



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

CAMPO DEL CONOCIMIENTO EN SALUD MENTAL PÚBLICA

**“SOBREVIVENCIA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL Y ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO COMPLEJO (EPTC) EN MUJERES USUARIAS DE LA
CONSULTA EXTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL”**

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRA EN CIENCIAS

PRESENTA

VERÓNICA SUÁREZ VALDOVINOS

TUTORA: DRA. LUCIANA RAMOS LIRA (INPRF)

SINODAL: DRA. CATALINA GONZALEZ FORTEZA (INPRF)

SINODAL: DRA. ALICIA HAMUI SUTTON (UNAM)

SINODAL: DRA. BLANCA ESTELA PELCASTRE VILLAFUERTE (INSP)

SINODAL: DRA. INGRID VARGAS HUICOCHEA (UNAM)

CDMX.

JULIO DEL 2017.



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.

Facultad de Medicina



**“SOBREVIVENCIA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL Y ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO COMPLEJO (EPTC) EN MUJERES USUARIAS DE LA
CONSULTA EXTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL”**

AGRADECIMIENTOS

“Nunca desistas de un sueño. Sólo trata de ver las señales que te lleven a él”.

Paulo Coelho

Está tesis la dedico con todo cariño a mi familia, quienes me motivan día con día,

Gracias por estar conmigo.

Quiero agradecer a la Clínica de Género y Sexualidad (CGS), por permitirme el acceso a la muestra y otorgarme las facilidades para llevar a cabo las entrevistas, en particular al Dr.

Alfredo Whaley, la Dra. Beatriz de la Cerda y la Psic. Margarita de la Cruz.

También a los profesores que formaron parte de la formación académica.

A CONACYT por el apoyo económico otorgado durante la maestría y a la UNAM por darme otra oportunidad.

No habría podido escribir esta tesis sin el apoyo de mi tutora Luciana Ramos, gracias por su sabiduría y guía, gracias también a cada una de las Dras. que contribuyeron con sus

consejos. (Emily Ito, Rebeca Robles, Catalina González, Ingrid Vargas, Blanca

E.Pelcastre, Liz Hamui, Guillermina Natera, Shoshana Berenzon, Liliana Mondragón,

Asunción Lara). Me considero afortunada por haber contado con todas ellas.

También quiero expresar mi profunda gratitud por su valentía y sus enseñanzas a cada una de las admirables mujeres que participaron en este estudio, ya que representan a las miles de niñas y mujeres que han sido y siguen siendo abusadas sexualmente y que viven con sus secuelas.

¡¡¡Muchas gracias!!!

INDICE

RESUMEN.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
I. ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) Y SOBREVIVENCIA: DEFINICIÓN E IMPACTO EN LA SALUD MENTAL.....	16
I.1 Abuso Sexual Infantil.....	20
I.2 Sobrevivencia de Abuso Sexual Infantil.....	24
II. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO	33
II.I Definición y características del Trastorno por Estrés Postraumático.....	36
a) Criterios diagnósticos DSM-5 y CIE 10.....	38
II.2 Definición y características del Trastorno por Estrés Postraumático Complejo....	44
a) Propuesta de inclusión del Trastorno por Estrés Postraumático en el DSM V y la CIE 10.....	46
II.3 Factores asociados con el desarrollo de trauma complejo en sobrevivientes.....	51
III. IMPACTO EMOCIONAL DEL ASI EN EL DESARROLLO DE LA PERSONA Y EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES.....	55
III.1 Experiencia subjetiva y emociones negativas asociadas	55
III.2 Alteraciones en las relaciones interpersonales.....	56

III.3 Estrategias de afrontamiento adaptativas y no adaptativas frente al ASI.....	63
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	67
IV.1 Objetivo General.....	70
IV.2 Objetivos Específicos.....	70
IV.3 Supuestos Teóricos.....	71
V. MÉTODO.....	72
V.1 Diseño de Investigación.....	72
V.2 Participantes.....	72
V.3 Técnica de levantamiento de información.....	73
V.4 Procedimiento.....	74
V.5 Consideraciones éticas.....	75
V.6 Análisis de datos.....	79
VI. RESULTADOS.....	81
VI. 1 Características sociodemográficas de las participantes.....	81
a) Belén.....	83
b) Susu.....	88
c) Karina.....	92
d) Sol.....	97
e) Dinora.....	101
f) Adriana.....	106
VI.2 Análisis interpretativo integral.....	110
a) Categorías de agrupación.....	110
Características objetivas del abuso.....	112

Características subjetivas del abuso.....	112
EPT.....	112
EPTC.....	113
Recursos de enfrentamiento.....	117
VII. DISCUSIÓN.....	118
CONCLUSIONES.....	128
BIBLIOGRAFIA.....	133
APÉNDICE 1 Consentimiento informado.....	148
APÉNDICE 2 Guía de entrevista.....	152
APÉNDICE 3 Cuadros del EPT y EPTC.....	164

RESUMEN

El abuso sexual infantil (ASI) es un problema que afecta tanto a niñas, como a niños. Las consecuencias a corto plazo de este abuso en la salud mental han sido documentadas mientras que aquellas que se desarrollan a largo plazo en lo que se ha denominado “sobrevivencia” son objeto de debate por ser más inciertas, y menos detectables. La literatura internacional señala desde síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), hasta somatización, trastornos de personalidad, suicidio, autolesiones, abuso de sustancias, disfunciones sexuales y problemas interpersonales. Por ello algunos autores han señalado que el ASI podría ser comprendido como un “trauma crónico”, debido a la revictimización que puede durar largos periodos de tiempo y que en ocasiones se acompaña de otras formas de violencia, que se han agrupado en la categoría de Estrés Postraumático Complejo (EPTC).

La presente tesis explora a profundidad la vivencia del ASI en mujeres sobrevivientes adultas que acuden a consulta psiquiátrica en el tercer nivel de atención con la finalidad de analizar si ciertas características objetivas del abuso, otras adversidades co-ocurrentes en la infancia y algunas emociones relacionadas con el trauma se vinculan con la presencia de sintomatología de EPTC. Las participantes fueron seis mujeres seleccionadas por criterio: que hubiesen sufrido abuso sexual entre los 0 y 15 años, que tuvieran más de 18 años, con diagnóstico psiquiátrico y medicamento estables en el momento del estudio. La información se recolectó a través de entrevistas semi-estructuradas audiograbadas previo consentimiento informado, las cuáles fueron transcritas, y analizadas temáticamente tanto a nivel individual como en conjunto. Entre los hallazgos destaca que cuando el abuso es con penetración

existen secuelas más graves, y que particularmente cuando el abuso es acompañado con seducción o juego provoca confusión en los sentimientos. También se pudo observar que en los casos en que los padres fueron los agresores hubo más intentos suicidas y disociación, así como que quienes se vivieron más solas y en las que los abusos ocurrieron con violencia física, tuvieron más conductas de riesgo como usar alcohol y relacionarse con personas peligrosas.

En resumen, los resultados apuntan a que efectivamente hay un vínculo importante entre la manera en que ocurre y se experimenta el ASI y la sintomatología de EPTC, por lo que se propone realizar investigación que aborde estrategias terapéuticas para estos casos. Las limitaciones del estudio y otras recomendaciones son incluidas.

Palabras clave: abuso sexual infantil, sobrevivientes, trauma complejo.

INTRODUCCIÓN

Las sobrevivientes de Abuso Sexual Infantil (ASI), son mujeres adultas que pueden experimentar una amplia gama de problemas físicos, emocionales y en su salud mental; la gran mayoría de los abusos ocurre dentro de sus propios hogares o en los de sus familiares más cercanos. Muchas cargan con sentimientos de culpabilidad los cuales cumplen una función defensora frente a emociones contradictorias e insoportables. Cuando esto ocurre, el cuerpo no se escucha, no se cuida, no se ama; de alguna manera se percibe aun cuando fuera el de una niña, como la “causa” por la que se ha sido víctima de este abuso.

Estas mujeres pueden haber enfrentado grandes contradicciones dentro de su familia y de su vida teniendo que desarrollar su identidad, autonomía, imagen y estima en un ambiente que se comporta como si nada estuviera ocurriendo. En ocasiones, incluso se les obliga a aceptar el abuso y como el abusador es la figura masculina que debería protegerlas, es entendible que para seguir viviendo se desarrollen mecanismos para permitir sobrevivir psicológicamente aunque con el tiempo puedan convertirse en obstáculos.

Para las niñas que han sido víctimas de abuso, el que sus sentimientos jamás fueran tomados en cuenta las puede haber llevado a una pérdida de fe en las personas, además es posible que sientan que no tienen derecho a expresarse y a que les crean, al mismo tiempo para sobrevivir el abuso tuvieron que separar los sentimientos de los hechos y recuerdos, estando el cuerpo noche y día a disposición del abusador, cuando se rompe el vínculo de

confianza y predomina la traición, cuando la amabilidad sin intenciones sexuales no existe, es necesario separar los sentimientos de los hechos y recuerdos. Reconstruir la memoria y el sentimiento es por ello una tarea muy difícil de lograr (Batres, 2000); de aquí que esta tesis pretenda examinar las consecuencias a largo plazo del ASI, y por qué éstas son un reto para la investigación e intervención.

El Abuso Sexual Infantil (ASI) es una forma grave de violencia que configura un problema mundial de salud pública, por lo que requiere una comprensión clínica basada en la justicia y en una ética de cuidado. Afecta a uno de cada ocho niñas y niños, se asocia con la presencia de ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático (TEPT) y suicidalidad; también con victimizaciones sexuales posteriores, embarazos no deseados y VIH. (Mathews & Collin-Vézina, 2016). Es difícil calcular su prevalencia por afectar a poblaciones infantiles donde predomina el secreto impuesto por los propios abusadores. Mathews & Collin-Vézina (2016) señalan que el 12.7 por ciento de los niños y niñas experimentan abuso sexual (alrededor del 18.0 por ciento de las niñas y el 7.6 por ciento de los niños); en la mitad de los casos los agresores viven con las víctimas y, en un 75%, son sus familiares directos. Las niñas tienen de dos a tres veces más probabilidades que los niños de ser abusadas sexualmente. La edad promedio que ocurre dicho abuso es de cinco años de edad y la frecuencia aumenta significativamente entre los cinco y los nueve años, (UNICEF, 2008).

Un meta-análisis de 217 artículos de auto-reporte de abuso sexual infantil publicados entre 1980 y 2008, estimó una prevalencia de 127 casos por 1000 niños y niñas. Entre las

mujeres, ésta alcanzó un 180 por 1000 y entre los hombres un 76 por 1000 (Stoltenborgh & Bakermans-Kranenburg, 2011).

Frías (2014) menciona que el ASI en México es un problema social resultado de una tradición católica arraigada, en la cual el sexo y la sexualidad tienden a ser silenciadas y estigmatizadas. Además, el abuso sexual a menudo no se da a conocer porque en las culturas colectivistas y familistas, las necesidades del grupo y la unidad de la familia se consideran a menudo más importantes que el mismo individuo. Sin embargo, cabe señalar que el abuso sexual infantil no es solamente un fenómeno nacional; Pérez-Fuentes, et al., (2013) reportan que el ASI afecta a 1 de cada 5 mujeres y uno de cada 10 hombres en todo el mundo.

En nuestro país, datos del desaparecido Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual (PAIVSAS) de la Facultad de Psicología de la UNAM, reportó que de 992 pacientes recibidos de 1994 a diciembre de 2003, (datos resguardados no publicados, generados en 2005, estancia de investigación de la Dra. Ruth González-Serratos en el INPRF), (455) eran adolescentes, adultas y adultos que sufrieron abuso sexual en la infancia; la mayoría lo habían padecido entre los 5 y 9 años (67%) y un 20% señaló haberlo experimentado antes de los de 5 años.

La privacidad en la que ocurren estos casos, cometidos mayoritariamente por familiares, amigos o conocidos, y en la propias casas de las víctimas o de los agresores, ha favorecido el encubrimiento y la impunidad. Además, no es un problema fácil de investigar ni de tratar por la vergüenza y el estigma que lo rodea; las víctimas, los agresores y las familias no

suelen tener disposición para hablar de ello cuando el abuso es descubierto o cuando está ocurriendo.

Las consecuencias a corto plazo de este abuso en la salud mental han sido documentadas y sistematizadas, mientras que aquellas que se desarrollan a largo plazo en lo que se ha denominado “sobrevivencia”, son objeto de debate clínico y académico. Algunos autores como López (2012) señalan que estas últimas, comparativamente son menos frecuentes que las consecuencias iniciales; otros, como Echeburúa y Corral (2006) señalan que estas secuelas son más bien inciertas y por tanto, menos detectables. Entre estas destaca la asociación existente entre haber experimentado ASI, y la aparición en la vida adulta de alteraciones emocionales o comportamientos sexuales inadaptados, dolor corporal y pobre salud mental y física en general (Echeburúa y Corral, 2006). Coles et. Al. (2015), informan de un constante aumento del riesgo de desarrollar diversas psicopatologías en la edad adulta por parte de sobrevivientes de ASI, como síntomas psicóticos, depresión, ansiedad, TEPT, disociación, trastornos de la alimentación, somatización, trastornos de personalidad, falta de autoestima, suicidio autolesiones, abuso de sustancias, disfunción sexual, y problemas interpersonales.

El por qué el ASI puede conllevar estas graves afectaciones, ha tratado de explicarse desde diferentes perspectivas. Para Quadara (2014), la victimización sexual suele configurarse en lo que se denomina un “trauma complejo” debido a que suele ser de larga duración, así como por la frecuente revictimización (experiencias de victimización severas y repetida durante los siguientes años de vida, que probablemente agrave los efectos de abusos previos y poli-victimización (sucesos de violencia que ocurren simultáneamente y que pueden ser de tipo sexual, físico, psicológico, emocional; incluyen, negligencia y otras

adversidades infantiles) que puede durar largos periodos de tiempo incluso años. El mismo autor agrega que se ha demostrado que un mayor número de eventos traumáticos produce más deterioro y se asocia con depresión, comportamiento adictivo, abuso de sustancias, y trastornos disociativos o de personalidad.

Ahora bien; como señala Prachett (2019) es importante considerar el género de la víctima en este problema, ya que existe evidencia de que los hombres sí padecen ASI, pero ocurre en contextos distintos y con dinámicas diferentes a las mujeres (no necesariamente en el ámbito familiar); Frías (2014) explica que en el contexto mexicano el abuso sexual de las mujeres puede suponer un proceso en el cual los hombres consideran que los cuerpos femeninos están al servicio de ellos, la sociedad patriarcal culpa a las mujeres al afirmar que se colocan a su disposición, estaban en el lugar errado en el momento equivocado o lo merecen en contraposición a la violación de un varón, el cual significar el abuso de manera distinta a las mujeres, debido a que los guiones sexuales masculinos exponen que los hombres siempre buscan tener relaciones sexuales y tienen un deseo sexual incontrolable. En estas circunstancias, los hombres que divulgan sus experiencias serían estigmatizados. (Gagnier & Collin-Vézina 2016; Werner, et al, 2016) e incluso este abuso puede cuestionar su identidad de género y preferencia sexual cuando es cometido por otro hombre, (Cassese, 2016). “El subreporte de abuso sexual por parte de los hombres, y la duda social sobre la experiencia de violación sexual en hombres, significa que muchos tienen miedo de reportar el abuso, o no reciben apoyo adecuado cuando lo requieren. [...] Aunque el abuso sexual es impactante de manera diferente en cada sobreviviente, los hombres sobrevivientes presentan una serie particular de problemas como (Lowe & Balfour, 2015) refieren que casi un tercio de niños que fueron abusados se pueden llegar a

convertir en abusadores, tanto de otros niños como también abuso de consumo de alcohol y drogas, además de otros problemas que requieren ser abordados por los proveedores de servicios y la sociedad en general”

Debido a estas particularidades, en el presente proyecto se abordaron solamente mujeres adultas. La elección de este género y etapa de la vida responde a un criterio teórico-metodológico, en la medida en que se ha reportado que una gran cantidad de mujeres acuden precisamente a solicitar apoyo psicológico o emocional en esta etapa de la vida, tras muchos años después de ocurrido el ASI. La búsqueda de ayuda de estas sobrevivientes parece asociarse con la aparición de sintomatología previamente no reconocida y con crisis relacionadas con la adultez que pueden activar recuerdos y emociones asociadas con el abuso padecido. De hecho, es posible que las víctimas no desarrollen problemas aparentes durante la infancia y que éstos aparezcan como problemas nuevos en la adultez (Beltrán, 2010).

El ASI se caracteriza por ocurrir a temprana edad; sin embargo; cuando a la par del abuso existe un patrón de revictimización a lo largo de la vida y sucede junto a otras formas de maltrato (como abuso físico, negligencia, abuso psicológico y abuso emocional) en el contexto de las relaciones de apego necesarias para la sobrevivencia, dificulta el desarrollo de la regulación afectiva y las capacidades interpersonales (Kisiel, 2014 & Winnet, 2014). Al ocurrir en periodos críticos del desarrollo humano, daña diferentes dimensiones de la vida de sus víctimas: la psicológica, la social, la física e incluso la neurobiológica y la neurofisiológica (López, 2012), por lo que la sintomatología asociada tradicionalmente a los traumas interpersonales que se agrupa en el Trastorno por Estrés Postraumático (EPT), puede verse rebasada al no incluir afectaciones más profundas en la personalidad y en la

visión del mundo que suelen padecer los y las sobrevivientes. Dichas afectaciones parecen coincidir con lo que se ha denominado Trastorno por Estrés Postraumático Complejo (EPTC), una entidad diagnóstica que sigue actualmente siendo objeto de debate en la medida en que no fue incluida en la quinta versión del DSM, a pesar de los argumentos de sus defensores.

Se ha reportado que pacientes con TEPT experimentan una gama de emociones relacionadas con el trauma, tales como vergüenza, culpa e ira, que correlacionan con los resultados del tratamiento y el abandono de la terapia (Gorg et al, 2016) por lo que los procesos emocionales se han convertido en relevantes para dilucidar cómo afectan las experiencias de ASI en la salud mental (Crempien y Martínez, 2010).

Este estudio pretende conocer en mujeres adultas sobrevivientes de ASI, si ciertas características “objetivas” de dicho abuso (tipo, cronicidad, relación con el agresor, etc.) así como la experiencia subjetiva frente al mismo, particularmente en términos de emociones negativas (humillación, vergüenza, culpa, miedo y asco), se vinculan con la gravedad y tipo de sintomatología postraumática presentada, tomando como referente de discusión al Trastorno por Estrés Postraumático y al Trastorno por Estrés Postraumático Complejo.

I. ABUSO SEXUAL INFANTIL Y SOBREVIVENCIA: DEFINICIÓN Y EFECTOS EN LA SALUD MENTAL

La violencia es el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, hacia otra persona, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones, OMS (1992). Se diferencia de la agresión, en que la violencia siempre es humana (Ramos y Saucedo, 2010). La complicidad y el silencio facilitan que las violencias se presenten, reproduzcan e invisibilicen. La inclusión de la palabra “poder”, además de la frase “uso intencional de la fuerza física”, amplía la naturaleza de un acto de violencia así como su comprensión para dar cabida a los actos que son el resultado de una relación de poder, incluidas las amenazas y la intimidación. Es sin duda, uno de los problemas sociales más complejos y persistentes, y se puede clasificar con base en variadas tipologías, expresiones, consecuencias y alcances. En este caso, se hace referencia a la violencia sexual, y el sistemático patrón que muestra y que la configura como una violencia de género por excelencia: la gran mayoría de los agresores son varones y la gran mayoría de las víctimas son mujeres.

En vista de lo anterior, se ha planteado que el modelo patriarcal ha hecho uso de la violencia en diversas formas para mantener a las mujeres dominadas y oprimidas (Hernández & Martínez, 2013). Las ideologías patriarcales no sólo afectan a las mujeres al colocarlas en un plano de inferioridad en la mayoría de los ámbitos de la vida, sino que limitan también a los hombres, a pesar de su estatus de privilegio. En efecto, al fijar a las

mujeres un conjunto de características, comportamientos y roles “propios de su sexo”, los hombres quedan obligados a prescindir de estos roles, comportamientos y características y a tensar al máximo sus diferencias con ellas. Como dice Marcela Lagarde (en Facio & Fries, 1999), de seguir por esta senda ideológica, y no enfrentar con eficacia y efectividad el sentido patriarcal de la vida, cada año y cada día que pasen, en lugar de aminorar, los sexismos se sumarán a otras formas de dominación nacional y de clase (Facio & Fries, 1999).

El orden patriarcal ha puesto a los hombres en un lugar privilegiado y mantenido a las mujeres en una situación de opresión y dominación. Dicho orden patriarcal se apoya en las prácticas que hacen visibles las desigualdades entre hombres y mujeres como una construcción social a partir de las diferencias biológicas. Se convirtió en un conjunto de relaciones sociales, en donde los hombres establecen lazos solidarios y de complicidad entre sí, que les permite mantener el dominio sobre las mujeres (Hernández & Martínez, 2013). Por consiguiente, la violencia es ejercida por quienes tienen poder, entendiendo el poder como instrumento de mando, de dominación. Este poder es una capacidad humana no sólo para actuar, sino para hacerlo por concertación. En ese sentido, el poder no es propiedad de un individuo, sino de grupos, de allí la fuerza del patriarcado, donde los hombres forman un conglomerado que al tener ciertas dotes, intenta mantener este poder, el dominio y por tanto, sigue ejerciendo violencia. La violencia sexual se reproduce en un marco de desigualdad o asimetría que pone a mujeres y niños/as en una situación de vulnerabilidad, en donde incluso si un niño con una discapacidad física o mental es abusado por otro de la misma edad pero sin discapacidad de ningún tipo comete una acción abusiva debe ser tomada en cuenta para determinar el origen de la conducta del que está

cometiendo el abuso, y tomar acciones de protección y reparación para ambos niños ya que es posible que este último también haya sido o esté siendo objeto de abusos sexuales o de algún tipo. (UNICEF, 2015).

El ASI, se puede caracterizar en general como el uso sexual de niñas o niños por parte de uno o varios adultos. Diversas definiciones nos permiten dar cuenta más detalladamente de sus implicaciones y de sus expresiones más sutiles.

Gioconda Batres señala: “El abuso sexual infantil es toda agresión de índole sexual, indirecta o directa entre una niña/o y un adulto que mantenga con la niña o niño lazos caracterizados por la amistad, confianza, afecto o autoridad”.

Acuña Navas (2014) por su parte, menciona: “[...] el abuso sexual en menores de edad comprende toda la amplia gama de crímenes, interacciones y ofensas sexuales que implique a menores de 18 años como víctimas y a adultos como abusadores; o bien a dos menores de edad con una diferencia de 5 años entre sí. Éste incluye desde agravios sin contacto físico como el exhibicionismo, la producción de pornografía infantil, el voyerismo y la exposición del niño a la pornografía; hasta aquellos casos en los que media contacto físico, ya sea tocamientos inapropiados (de partes genitales o sexuales) por parte del abusador o la víctima, el jugueteo sexual o la violación. Violación es a su vez la penetración vaginal, anal y/u oral por una parte corporal del perpetrador u otro objeto. Otro aspecto de la definición de abuso sexual es el involucramiento de un niño en actividades sexuales que no está en capacidad de comprender, para las cuales no tiene el desarrollo suficiente y que no está preparado para consentir. Se trata de una relación de abuso, es decir que existe un

desequilibrio de poder; el agresor se encuentra en una posición superior de control sobre la víctima, lo que le brinda a esta última una condición desventajosa.” (sin número de página).

La Academia Americana de Pediatría define al abuso sexual infantil de la siguiente forma: “La práctica de un contacto físico o visual, cometido por un individuo en el contexto sexual; con violencia, engaño, o seducción, ante la incapacidad del niño para consentir, en virtud de su edad y diferencia de poder”. La Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Mexicano de Pediatría (CAINM-INP-UNAM) lo define como “una interacción sexual que puede o no ser física, entre un niño y un individuo de una mayor edad, quien lo utiliza en forma violenta, con engaño o seducción, para su estimulación sexual, la del menor o la de otro u otros.”

El concepto de Abuso Sexual Infantil (ASI) que utiliza la OMS por su parte es el siguiente; “El uso de un menor (definido como cualquier persona menor a la edad legal consentida), por un adulto para propósitos sexuales, con o sin el supuesto consentimiento que haya sido dado. Esto incluye, actos de exhibicionismo; tocamientos sexuales; penetración oral, anal o vaginal; y la exposición de un menor, o involucrar a un menor en pornografía o prostitución. Cualquier forma de contacto sexual directa o indirecta entre un menor y un adulto es abusiva ya que ésta es motivada puramente por necesidades del adulto e involucra al menor quien, en virtud de su edad y posición en la vida, es incapaz de dar su consentimiento. La actividad sexual entre menores constituye abuso sexual cuando ésta es entre pares o cuando ocurre por diferencias en niveles de desarrollo, coerción y/o por falta de mutuo acuerdo, dado que el menor está tomando ventaja del otro”.

Sáenz et al. (2016) señalan que: “En los eventos de abuso sexual infantil, la relación de desigualdad por edad, madurez, poder entre el agresor y la víctima exponen que en este

sentido, un niño (a) no puede involucrarse en actividades sexuales ya que por su etapa evolutiva no comprende ni está capacitado para dar su consentimiento.” (Sáenz, et al 2016, sin número). Entre los factores que enumeran para caracterizar el evento específico de ASI, destacan dos: a) La coerción, que se refiere a la situación de poder o fuerza, que utiliza el agresor, para interactuar sexualmente con el niño o niña; incluye clásicamente amenaza, engaño, seducción, fuerza física o la combinación de dos o más de ellas; b.) El nivel de desarrollo y la diferencia de edad, lo que da cuenta de la incompatibilidad de este factor entre el agresor y la víctima impiden el consentimiento de la última; ambas partes poseen experiencias, nivel de maduración biológica y expectativas diferentes.

Como se observa, estas definiciones dejan claramente establecida la desigualdad en estas situaciones, en las que prevalece el poder, la amenaza o el engaño. En este sentido, la definición de Sanmartín (citada por Apraez-Villamarin, 2015), parece incluir estos componentes: “Cualquier conducta sexual mantenida entre dos personas, al menos una de ellas niño o infante, en la que existe una condición de asimetría —ya sea por razones de edad o de poder—, y en la que el niño es utilizado para la estimulación sexual de la otra persona” (Sanmartín en Apraez-Villamarin, 2015, p. 89).

I.1 Abuso Sexual Infantil

El abuso sexual en menores de edad en muchos casos es una experiencia traumática que deja secuelas importantes en una gran variedad de ámbitos. Sin embargo, no puede hablarse de un síndrome como tal, ya que la sintomatología varía con base tanto a aspectos genéticos como sociales, familiares y en relación a otras experiencias vividas previa y posteriormente.

Además, la víctima puede tener secuelas en una o varias áreas, o no presentar ninguna consecuencia.

Por lo general, las niñas suelen presentar reacciones ansioso-depresivas; los niños, fracaso escolar y problemas inespecíficas de socialización, así como conductas sexuales agresivas, (Echeburúa , 2006).

La edad en que ocurre el abuso también puede llevar a que predomine algún tipo de secuela, por ejemplo: durante la infancia los principales efectos parecen ser los problemas somáticos (enuresis, encopresis, dolores de cabeza y dolores estomacales), retrasos en el desarrollo, problemas internalizados (especialmente ansiedad y retraimiento), trastorno de estrés post-traumático y conducta sexualizada (masturbación excesiva o en público) (Cantón & Cortés, 2015). Entre los niños en edad escolar se han detectado algunos síntomas adicionales, entre tanto que otros son consistentes con la investigación en niños más pequeños. En el dominio físico/motor, la enuresis aún aparece como un problema, habiendo encontrado algunos autores otros problemas internalizados como ansiedad, depresión y retraimiento, además de una serie de problemas nuevos, como los problemas externalizados (p.e., agresiones y problemas conductuales), trastornos disociativos, problemas en las relaciones con los iguales, bajo rendimiento escolar, síntomas de Trastorno de Estrés Post-traumático (EPT) y otros trastornos psicobiológicos debido a desregulaciones en los niveles de cortisol y del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, los cuales son más frecuentes entre niños víctimas de abuso sexual que entre niños no víctimas.

Hallazgos neurobiológicos recientes sostienen la idea de que la negligencia de los padres y el abuso infantil en los primeros años de vida tienen efectos perturbadores en la

personalidad de los niños, tales experiencias provocan: alteraciones significativas en estructuras cerebrales sobre todo en el lado derecho del cerebro en desarrollo, la corteza prefrontal, el hipocampo, el eje hipotálamo-hipófisis, las concentraciones de la hormona corticotropina así como también en el sistema noradrenérgico, Schimmenti, (2012). En el caso de los adolescentes, la mayoría de los resultados encontrados son similares a los de niños en edad escolar. También, es más probable que los adolescentes abusados sexualmente, comparados con los niños sin abuso, realicen actividades delictivas, sufran trastornos de la alimentación, problemas físicos de salud, consuman drogas, lleven a cabo más conductas suicidas y autolesivas, y conductas sexuales tempranas y de riesgo (Cantón & Cortés, 2015). De acuerdo con las alteraciones funcionales que se encuentran conectadas al trauma en el desarrollo se implican aspectos educativos, familiares, relacionales y de formación profesional, además refiere la afectación de los siete dominios de deterioro primarios: el apego, la biología, la regulación afectiva, disociación, control de la conducta, la cognición y el concepto de sí mismo. Schimmenti, (2012)

Es común además que el abuso sexual infantil coexista con otros tipos de violencia, en especial cuando el perpetrador es cercano a la víctima, y estos abusos sean los causantes de los principales síntomas, aunque sea difícil saber cuáles provienen directamente del abuso sexual. (Acuña Navas, 2014)

“[...] el abuso sexual, en periodos de alta plasticidad neuronal, genera cambios fisiológicos, neurobioquímicos y estructurales en el cerebro, sistemas nerviosos y ejes endocrinológicos de las víctimas; modificaciones que pueden ser permanentes o duraderas” (Acuña Navas, 2014) *Pág. 61.*

Los efectos en el desarrollo pueden ser muy graves, ya que influyen en un gran número de variables psicológicas, las que junto a la maduración del sistema nervioso y neuroendocrino genera graves problemas de personalidad y de adaptación (Soler, 2008).

Aunque se han detallado diversos síntomas que se producen en los primeros momentos después del abuso sexual infantil, existe vaguedad en cuanto a qué efectos se pueden atribuir solamente a los abusos y los que pueden estar relacionados con otras variables antecedentes o concurrentes. Las consecuencias específicas del abuso sexual, independientes de la fuerza utilizada, las amenazas de violencia o variables familiares como la psicopatología de los padres, aún no han sido clarificadas (Dube, Anda, Whitfield & Brown, 2005).

Sin embargo, es importante tomar en cuenta que existen procesos subjetivos de como los individuos perciben los fenómenos y experiencias que se van formando a partir de la cultura y las costumbres de cada persona y que estas van generando construcciones simbólicas como una manera de apreciar su propia vida y dar un significado, es necesario captar el sentido que tiene el evento para ellas. Se trata de conocer cómo se crea la estructura básica de la experiencia, y poder comprender el sentir que los individuos reflejan en el mundo social que les rodea ya que se trata de algo vivido, con su origen y desarrollo, con progresiones y regresiones, (Cordero, 2012).

I.2 Sobrevivencia de Abuso Sexual Infantil

El término sobreviviente describe a aquellos adultos que en su infancia se vieron implicados en acciones de abuso sexual y/o incesto, no importando quién o quiénes hayan sido los abusadores (González, 1995). Es necesario recalcar que al menos un 80% de las víctimas sufren efectos psicológicos negativos. En la adultez, el suceso no sólo es visualizado como demoledor, sino que suele acompañarse de culpa si no se mostró mayor resistencia –si la resistencia fue insuficiente– una vez establecido un juicio de valor sobre el hecho. También por el contrario el niño o niña fue obligado a callar.

