacción de estrés agudo de Stanford –Cardeña, Classen, Koopman & Spiegel, 1993) Medida de la Severidad del Abuso Sexual (entrevista adaptada de “la experiencia sexual como niño” de Carlson & Putnam, 1993)
RESULTADOS	Se encontró que 37.5 % de las mujeres que vivieron abuso sexual infantil presentaron síntomas del trastorno de estrés agudo. También fueron significativamente relacionados los síntomas de estrés agudo con buscar el locus

	causal del abuso en ellas mismas, con olvidar el abuso durante un periodo de tiempo, con la cantidad de abusos, con malestares por eventos de la vida recientes, con otras formas de malestar y por último con un apoyo social pobre.
--	---

AUTOR/AÑO	Lesserman, J., Zhiming, L., Drossman, D. A., Toomey, T. C., Nachman G. & Glogau L. (1997)
PADECIMIENTO	Trastornos Gastrointestinales
TIPO DE ESTUDIO	Exploratorio
OBJETIVO	Identificar cuáles dimensiones de la historia de abuso físico y/o sexual pueden predecir el actual estado de salud en mujeres con padecimientos gastrointestinales
POBLACIÓN	De 239 pacientes que acudían a una clínica de trastornos gastrointestinales, se seleccionó a una muestra de 121 mujeres para el análisis
INSTRUMENTOS	Entrevista estructurada para evaluar el abuso sexual y físico, diseñada para este estudio
RESULTADOS	Se identificó relación entre padecimientos gastrointestinales e historia de abuso físico y sexual. Entre las pacientes con historia de abuso sexual, mediante una medida de la severidad del abuso, se encontró que el 24% del estado de salud fue explicado por lesiones serias durante el abuso y por la victimización con múltiples perpetradores.

AUTOR/AÑO	Levitan, R. D., Parikh, S. V., Lesage, A. D., Hegadoren, K. M., Adams, M., Kennedy, S. H. & Goering, P. N. (1998)
PADECIMIENTO	Depresión mayor
TIPO DE ESTUDIO	Descriptivo
OBJETIVO	Identificar abuso sexual infantil en una sub muestra de participantes con depresión mayor.
POBLACIÓN	Se realizó un análisis secundario de la encuesta de la OMS a 8116 participantes hombres y mujeres de una encuesta de la OMS. Se identificó 653 casos con depresión mayor, los cuales fueron posteriormente analizados sub agrupándose en síntomas neurovegetativos típicos y síntomas en orden inverso (decremento de apetito, pérdida de peso e insomnio contra incremento de apetito, ganancia de peso e hipersomnia, respectivamente), además de la presencia o ausencia de manía.
INSTRUMENTOS	Encuesta de la OMS. Entrevista de diagnóstico con un suplemento estructurado para identificar abuso físico y sexual en la infancia.
RESULTADOS	Los resultados mostraron una relación entre experiencias traumáticas tempranas y síntomas particulares de depresión, manía, o ambos; así se encontró relación entre historia de abuso sexual o físico en la infancia con depresión mayor, específicamente con rasgos neurovegetativos en orden inverso (incremento de apetito, ganancia de peso e hipersomnia); también se encontró una fuerte relación entre manía y abuso físico en la infancia.

AUTOR/AÑO	Molnar, Buka y Kessler (2001)
PADECIMIENTO	Depresión/Ansiedad/ Trastorno de Estrés Postraumático/ Trastorno de Ansiedad/ Abuso de Sustancias
TIPO DE ESTUDIO	Exploratorio/Análisis Retrospectivo
OBJETIVO	Explorar la relación entre el abuso sexual infantil y desordenes psiquiátricos subsecuentes
POBLACIÓN	5877 encuestas analizadas mediante el método multivariado
INSTRUMENTOS	Encuesta de Co morbilidad Nacional de los Estados Unidos
RESULTADOS	El abuso sexual infantil fue reportado en el 13.5% de las mujeres y en el 2.5% de los

	hombres, encontrándose que la depresión, ansiedad y los problemas con el uso de sustancias fue más alto en la sub muestra con antecedentes de abuso sexual infantil
--	---

AUTOR/AÑO	Neumarck, Story, Hannan, Beuhring y Resnick (2000)
PADECIMIENTO	Trastornos alimenticios
TIPO DE ESTUDIO	Exploratorio
OBJETIVO	Examinar la relación entre los desórdenes alimenticios y un rango de factores psicosociales y familiares, incluidas experiencias de abuso sexual y físico entre adolescentes mujeres y hombres
POBLACIÓN	Muestra representativa de 9943 estudiantes de grados de 7, 9, 11 de Connecticut
INSTRUMENTOS	Encuesta de salud adolescente
RESULTADOS	Los resultados mostraron que los jóvenes con incremento en el riesgo de padecer trastornos alimenticios percibían baja comunicación familiar, bajo cuidado parental y bajas expectativas parentales; estos jóvenes también reportaron experiencias de abuso físico y sexual, incrementándose aún más el riesgo de padecer trastornos alimenticios en quienes reportaban abuso sexual.

AUTOR/AÑO	Romans, Martin, Anderson, Herbison y Mullen (1995)
PADECIMIENTO	Conductas Autodestructivas Deliberadas
TIPO DE ESTUDIO	Exploratorio/De comparación de Grupos
OBJETIVO	Investigar la relación entre abuso sexual infantil y subsecuentes incidentes de conductas autodestructivas deliberadas en mujeres
POBLACIÓN	Muestra aleatoria de 252 mujeres quienes reportaron haber vivido abuso sexual infantil y la compararon con una muestra de similar tamaño de 225 mujeres quienes no reportaron historia de abuso sexual infantil
INSTRUMENTOS	Datos tomado de la encuesta de salud mental para mujeres de Otago Entrevista semi estructurada para conocer información referente a detalles del abuso sexual infantil, calidad de relaciones familiares, experiencias extra familiares, problemas sociales y psicológicos.
RESULTADOS	Se encontró una clara asociación estadística entre el abuso sexual infantil y las conductas autodestructivas y ésta fue más marcada en aquellas mujeres con un abuso sexual más intrusivo y frecuente. Las conductas autodestructivas también se asociaron con mayores problemas interpersonales en la familia de origen de las mujeres y además con involucramiento adulto en relaciones abusivas.

AUTOR/AÑO	Roth, Neuman, Pelcovitz, Kolk y Mandel (1997)
PADECIMIENTO	Trastorno de Estrés Postraumático
TIPO DE ESTUDIO	Exploratorio /Análisis de Regresión Logística
OBJETIVO	Examinar la relación entre el trastorno de estrés postraumático y las características del abuso, tales como, edad de inicio, duración y tipo de abuso (sexual, físico o ambos)
POBLACIÓN	395 individuos de varias clínicas psiquiátricas, finalmente la muestra del estudio quedó conformada por 234 participantes hombres y mujeres con trastorno de estrés postraumático quienes reportaron también abuso sexual o físico.
INSTRUMENTOS	Cuestionario sobre tiempo de exposición a eventos estresantes. Entrevista Clínica estructurada sobre Potenciales eventos estresantes (PSEI). Entrevista Clínica Estructurada. DSM- III-R para medir Desorden de Estrés Postraumático. Diagnostic Interview Schedule (DIS) (Entrevista de Diagnóstico Clínico para el Desorden de Estrés Postraumático). Entrevista Estructurada para el Desorden de Estrés Extremo
RESULTADOS	Los resultados mostraron que las mujeres que vivieron abuso sexual, especialmente

	quienes también experimentaron abuso físico, tenían más alto riesgo de desarrollar un trastorno de estrés postraumático.
--	--

AUTOR/AÑO	Sigmon, Greene, Rohan y Nichols (1996)
PADECIMIENTO	Depresión/ Trastorno de Estrés Postraumático/ Trastorno de Ansiedad
TIPO DE ESTUDIO	Exploratorio/Análisis Retrospectivo
OBJETIVO	Explorar los efectos del abuso sexual infantil en hombres y mujeres sobrevivientes, evaluando las características de la experiencia de abuso, las estrategias de enfrentamiento y el ajuste psicológico actual
POBLACIÓN	19 hombres y 59 mujeres adultos sobrevivientes de abuso sexual infantil, reclutados de grupos de apoyo
INSTRUMENTOS	Cuestionario, Inventario de medidas de afrontamiento y de estilos de enfrentamiento del abuso sexual específico Medidas de Ajuste Psicológico Actual
RESULTADOS	Los resultados de este estudio mostraron que, tanto en los hombres como en las mujeres, la evitación es la más frecuente de las estrategias; sin embargo las mujeres tenían más problemas emocionales y en general reportaron significativamente más trauma relativo al estrés en comparación de los hombres, incluyendo entre estos, altos niveles de ansiedad, depresión y síntomas de estrés postraumático.

