

Asociación Mexicana de Tanatología A. C.

**CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO
ANTE EL DUELO POR
ABUSO SEXUAL**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN

TANATOLOGÍA

PRESENTA:

LIC. PSIC. ELITANIA MARÍN ACOSTA

GENERACIÓN:

2013 - 2014



Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia A. C.

México D.F. a 23 de septiembre de 2014

DR. FELIPE MARTÍNEZ ARRONTE
PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN
MEXICANA DE TANATOLOGÍA, A. C.
PRESENTE.

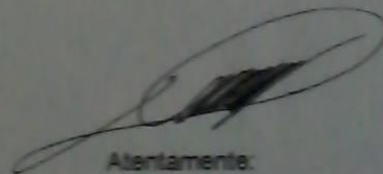
Por medio de la presente le informo que revisé y aprobé la tesina que presentó:

ELITANIA MARÍN ACOSTA

Integrante de la generación 2013 – 2014.

El nombre de la tesina es:

CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO ANTE EL DUELO
POR ABUSO SEXUAL



Atentamente:

PSIC. RICARDO DOMÍNGUEZ CAMARGO

Director de Tesina

AGRADECIMIENTOS

A **Dios**, por ser mi guía, mi escudo y mi fortaleza de cada día.

A la **AMTAC**, por la oportunidad de poder participar en un diplomado que no sólo forma tanatólogos o proporciona un aprendizaje sobre la muerte, va más allá con un aprendizaje de vida.

A **cada uno de los profesores** de la AMTAC por compartir sus conocimientos.

Al **Psic. Ricardo Domínguez Camargo** por ser una excelente guía en la realización de la presente tesina, la cual va acompañada de mucho esfuerzo y orgullo.

A **mis padres**, gracias a ustedes he llegado aquí y me han dado impulso para seguir adelante e ir por más.

A **mis hermanos**: Alejandro y Loreley por mostrarme que con esfuerzo y perseverancia se logra lo que uno quiere.

A **excelentes compañías, amigos y maestros de vida**: Anabis, Ángeles, Daniel, Heidi, Melisa, Rosa, (Lula y Wasa).

A **todos**, gracias por permitirme formar parte de sus vidas, así como poder aprender y crecer de manera personal y profesionalmente a su lado.

DEDICATORIAS

*Al **ángel** que me ha acompañado en cada uno de mis pasos, que ha disfrutado conmigo cada uno de mis logros, que ha ayudado a salir de tristezas y que día a día me muestra su gran fortaleza... más con cada uno de sus actos me demuestra su gran amor*

Mi ángel – Mi mami.

INDICE

Justificación	6
Objetivos	7
Introducción	8
Capítulo I. Conociendo el Abuso Sexual	10
- Sexualidad y abuso.	11
- ¿Qué es la Abuso Sexual?	13
- Tipos de Abuso Sexual y Agresores.	15
- Población de riesgo.	18
- Ciclo del abuso sexual.	21
Capítulo II. Después del Abuso Sexual: El duelo.	24
- Síntomas del abuso sexual.	25
- Proceso de victimización psicosocial	27
- Efectos psicosociales de la victimización.	28
- Mecanismos de afrontamiento.	33
- Trastorno Por Estrés Postraumático y abuso sexual.	36
- Duelo por abuso sexual.	39
Capítulo III. Trabajo de duelo por Abuso Sexual a través del Crecimiento Postraumático.	41
- Crecimiento postraumático.	42
- Factores que favorecen el crecimiento postraumático.	43
- Crecimiento postraumático a través del proceso de lucha.	44
- Los beneficios del crecimiento postraumático.	47
Capítulo IV. Conclusiones	48
Bibliografía	52

JUSTIFICACIÓN

La Tanatología ofrece un amplio abanico de posibilidades para elaborar y trabajar el proceso de los diferentes tipos de duelo a personas que se encuentran en fase terminal o con enfermedades crónico degenerativas, de igual modo lleva a cabo este acompañamiento con las familias de estos, durante la enfermedad y/o posterior al deceso. No obstante; no se ve limitado su campo de trabajo a cuestiones alrededor de la muerte. Como lo muestra la Tanatología, toda pérdida implica un duelo.

El abuso sexual que puede presentar un niño o niña, un o una adolescente, mujeres, hombres, adultos mayores, implica una serie de pérdidas, con las cuales a simple vista el panorama del dolor puede ser devastador; sin embargo, existen personas que no se quedan con dicho panorama, existen características de la personalidad, que facilitan o impiden un desarrollo en el proceso de duelo, más aún, estas características pueden llevar a la persona hacia un desarrollo o cambio positivo a raíz de esa experiencia traumática que es el abuso sexual.

Por tal motivo, es que se lleva a cabo la presente tesina, donde los objetivos se describen a continuación a seguir.

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Mostrar al lector, que el duelo por abuso sexual, no sólo se queda en el aspecto de dolor y tragedia incontenible, sino que, el ser humano posee una fuerza que le permite ir más allá, hacia un crecimiento y/o aprendizaje.

Objetivos específicos

- Proporcionar información teórica que permita tener mayor conocimiento y comprensión del abuso sexual, así como de sus consecuencias.
- Mostrar el abuso sexual desde la perspectiva del duelo.
- Exponer la aportación que ofrece el Crecimiento Postraumático ante el duelo por abuso sexual.