Cloitre (2009) menciona que los individuos con una historia de trauma rara vez experimentaron un solo evento traumático, sino más bien es probable que tengan experiencia en varios episodios de exposición traumática, incluye factores estresantes traumáticos como (abuso sexual, abuso físico), así como otras experiencias entendidas más ampliamente como maltrato (negligencia, abuso emocional, ausencia de los padres). Es así que el estar expuestos a eventos traumáticos de forma sostenida y repetida, fundamentalmente en los años de la infancia, se ha propuesto para dar lugar a una presentación de síntoma de trauma complejo que incluye no sólo los síntomas de estrés postraumático, sino que también otros síntomas tanto de la parte afectiva como interpersonal. Reconociendo el impacto que el trauma acumulativo tiene sobre el desarrollo a partir de la primera infancia, van der Kolk (2005) ha propuesto una nueva categoría diagnóstica, el Trauma del Desarrollo, que es similar al que (Pelcovitz et al., 1992), denominaron Trastornos de Estrés Extremos no Especificados inglés, (*Disorders of extreme*

not otherwise specified, DESNOS) que dan cuenta del perfil de los niños traumatizados crónicamente.

Algunos autores como López (2012) señalan que las consecuencias a largo plazo son, comparativamente, menos frecuentes que las consecuencias iniciales; otros, como Echeburúa y Corral (2006) señalan que más bien “son más inciertas, si bien hay una cierta correlación entre el abuso sexual sufrido en la infancia y la aparición de alteraciones emocionales o de comportamientos sexuales inadaptados en la vida adulta” (p.81). El abuso sexual infantil ha mostrado ser un importante factor de riesgo para el desarrollo de una gran diversidad de trastornos psicopatológicos (Cantón-Cortés & Cortés, 2015) y ciertas enfermedades médicas más tarde en la vida (sistema digestivo, dolor crónico, síntomas cardiopulmonares, síntomas de conversión, síntomas sexuales) (Pelcovitz et al., 1992).

La mayor parte de estudios que han examinado las secuelas de largo plazo del ASI señalan numerosas dificultades psicológicas, conductuales y sociales en la edad adulta; a pesar de esto, no existen pruebas que reporten un grupo permanente de síntomas que configuren un “síndrome post-abuso”, y no todas las víctimas de abuso infantil manifiestan un daño significativo posterior (Cantón & Cortés, 2015); sin embargo, hay que precisar que si bien existe alguna sintomatología que remite claramente para algunas personas hay otros casos en que la sintomatología parecen agravarse, especialmente si no es tratada inicialmente, como la que tiene que ver con las manifestaciones de agresividad o con problemas sexuales.

Estudios más recientes revelan que este tipo de efectos pueden surgir durante la edad adulta siendo llamados “efectos durmientes” (*sleeper effects*), que ocurren cuando las víctimas adultas de abuso sexual infantil presentan una mayor probabilidad de padecer

trastornos emocionales como depresión, ansiedad, baja autoestima o problemas en las relaciones sexuales (Cantón-Cortés, 2013), así como un control inadecuado de la ira (en el caso de los hombres, la vuelcan al exterior en forma de violencia; en el de las mujeres, la canalizan en forma de conductas autodestructivas).

Cantón y Cortés (2015) mencionan que las sobrevivientes de abuso sexual presentan una probabilidad hasta cinco veces mayor que el resto de la población de ser diagnosticadas con al menos un trastorno de ansiedad como (trastorno de ansiedad generalizada, fobias, trastorno de pánico o trastorno obsesivo compulsivo). Otra consecuencia que se ha relacionado con el ASI ha sido el mayor riesgo de revictimización debido a la mala lectura de señales de peligro como guías de acción deduciendo como tal el posterior abuso sexual o físico de la víctima cuando adulta. Conviene subrayar lo que Pereda, Gallardo y Jiménez (2011) refieren en cuanto a que el ambiente familiar disfuncional influye en el desarrollo de dificultades psicológicas en víctimas de abuso sexual infantil, debido a que reflejan un mayor aislamiento, ansiedad social, menor cantidad de amigos, y de interacciones sociales y comunitarias. Y sin duda, conductas de riesgo, como tener sexo sin protección, ha provocado un aumento en los resultados adversos en el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en mujeres heterosexuales de los 18 a los 30 años (Fergusson, McLeod & Horwood, 2013).

La sensación de falta de control provocada por el abuso sexual en la infancia cuando se percibe que no puede luchar o escapar probablemente actúa como un factor de estrés, tiene efectos sobre el neurodesarrollo. Aunque el cerebro adulto tiene la capacidad para la plasticidad neuronal, el cerebro en desarrollo es claramente más sensible a los efectos de la organización de experiencias. La reorganización neuroplástica puede depender de la

naturaleza y el momento de la experiencia; si una experiencia es altamente repulsiva, el ASI estará asociado con un profundo adelgazamiento cortical altamente específico, afectando precisamente áreas que son críticas para la percepción, áreas sensoriales y / o procesamiento del comportamiento específico implicado en el tipo de abuso, (López, 2012). Varios mecanismos pueden explicar cómo experiencias sensoriales adversas podrían conducir a la alteración y cambio del desarrollo neurológico y por lo tanto estructural, en edad adulta. La estimulación adversa durante períodos críticos del desarrollo emocional de circuitos de regulación también conduce a la evitación cognitiva e inhibición del procesamiento emocional (Heim, Mayberg, Mletzko, Nemeroff & Pruessner, 2013). Los resultados sugieren que la exposición a la adversidad en la infancia provoca mayor nivel de estrés y que si esta experiencia se prolonga por mucho tiempo, el cortisol, daña la transcripción de genes y podría, en última instancia, alterar permanentemente la descendencia, estudios han señalado que algunos datos de la literatura humana proponen que los efectos del estrés persisten más allá de la segunda generación, (Bowers & Yehuda, 2016), o sea que el daño se puede prolongar más allá de la persona dañada.

Numerosos estudios han demostrado que el Trastorno de Estrés Post-traumático (EPT) es una de las consecuencias a largo plazo más frecuentes del ASI, y que a menudo aparece junto a otros problemas emocionales (p.e., Cantón-Cortés & Cantón, 2010; Sarasua, Zubizarreta, Corral & Echeburúa, 2013). Según diversos autores, los porcentajes de EPT en muestras de víctimas de ASI llegan hasta el 36%. Los estudios también han encontrado una relación entre el ASI y el abuso de drogas y alcohol durante la etapa adulta y las conductas delictivas, incluyendo crímenes contra la propiedad, conductas agresivas y violencia, así

como una mayor probabilidad de que los sobrevivientes de ASI abusen de otros niños que el resto de la población.

También se ha encontrado relación entre un historial de ASI y el desarrollo de trastornos disociativos y de personalidad, especialmente el trastorno borderline de la personalidad; pero también otros trastornos como el antisocial, dependiente, evitativo y esquizoide (MacIntosh, 2015). Otras manifestaciones de ASI son la disociación y la evitación/ retirada, problemas con la ira, tensión muscular crónica, y auto-lesiones; aunque es difícil determinar si los síntomas pueden atribuirse directamente al ASI, ya que se necesitan más investigación al respecto. En otros estudios como los de Bifulco, Brown & Adler (1991); Bumam, Stein, Golding, Siegel, Sorenson, Forsythe y Telles (1988) Pribor y Dinwiddie (1992) Saunders et al. (1992) la ansiedad y la depresión son los únicos consistentemente reportados. No obstante, el abuso sexual muestra evidencia de diferentes alteraciones, que pueden estar relacionadas a la fuerza o amenaza ejercidos durante el abuso (Dube, Anda, Whitfield & Brown, 2005).

Habría que decir también que los primeros investigadores del abuso sexual observaron que muchos sobrevivientes desarrollan "un repertorio de comportamiento sexual no selectivo" (Herman, 1981, p. 100), que da lugar a un comportamiento sexual "promiscuo". Más recientemente, la actividad sexual frecuente en el corto plazo con numerosas parejas sexuales ha sido discutida en términos de "conducta sexual indiscriminada". Investigadores de prevención (VIH) han comenzado a reconocer que muchos de los comportamientos sexuales en los adultos asociados con una historia de abuso sexual infantil pueden aumentar

el riesgo a la exposición de la infección por el VIH y otras enfermedades sexualmente transmitidas (Heim, Mayberg, Mletzko, Nemeroff & Pruessner, 2013).

El 30% de las que refieren haber sufrido violencia sexual fueron víctimas de abuso sexual infantil, en cuanto a volver a ser víctima de violencia física y/o sexual, el porcentaje osciló entre un 16% y un 72% (Mora, 2015). La combinación de idealización e hipersexualización, junto con un deterioro de la capacidad para identificar correctamente a las personas que son poco fiables, parecen ser factores críticos para explicar la revictimización; las variables de personalidad, tales como una sensación de inutilidad y culpa, pueden llevar a estas mujeres a exponerse a que los hombres las revictimizen, y así confirmar su baja opinión de sí mismas (Beitchman, Zucker & Hood, 1992). El haber sido víctima de abuso sexual infantil duplica en las niñas el riesgo de vivir agresiones sexuales y malos tratos en la vida adulta (Herman, 2004).

Beltrán (2010) señala que se habla de efectos a largo plazo cuando éstos se encuentran a partir de los dos años siguientes a la experiencia de abuso. Estos efectos son comparativamente menos frecuentes que las consecuencias iniciales, pero el abuso sexual infantil constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de una gran diversidad de trastornos psicopatológicos en la edad adulta. La información actualmente disponible tampoco permite establecer en esta etapa vital un único síndrome específico, o conjunto de síntomas diferenciados, asociado a la experiencia de abuso sexual.

Es necesario precisar que si bien hay alguna sintomatología que remite claramente para algunas personas, especialmente aquella que tiene que ver con las manifestaciones de ansiedad (miedo, problemas para dormir), en otros casos las sintomatologías parecen

agravarse, especialmente si no son tratadas inicialmente, como las que tienen que ver con las manifestaciones de agresividad o las cuestiones sexuales, (evitación del sexo, prácticas sexuales de riesgo y disfunciones sexuales). Así mismo estudios más recientes revelan que este tipo de efectos pueden aparecer mucho más tardíamente de lo que inicialmente se creía. De ahí que, en ocasiones la sintomatología pueda surgir durante la edad adulta, ya sea tras una revictimización o incluso un suceso estresante que haga recordar el abuso sufrido (Cantón- & Cortés, 2013).

Los procesos cognoscitivos subyacentes son importantes. (Sarasua & Zubizarreta, 2012), han estudiado ciertas diferencias individuales en el procesamiento cognoscitivo de la experiencia abusiva, tales como el estilo de afrontamiento, las atribuciones de responsabilidad, los sentimientos provocados por el abuso o el estilo de apego de la víctima, se considera importante el afrontamiento de la víctima ante acontecimientos de tipo estresante, como es el ASI, ya que funge como mediador en la relación entre el suceso estresante y sus consecuencias emocionales. Un apego inseguro puede conducir a la "excesiva búsqueda de ayuda, dependencia, aislamiento social, sumisión e inhibición o a la separación, la impulsividad y la agresión".

Un aspecto fundamental para comprender la supervivencia/sobrevivencia es que ésta hace referencia a una serie de mecanismos o conductas típicas que, aunque en la actualidad o en algún momento de la vida llegaron a ser desadaptativas y a producir grandes sufrimientos, en su origen fueron realizadas y mantenidas como formas útiles de reducir o limitar el daño que ocasionaba vivir la experiencia traumática del abuso.

Existe una relación directa entre las áreas alteradas de la personalidad en la persona y estos mecanismos de sobrevivencia: racionalizar, negar, restar importancia, olvidar, abandonar el cuerpo, vivir en el caos, vivir en la ausencia, vivir en alerta constante, en ocupación constante, comportamientos adictivos. Son patrones o esquemas con base cognitiva, emocional y conductual que la mujer utiliza, y que, aunque producen consecuencias muy negativas a mediano plazo, para ella son más soportables, porque le ayudan a mantener a raya otras emociones insoportables como la ansiedad, el miedo, la rabia, o la culpa.

Por lo que se refiere a la manera de enfrentar el ASI, se sabe que las agresiones sexuales son acontecimientos traumáticos que pueden ocasionar consecuencias psicológicas intensas a corto y a largo plazos en las sobrevivientes. En este evento traumático, uno de los componentes subjetivos son las emociones ante el EPT, síntomas ansioso-depresivos, sentimientos de culpa, miedo intenso a sufrir daños físicos, rabia, sensación de inseguridad, problemas en las relaciones interpersonales, embotamiento afectivo, evitación sexual, etc. Las sobrevivientes de abuso sexual infantil con frecuencia experimentan una amplia gama de dificultades, incluyendo, problemas con la intimidad, con su rol materno y un alto riesgo de ser revictimizadas. Entre otros aspectos se altera la visión de un mundo seguro y benévolo, lo que puede llevar a una pérdida del sentido o propuesta de vida. Sin embargo, el potencial de lograr un ajuste positivo también existe. Estas experiencias pueden dar una oportunidad para el crecimiento y el cambio personal. Por lo tanto, es importante considerar el sentido otorgado al suceso y los esfuerzos de enfrentamiento, como mediadores importantes del proceso de recuperación postraumática (MacIntosh, 2015). Además de que más del 50% de las personas sobrevivientes de ASI padecen un trastorno

de estrés postraumático (EPT) y un malestar emocional clínicamente significativo, las víctimas de abuso sexual infantil pueden experimentar en la vida adulta una tasa de trastornos mentales 2.4 veces mayor que las personas no expuestas a este suceso traumático (Sarasua, Zubizarreta, Corral y Echeburúa, 2012).

En lo que se refiere a los esfuerzos de enfrentamiento otorgados al suceso, como mediadores importantes del proceso de recuperación postraumática, hacemos hincapié en que no todas las mujeres sobrevivientes desarrollan este tipo de problemas, lo que puede relacionarse con una “resolución” de la experiencia traumática a partir del significado que le otorgan al evento y los recursos que utilizan para hacerle frente. Las estrategias de evitación como la negación, el distanciamiento, falta de implicación/compromiso y el autoaislamiento, se asocian con más malestar psicológico (MacIntosh, 2015). Es imperativo concentrar nuestros esfuerzos en la prevención del abuso sexual, por otra parte, los puntos de vista de generalizar los estereotipos de los sobrevivientes de abuso infantil como seres dañados que nunca se recuperan no son útiles. Es importante mencionar que aquellas áreas del sistema nervioso dañado por el abuso cuando los niños fueron abusados y reciben cuidado de crianza de alta calidad. Pueden tener resultados positivos, (incluyendo neurogénesis y el establecimiento de mecanismos alternativos) que subyacen a la curación. (Becker-Blease, 2005)

II. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO

El trauma es una herida psicológica que puede ser producto de una variada cantidad de acontecimientos, principalmente todo aquel que involucre una amenaza a la vida o que atente a la propia integridad física, pero también cuando se es testigo de muerte, amenazas de muerte y atentados o ataque a la integridad física de otras personas. Además del componente psicológico, lo traumático conlleva también una huella biológica, debido a la respuesta ante el grado de estrés desencadenado por estos sucesos.

Por ello, no todas las personas son traumatizadas aunque experimenten los mismos sucesos debido a que una serie de factores personales matizan la manera en que se viven y significan. Sin embargo, sí existen acontecimientos que tienen una mayor probabilidad de impactar a quienes los padecen la mayor parte del tiempo por ejemplo, los que son llevados a cabo por el ser humano vs. los que son accidentales o producto de desastres naturales o los que ocurren en la infancia vs. los que ocurren en la adultez.

Pero además, un trauma supone un mayor malestar y sufrimiento si ocurre por causa humana, de manera brusca e inesperada, y si tiene consecuencias dramáticas. Este tipo de acontecimientos sobrepasan con frecuencia la capacidad de respuesta de una persona, que puede sentirse incapaz de adaptarse al nuevo acontecimiento y perder la esperanza en el futuro, Echeburúa (2004). Cualquier experiencia traumática afecta de forma significativa la vida de los sujetos; el trauma amenaza a las tres áreas de confianza del ser humano: ver al mundo como suficientemente bueno y con un significado; y verse a sí mismo/a como una persona que vale.

El trauma complejo, cuya definición diagnóstica para individuos sobrevivientes a una exposición traumática repetida y prolongada es una propuesta que no fue aceptada para el DSM-5, pero se espera que para la CIE-11 si se acepte y poder así tener en términos generales donde poder ver la referencia a las consecuencias de traumas crónicos y de larga duración, para un diagnóstico más acertado y por consiguiente un mejor tratamiento.

El enfoque teórico de abordaje es precisamente la teoría sobre el trauma, particularmente la que aborda los efectos del trauma infantil en el desarrollo, y que considera no solamente aquellos sucesos agudos y únicos que suelen asociarse con el desarrollo de la sintomatología del Trastorno por Estrés Postraumático, sino también aquellos que son crónicos y repetidos que se vinculan más con expresiones acordes con lo que se denomina el Trauma Complejo. El ASI suele ser crónico y repetido, además involucra la sexualidad, por lo que como ya vimos, tiene altas probabilidades de generar secuelas a largo plazo en las sobrevivientes, y la propuesta de Trauma Complejo es de gran utilidad, pues incluye entre sus manifestaciones las alteraciones o distorsiones sobre la propia persona (como la sensación de impotencia o de estar paralizada para tomar iniciativas, la vergüenza, y la culpa) y las relaciones interpersonales (como aislarse y distanciarse, buscar repetidamente una persona rescatadora o fracasos repetidos para autoprotgerse).

Es por ello que la teoría del trauma contiene la teoría de respuesta al estrés ya que nos ayuda a comprender sus mecanismos en las múltiples áreas de funcionamiento afectadas en los eventos traumáticos y poseen una elevada probabilidad de ocurrir y una baja capacidad de control. El modelo de diátesis-estrés plantea que cada persona tiene un grado de vulnerabilidad o umbral. Un síntoma puede ser accionado en una persona vulnerable, por

factores de estrés relativamente menores, mientras que en una persona no vulnerable sólo los grandes eventos catastróficos podrían inducir la misma reacción de estrés; sin embargo, efectos agregados de múltiples factores de estrés ambiental pueden producir síntomas de trauma, incluso en personas menos vulnerables y son llamados síntomas del trauma tipo II, (Kira, 2001).

El abuso sexual puede ser altamente aterrador, como en el caso de la violación por un extraño, y si a esto se añade que existen muchas formas de victimización como la pérdida o abandono de los padres, en el cuidado de crianza, la relación con una familia abusiva, ser testigo de trauma y el trauma secundario son también aspectos de la victimización para algunas personas.

Clarificar nuestra definición de trauma conducirá a una aclaración y ampliación de los efectos del trauma. Existe toda una clase de dificultades después de un traumatismo, por ejemplo; Las dificultades sexuales y del sueño son comunes entre los sobrevivientes de abuso sexual. Investigaciones existentes sobre los efectos del trauma tienden a centrarse en los efectos negativos que se tratan como condiciones estáticas o rasgos no como parte de un proceso de supervivientes es necesario moverse hacia la comprensión de trauma, de ellos mismos, y el futuro (Kira, 2001).

El trauma complejo, produce la mayoría de las veces graves efectos en la salud mental, por ejemplo, la disociación, somatización, trastornos de la personalidad, trastornos de estrés extremo (Kira, 2001).

La exposición a los diferentes tipos de trauma puede ser una forma que afecta a una serie de factores psicológicos (estrés, depresión, ansiedad), sociales (problemas

interpersonales) y los resultados de salud físicos los cuales se relacionan con resultados concretos. Esperamos que en el futuro, la investigación sobre la violencia ayude a que tengamos una comprensión mucho más amplia y más profunda de los traumas que causan efectos de larga duración (Becker-Blease, 2005).

II.I Definición y características del Trastorno por Estrés Postraumático

La exposición a más de una forma de victimización (maltrato físico, abuso sexual, abandono, acoso escolar) conlleva a presentar consecuencias emocionales más graves, dado que el efecto de las distintas experiencias de vulneración sería acumulativo. (Guerra & Farkas, 2015). Si en la edad adulta el trauma continuo daña la propia estructura de la personalidad, en la infancia la construye y la deforma, (Herman, 2000). Si la construcción del autoconcepto y la propia personalidad se fundamenta en creencias de culpa, vergüenza y estigma como sentirse o “ser merecedora de...” o por el contrario “no ser merecedora” de nada positivo por ejemplo: cuando la persona que comete el abuso es alguien significativo, la niña se encuentra ante una relación difusa en la cual lo que debería ser fuente de amor es también fuente de terror y ese agresor que debería ser quien la cuida y protege en el momento de que el adulto comete el daño u abuso la niña se siente en una situación de amenaza, la cual va a provocar que se activen las conductas de apego, dándose así una conducta paradójica de acercamiento, pues se busca la protección de parte de quien hace el daño, (Mora, 2015). El resultado es que se dude de lo vivido y de la interpretación del mundo, generándose así una desconfianza hacia lo que se piensa, se siente o se hace; los traumas no resueltos generan déficits profundos en la capacidad para integrar las experiencias, de tal manera, que se produce una disminución o estrechamiento de la

conciencia, dando lugar a que las cogniciones, emociones, recuerdos y sensaciones corporales queden separados, sin integrar, haciendo así la experiencia más soportable, pues están en otro nivel de conciencia, (Mora, 2015).

Pierre Janet aportó una definición de trauma psíquico ya en 1894, que luego matizó en 1919:

“Es el resultado a una exposición o acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona. Cuando las personas se sienten demasiado sobrepasadas por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras. El terror se convierte en una fobia al recuerdo que impide la integración (síntesis) del acontecimiento traumático y fragmenta los recuerdos traumáticos apartándolos de la consciencia ordinaria, dejándolos organizados en percepciones visuales, preocupaciones somáticas y reacciones conductuales”.

La persona que experimenta una situación de amenaza psicológica o vital a la que no puede enfrentarse de manera que pueda hacerla desaparecer ni consiga huir, puede llegar a utilizar la disociación en el momento del trauma y las personas con una historia de violencia en la infancia, especialmente de ASI son más susceptibles de presentar hiperactivación, parálisis y retraumatización (Salvador, 2010). Es así como a consecuencia de la disociación, no se produce la integración de la información mayor o menormente; las personas encuentran que no pueden ajustar las experiencias traumáticas con su sentido de quiénes son y cómo perciben el mundo; estas experiencias separan los aspectos de la conciencia que no influyen en el nivel del individuo en el día a día y los individuos traumatizados a menudo tienen amnesia en fragmentos significativos de sus vidas;

somatizaciones, dificultades para sentir distintas partes del cuerpo, despersonalización, desrealización, flashback. Debido a estas situaciones, individuos crónicamente traumatizados con frecuencia sienten que nadie puede entender su experiencia, y pueden minimizar drásticamente sus propias experiencias aparentando que no han tenido un gran impacto en ellos y que no tienen que ver con sus dificultades actuales (Luxenberg, Spinazzola & Kolk, 2001).

Bessel y van der Kolk (2001) consideran que dichos rasgos deben ser reconocidos como parte de un espectro de problemas relacionados con el trauma experimentado por las víctimas, los cuales se producen en función del momento de desarrollo que se produjo el trauma, la relación entre la víctima y el agresor, la duración de la experiencia traumática y la disponibilidad de apoyo social; esto es lo que ellos llaman Trauma Complejo (TC), Bessel (2001).

a) Criterios diagnósticos DSM-5 y CIE 10

La Asociación Americana de Psiquiatría ha lanzado recientemente su última versión del DSM-5 en la cual se tomó un enfoque diferente, y explícitamente tenía como objetivo extender la definición de trastorno de estrés postraumático más allá de la construcción de miedo. Una motivación principal para este cambio fue la percepción de que los supervivientes de trauma muestran gran variedad de síntomas de angustia, pero que no puede cumplir los criterios tradicionales para el trastorno de estrés postraumático; en consecuencia, se consideró que éste debe ser reconocido por la adición de un clúster adicional de síntomas que reconocieron formalmente el papel de las alteraciones negativas en la cognición y el estado de ánimo y que se incluyen los nuevos síntomas de estados

emocionales negativos generalizados, valoraciones negativas sobre uno mismo, síntomas de evitación y la amnesia también fueron incluidos en este grupo. En total, el DSM 5 aumentó el número de síntomas de 17 que tenía el DSM IV TR a 20. Para cumplir los criterios DSM 5, el individuo tiene que haber sufrido una experiencia traumática marcada y satisfacer a cada uno de los síntomas de volver a experimentar, la evitación, la excitación y alteraciones negativas en el estado de ánimo y la cognición. La persona tiene que tener deterioro, y reportar los síntomas durante al menos un mes después del evento traumático. (ver comparación criterio DSMIVTR y DSM 5).

Criterios diagnósticos del Trastorno por Estrés Postraumático

DSM IV TR	DSM 5
A. La persona ha estado expuesta a un evento traumático en el que:	A. La persona ha estado expuesta a: muerte o amenaza de muerte o <small>continúa</small>
	<small>continuación</small> B. peligro de daño grave, o violación sexual real o amenaza, en una o más de las siguientes maneras:
1) Ha experimentado, presenciado o confrontado acontecimientos caracterizados por muerte o amenazas para su integridad física o de las demás personas.	1) Experimentar uno mismo el acontecimiento.
	2) Ser testigo del acontecimiento que le ha ocurrido a otro.
	3) Tener conocimiento de un acontecimiento que le ha ocurrido a alguien cercano o a un amigo.
	4) Experimentar exposiciones repetidas o de extrema aversión a detalles del acontecimiento (por ejemplo; personal de emergencias que recoge partes de cuerpo; agentes de policía expuestos repetidamente a detalles sobre abuso infantil.
C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a	B. Síntomas intrusivos que están asociados con el acontecimiento

<p>través de una (o más) de las siguientes formas:</p>	<p>traumático (iniciados después del acontecimiento traumático), tal y como indican una (o más) de las siguientes formas:</p>
<p>1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusivos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.</p>	<p>1) Recuerdos dolorosos del acontecimiento traumático, espontáneo o antecedentes recurrentes, e involuntarios e intrusivos.</p>
<p>2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.</p>	<p>2) Sueños recurrentes angustiosos en los que el contenido y/o la emoción del sueño están relacionados con el acontecimiento.</p>
<p>3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).</p>	<p>3) Reacciones disociativas (por ejemplo, flashbacks) en el que el individuo se siente o actúa como si el acontecimiento traumático estuviese ocurriendo (estas reacciones pueden ocurrir en un continuo en el que la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno).</p>
<p>4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.</p>	<p>4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o <small>continúa</small> continuación 5) recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.</p>
<p>5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.</p>	<p>6) Importantes respuestas fisiológicas al recordar el acontecimiento traumático.</p>
<p>C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:</p>	<p>D. Evitación persistente de estímulos relacionados con el acontecimiento traumático (iniciados después del acontecimiento traumático), a través de la evitación de una (o más) de las siguientes formas:</p>
<p>1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.</p>	<p>1) Evitación de recordatorios internos (pensamientos, sentimientos o sensaciones físicas) que estimulan recuerdos relacionados con el acontecimiento traumático.</p>
<p>2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma</p>	<p>2) Evitación de recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que estimulan recuerdos relacionados con el acontecimiento traumático.</p>
<p>E. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes</p>	<p>D. Alteraciones negativas en las cogniciones y del estado de ánimo que se</p>

del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:	asocian con el acontecimiento traumático (iniciadas o empeoradas después del acontecimiento traumático), tal y como indican tres (o más) de las siguientes formas:
1. Dificultades para conciliar y mantener el sueño.	1) Incapacidad para recordar un aspecto importante del acontecimiento traumático.
2. Irritabilidad o ataques de ira.	2) Persistentes y exageradas expectativas negativas sobre uno mismo, otros, o sobre el futuro.
3. Dificultades para concentrarse.	3) Culpa persistente sobre uno mismo o sobre los otros, sobre la causa o las consecuencias del acontecimiento traumático.
3. Hipervigilancia	4) Estado emocional negativo generalizado, por ejemplo: miedo, horror, ira, culpa o vergüenza.
	5) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativa. continúa
	Continuación
	6) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
	7) Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas.
	F. Alteraciones en la activación y reactividad que están asociados con el acontecimiento (iniciadas o empeoradas después del acontecimiento traumático), tal y como indican tres (o más) de las siguientes formas:
	1) Comportamiento irritable, enojado o agresivo.
	2) Comportamiento temerario o autodestructivo.
	3) Hipervigilancia.
	4) Respuestas exageradas de sobresalto.
	5) Dificultades para concentrarse.
	6) Trastornos del sueño, por ejemplo: dificultad para quedarse o permanecer dormido.
E .Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más	G. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B,C, D y E) se prolongan

de un mes.	más de 1 mes.
F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes e la actividad del individuo.	H. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
	I. Los problemas no se deben a efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una condición médica general.
Especificar si: Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses. Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más. Especificar sí: De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.	Especificar si: Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses. Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más. Especificar sí: De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Como se observa, una de las consecuencias de la nueva definición es que el trastorno es mucho más heterogéneo de lo que previamente se consideró porque para satisfacer los criterios que como mínimo debe tener cada grupo implica identificar marcadores característicos del trastorno y la falta de homogeneidad puede representar un obstáculo significativo en la investigación por resultados mixtos, falta de replicación o poca especificidad. Aunque el DSM 5 tiene como objetivo la utilidad clínica, el aumento de la heterogeneidad se refleja y plantea serias dudas sobre la utilidad del diagnóstico para avanzar en la agenda de investigación. Dadas las muchas preguntas referentes a las características del trastorno son: neuronales, genéticas, cognoscitivas y conductuales, se duda que la nueva definición facilitará la aclaración de estas cuestiones (Nemeroff, Weinberger & Rutter 2013).

El EPT permite identificar los efectos de un evento traumático en la vida de las personas, y no obstante, en la vida de las personas difícilmente se encuentra un solo evento

traumático, especialmente en formas de violencia que son recurrentes en nuestra sociedad, es por eso que el sufrir eventos traumáticos de forma crónica o reiterada provoca perturbaciones psicológicas que no son comprendidas dentro del diagnóstico de EPT (Van der Kolk et al., 2005).

En el caso de la Clasificación de Enfermedades Mentales (CIE-10) F43.1 se habla del trastorno de estrés post-traumático. Este trastorno surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez. Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas.

El consumo excesivo de sustancias psicotropas o alcohol puede ser un factor agravante. El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad.

II.2 Definición y características del Trastorno por Estrés Postraumático Complejo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso a la Asociación Psiquiátrica Americana que deben distinguirse los hechos traumáticos tipo I (puntuales y sorprendidos, cuyo paradigma sería un accidente de tráfico en una persona sin factores de riesgo) y los tipo II (crónicos, prolongados en el tiempo o asociados a horror extremo, cuyo paradigma sería la violencia prolongada), OMS (1992). Este último tipo de trauma está relacionado con sistema de acción disociado y mal adaptado que constituyen grupos sintomáticos independientes, como: alteraciones en la regulación afectiva e impulsos, alteraciones en la percepción de sí mismo, somatizaciones, alteraciones en la atención, conciencia, en las relaciones interpersonales y en los sistemas de valores personales. La traumatización comporta esencialmente un cierto grado de división o disociación de los sistemas psicobiológicos que constituyen la personalidad del sujeto. Una o más de las partes disociadas evitan los recuerdos traumáticos y desempeñan las funciones de la vida diaria mientras que la otra o más partes de ella persisten sujetas a las experiencias traumáticas y a las acciones defensivas (Hart, Nijenhuis, & Steele, 2004). De igual manera, se aprenden a relacionar emociones como el miedo con una respuesta fisiológica de excitación sexual o

con un contexto erótico, lo que estimula una “erotización del miedo”, que afecta la regulación de sus emociones y al desarrollo saludable de su sexualidad, Mora (2015).

López (2008) señala que en cualquier etapa del desarrollo de la persona, la presencia de acontecimientos estresantes o situaciones vitales hostiles es importante en relación a la salud física y psicológica, pero que durante la infancia especialmente su impacto suele ser negativo. Por ello, cuando un menor sufre condiciones de crianza inadecuadas o claramente negativas, los efectos en su desarrollo como persona pueden ser muy graves, ya que influyen en un gran número de variables psicológicas, la maduración del sistema nervioso y neuroendocrino (Kolk, Hostetler, Herron & Fisler, 1994); al mismo tiempo se generan graves problemas de personalidad y de adaptación o una ruptura que en términos de Erikson es llamada "confianza básica" y "autonomía" la cual es descrita como la sensación física de confianza. Él bebé recibe el calor del cuerpo de la madre y sus cuidados amorosos. Aquí es donde desarrolla el vínculo que será la base de sus futuras relaciones con otras personas importantes; son las experiencias más tempranas las que proveen aceptación, seguridad, y satisfacción emocional y que están en la base de nuestro desarrollo de individualidad. Depende entonces del sentimiento de confianza que tengan los padres en sí mismos y en los demás, el que lo puedan reflejar en sus hijos (Erikson, 1972).