AUTOR/AÑO	Trickett, P. K., Noll, J. G., Reiffman, A. & Putnam, F. W. (2001)
PADECIMIENTO	Niveles de sufrimiento/ Grado de ajuste en la edad adulta/ Desarrollo mal adaptativo
TIPO DE ESTUDIO	Estudio Longitudinal/ Comparación de Grupos
OBJETIVO	Examinar salidas mal adaptativas a corto y a largo plazo en mujeres abusadas sexualmente de niñas; en comparación con un grupo de mujeres sin experiencias de abuso sexual infantil. Las historias de abuso sexual infantil, se clasificaron a su vez, en 3 grupos de perfiles según las características del abuso: edad en que ocurrió, duración de la agresión, identidad del perpetrador, severidad del abuso, perpetradores múltiples y violencia física. Se tomaron medidas en dos puntos en el tiempo la primera ocasión con una media de edad de 11 años y la segunda ocasión con una media de edad de 18 años.
POBLACIÓN	Las niñas con abuso sexual infantil fueron referidas por una agencia de protección infantil de Washington. El grupo de comparación fue reclutado vía anuncios a la comunidad. La muestra inicial fue de 166 participantes y el análisis se realizó sobre 154 participantes (78 que vivieron abuso sexual infantil y 76 sin experiencias de abuso sexual infantil) en el seguimiento participaron 156 mujeres (76 con abuso sexual infantil y 70 del grupo de comparación).
INSTRUMENTOS	Medidas de problemas psicológicos y de comportamiento, tales como, comportamiento agresivo, depresión, disociación y baja autoestima. Cuestionario de Historia de Abuso de Caseworker (CAHQ). Lista de Chequeo de Comportamiento Infantil CBCL/4-18). Para medir el desajuste Psicológico se utilizó: Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs. Lista de Chequeo de Disociación Infantil (CDC) de Bernstein & Putnam. Escala de Ansiedad Rasgo-Estado (STAIC) de Spielberger
RESULTADOS	Los resultados mostraron que las diferencias en las experiencias de abuso sexual infantil marcaban diferencias en el comportamiento y el ajuste a largo plazo, es decir, el ajuste a largo plazo dependió de la severidad del abuso.

AUTOR/AÑO	Zlotnick, Mattia y Zimmerman (2001)
PADECIMIENTO	Depresión mayor
TIPO DE ESTUDIO	Comparación de Grupos
OBJETIVO	Examinar diferencias en rangos de trauma y desórdenes relacionados entre pacientes con y sin historia de abuso sexual infantil
POBLACIÓN	235 pacientes con depresión mayor
INSTRUMENTOS	Entrevista estructurada con el fin de evaluar desórdenes en el eje I y II; abuso sexual infantil y varias características clínicas.
RESULTADOS	Los pacientes con historias de abuso sexual infantil, en comparación con los pacientes sin historias de abuso sexual infantil, tuvieron más altos rangos de comorbilidad, principalmente el desorden de personalidad borderline; desorden de estrés postraumático y múltiples diagnósticos del eje I. El abuso sexual infantil fue asociado a una mayor duración del episodio depresivo.

GUÍA DE ENTREVISTA INICIAL

Elaboró:

Yazmín Alejandra Quintero Hernández

La entrevista inicial incluye siete áreas generales a explorar. Es importante considerar que aunque esta guía de entrevista proporciona un parámetro general a seguir, es preciso ser flexibles y adaptarla a la información que la participante vaya proporcionando y a las necesidades que puedan ir surgiendo durante el transcurso de la entrevista.

1. Ficha de Identificación

Datos Generales

Nombre

Edad (fecha de nacimiento)

Escolaridad

Ocupación

Estado Civil

Dirección

Teléfono

Familiograma (especificar con quién vive)

Explorar tratamientos psicoterapéuticos anteriores (duración y resultados)

Esta primera parte tiene la finalidad de disminuir la ansiedad al no entrar directamente con preguntas relacionadas con la agresión.

2. Características y circunstancias de la experiencia de abuso sexual

“A pesar de lo difícil que puede ser hablar de la experiencia de abuso, resulta muy importante para el proceso conocer algunos aspectos relacionados con esta experiencia, lo que tú puedas expresar en este momento servirá para guiar parte del tratamiento; como te comenté anteriormente, aunque el programa de intervención ya tiene una estructura preestablecida se irá adaptando a las necesidades y características de cada situación particular; por lo tanto es importante que tú puedas platicarme en este momento la experiencia de abuso sexual que viviste (qué edad tenías, con quién fue, cuánto tiempo duró, y cómo te afectó ésta)”.

Es importante permitirle contar la experiencia a su manera, en el orden y secuencia que ella quiera darle, únicamente escuchando atentamente toda la información que aporte y mostrando una actitud empática y sensible ante el dolor que pueda manifestar; cuidando de proporcionarle el apoyo y contención necesarios. Al final se le puede preguntar específicamente la información faltante para completar los siguientes datos:

- Edad en que inició, duración, frecuencia, relación con el agresor, tipo de contacto sexual (sin tocamientos, con tocamientos, penetración), edad en que se reveló el abuso, circunstancias en que se descubrió, reacción de la primera persona que se enteró de la agresión y percepción del apoyo proporcionado por las personas que conocen la experiencia de abuso.

Es importante ser sensibles y comprensivos con las participantes que puedan manifestar dificultad para abrir esta situación, lo cual resultará primordial antes que obtener toda la información durante esta primera sesión.

En todas las siguientes preguntas es importante explorar dos momentos en el tiempo:

1. El momento en el que el abuso ocurrió y/o cuando éste fue descubierto.
2. El momento actual.

3. Consecuencias que atribuye a esta experiencia

“¿Cómo consideras que esta experiencia ha influido en tu vida?” “¿De qué manera esta experiencia ha influido en tu vida?”

Se utiliza la palabra “influido” para evitar sugerir o inducir algún juicio valorativo a la experiencia (palabras como “afectado” “consecuencias” y “efectos” suelen imprimirle una connotación negativa a la experiencia).

Excepción: En caso de que en el discurso anterior la participante haya utilizado alguna palabra específica para referirse a su experiencia, entonces se retomará en la pregunta la palabra exacta que ella utilizó.

Aquí pueden surgir consecuencias que van desde “no me afectó nada” o “no me afectó en gran medida” incluyendo la simple molestia, enojo, incomodidad o sensación desagradable momentánea; hasta la depresión y ansiedad, los sentimientos de miedo, falta de control,

rechazo, minusvalía, menosprecio, suciedad, asco, **vergüenza y culpa**, momentáneos o permanentes.

Con la finalidad de explorar pasado y presente, se le preguntará:

“¿Cómo influyó la experiencia de abuso durante tu niñez?”

“¿De qué manera la experiencia de abuso influye actualmente en tu vida?”

La primera pregunta da la oportunidad de que la participante exprese consecuencias que no necesariamente tienen que haberse manifestado directamente en aspectos emocionales de ella misma (por ejemplo, puede ser que responda: “pues mis padres terminaron separándose” o “dejé de visitar la casa de mis abuelos”).

Con la finalidad de conocer específicamente si existe alguna consecuencia (emocional, cognitiva, conductual o relacional) en ella misma, se puede preguntar posteriormente:

“¿De qué manera te afectó a ti en ese momento (cuando eras niña) la experiencia de abuso sexual?”

“¿En este momento consideras que la experiencia de abuso sexual afecta tu vida?”

“¿De qué manera?”

Por otra parte es importante conocer su percepción sobre los factores que han atenuado e incrementado estas consecuencias; así se le puede preguntar:

“¿Qué factores consideras que han atenuado estas consecuencias (mencionarle las que ella ha expresado)?”

“¿Qué factores consideras que han incrementado estas consecuencias (mencionarle las que ella ha expresado)?”

“¿Cómo es que antes te sentías...y ahora te sientes más (o menos)...? (mencionarle lo que ella ha expresado, en el cambio antes y después, es decir en su niñez y en el momento actual)”

4. Imagen del agresor

“¿Qué pensabas en ese momento, cuando eras una niña, de la persona que te –agredió-?”

“¿Qué piensas actualmente de la persona que te –agredió-?”

Con la finalidad de evitar inducir algún juicio valorativo a la conducta del agresor se debe utilizar la palabra que ella haya utilizado (ejemplo: “agredió”, “lastimó”, “tocó”, etc.).

La respuesta a estas preguntas también puede dar **indicios de la atribución de responsabilidad**. Por ejemplo, sus respuestas podrían ir desde: “es una persona perversa, mala, estaba consciente y sabía muy bien el daño que hacía y no le importó”; o “estaba loco, estaba mal de la cabeza, no sabía lo que hacía”; hasta “él no tuvo la culpa”, “se vio arrastrado por la situación”, “era su manera de demostrarme que me quería”, etc.

Finalmente también puede ser de utilidad indagar emociones, preguntando:

“¿Qué emociones te generaba cuando eras niña la persona que te agredió?”

“¿Qué emoción te genera en este momento la persona que te agredió?”

5. Explicaciones que ha dado a su vivencia

“¿Cómo te explicas que haya ocurrido el abuso sexual que viviste? ¿Por qué crees que ocurrió?”

“¿Qué explicación le diste en ese momento?”

“¿Qué explicación le das ahora?”

Las respuestas pueden ir desde explicaciones como mala suerte, estar en el momento y lugar incorrectos, destino, castigo, prueba de fortaleza; hasta respuestas que **dan indicios de sentimientos de culpa al manifestar su propia contribución dentro del abuso**.

Por ejemplo pueden responder: “siento que yo lo provoqué”, “yo siempre lo busqué mucho y eso debió de haber influido de alguna manera” “mi forma de ser se prestó, siempre pensé que yo debí de haber tenido algo, si hubiera tenido el carácter de mi hermana hubiera sido distinto porque sólo me pasó a mí”

6. Imagen de sí misma (y cómo cree que los demás la ven)

“¿Cómo te percibías a ti misma, en ese momento cuando el abuso ocurrió?”

“¿Cómo crees que las demás personas que se enteraron del abuso pudieron haberte percibido en ese momento?”

“¿Cómo te ves a ti misma en este momento?”

“¿Cómo crees que los demás te perciben ahora?”

Estas preguntas nos **pueden proporcionar indicios de vergüenza y culpa**, ya que puede manifestar percibirse cómo sucia, mala, arruinada o marcada de por vida, etc.

“Si tú fueras una observadora externa de todo lo que ocurrió en ese momento, ¿Cómo verías a esa pequeña niña de “X”⁷ años?”

Esta última pregunta también tiene fines terapéuticos, la finalidad es generar empatía y comprensión hacia sí misma y hacia la situación que vivió por lo que se retomará ampliamente durante otra fase del proceso terapéutico.

7. Expectativas a futuro

“¿En el momento en que el abuso ocurrió, llegaste a pensar en tu vida a futuro? “¿Qué imágenes te hiciste de ésta?” “¿La imaginabas como ha ocurrido? ¿Cómo veías ésta, qué ideas tenías en ese entonces?”

“¿En este momento cómo ves la siguiente parte de tu vida en un futuro?” “¿Qué imágenes te has hecho de ésta?”

Las respuestas a estas preguntas pueden darnos indicios de expectativas positivas o desesperanzadoras.

De manera general, todas las respuestas a esta entrevista nos proporcionan una guía específica a seguir durante el proceso terapéutico, con la finalidad de poner mayor o menor énfasis en ciertas situaciones y áreas problemáticas.

Al finalizar la entrevista se le pregunta si quiere comentar algo más que considere importante y que haya faltado mencionar. Se le agradece que haya tenido la confianza de abrir este tema y de compartir sus emociones, reconociéndole lo valioso o “difícil”⁸ que pudo resultar esto.

Se le puede también expresar la metáfora de la herida y la cicatriz física:

“Este proceso puede resultar en ocasiones doloroso, es como cuando alguien nos lastima y entonces tenemos una herida que nos está haciendo daño; el proceso de cura definitivamente duele, pero es necesario tocar, abrir y limpiar la herida para que posteriormente pueda cerrar bien y cicatrizar... y claro esto no quiere decir que se

⁷ Edad que ella tenía al momento en que ocurrió el abuso sexual infantil

⁸ Esta última consideración bajo la condición de que efectivamente le haya resultado difícil contarle o que se hayan generado muchas emociones durante la entrevista.

olvide pero como cualquier cicatriz de una herida que ya sanó, cuando se toque (recuerde) ya no generará el mismo dolor que en este momento” “esa es la finalidad del proceso terapéutico que esta situación tan difícil y dolorosa no afecte de ninguna manera tu vida actual y futura”

Es importante que durante esta primera sesión la participante no sólo se sienta escuchada, aceptada y comprendida; sino que también pueda sentir que obtendrá algún beneficio del proceso, es importante que se sienta motivada a regresar las siguientes sesiones y que tenga expectativas de que a raíz del proceso algo pueda cambiar positivamente en su vida.

GUÍA DE ENTREVISTA FINAL

Elaboró:

Yazmín Alejandra Quintero Hernández

La entrevista final retoma las áreas 3, 4, 5, 6 y 7 de la entrevista inicial. Nuevamente es importante considerar que esta guía de entrevista proporciona un parámetro general a seguir; sin embargo se debe adaptar según las necesidades que vayan surgiendo durante el transcurso de la entrevista.

3. Consecuencias que atribuye a la experiencia de abuso sexual infantil

“¿Cómo consideras que esta experiencia de abuso sexual infantil pueda influir actualmente en tu vida?”

“¿De qué manera te afecta a ti en este momento?”

4. Imagen del agresor

“¿Qué piensas actualmente de la persona que te “agredió”?”

“¿Qué emoción te genera en este momento la persona que te agredió?”

5. Explicaciones que le da a su vivencia

“¿Cómo te explicas que haya ocurrido el abuso sexual que viviste? ¿Por qué crees que ocurrió?”

6. Imagen de sí misma (y cómo cree que los demás las ven ahora)

“¿Cómo te ves a ti misma en este momento?”

“¿Cómo crees que los demás (quienes se enteraron del abuso) te percibieron en ese momento?”

“¿Cómo crees que los demás te perciben ahora?”

“Si tú fueras una observadora externa de todo lo que ocurrió en ese momento, ¿Cómo verías a esa pequeña niña de “X”⁹ años?”

7. Expectativas a futuro

“¿En este momento cómo ves la siguiente parte de tu vida en un futuro?” “¿Qué imágenes tienes de ésta?”

8. Evaluación de la paciente del proceso terapéutico

Por otra parte es importante conocer su percepción sobre los cambios realizados y sobre los factores del proceso terapéutico que han influido o modificado algunos aspectos de su vida:

“¿Qué consideras qué ha cambiado en ti y en tu vida durante este proceso terapéutico?”

“¿Qué factores del proceso terapéutico consideras que han contribuido a modificar o cambiar esto que mencionas?”

Al finalizar la entrevista se le preguntará si quiere comentar algo más que considere importante y que haya faltado mencionar.

⁹ Edad que ella tenía al momento en que ocurrió el abuso sexual infantil

ANEXO 3
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

EMOCIONES Y ESTADO DE ÁNIMO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

A continuación hay una lista de experiencias que probablemente hayas sentido o tenido. Por favor tacha la respuesta para indicar **durante cuántos días de las dos últimas semanas te sentiste así, o si te ocurrió casi diario durante las últimas dos semanas.**

Durante cuántos días de las dos últimas semanas:	0 Días	1 – 2 días	3 – 4 días	5 – 7 días	8 – 14 días
CD1. Tenía poco apetito	0	1	2	3	4
CD2. No podía quitarme la tristeza	0	1	2	3	4
CD3. Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo	0	1	2	3	4
CD4. Me sentía deprimido(a)	0	1	2	3	4
CD5. Dormía sin descansar	0	1	2	3	4
CD6. Me sentía triste	0	1	2	3	4
CD7. No podía seguir adelante	0	1	2	3	4
CD8. Nada me hacía feliz	0	1	2	3	4
CD9. Sentía que era una mala persona	0	1	2	3	4
CD10. Había perdido interés en mis actividades diarias	0	1	2	3	4
CD11. Dormía más de lo habitual	0	1	2	3	4
CD12. Sentía que me movía muy lento	0	1	2	3	4
CD13. Me sentía agitado(a)	0	1	2	3	4
CD14. Sentía deseos de estar muerto(a)	0	1	2	3	4