Batres (2012) agrega que las sobrevivientes por efecto del trauma psicológico pierden capacidades básicas para la confianza, la autonomía, la iniciativa, la competencia, la identidad y la intimidad.

a) Propuesta de inclusión del Trastorno por Estrés Postraumático en el DSM V y la CIE 10.

Por lo que se refiere a la nueva propuesta de la CIE 11, la OMS está conduciendo algunos estudios de campo de casos controlados utilizando un método mediante viñetas, en las cuales clínicos, hicieron a los médicos preguntas clave, entre éstas si ellos podían diferenciar EPT complejo del Trastorno de estrés postraumático con base en la presencia o ausencia de síntomas en los tres dominios adicionales, los resultados de este estudio fueron; que las guías diagnósticas propuestas específicamente para los trastornos asociados con el estrés podría ser precisa y consistente con los aspectos de la CIE-11, para evaluar la aplicación de las guías diagnósticas para los trastornos específicamente relacionados con el estrés, siempre y cuando precisaran algunos puntos que se espera sean aprobados por la Asamblea Mundial de la Salud en 2018, incluye la adición del EPT complejo, del Trastorno por duelo prolongado, Trastorno de adaptación y Reacción aguda al estrés (Keeley, & cols. 2016).

Con estas encuestas conducidas por la OMS en colaboración con organizaciones internacionales de psiquiatras y psicólogos, se demostró que las categorías de Trastornos específicamente relacionados con el estrés son de las más empleadas en la práctica clínica cotidiana. Por ejemplo, el TEPT fue la 7ª categoría de entre las más frecuentemente utilizadas por los psiquiatras (Reed, Correia, Esparza, Saxena y Maj, 2011) y la 8ª entre los psicólogos (Evans et al., 2013), se pidió también que los participantes sugirieran qué categorías diagnósticas debían agregarse a la clasificación. El TEPT complejo fue la categoría más frecuentemente recomendada para su inclusión, el Trastorno de duelo

prolongado (u otras formas de duelo patológico) fue la 11ª categoría entre las más recomendadas (Robles et al., 2014). El trastorno de estrés postraumático complejo no es de hecho un trastorno completamente nuevo, sino más bien representa una reformulación integral del diagnóstico: Cambio duradero de la personalidad después de una experiencia catastrófica (F 62 de la CIE-10).

El EPT complejo puede desarrollarse después de la exposición a un evento o series de eventos de naturaleza extrema, prolongada o repetitiva que se experimentan como extremadamente amenazantes u horriblos y de los que escapar es difícil o imposible (por ejemplo, tortura, campos de concentración, violencia doméstica prolongada, abuso sexual o físico repetido). Las características esenciales propuestas para el diagnóstico incluyen los tres síntomas centrales del EPT a los que se suman perturbaciones específicas en tres dominios: (a) problemas graves y persistentes de regulación afectiva; (b) creencias persistentes acerca de uno mismo como estar disminuido, derrotado o sin valor, acompañadas de sentimientos profundos y penetrantes de vergüenza, culpa o fallo relacionados con el estresor; y (c) dificultades persistentes para mantener relaciones interpersonales y para sentirse cercano a los demás. (Keeley et al 2016), refiere que con este cambio buscan el mejor ajuste a los casos de EPT y EPT complejo para diagnosticar con mayor fiabilidad así como proporcionar evidencia directa en relación a la sintomatología de la naturaleza del estresor que el individuo experimentó e implementar un tratamiento adecuado. (Keeley, y otros, 2016). El conjunto de síntomas incluidos bajo la nomenclatura DESNOS es sólido con hallazgos empíricos y modelos de desarrollo con respecto al impacto a largo plazo del abuso sexual infantil. Por ejemplo, problemas de salud de etiología desconocida, disociación, construcciones problemáticas afectivas y cognitivas

del yo, del mundo y de otros, Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., Van Der Kolk, B., & Mandel, F. S. (1997), defendieron esta nomenclatura para fin de explicar el difícil síndrome resultante de esta dinámica múltiple, en donde se describen alteraciones en siete dominios de funcionamiento en el trastorno de estrés postraumático complejo en adultos que a continuación se describen:

ALTERACIONES EN LA REGULACIÓN DEL AFECTO/IMPULSO
<ul style="list-style-type: none"> • Auto-lesiones • Preocupación suicida crónica • Inhibición o externalización extrema de la ira • Sexualidad en extremo inhibida o compulsiva
ALTERACIONES EN LA ATENCIÓN Y CONCIENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Amnesia o hipermnesia sobre los acontecimientos traumáticos • Episodios disociativos transitorios • Despersonalización/desrealización • Revivir experiencias, ya sea como síntomas intrusivos o preocupación obsesiva
ALTERACIONES EN LA AUTO-PERCEPCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de impotencia o de estar paralizada para tomar iniciativas • Vergüenza, culpa y auto-culpabilización • Sensación de cargar con un estigma • Sensación de ser una persona totalmente diferente a las otras (única, sola, imposible de ser comprendida, separada de la humanidad)
ALTERACIONES EN LA PERCEPCIÓN DEL ABUSADOR
<ul style="list-style-type: none"> • Atribuciones irreales sobre el poder el perpetrador • Idealización o gratitud paradójica • Sensación de tener una relación sobrenatural o especial • Aceptación de las racionalizaciones o sistemas de creencias del perpetrador
ALTERACIONES EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES
<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento y distanciamiento • Búsqueda repetida de una persona rescatadora • Desconfianza persistente • fracasos repetidos para auto-protegerse
SOMATIZACIÓN Y/O PROBLEMAS MÉDICOS
<ul style="list-style-type: none"> • Reacciones somáticas • Condiciones médicas que pueden explicar directamente el tipo de abusos sufridos
ALTERACIÓN DEL SISTEMA DE SIGNIFICADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la fe • Sensación de desesperanza y desesperación

Existen personas con sistema de creencias firmes y sólidas capaz de resistir las pruebas de abuso prolongado y salir adelante con su fé íntegra; sin que puedan afectarlas, sin embargo, Herman, (1992), describió cómo en la gran mayoría se dan estas alteraciones, en las de afecto/impulso, la victima siente el dolor de estar solo y ser abandonado tanto por el hombre como por Dios, muchas veces estas víctimas de abuso permanecen en un estado de depresión prolongada, que combina los síntomas con el EPT, construyendo la llamada “Triada Superviviente”. Insomnio, pesadillas y quejas somáticas, es así como explosiones de ira pueden exacerbar el retiro social y la iniciativa: además de que este enojo no expresado contra aquellos que permanecieron indiferentes pueden imposibilitar la restauración de las relaciones y la interiorización de esta rabia puede producir intentos de suicidio frecuente, en cambio; la auto-mutilación es un comportamiento repetitivo bastante distinto al suicidio, esta forma compulsiva está asociada con una forma de ataque al cuerpo cuando el abuso comenzó en la niñez. También existe dificultad en la modulación de la sexualidad, que puede ir desde hipersexualidad, (relaciones compulsivas) a hiposexualidad o (extremadamente inhibida), Herman, (1992)

Cuando se altera la atención y conciencia se percibe que no se puede luchar o escapar, y es fehaciente el peligro a una grave amenaza, en ese momento la persona irrumpe en una realidad alterada en donde la psique se disocia de la experiencia y los aspectos emocionales, sensoriales, cognitivos y conductuales del suceso traumático no son integrados, produciendo una fragmentación mental, estos mecanismos pueden ir desde niveles de: amnesia, (olvidar para sentirse anestesiado y no sentir dolor), cortar las emociones (embotamiento o entumecimiento) sentirse fuera del cuerpo (despersonalización) sentirse

alejado de la realidad, (irrealidad) separar diferentes partes de la personalidad (TPM), Herman, (1992).

En la alteración de la autopercepción; al estar una persona sujeta a una relación de control coercitivo se producen profundas alteraciones en la identidad y del cuerpo, creen tener un yo contaminado, culpable, sucio o sentir vergüenza.

La falta de control sobre su vida, puede producir, ambivalencias descritas como dificultad para tolerar estar solo y terror de ser abandonado, además, oscilan entre extremos de sumisión y rebelión y cambios duraderos de la personalidad, Herman, (1992)

Asimismo en las alteraciones en la percepción del abusador y la relaciones interpersonales, la víctima se vuelve dependiente del perpetrador, así como pasiva o indefensa, el evento se convierte en parte de su vida interior y continúa absorbiendo su atención. Comienzan a haber cambios patológicos en la relación, (recurso de la violencia).

A continuación se enumera como:

- 1.- Se destruye el sentido del yo.
2. Se fomenta un apego patológico para poder establecer el control sobre otra persona.
- 3.- Se destruye el sentido de autonomía, mediante el control del cuerpo, el agresor lo logra mediante la humillación y el aislamiento. El perpetrador tratara de destruir el apoyo emocional y prohibir la comunicación. Herman, (1992)

En cuanto a la somatización el trauma repetido parece amplificar los síntomas del EPT, provocando hipervigilancia, ansiedad y agitación, sin lograr encontrar un estado de calma, el insomnio, dolores de cabeza por tensión, alteraciones gastrointestinales, dolor abdominal,

de espalda o pélvico son muy frecuentes. También los sobrevivientes se quejan de temblores, sentir que se asfixian o náuseas.

Por último en la alteración del sistema de significados; todo esto provoca la pérdida de la iniciativa, apatía, desamparo, aislamiento con retirada, pérdida de fé con desesperanza, además, mayor riesgo de sufrir daños repetidos en la vida adulta, como: el riesgo de violación, acoso sexual y maltrato, se duplica en sobrevivientes de ASI debido a que capacidades de cuidado y protección nunca las han podido extender a sí mismos. Herman, (1992).

III.3 Factores asociados con el desarrollo de trauma complejo en sobrevivientes

Desde el punto de vista del trauma en sí mismo, lo que pronostica que se vaya dificultando la evolución a largo plazo es la presencia de sucesos traumáticos diversos en la víctima. Por ello, se han estudiado una serie de variables como el tipo de abuso, su frecuencia y duración, la relación con el agresor, y el uso de la fuerza. Los resultados indican que las consecuencias son más graves cuando: los abusos se han producido con más frecuencia y prolongado durante más tiempo, el agresor ha recurrido al empleo de la fuerza, se han realizado actos más violentos físicamente, y cuando existe una relación próxima entre víctima y agresor, sobre todo si se trata de una relación incestuosa con el padre o padrastro. Hay que tener también en cuenta que muchos niños experimentan más de un tipo de abuso, habiéndose demostrado que las víctimas de abuso sexual que también son objeto de maltrato físico, maltrato emocional o negligencia física o emocional presentan más problemas; el maltrato físico aumenta el riesgo de ideas suicidas entre las víctimas de abuso sexual, especialmente entre los adolescentes que continúan siendo objeto de abusos

sexuales (Cantón & Cortés, 2015). El trauma puede afectar a una amplia variedad de funciones de memoria. Éstas se pueden clasificar en cuatro grupos diferentes de trastornos funcionales: amnesia traumática, deterioro de la memoria global, procesos disociativos, y organización sensoriomotora de los recuerdos traumáticos, además de otra sintomatología.

- La amnesia traumática. En el abuso sexual en la infancia, cuanto menor es la edad en el momento del trauma, y cuanto más prolongado el evento traumático, mayor es la probabilidad de que haya amnesia significativa, la amnesia para estos eventos traumáticos puede durar horas, semanas o años. Comúnmente, el recuerdo se desencadena por la exposición a la estimulación sensorial o afectiva que coincidan con elementos sensoriales o afectivos asociados con el trauma. Por lo general, se acepta que el sistema de la memoria se compone de redes de información relacionada: la activación de un aspecto facilita la recuperación de recuerdos asociados (Van der Kolk & Fisler, 1995).

- El deterioro de la memoria global. Este problema es más difícil cuando se trata de un trauma infantil, debido a que los niños tienen una menor capacidad mental para elaborar una narrativa congruente a partir de los hechos traumáticos. Es necesario más investigación para explorar la observación clínica basada en los adultos que fueron traumatizados crónicamente y como los niños sufren de deterioro generalizado de recuerdos culturales y autobiográficos. La combinación de falta de memoria autobiográfica, seguida de disociación y de los esquemas de significado que incluyen la victimización, la impotencia y la traición, pueden tener poca relación con las realidades actuales de la vida (Van der Kolk & Fisler, 1995).

- Procesos disociativos: La disociación se describe como una segmentación de la experiencia: elementos de la vivencia no están integrados en un conjunto unitario y se

almacenan en la memoria como fragmentos aislados que consisten en las percepciones sensoriales o estados afectivos, cuando las personas se sienten amenazadas, experimentan una reducción significativa de la conciencia, y permanecen centrados en los detalles de percepción centrales. A medida que las personas están traumatizadas, tienen un estrechamiento de la conciencia a veces se convierte en la amnesia para las partes del evento, o para toda la experiencia (Van der Kolk & Fisler, 1995).

- La organización sensoriomotora: Los recuerdos del trauma se desarrollan, al menos inicialmente, como fragmentos de los componentes sensoriales del evento: imágenes visuales, olfativas, auditivas o sensaciones cinestésicas, u ondas intensas de sentimientos (que por lo general los pacientes dicen ser representaciones de elementos del evento traumático original). Los pacientes señalan que sus percepciones son representaciones exactas de las sensaciones en el momento del trauma. Los recuerdos traumáticos provocan disminución de la activación del área de Broca, la parte del sistema nervioso central que participan más en el centro de la transformación de la experiencia subjetiva en voz. Simultáneamente, las áreas en el hemisferio derecho que se piensan para procesar las emociones intensas e imágenes visualizadas aumentan significativamente la activación, Las personas que han aprendido a lidiar con el trauma disociándose, son vulnerables a seguir haciéndolo en respuesta a las tensiones de menor importancia (Van der Kolk & Fisler, 1995).

- La sintomatología depresiva muestra evidencias de experiencias de revictimización; ideas y comportamientos suicidas, sobre todo cuando han sido expuestos a la fuerza o la violencia.

- Trastornos de personalidad como el TLP, pueden estar asociados con una historia de abuso tanto sexual como físico, una larga duración de abuso se asocia con un mayor impacto; el uso de la fuerza o amenaza de fuerza se asocia con resultados más negativos; abuso con penetración (coito o sexo oral-genital) se asocia con un mayor daño a largo plazo así como con la participación de un padre o padrastro. Este tipo de información ayuda a precisar las características detalladas de esta forma de maltrato infantil, que especialmente posibilitarían en el desarrollo de programas e intervenciones (Dube, Anda, Whitfield & Brown, 2005).

Lo dicho hasta aquí parece confirmar el malestar de las personas que han experimentado estos eventos en la niñez y la diversa sintomatología que puedan llegar a presentar así como la incapacidad para procesar la información de manera simbólica, además de la dificultad para transformarlos en una narración y que sin embargo, esta situación puede ser mitigada si se comprende que existen diversos niveles de complejidad.

III. IMPACTO EMOCIONAL DEL ASI EN EL DESARROLLO DE LA PERSONA Y EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES

III.1 Experiencia subjetiva y emociones negativas asociadas

Con el fin de profundizar en la experiencia subjetiva relacionada con el abuso, se abordan más detalladamente en este capítulo dos de las dimensiones que la literatura clínica y de investigación señala como posiblemente afectadas por las experiencias de abuso sexual infantil son las distorsiones en la autopercepción y las alteraciones en las relaciones interpersonales, las que suelen asociarse con emociones relacionadas con el trauma, que se expresan mentalmente a través de sentimientos tales como humillación, vergüenza, remordimiento, culpa, auto-desprecio, asco ira y miedo (González, 2016; Gorg et al. 2016), también denominadas (trauma-related, emotions) por Follette, (1996). Estos aspectos pueden contribuir a la presencia de dificultades para el auto-cuidado y para tener relaciones saludables. Entre las principales afectaciones en las relaciones personales (Tummala-Narra, 2012) menciona las siguientes:

- (1) La seguridad y poder en las relaciones.
- (2) La naturaleza y calidad de las relaciones con los demás.
- (3) Sentimientos acerca de uno mismo en el contexto de las relaciones.

Herman (1992) ha descrito el proceso involucrado en etapas con el establecimiento de la seguridad y la confianza en la recuperación del trauma complejo. En concreto, argumenta que la seguridad consiste en lograr una sensación de poder y control, comenzando con una creciente sensación de control sobre el cuerpo de uno que se extiende gradualmente hacia el

medio ambiente, ya que en un inicio las personas afectadas con un trauma describen tener la sensación de que el mundo no es un lugar seguro. Si bien las cuestiones de seguridad son especialmente críticas en la primera etapa de tratamiento de los traumas y la recuperación, tiene sentido que los sobrevivientes de trauma complejo lidien con la seguridad en las distintas etapas de la reparación debido a la complejidad del proceso del trauma.

III.2 Alteraciones en las relaciones interpersonales

La naturaleza y calidad de las relaciones con los demás reflejan las manifestaciones específicas de estrés postraumático, como la dificultad para establecer la confianza y la seguridad en las relaciones, los sobrevivientes de trauma complejo negocian el estrés relacional, tanto dentro como fuera de la relación terapéutica ya que existen preocupaciones acerca de confiar en los demás y se sienten vulnerables en las relaciones.

Herman (1992) describe el proceso de recuperación como algo similar a "correr una maratón", donde un sobreviviente reconoce que la recuperación es una "prueba de resistencia, lo que requiere una larga preparación y la práctica repetitiva" (p. 17)

La recuperación de un trauma implica un análisis de múltiples dimensiones afectadas potencialmente por la experiencia de un evento traumático, incluyendo la memoria, el afecto, la superación, la autoestima, la auto cohesión, el apego y la creación de sentidos,.. (Tummala-Narra, 2012).

“La experiencia subjetiva hace referencia a la experiencia misma que el sujeto vivencia y que interpreta desde su propia subjetividad. El individuo está en la capacidad de interpretar las realidades vividas desde su propio ser, utilizando la subjetividad que es la

cualidad que le da un toque individual a los acontecimientos reales.” P. 53 Agurto, C. A. (2011).

Como se ha planteado, se considera que dichas emociones se relacionan con estas afectaciones en la autopercepción y en las relaciones personales, que pueden considerarse en sí mismas como síntomas de estrés postraumático, tanto “simple” como “complejo”. Es importante señalar “las personas que han estado sometidas a un trauma prolongado y repetido desarrollan una forma de desorden de estrés postraumático progresiva e insidiosa que invade y erosiona la personalidad... No resulta sorprendente que la repetición del trauma amplifique todos los síntomas de hiperactivación del síndrome de estrés postraumático” (Herman, 2004, p.144). El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) no contiene como tal el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, el diagnóstico más próximo sería el Trastorno de Estrés Postraumático y queda definido a un número muy limitado de contextos.

Estudios previos de (Zinzow, Seth, Jackson, Niehaus, & Fitzgerald, 2014), indican que las características de la familia, tales como el estilo de crianza y la psicopatología de los padres, afecta cognoscitivamente la forma de atribución de los niños. Por ejemplo, la paternidad que se caracteriza por la crítica, bajo el cuidado y disciplina dura se ha relacionado con estilos cognitivos y de atribuciones negativas y tienden a experimentar sentimientos de vergüenza o culpa, estas atribuciones a menudo se miden con un solo componente (internas), esta manera de medición no tiene en cuenta las múltiples formas que las atribuciones pueden tomar, las únicas que toman en cuenta son, culparse a sí mismo por padecer el abuso, culparse a sí mismo por no reconocer o revelar el abuso, estos

factores contribuyen a estilos cognitivos depresógenos, y establecen medidas de gravedad de los abusos, (duración y tipo de abuso). (Zinzow, Seth, Jackson, Niehaus, & Fitzgerald, 2014) comentan que la otra forma las atribuciones (externas), tales como culpar al autor, a la familia o a los miembros de la familia que se culpan por permitir una situación en la que el abuso puede ocurrir, por no tomar medidas de protección después de conocer el abuso, y por no creer o apoyar el sobreviviente muestran un mejor ajuste psicológico. La culpa de la familia se ha asociado con la relación de la ansiedad entre los supervivientes adultos de sexo femenino.

Las emociones y los sentimientos frecuentemente son confundidas por muchas personas, debido a que estos conceptos comparten ciertas semejanzas; incluso en algunos casos se usan estas palabras de manera indistinta para referirse a lo mismo. La palabra sentimiento en un principio se utilizó para referirse a todas las experiencia sensoriales y subjetivas, sin embargo, actualmente en el campo de la psicología se usa para distinguir las experiencias subjetivas que forman parte de los individuos y que son derivadas de las emociones.

El desarrollo de la empatía es lo que permite a las personas poder entender los sentimientos de los demás. Los sentimientos pueden ser de corto o largo plazo, pero generalmente suelen mantenerse durante largos períodos de tiempo, (Vigotsky, 2004).

La emoción está asociada con el temperamento, la personalidad y con la motivación de las personas. En la teoría de James-Lange (Carl Lange formuló una hipótesis muy similar casi al mismo tiempo) la cual establece la percepción de las reacciones del sistema nervioso ante determinados estímulos es lo que constituye la emoción (o sea, la emoción como proceso mental es una auto-percepción de las respuestas fisiológicas, ante

determinados estímulos) Según esta teoría, una percepción puede provocar una determinada respuesta fisiológica en la cual existe una liberación de hormonas y neurotransmisores, que contribuirá a la emoción, igualmente si se inhibe la respuesta fisiológica se ayuda a controlar las respuestas fisiológicas condicionadas por procesos nerviosos, se considera que las emociones son de menor duración que los sentimientos y se cree que son las que impulsan y motivan a que las personas actúen, (Vigotsky, 2004).

La experiencia subjetiva de la vergüenza a menudo se asocia con conductas observables como rubor, evitación del contacto visual, bajar la cabeza, el deseo de ocultarse o escapar. La experiencia de la vergüenza puede surgir de muchas fuentes, por ejemplo una violación, el incumplimiento de las expectativas o un defecto. En realidad, para algunos pacientes la vergüenza actúa como una herramienta para impedir el acceso a pozos traumáticos de la mente (Schimmenti, 2012). La vergüenza y la culpa pueden coexistir, la culpabilidad puede dar paso a la vergüenza: la culpa se asocia a menudo con acciones u omisiones, durante y después de un evento traumático en tanto que la vergüenza se asocia con problemas clínicos prolongados en los casos en que la reparación no es posible, tal sensación de degradación del mismo puede conducir a sentimientos de inferioridad y a evitación social. Las distorsiones en la apreciación de sí mismo y de los sistemas de significado son las que provocan que se tenga una mala imagen corporal y pobre autoestima, además de vergüenza, culpa, indefensión aprendida, expectativas de victimización, falta de sentido de significado y sistema de creencias. Más de 50 estudios documentan la ocurrencia de que la auto percepción distorsionada es una importante fuente de angustia en los niños expuestos a un trauma interpersonal y no simplemente una característica asociada, (Van der Kolk, 2010).

La comprensión de la vergüenza es básica para evaluar el funcionamiento psíquico de los pacientes que han experimentado abuso o negligencia de los padres, experiencias de vergüenza que se derivan de la internalización de los malos o indignos tratos están vinculados a algunas manifestaciones psicopatológicas, como la retirada de los contactos sociales, la rabia y la adicción, tales experiencias negativas también pueden representar un trauma en el desarrollo, este concepto es muy importante para poder comprender las consecuencias del abuso así como para afectar la capacidad de un individuo para regular y modular las situaciones de estrés. (Schimmenti, 2012).

En una muestra de 107 ex prisioneros de guerra, Leskelä et al (2002) encontraron que la propensión a la vergüenza pero no la culpa se relacionó con la gravedad de los síntomas de TEPT, (Dorahy, 2013). El EPT complejo ha sido descrito como un trastorno de relación en las áreas sociales, especialmente disociación, autopercepción, vergüenza y culpa además de la relación con los demás. En trabajos recientes se sugiere que la disociación es una construcción central en la etiología del trastorno de estrés postraumático complejo en comparación con aquellos con únicamente trastorno de estrés postraumático simple. La investigación ha demostrado una relación entre la disociación, la vergüenza y la culpa. Sin embargo, no queda claro el grado de disociación que diferencia a los que tienen más emociones como la vergüenza y culpa (por ejemplo, Budden, 2009; Dorahy, 2010; Van der Hart et al., 2005, 2006) encontraron que las bases aparentes de disociación clínica, al menos para muchos, se forjan con principios de inconsistencias de relación y de angustia, y se amplifican aún más especialmente por trauma. El reconocimiento del carácter disociativo en varias dimensiones de los síntomas, entre ellas emociones como la vergüenza y la culpa

implican una mejora hacia una cobertura de las consecuencias del trauma en el desarrollo de trastorno de estrés postraumático complejo, (Sar, 2011).

Históricamente la disociación se ha entendido como un proceso en el cual un individuo experimenta alteraciones en la identidad y la cognición. Por ejemplo; en una situación en la que el niño no está alimentado ni atendido, se pueden cortar los lazos emocionales con el cuidador y al quedarse absorto en su propia experiencia se desconecta o disocia del cuidador con una sensación separada de su cuerpo. y este proceso intrapsíquico es una forma de relacionarse con los demás. Dorahy (2013).

Cuando se experimenta la vergüenza, un individuo puede responder con la evitación social o retirada. Alternativamente, pueden tratar de defenderse contra esa sensación atacándose a sí mismos o atacando a otros, (Dorahy, 2013). Una vez que los efectos de la vergüenza se eliminan, la culpa muestra una relación negativa con los síntomas de TEPT, Dorahy (2013), sugiere que la vergüenza amenaza al yo social ya que está íntimamente ligada a la forma en que un individuo se percibe a sí mismo y las señales de culpa, amenaza las relaciones.

En consecuencia nuestra identidad depende inicialmente de un buen cuidado de los padres y de la sensación transmitida, por ejemplo: el no saber que es bueno o malo nos transmite la impresión de culpa y sentimientos perturbadores de la vergüenza. Tanto la vergüenza y la culpa son emociones incómodas, y en el lenguaje cotidiano los dos términos se usan de forma intercambiable, (Schimmenti, 2012). No obstante, la vergüenza a menudo se considera una emoción más dolorosa porque se trata de una evaluación negativa de la totalidad del mismo, mientras que los sentimientos de culpa tienden a ser dirigidos a

comportamientos específicos que son incompatibles con las propias normas morales de uno. Los sentimientos de vergüenza se caracterizan por una sensación de inutilidad e impotencia, por tanto, provoca deseo de escapar, esconderse atacar a la persona con cuyos ojos uno se siente avergonzado, mientras que la culpa engendra un deseo de hacer alguna recompensa o un acto de reparación (Lewis, 1987)

La vergüenza no es patológica en sí; la vergüenza es una reacción a los acontecimientos que amenazan la autoestima de un individuo y el estatus, si se pasa por alto la vergüenza, el paciente sobreviviente de ASI podría evitar la intimidad y las relaciones, o incluso renunciar a su verdadero yo porque el miedo al rechazo y la humillación es abrumadora. Cuando la vergüenza se acepta surge la oportunidad para reparar la imagen de sí mismo, (Schimmenti, 2012).

“Los resultados obtenidos sugieren que las víctimas de abusos más graves presentan niveles superiores de autoinculpación, inculpación a la familia y empleo de estrategias de evitación. El haber sufrido otro tipo de maltrato se encontraba también relacionado con niveles superiores de inculpación a la familia. Por último, las dos atribuciones de culpa se encontraban indirectamente relacionadas con el TEPT a través del afrontamiento de evitación. Las fuertes relaciones halladas entre las atribuciones de culpa, estrategias de afrontamiento y TEPT sugieren que sería útil la intervención temprana con víctimas de ASI en un esfuerzo por modificar las atribuciones que realizan acerca del abuso y el modo en que lo afrontan”.

III.3 Estrategias de afrontamiento adaptativas y no adaptativas frente al ASI.

Las circunstancias de la agresión sexual, la historia de victimización, la denuncia, la reacción judicial y el apoyo familiar y social existente pueden agravar o amortiguar, según los casos, las reacciones emocionales de las víctimas (Echeburúa y Corral, 2007). El trauma provoca fuertes respuestas emocionales, o en casos de disociación, entumecimiento de la emoción después de ser abrumado por las emociones (Loewenstein & Brand, 2014).

A pesar de que la experiencia repetida de abuso sexual en la infancia puede conllevar no solamente a un trastorno por estrés postraumático sino a un trauma complejo, y que tiene grandes posibilidades de asociarse con trastornos psiquiátricos, no todas las mujeres sobrevivientes desarrollan este tipo de problemas, lo que puede relacionarse con una “resolución” de la experiencia traumática a partir del sentido que le otorgan y las estrategias que utilizan para hacerle frente.

Las sobrevivientes de abuso sexual infantil con frecuencia experimentan una amplia gama de dificultades, incluyendo, depresión, problemas con la intimidad, con su rol materno y un alto riesgo de ser revictimizadas. Entre otros aspectos se altera la visión de un mundo seguro y benévolo (Janoff-Bulman & Frantz, 1997), lo que puede llevar a una pérdida del sentido o propuesta de vida. Sin embargo, el potencial de lograr un ajuste positivo también existe. Estas experiencias pueden dar una oportunidad para el crecimiento y el cambio personal. Así pues, existe un modelo llamado de aproximación-evitación según el cual, los pensamientos y/o acciones se pueden dirigir hacia una amenaza (aproximación) o a alejarse de ella (evitación). Prácticamente en todos los estudios que han examinado el resultado de diferentes estrategias han encontrado una relación entre las estrategias de

evitación (p.e., negación, distanciamiento, aislamiento social) y un peor ajuste psicológico tras el ASI y por otra parte, las estrategias aproximativas (e. g., tratar de ver la situación desde un punto de vista diferente, búsqueda de apoyo social) se han asociado a un mejor ajuste psicológico en la mayoría de los estudios (Cantón & Cortés, 2015). Además, el creer y apoyar el relato juegan un papel protector elemental en el impacto emocional que puede sufrir la menor, pues ayuda el que se pueda romper el silencio y facilitan la recuperación de la confianza en el mundo y en sí misma. Si no atendemos a la historia previa de abusos no podremos incurrir en los factores de vulnerabilidad (Mora, 2015).

Es importante que las pacientes traumatizadas aprendan a observar y describir lo que pasa cada momento para estar en atención plena, en lugar de huir de cómo se sienten, y planificar alternativas para tolerar, reconocer las emociones y aceptar los sentimientos, necesitan distinguir entre las sensaciones internas y externas que los recuerdos intrusivos les provoquen además de estar conscientes de los efectos incómodos que estas les causen con el objeto de crear estrategias para sentirse mejor, cuando las sobrevivientes no han aprendido habilidades, tienden a considerarse dependientes de las personas de su entorno.

Entre las técnicas de estabilización que pueden ayudar a disminuir la ansiedad o a que no estén disociadas las sobrevivientes, se encuentran el cambiar su postura, hacer que sientan sus pies en el suelo, que identifiquen el lugar en el cual se encuentran así como objetos familiares, sentir estímulos sensoriales como: táctiles, visuales o auditivos, tocar objetos fríos como cubitos de hielo; oler el café o el té, hacer que la persona cree narrativas debido a que el lenguaje tiene la capacidad de generar representaciones de la realidad, esto promueve la obtención de una cierta distancia emocional del trauma. El idioma es

indispensable para comunicar la totalidad de las experiencias y sentirse comprendida por el contrario el no comunicar la experiencia tiende a conducir a un aislamiento emocional (la sensación de ser abandonada).