CD15. Quería hacerme daño	0	1	2	3	4
CD16. Me sentía cansado(a) todo el tiempo	0	1	2	3	4
CD17. Estaba a disgusto conmigo mismo(a)	0	1	2	3	4
CD18. Perdí peso sin intentarlo	0	1	2	3	4
CD19. Me costaba mucho trabajo dormir	0	1	2	3	4
CD20. Era difícil concentrarme en las cosas importantes	0	1	2	3	4
CD21. Me molesté por cosas que usualmente no me molestan	0	1	2	3	4
CD22®. Sentía que era tan bueno(a) como los demás	0	1	2	3	4
CD23®. Sentí que todo lo que hacía era con esfuerzo	0	1	2	3	4
CD24®. Me sentía esperanzado(a) hacia el futuro	0	1	2	3	4
CD25. Pensé que mi vida ha sido un fracaso	0	1	2	3	4
CD26. Me sentía temeroso(a)	0	1	2	3	4
CD27®. Me sentía feliz	0	1	2	3	4
CD28. Hablé menos de lo usual	0	1	2	3	4
CD29. Me sentía solo(a)	0	1	2	3	4
CD30. Las personas eran poco amigables	0	1	2	3	4
CD31®. Disfruté de la vida	0	1	2	3	4
CD32. Tenía ataques de llanto	0	1	2	3	4
CD33®. Me divertí mucho	0	1	2	3	4
CD34. Sentía que iba a darme por	0	1	2	3	4

vencido(a)					
CD35. Sentía que le desagradaba a la gente	0	1	2	3	4
CD36. Tenía pensamientos sobre la muerte	0	1	2	3	4
CD37. Sentía que mi familia estaría mejor, si yo estuviera muerto(a)	0	1	2	3	4
CD38. Pensé en matarme	0	1	2	3	4
CD39. Sentí que me costaba mucho trabajo hacer las cosas	0	1	2	3	4

INVENTARIO DE BECK (BAI)

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuánto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

	POCO O NADA	MÁS O MENOS	MODERADA MENTE	SEVERA MENTE
1. ENTUMECIMIENTO, HORMIGEO	_____	_____	_____	_____
2. SENTIR OLEADAS DE CALOR (BOCHORNO)	_____	_____	_____	_____
3. DEBILITAMIENTO DE LAS PIERNAS	_____	_____	_____	_____
4. DIFICULTAD PARA RELAJARSE	_____	_____	_____	_____
5. MIEDO A QUE PASE LO PEOR	_____	_____	_____	_____
6. SENSACIÓN DE MAREO	_____	_____	_____	_____
7. OPRESIÓN EN EL PECHO O LATIDOS ACELERADOS	_____	_____	_____	_____
8. INSEGURIDAD	_____	_____	_____	_____
9. TERROR	_____	_____	_____	_____
10. NERVISOSISMO	_____	_____	_____	_____
11. SENSACIÓN DE AHOGO	_____	_____	_____	_____
12. MANOS TEMBLOROSAS	_____	_____	_____	_____
13. CUERPO TEMBLOROSO	_____	_____	_____	_____
14. MIEDO A PERDER EL CONTROL	_____	_____	_____	_____
15. DIFICULTAD PARA RESPIRAR	_____	_____	_____	_____
16. MIEDO A MORIR	_____	_____	_____	_____
17. ASUSTADO	_____	_____	_____	_____
18. INDIGESTIÓN, O MALESTAR ESTOMACAL	_____	_____	_____	_____
19. DEBILIDAD	_____	_____	_____	_____
20. RUBORIZARSE, SONROJAMIENTO	_____	_____	_____	_____
21. SUDORACIÓN (NO DEBIDA AL CALOR)	_____	_____	_____	_____

Instrucciones: A continuación leerá una serie de afirmaciones; por favor marque en cada una la opción:

- (A) si está de ACUERDO,
- (D) si está en DESACUERDO,
- o (I) si le es INDIFERENTE, es decir, no está de acuerdo ni en desacuerdo.

1. Soy una persona con muchas cualidades

A I D
3 2 1

2. Por lo general, si tengo algo que decir, lo digo.

A I D
3 2 1

3. Con frecuencia me avergüenzo de mi misma.

A I D
3 2 1

4. Casi siempre me siento segura de lo que pienso.

A I D
3 2 1

5. En realidad no me gusto a mí misma.

A I D
3 2 1

6. Rara vez me siento culpable de cosas que he hecho.

A I D
3 2 1

7. Creo que la gente tiene una buena opinión de mi.

A I D
3 2 1

8. Soy bastante feliz.

A I D
3 2 1

9. Me siento orgullosa de lo que hago.

A I D
3 2 1

10. Poca gente me hace caso.

A I D
3 2 1

11. Hay muchas cosas de mí que cambiaría si pudiera.

A I D
3 2 1

12. Me cuesta mucho trabajo hablar delante de la gente.
A I D
3 2 1
13. Casi nunca estoy triste.
A I D
3 2 1
14. Es difícil ser uno mismo.
A I D
3 2 1
15. Es fácil que yo le caiga bien a la gente.
A I D
3 2 1
16. A veces desearía ser más joven.
A I D
3 2 1
17. Por lo general, la gente me hace caso cuando le aconsejo.
A I D
3 2 1
18. Siempre tiene que haber alguien que me diga qué hacer.
A I D
3 2 1
19. Con frecuencia desearía ser otra persona.
A I D
3 2 1
20. Me siento bastante segura de mi misma.
A I D
3 2 1

ANEXO 4
MANUAL DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA. VERSIÓN REDUCIDA

Manual de Intervención Terapéutica
para Mujeres que han Vivido Abuso Sexual Infantil

Yazmín Alejandra Quintero Hernández,
Programa de Maestría y Doctorado en Psicología,
Doctorado en Psicología y Salud,
Universidad Nacional Autónoma de México.

El presente manual sirve de guía al programa de intervención terapéutica basado en estrategias del modelo de terapia narrativa y dirigido a mujeres que han vivido abuso sexual infantil, con el objetivo principal de reducir sus sentimientos de culpa y vergüenza.

Este manual formó parte de un proyecto de investigación más extenso, el cual consistió en diseñar, aplicar y evaluar dicho programa de intervención. Las participantes fueron mujeres que vivieron abuso sexual en la infancia y la evaluación de los resultados se realizó mediante el análisis de sus sentimientos de culpa y vergüenza y la medición de sus niveles de depresión, ansiedad y autoestima, antes y después de la intervención.

El programa de intervención consiste de 11 sesiones individuales basadas en estrategias del modelo de terapia familiar narrativa, dirigidas al manejo del abuso sexual infantil en mujeres, con el objetivo principal de reducir sus sentimientos de culpa y vergüenza.

Dentro de este programa se considera al abuso sexual infantil como cualquier contacto o actividad de naturaleza sexual entre un menor y un adolescente o adulto con el fin de estimular o gratificar la sexualidad del agresor, en el cual existe un abuso de poder determinado por la diferencia de edad cronológica o mental entre la víctima y el agresor y por la existencia de manipulación, engaño o coerción. Esta actividad sexual incluye desde mostrar pornografía, exhibir o mirar el cuerpo desnudo o semidesnudo, contacto con el cuerpo del menor o hacer que éste toque el cuerpo de quien lo está agrediendo, hasta la penetración oral, anal o vaginal; dicha actividad resulta ser una experiencia percibida por el menor como no deseada, incómoda o desagradable, o incluso dañina y dolorosa, ya sea en el momento en que ocurre el contacto o posterior a éste.

El abuso de autoridad y de poder se establece debido a la desigualdad de condiciones físicas, mentales y emocionales para lograr que el menor acepte, obedezca y se quede callado. Resulta común que durante el abuso sexual no se haga uso de la fuerza física, más bien el agresor suele valerse del engaño, coerción, amenazas, chantaje y/o seducción para lograr la cooperación y el silencio del menor; además en muchas ocasiones la víctima de la agresión mantiene una dependencia instrumental y emocional con el adulto agresor lo que contribuye a que se sienta indefensa o intimidada.

Es importante tener claro que el abuso sexual infantil siempre es un acto impuesto al niño (a), donde éste es incapaz de consentir o elegir con conocimiento y libertad su rol en estas actividades debido a que carece de la

capacidad de desarrollo emocional, cognitivo y físico para tomar una decisión de esa naturaleza; por lo tanto resulta inapropiado considerar que el niño (a) acepta o consiente formar parte de este acto.

Pese a lo anterior, es común que las personas que viven abuso sexual infantil se sientan avergonzadas o culpables, responsabilizándose de algunas de las situaciones alrededor del abuso sexual, ya sea por haberlo permitido, no haberlo evitado o incluso por creer que de alguna manera lo provocaron o participaron activamente en él.

La culpa y vergüenza pueden manifestarse también por el hecho de haber sentido placer, por sus propios sentimientos generados a raíz del abuso sexual o por las consecuencias que el descubrimiento del abuso tuvo en sus familias y relaciones.

Los sentimientos de culpa y vergüenza suelen permanecer por mucho tiempo y llevan a que las personas tengan una imagen negativa de sí mismas, se sientan malas o sucias y crean que merecen situaciones dañinas o dolorosas a manera de castigo. Estos sentimientos pueden explicar algunas manifestaciones comúnmente observadas en personas que han vivido abuso sexual infantil, tales como, los sentimientos de devaluación y minusvalía, la baja autoestima, las conductas autodestructivas, la depresión, las pobres expectativas a futuro, la dificultad para establecer relaciones, el temor y la ansiedad. Por lo tanto estos sentimientos resultan ser una parte fundamental en el proceso que viven las personas con abuso sexual infantil.

Por otro lado, es importante considerar que las personas que vivieron abuso sexual infantil suelen haber visto su confianza traicionada, ya que generalmente la persona quien debía cuidarlos y en quien más podían confiar es quien los agredió, por lo que pueden vivir con una desconfianza generalizada, lo que les lleva a tener dificultades en el establecimiento de intimidad emocional o

física y a un distanciamiento afectivo, físico y sexual hacia los demás. También suelen presentar una sensación de pérdida de control o de impotencia generalizada, ya que en el momento del abuso no pudieron hacer nada, sobre todo cuando pudieron haber intentado terminar con éste sin éxito.

En el programa de intervención presentado en este manual se considera que todas estas consecuencias negativas se pueden eliminar o reducir al cambiar el significado que las personas han dado a su propia experiencia de abuso sexual infantil y se trabaja bajo el enfoque de terapia narrativa, debido a que precisamente los medios narrativos han sido utilizados para deconstruir significados problemáticos y en su lugar co-construir narrativas y significados más deseables, liberadores, útiles y satisfactorios. En este sentido esta modalidad terapéutica puede ayudar a disminuir la auto atribución de culpa, la sensación de fracaso y la estigmatización; así como ayudar a generar sentimientos de autoestima, a reconocer la auto-competencia, a facilitar la “reconexión” con los demás y en general a abrir las posibilidades de actuación dentro del entorno social.

El manual está estructurado de la siguiente manera, la primera parte contiene las características del programa de intervención terapéutica y las consideraciones generales para las sesiones; la segunda parte incluye propiamente el desarrollo de las sesiones y está integrada por una sección teórica que sustenta los temas, objetivos y actividades de la sesión y una sección práctica que especifica el tema, los objetivos, los materiales, el desarrollo de la sesión y las tareas; la última parte contiene los anexos y el material a utilizar.

Es importante señalar que la función de este manual es facilitar y no dificultar el trabajo terapéutico; por lo tanto se debe utilizar como una guía flexible en el sentido de considerar la situación particular, específica y única de cada paciente, lo cual resulta congruente con el modelo de terapia narrativa.

Esto involucra una participación activa en cuanto a seleccionar del manual lo que pueda ser de utilidad a la paciente y desechar lo que no, lo cual a su vez implica la necesidad de un dominio mínimo del marco epistemológico que lo fundamenta.

CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

El programa de intervención está diseñado con la finalidad de trabajar con mujeres que vivieron abuso sexual infantil y consiste en un proceso terapéutico de 11 sesiones individuales con actividades sustentadas en los fundamentos y estrategias del modelo de terapia narrativa.

El objetivo principal del proceso terapéutico es trabajar hacia la reducción de los sentimientos de culpa y vergüenza y de manera secundaria incidir en aspectos como la depresión, ansiedad y autoestima.

Cada una de las 11 sesiones contiene temas, objetivos y actividades específicas; quedando conformadas de la siguiente manera:

	TEMAS	OBJETIVOS
SESIÓN 1	ENTREVISTA INICIAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover la confianza y la alianza terapéutica 2. Conocer las características y condiciones de su experiencia de abuso sexual infantil 3. Aplicar el pre test que permita evaluar los resultados del programa de intervención
SESIÓN 2	MITOS Y REALIDADES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reflexionar sobre mitos poco funcionales con el fin de co construir realidades alternativas más funcionales sobre su propio abuso 2. Analizar cómo los mitos alrededor del abuso sexual infantil contribuyen a generar sentimientos de culpa y vergüenza
SESIÓN 3	CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL VIVIDO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer los objetivos terapéuticos específicos y conocer las necesidades particulares de la paciente
SESIÓN 4	IMAGEN DE SÍ MISMA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Modificar alteraciones de la propia imagen a raíz del abuso sexual infantil
SESIÓN	SENTIMIENTOS HACIA EL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar y validar los sentimientos

5	AGRESOR	hacia el agresor con el fin de promover la disminución de la culpa generada por tener estos sentimientos
SESIÓN 6	CULPA Y VERGÜENZA	1. Promover la disminución de sentimientos de responsabilidad, culpa y vergüenza hacia ella misma
SESIÓN 7	ENOJO, TRISTEZA Y MIEDO	1. Identificar, reconocer y validar las emociones generadas a raíz del abuso sexual vivido
SESIÓN 8	CONDUCTAS AUTO DESTRUCTIVAS Y SENTIMIENTOS DE DEVALUACIÓN y MINUSVALÍA	1. Promover el desarrollo de estrategias de vida no destructivas y de auto cuidado
SESIÓN 9	DESCONFIANZA GENERALIZADA Y PÉRDIDA DE LA SEGURIDAD	1. Promover la capacidad para confiar nuevamente en las personas, mediando la necesidad de protegerse de personas abusivas y nuevas situaciones de abuso 2. Identificar las dificultades en el establecimiento de intimidad emocional o física con los otros 3. Fomentar el establecimiento de redes de apoyo positivas
SESIÓN 10	PÉRDIDA DE CONTROL	1. Fomentar el empoderamiento 2. Identificar y evitar la tendencia a la revictimización y al auto sacrificio
SESIÓN 11	CIERRE DEL PROCESO	1. Consolidar la auto comprensión y empatía hacia sí misma y hacia lo que vivió 2. Consolidar los cambios realizados durante el proceso 3. Aplicar el pos test que permita evaluar los resultados del programa de intervención

CONSIDERACIONES GENERALES PARA LAS SESIONES

La primera sesión tiene el objetivo primordial de promover la confianza y la alianza terapéutica, por lo que, aunque resulta importante obtener la información que permita evaluar los resultados del programa, se le debe dar

prioridad a mantener una actitud empática y respetuosa a los límites y tiempos que la paciente establezca.

Cada una de las sesiones tiene actividades específicas a desarrollar de manera progresiva; sin embargo, si se considera conveniente, es deseable alterar su orden en función de adaptarnos a las necesidades de la paciente y al curso de los acontecimientos durante la sesión; así mismo éstas son actividades sugeridas, por lo que depende de cada paciente el tiempo dedicado a cada una, pudiendo no ser necesario desarrollarlas todas. La mayoría de las sesiones incluye actividades de más.

En la mayoría de las sesiones se dejan tareas las cuales muchas veces son parte del material a trabajar en las siguientes sesiones. En caso de que la paciente no traiga la tarea se le pide que la realice dentro de la sesión y se continúa con el desarrollo de las actividades programadas.

A partir de la segunda sesión el inicio de cada una de las sesiones es prácticamente el mismo: saludarla, preguntarle cómo ha estado y recoger las tareas, lo más importante aquí es permitir a la paciente utilizar este momento para que pueda expresar libremente lo que le inquieta, esto es parte fundamental de una intervención que considera las necesidades individuales.

En el cierre de cada una de las sesiones se le pide que comente qué se lleva de la sesión y qué considera que le ha sido de utilidad durante ésta; también se le asignan las tareas y finalmente se confirma la cita para la siguiente sesión.

El programa de intervención está diseñado con una duración de 11 sesiones semanales de 1 hora cada una, con temas y objetivos muy específicos en cada una de las sesiones; sin embargo cada paciente es diferente y puede tener necesidades distintas por lo que la duración de cada una de las fases del proceso también puede variar, es decir, si una paciente requiere más tiempo

para trabajar algún aspecto con el que manifiesta mayor problema es conveniente ampliar el número de sesiones dedicadas a éste.