El aprender a tener una sensación subjetiva de dominio y competencia les permitirá vivir en el presente sin estar constantemente percibiendo el presente como una repetición del pasado. (Van der Kolk, 2002)

Sobrevivientes que no revelan sus historias de abuso y tienden a evitar el tema por la vergüenza están utilizando estrategias como la evitación de recuerdos del trauma, supresión del pensamiento y evaluaciones negativas, estas estrategias contribuyen a que los síntomas de EPT impidan a los individuos el procesamiento cognitivo y emocional de su experiencia traumática provocando pesadillas, recuerdos y experiencias disociativas, que incluyen entumecimiento emocional, desrealización, despersonalización, lo que sugiere que estos síntomas son el resultado de una falta de integración basada perceptualmente en el trauma, el sistema de memoria, se puede recuperar posteriormente de forma deliberada. En contraste a la evitación, estrategias de afrontamiento proactivas, cambios de comportamiento como la reformulación cognitiva, búsqueda de apoyo, y la auto-aceptación se asociaron con una disminución de la sintomatología negativa. Formas similares más positivas de afrontamiento (por ejemplo, apoyo espiritual y el perdón) se relacionaron con menos angustia, pero parece que la recuperación del abuso sexual es una constante durante toda la vida. La evaluación cognitiva y las estrategias de afrontamiento pueden amortiguar el impacto del estrés relacionado con el abuso. (Phanichrat & Townshend, 2010)

Es interesante agregar que factores como el medio ambiente y fundamentalmente, las variables cognoscitivas de la víctima que correlacionan con la resiliencia tales como (estrategias de afrontamiento, atribuciones de responsabilidad, sentimientos inducidos por el abuso y el estilo de apego) resultan más eficaces para diseñar una intervención con mejores resultados. Es decir, el sustituir estrategias de afrontamiento de evitación por estrategias de aproximación, eliminar las atribuciones de autoinculpación e inculpación a la familia y a los sentimientos provocados por el abuso, la promoción de un estilo de apego seguro ayudaría o tendría un efecto protector a la hora de prevenir futuros problemas causados por la experiencia de abuso. Por lo tanto, los profesionales deberían ser conscientes de esta problemática, y especialmente, de las variables intervinientes en la aparición de estos efectos, a la hora de enfocar los programas de intervención y tratamiento a estas víctimas (Cantón & Cortés, 2015).

Este estudio abordó a mujeres adultas sobrevivientes de ASI que mediante entrevistas nos permitió conocer el proceso que vivieron y significado que le dieron a este suceso, en el interés de distinguir si las características y gravedad del ASI, así como la experiencia subjetiva, se vinculan con la expresión sintomatológica postraumática, ya sea a la manera de un EPT y/o como un EPTC y es que el tratar de visualizar los efectos del EPT y/o EPTC puede ayudar para calcular la gravedad de la exposición a condiciones estresantes graves y a actuar en consecuencias para tratar cada una de las áreas afectadas, (creencias, afectiva, emocional, relacional, corporal y somática).

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El abuso sexual infantil se caracteriza por el uso de poder, la imposición, la manipulación emocional y la generación de miedo. Es una forma de violencia particularmente traumatizante para los niños y niñas debido a que se encuentran en una fase de desarrollo que requiere condiciones externas de estabilidad y protección (López, 2008).

Por ello, cuando un menor sufre condiciones de crianza inadecuada o claramente negativas, los efectos en su desarrollo como persona pueden ser muy graves, ya que influyen en un gran número de reacciones psicológicas, en la maduración del sistema nervioso y neuroendocrino (Kolk, Hostetler, Herron & Fisler 1994), al mismo tiempo que generan graves problemas de personalidad y de adaptación.

El grado de desarrollo psicobiológico es muy importante al momento de sufrir un evento traumático, pues se ha comprobado que la edad es un factor significativo para el desarrollo del EPT (Palacios & Heinze, 2002). Asimismo, el daño que de por sí genera la violencia en edades tempranas, se agrava dependiendo de otros factores relacionados con las circunstancias de la agresión sexual: su frecuencia, duración, tipo de abuso y relación con el agresor (Kolk, Hostetler, Herron, & Fisler, 1994), entre otros.

El que el abuso sexual infantil tenga un patrón repetido y el que el agresor sea una persona con la que el niño o niña tiene un vínculo de confianza, puede llevar a que las secuelas pueden persistir hasta la edad adulta, y que más que configurar manifestaciones de

EPT, puedan serlo de un Estrés Postraumático Complejo (EPTC). Éstas son más difíciles de detectar por el clínico y por la propia persona sobreviviente al superponerse con la personalidad, pues implican alteraciones en la regulación de la afectividad y de los impulsos, en la percepción de sí misma, en la percepción del agresor, en las relaciones, en los sistemas de significado y a nivel somático (Herman, 1992).

Los sucesos traumáticos requieren situarse por ello en tiempos y contextos específicos, lo cual implica considerar que la manera en la que se expresan sus efectos, varía de persona en persona, por ello es importante explorar en mujeres sobrevivientes de ASI, la manera en que han significado la experiencia y las estrategias utilizadas para enfrentarlo. Los diagnósticos emitidos por las clasificaciones internacionales por supuesto son útiles para el ámbito biomédico de tratamiento, pero no reflejan el grado de dolor y sufrimiento que conllevan este tipo de hechos para la vida de una persona. De hecho, se ha intentado comparar este sufrimiento con el ejemplo de vivir el mismo evento traumático una y otra vez todos los días (Soltero & Zárate, 2013); asimismo, por la gravedad de los mismos, pueden surgir síntomas de disociación que actúan como mecanismo de defensa e impiden el acceso a la información del trauma, lo cual imposibilita que se experimente la sintomatología de activación y re-experimentación propia del EPT. Sin embargo, es posible que se vean afectadas las áreas mencionadas en el EPTC: la regulación emocional, el control conductual, problemas de vínculos traumáticos, un autoconcepto negativo y problemas en las relaciones sociales. Ahora bien, cuando los síntomas del EPTC aparecen en personas que tienen un EPT, el abordaje terapéutico tendría que ser cualitativamente distinto a los pacientes con presencia de EPT únicamente (Gavarrell, 2013), por ello es

necesario ampliar la perspectiva de que el EPT es la única respuesta a hechos violentos e integrar la experiencia y emociones que viven los sobrevivientes.

Con base en lo anterior, este proyecto plantea que el abuso sexual en edades tempranas, puede conllevar a sintomatología de EPTC en sobrevivientes adultas con o sin EPT cuando están presentes ciertos factores. Entre otros, algunas características objetivas del abuso relacionadas con la edad de inicio, el tipo de abuso, su cronicidad, frecuencia y la relación con el agresor. (Echeburúa y Corral 2006; Kolk, Hostetler, Herron, & Fisler, 1994); con otras adversidades coexistentes (Winnet, 2014), y con la experiencia subjetiva, particularmente las emociones asociadas a experiencias traumáticas (*trauma-related emotions*) como: vergüenza, culpa, asco, ira y miedo, las cuales afectan la valoración de sí misma (Budden, 2009; Dorahy, 2010; Van der Hart et al., 2005, 2006) y en consecuencia todas las relaciones interpersonales.

Por ello, se plantean las siguientes preguntas de investigación:

¿La sintomatología de Estrés Postraumático Complejo se presenta en mujeres sobrevivientes de ASI que acuden a consulta psiquiátrica? ¿Esta sintomatología se vincula con las características objetivas del abuso padecido y con las emociones relacionadas con esta experiencia?

IV.1 Objetivo General

Analizar la vinculación de la sintomatología postraumática compleja con las características objetivas del abuso, la presencia de adversidades co-ocurrentes y las

emociones subjetivas relacionadas al trauma en mujeres sobrevivientes de ASI que acuden a consulta psiquiátrica.

* (Edad de inicio, tipo de abuso, cronicidad, frecuencia y relación con el agresor)

IV.2 Objetivos Específicos

a) Describir las características objetivas del ASI experimentado en las sobrevivientes: edad de inicio, tipo de abuso, cronicidad, frecuencia y relación con el agresor.

b) Identificar la presencia de otras circunstancias adversas, como abuso físico, negligencia, abuso psicológico o emocional, o un ambiente de estrés crónico.

c) Explorar la experiencia subjetiva del abuso, incluyendo la vivencia traumática y emociones asociadas como: vergüenza, culpa, auto-desprecio, ira y miedo.

d) Analizar cómo se vincula la sintomatología postraumática compleja en las sobrevivientes con dichas características objetivas y subjetivas del ASI.

IV.3 Supuestos Teóricos

* La sintomatología postraumática compleja en mujeres adultas sobrevivientes se presenta cuando el ASI ocurrió en edades tempranas, en una relación de vínculo emocional con el o los agresores, y cuando fue recurrente y de larga duración

* La sintomatología postraumática compleja en mujeres adultas sobrevivientes se presenta cuando el ASI ocurrió en un contexto donde existían otras violencias.

* La sintomatología postraumática compleja en mujeres adultas sobrevivientes se presenta cuando la experiencia subjetiva está matizada por emociones como vergüenza o culpa, o cuando éstas se perciben como inferiores, sucias o sin valor.

* Existe mayor sintomatología postraumática compleja en mujeres adultas sobrevivientes cuando se experimentó un ASI objetivamente más grave, que ocurrió en un contexto de violencia y que fue experimentado con emociones traumáticas como culpa o vergüenza.

V. MÉTODO

V.1 Diseño de Investigación

El diseño de investigación de este estudio es cualitativo con un enfoque fenomenológico, que se orienta partiendo de la comprensión de la realidad tal y como la vivencian e interpretan las personas implicadas, (Cardoso Gómez, 2007). Se exploró la experiencia subjetiva, en mujeres sobrevivientes de abuso sexual infantil diagnosticadas con algún trastorno psiquiátrico, y se analizaron algunos aspectos que pudieran estar vinculados con el estrés postraumático complejo en las participantes. Este abordaje permitió definir y profundizar en la experiencia traumática del ASI, proporcionando un medio directo de comprensión de cómo una persona, dependiendo el contexto, construye sus experiencias (Lebowitz & Newman, 1996); al respecto, cabe señalar que la salud mental pública indiscutiblemente sigue ampliando su campo de estudio y acción, incorporando además de las alteraciones psicológicas, emocionales y conductuales, la subjetividad y los factores sociales-culturales y estructurales que influyen en las vidas particulares de las personas.

V.2 Participantes

La población de estudio abarcó a mujeres adultas sobrevivientes de ASI, usuarias de una Institución de salud mental de tercer nivel. Las participantes fueron seleccionadas por criterio, de acuerdo al siguiente perfil: que hubiesen sufrido abuso sexual entre los 0 y 15

años, que tuvieran más de 18 años en el momento del estudio, con diagnóstico de algún trastorno psiquiátrico y que estuviesen medicamente estables.

V.3 Técnica de levantamiento de información.

Se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista semiestructurada que exploró el cómo y el porqué del ASI ocurrido, desde el punto de vista de las mujeres, con el objeto de contar con descripciones detalladas de las vivencias y los procesos, mediante su propia voz, se diseñó una guía de temas que debían indagarse durante la entrevista. Las entrevistas fueron audiograbadas, previo consentimiento informado.

La guía de entrevista exploró las siguientes dimensiones: (ver en Apéndice 2 la guía detallada):

- * Características sociodemográficas de las informantes
- * Características objetivas del ASI: edad de inicio, tipo de abuso, cronicidad, frecuencia relación con el agresor.
- * Presencia de otras circunstancias estresantes: abuso físico, negligencia, abuso psicológico o emocional, ambiente en donde hayan existido otras violencias.
- * Experiencia subjetiva del abuso, incluyendo los aspectos vinculados con la vivencia traumática y las emociones como: vergüenza, culpa, auto-desprecio, ira, miedo.

* Sintomatología postraumática actual, tomando como marco de referencia las dimensiones del Trastorno por Estrés Postraumático (versión DSM 4): reexperimentación, evitación e hiperactivación.

* Sintomatología postraumática compleja actual, tomando como referencia para el Estrés Postraumático Complejo las dimensiones del trastorno por estrés no especificado (DESNOS) (Pelcovitz, Van de Kolk, Roth, 1997; Luxenberg, Spinazzola y Van de Kolk, 200), que aunque no está identificado en el DSM, ha sido descrito previamente en esta tesis., e incluye las siguientes dimensiones: alteraciones en la regulación del afecto, alteraciones en la atención y conciencia, alteraciones en la autopercepción, alteraciones hacia la percepción del abusador, alteraciones en las relaciones personales, somatización y/o problemas médicos, alteración en el sistema de significados.

* Estrategias utilizadas para enfrentar el abuso.

V.4 Procedimiento

Las participantes fueron usuarias de consulta externa, canalizadas por el personal de salud de la institución en donde se llevó a cabo el estudio que cumplieron con los criterios del estudio. Para ello se estableció contacto con los responsables del servicio, y se llegó a un acuerdo para la logística del trabajo de campo.

El personal de salud puso a las participantes en contacto con la entrevistadora en una sesión de grupo, en donde ella explicó los objetivos y la justificación del proyecto; a las personas que aceptaron participar en la entrevista se les tomaron sus datos, así como día y hora en que asistirían a la entrevista, se les invitó a pasar a un cubículo, y se les explicaron

los objetivos y la justificación detallada del estudio. Se leyó junto a ellas el consentimiento informado, así como la autorización para audio-grabar la entrevista, garantizando su confidencialidad y anonimato; además, se les comentó que podían elegir un seudónimo así como no contestar alguna pregunta o dar por terminada la entrevista si así lo desearan sin que existiera ninguna repercusión en su atención en la institución. El criterio que se tomó para determinar el número total de informantes, fue de saturación.

V.5 Consideraciones Éticas

El presente estudio fue una investigación con riesgo mínimo, de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Título II, Capítulo I, artículo 17), debido a que solamente se aplicó un instrumento: una guía de entrevista con preguntas diseñadas específicamente para este estudio.

El protocolo fue evaluado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, y siguió las recomendaciones que éste dictaminó, siendo un comité totalmente independiente a la investigación propuesta, como lo dicta la Pauta 2: Comités de evaluación ética, de las Pautas Éticas Internacionales para Investigación Biomédica que involucre Seres Humanos (CIOMS; 2002).

En la investigación participaron mujeres mayores de 18 años de edad al momento de la entrevista y que habían sufrido abuso sexual en la infancia (0-15 años). Con el propósito de manifestar respeto por la dignidad y la autonomía de las personas, se obtuvo el consentimiento informado, de acuerdo con lo estipulado en la Pauta 5: Obtención del consentimiento informado, de las Pautas Éticas Internacionales para Investigación

Biomédica que involucre Seres Humanos (CIOMS; 2002). Para llevar al cabo la investigación, se les explicó claramente a las participantes en qué consistía el estudio y se les invitó a participar en el mismo, siendo fundamental que fueran respondiendo a las preguntas, a medida que surgieran, en forma honesta, oportuna y completa, además de asegurarnos de que cada participante entendía todos los procedimientos; y de darles el tiempo necesario para tomar la decisión para participar o no, en el estudio.

A las asistentes que decidieron participar, se les solicitó su autorización para audiogravar la entrevista, con una duración de aproximadamente una hora. Para garantizar la confidencialidad, se les expresó que les asignaría un pseudónimo o número, (Pauta 18; Protección de la Confidencialidad, Pautas-CIOMS, 2012).

Continuando con lo que establece esta pauta 18, las medidas que se tomaron para asegurar el respeto a la privacidad de las participantes con respecto a los registros de sus datos fueron: que la información recabada como parte de esta investigación es confidencial y se maneja bajo resguardo y protección, las grabaciones permanecen a disposición de un solo responsable que los guarda con códigos de acceso, con lo que se protege la identidad del participante durante todo el estudio, se guardan por cinco años y posteriormente se borran.

Por otro parte, durante la entrevista se les reiteró que podían parar la entrevista o darla por terminada en el momento que ellas lo desearan, sin ninguna repercusión en su atención, ya que la participación fue voluntaria, de acuerdo con el Principio 16 de la Declaración de Helsinki (sobre los Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en

Seres Humanos de la Asociación Médica Mundial, AMM) que habla de la No maleficencia, es decir, reducir al mínimo los posibles daños y evitar los posibles riesgos.

En cuanto a los riesgos, de acuerdo con la Pauta 8: beneficios y riesgos de participar en un estudio (CIOMS 2002), los riesgos de estudio podían ser que debido a que se tocan temas sensibles y puede haber un deshago emocional, en caso de que alguna de las evaluaciones pudiera alterar anímicamente a algún sujeto, se les acompañaría al Servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC) para su atención, además de preguntarle a la participante si deseaba parar, suspender o retirarse de la entrevista.

Los beneficios para las participantes fueron que al finalizar las entrevistas se hizo una devolución con orientación psicosocial individual, además en caso de detectar algún síntoma que no hubiese sido comentado previamente en su tratamiento, se enviaría para continuar recibiendo atención para dicho síntoma en la CGS (Clínica de Género y Sexualidad) en caso que ellas estuviesen de acuerdo. Otro beneficio que no directo, es contribuir al conocimiento del fenómeno; además, se espera que estos conocimientos puedan ayudar a construir estrategias de intervención terapéutica y de prevención. También se ofreció compartir los resultados o hallazgos de la investigación a las personas que se muestren interesadas por conocerlos y esto es porque los sujetos tienen derecho a acceder a sus datos si lo solicitan, incluso si estos datos carecen de utilidad clínica inmediata (a menos que el comité de evaluación ética haya aprobado no revelar datos temporal o permanentemente, en cuyo caso el sujeto debiera ser informado de las razones); y que la divulgación de los resultados y las publicaciones no revelarán en ningún caso, la

identidad de las participantes. Todo esto de acuerdo con los Principios y Guías éticos para la protección de sujetos humanos para la investigación (Informe Belmont, 2013).

Es así como con esta investigación se espera mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos), con el objeto de que sean más seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad. Según el Principio general número 6 de la Declaración de Helsinki (sobre los Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos de la Asociación Médica Mundial, AMM). Así mismo, con base en esta declaración pero en el principio 7, se asegurará el respeto a todas las participantes, además de implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos.

El estudio siguió lo establecido por la Norma Oficial Mexicana 046 NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar y sexual en contra de las mujeres.

Mi compromiso como estudiante fue en todo momento, con respeto hacia las participantes, entablando una relación simétrica, con un trato digno y empático en el ejercicio de la profesión y actuando siempre con precaución.

Esta investigación no tuvo conflicto de interés que declarar.

V.6 Análisis de datos.

Con el fin de preservar la naturaleza textual de la información recabada, se llevaron a cabo para el nivel, las relaciones entre las categorías según lo plantean Rodríguez Gómez, Gil Flores y García Jiménez (1999) quienes a su vez retoman a Miles y Huberman (1994), y como tipo, el análisis cualitativo de contenido.

Se optó por utilizar criterios temáticos, es decir unidades en función del tema abordado, tomando segmentos de las respuestas de las participantes sobre los diferentes tópicos de interés de esta tesis. Para ello se siguieron las siguientes etapas:

- Se realizó una transcripción textual de las entrevistas y se leyó cada una sistemáticamente varias veces.
- Se elaboró una viñeta descriptiva de cada participante.
- Se redujeron los datos, retomando aquellos de interés, utilizando las categorías previamente establecidas para codificar la información. Es decir, aquellas relacionadas con el ASI, sus características objetivas, adversidades concurrentes y emociones relacionadas con el trauma, así como la sintomatología postraumática tanto “simple” como compleja. Sin embargo también se identificaron categorías emergentes, y respuestas inusuales o poco comunes y contradictorias.
- Se examinaron las unidades de datos para identificar en ellas determinados componentes temáticos que permitieran clasificarlas en una u otra categoría de

contenido. Como ya se señaló, las categorías empleadas fueron predefinidas, con base en los objetivos de esta tesis, aunque en algunos casos, surgieron otras no consideradas. Las categorías no fueron mutuamente excluyentes, debido a que por la complejidad de las propias manifestaciones de la problemática estudiada las unidades podían caber en más de una categoría (superposición); no se buscó la exhaustividad, es decir, es posible que algunas unidades no encajaran en ninguna categoría.

- Se sintetizaron las categorías comunes entre todas las participantes de modo que quedaran agrupadas en categorías definitivas.
- Finalmente, se presentaron estos datos de manera ordenada y grupalmente para dar respuesta a la pregunta de investigación, incluyendo textos transcritos de las participantes, y enfatizando diferencias y similitudes.
- Los resultados y su interpretación fueron retomados para el apartado de conclusiones.

VI. RESULTADOS

Recapitulando en los hallazgos, en el primer cuadro, se muestran las características sociodemográficas de las mujeres que participaron en este estudio así como el motivo por el que ingresaron a la clínica, el tiempo de ser pacientes en la misma y el diagnóstico que presentaban cuando se les contactó según la valoración psiquiátrica.

VI.1 Características sociodemográficas de las participantes

Nombre*	Edad	Lugar de nacimiento	Estado civil	Escolaridad	Ocupación actual	Hijos	Cuántas personas viven en su domicilio	Motivo de ingreso a la CGS	Tiempo de ser paciente	Ha estado internada en este u otro hospital	Diagnóstico.
Belén	43	CDMX.	Casada	Bachillerato	Comerciante y el hogar.	2	3	Canalizada por psicóloga	13 años	Sí, 3 veces, INPRF	TEPT con disociación bipolar
Susu	46	CDMX.	Casada	Carrera técnica por prepa. (Estudiándola actualmente)	Hogar y empleada en una institución de gobierno.	2	4	Canalizada por <u>Inmujeres</u>	Casi 10 años	No	TEPT. Depresión y ansiedad
Karina	44	CDMX.	Separada	Prepa trunca	Hogar, comerciante y empleada domestica	1	6	Intento de suicidio	19 años	No	Trastorno Bipolar. <u>Trast. Depresivo</u>
Sol	22	CDMX.	Casada	2do. Semestre de universidad	Hogar	3	5	Intento de suicidio	2 meses y medio.	1 vez en el Fray	<u>Trast. Depresivo</u> recurrente. Trastorno Limitrofe de la Personalidad
Dinora	43	Edo. De <u>Méx.</u>	Casada	Maestría	Hogar	No tiene hijos	2	Canalizada por psicóloga	6 meses	No	Insomnio no orgánico, Crisis de pánico.
Adriana	65	CDMX.	Casada	Secundaria	Hogar	4	6	Depresión	17 años	No	<u>Trast. Depresivo</u> recurrente. TEPT

* Los nombres son los seudónimos.

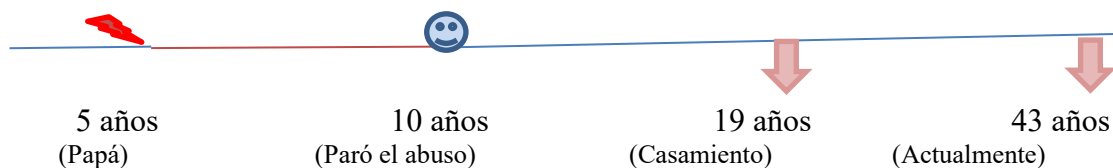
Como se observa en el cuadro anterior, las edades de las mujeres fluctúan entre 22 y 65 años, no obstante la mayoría, se encontraba en la década de los 40; de acuerdo al lugar de nacimiento, solo una era del Estado de México y el resto de la CDMX. Todas eran casadas, solo una se había separada pero actualmente vivía con otra pareja. Dos habían terminado la secundaria, dos el bachillerato, una actualmente está terminando su carrera técnica con bachillerato y a otra le falta la tesis para obtener el grado en maestría; tres de ellas comparten las actividades del hogar con un empleo o atendiendo un comercio y tres están dedicadas exclusivamente al hogar, cinco de ellas tienen hijos. Cuatro viven con su familia nuclear, una en casa de su madre y hermana y otra con su hija, yerno y nietos. A dos de ellas las trajeron al instituto por intento suicida, una llegó sola y el resto fueron canalizadas de otros centros de atención psicológica. Todas cuentan con al menos dos diagnósticos psiquiátricos, entre los que destacan el TEPT y el Trastorno Depresivo mayor; cuatro tienen más de diez años de recibir atención psiquiátrica y solamente dos tienen menos de siete meses como usuarias del servicio.

A continuación se presentarán las historias de las 6 participantes, considerando las dimensiones de interés para esta tesis: **Las características objetivas del ASI:** edad de inicio, tipo de abuso, cronicidad, frecuencia y relación con el agresor; uso de amenazas u otro tipo de violencia emocional, uso de violencia física, utilización de seducción, etc. **La presencia de otras circunstancias adversas:** como abuso físico, negligencia, abuso psicológico o emocional, o un ambiente de estrés crónico. **La experiencia subjetiva del abuso,** incluyendo los aspectos vinculados con la vivencia traumática y emociones como: vergüenza, culpa, auto-desprecio, ira y miedo. **La presencia de sintomatología** de TEPT y de TEPTC, los **Recursos utilizados o Estrategias de afrontamiento,** junto con una línea

de vida en la que este símbolo 🩸 significa el momento del abuso y este 😊 el cese de abusos.

a) BELÉN

Belén vivía en la CDMX, es la tercera de cinco hermanos, 4 mujeres y un hombre, el hombre es el más pequeño, se llevan 1 año cada una, excepto de su hermana menor con ella son 3 años de diferencia, actualmente sus edades son estas: 45, 44, 43, 40, 39. Ella no recuerda pero sus hermanas dicen que su papá era alcohólico y muy violento con su mamá. (Le pegaba mucho) Su padre estuvo en el reclusorio denunciado por la abuelita paterna, por violación de la hermana mayor de Belén, ocurrida antes de que abusara de ella, Belén se fue a vivir un tiempo con su abuelita, porque se sentía muy enojada con su mamá. Vivían con carencias económicas. Su abuelita es el recuerdo más bonito que tiene de la niñez. A los 15 años comenzó a tener novios, pero no disfrutaba, al contrario le causaba ansiedad, y se cortaba las piernas.



Belén fue abusada por su padre a partir de los 5 años, desde la primera vez hubo penetración, ella supone que lo hacía frecuentemente, “sé que hubo otras” dice, pero no lo

recuerda bien. Este abuso duró cuatro años. El abusador, utilizaba una estrategia de seducción y “amor” que la llevó a pensar que ella había permitido el abuso.

“No recuerdo más, hasta los 9 años, pero ya no es abuso, yo se lo permito, me llevaba chocolates y me decía que era yo su consentida y que yo le hacía lo que nadie le hacía y me prometía que ya no iba a estar con ellas (hermanas mayores) que ya nada más conmigo, eso me hacía sentir muy bien”. “Mi papá me enamoraba.”

Hace un año tuvo un episodio disociativo, y fue apenas hace seis meses que empezó a recordar algunas cosas del abuso así como a preguntar a sus hermanas sobre lo que sabían, de ella y su papá, para ir aclarando sus dudas.

“Yo recuerdo como una cobija de colores de lana, una cama bajita y unas literas a un lado más altitas, un olor a polvo, bueno, mi papá empezó aparentemente de forma tierna, cariñosa, abrazándome, nunca me imaginé, nunca jamás”.

“Lo único que recuerdo es que me dolía, que me dolía, ni siquiera recuerdo si estaba arriba, si estaba abajo, (llanto) yo nada más sé que le decía que me dolía, que me dolía, y lo que nunca voy a olvidar es cuando empecé a sangrar, (llanto) y en vez de sentir que me había hecho algo, me sentí como que me iban a regañar, sentí miedo, porque había ensuciado, entonces, una de mis hermanas, me ayudó a limpiarme, a lavar el vestido; un vestido floreadito, (llanto) no sé si mi papá sabía lo que estaba haciendo o no, no sé porque lo hizo, nunca me había acordado, ya pasaron demasiados años. Yo creo que lo debí haber querido mucho”.

El abuso lo experimenta de forma ambivalente, señalando que su papá la hacía sentir especial y que no está enojada con él sino con su mamá.

“Tengo los sentimientos, pero no los recuerdos”. “Todavía no desmenuzo que siento”. “Porque hasta donde sé ella sí sabía, (su mamá) porque mi hermana Laura la grande, también sufrió abuso de mi papá pero haz de cuenta que primero fue mi hermana Laura, y después la dejó a ella y siguió conmigo”. “Mi hermana Laura dice que ella sí le dijo en muchas ocasiones a mi mamá lo que hacía mi papá”. “Y que ella se daba cuenta que cuando estábamos en la sala con mi papá nos tapábamos con una cobija, dice mi hermana que me estaba agarrando y mi mamá estaba ahí pelando cosas en la mesa o planchando, entonces, qué era absurdo que no se diera cuenta que mi papá me estaba haciendo algo, pero se hacía de la vista gorda”.

“Hasta la fecha no te puedo decir que lo odio; estoy muy enojada con mi mamá, pero con él, no”. “A mi mamá le tuve muchos celos”; “Cualquier cosa que dice o hace me enoja”; “Y es que mi papá me daba demasiada atención, bastaba con que yo le hiciera sexo oral, para que de verdad me bajara el cielo, me tenía encantada”.

Belén narra que el sentimiento o sensación que siente más frecuentemente es el miedo, aunque agrega que por vergüenza no quiere hablar del abuso.

“Desde que me internaron a la fecha, yo no sé porque tengo mucho miedo, miedo, miedo, miedo, por mi mente solo pasa la palabra miedo”. “A lo mejor es miedo a acordarme, qué tal que no me guste lo que recuerdo y es lo más seguro, que no me guste”. “Me da vergüenza hablar de este tema, no me gusta”.

Dentro de la sintomatología del EPT, reporta **reexperimentación** ante ciertos estímulos externos:

“Cuando huelo a polvo siento taquicardia, temblor en las piernas, temblor en las manos, no puedo respirar, se me para el corazón, tiemblo demasiado, todo me da junto

Asimismo refiere **conductas evitativas** relacionadas con no querer recordar ni hablar del suceso, así como alejarse de su madre:

“No veo a mi mamá desde que empecé a recordar, por que traigo un sentimiento de enojo”. “Solo en terapia hablo de esto”. “Yo antes nomás les decía no me acuerdo, no me acuerdo, no me acuerdo.” Me tomo 10 clonazepan, o una caja de valproato para no recordar o pensar; solamente para dormirme, no para suicidarme”.

En cuanto a la **Hiperactivación** refiere, hipervigilancia:

“Estoy alerta, como si me hubieran asaltado.”

En cuanto a la sintomatología de estrés postraumático complejo, destacan:

Las alteraciones en la regulación afectiva. (Disforia persistente • Preocupaciones suicidas crónicas • Autodenigración -causarse daño físico a sí misma• Enojo explosivo o

extremadamente inhibido (puede ser alterno) • Sexualidad compulsiva o extremadamente inhibida (puede ser alterna).

Belén menciona que ha tenido tres intentos de suicidio. “Dos con pastillas y uno en el metro”. Y en cuanto a la sexualidad, señala “antes sí la disfrutaba pero desde que empecé a recordar ya no”. “Me corto desde los quince años, cuando empecé a tener novio y otras sensaciones en el cuerpo; yo no los dejaba a los chicos que me tocaran, yo decía es que es cochino”. Respecto a su carácter, Belén menciona que la gente que la quiere hace comentarios como: “Quiero que las cosas se hagan como yo digo y si no me enojo”, pero yo digo que soy bien tranquila.” “Soy Berrinchuda”.

Alteración, atención y conciencia. (Amnesia o hipernesia para los eventos traumáticos • Episodios disociativos transitorios • Despersonalización/ irrealización • Experiencias revividas, ya sea en la forma intrusiva del estrés post traumático o en la forma de preocupaciones constantes.)

Señala que no recordaba nada hasta que en abril del año pasado tuvo episodios disociativos.

“De repente me desconectaba del mapa, me dicen que estaba reviviendo las experiencias de mi infancia, y que me comportaba y hacía cosas de las que habían pasado en mi infancia”

“Algunas cosas ni estoy segura de si son o no reales porque se ven como película no siento que las haya vivido yo”.

Belén indica que cuando ella sentía que le venían esos recuerdos, le entraba ansiedad y lo primero que hacía era cortarse.

Alteración en la Autopercepción. (Sentimiento de invalidez o parálisis de la iniciativa • Vergüenza, culpa y reproches • Sentido de deshonra o estigmatización)

Menciona que todavía no logra asimilar lo que siente:

“Sé que me duele, sé que siento muchas ganas de llorar, vergüenza y culpa” “Hay días que simplemente no puedo salir” “Créeme soy muy diferente a los demás” Si ni yo sé quién soy”

Alteraciones hacia la percepción del abusador. (Preocupaciones de la relación con el ofensor (venganza) • Atribuciones no realistas del poder al ofensor • Idealización o gratitud

paradójica • Sentido de relación especial o sobrenatural • Aceptación del sistema de valores o de racionalizaciones del ofensor.)

Belén refiere que culpa y siente odio hacia su madre, mientras que por su padre, siente cariño.

“Yo espero que pronto vuelva a ser como antes, nada más lo tengo que trabajar, y volverlo a olvidar, es lo único que quiero.” “Al principio lo único que quería es que volvieran a encerrar a mi padre. Mi enojo no es con él, es raro, con él tengo el sentimiento de cariño.”

Alteraciones en las relaciones personales. (Aislamiento y retiro, repetición del trauma: no anticipación de señales de peligro como guía de acción, dificultad de relación carencias).

“No tengo amigos”. “Mi esposo es 17 años mayor, otro papá”

Somatización y/o problemas médicos. (Malestares físicos)

“Tengo hipotiroidismo”

Alteración en el sistema de significados. (Pérdida de fe • Sentido de desesperanza y desesperación)

Belén no reporta pérdida de fe o desesperanza, pero teme recordar por el dolor que le produce, apenas está trabajando en terapia todos los recuerdos que empieza a tener, sus planes de vida son estos:

“Mi primer objetivo es el grupo, terminar de trabajar lo que tenga que trabajar”.

Recursos de enfrentamiento.

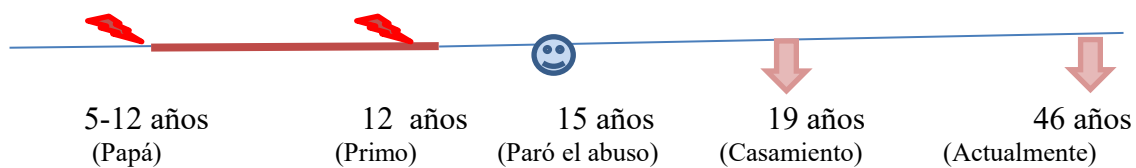
Belén señala los recursos con los que se ha apoyado hasta ahora;

“Mis hermanas me han apoyado en este proceso.” Cuando me pongo mal o estoy llorando, me preguntan y yo nada más digo es que tengo miedo, y trato de hacerme lo más chiquita posible, (bolita) así como impidiendo que me vayan a pegar, porque incluso me ha pasado que en la calle, me pongo

mal y así donde me agarre, en el suelo, en la banquita, en el metro, es mi forma de protegerme”.
“Olvidar el evento.”

b) SUSU

Susu vivía en la CDMX, en la delegación Milpa Alta. En la comunidad donde Vivian había mucha pobreza andaban sin zapatos, y casi sin ropa. Ocupa la número cuatro de 6 hermanos, 4 mujeres, y 2 hombres siendo los hombres los más pequeños. En ese entonces los hermanos aún no nacían y Susu era la pequeña, su padre era alcohólico y abuso de las cuatro mujeres, entraba de noche al cuarto en donde dormían todas las niñas, Susu veía como abusaba de sus hermanas, pero entre ellas no se platicaban, ni decían nada. Su papá además del abuso sexual ejercía violencia física, verbal y emocional. La madre no intervenía cuando su padre las golpeaba, solo les decía que él era el hombre de la casa. En la secundaria tuvo novios, pero todos de unos días, una semana, porque veía que todas sus amigas tenían novios porque ella sintiera deseos.



Susu fue abusada por su padre desde antes de los 6 años, al igual que sus tres hermanas y una amiga, él lo hacía frecuentemente, “buscaba cualquier momento”; este abuso duró siete años.

“Era yo la pequeña [...] me iba a la cama y ya en la noche él (papá) entraba en nuestro cuarto y abusó no de la mayor nada más, de nosotras tres feo, feo, yo lo veía porque yo veía lo que les hacía, no sé si mis hermanas no sentían o estaban profundamente dormidas, o por miedo no sé, eso fue lo que pasó y conmigo pos también”. “Mi hermana, recuerdo que se amarraba los pantalones y todo y él quitaba la ropa, bajaba los pantalones, la pantaleta, esté subía el brasier y yo lo veía muy tembloroso, mucho muy tembloroso”. “Ellas no me platicaban nada, y es que pues; como decir, desperté y tenía los pantalones abajo o no tenía yo la blusa, no nos platicábamos nada”. “Él también se bajaba los pantalones”. “A mí sí me arrimo el miembro a la boca”.

Además, Susu narra abusos de otras personas:

“Fueron muchísimas veces que estando yo pequeña me tocaban, (extraños), “Ah y también otra cosa de los 12 en adelante, a los 15, un primo abusó de mí y él sí me metió los dedos en la vagina.

Susu narra que además del abuso, su padre ejercía otras violencias (físicas, emocionales y negligencia)

“Mi padre con nosotros si ejercía violencia física, nos golpeaba con cable, con regla, a puño cerrado, agresión verbal, nos decía pordioseras, mugrosas.” “No nos dejaba salir, y quedarnos en otra casa y buscaba cualquier momento para restregarse conmigo, según luego entraba cuando nos estábamos bañando y luego decía no tienen por qué tener novio, a mi hermana mayor se casó a los 17 años, pero antes le dio una mega madriza, le sumió las costillas, la que le sigue se embarazó a los catorce años, [...] y la llevaron a que abortara, y yo veía a mi papá y decía ¡maldito!, si tú sabes lo que pasa maldito, y mi mamá le pegó a mi hermana, y mi otra hermana fue desde muy pequeña alcohólica.”

“En nuestro ambiente tanto familiar como en la comunidad, tú andabas pues sin zapatos, sin ropa, no se cubrían nuestras necesidades”.

Susu narra que el abuso hizo que experimentara las siguientes emociones;

“Vergüenza, vergüenza y yo decía no nos quiere, no nos ama, por qué lo hace, por qué si yo soy su hija, porque si somos sus hijas, el debería de cuidarme, qué le hicimos, eso es lo que a mí se me venía en mente a pesar de que estaba pequeña.”

“Culpé a mi mamá de primero, o sea no comprendía yo su manera de actuar hacia él, por qué si nos golpeaba nos decía, es que se lo merecen. O sea eso era mi coraje, o luego ella se dormía y que no escuchara lo que pasaba, decía yo, cómo es posible somos sus hijas, me imagino que es el fruto del amor que no le duele. Por qué, porqué”. “En ese momento yo odiaba mucho a mi papá, es más pensé en algún momento en matarlo, sí, sí pensé y era día con día vivir con ese odio, con ese rencor y yo

dije, no me importa irme a la cárcel, no me importa, pero de que lo pagas, lo pagas eso era ya después de la tristeza, pero odio a muerte”. “Yo lloraba y me sentía bote de basura, me sentía sucia, y me daba vergüenza”

Susu dice haber crecido sintiéndose insegura y con vergüenza.

Dentro de la sintomatología del EPT, Susu refiere **Reexperimentación**:

“No podía yo cerrar los ojos porque lo veía, lo veía así tal cual”. “Tengo pocos años que deje de percibirlo”. “Una vez mi hijo entró a la cocina con paso sigiloso para espantarme, y al escuchar los pasos agarre el cuchillo, y le dije si vuelves a entrar así, te mato no me importa que seas mi hijo”.

Susu presentaba **evitación de** pensamientos sobre ese tema.

“Movía yo la cabeza y decía piensa en otra cosa, piensa en otra cosa, piensa, piensa, piensa, pero era fuerte ese pensamiento”:

En cuanto a la **Hiperactivación**, Susu describe sentir que le sudaban las manos y le latía fuerte el corazón, al pensar en esos momentos.

“tomo pastillas para dormir, y estoy excesivamente alerta”.

En cuanto a la sintomatología de estrés postraumático complejo, destacan:

Alteración en la regulación, afectos/impulsos.

Susu dijo haber mostrado mucha irritación y explosiones de ira, además de haber tenido tres intentos de suicidio:

“Tome muchas pastillas y estuve a punto de aventarme al tren ligero y la última fue hace 4 años”, Susu menciona que su impresión era que los hombres tenían literal melcocha en la cabeza. “Le juro que no sentía yo placer.” “Me golpeaba la cabeza”.

Alteración, atención y conciencia. Susu menciona que sí recuerda los abusos, también vivía episodios disociativos en diferentes momentos, manifestados de la siguiente manera:

“Comenzaba a sentir un zumbido en el oído y me aturdí y el cuerpo medio raro, es como si dijera este cuerpo no es mío yo te estoy viendo Susu yo te estoy viendo pero a su vez Susu se está sintiendo gorda, se siente no sé si chistosa, curiosa, no sé pero es, gorda, gorda, de los brazos, gorda, sabor de boca, feo como a fierro y luego sentía yo como cuando uno se quiere desmayar, me daba miedo en los microbuses que me llevaran a otro lugar”.

Alteración en la Autopercepción.

“Me daba vergüenza, aprendí a decir no pasa nada soy feliz.” “Odio a mi papá y culpaba a mi mamá” “Hay días que me baño, me arreglo, tomo mis cosas y simplemente no puedo”. “Muy insegura, siempre decía yo no valgo, no sirvo, me avergonzaba”.

Alteraciones hacia la percepción del abusador.

“Yo odiaba mucho a mi papá, es más sí pensé en algún momento en matarlo, actualmente lo veo como un ser humano, y como ser humano yo me acerco a él, no como padre, me da mucha tristeza verlo en la condición que está, (está en sillas de ruedas, ya que por la diabetes le cortaron un pie) pero bueno viene mi creencia, cuando él empezó a estar enfermo y todo, dije tú tienes pocos años así y ya te quieres morir, yo que viví, años con eso, tú no estás sufriendo nada, nada de lo que yo sufrí”.

Alteraciones en las relaciones personales.

”Pues nada más tenía yo una amiguita en primaria, una vecinita de mi edad que íbamos en el mismo salón pero yo nunca le comenté nada porque a mí eso me daba vergüenza”, “no socializaba tan fácilmente, me daba vergüenza hablar.” “Me casé para descansar”. “Yo tan obsesiva, le revisaba el cuerpo a mi hija, no admitía errores, y también violaron a mi hija, cuando la bañaba le revisaba yo los genitales, era yo muy estricta muy dura muy, muy, inflexible,” “Fui muy dura con mis hijos”

Somatización y/o problemas médicos,

“Desde los 6 años yo sentía dolor de cabeza, piquetes en el corazón, diarrea y pues eso, para mí ya era normal.”

Alteración en el sistema de significados.

“No podía decir no, y pensaba que la vida no valía la pena”. “Yo decía porque me voy a bañar, porque voy a ser la primera en clase si no vale la pena”, “Mi necesidad era descansar, una necesidad así como agua, sed, y mi necesidad era de morir, quería descansar, [...] a mí me daba miedo la obscuridad, pero en ese momento yo quería salir a caminar, que me levantaran, que me violaran, que me mataran, yo decía que hagan conmigo lo que quieran, no quiero vivir, buscaba yo la muerte no había razón, para comer, para reír” .

Recursos de enfrentamiento

“Yo me orinaba para que no me tocara,” “Me paralizaba”. Susu menciona que siempre guardó silencio, que hasta hace pocos años se lo dijo a su mamá, “mi mamacita siempre dijo que él era el hombre de la casa”, Susu menciona que sí llegó a pensar en decírselo a su mamá pero que terminaba callando, “yo siempre te vi muy feliz, (a su mamá) yo no quería destruir su felicidad, “ya cuando estaba yo a punto de decirle, los veía muy bien”.

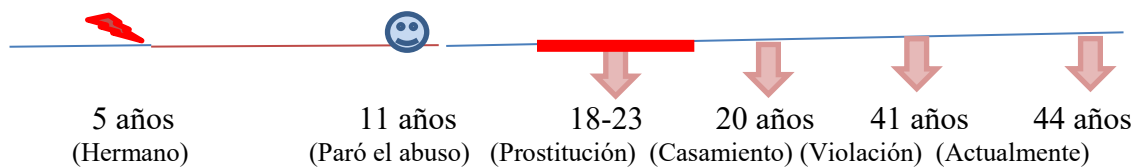
“Me casé porque mi esposo cubría mi necesidad (descansar) en ese momento”.

Actualmente Susu tiene planes a futuro, terminar su escuela, (Bachillerato con carrera técnica) “Me falta un año”.

c) KARINA

Karina, vivía en la CDMX, es la menor de cuatro hijos, su hermano mayor (quien abuso de ella) era nueve años más grande que ella. La casa en la que creció Karina era un terreno grande, en el fondo vivían sus abuelos maternos, y en el terreno del frente construyeron la casa los padres de Karina, cuando los abusos de Karina empezaron apenas estaba la casa en construcción, y ya cuando se construyen más cuartos Karina que al principio dormía con su

hermana, se queda sola en un cuarto porque su hermana se pasa a otra habitación y fue cuando su hermano se empieza a meter a la cama de Karina por las noches, (al principio el abuso solo era de día). Su papa trabajaba lejos de casa, y se ausentaba hasta por ocho meses, venía, se puede decir de visita y se volvía a ir. Y su mamá se la pasaba en el iglesia, solo en las mañanas estaba en casa toda la tarde se iba a la iglesia. Karina, vivió abuso sexual, físico y económico de su esposo. Así como una violación hace 3 años.



Karina fue abusada a partir de los 5 años, por su hermano (9 años mayor). El abuso fue frecuente (al quedarse sola en casa y se metía en las noches a su cama); este abuso duro seis años.

“Mi hermano, como a los cinco años empezó a abusar de mí, él ya era un adolescente porque yo soy la hija más chica de casa.” “De niña nomás el tocarme, el manoseo, pero ya un poquito más grande si hubo penetración, empezó como a los ocho años, cuando se metía en las noches a mi cama”.

“Me daba terror quedarme sola en casa, porque yo sabía que iba a venir el abuso, lo que hice fue ser muy sumisa, porque él sí llego a usar violencia, para que estuviera con él” “Yo no soportaba a mi hermano, y tenía que convivir con él, recuerdo una vez, me compraron un vestido amarillo íbamos a ir a una fiesta, un vestido amarillo precioso, tendría yo como ocho o nueve años, y me encantaba ese vestido, mi papá tenía un coche de esos grandotes amarillos y mi vestido era amarillo entonces yo me sentía una princesa feliz, y me dicen, te vas a ir en el coche con tu hermano, pues tanta fue mi desesperación que me arranque y rompí el vestido por no ir”.

Karina describe que además del abuso, vivió otras situaciones que la afectaban emocionalmente.

“Mi papá jamás vivió con nosotros, por su trabajo siempre estaba ausente,” “Mi mamá siempre estuvo con nosotros sin estar, siempre con sus actividades de la iglesia” “La escuela yo la pasé de noche pensando, voy a llegar a casa, que no estuviera sola con él, o sea mi miedo era ese; la soledad” “siempre muy regañada, toda la vida mi mamá si era de darnos, nalgadas, aventarnos la chancla”.

Karina narra que el abuso hizo que experimentara, las siguientes emociones;

“Pues sentirme sucia, triste, desilusionada, abandonada, desesperada, también con mucho miedo, con vergüenza, sola”. Indica que culpa principalmente “a mi abuela por decir que era normal, a mis papás por no estar ahí”. “A mi hermano lo culpé por años, no pude hacer mi vida”. “En este momento siento pues, mucho coraje me irrita, me molesta, porque no me deja estar tranquila, estoy en casa y llega se acabó la paz (Karla vive en casa de sus padres), entonces, me molesta eso porque estoy trabaje y trabaje tanto para tenerla como que para en un segundo me la vuelve a arrancar volver a empezar, y hacerme medio tonta y tratar de que nadie se dé cuenta y empezar a estar alerta con mi hija”. (Teme que abuse de su hija).

Dentro de la sintomatología del EPT, la **Reexperimentación** que Karina relata es:

“Yo veo un payaso y me viene inmediatamente el recuerdo” (porque en su primer abuso, Karina estaba jugando, cuando llegó su hermano y frente a ella estaba un osito con un traje de payaso). “Mi hermano me lo detona, de repente sus miradas, o sus cosas, el que esté en casa de mis papás también en el baño, viene esa sensación”.

Karina menciona las siguientes conductas de **Evitación**:

“Antes cuando veía a mi hermano, yo fingía que no pasaba nada, que yo no sentía nada y trataba de evitarlo pero como vivo en casa de mis padres, cada vez que mi hermano va a ver a mis papas lo veo, y me detona el recuerdo del abuso”.

En cuanto a la **hiperactivación**:

“Aunque ya soy una mujer de repente me vienen todas esas sensaciones, miedos y trato de calmarme”
” Antes soñaba que estoy en un barco que tengo que bajar al mar y hay tiburones”. “Siempre estar alerta, “Me sobresalto fácilmente”.

En cuanto a la sintomatología de estrés postraumático complejo, destacan:

Alteración en la regulación, afectos/impulsos.

Karina mencionó:

“Soy muy enojona, de todo me enojo.” (irritación) Además de tener conductas de riesgo y suicidas.
“Llegue a meterme cocaína, y borracha bueno.....tomé muchos años de mi vida fui muy alcohólica”
“Una vida sexual muy activa, fui muy promiscua [...] llegue a pedir cigarrillos por sexo”.
“Viéndolo todo esto así a distancia dices era toda esta situación emocional, sentimental de que quiereme no, de que acéptame no, de que valórame”. “Trabajé 5 años en la prostitución, y aparte mis parejas, o sea aparte que yo trabajaba de eso tenía mis novios“ Karina tuvo un intento suicida:
“Yo agarre mi coca-cola, le eche el veneno de ratas, glu glu glu glu ... y no supe de mí”

Alteración, atención y conciencia.

Karina expresa:

“Recuerdo todo como si hubiera sido ayer”. Y para aislarse de la situación indica “Yo me iba al mundo del país de las maravillas, para no pensar, ahorita ya lo veo así”.

Alteración en la Autopercepción.

“Yo no dormía en las noches, porque mi hermano tuvo el descaro de meterse en mi cama en las noches todavía el año pasado; me sentía como esa niña de cinco años, con ese miedo que me iba a tocar que me iba a hacer, o sea toda esa sensación de sentir el cuerpo este, horrible, pero en una de las terapias dije no ya soy un adulto yo me puedo defender-“ De niña yo no pensaba en si me iba a casar, si iba a tener hijitos nada de eso, no, No, no, para mí la única preocupación era cuidarme
“Siempre tuve dificultad para verme en un espejo,” Karla menciona, que fue hasta que vio que su hija Fátima, se la pasaba bailando en el espejo, ella empezó a verse también, le daba vergüenza y odiaba a su hermano”.

Alteraciones hacia la percepción del abusador.

Karina refiere con respecto a su hermano:

“He evitado, confrontarlo, porque viene esa ira, ese enojo, de que te quiero matar, [...] realmente por muchos años, lo evité y como que quedó en un cajoncito guardado, llega mi hija a mi vida que ha sido el mejor regalo del mundo, y cuando cumple mi hija cinco años como que este cajón se abrió violentamente” “Actualmente cuando va a venir mi hermano a la comida, me estreso, es que yo no lo tolero todavía no estoy preparada”.

Alteraciones en las relaciones personales

En cuanto a las experiencias con las personas que Karla se relaciona relata abuso de los novios:

”Toda la vida sola, sin amistades, de la casa a la escuela, de la escuela a la casa, este sin amigos, sin actividades sin nada, yo jugando toda la vida sola.” Después, “Mi primer esposo, me golpeaba, abusaba mucho de mí en el aspecto sexual, en el aspecto físico, en el aspecto económico”. “Perdí 3 bebes debido a golpizas”

“No tengo amigos, ni confío en ellos, mi pareja actual es alcohólico, no quiero regarla con mi hija, cuando estaba bebé mi mamá me empezó a regañar, y yo agarre a mi hija y le empecé a pegar de nalgadas porque ya me tenía desesperada la niña, y una psiquiatra me dijo, una cosa es tu problema con tu exmarido y otra cosa es tu hija”. “mi miedo, provoca que haga cosas terribles para mi hija en el sentido de que la regaña mucho y no sales y no convivas, la quiero aislar para que no pase nada”

Somatización y/o problemas médicos, en este aspecto, Karina dice:

“ Padezco, bipolaridad, (DX) déficit de atención, este tengo hipotiroidismo, cansancio crónico, tengo un foco epiléptico, gastritis y colitis”.

Alteración en el sistema de significados.

Karina refiere que ella no tenía planes a futuro:

“Hasta ahorita digo cual es mi proyecto de vida, me lo pregunto a mis cuarenta y tantos años, yo vivía por vivir”. Karla dice tener “sensación de desesperación de repente pero ya menos que más”. En el presente Karla se plantea que “A mis 44 años, aun no sé qué proyecto de vida”.

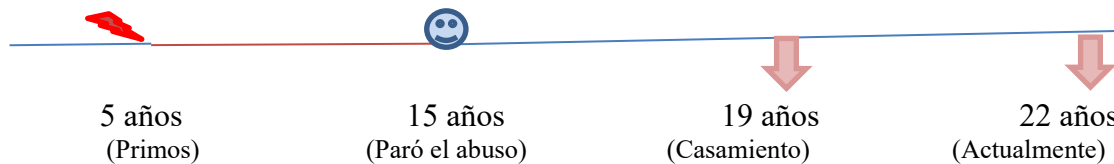
Recursos de enfrentamiento

“Quise hablar, o más bien lo hable en su momento al ver que no tuve el apoyo, ni el cariño de mi familia pues lo callé, por muchos años obviamente por miedo, vivía con mi hermano siempre con él muy agresiva, protegiéndome como yo podía”. “Se lo dije a mi abuela, y su actitud fue de que no hijita no pasa nada, esto es normal, pasa en las familias, quédate callada”. ”Mi mamá sí fue muy dura conmigo, se puso muy agresiva, me dijo que los hombres, que era yo lo peor, y que le diera yo gracias, a Dios, de que no había salido embarazada, yo no entendía y ahora actualmente ya no los culpo (a sus padres), por tanta terapia, tanta cosa, que he hecho voy comprendiendo y si es cierto no es justificar, pero es traer un poco de paz a tu vida”.

Karina también mencionó a la religión como un recurso importante, para ella.

c) SOL

Sol vivía en la CDMX, sus padres tuvieron dos hijos de los cuales Sol es la menor, el mayor es hombre y tiene cuatro años más que Sol, desde los 2 años es asmático y desde que se enfermó, sus padres se la pasaban con él en el hospital y a Sol la encargaban con la tía (hermana de su mamá) o a la abuelita, lo que hacía sentir a Sol que no era querida. En su casa ella nunca vivió violencia, hasta los 15 años que Sol empezó a tomar alcohol, era ella quien discutía, sufrió bullying en la escuela, sus padres vivían bien económicamente



Fue abusada por su primo (4 años mayor) desde los 5 años, “a lo mejor fue desde antes” refiere Sol, al ver videos de cuando ella estaba pequeña y recuerda algunos detalles, lo hacía frecuentemente, este abuso duró diez años.

“Mi primo también tiene una hermana que era más o menos de mi edad, recuerdo que los dos abusaban de mí, me tocaban cuando yo decía que no, luego entre ellos se tocaban y me decían que yo también tenía que hacerlo”.

Además del abuso, su primo ejercía otras violencias. (Físicas, emocionales)

“Yo recuerdo que mi prima estando un poco más chica estaba como muy despierta y... me encerraba en el cuarto y me quitaba la ropa y me empezaba a besar todo el cuerpo yo le decía que no y aun así, ella seguía y siempre me sentía así como sobajada”, también refiere “Mi primo siempre jaloneándome para quererme besar y me penetraba con los dedos”, “a mí me forzaban a subirme en él y siempre era con jalones, de hecho hasta veo los videos y me trataban a mí como la niña gordita y siempre hubo así como el abuso mental”.

Ya en la secundaria refiere que sufrió bullying.

Sol describe como experimentó el abuso:

“Algo muy normal, que me molestaba, que no me gustaba, que no lo recuerdo con odio, miedo”, sin embargo menciona “No puedo sentirme conforme con lo que tengo y soy, me sentía sucia, siento mucha lastima de mí, soy insegura, siento que todos me van a defraudar”. “porque ellos eran los ricos y nosotros los pobres, me hicieron ver que tú te aguantas porque tú eres la pobrecita, gordita, fea.” Sol menciona sentirse impermeable a los sentimientos, “dentro de mí si los culpo (papás) por no haber estado al pendiente, “sí es su culpa, ellos también tenían que ser padres para mí”, y también “me culpo por no ser buena esposa y madre”.

Respecto a la sintomatología del EPT Sol manifiesta **Reexperimentación:**

“Exploto muy fácilmente, de niña tenía yo muchos sueños de que estaba yo con mi primo, ya lo había olvidado y otra vez siento que se está repitiendo”.

No reporta conductas **evitativas**.

En lo que se refiere a la **hiperactivación:**

“Me sudan las manos, me late fuerte el corazón, cuando recuerdo el evento” “me sobresalto con cualquier cosa”.

En cuanto a la sintomatología de estrés postraumático complejo, Sol manifiesta:

Alteración en la regulación, afectos/impulsos.

“Yo explotaba casi todos los días por cualquier cosa, atentaba contra mi esposo e hijos, yo en lugar de dar gracias a Dios, despertaba y decía por qué me dejaste amanecer, yo no entiendo la vida y no se afrontar lo que me toca”, “Siempre estaba peleando con mi esposo, a mis hijos no los podía ver con amor, y de todo me sentía culpable”, “Si llegué a atentar contra mi vida (cuchillo), en la secundaria, me llegue a cortar las piernas, y tomar pastillas”.

Alteración, atención y conciencia.

“Con videos que mis papás tomaban y siempre salíamos con ellos, y ahí fue cuando yo empecé a recordar más detalles” “Siento que todo lo recuerdo”. “Siento que soy como dos personas, llega un momento en que me desconecto, desde muy chica”.

Alteración en la Autopercepción.

“No estaba conforme conmigo misma tuve problemas de alimentación,” “Cuando estaba alcoholizada yo empezaba a reclamarle a la gente por qué yo había sido abusada.” “Siempre estoy como que alrededor no pasa nada, desde chica se me hizo este carácter tan feo”, “Mi hermano es asmático desde los dos años, yo desde que nací siempre tenía que estar en la casa del tío o de la abuelita, siempre así y

yo incluso aprendiendo a escribir yo hacía cartas diciendo mis papás no me quieren, no estaban conmigo por la enfermedad de mi hermano”. “Culpo a mis padres “.

Alteraciones hacia la percepción del abusador.

“ No me inspiran nada o sea pienso en ellos como, con desagrado, como algo que no embona en mi pero, yo no los puedo recordar con odio, o sea no me provocan nada, no lo recuerdo con odio simplemente como persona”.

Alteraciones en las relaciones personales

“Me cuesta trabajo conseguir una relación, no me gusta estar con la gente, no tengo amistades.”
“yo prefiero mi soledad o sea guardarme todo para mí” “quiero a mi esposo pero soy incapaz de demostrarlo o dejar que me lo demuestre”. “Yo les deseaba el mal a mis hijos ya no los trataba con cuidado, los aventaba; a mi esposo lo amenazaba con cuchillos,”

Sol relata que tenía poco cuidado con sus hijos, y no los podía ver con amor.

Somatización y/o problemas médicos,

“Problemas de alcoholismo y alimentación”.

Alteración en el sistema de significados.

.”Yo perdía la esperanza de alguien que me protegiera, me cuesta trabajo estar contenta” “No sabía con quién puedo contar ““Desesperación de no saber cómo atacar ese dolor yo estando tan chica”.

Recursos de enfrentamiento

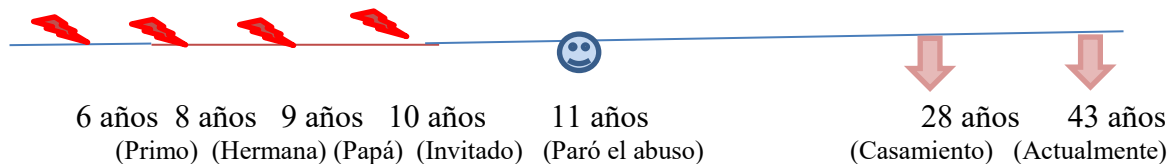
Sol refiere que lo que hizo fue guardar silencio.

“Nunca dije nada por no separar a mi mamá con su hermana”, “Cuando mi mamá supo fue hasta los 15 años, pero yo dije que era la primera vez, y mi mamá golpeó a mi primo y amenazó, pero después olvidaron el abuso y se volvieron a unir”, “Yo no podía decir no”, “Tomar alcohol”, “Busqué amistades equivocadas, pusieron drogas en mis bebidas y termine en coma, en la secundaria.” “Me

sentí traicionada (padres) cuando le platiqué de mi primera vez a mi mamá, porque me reclamaron, que porque yo no estaba traumada, que yo lo había provocado”

d) **DINORA**

Dinora vivía en Tlanepantla, Edo. De México, es la menor de tres hijos, el mayor era hombre (10 años mayor) y entre la hermana de en medio y ella se llevan 9 años. Ambiente tenso, conflictivo con mucha violencia física y psicológica por parte del padre que además era alcohólico y mujeriego, su papa dormía de día y viva de noche, golpeaba a su mama y buscaba a sus hijos para golpearlos o disparar su arma en la noche Su papá era una persona muy preparada, nunca los dejaba dormir fuera de casa para que no les sucediera nada, su mama trabajaba de personal de limpieza y su papa ahorraba todo para poner un negocio en el cual Dinora menciona le fue muy bien y gano mucho dinero pero era su madre la que los mantuvo.



Fue abusada por su primo una vez a los 6 años, por su hermana (9 años mayor) una vez a los 8 años mientras dormía, por su padre una vez a los 9 años mientras dormía, por un invitado a una fiesta una vez a los 10 años mientras dormía y por su hermano, una vez a los 10 años; de su hermano dice no estar segura si fue realidad o sueño.

“Mi papá que al estar muy alcoholizado, perdió la noción de las cosas y buscando a mi mamá para tener relaciones sexuales con ella, una noche entra a mi recámara, yo ya estaba dormida, era muy pequeña yo (9 años). Afortunadamente a mi hermana se le ocurrió salir de su recámara, y presencié la situación, entonces ella fue a quitármelo de encima, y yo ya pues desconcertada confundida pues no sabía ni que había pasado, no sabía ni por qué me lo había quitado, nada más sentía yo jalones toqueteos y palabras que por estar tomado no entendía bien yo, lo que estaba diciendo, solo que se refería a mi mamá, pero pues yo en aquel entonces estaba más dormida que despierta, entonces sí fue un shock el despertar y ver que mi hermana le está gritando ¿qué haces? es tu hija, no es mi mamá y todavía mi papá le decía déjame estar con mi mujer”.

“Otro abuso desafortunadamente vino de la persona que me quitó a mi papá de encima, mi hermana también en su mente retorcida pues me tocó, me frotó mis partes íntimas, esto se dio cuando estábamos en la recámara porque como somos mujeres nos dormían juntas en la misma cama, y pues no sé un día de buenas a primeras desperté y me hizo eso me estuvo, tocando me estuvo frotando”
“Viví muchos años con eso, como guardado, y convivía con mi hermana de manera normal, no fue hasta una terapia que tuve hace un año precisamente, en donde me hablaron del abuso sexual y fue que mi mente lo reconoció, o lo trajo al presente o lo destapo no sé exactamente que decirte, me sentí muy mal en esos momentos, enferma, mareada y con asco, con mucho coraje, muchísimo coraje de reconocer como es posible que ella me hubiera hecho eso”.

Dinora narra ahora otro abuso con un invitado a una fiesta que dieron sus padres en su casa:

“Me dio sueño y pues obviamente mi mamá me dijo súbete a dormir, estaba con dos primos más, una prima y un primo los dos, todavía menores que yo, ya cuando estábamos durmiendo el invitado también se equivoca de recámara y se mete a donde estábamos durmiendo los niños, y pues sí, estaba yo durmiendo y pos yo no escuche ni supe a qué horas entró porque lo hizo muy sigilosamente, y de momento que empiezo a sentir el manoseo, el toqueteo, asqueroso de esta persona, me empezó a jalar mi ropa estaba intentando bajarme mi pantaleta, afortunadamente lo estaba haciendo en sentido contrario porque estaba con la luz apagada o sea en vez de bajármela me la estaba subiendo y no podía, pero pos me estaba agarrando y diciendo cosas horribles y yo de momento de estar dormida dije que está pasando que me están lastimando con mi misma ropa y todavía más asustada estaba porque estaba la luz apagada, entonces fue cuando me levanté de un brinco no sé ni cómo le hice y me zafé de sus manos, y fui a avisar a mis padres y lo corrieron de la fiesta”.