SESIÓN 1

ENTREVISTA INICIAL

OBJETIVOS:

1. Promover la confianza y la alianza terapéutica
2. Conocer las características y condiciones de su experiencia de abuso sexual infantil
3. Aplicar el pre test que permita evaluar los resultados del programa de intervención

MATERIALES:

1. Guía de Entrevista Inicial
2. Instrumentos de evaluación
3. Grabadora de audio

DESARROLLO DE LA SESIÓN:

1. Presentación y establecimiento del encuadre

2. Entrevista inicial

3. Instrumentos de evaluación

4. Cierre de sesión

TAREAS:

1. Autobiografía.
2. Objetivos terapéuticos.
3. Collage.

SESIÓN 2

MITOS Y REALIDADES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

OBJETIVOS:

1. Reflexionar sobre mitos poco funcionales con el fin de co construir realidades alternativas más funcionales sobre su propio abuso
2. Analizar cómo los mitos alrededor del abuso sexual infantil contribuyen a generar sentimientos de culpa y vergüenza

MATERIALES:

1. Tarjeta de mitos
2. Tarjeta de características del abuso sexual infantil

DESARROLLO DE LA SESIÓN:

1. Inicio de sesión

2. Identificar mitos alrededor del abuso sexual infantil que forman parte de su sistema de creencias

3. Situar el origen de los mitos en el contexto familiar y social de interacciones y en el contexto social más amplio

4. Identificar cómo estos mitos y creencias familiares y sociales pueden influir en sus sentimientos de culpa y vergüenza

5. Promover el uso de un lenguaje más funcional que le ayude a desmitificar

6. Características del abuso sexual infantil

7. Cierre de sesión

SESIÓN 3

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL VIVIDO

OBJETIVOS:

1. Establecer los objetivos terapéuticos específicos y conocer las necesidades particulares de la paciente

MATERIALES:

1. Entrevista Inicial
2. Tareas de autobiografía y objetivos

DESARROLLO DE LA SESIÓN:

1. Inicio de sesión

2. Identificar las consecuencias que atribuye a raíz de la experiencia de abuso sexual infantil

3. Promover la explicación de la relación que algunas consecuencias tienen entre sí

4. Identificar el origen de las consecuencias expresadas por la paciente

5. Identificar las áreas a trabajar y establecer los objetivos terapéuticos

6. Promover la identificación de recursos y fortalezas en la paciente

7. Cierre de sesión

TAREAS:

1. Imagen de sí misma

SESIÓN 4

IMAGEN DE SÍ MISMA

OBJETIVOS:

1. Modificar alteraciones de la propia imagen a raíz del abuso sexual infantil

MATERIALES:

1. Tarea de la Imagen de sí misma
2. Collage

DESARROLLO DE LA SESIÓN:

1. Inicio de sesión

2. Imagen de sí misma

3. Situar la imagen dominante en el contexto de las interacciones y en el contexto social más amplio

4. Externalizar el problema

5. Preguntas de influencia relativa

6. Engrosamiento de identidades preferentes

7. Cierre de sesión

TAREAS:

1. Carta al agresor.
2. Anexo de nuevas imágenes de sí misma al collage.

SESIÓN 5

SENTIMIENTOS HACIA EL AGRESOR

OBJETIVOS:

1. Identificar y validar los sentimientos hacia el agresor con el fin de promover la disminución de la culpa generada por tener estos sentimientos

MATERIALES:

1. Tarea de la carta dirigida hacia el agresor

DESARROLLO DE LA SESIÓN:

1. Inicio de sesión

2. Identificar y reconocer los sentimientos hacia el agresor

3. Identificar la existencia de culpa generada por sus sentimientos hacia el agresor

4. Explicar y fundamentar sus sentimientos hacia el agresor. Cuestionar la culpa

5. Comprensión y validación de sus sentimientos hacia el agresor

6. Cierre de sesión

TAREAS:

En esta sesión no se dejarán tareas.

SESIÓN 6

CULPA Y VERGÜENZA

OBJETIVOS:

1. Promover la disminución de sentimientos de responsabilidad, culpa y vergüenza hacia ella misma

MATERIALES:

1. Tarjeta descriptiva: “El abuso de poder en la dinámica de abuso sexual infantil”

DESARROLLO DE LA SESIÓN:

1. Inicio de sesión

2. Explicaciones atribuidas a su agresión

3. Desvincular su propia responsabilidad dentro del abuso sexual

4. Tras la culpa y/o vergüenza

5. Retomando el control de situaciones futuras

6. Cierre de sesión

TAREAS:

1. Carta a la niña que ella fue.
2. Anexo de nuevas imágenes de sí misma al collage.

SESIÓN 7

ENOJO, TRISTEZA Y MIEDO

OBJETIVOS:

1. Identificar, reconocer y validar las emociones generadas a raíz del abuso sexual vivido

MATERIALES:

1. Tarea del collage

DESARROLLO DE LA SESIÓN:

1. Inicio de sesión

2. Sentimientos de enojo

3. Dirigir el enojo. Manejo y expresión del enojo

4. Sentimientos de pérdida

5. Sentimientos de temor

6. Cierre de sesión

TAREAS:

1. Lista de cualidades, recursos y fortalezas.
2. Anexo de nuevas imágenes de sí misma al collage

SESIÓN 8

CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS Y SENTIMIENTOS DE DEVALUACIÓN Y MISNUSVALÍA

OBJETIVOS:

1. Promover el desarrollo de estrategias de vida no destructivas y de auto cuidado

MATERIALES:

1. Tarea de lista de cualidades, recursos y fortalezas

DESARROLLO DE LA SESIÓN:

1. Inicio de sesión

2. Formación de la autoimagen

3. Conductas Autodestructivas y de auto sabotaje

4. Cualidades, Recursos y Fortalezas

5. Sustitución de Conductas Autodestructivas

6. Cuidado y protección de sí misma

7. Cierre de sesión

TAREAS:

1. Lista de actividades de cuidado a sí misma.
2. Lista de actividades placenteras.
3. Anexo de nuevas imágenes de sí misma al collage.

SESIÓN 9

DESCONFIANZA GENERALIZADA Y PÉRDIDA DE LA SEGURIDAD

OBJETIVOS:

1. Promover la capacidad para confiar nuevamente en las personas, mediando la necesidad de protegerse de personas abusivas y nuevas situaciones de abuso
2. Identificar las dificultades en el establecimiento de intimidad emocional o física con los otros
3. Fomentar el establecimiento de redes de apoyo positivas

MATERIALES:

1. Ninguno

DESARROLLO DE LA SESIÓN:

1. Inicio de sesión

2. Sentimientos de traición

3. Establecimiento de redes de apoyo positivas

4. Objeto de seguridad

5. Intimidad emocional, física y sexual

6. Cierre de sesión

TAREAS:

1. Lista de personas positivas en su vida.
2. Anexo de nuevas imágenes de sí misma al collage.

SESIÓN 10

PÉRDIDA DE CONTROL

OBJETIVOS:

1. Fomentar el empoderamiento
2. Identificar y evitar la tendencia a la re victimización y al auto sacrificio

MATERIALES:

1. Ninguno

DESARROLLO DE LA SESIÓN:

1. Inicio de sesión

2. Sensación de pérdida de control

3. Sobreviviendo al abuso sexual infantil

4. Tendencia a la re victimización y al auto sacrificio

5. Empoderamiento

6. Cierre de sesión

TAREAS:

1. Realizar durante esta semana al menos una de las actividades de su lista de actividades de cuidado a sí misma y de actividades placenteras.
2. Anexo de nuevas imágenes de sí misma al collage.

SESIÓN 11

CIERRE DEL PROCESO

OBJETIVOS:

1. Consolidar la auto comprensión y empatía hacia sí misma y hacia lo que vivió
2. Consolidar los cambios realizados durante el proceso
3. Aplicar el pos test que permita evaluar los resultados del programa de intervención

MATERIALES:

1. Tarea de la carta a la niña que ella fue
2. Tarea del collage
2. Carta o diploma de reconocimiento
3. Guía de entrevista final
4. Instrumentos de evaluación
5. Grabadora de audio

DESARROLLO DE LA SESIÓN:

1. Inicio de sesión

2. Auto comprensión y empatía

3. Consolidación de los cambios

4. Evaluación del programa de intervención

5. Cierre de sesión

TALLER:

“ACERCAMIENTO AL MANEJO TERAPÉUTICO DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL”

DIRIGIDO A:

**ESTUDIANTES Y PROFESIONISTAS INTERESADOS EN
CONOCER LOS FACTORES ASOCIADOS AL ABUSO
SEXUAL INFANTIL Y ALGUNAS ESTRATEGIAS
TERAPÉUTICAS BÁSICAS PARA ABORDARLO**

DURACIÓN:

DOS SESIONES DE CINCO HORAS CADA UNA

ELABORADO POR:

MTRA. YAZMÍN ALEJANDRA QUINTERO HERNÁNDEZ

JUNIO DE 2010

SESIÓN 1

Taller: Acercamiento al manejo terapéutico del abuso sexual infantil.

Facilitadora: Mtra. Yazmín Alejandra Quintero Hernández.

Duración: 5 Hrs. **Fecha:** 24 de Junio de 2010

Objetivo: Conocer algunos de los factores asociados al abuso sexual infantil y sensibilizarse acerca de esta problemática.