“Otro más que recuerdo fue de un primo, calculo haber tenido 6 años, no había de momento nadie en la casa, [...] él estaba lijando y pintando la cancelería yo estaba en la sala, que están conectados, no hay barda no hay nada, y yo estaba jugando brincando en el sillón de mi sala, [...] yo traía un short

ampliecito de la pierna, entonces yo andaba jugando ahí, mi primo se acerca y se pone a jugar conmigo, pero te estoy diciendo de agarrarme de las manos y de los brazos para jugar y este brincando pues me empezó a agarrar de más, me empezó a agarrar ya el tronco mi pecho, mis piernas y pues desde luego mis partes íntimas con los dedos me acuerdo que los pasaba este ya por mis partes íntimas, vagina, de momento me asuste y me quede paralizada, no, y este y el me vio. Pero ya no supe si llegó alguien, o que fue lo que hizo que se detuviera”.

Con respecto a su hermano dice:

“No sé si fue realidad la verdad o un sueño, que también me toqueteo mi hermano, como que entré en confusión, pero sí me acuerdo que fue en su recámara, en su cama, que estábamos solos que me jaló hacia su cama y que empezó a tocarme pero ahí si te mentiría, no sé ya no sé”.

Dinora relata que además del abuso, su padre ejercía otras violencias. (Físicas, emocionales y negligencia) Violencia física, Padre alcohólico, los golpeaba, tiraba balazos en las noches, violencia emocional, le decía muchos apodos.

“Noté que todos se desquitaban conmigo, por ser la menor.” “Soy hija de padre alcohólico, mi papá dormía de día y vivía de noche, entonces al vivir de noche nos hacía mucho ruido, nos buscaba para golpearlos, dispararnos con su arma, ponía el estéreo a todo volumen, entonces eso empezó a causar el insomnio en mí”. “siempre agarraba a golpes a mi mamá”. “Vivimos limitados económicamente, solo con el dinero que mi mamá ganaba, “como yo era la menor, siempre encerrada, sola.”

Dinora refiere que con los abusos experimentó las siguientes emociones;

“Me sentía humillada, sentía injusticia, no me respetaban, no me daban atención, como no podía descansar, era enfermiza, me sentía cansada”. Miedo, angustia, asco, (papá) muchísimo coraje, odio (hermana), mucha pena y vergüenza en todos (primo), repulsión, ira contra mi papá, “Me gustaría desquitarme, no me garantizaron mi seguridad que es de lo más básico”, “veo a mi hermana quiero ahorcarla “. Culpa a sus padres por no haber hecho nada, porque “hoy estoy pagando las consecuencias terriblemente.”

“Me sentía con miedo, con angustia de pensar a ver a qué horas me cae otra vez por aquí, a ver a qué horas me despierta, entonces ya oía yo ya cualquier ruidito y pues me alertaba”, “también me mantenía alerta porque nos andaba buscando para golpearlos”.

Dentro de la sintomatología del EPT: las conductas de **Reexperimentación** que Dinora mencionó son:

“Cuando me toca mi esposo siento que lo hace justamente de la manera en la que me toco ese invitado y me hace estallar en ira, esto me hace sentir enferma, mareada,” ”a mi marido le gusta acariciarme cuando estoy dormida, y justamente se conjuga todo, el estar dormida el abuso la forma en que me tocaba esa persona” “He tenido dos sueños en los que tratan de seducirme e intimar conmigo y despierto temblorosa, por no tener un sueño reparador, estoy de malas, muy irritable o estallo con facilidad”.

En las conductas **evitativas**, Dinora refiere:

“Aunque haga calor tengo que dormir con una mantita”, “ahorita no quiero ver a mi hermana porque me recuerda eso”, “tiemblo quiero bloquear mi pensamiento”.

En cuanto a la **hiperactivación**, Dinora mencionó:

“Los maestros me regañaban por no concentrarme.” “Yo perdí el control total del sueño” : “Por este insomnio, ya no tengo ganas de nada”. “Oía cualquier ruidito y me mantenía alerta”.

Además refiere que ha sentido palpitaciones y sudoraciones, y que el no poder descansar, también ha afectado su manera de comer.

Respecto a la sintomatología de estrés postraumático complejo, destacan:

Alteración en la regulación, afectos/impulsos.

“No puedo intimar con mi pareja”, he pensado que la única forma en que yo pueda dormir es muriendo, cuando veo un cuchillo, digo y si me lo encajara”. “Frecuentemente estallo en ira”. “Conforme ha pasado el tiempo eso también se ha incrementado”.

Alteración, atención y conciencia.

“Cuando más sufrimiento tengo siento que estuviera en una película y yo fuera una actriz”.

“No sé si fue un sueño o realidad que me toqueteó mi hermano, tengo ciertas confusiones”.

Le cuesta trabajo concentrarse.

Alteración en la Autopercepción.

Dinora menciona sentir vergüenza:

“Hay días en que no me quiero ni levantar de la cama, me gustaba arreglarme y ahora no salgo de usar ropa vieja, he descuidado mi aspecto personal, siento que no encajo en ningún lado”.

Alteraciones hacia la percepción del abusador. (Aquí se refleja deseo de venganza, la cual es también reportada como alteración en la literatura).

“Hacia mi hermana siento una repulsión horrible al pensar o sea que mi propia hermana... quisiera desquitarme, ella siempre trata de ser, de aparentar ser una buena persona, una excelente madre, entonces digo: hijo no sabes la basura, la mierda que eres”.

“Tengo mucho odio y mucha ira contra mi papá”, “poco hombre pero si vivieras, ahorita verías lo que yo te haría, porque me desquitaría y aprovechándome de que tu estarías vulnerable, ahora te haría, muchísimas cosas te haría tanto o más daño del que tú me hiciste.”

Alteraciones en las relaciones personales

“Me costó trabajo para socializar con la gente y sobretodo con el sexo opuesto”. “No tengo amistades, como no tuve afecto, ando sedienta de cariño” “Cuando tengo un momento de felicidad, pues como que no, yo tengo que sufrir, “me cuesta mucho trabajo con mi marido, expresarle mi cariño tan solo darle un abrazo, acariciarlo”. “Quería tener hijos pero no los tuve porque emocionalmente no estaba bien e iba a cometer los mismos errores que cometieron mis papas”.

Somatización y/o problemas médicos,

Problema de hiperacusia o algeoacusia e insomnio.

Alteración en el sistema de significados. En este aspecto se mencionan aspectos como la desesperación, o desesperanza, Dinora menciona:

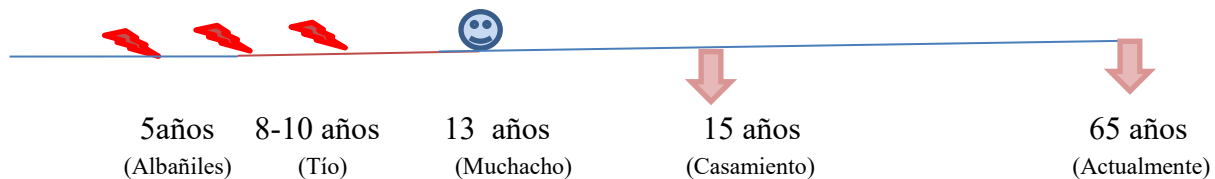
“He llegado a la desesperación, mi vida se detuvo el ir a hacer ejercicio el convivir con las personas, tan solo el levantarme de la cama si me cuesta trabajo”.

Recursos de afrontamiento

Dinora relata que suele paralizarse, no reacciona. Cuando paso lo del abuso de su papá y del invitado su familia se enteró y al respecto Dinora, refiere lo siguiente: “Supieron de mi papá y del invitado pero su respuesta fue muy pobre, como que ambos le dieron muy poca importancia a mi parecer” “ya no les comente los otros dos”. Otro de sus recursos ha sido “Aunque haga calor yo siempre tengo que dormir con una mantita por si en algún momento llego a caer rendida en un sueño y alguien me la quita.” ”Siempre estar alerta.”

f) ADRIANA

Adriana vivía en la CDMX viene de una familia numerosa, fueron 14 hermanos y Adriana era de las mayores ocupaba el 3er. lugar, su padre era alcohólico y siempre ejerció mucha violencia física, hacia la madre y hacia ellos; a la vez la madre también era violenta con los hijos, Todo el tiempo era que hacer y golpes, tenían una tienda en su casa.



Adriana relata que a los 5 años unos albañiles metieron a su hermana y a ella desnudas en una bolsa de cemento y que su mamá les pegó, (no recuerda más) también refiere que fue abusada por su tío (hermano de su padre) desde los 10 hasta los 13 años, y un muchacho que vivía por su casa “me agarraba cada que él quería”.

“Mi tío me tocaban mis partes nobles... ese tío era hermano de mi papa se quedaba ahí en la casa, y mi papá con la confianza nunca se imaginó y ahora que ya crecimos todas las primas,” “a mí también me hizo eso, ay a mí también”.(comentaban entre primas).

Adriana narra que su padre ejercía violencia (física, emocional y negligencia) tanto con ellos como con su mamá y su mamá con ellos:

“Mi papá le pegaba mucho a mi mamá, la bañaba en sangre” “cuando mi madre se soltaba su pelo él la jalaba de los cabellos, un día estaba mi mama haciendo comida y zaz ...cuando sentíamos el trancazo, otra vez le pegó y hasta la metió debajo de la cama, estuvo internada de esa golpiza que le dio”. “Todo eran golpes”. “Mi mamá tenía la costumbre de ahorcarnos, nos pegaba mucho”. “Nunca me hicieron un cariño”. “Solo me decían tu no sirves pa'nada”. “tú no sabes nada, tú cállate”.

Adriana refiere que el abuso hizo que experimentara, las emociones siguientes:

“Yo sentía que era así como malo”, “Me daba coraje” odio, “yo me sentía sucia, mal, fea, me daba miedo, impotencia”, “siempre me veías llorando”, “sentía que nadie me quería”, “nada más la gente quería abusar de mí”, “me caían gordos y a mi padre nunca le dije”,

Dentro de la sintomatología del EPT, Adriana, menciona **reexperimentación**:

“Recuerdo que mi esposo dice que en sueños yo decía no déjame, no me toques, soñando feo”- “Me sobresalto”.

En conductas de **evitación**, expresa:

“Trato de no pasar por ahí” (lugar en donde su tío la tocaba)

Adriana menciona sentir **hiperactivación**:

“Tengo insomnio, me llega como ansiedad, comienzo a sudar y a temblar, frecuentemente”.

En cuanto a la sintomatología de estrés postraumático complejo, Adriana manifestó:

Alteración en la regulación, afectos/impulsos.

En relación a su sexualidad, Adriana describió: “A mí me gustaba que me agarraran mis pechos y mis partes nobles”, “Ya después mi sexualidad poco la disfrutaba”. En cuanto a la irritabilidad, “Mucho coraje”. En preocupaciones suicidas crónicas menciona: “Pensé en el suicidio cuando me entró la depresión”.

Alteración, atención y conciencia.

“Todo lo recuerdo muy bien” “De repente siento que no soy yo”.

Alteración en la Autopercepción.

Adriana menciona tener “Sentimientos de culpa, vergüenza y coraje”.

Alteraciones hacia la percepción del abusador.

Dentro de las alteraciones en la percepción que se mencionan en los criterios del EPTC, se mencionan preocupaciones de la relación con el ofensor como venganza, idealización, gratitud, relación especial, sin embargo en este sentido no parece que exista alteración en Adriana ya que ella menciona sentimientos muy válidos como: “Tengo coraje y dentro de mí los odio”. “Me caían gordos” (abusadores) “A mi papá le tengo mucho coraje”

Alteraciones en las relaciones personales

“Yo no era sociable” “Mi esposo empezó a tomar, y no me daba dinero”. “Mi esposo, ya con mis demás hijos nunca me llevó nunca al doctor cuando me aliviaba ni me fue a traer, nunca me cuidó como... Peor que un animalito”. “Fui muy dura con mis hijos y parece que mi hijo mayor también fue violado”, “Le pegaba a mi bebé, estando enfermo de broncomonía y por mi culpa murió”.

Somatización y/o problemas médicos,

Adriana comentó, que ella estaba enferma de los nervios.

Alteración en el sistema de significados.

Adriana, menciona que a pesar de que ha llegado a desear morir, actualmente dice tener metas a futuro.

Recursos

“Mi esposo fue mi escape”, “todo me lo callaba”, “A nadie le decía ahí me guardaba todo”. “Empecé a leer libros, eso me ayudó mucho”.

Actualmente todas están tomando terapia psicológica y atención psiquiátrica.

VI.2 Análisis interpretativo integral

a) Categorías de agrupación

Se agruparon las características más relevantes: **Características objetivas del abuso:** relación con el agresor, edad de inicio, frecuencia, cronicidad, gravedad del abuso y presencia de otras circunstancias estresantes del abuso.

	Belén	Susu	Karina	Sol	Dinora	Adriana
Relación con el agresor	Padre	Padre	Hermano (9 años mayor)	Primo y prima	Primo, hermana, padre, invitado, hermano, (no está segura).	Unos albañiles, un tío, y un muchacho.
Edad de inicio	5 años	5 años	5 años	5 años (a lo mejor desde antes)	Entre los 6 y 10 años.	5 años (albañiles) 10 años tío y muchacho.
Frecuencia	*Frecuentemente	*Frecuentemente	*Frecuentemente	*Frecuentemente	1 vez cada uno	Con el tío y el muchacho. Frecuentemente.
Cronicidad	4 años	7 años	6 años	10 años	1 vez cada uno	3 años.
Gravedad del abuso	Penetración desde la primera vez	Manoseos y si le arrimo el miembro a la boca. “Estando pequeña los hombres me tocaban”.	Primero abuso, después sí hubo penetración.	Primero abuso, después la penetraba con los dedos, y la prima le quitaba la ropa y le besaba todo el cuerpo.	Abuso	“Me agarraba cada que ellos querían”.
Presencia de otras circunstancias estresantes	Le han dicho que su padre golpeaba a su madre y que era alcohólico.	El padre ejercía violencia física, emocional y negligencia con sus hijos, “nos golpeaba con cable, con regla, a puño cerrado, agresión verbal, nos decía “pordioseras, mugrosas.” “andamos sin ropa ni zapatos” (Alcohólico).	Sí, llego a usar violencia, a la hora del abuso, sus papás, nunca estaban en su casa. Mi mamá me pegaba y regañaba mucho.	Sus primos la forzaban con jalones. Sus padres nunca estaban con ella por estar en hospitales, bullying en la secundaria.	El papá, alcoholizado golpeaba a los hijos, tiraba balazos en las noches, violencia emocional, todos se desquitaban conmigo, por ser la menor, siempre encerrada, sola, los maestros me regañaban y pegaban por no concentrarme.	Su padre era alcohólico “mi papá le pegaba mucho a mi mamá, (la bañaba en sangre), mi mamá tenía la costumbre de ahorcarnos, nos pegaba mucho, nunca nos hacía un cariño, violencia emocional “no sirves para nada”.

*El término frecuencia quedó definido como “cada vez que había oportunidad”.

Como se observa, en todos los casos existe un vínculo o parentesco con el agresor; en dos fueron los propios padres, en otro el hermano mayor, y también se mencionan a los primos, el tío, la hermana, corroborando que la mayoría de las veces “el agresor está en casa” y es un varón.

De igual manera, en todos estos casos el abuso inicio alrededor a la edad de 5 años, en cinco de ellos el abuso fue frecuente y con años de duración; destaca que en el de Belén hubo penetración desde la primera vez. En el caso de Adriana, Dinora y Susu, además del abuso, vivían violencia física y emocional; Belén dice no recordar, pero sus hermanas le

dijeron que sí había violencia de su padre hacia su madre. Susu menciona que ella veía cómo su padre abusaba de sus hermanas, pero entre ellas no se comentaban nada. Sol, Karina y Dinora mencionan haberse sentido muy solas debido a que sus padres no estaban con ellas (Los padres de Sol, solían estar en hospitales acompañando al hermano mayor de ésta y a Sol la dejaban encargada con sus tíos), (el padre de Karina se iba hasta ocho meses de viaje por su trabajo y solo estaba unos días en casa antes de volverse a ir en tanto que su madre, menciona Karina que se la pasaba en la iglesia) (los padres de Dinora trabajaban todo el día, y por ser éstas las hijas menores, se quedaban solitas en casa). Cuatro de los padres de las entrevistadas eran alcohólicos. (Susu, Belén, Dinora, Adriana)

Susu y Dinora mencionan haber vivido negligencia, la cual se define como la falta de un padre para velar por el desarrollo del niño cuando el padre está en condiciones de hacerlo - en cualquiera de las siguientes áreas: salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, vivienda y condiciones de vida seguras. (OMS 2002). Susu dijo haber vivido una situación de pobreza, en su niñez muchas veces anduvo descalza y muy mal vestida, ya que sus padres no cumplían con estas necesidades básicas, en tanto que Dinora expresó carecer de una nutrición adecuada así como de condiciones de vida seguras. (Por los abusos que sufrió).

Características subjetivas del abuso

Al explorar la experiencia subjetiva del abuso, particularmente los aspectos vinculados con las emociones asociadas a la vivencia traumática, destacó que es el enojo, el odio o el coraje, son las emociones más mencionadas. El miedo fue experimentado por cinco de ellas, excepto por Sol. La vergüenza fue mencionada por tres: Belén, Susu, Dinora. La

atribución de culpa hacia la madre fue expresada por Belén, Susu, Karina, Sol y Dinora. El sentirse sucia fue una sensación expuesta por Susu, Karina, Sol y Adriana. Emociones como el asco fueron expresadas por Susu y Dinora; de tristeza por Susu y Karina; de inseguridad por Susu y Sol, siendo Susu quien menciona haber experimentado mayor tipo de emociones negativas.

Existen en todas una constante de miedo a dañar a los hijos o que estos sean dañados por alguien. Belén fue la única que mencionó que a partir de los 9 años, recuerda haber sentido celos de ella hacia su mamá, cuando sucedía el abuso.

Síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático (EPT) (ver Anexo 3)

Evitación, hiperactivación y reexperimentación

Susu y Karina mencionan que apenas hace poco tiempo dejaron de sentir la sintomatología del TEPT. Al contrario de Belén y Dinora, que hasta que recordaron los hechos, empezaron a manifestarla. A Belén se le activó con el olor a polvo, a Dinora por caricias de su esposo que sintió similares a las del abuso (del invitado); ambas coinciden que por ahora no quieren tener relaciones sexuales. Todas mencionan ser muy irritables o que explotan por cualquier cosa. En cuanto a la evitación, Belén, Susu, Dinora y Adriana tienen conductas evitativas y en la hiperactivación todas coinciden en no poder dormir solamente con medicamento.

Síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático Complejo (EPTC) (Ver anexo 3)

Alteración en la regulación del afecto/impulsos

Cinco de las seis entrevistadas manifiestan irritabilidad o explotar por cualquier cosa, solo una manifiesta pasividad. Belén, Susu, Karina y Sol han tenido intentos de suicidio, Belén y Susu han tenido mayor cantidad de intentos, ambas con pastillas e intentándose aventar una al metro y otra al tren ligero, Karina con veneno de ratas y Sol con un cuchillo. Belén y Sol se autolesionaban desde los 15 años, Susu se golpeaba la cabeza. Cabe recordar que el abuso con penetración, ocurrió en los casos de Belén y Karina, con mayor cronicidad, también Susu menciona sexo oral y Sol penetración con los dedos.

Karla y Sol dijeron vivirse muy solas y con un abuso acompañado de violencia física.

En lo que se refiere a la sexualidad, Belén, Susu y Dinora mencionan tener dificultad para tener relaciones sexuales con sus esposos. En Karina y Sol existe hipersexualidad, Adriana refiere que cuando sucedían los abusos a ella le gustaba que la tocaran íntimamente, pero que a partir de que se casó, era al contrario, le disgustaba.

Alteración atención/conciencia

El caso de Belén, en el que hubo penetración por parte de su padre, es en donde hubo mayor disociación y fragmentación.

Se reporta disociación en, Susu, Karina y Sol, aunque ellas dicen recordar todo en el momento de los abusos. Dinora y Adriana, mencionan tener dudas o tener ciertas confusiones en sus recuerdos. Dinora, Karina y Sol relatan que tienen falta de concentración; que son muy distraídas.

Alteración en la autopercepción

Susu, Karina, Sol y Adriana refieren sentirse o percibirse “sucias” incluso Susu utilizó el término “bote de basura” refiriéndose a lo repugnante que la hacía sentir los abusos sufridos y Sol dijo sentir lástima por ella. La vergüenza también fue mencionada por cinco (Belén, Susu, Karina, Dinora y Adriana), siendo esta emoción la que refieren, como motivo para quedarse calladas. El sentirse desprotegidas, con inseguridad, soledad y miedo fueron sensaciones homogéneas, compartidas por todas.; que sin embargo; (Belén, Susu, Dinora) mencionan les creó dificultad para responsabilizarse, como lo refieren, cuando dicen que se visten, se arreglan, y no pueden salir..

Susu, Dinora y Karina argumentan que actualmente no pueden decir un “no” tranquilo cuando no desean algo sino que tienen que hacerlo de una forma agresiva.

Alteración hacia la percepción del abusador

En cuanto a las atribuciones hacia el abusador, estas fueron mencionadas de acuerdo al trato dado en el momento del abuso, Belén manifiesta que su padre la enamoraba, eso provocó en ella una ambivalencia, pues menciona que sentía cariño por él y al mismo tiempo deseaba que lo encerraran en la cárcel; asimismo con Sol el abuso fue con juego, en donde la hacían que también ella participara, y también refiere un adormecimiento en sus emociones, comentando que no le inspiran “nada”. En ambos casos existe confusión para procesar los sentimientos o emociones. Contrario a cuando no se utiliza la seducción o el juego como es el caso de Susu, Karina, Dinora, se menciona un odio a muerte, incluso deseo de venganza.

Alteraciones en las relaciones personales

Cómo se puede observar, existe en las participantes una dificultad para sostener relaciones personales o para tener amigos, ya que todas refieren que no tenían y actualmente tampoco han podido recuperar esa confianza en las personas. Esta alteración también las ha afectado cuando decidieron buscar una pareja; Susu y Adriana mencionan que se casaron para salirse de su casa, Belén, dijo haber encontrado otro papá como pareja (por la diferencia de edad, 17 años mayor). Karina y Adriana tienen parejas con problemas de alcoholismo, además a Karina, la golpeaban, menciona que se divorció y su pareja actual también tiene problemas con el alcohol, y en ella es en donde se puede ver lo que en el trauma complejo se describe como la no anticipación de señales de peligro como guía de acción. Karina y Sol, vivieron abuso con violencia, (jalones y presiones menciona Sol); Dinora, Karina y Sol no se sentían cuidadas por estar solas en sus casas, o encargadas con familiares como es el caso de la última.

Dinora y Sol mencionan una incapacidad para demostrar amor o dejar que se los demuestren, otra característica que todas manifiestan es la dificultad para vincularse con sus hijos, Susu y Karla mencionan cuidar y ser sobreprotectoras además de estar muy preocupadas por que no vayan a vivir un abuso sus hijas, Sol y Adriana, refirieron, tener poco cuidado con sus hijos, y Belén menciona que al no recordar el abuso, no tuvo mayor problema para la crianza de sus hijos, es hasta ahora que empiezan los recuerdos cuando para ella se le hace difícil y Dinora, argumenta que aunque le hubiera gustado tener hijos, tomo la decisión de no tenerlos por el temor de no atenderlos bien.

Somatización y/o problemas médicos relacionados

Así como la respuesta del cerebro es importante, también el cuerpo lo es, ya que juntos forman la totalidad del organismo, entre las reacciones somáticas que mencionaron en este estudio, se encuentran las de origen endocrino, Belén y Karina vivieron abuso con penetración y reportan hipotiroidismo, Susu y Karina tuvieron mayor cronicidad, y reportan problemas digestivos, Sol y Dinora mencionan problemas con la alimentación, Dinora y Adriana reportaron haber vivido en un ambiente violento, al respecto Dinora reporta algeoacusia (alteración en el oído, que consiste en una mayor sensibilidad en oídos) e insomnio no orgánico, y Adriana menciona estar enferma de los nervios. Sol y Karla que mencionaban sentirse solas ya que sus padres nunca estaban con ellas, reportaron problemas con el alcohol.

Alteración en el sistema de significado.

Susu, Karina, Sol y Dinora, llegaron a experimentar sensación de desesperanza y desesperación, Belén, Susu, Sol y Adriana tienen metas a corto plazo, Karina aún no, y Dinora siente que tiene la vida detenida. Sin embargo, no se puede perder de vista que en este estudio todas las entrevistadas están en terapia, lo que ha ayudado a algunas a tener metas a corto y largo plazo.

Recursos de enfrentamiento

Entre las maneras de enfrentar el abuso, el guardar silencio o callar, es uno de los recursos más utilizados; en tres de los casos (Karina, Dinora y Adriana), primero lo hablaron pero al no sentirse apoyadas o recibir como respuesta su normalización. Por ejemplo que directamente les dijeran “no pasa nada quédate callada” como en el caso de Karina, o que a

Dinora, como señala, no le pusieron atención para saber si lo que le pasó le había afectado a ella, y que por ejemplo no la hubieran llevado a un psicólogo; o que cuando a Adriana y a su hermana unos albañiles las metieron desnudas a una bolsa de cemento su mamá las golpeará. Todas estas respuestas hicieron que aunque al principio quisieran hablaran, posteriormente guardaran silencio al verse solas y sin respuesta. Dinora y Susu refieren que se paralizaban, Susu y Sol se sentían culpables y callaron por temor a separar a su familia, Belén no habló por miedo; lo mencionó antes de disociarse y olvidar.(Cuando su hermanita le ayudó a lavar el vestido con sangre)

Entre las estrategias que utilizaron para defenderse del abuso, mencionaron las siguientes: Belén se hacía bolita tratando de hacerse lo más chiquita posible y buscando olvidar. Susu orinándose para que no la tocaran, Karina siendo agresiva con las personas pero sumisa con su hermano, escondiéndose y evitando estar en casa, Dinora durmiendo con una mantita para cubrirse y estar alerta. Adriana y Sol siendo sumisas, ya más grandes; Karina empezó a fumar desde los 10 años, después comenzó a tomar alcohol y a prostituirse, Sol también bebía alcohol y dice haber tenido “amistades equivocadas”, Susu y Adriana, utilizaron el casamiento como escape y Adriana leía libros. Actualmente todas reciben apoyo psicológico y psiquiátrico.

VII. DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue analizar la vinculación de la sintomatología postraumática compleja con ciertas características objetivas del abuso, adversidades co-ocurrentes, y emociones subjetivas vinculadas al trauma para tener más elementos para detectar el daño que genera el abuso sexual infantil a largo plazo. En cuanto a las características objetivas, en todas las participantes existía un vínculo o parentesco con el agresor lo que coincide con estudios actuales que reportan que dos terceras partes de los agresores son familiares directos de las niñas y niños abusados, favoreciendo con esto que las violencias se reproduzcan e invisibilicen (Mathews & Collin-Vézina, 2016). Como se ha mencionado previamente, cuando el agresor es una persona en la que el niño/a tiene un vínculo de confianza, el impacto puede ser mayor y duradero, pudiendo manifestarse con síntomas de EPTC, difíciles de detectar. (Herman, 1992).

Las sobrevivientes reportaron que el abuso inició aproximadamente a la edad de 5 años, coincidiendo con estudios como el de (Coles, Lee, Taft, Mazza, & Loxton, 2015) quienes comentan que el abuso sexual infantil (ASI) inicia entre los 5 y los 9 años. Como también ya se mencionó, entre menor sea la edad en que ocurre el abuso, los efectos en el desarrollo de la persona pueden ser más graves, ya que influyen en un gran número de variables psicológicas, de personalidad y de adaptación así como la maduración del sistema nervioso y neuroendocrino, además de que estas situaciones intensifican sentimientos de indefensión que las harán más vulnerables. (Kolk, Hostetler, Herron, & Fisler 1994), López (2008).

En cinco casos el abuso fue frecuente y con años de duración, la literatura refiere que cuando ocurren estas circunstancias, se presentan síntomas físicos y psicológicos más graves que producen deterioro en la persona, limitándola en sus actividades, (Quadara, 2014), así como alteraciones en la regulación de la afectividad, de los impulsos, la percepción de sí mismo, la percepción del agresor y del sistema de significados. (Herman, 1992).

En el caso de Belén, hubo penetración desde la primera vez. Al respecto, se ha reportado que cuando el abuso es más invasivo (incluyendo la penetración), existen más manifestaciones somáticas, así como más problemas médicos (Coles, Lee, Taft, Mazza, & Loxton, 2015). En ella, el abuso fue acompañado de seducción lo que le provocó mayor confusión, ya que lo vive como una experiencia en la que ella estuvo de acuerdo, sintiendo además celos hacia su mamá; en este caso existe fragmentación y disociación. Situaciones en donde se utiliza la seducción y el “amor”, provocan que sea más difícil distinguir el comportamiento sexual del comportamiento afectuoso, así como mantener límites personales adecuados y oponerse a insinuaciones sexuales no deseadas. Kozubová (2003) refiere que cuando un conocido de la víctima inicia juegos de seducción y agrede sexualmente, genera un estado confuso, ambivalente y con sentimientos de culpa para la niña/o, de igual forma sucedió con Sol al vivirlo en forma de juego.

En el caso de Adriana, Dinora y Susu, además del abuso sexual, existía violencia física y emocional (golpes, gritos e incluso balazos). Quadara (2014) refiere que la vinculación de un mayor número de eventos traumáticos produce más deterioro en las víctimas, al respecto Hernández & Martínez (2013) agregan que el uso de la violencia en diversas formas

mantiene a las mujeres dominadas y oprimidas reforzando la importancia de la esfera sociocultural, la cual tiene que ver con la manera en el que los seres humanos buscan el poder o que éste sea identificado por las personas de su alrededor (Mora, 2015), no importando la situación de la víctima.

Susu, Karina, Adriana y Dinora mencionan varios eventos de abuso, incluso Karina vivió una violación hace pocos años, así como una historia de maltrato constante a lo largo de su vida, lo que concuerda con algunos estudios que han vinculado los antecedentes de abuso sexual en la niñez con un riesgo mayor de sufrir violencia sexual en etapas posteriores de la vida, Judith Herman (2004), menciona que el haber sido víctima de abuso sexual infantil duplica el riesgo de vivir agresiones y malos tratos en la vida adulta ya que la alteración del sistema de significados, provoca desamparo, desesperanza y sensación de ser no merecedora de sucesos buenos en la vida. Dinora fue abusada una vez, pero por diferentes personas y ella lo significó de una manera muy dolorosa, dirigiendo la ira hacia su hermana y su padre, a quienes señala quisiera que alguien los dañara. Kisiel & Winnet (2014) argumentan que cuando existe un patrón de revictimización a lo largo de la vida, dificulta la regulación afectiva y las relaciones interpersonales, lo cual se observa en las participantes.). La experiencia subjetiva hace referencia a la experiencia misma que el sujeto vivencia y que interpreta desde su propia subjetividad, Agurto, C. A. (2011).

Susu y Karina también señalan haber querido matar a su agresor. A Dinora, Sol y Susu les cuesta trabajo ser felices y sentirse merecedoras de cosas buenas, Sol menciona que no les tiene coraje ni odio a sus primos, pero sí culpa a sus padres.

La experiencia subjetiva, particularmente la asociada con las denominadas emociones asociadas a experiencias traumáticas (*trauma-related emotions*), como vergüenza, culpa, asco, ira y miedo, son las que más afectan la valoración de sí (Budden, 2009; Dorahy, 2010; Van der Hart et al., 2005, 2006). En algunos casos, al externalizar las emociones se tiende a presentar conductas agresivas, como sucede con Karina.

De hecho, todas presentan hiperactivación e irritabilidad o explotan por cualquier cosa, dicen tener un carácter feo, no pueden dormir a menos que tomen medicamento. Esto denota una falta de control en sus vidas, perturbaciones en sus esquemas internos, seguridad, confianza, poder, autoestima, intimidad, es por eso necesario propiciar la sensación de seguridad, romper el secreto y reforzar relaciones basadas en confianza. (Batres, 2012).

Belén, Karina, Dinora y Sol, siguen reexperimentando el abuso. La literatura sostiene que las personas que han estado sometidas a un trauma prolongado y repetido desarrollan una forma de desorden de estrés postraumático progresiva e insidiosa que invade y erosiona la personalidad... “No resulta sorprendente que la repetición del trauma amplifique todos los síntomas de hiperactivación del síndrome de estrés postraumático” (Herman, 2004, p.144).

Se han descrito dos patrones de respuesta en los niños/as traumatizados/as: hiperactivación continua o disociación continua. En la hiperactivación, los sueños y pensamientos, desencadenan la respuesta al estrés una y otra vez provocando desregulación en otras funciones y a la vez esta repetición, provoca una hipersensibilidad o hiperreactividad (Cannon 1814; Seyle 1936); si esta reacción se prolonga por mucho tiempo, desencadenará una disociación continua. Es frecuente que si el niño o niña llora

algunas veces y la respuesta del cuidador es inapropiada, dejará de llorar, y si la amenaza persiste el niño pasará a la disociación, existiendo en la disociación una pérdida de control físico y cognitivo, (Orr, Metzger y Kaloupek, 2004).

El trauma provoca fuertes respuestas emocionales, y en casos de disociación, entumecimiento de la emoción después de sentirse abrumado/a por las emociones (Loewenstein & Brand, 2014). De la ansiedad se pasa al temor, después a la parálisis o congelamiento para poder tener un procesamiento cognoscitivo y organizar la forma de responder; si no se logra procesar, se pasará a la disociación. En todas las participantes aparece la disociación, aunque en diferentes niveles: amnesia, (olvidar), cortar las emociones (embotamiento o entumecimiento) sentirse fuera del cuerpo (despersonalización) sentirse alejada de la realidad, (irrealidad) y separar diferentes partes de la personalidad (fragmentación), Herman, (1992).

Belén, Susu, Sol y también Karina mencionan los 15 años como una etapa difícil por considerarla un despertar a la sexualidad con los noviazgos y reaccionaron ya sea con asco por los deseos masculinos de besarlas o abrazarlas, o con auto-lesiones o con la aceptación del maltrato de la pareja. Al respecto, Finkelhor y Brown (1988), comentan que durante el abuso sexual se originan en la víctima alteraciones cognoscitivas y emocionales hacia el mundo, traumas que deforman el concepto de sí misma, de su valor, de la visión del mundo, de sus capacidades afectivas, y las afrontan dañando al cuerpo.

De igual forma en cuanto a la alteración de afectos/impulsos, Susu, Belén y Dinora mencionan tener hiposexualidad pero que han estado trabajando para poder salir adelante, en Karina y Sol existe hipersexualidad; Sol menciona que ella tiene deseos pero trata de no

decir nada, porque le da vergüenza y piensa que está mal. Karina ejerció durante 5 años la prostitución y Adriana dijo que a ella le gustaba que le tocaran los pechos y las “partes nobles” (así las llama). Karina fue violada hace tres años. Al respecto, Browning y Lauman (2001) refieren que la sexualidad desadaptativa es una consecuencia del abuso sexual infantil; sin embargo, destacan la no existencia de una relación causal entre la experiencia de abuso sexual infantil y una sexualidad insatisfactoria y disfuncional; conductas de riesgo sexual (particularmente conductas sexuales promiscuas y el precoz inicio a la sexualidad, la prostitución y la maternidad temprana).

Belén, Susu, Karina y Sol han tenido intentos de suicidio. Un 43% de las personas que sufren un evento traumático presentan ideación suicida, lo que es más frecuente si el evento es la violación, (Medina Mora y cols., 2005). Las alteraciones escritas en el DESNOS muestran cómo un enojo no expresado llega a interiorizarse e intentar liberarse por medio de la muerte, (Herman, 1992).

Todas las sobrevivientes coinciden en que no tienen amigos por no poder confiar en ellos. Tienen una evaluación negativa de las relaciones interpersonales. Al respecto, Pereda (2010) destaca en las sobrevivientes la existencia de mayor aislamiento y ansiedad social, menor cantidad de amigos y de interacciones sociales, así como poca participación en actividades comunitarias Batres, (2000). Menciona la dificultad de poder lograr relaciones en las que exista confianza, si a lo largo de la vida se ha conocido la traición y la mentira. Se identifica también un desajuste en las relaciones de pareja. Por ejemplo, Sol, Dinora y Susu refieren no saber o ser incapaces de mostrar el amor aunque lo sientan. Belén se relacionó con esposo diez y siete años mayor que ella, Karina tuvo un primer esposo,

alcohólico y drogadicto; su esposo actual es alcohólico. Adriana señala que su esposo tomaba mucho cuando se casaron. De igual forma, Susu, Karina, Sol y Adriana se perciben con miedo de no saber tratar a sus hijos, siendo muy sobreprotectoras; al respecto Pereda, (2010) argumenta que, efectivamente, como consecuencias del abuso sexual infantil aparecen dificultades en la crianza de los hijos, ya que ellas misma nunca pudieron cuidarse y protegerse.

Pereda (2010) también señala que la posible transmisión intergeneracional de las prácticas parentales, así como del maltrato y el abuso sexual infantil, sigue siendo un tema de estudio controvertido y con resultados que pueden llegar a ser contradictorios; es decir, la hipótesis de la reproducción del maltrato de padres a hijos, centrado en el tema del abuso sexual infantil, se reporta entre el 20% y el 30% de los casos, no obstante la controversia sobre esta posible consecuencia sigue existiendo.

No creer ni apoyar la revelación del abuso, provocan una ruptura de confianza, y ésta, la desesperanza, que es uno de los impactos que puede sufrir el niño o niña abusado/a, por lo que es fundamental ayudar a que se pueda romper el silencio y facilitar la recuperación de la confianza en el mundo y en sí misma, (Mora, 2015). Si no atendemos a la historia previa de abusos, no podremos incidir en los factores de vulnerabilidad. Belén, Susu, Sol y Adriana tienen metas a corto plazo, Karina aún no, y Dinora siente que tiene la vida detenida.

Con todo lo anterior, podemos señalar que efectivamente el cómo se experimente el abuso sexual infantil, incidirá en el impacto del mismo, además de que éste ocurra de manera aguda o crónica, ya que como ocurre en el caso de Dinora, aunque ocurrió

solamente una vez y cuando ella era un poco mayor de edad que las demás participantes, presentó sintomatología y problemas emocionales tanto o más graves que las otras participantes.

En el presente estudio resaltan por su presencia en gran parte de las víctimas de abuso sexual infantil, los trastornos depresivos y bipolares, trastornos de ansiedad, destacando por su elevada frecuencia el trastorno por estrés postraumático, el trastorno límite de la personalidad, así como las conductas autodestructivas (negligencia en las obligaciones, conductas de riesgo, ausencia de autoprotección, entre otras); las conductas autolesivas, las ideas suicidas e intentos de suicidio, y la baja autoestima. Esto coincide con la literatura que refiere que al menos la mitad de las víctimas de abuso sexual desarrollan sintomatología neuropsiquiátrica significativa (Beltran, 2010). Lesserman (2005) y Cantón y Cortés (2015) afirman que las sobrevivientes de abuso sexual presentan una probabilidad hasta cinco veces mayor que el resto de la población de ser diagnosticadas con al menos un trastorno psiquiátrico, similarmente se ha demostrado que un mayor número de eventos traumáticos produce más deterioro y llega a tomar la forma de depresión, comportamiento adictivo, abuso de sustancias, y trastornos disociativos o de personalidad, Quadara (2014). Por lo tanto, es importante considerar el sentido otorgado al suceso y los esfuerzos de enfrentamiento, como mediadores importantes del proceso de recuperación postraumática (MacIntosh, 2015).

En todos los casos, las sobrevivientes callaron el abuso; como se señaló, dos primero lo hablaron pero al no sentirse escuchadas o apoyadas terminaron guardando silencio y normalizando el abuso. Belén y Susu tienen hermanas que también fueron abusadas por su

papá, en el caso de Belén ella narra que su hermanita la ayudó a lavar el vestido con sangre; esto reforzaba la idea de que era normal lo ocurrido. Cantón y Cortés (2015) explican que las sobrevivientes que no revelan sus historias de abuso y que tienden a evitar el tema por la vergüenza, están utilizando estrategias como la evitación de recuerdos del trauma, supresión del pensamiento y evaluaciones negativas; estas estrategias contribuyen a que los síntomas de EPT les impidan el procesamiento cognitivo y emocional de la experiencia traumática. Esto sugiere que dichos síntomas son el resultado de una falta de integración basada perceptualmente en el trauma; el sistema de memoria se puede recuperar posteriormente de forma deliberada. Belén y Dinora se paralizaban, la parálisis o congelamiento ayuda a tener un procesamiento cognitivo para organizar la forma de responder.

Karina le dijo a su abuela lo que estaba pasando y la respuesta fue “eso es normal”; a Dinora su mamá le dijo años después que se enteró, “por qué no lo olvidas, a mí también me pasó”, a Adriana su madre le pegó cuando unos albañiles las desnudaron a ella y a su hermana y las metieron a una caja, confirmando que una persona abusada difícilmente puede cuidar a otros si ella no supo cuidarse.

Habría que agregar que, como señala Van Der Kolk (1987), contar con una persona en quien se pueda confiar es un factor protector para sobreponerse al trauma (Browne & Finkelhor, 1986). Karina, Dinora y Adriana no contaron con este factor protector, ya que cuando lo hablaron, no las calmaron, ni validaron sus emociones, provocando que guardaran silencio como forma de afrontamiento. A su vez, Susu y Adriana utilizaron el matrimonio como su escape, para salirse de su casa.

Estos resultados muestran que es posible distinguir que ciertas características objetivas del ASI, otras adversidades co-ocurrentes en la infancia y algunas emociones relacionadas con el trauma, se vinculan con malestares y síntomas que van más allá de los descritos con el TETP como única respuesta al trauma. La importancia de visualizar el daño que genera la violencia en edades tempranas y cómo ha impactado en diferentes áreas de vidas de estas, debe tomarse en cuenta para abordarlos con el fin de mejorar su detección y tratamiento.

CONCLUSIONES

El abuso sexual infantil, las circunstancias en las que se vive y cuándo se vive, las emociones que se experimentan y los recursos de afrontamiento que se empleen, son factores que se vinculan con sintomatología del trastorno de estrés postraumático complejo. Debido a la multiplicidad de síntomas y reacciones que comprenden, y a la importancia de escuchar la voz de las sobrevivientes, se eligió la metodología cualitativa, para entender el relato a través del proceso y el contexto en que ocurrió el abuso. Lo que permite regresar a nuestras preguntas de investigación: ¿La sintomatología de Estrés Postraumático Complejo se presenta en mujeres sobrevivientes de ASI que acuden a consulta psiquiátrica? ¿Esta sintomatología se vincula con las características objetivas del abuso padecido y con las emociones relacionadas con esta experiencia? Para responderla, fue necesario explorar la manera en que las participantes perciben y refieren su experiencia vivida, tomando como parte de las propuestas interpretativas el contexto sociocultural de la violencia de género y las denominadas emociones asociadas a experiencias traumáticas (*trauma-related emotions*). El resultado, apunta a que efectivamente hay un vínculo importante entre el abuso físico, emocional y sexual y el trastorno de estrés postraumático complejo, y que éste a la vez aumenta la probabilidad de experimentar, acelerar o detonar daños más severos.

Una de las tristes realidades es que la frecuencia con la que se comete el abuso sexual infantil es muy grande, siendo de dos a tres veces mayor en niñas que en niños; que a su vez las afectadas por un Estrés Postraumático Complejo sobrellevan una larga marcha a través de las instituciones, antes de ser correctamente diagnosticadas, y recibir el

tratamiento específico que necesitan. En ese intervalo, se dan repetidos diagnósticos falsos y tratamientos erróneos, simplemente por la dificultad para reconocer los síntomas y porque los especialistas requieren tener una capacitación más especializada. Como se ha visto a través de estas vivencias, las experiencias suelen ser muy solitarias. En el caso de Sol así como con Belén, existe un adormecimiento de emociones, ya que no tienen claro lo que sienten por el agresor. En Dinora y Belén tal parece que fue precisamente al significar el evento de todo lo que vivieron, el ponerle un nombre, lo que hizo que empezaran a experimentar el EPT como si hubiera acabado de suceder. Es posible que el conocimiento del trayecto de la vida y tratamiento adecuado posibilite mejorar su diagnóstico. Es por eso que es conveniente seguir haciendo investigación al respecto. Pereda (2010) refiere que una persona con experiencia de abuso sexual infantil tiene una probabilidad cuatro veces mayor de desarrollar trastornos de personalidad en población general.

En este sentido, es importante divulgar la evidencia científica sobre las consecuencias psicológicas del ASI para largo plazo, que confirman la gravedad de los problemas que se pueden presentar desde no expresar los sentimientos y emociones dado que son personas que han perdido la fe en su derecho de ser y de expresarse y sobre todo a ser creídas, hasta el derecho a disfrutar de su cuerpo porque es precisamente en el “cuerpo” en donde recayó la ofensa porque éste es un medio para poder sentirse tomadas en cuenta. Asimismo es importante conocer la gran diversidad de sintomatología internalizante (depresión, ideación, conducta suicida, y problemas de sexualidad) (Cantón & Cortés, 2015). La desesperanza puede conducir a la depresión, a sentir que la vida no vale la pena y de ahí al suicidio. La bipolaridad destaca la desesperanza con periodos de hiperactividad.

Esto coincide con otros estudios que hacen referencia a que en los trastornos psiquiátricos, las emociones que se experimentan son las que hacen que el trastorno sea más grave, y que los trastornos psiquiátricos más reportados en mujeres víctimas de violencia sexual sean la: depresión, intentos de suicidio, trastorno por estrés postraumático, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos psicósomáticos, (López, 2012). Además, cabe recordar que historias de trauma infantil y abuso sexual se obtienen más frecuentemente en pacientes psiquiátricos que en la población general, particularmente en pacientes con trastornos afectivos, trastornos por alimentación, trastornos por somatización y trastornos de personalidad. También se encuentran frecuentemente estos antecedentes en pacientes que consultan en los servicios de medicina por cuadros como colon irritable, cefalea y síntomas ginecológicos (Vitriol, 2005; WHO/RHR/12.35). Sin embargo, se tiene que tener en cuenta que la sintomatología varía con base a aspectos multifactoriales, incluyendo los de tipo genético, social y familiar, y que muchas veces el estrés postraumático se pierde de vista ya que aparece junto con otros problemas emocionales.

Esta investigación se enfocó en la vivencia del abuso sexual infantil. Como se observó en estas participantes, cuando el abuso es con penetración, existen secuelas más graves, pero sobre todo destaca que si el abuso es acompañado con seducción o juego provoca confusión emocional. También se pudo observar que en los casos que fueron los padres los agresores, hubo más intentos suicidas y disociación. Respecto de la disociación, Batres (2012) relata que cuando los niños se disocian revelan sin mostrar emociones además de inconsistencias en el relato lo cual hace dudar a los adultos si el evento sucedió, esto es porque las víctimas han aprendido a que no tienen poder sobre los demás ni control en sus

vidas, esto ocasiona perturbaciones en sus esquemas internos como son: seguridad, confianza, poder, autoestima, intimidad, como sucedió en el caso de Belén.

Otro tema importante es que dependiendo la gravedad con la que perciba o signifique el abuso, es como la sobreviviente va a desarrollar cierta sintomatología. Las participantes que se vivieron como más solas y en las que los abusos ocurrieron con violencia física, como jalones o sentirse obligadas, tuvieron más conductas de riesgo, como usar alcohol y relacionarse con personas peligrosas.

Entre las manifestaciones que también se relataron, destaca el no poder decir un “no” tranquilo, sino solo de forma agresiva, y la incapacidad para relacionarse o tener amigos, por no confiar en ellos; además de dificultad para vincularse incluso con los propios hijos o demostrar el amor que sienten.

Como limitación, cabe señalar que la muestra fue homogénea y que no fue posible contrastarla contra casos en los que el agresor no tiene ningún vínculo con la víctima para poder conocer sus manifestaciones, con edades diferentes o sin sintomatología psiquiátrica.

Como se pudo observar a lo largo de las historias, la afectación existe en varias áreas de la persona, desde la biología hasta el concepto que se adquiere de sí misma por lo que se propone abordar mediante terapia la sintomatología del abuso para con eso determinar si se reduce la sintomatología del trastorno. Se necesitan más estudios para conocer si el antecedente de abuso sexual infantil es un síntoma importante para un trastorno de personalidad o bien, las manifestaciones de los pacientes son secuelas de exposiciones a situaciones de estrés crónico que como en estos casos, inician a edades tan tempranas y puede tener repercusiones a niveles de cortisol provocando una alteración genética.

Es necesario recordar que como se observó en este estudio, las víctimas de abuso infantil, cuando son adultas, recuerdan con mayor dolor la falta de una respuesta de protección por parte de los adultos significativos, que el abuso mismo. Los niños y niñas necesitan de la protección de los adultos, de lo contrario quedan con una sensación de indefensión que se instala y afecta la forma de ver su realidad.

Finalmente, la importancia de insistir en dar credibilidad al testimonio infantil ante el abuso sexual, el ser escuchado ayuda al niño a recuperar la seguridad en el entorno; cuando se denuncia y se registra lo que pasó, el agresor es castigado; esto ayuda al niño a confirmar que fue víctima, y a que él no se sienta culpable ya que el silencio lo único que le transmite es confusión, inseguridad, culpa y vergüenza.

BIBLIOGRAFIA

Acuña Navas, M. J. (2014). Abuso sexual en menores de edad: generalidades, consecuencias y prevención. *Medicina Legal de Costa Rica*, 31(1), 57-69.

Agurto, C. A. (2011). Violencia conyugal, la experiencia subjetiva de los perpetradores. *De Familias y Terapias*.

American Psychiatric Association. (2002). *Dsm iv tr: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado*. Masson.

American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association. (2013). Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5.

Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. (2013). *Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Asociación Médica Mundial

Batres, G. (2012). De la disociación a la reconexión. La terapia trifásica género sensitiva: un camino seguro para sobrevivientes de abuso sexual. *Programa Regional de Capacitación y Violencia*.

Batres Méndez, G. (1997). Del ultraje a la esperanza: Tratamiento de las secuelas del incesto. *ILANUD. San José, Costa Rica*

Becker-Blease, K. A., & Freyd, J. J. (2005). Beyond PTSD An Evolving Relationship Between Trauma Theory and Family Violence Research. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(4), 403-411.

Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child abuse & neglect, 16*(1), 101-118.

Beltran, N. P. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del psicólogo, 31*(2), 191-201.

Besten, B., & Cristina vers. España. (2012). *Abusos sexuales en los niños*. Herder.

Bowers, M. E., & Yehuda, R. (2016). Intergenerational transmission of stress in humans. *Neuropsychopharmacology, 41*(1), 232-244.

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

Cardoso Gómez, M. A., Pascual Ayala, R., Moreno Baena, G. M., Figueroa Rubio, M. E., & Serrano Sánchez, C. (2007). Investigación cualitativa y fenomenología en salud. *Vertientes. Revista Especializada en Ciencias de la Salud, 10*(1-2).

Cassese, J. (2016). *Gay men and childhood sexual trauma: Integrating the shattered self*. Routledge.

CDHDF. (2015). *México encabeza lista mundial de abuso sexual, violencia física y homicidios de menores*: CDHDF. Distrito Federal: noticias MVS.

Cisterna, F. (2005). Categorización y Triangulación como Procesos de Validación del Conocimiento en Investigación Cualitativa. *Theoria, 61-71*.

Coles, J., Lee, A., Taft, A., Mazza, D., & Loxton, D. (2015). Childhood Sexual Abuse and Its Association With Adult Physical and Mental Health Results From a National Cohort of Young Australian Women. *Journal of interpersonal violence, 30*(11), 1929-1944.

Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas [CIOMS]. (2003). *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos* (ed. rev. 2002). Santiago, Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS.

Cordero, M. C. (2012). Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa. *Revista Griot (Etapa IV-Colección completa)*, 5(1), 50-67.

Corsi, J. (1999). *Violencia familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Paidós.

Courtois, C., & Ford, J. (2009). *treating complex trauma stress disorder, an evidence based guide*. New, York: The Wilford Press.

Choi, J. Y., Choi, Y. M., Kim, B., Lee, D. W., Gim, M. S., & Park, S. H. (2015). The effects of childhood abuse on self-reported psychotic symptoms in severe mental illness: Mediating effects of posttraumatic stress symptoms. *Psychiatry research*, 229(1), 389-393.

Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V. D., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of traumatic stress*, 22(5), 399-408.

Crespo, M., & Gómez, M. M. (2003). Propuesta de un inventario para la evaluación y diagnóstico del trastorno de estrés postraumático. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, Vol. 3, pp. 41 - 57.

Dorahy, M. J., Corry, M., Shannon, M., Webb, K., McDermott, B., Ryan, M., & Dyer, K. F. (2013). Complex trauma and intimate relationships: the impact of shame, guilt and dissociation. *Journal of affective disorders*, 147(1), 72-79.

DSM IV-TR. ((APA, 2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. Barcelona.: Ed. Masson.

DSM 5, P. A. (2013). *DSM Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. E.U: Editorial Medica Panamericana.

Dube, S., Anda, R., Whitfield, C., & Brown, D. (2005). Long-Term Consequences of Childhood Sexual Abuse by Gender of Victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 430-438.

Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. España: Ediciones Pirámide.

Echeburúa, E., & Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*, Vol. 15, Nº 3, 373-387.

Echeburúa, E., & Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso. *Cuad Med Forense* 2006; 12(43-44):75-82

Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2000). Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores.

Erikson, E. (2006). *Sociedad y adolescencia*. México, D. F.: Siglo, XXI. decimonovena impresión.

Espinosa, R. M. (2016). *El diagnóstico del trastorno por estrés postraumático en infancia y adolescencia y aportaciones para el trauma complejo*. Murcia,España: Universidad de Murcia.

Facio, A., & Fries, L. (1999). Feminismo, género y patriarcado. *cidem-ac.org*.

Fergusson, D., McLeod, G., & Horwood, J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect* 37 , 664–674.

Fernández, V. (1990). *El concepto de agresión en una sociedad sexista*.

Finkelhor, D., & Browne, A. (1988). Assessing the long-term impact of child sexual abuse: A review and conceptualization.

Follette, V. M., Polusny, M. A., Bechtle, A. E., & Naugle, A. E. (1996). Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. *Journal of traumatic stress*, 9(1), 25-35.

Frías, S. M., & Erviti, J. (2014). Gendered experiences of sexual abuse of teenagers and children in Mexico. *Child abuse & neglect*, 38(4), 776-787.

Gagnier, C., & Collin-Vézina, D. (2016). The Disclosure Experiences of Male Child Sexual Abuse Survivors. *J Child Sex Abus.*, 221-41.

Gavarrell, C. (2013). *Consecuencias psicológicas del maltrato en menores expuestos a violencia de género*. Valencia, España: Universidad de Valencia.

Glaser, B., & Strauss, A. (1967). The discovery of grounded theory. 1967. *Weidenfield & Nicolson, London*, 1-19.

Ginzburg, K., Koopman, C., Butler, L., & Palesh, O. (2006). Evidence for a Dissociative Subtype of Post-Traumatic Stress Disorder Among Help-Seeking Childhood Sexual Abuse Survivors. *Journal of Trauma & Dissociation*, Vol. 7(2) , 20-27.

González, A. B. (2016). Abuso sexual infantil: principales características y consecuencias en adolescentes con alteraciones conductuales. *Revista Sexología y Sociedad*, 22(1).

González, R. (1995). Informe preliminar sobre algunos aspectos de la investigación en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia. (PAIVAS), de la Facultad de Psicología, UNAM, 394-401.

Görg N, Priebe K, Deuschel T, Schüller M, Schriener F, Kleindienst N, Ludäscher P, Schmahl C, Bohus M Computer-Assisted In Sensu Exposure for Posttraumatic Stress Disorder: Development and Evaluation. *JMIR Ment Health* 2016;3(2):e27

Guerra, C., & Farkas, C. (2015). Sintomatología en víctimas de abuso sexual: ¿son importantes las características “objetivas” del abuso?. *Revista de Psicología UNIVERSIDAD DE CHILE*, 1-19.

Hart, V. d., Nijenhuis, E., & Steele, K. (2004). Disociación: Una característica principal del TEPT complejo insuficientemente reconocida . *Journal of Traumatic Stress*, 18, , 413-423.

Heim, C., Mayberg, H., Mletzko, T., Nemeroff, C., & Pruessner, J. (2013). Decreased Cortical Representation of Genital Somatosensory Field After Childhood Sexual Abuse. *Am J Psychiatry* , 616–623.

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*, 5(3), 377-391.

Herman, J. (14 de octubre de 2015). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged.

Hernández, R., & Martínez, M. (2013). La trata de mujeres con fines de explotación sexual como expresión de la violencia en el capitalismo patriarcal. *Tecsisecatl*, 03-04.

Homar, G. M. (2008). Algunas consideraciones sobre el diagnóstico y tratamiento de jóvenes con dificultades para regular su comportamiento. *(IMAS) del Consell Insular de Mallorca (España)*, 80-93.

Homar, G. M. (2008). Algunas consideraciones sobre el diagnóstico y tratamiento de jóvenes con dificultades para regular su comportamiento desde el sistema de protección de menores. *(IMAS) del Consell insular de Mallorca (España)*, 80-93.

Jarero, I. (2014). Comentarios sobre el Trastorno por Estrés Postraumático Complejo: Perspectivas del DSM-5 y del CIE-11.

Jones, D., Manzelli, H., & Pecheny, M. (2004). Una aplicación de la teoría fundamentada a la salud. *Cinta de Moebio No. 19*, 255-272.

Keeley, J. W., Reed, G. M., Roberts, M. C., Evans, S. C., Robles, R., Matsumoto, C., ... & Gureje, O. (2016). Disorders specifically associated with stress: A case-controlled field study for ICD-11 mental and behavioural disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(2), 109-127.

Kira, I. A. (2001). Taxonomy of trauma and trauma assessment. *Traumatology*, 7(2), 73-86.

Kolk, B., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, , 389–399 .

Kolk, v. d., Hostetler, A., Herron, N., & Fidler, R. (1994). Trauma and the development of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am.*, 715-30.

Kozubová, P. K. A. (2003). Una comprensión eco-sistémica, co-activa y de trauma en abuso sexual infanto-juvenil intrafamiliar. ¿ Es posible?. *Sociedad de psiquiatría y neurología de la infancia y adolescencia*, 14(1), 14.

Lerma, F. (2006). *La cultura y sus procesos: Antropología cultural*. España: Ed. Laborum.

Leserman, J. (2005). Sexual abuse history: prevalence, health effects, mediators, and psychological treatment. *Psychosomatic medicine*, 67(6), 906-915.

Lewis, J., Perry, C., Besse, A., & Kolk, v. d. (1989). Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 490.

Loewenstein, R. J., & Brand, B. L. (2014). Treating Complex Trauma Survivors. *Psychiatric Times*, 1-7.

López, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltrada: El trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 13, N.º 3., pp. 159-174.

López., Y. R. (2012). Psychological Consequences of Infant Sexual Abuse. *Eureka vol.9 no.1*.

López-Soler, C., & Castro, M. (2008). Consecuencias del maltrato grave intrafamiliar en la infancia: conceptualización y diagnóstico de las reacciones postraumáticas complejas. *Ciencias Psicológicas* , 103-118.

Lowe, M., & Balfour, B. (2015). The unheard victims. *Psychologist*, 28(2), 118-121.

Luxenberg, T., Spinazzola, J., & Kolk, B. (2001). Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) . *Psychiatry Volume 21*, Lessons 25 & 26.

MacIntosh, H. G. (2015). Borderline Personality Disorder: Disorder of Trauma or Personality, a Review of the Empirical Literature. *Psychologie canadiense* Vol. 56, No. 2, 227-241.

MacIntosh, H., Godbout, N., & Dubash, N. (2015). Borderline Personality Disorder: Disorder of Trauma or Personality, a Review of the Empirical Literature. *Canadian Psychology // Psychologie canadienne* Vol. 56, No. 2, 227–241.

Mathews, B., & Collin-Vézina, D. (2016). Child sexual abuse: Raising awareness and empathy is essential to promote new public health responses. *Journal of public health policy*.

Medina-Mora, M., Borges-Guimaraes, G., Lara, C., Ramos-Lira, L., Zambrano, J., & Fleiz-Bautista, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud pública de México*, 47(1), 8-21.

McLanahan, S., & Percheski, C. (2008). Family Structure and the Reproduction of Inequalities. *Annual Review of Sociology.*, Vol. 34, 257-276.

McLean, L., & Gallop, R. (2003). Implications of Childhood Sexual Abuse for Adult Borderline, Personality Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Am J Psychiatry*, 160, 369–371.

Medina, M. E., Borges, G., Lara, C., Ramos, L., Zambrano, J., & Bautista, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública Méx ; Vol. 47(1)*, 8-22.

Michel, Y. (2002). Post-Traumatic Stress Disorder. *The New England Journal of Medicine*, 346:108-114.

Mora, V. (2015). Cuando llueve sobre mojado: consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de violencia de género traumatizadas en la infancia. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, 2, 33-38.

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, [The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research](#), (1st ed. 1979) available at

Nemeroff, C., Weinberger, D., & Rutter, M. (2013). DSM-5: a collection of psychiatrist views on the changes, controversies, and future directions. *Nemeroff et al. BMC Medicine*, 1-19.

NOM-046-SSA2-2005, de Prestación de servicios de salud: Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2009). *El Trauma y El cuerpo: Un Enfoque Sensoriomotor a la Psicoterapia*. Madrid: DESCLEE DE BROUWER.

OMS. (1994). *Qualitative Research for Health Programmes*. Geneva: World Health Organization.

Organización Panamericana de la Salud. (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: Violencia infligida por la pareja.

Orozco, R., Borges, B. C., Medina, M., & López, L. (2008). Traumatic life events and posttraumatic stress disorder among Mexican adolescents: results from a survey. *Salud Publica*, S29-S37.

Orr, S. P., Metzger, L. J., & KALOUPEK, D. G. (2004). Psychophysiological Assessment of PTSD. *Assessing psychological trauma and PTSD*, 289.

Palacios, L., & Heinze, G. (2002). Trastorno por estrés postraumático: una revisión del tema (primera parte). *Salud Mental*, Vol. 25., 19-26.

Pereda Beltrán, N. (2010). Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil: an update. *Pediatría Atención Primaria*, 12(46), 273-285.

Pereda, N., & Gallardo, D. (2010). Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. *Gac Sanit* 25 (3), 233-239.

Pereda, N., Gallardo, D., & Jimenez, R. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas esp. psiquiatr.*, 131-139.

Pérez-Fuentes, G., Olfson, M., Villegas, L., Morcillo, C., Wang, S., & Blanco, C. (2013). Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. *Comprehensive psychiatry*, 54(1), 16-27.

Perry, B. (2014). Estrés, Trauma y Trastornos de Estrés Post-Traumático en los Niños . *Traducción de Silvina Rearte*, 1-19.

Pratchett, L. C. (2010). Trauma and violence: are women the weaker sex? *Psychiatr clin. No. Am* 33, 465-474.

Pinto, C., & Silva, G. (2013). “Prevalencia y características psicosociales del abuso sexual en Chile: un estudio retrospectivo en el norte del país”. *Año 6 / N° 11*, 28-42.

Polusny, M. y. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature . *Applied & Preventive Psychology* , 143-166.

Quadara, L. W. (2014). *Acknowledging Complexity in the impacts of sexual victimisation trauma*. Australian: ISSN 1833-7864.

Quiceno, J. M., Mateus, J., Cardenas, M., Villareal, D., & Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(2), 107-117.

Goodman, L., Rosenberg, S., Mueser, K., & Drake, R. (1997). Physical and Sexual Assault History in Women With Serious Mental Illness: Prevalence, Correlates, Treatment, and Future Research Direction. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 23, No. 4., 685-696.