ACTIVIDAD	FACILITADORA	PARTICIPANTE	MATERIAL	DURACIÓN
Inicio de sesión	Da la bienvenida a los participantes y entrega gafetes.	Escucha.	Gafetes con nombres de los participantes.	5 minutos.
Pre evaluación del taller Objetivo: Conocer la información que los participantes tienen acerca del tema para posteriormente poder compararla con la que adquieran al finalizar el taller.	Reparte los cuestionarios sobre abuso sexual infantil, explica el objetivo de estos y pide a los participantes que los respondan.	Responde a los cuestionarios.	Cuestionarios de pre evaluación y lápices.	15 minutos.
Dinámica de presentación: <i>"Rompiendo el hielo"</i> Objetivo: Fomentar la integración grupal.	Forma equipos de dos personas. Da instrucciones: <i>"Preséntense a su compañero comentando algunos aspectos acerca de si mismos, posteriormente deberán presentar a su compañero al grupo"</i>	Se presenta.	Ninguno.	15 minutos.
Revisión de expectativas de los participantes acerca del taller y establecimiento de lineamientos útiles para su máximo aprovechamiento	Pregunta a los participantes por las expectativas que tienen sobre el taller, las anota en el pintarrón, señala la importancia de la participación y brinda la confianza para exponer dudas en cualquier momento.	Expone sus expectativas.	Pintarrón y marcador.	15 minutos.
Presentación del taller	Menciona los temas y objetivos que se pretenden cubrir con el taller.	Escucha.	Ninguno.	15 minutos.

<p>Dinámica: Sensibilización al abuso sexual</p> <p>Objetivo: Sensibilizar, generar empatía y comprensión.</p>	<p><i>Da instrucciones: "Todos alguna vez en la vida hemos estado expuestos a alguna experiencia desagradable relacionada con el abuso de autoridad o de poder, incluso quizá a alguna experiencia de agresión sexual, desde acoso, exhibicionismo o tocamientos, tal vez en la calle o en transportes públicos...por favor recuerden alguna experiencia de este tipo que hayan vivido en algún momento de su vida...."</i></p> <p>Les pide que realicen un dibujo que represente cómo se sintieron en ese momento. Un dibujo de sus sensaciones, emociones y sentimientos generados.</p> <p>Les pide que enseñen su dibujo al grupo y que expliquen qué emociones quisieron representar con él.</p> <p>Anota en el pintarrón las emociones de los participantes. Completa con algunas otras que no hayan mencionado (impotencia, enojo, miedo, confusión, culpa, vergüenza, humillación, asco, sensación de</p>	<p>Recuerda una situación personal previa donde haya estado expuesto a una experiencia de abuso de autoridad o de poder, o a una agresión sexual (de preferencia la de mayor impacto).</p> <p>Realiza un dibujo que representa cómo se sintió en ese momento.</p> <p>Muestra su dibujo al grupo y comenta las emociones que representa.</p>	<p>Hojas blancas, colores, lápices, pintarrón y marcador.</p>	<p>40 minutos.</p>
--	--	---	---	--------------------

	<p>suciedad, etc.).</p> <p>Promueve la reflexión sobre la magnificación de la experiencia emocional ante una situación más fuerte (abuso sexual infantil en niños, quizá de manera prolongada y constante).</p>			
RECESO				30 minutos.
<p>Dinámica: Discusión y Reflexión de Mitos</p> <p>Objetivo: Desmitificar mitos como primer paso para una comprensión real del suceso.</p>	<p>Forma equipos de 5 personas Da instrucciones: <i>"Anoten los mitos más frecuentes que hayan escuchado alrededor del abuso sexual infantil y discutan sobre los factores involucrados en su generación"</i></p> <p>Al finalizar las discusiones pide a un miembro de cada equipo que comente ante el grupo sobre los mitos que anotaron y sobre las posibles causas de cada uno de ellos.</p> <p>Genera reflexión grupal preguntando a los demás equipos qué reflexionaron sobre los mitos que se van exponiendo.</p>	<p>Anota y discute con su equipo los mitos más frecuentes, posteriormente comenta al grupo las reflexiones que se dieron en el equipo.</p>	<p>Hojas blancas y lápices.</p>	40 minutos.
<p>Abuso sexual infantil</p> <p>Objetivo: Identificar qué es y qué no es el abuso sexual infantil.</p>	<p>Presenta los temas sobre mitos, definición, características y consecuencias del abuso sexual infantil.</p>	<p>Atiende a la presentación y expone dudas y comentarios.</p>	<p>Cañón y lap top.</p>	60 minutos.
<p>Exposición de casos y ejemplos</p>	<p>Pide a los participantes que expongan casos donde han visto</p>	<p>Expone casos y situaciones que ejemplifiquen lo visto durante esta sesión.</p>	<p>Ninguno.</p>	20 minutos.

	reflejado lo expuesto anteriormente.			
Cierre de sesión	Pregunta a los participantes qué se llevan de la sesión y qué consideran que les ha sido de utilidad durante ésta.	Responde.	Ninguno.	15 minutos.

SESIÓN 2

Taller: Acercamiento al manejo terapéutico del abuso sexual infantil.

Facilitadora: Mtra. Yazmín Alejandra Quintero Hernández.

Duración: 5 Hrs.

Fecha: 26 de Junio de 2010

Objetivo: Conocer algunas estrategias terapéuticas básicas para el diagnóstico y manejo del abuso sexual infantil.

ACTIVIDAD	FACILITADORA	PARTICIPANTE	MATERIAL	TIEMPO
<p>Dinámica: Rol playing de entrevista inicial</p> <p>Objetivo: Reflexionar sobre qué es importante conocer en una primera sesión y cómo explorarlo. Reconocer la importancia de la sensibilidad y empatía.</p>	<p>Pide a dos voluntarios que representen un primer encuentro terapéutico donde uno actúe como terapeuta y el otro como padre o víctima de abuso sexual infantil. Posteriormente les pregunta cómo se sintieron representando cada uno de los papeles y pide a los demás participantes que comenten sobre lo observado durante la entrevista. Reconoce aspectos positivos de la actuación del terapeuta en la entrevista durante la representación y sugiere algunos otros elementos que hagan falta. Presenta un formato de entrevista inicial.</p>	<p>Observa la entrevista y realiza comentarios.</p>	<p>Cañon y lap top.</p>	<p>50 minutos.</p>
<p>Dinámica: Video del "Árbol de Chicoca"</p>	<p>Trasmite el vídeo y presenta las preguntas que sirven para</p>	<p>Observa el video, expone dudas y comentarios .</p>	<p>Vídeo de chicoca.</p>	<p>60 minutos.</p>

Objetivo: Diagnóstico, tratamiento y prevención del abuso sexual infantil.	confirmar o descartar la presencia de abuso sexual infantil, para abrir la situación de abuso sexual dentro del tratamiento infantil y para conocer los factores asociados con la experiencia individual del niño.			
Muñecos anatómicos Objetivo: Diagnóstico del abuso sexual infantil.	Presenta los muñecos anatómicos y su manejo como herramienta para identificar la existencia de abuso sexual.	Atiende y expone dudas y comentarios.	Muñecos anatómicos.	20 minutos.
RECESO				30 minutos.
Tratamiento del abuso sexual en niños	Presenta en power point las fases de tratamiento del modelo de atención terapéutica en niños y los objetivos de cada una. Expone algunas dinámicas que se utilizan.	Atiende y expone dudas y comentarios.	Cañón y lap top.	30 minutos.
Dinámica: Abuso de autoridad y de poder Objetivo: Generar empatía y comprensión de la dificultad de enfrentar situaciones de abuso de autoridad y de poder. Reflexionar y generar alternativas de respuesta adecuadas ante estas situaciones. Ejemplificar una de las dinámicas del tratamiento con niños. Señalar su uso como estrategia para prevenir el abuso sexual infantil mediante el	Pide a un participante que guarde un papel doblado y que no lo abra ni lo lea hasta el final de la dinámica. Organiza el juego de las estatuas de marfil, explica las reglas y les indica a los participantes que el objetivo de esta dinámica es lograr la distensión y relajación para continuar con el taller. Elimina arbitrariamente participantes hasta que quede un ganador elegido previamente por el facilitador. Pregunta cómo se sintieron durante el	Juega a las estatuas de marfil. Expone cómo se sintió durante el juego y qué pudo observar.	Papel con el nombre del ganador del juego.	20 minutos.

<p>reconocimiento e identificación de situaciones en las que se presenta abuso de autoridad y de poder.</p>	<p>juego, cuestiona si su eliminación fue merecida, qué sintieron al respecto y por qué respondieron saliendo del juego. Explica el objetivo de la dinámica y retoma cómo se da y cómo se siente el abuso de autoridad y de poder. Comenta sobre otras dinámicas en el tratamiento con niños que sirven para identificar y reconocer otros elementos presentes en el abuso sexual infantil (manipulación, seducción, chantaje y soborno).</p>			
<p>Presentación del programa de atención terapéutica para adultas y los objetivos en cada una de las sesiones</p>	<p>Presenta en power point las sesiones de tratamiento del programa de atención terapéutica en adultas y los objetivos en cada una. Expone algunas estrategias terapéuticas que se utilizan.</p>	<p>Atiende y expone dudas y comentarios.</p>	<p>Cañón y lap top.</p>	<p>15 minutos.</p>
<p>Dinámica: "Silueta del aprecio" Objetivo: Ejemplificar una de las dinámicas del tratamiento que tiene la finalidad de generar un auto reconocimiento positivo.</p>	<p>Coloca en círculos a los participantes y forma equipos de dos integrantes. Les pide que uno al otro se ayude a dibujar su silueta en un rota folio, uno se acuesta y el otro dibuja su contorno; posteriormente cada uno completa su propia silueta dibujando sus rasgos faltantes (ojos, nariz, etc.) y le pone su nombre al dibujo. Pide a los demás participantes que</p>	<p>Dibuja la silueta de su compañero, completa sus rasgos y realiza anotaciones positivas en cada dibujo.</p>	<p>Papeles rota folio y plumones.</p>	<p>30 minutos.</p>

	pasen a escribir en cada una de los dibujos un comentario positivo de lo que pudieron observar del participante durante el taller.			
Cierre de sesión	Pide a los participantes que comenten su experiencia con respecto al taller y lo que obtuvieron de éste. Da un espacio para responder preguntas. Concluye despidiéndose y agradeciendo su asistencia.	Expone sus comentarios y dudas.	Ninguno.	10 minutos.
Post Evaluación	Pide a los asistentes que respondan a los cuestionarios de evaluación.	Responde a los cuestionarios.	Cuestionarios de post evaluación, cuestionarios de evaluación del taller y lápices.	15 minutos.

Tabla 1. Registro de talleres

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS	NÚMERO DE ASISTENTES	FECHA Y HORA DEL TALLER	LUGAR
CENTRO COMUNITARIO "LOS VOLCANES"	16	18 y 19 de Junio 2010 9 a 14 hrs	FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CENTRO COMUNITARIO "DR. JULIAN MAC GREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO"	24	24 y 25 de Junio 2010 9 a 14 hrs	CENTRO COMUNITARIO "DR. JULIAN MAC GREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO"
CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA "GUILLERMO DÁVILA"	4	15, 22 y 29 de Octubre 2010 13 a 16 hrs	CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA "GUILLERMO DÁVILA"
IN MUJERES XOCHIMILCO ¹⁰	7	5 de Noviembre 2010 13 a 16 hrs	IN MUJERES XOCHIMILCO

¹⁰ En In Mujeres Xochimilco sólo se dio una breve capacitación de 3 horas a petición de la coordinadora con el objetivo de exponer algunos aspectos relacionados con el abuso sexual infantil y mostrar de manera introductoria lo que se realiza en el programa de intervención terapéutica que se estaba aplicando a las usuarias del servicio y algunos de los resultados obtenidos con ellas. Durante esta sesión asistieron no sólo psicólogas sino también abogadas, ingenieras y trabajadoras sociales que laboran en la institución.

ANEXO 6
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Programa de Intervención Terapéutica**Propósito**

En respuesta a su solicitud de tratamiento psicológico y de acuerdo a la situación de abuso sexual infantil por la que usted ha atravesado consideramos conveniente incluirla en un programa de intervención específico con la finalidad de que usted pueda manejar y resolver algunas situaciones que pudieran estar interviniendo con su bienestar emocional y relaciones en su vida actual. Nos gustaría, por lo tanto, invitarla a participar en un **programa de intervención terapéutica** sin costo con una duración de 11 sesiones. Este programa podría ser de gran beneficio para usted y de igual manera los resultados de éste nos ayudarían a que más mujeres puedan beneficiarse de él.

Procedimiento

Los días de las sesiones serán establecidos de manera periódica (una sesión por semana de una hora cada una) de acuerdo a su disponibilidad de horario y se llevarán a cabo dentro de esta institución.

El proceso terapéutico será dirigido por una psicóloga con experiencia en el manejo de situaciones alrededor del abuso sexual infantil.

Su participación será muy importante ya que su experiencia dentro de este programa nos ayudará a generar intervenciones cada vez más efectivas para muchas otras mujeres que atraviesen una situación similar.

Es importante mencionarle que toda información que proporcione dentro de las sesiones será confidencial y siempre utilizada en beneficio de usted. Esta información será manejada únicamente por su terapeuta de tal manera que usted pueda sentirse segura y protegida.

De igual manera será necesario audio grabar algunas sesiones (la primera y la última); esto con la finalidad primeramente de no perder detalles importantes que puedan ser de utilidad durante el proceso terapéutico, no tener que estar tomando notas y así mantener la total atención a sus necesidades; en segundo lugar estas sesiones ayudarán a evaluar los resultados del proceso terapéutico. Cabe reiterar que únicamente su terapeuta tendrá acceso a dichas audio grabaciones. Finalmente su participación es voluntaria por lo que tiene total libertad para abandonar el proceso en cualquier momento que usted lo considere conveniente sin que esta decisión interfiera en ninguno de los tratamientos que pueda recibir dentro de esta institución en el futuro.

Yo _____ acepto participar en el programa de intervención psicológica cuyo propósito, condiciones y características me fueron especificados, de igual manera se me ha informado la posibilidad de retirarme de él en cualquier momento que yo lo decida, sin que esto tenga ninguna repercusión para mis futuros tratamientos dentro de la institución.

Firmo la presente para fines que se estime convenientes.

México, D.F., a ____ de _____ de _____

FIRMA

ANEXO 7

REGISTRO GLOBAL DEL PROCESO TERAPÉUTICO DE LAS PARTICIPANTES

TABLA 1. REGISTRO GLOBAL DEL PROCESO TERAPÉUTICO DE LAS PARTICIPANTES

N°	PARTICIPANTE	CENTRO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	ASISTENCIAS	FALTAS ¹¹	RESUMEN DEL PROCESO
1	L. S. Z.	In Mujeres	15 Abr 2010	27 Ago 2010	11	3	Alta Concluyó su tratamiento satisfactoriamente
2	Y. F. G.	In Mujeres	16 Abr 2010	23 Jun 2010	11	0	Alta Concluyó su tratamiento satisfactoriamente
3	T. M. F.	In Mujeres	16 Abr 2010	23 Jun 2010	11	0	Alta Concluyó su tratamiento satisfactoriamente
4	J. S. Z.	In Mujeres	13 Abr 2010	25 Nov 2010	11	1	Alta Entrevista Inicial / Lista de Espera/ Inicia Tratamiento
5	M. R. F.	In Mujeres	-	-	-	-	Entrevista Inicial / Lista de Espera /No se logra el contacto posterior para iniciar el Tratamiento
6	M. G. B.	In Mujeres	-	-	-	-	Entrevista Inicial / Lista de Espera /No se logra el contacto posterior para iniciar el Tratamiento
7	C. P. P.	Mc Gregor	28 Oct 2010	10 Feb 2011	11	1	Alta Concluyó su tratamiento satisfactoriamente
8	N. S. L.	Mc Gregor	23 Sep 2010	10 Feb 2011	11	6	Alta Concluyó su tratamiento satisfactoriamente
9	L. M. V.	Mc Gregor	8 Oct 2010	24 Mar 2011	11	9	Alta Concluyó su tratamiento satisfactoriamente
10	V. G. R.	Mc Gregor	23 Sep 2010	10 Feb 2011	11	5	Alta Concluyó su tratamiento satisfactoriamente
11	L. R. G.	Mc Gregor	7 Oct 2010	10 Feb 2011	11	4	Alta Concluyó su tratamiento satisfactoriamente
12	E. B. C.	Mc Gregor	18 Nov 2010	10 Abr 2011	11	7	Alta Concluyó su tratamiento satisfactoriamente
13	L. M. G.	Mc Gregor	8 Oct 2010	28 Ene 2011	11	1	Alta Concluyó su tratamiento satisfactoriamente
14	M. H. V.	Mc Gregor	11 Nov 2010	-	3	2	Baja Falta a 2 sesiones
15	E. C. G.	Volcanes	29 Nov 2010	-	1	1	Baja Falta a 1 sesión
16	T. G. M.	Volcanes	-	-	0	1	Baja No acude a la primera cita
17	A. R. S.	G. Dávila	-	-	0	1	Baja No acude a la primera cita
18	V. V. M.	G. Dávila	-	-	0	0	Baja No se logra acordar una primera cita
19	M. M. G.	In Mujeres	28 Ene 2011		10	2	Continuaba en proceso al momento del análisis de resultados
20	T. C. S.	In Mujeres	14 Feb 2011		9	2	Continuaba en proceso al momento del análisis de resultados
21	E. A. M.	In Mujeres	-	-	0	3	Baja No acude a las tres primeras citas

¹¹ Incluye cancelaciones