Ramos, L., & Saucedo, I. (2010). La agresión y la violencia de género en los seres humanos:. En J. Muñoz, & C. Moreno, *Agresión y violencia: cerebro, comportamiento y bioética* (págs. 231-269). México, D. F.: Herder.

Rodríguez Gómez, G.; Gil Flores, J.; García Jiménez, E. (1999) Metodología de la investigación cualitativa. Ed. Aljibe. España.

Ruiz, J. I., & Ispizua, M. (1989). *La Descodificación de la Vida Cotidiana*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Salud, O. M. (1992). *Clasificación Internaccional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: 10 edición.

Salud, O. P. (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. OMS: Pan American Health Org.

Salvador, M. (2010). El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Revista de psicoterapia*, vol. XX - No. 80, 5-16.

Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (2012). Factores de vulnerabilidad y de protección del impacto emocional en mujeres adultas víctimas de agresiones sexuales. *Terapia psicológica*, vol. 30, No. 3, 7-18.

Sar, V. (2011). Developmental trauma, complex PTSD and the current proposal of DSM-5. *European Journal of Psychotraumatology*, 1-10.

Schimmenti, A. (2012). Unveiling the hidden self: Developmental trauma and pathological shame. *Psychodynamic Practice*, 18(2), 195-211.

Silberg, J. (2012). *The child survivor: Healing Developmental Trauma and Dissociation*. Routledge.

Soltero, D., & Zárate, P. (2013). Efectos de la violencia en la niñez y adolescencia en México: una mirada desde la psicotraumatología. En L. L. Cámara de Diputados, *Violencia de Género, juventud y escuelas en México* (págs. 51-62). México, D.F.: Centro de estudios para el adelante.

Steele, K., Hart, v. d., & Nijenhuis, E. (2005). Tratamiento secuenciado en fases de la disociación estructural en la traumatización compleja. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 11-53.

Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment*, 16(2), 79-101.

Sutton, L. H. (2016). ¿Cómo analizar las narrativas del padecer?: construcción de una propuesta teórico metodológica. *Revista CONAMED*, 21(2Sup).

Tapia, E., Saucedo, I., & Ramos, L. (2013). *Violencia de género, juventud y escuelas en México*. México, D.F.: Camara de diputados.

Terr, L. (2003). Childhood traumas: an outline and overview. Focus. *The Journal of Lifelong Learning*.

Tummala-Narra, P., Kallivayalil, D., Singer, R., & Andreini, R. (2012). Relational experiences of complex trauma survivors in treatment: Preliminary findings from a naturalistic study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(6), 640.

UNICEF. (2008). *Fondo Internaional e Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia*.

UNICEF. (2010). *Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia*.

UNICEF. (2015). *Abuso sexual infantil Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*

Van der Kolk, B., & and Fisler, R. (1995). Dissociation and the Fragmentary Nature of 'Ikaumatic Memories: Overview and Exploratory Study. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 8, NO. 4, , 505-525.

Van der Kolk, B. A. (2002). The assessment and treatment of complex PTSD. *Treating trauma survivors with PTSD*, 127-156.

Velázquez, J. A. V., del Valle, N. Q., López, M. D. L. G., Santos, M. D., Buenabad, N. G. A., Oteo, A. E., ... & Tlalpan, D. ¿ Cómo educamos a nuestros/as hijos/as? Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados 2006.

Vigotsky, L. S. (2004). *Teoría de las emociones: estudio histórico-psicológico*. Ediciones Akal.

WHO (2005) Multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, World Health Organization.

Vitriol, G. (2005). Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(2), 83-87.

Zinzow, H., Seth, P., Jackson, J., Niehaus, A., & Fitzgerald, M. (2010). Abuse and parental characteristics, attributions of blame, and psychological adjustment in adult survivors of child sexual abuse. *Journal of child sexual abuse*, 19(1), 79-98.

<http://documents.mx/documents/ism-unam-violencia-sexual-dras-garcia-fonseca-y-cerda-de-la-o.html>

<http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/7-egs.pdf>

<http://www.noticiasmvs.com/#!/noticias/mexico-encabeza-lista-mundial-de-abuso-sexual-violencia-fisica-y-homicidios-de-menores-cdhdf-894>

[file:///C:/Users/Ver%C3%B2nica/Downloads/2013-declaracion-helsinki-brasil%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Ver%C3%B2nica/Downloads/2013-declaracion-helsinki-brasil%20(4).pdf)

<http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html>.

<http://www.mujezparalasalud.org/spip.php?article64> Síndrome de Género: Víctimas de abuso sexual en la infancia

APÉNDICE 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO: EL TRAUMA COMPLEJO EN MUJERES SOBREVIVIENTES DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

Mi nombre es Verónica Suárez Valdovinos, soy Psicóloga y estudiante de la Maestría en Ciencias de la Salud de la UNAM, con énfasis en Salud Mental Pública cuya sede es el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”. Este estudio ha sido revisado por el personal de la Clínica de Género y Sexualidad así como por el Comité de Ética de dicho instituto, por lo que puedo asegurarle su seriedad y apego al respeto a quienes participen.

INVITACIÓN Y OBJETIVO DEL ESTUDIO

Como parte de mi formación, estoy realizando un estudio en colaboración con otras Investigadoras adscritas a este instituto y a la UNAM, que tiene como objetivo entrevistar a mujeres mayores de edad que han experimentado abuso sexual en su infancia, es decir, que fueron tocadas sexualmente por alguna persona o realizaron algún acto sexual con alguien sin que hubieran querido hacerlo o contra su voluntad.

La finalidad principal es que a partir de una conversación basada en el uso de una guía de preguntas, usted y las otras mujeres participantes puedan expresar su experiencia frente al abuso, sus características, las circunstancias que rodeaban su vida en ese entonces, tanto positivas como negativas, y las emociones y pensamientos que usted sintió y ha seguido sintiendo hasta el momento actual, de modo que podamos conocer y comprender más profundamente cómo ha afectado este tipo de violencia la vida en general y posibles molestias, problemas y síntomas que ha padecido y que podrían estar vinculados con dicho abuso.

PARTICIPACIÓN

Si decide participar en el estudio, la entrevista será realizada dentro de las instalaciones de este instituto. Para facilitar el análisis de la información, le solicito que permita que sea audiograbada. Usted puede rechazar esta invitación, o aún cuando la acepte, podrá pararla o darla por terminada en cualquier momento, sin ninguna repercusión en su atención en el servicio del instituto. Es decir, su participación es totalmente voluntaria.

Acepto que la entrevista sea grabada. SI () NO ()

CONFIDENCIALIDAD

La entrevista se realizará en el **modulo C-2 ó C-3 de la Clinica de Género y Sexualidad** con el fin de tener la mayor privacidad posible, **teniendo una duración aproximada de 50 a 90 minutos**. Asimismo la información que me proporcionese será manejada de manera anónima, empleando seudónimos o números para resguardar la identidad de las participantes. No se utilizarán los nombres reales de las entrevistadas, ni detalles de su vida que permitieran identificarlas. Las grabaciones solamente serán escuchadas y transcritas por esta investigadora quien las guardará con códigos de acceso solamente conocidos por ella, con lo que también se protegerá su identidad durante todo el estudio, **usted podrá constatar el momento de inicio y termino de la grabación**. Dichas grabaciones se guardarán por cinco años y posteriormente serán borradas.

Sus respuestas serán analizadas junto con las de otras mujeres participantes, para realizar una conclusión general sobre el tema sin manejar ningún nombre ni dato que posibilite identificaciones personales

BENEFICIOS

En caso de que a lo largo de la entrevista se evidencie algún síntoma o molestia que no haya sido comentado previamente con su Dr. o Dra. durante sus consultas, y que sea considerado necesario de abordar por su importancia, se le preguntará si usted está de acuerdo de que se le haga saber a su médico/a tratante para que atienda dicho síntoma. Otro beneficio indirecto es que usted contribuirá a mejorar el conocimiento del abuso sexual infantil y su impacto en la salud mental en mujeres adultas, lo que esperamos redunde en mejorar estrategias diagnósticas y de intervención terapéutica. Finalmente, como una manera de agradecer su participación, en el estudio se le ofrecerá una orientación psicoeducativa personal relacionada con los efectos emocionales más comunes que pueden presentar personas que han experimentado ASI y algunas estrategias para afrontarlos de la mejor manera.

RIESGO

Dado que se tocarán temas sensibles, esto puede generarle algún malestar, por lo que en caso de tener alguna manifestación intensa de éste será acompañada en caso necesario al Servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC) de este mismo instituto, para su atención. Además, como ya le señalé, podrá interrumpir o abandonar la entrevista en el momento que lo desee sin que existan consecuencias en su atención en esta institución.

RESULTADOS

Éstos se publicarán en una tesis y en artículos de investigación guardando el anonimato de las participantes como ya se le mencionó. Dichos documentos estarán disponibles hasta finalizar la totalidad del estudio. Si le interesa tenerlos, le solicito me proporcione una dirección de correo electrónico al final de este consentimiento informado para escribirlo cuando estén listos. O si lo prefiere, usted podrá contactarme.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si tiene dudas sobre las responsabilidades y derechos de la investigación o si quiere tener conocimiento de los resultados, se puede comunicar conmigo, como la responsable del estudio: Psic. Verónica Suárez Valdovinos, correo electrónico vericuasua@hotmail.com o con mi tutora, la Dra. Luciana Ramos Lira, investigadora de este instituto, al 41609186.

INFO. DE COMITÉ DE ETICA.

Dr. Ricardo Arturo Saracco Alvarez

Presidente

Dra. Cristina E. Lóyzaga Mendoza

Secretario Vocal

A continuación su firma indica que ha leído la información, que su participación es voluntaria y que ha tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cualquier duda que tenga sobre el estudio, que se la señalado que puede cambiar su decisión y retirar su consentimiento de participación en cualquier momento.

Nombre de la Participante

Fecha

Firma de la Participante

Fecha

Firma de la Investigadora

Fecha

Firma del Testigo 1

Fecha

Firma del Testigo 2

Fecha

APÉNDICE 2

GUIA DE ENTREVISTA

(Después de haber firmado el consentimiento informado)

Buenos días, como le mencioné soy la Psicóloga Verónica Suárez, le agradezco mucho que haya aceptado participar en esta entrevista, mi interés en este estudio es conocer y comprender más profundamente cuál fue o fueron las experiencias de abuso sexual que experimentó en la infancia. Asimismo cómo éstas le han afectado a su vida en general y los posibles molestias, problemas y síntomas que ha presentado por este suceso, así como aportar elementos para el tratamiento de sus secuelas. Este estudio no utilizará su nombre real y toda la información que ud. me proporcione será transcrita y analizada solamente por mí, de modo que nadie más tendrá acceso a ella.

Le he pedido que la entrevista sea audiograbada precisamente porque mi interés es registrar todo lo que usted me comente sin dejar de prestarle atención, y transcribir este diálogo a papel, guardando siempre su anonimato; posteriormente la grabación será borrada y el testimonio será analizado junto con el de otras mujeres que han vivido situaciones similares, para realizar una conclusión general del tema, que si usted quiere, se la puedo hacer llegar.

Le quiero recordar que usted podrá parar o dar por terminada la entrevista en cualquier momento, sin que esto tenga ninguna repercusión en su atención por parte del instituto.

¿Tiene alguna pregunta o duda antes de empezar?

***Ahora bien, voy a prender la audigrabadora en este momento para iniciar la entrevista [prender grabadora]. Para comenzar, podría decirme cómo quiera que la llame, puede ser un nombre que le gusta, de alguien que admira, o de cualquier flor, animal u objeto que desee.**

Fecha de la entrevista _____

Hora _____

***Empezaré a preguntar sobre algunos datos sociodemográficos sobre usted para ir conociendo.**

Edad:

Lugar de nacimiento:

Grado de estudios:

Ocupación actual:

Edo. Civil:

¿Tiene hijos? ¿Cuántos?

¿Sexos y edades de sus hijos?

¿Cuántas personas viven en su domicilio?

***Preguntas para conocer la situación actual de salud mental que la ha traído al instituto**

¿Me podría decir desde cuando es paciente del instituto? ¿Por qué motivo llegó? ¿Usted quiso solicitar consulta o alguien más se lo aconsejó?

Sabe usted su diagnóstico, cómo se siente, y podría decirme como salió el tema del abuso sexual...

***Describir las características objetivas del ASI: (edad de inicio, tipo de abuso, cronicidad, frecuencia y relación con el agresor.)**

Introducción para generar ambiente empático con la participante.

Ahora le voy a hacer preguntas en torno a la experiencia de abuso, comprendo que es un tema difícil, y por lo mismo agradezco aún más que haya accedido a que se le hiciera una entrevista.

¿Cuál fue su experiencia de abuso sexual y cómo fue? / ¿Cuál fue el suceso o sucesos traumáticos? ¿Qué pasó?

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió (meses/años)?/ ¿Qué edad tenía?

¿Quién fue?/ “¿Quién era esta persona que ud. comenta?”

Frecuencia ¿Cuántas veces?

¿Hubo violencia?

¿Cuándo cesó o paró el abuso?

De acuerdo al evento ¿Recuerda algo más?

Identificar la presencia de otras circunstancias estresantes, (abuso físico, negligencia, abuso psicológico o emocional, o un ambiente en donde hayan existido otras violencias).

Usted diría que el ambiente familiar en el que vivía era tenso, violento, estresante o llegó a ver otro tipo de violencias?/ó ¿Cómo describiría el ambiente familiar en el que vivió?

¿Alguna vez una figura parental o cuidador te golpeo? Con que frecuencia? (Abuso físico)

Alguna vez una figura parental o cuidador actuó de forma que te sintieses con miedo de ser dañado físicamente? Con que frecuencia? (Emocional)

Alguna vez una figura parental o cuidador ignoró tu necesidad de afecto? Cómo fue? Y con qué frecuencia? (negligencia)

Explorar la experiencia subjetiva del abuso, incluyendo los aspectos vinculados con la vivencia traumática y las emociones como: (vergüenza, culpa, auto-desprecio, ira y miedo).

Cuénteme ¿cómo fue tu experiencia, a partir del abuso sexual?

¿Cómo le ha afectado?

¿Cuál fue la respuesta de su familia?

¿Culpa a tu familia por no haber hecho más para protegerla?

Para ud. ¿Qué significado este evento?

¿Usted cree que pudo haber hecho algo y no lo hizo para evitar la agresión?

¿Se siente irritable o tiene explosiones de ira? ¿Por qué motivo?

¿Cuáles son las sensaciones, sentimientos y pensamientos que más frecuentemente siente?

¿Cuénteme un día típico?

¿Tiene malestares de algún tipo?

* Identificar la sintomatología postraumática actual tomando como marco de referencia las dimensiones del Trastorno por Estrés Postraumático (versión DSMV) en especial:

- ✓ Reexperimentación,
- ✓ Evitación,
- ✓ Hiperactivación

Ahora le voy a preguntar...

Reexperimentación

1. ¿De qué maneras usted ha re-experimentado el abuso?..... y luego preguntar, si no lo ha dicho, Por ejemplo ha tenido Pesadillas, sueños desagradables, recuerdos repetitivos desagradables? ¿cómo son?
2. ¿Reexperimenta conductas o sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? (Ilusiones, alucinaciones, flashbacks) / ¿Desde cuándo?
3. ¿Ha sentido miedo, terror, asco, etc cuando se le presenta algo que le recuerda el abuso?/ ¿Desde cuándo?

4. ¿Experimenta reactividad fisiológica por ejemplo: ¿le sudan las manos, le late fuerte el corazón, etc cuando algo le recuerda el abuso? / ¿Qué sensación y desde cuándo?

Evitación

5. ¿De qué maneras usted tiene conductas evitativas acerca del abuso?..... y luego preguntar, si no lo ha dicho, Por ejemplo, evita pensar, ver o escuchar situaciones que le recuerden este evento?
6. ¿Ha tomado alcohol u otras drogas tratando de ignorar los pensamientos y sentimientos sobre el abuso? ¿Desde cuándo?
7. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?)
¿Desde cuándo?
8. ¿Se ha visto obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso? ¿Qué esfuerzos y desde cuándo?
9. ¿Trata de evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?
¿Qué actividades y desde cuándo?
10. ¿Ha observado una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas? ¿Desde cuándo?
11. ¿Ha experimentado una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás? ¿Desde cuándo?
12. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)¿Desde cuándo?

Aumento de la activación

13. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño? ¿Desde cuándo?
14. ¿Tiene dificultades de concentración? ¿Desde cuándo?
15. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quién está a su alrededor, etc.)? ¿Desde cuándo?
16. ¿Se sobresalta o se alarma fácilmente. ¿Desde cuándo?

*** Sintomatología postraumática actual tomando como referencia para el Estrés Postraumático Complejo, las dimensiones del (DESNOS) ó trastorno por estrés no especificado por Pelcovitz, Van de Kolk, Roth, 1997; Luxenberg, Spinazzola y Van de Kolk, 2001 que aunque no está identificado en el DSM, sus alteraciones en los dominios del funcionamiento han sido descritas en numerosos estudios y se considera necesario conocer los componentes para explorarlos en profundidad:**

- ✓ Alteraciones en la regulación del afecto,
- ✓ Alteraciones en la atención y conciencia,
- ✓ Alteraciones en la autopercepción,
- ✓ Alteraciones hacia la percepción del abusador,
- ✓ Alteraciones en las relaciones personales,
- ✓ Somatización y/o problemas médicos,
- ✓ Alteración en el sistema de significados.

Ahora quisiera saber si usted ha vivido algunas de las situaciones en las cuales; ¿Usted se haya cortado, quemado o lastimado de alguna manera sin que su intención fuera quitarse la vida?

ALTERACIONES EN LA REGULACIÓN DEL AFECTO

- Auto-lesiones
- Preocupación suicida crónica
- Inhibición o externalización extrema de la ira
- Sexualidad en extremo inhibida o compulsiva

¿Alguna vez ha atentado contra tu vida? ¿Qué pasó? ¿Cuántas veces?

¿Disfruta la sexualidad? Considera que su vida sexual es placentera, la disfruta, etc.

Ha tenido muchas parejas sexuales? Le molesta esta cantidad de parejas o se siente satisfecha? Utiliza protección cuando tiene relaciones? Si es no, por qué/ o ¿Se siente limitado para disfrutar la sexualidad? Le da vergüenza algo relacionado con la sexualidad, o asco o etc...

¿Se enojas fácilmente o sin motivo? ¿Desde cuándo? ¿o por el contrario nada le causa enojo?

ALTERACIONES EN LA ATENCIÓN Y CONCIENCIA

- Amnesia o hipermnnesia sobre los acontecimientos traumáticos
- Episodios disociativos transitorios
- Despersonalización/desrealización
- Revivir experiencias, ya sea como síntomas intrusivos o preocupación obsesiva.

¿Se siente extraña a ud. misma? ¿Cómo que no fueras usted?

¿Ha llegado a tener dificultad para recordar lo que paso en el abuso o incluso dudar si vivió el abuso, o recuerda demasiado el evento con todos los detalles?

ALTERACIONES EN LA AUTO-PERCEPCIÓN

- Sensación de impotencia o de estar paralizada para tomar iniciativas
- Vergüenza, culpa y auto-culpabilización
- Sensación de cargar con un estigma
- Sensación de ser una persona totalmente diferente a las otras (única, sola, imposible de ser comprendida, separada de la humanidad)

Es difícil para usted tomar la iniciativa en alguna decisión importante que implique un riesgo para usted o su familia?

¿Se sientes una persona diferente a las demás? ¿Se podría describir?

ALTERACIONES EN LA PERCEPCIÓN DEL ABUSADOR

- Atribuciones irreales sobre el poder el perpetrador
- Idealización o gratitud paradójica
- Sensación de tener una relación sobrenatural o especial
- Aceptación de las racionalizaciones o sistemas de creencias del perpetrador

¿Qué sentimiento o emoción le inspira esa persona?

ALTERACIONES EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES

- Aislamiento y distanciamiento
- Búsqueda repetida de una persona rescatadora
- Desconfianza persistente
- fracasos repetidos para auto-protegerse

¿Tiene amigos y confía en ellos?

SOMATIZACIÓN Y/O PROBLEMAS MÉDICOS

- Reacciones somáticas
- Condiciones médicas que pueden explicar directamente el tipo de abusos sufridos

¿Tiene algún malestar o enfermedad física? ¿Cuál y desde cuándo?

ALTERACIÓN DEL SISTEMA DE SIGNIFICADOS

- Pérdida de la fe
- Sensación de desesperanza y desesperación

¿Tiene la sensación de desesperanza y desesperación? ¿Desde cuándo?

¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? o

¿Cuáles son sus planes a futuro?

- **Analizar la interrelación entre las características objetivas del abuso, las circunstancias estresantes co-ocurrentes, y las emociones vinculadas al trauma con las manifestaciones sintomatológicas postraumáticas.**

¿Qué hiciste?

¿Cómo se ha manejado desde entonces?

¿Cuál fue su percepción ante esta situación

Preguntas para la entrevistadora

¿Es el problema dominante del sujeto el abuso sexual?

Fue traumático del abuso sexual?

¿Cuál fue la causa del trauma durante la experiencia?

¿Cuál es el significado del abuso sexual de la víctima?

¿Cuáles son los síntomas?

¿Cuál es el principal síntoma?

¿Que representa?

¿Cuáles son los principales mensajes de la víctima?

¿A cuál mensaje le da mayor peso?

Que recursos sociales tiene la víctima?

APÉNDICE 3

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

Evitación, hiperactivación y reexperimentación

BELÉN	<p>Conductas evitativas: no ve a su mamá desde que empezó a recordar, solo habla en terapia, trata de no recordar.</p> <p>Hiperactivación: Cuando huele a polvo, (taquicardia, temblor en manos y piernas, no puede respirar, se le para el corazón, todo junto).</p> <p>Reexperimentación: Está alerta como si la hubieran asaltado. Empecé hace un año.</p>
SUSU	<p>Conductas evitativas: cualquier actividad que le recordara el evento, ““Movía yo la cabeza y decía piensa en otra cosa, piensa en otra cosa, piensa, piensa, piensa, pero era fuerte ese pensamiento”:</p> <p>Hiperactivación: Le sudaban las manos y le latía fuerte el corazón, tomo pastillas para dormir, y estoy excesivamente alerta.</p> <p>Reexperimentación: “No podía yo cerrar los ojos porque lo veía, lo veía así tal cual”. “Tengo pocos años que deje de percibirlo”.</p>
KARINA	<p>Conductas evitativas: antes si evitaba al ver a mi hermano, como que no pasa nada.</p> <p>Hiperactivación: “Aunque ya soy una mujer de repente me vienen todas esas sensaciones, miedos y trato de calmarme”.</p> <p>Reexperimentación: Al entrar al baño, al ver un payaso, al ver a mi hermano, “me sobresalto fácilmente”. Hace un año se le quitaron.</p>
SOL	<p>Conductas evitativas: No tiene.</p> <p>Hiperactivación: “Me sudan las manos, me late fuerte el corazón, cuando recuerdo el evento”.</p> <p>Reexperimentación: , “Exploto muy fácilmente, de niña tenía yo muchos sueños de que estaba yo con mi primo, ya lo había olvidado y otra vez siento que se está repitiendo, me sobresalto con cualquier cosa”</p>
DINORA	<p>Conductas evitativas: “Aunque haga calor tengo que dormir con una mantita”, “ahorita no quiero ver a mi hermana porque me recuerda eso”, “tiemblo quiero bloquear mi pensamiento”.</p> <p>Hiperactivación: “Los maestros me regañaban por no concentrarme.” “Yo perdí el control total del sueño” : “Por este insomnio, ya no tengo ganas de nada”. “Oía cualquier ruidito y me mantenía alerta”.</p> <p>Reexperimentación: “Cuando me toca mi esposo siento que lo hace justamente de la manera en la que me toco ese invitado y me hace estallar en ira esto me hace sentir enferma, mareada,”” a mi marido le gusta acariciarme cuando estoy dormida, y justamente se conjuga</p>

	todo, el estar dormida el abuso la forma en que me tocaba esa persona” “He tenido dos sueños en los que tratan de seducirme e intimar conmigo y despierto temblorosa.” Inicie hace un año.
ADRIANA	Conductas evitativas “Trato de no pasar por ahí” Hiperactivación: “Tengo insomnio me llega como ansiedad, a sudar y a temblar”. Reexperimentación: “Recuerdo que mi esposo dice que en sueños yo decía no déjame, no me toques, soñando feo”- “Me sobresalto”

ALTERACIÓN EN LA REGULACIÓN DEL AFECTO/IMPULSOS

(Disforia persistente • Preocupaciones suicidas crónicas • Autodenigración -causarse daño físico a sí misma • Enojo explosivo o extremadamente inhibido (puede ser alterno) • Sexualidad compulsiva o extremadamente inhibida (puede ser alterna) Cuadro 1 (EPTC)

BELEN	Irritabilidad, 3 intentos suicidas, Autolesionarse desde los 15 años, hiposexualidad.
SUSU	Irritabilidad, 3 intentos suicidas, se golpeaba la cabeza, hiposexualidad.
KARINA	Irritabilidad, Conductas de riesgo (alcoholismo y drogadicción) intento suicida, hipersexualidad. (prostitución)
SOL	Irritabilidad, autolesionarse desde los 15 años, conductas de riesgo (alcoholismo), intento suicida.
DINORA	Irritabilidad, pensamiento suicida, hiposexualidad.
ADRIANA	Pasividad, Pensamiento suicida, hipersexualidad. Después hiposexualidad.

ALTERACIÓN ATENCIÓN/CONCIENCIA

(Amnesia o hipnesia para los eventos traumáticos • Episodios disociativos transitorios • Despersonalización/irrealización • Experiencias revividas, ya sea en la forma intrusiva del de estrés post traumático o en la forma de preocupaciones constantes.) Cuadro 2 (EPTC)

BELEN	Olvido, disociación, desconectarse.
SUSU	Si recuerda, disociación.
KARINA	Recuerda todo, muy bien, desconectarse. Falta de concentración.
SOL	Todo lo recuerda, se desconecta. Se distrae fácilmente.
DINORA	Confusiones en la memoria, no puede concentrarse.
ADRIANA	Todo lo recuerda bien.

ALTERACIÓN EN LA AUTOPERCEPCIÓN

(Sentimiento de invalidez o parálisis de la iniciativa • Vergüenza, culpa y reproches • Sentido de deshonra o estigmatización)(Cuadro 3)

BELÉN	Culpa y odio hacia su mamá, dificultad para responsabilizarse. “Hay días que simplemente no puedo salir” ”créeme soy muy diferente a los demás”
SUSU	“Sucia, bote de basura y vergüenza”, odio a su papá y culpa a su mamá, dificultad para responsabilizarse. “Hay días que me baño, me arreglo y simplemente no puedo”.
KARINA	Vergüenza y odio a su hermano, culpa a sus padres. “siempre tuve dificultad para verme en el espejo” “mi única preocupación era cuidarme” Pues sentirme sucia, triste, desilusionada, abandonada, desesperada, también con mucho miedo, con vergüenza, sola
SOL	Me sentía sucia, siento mucha lastima de mí, soy insegura, Culpa a sus padres, “No estaba conforme conmigo misma tuve problemas de alimentación,” “Cuando estaba alcoholizada yo empezaba a reclamarle a la gente porque yo había sido abusada.”

DINORA	Miedo, angustia, asco, (papá) muchísimo coraje, odio (hermana), mucha pena, vergüenza y culpa, Hay días en que no me quiero ni levantar de la cama, me gustaba arreglarme y ahora no salgo de usar ropa vieja, he descuidado mi aspecto personal, siento que no encajo en ningún lado
ADRIANA	Me daba coraje” odio, “yo me sentía sucia, mal, fea, me daba miedo, impotencia”, “Sentimientos de culpa, vergüenza y coraje”. Sucia, mal, fea.

ALTERACIÓN HACIA LA PERCEPCIÓN DEL ABUSADOR

(• Preocupaciones de la relación con el ofensor (venganza) • Atribuciones no realistas del poder al ofensor • Idealización o gratitud paradójica • Sentido de relación especial o sobrenatural • Aceptación del sistema de valores o de racionalizaciones del ofensor.) (Cuadro 4)

BELÉN	Ambivalencia, que lo volvieran a encerrar y cariño.
SUSU	Odio a su papá, “pensé en matarlo”
KARINA	Ira, enojo, “Te quiero matar”.
SOL	“No me inspiran nada, no me provocan nada”.
DINORA	Repulsión, venganza, odio. “Tengo mucho odio y mucha ira contra mi papá”, “poco hombre pero si vivieras, ahorita verías lo que yo te haría, porque me desquitaría y este aprovechándome de que tu estarías vulnerable, ahora te haría, muchísimas cosas te haría tanto o más daño del que tú me hiciste.”
ADRIANA	Odio, me caían gordos, coraje.

ALTERACIONES EN LAS RELACIONES PERSONALES

(Aislamiento y retiro, repetición del trauma: no anticipación de señales de peligro como guía de acción, dificultad de relación carencias). (Cuadro 5)

BELÉN	“No tengo amigos” Esposo 17 años mayor. “otro papá”
SUSU	“No socializaba” “solo tuve una amiga” “Me case para descansar” “Yo tan obsesiva, le revisaba el cuerpo a mi hija, no admitía errores, cuando la bañaba le revisaba yo los genitales, era yo muy estricta muy dura muy, muy, inflexible, “también violaron a mi hija”.
KARINA	“sin amistades”, “mi primer esposo era alcohólico, me golpeaba” “mi pareja actual también es alcohólico” “mi miedo me hace cosas terribles para mi hija en el sentido, de que la regaña mucho y no sales y no convivas, la quiero aislar para que no pase nada”.
SOL	“No tengo amistades” se dice incapaz de demostrar amor o dejar que se lo demuestren. Poco cuidado con sus hijos.
DINORA	No amistades, casada dice no saber cómo demostrar el amor. “. “Quería tener hijos pero no los tuve porque emocionalmente no estaba bien e iba a cometer los mismos errores que cometieron mis papas”.
ADRIANA	No sociable, “Mi esposo empezó a tomar, nunca me cuidó, me case para salirme de mi casa”. “Fui muy dura con mis hijos y parece que mi hijo mayor también fue violado”, “ Tenía broncomonia y le pegaba a mi bebé y por mi culpa murió).”

SOMATIZACIÓN Y/O PROBLEMAS MEDICOS RELACIONADOS

(Cuadro 6)

BELÉN	Hipotiroidismo.
SUSU	Dolor de cabeza, piquetes en el corazón, diarrea.
KARINA	Hipotiroidismo, gastritis, colitis.
SOL	“Solo problemas de alimentación”
DINORA	Reclutamiento, algeoacusia, insomnio.
ADRIANA	Nervios.

ALTERACIÓN EN EL SISTEMA DE SIGNIFICADO.

(Pérdida de fe • Sentido de desesperanza y desesperación)

Alteraciones en el sistema de significado

- Desesperación, desesperanza, pérdida de creencias que se poseían con anterioridad.

(Cuadro 7)

BELÉN	No recuerda, actualmente se siente optimista y con metas.
SUSU	Necesidad de morir, “la vida no vale la pena”, con metas actualmente.
KARINA	No tenía planes a futuro, sin metas actualmente.
SOL	“Porqué me dejaste amanecer, desesperación. Actualmente con metas.
DINORA	Siente que tiene que sufrir. “mi vida se detuvo”.
ADRIANA	Actualmente con metas.

VI.III.III RECURSOS DE ENFRENTAMIENTO

(Cuadro 8)

BELÉN	Hacerse bolita cuando tenía mucho miedo, callar, olvidar, actualmente apoyo de sus hermanas.
SUSU	Paralizarse, guardar silencio, “para no destruir la felicidad de su mamá”. Se orinaba para que no la tocaran.
KARINA	Lo hablo, “no hubo apoyo ni cariño” callarse y ser agresiva. Fumando desde los 10 años, escondiéndose y evitando estar en casa. Ya más grande, tomando alcohol, drogas y prostituyéndose.
SOL	Callarse, para no separar a mi mamá de su hermana. Cuando más grande lo hablo se sintió traicionada. Tomando alcohol y con amistades equivocadas.
DINORA	Paralizarse, lo comenté pero sintió que le dieron poca importancia. Dormía con una mantita para cubrirse y estando alerta.
ADRIANA	Callarse, guardarse todo. Leyendo libros.