INTRODUCCIÓN

El abuso sexual, lleva implícito dos factores, el abuso y la sexualidad, donde la sexualidad es un rasgo fundamental que posee el ser humano, con el cual cuenta desde el nacimiento hasta su deceso. De igual modo la sexualidad le permite a las personas el poder llevar a cabo el pleno desarrollo de hombres y mujeres, la expresión de necesidades humanas, como el deseo, el contacto con otros, la intimidad, el placer, la expresión emocional, el afecto, y el amor que en conjunto forman la sexualidad de las personas. La sexualidad es un proceso de construcción que se conforma a partir de la interacción entre las personas y las estructuras sociales, donde se involucran distintos condicionamientos, como el género, la edad, la cultura.

Todo este constructo de la sexualidad, se ve mermado por el abuso físico, psicológico y/o verbal que ejerce otra persona, con la finalidad de obtener un beneficio propio, quedando de lado las repercusiones que pueda presentar la persona agredida. Siendo el abuso sexual, los contactos e interacciones entre dos personas, donde uno es el agresor y la otra la víctima, donde el agresor usa a la otra persona para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otras personas. El abuso sexual abarca distintos tipos de comportamiento como caricias, introducción de objetos en vagina o ano, sexo oral, masturbación frente al niño, promover la prostitución infantil, obligar al niño a presenciar escenas sexuales y penetración vaginal o anal con el pene. De igual modo el agresor puede satisfacerse, masturbándose en su presencia, acariciándolo, mostrándole videos pornográficos obligándole a ver relaciones sexuales entre adultos o efectuar felaciones, penetración anal, bucal, vaginal, de objetos o penetración con los dedos en ano o vagina.

De este modo se tiene por principio una persona que funge como agresor sexual, del que se presentan diferentes tipos tales como, los que agreden a niños o niñas, a adolescentes hombres o mujeres y a mujeres adultas; no obstante al hecho de que cualquier persona es susceptible de ser abusada sexualmente, los mencionados son los más susceptibles de dicha agresión. Estos agresores pueden ser desde personas conocidas, como familiares o amigos, hasta personas totalmente desconocidas.

La persona que es abusada sexualmente presenta una serie de síntomas como vergüenza, culpa, depresión, ira, entre otros, que pueden llegar a afectar su vida diaria. Así mismo, presentan un proceso de victimización psicosocial, la cual comprende tres fases de acuerdo al modelo descriptivo de la fase de crisis (fase de shock emocional, fase de reorganización y fase

de readaptación). Y este proceso a su vez genera efectos, como la negación de lo sucedido, cambios en las creencias, comparación social, procesos de atribución, futuro negativo, sentimientos negativos, ruptura en la vida cotidiana, pérdida de la autoestima, deseos de autodestrucción y efectos en las funciones psicofisiológicas.

Puesto que el abuso sexual es una experiencia traumática, se puede desarrollar también un Trastorno por estrés posttraumático, donde toda experiencia traumática implica un duelo y como tal, todo duelo no sólo se refiere a las pérdidas que se viven con respecto a la muerte, toda experiencia en la cual exista la pérdida de algo apreciado, también lleva consigo un duelo.

Siendo así que en el abuso sexual como experiencia traumática de igual modo presenta un proceso de duelo, y en la cual pueden presentar sus efectos de manera inmediata o a largo plazo. Dependiendo en la manera en que hagan uso de sus mecanismos o estrategias de afrontamiento.

Si bien el panorama que se pudiese plantear hasta aquí para el abuso sexual, no resulta alentador, si no por el contrario, la psicología positiva va más allá, al estudiar la forma en que las personas tienen la capacidad para afrontar experiencias traumáticas e incluso extraer un beneficio de las mismas, es decir el crecimiento posttraumático.

Este crecimiento posttraumático presenta ciertos factores que favorecen al aprendizaje tras la experiencia del abuso sexual, así como para cualquier otra situación traumática, un reto significativo, la espiritualidad, el apoyo social, la apertura a la experiencia, la convivencia con personas optimistas, la capacidad de llorar y aceptar gradualmente lo sucedido, narrar lo sucedió, etc.

Con la persona que ha sido abusada sexualmente, como herramienta para el trabajo de duelo, se le puede proporcionar de manera alternativa el crecimiento posttraumático a través de la lucha con cambios en uno mismo, cambios en las relaciones personales y cambios en la espiritualidad y en la filosofía de vida. Ofreciendo como beneficios para el trabajo de duelo en el abuso, el que las personas puedan dirigir su atención hacia nuevas oportunidades, el fortalecimiento de buenas relaciones, un sentido reforzado de resiliencia, una mayor y más completa apreciación de la vida y el desarrollo trascendental.

CAPÍTULO I.

CONOCIENDO EL ABUSO SEXUAL

El abuso sexual sin duda es un tema difícil de abordar, pues el solo hecho de imaginarlo, genera una sensación desagradable, aún si el mismo lector no lo ha vivido de manera personal; no obstante el contar con información sobre conceptos básicos, su tipología, el detectar quienes pueden ser agresores, que población se encuentra en riesgo, así como el ciclo de abuso que se puede o no presentar, es el inicio para llevar a cabo una adecuada intervención tanatológica dentro de este ámbito.

Sexualidad y abuso.

Dentro del abuso sexual como forma de comportamiento humano y como su nombre lo dice, presenta un doble elemento, de abuso y de sexualidad en una misma conducta. Por lo cual para comprender a lo que se refiere el abuso sexual, se comenzara por definir cada uno de dichos componentes.

Por principio Se define a la **sexualidad** (OPS/ OMS, 2013), como un aspecto fundamental de la vida de las personas. Es un proceso vital que se inicia desde el nacimiento y se desarrolla durante toda la vida. Esta se encuentra condicionada tanto por factores biológicos y psicológicos como sociales y culturales. El pleno desarrollo de hombres y mujeres depende entre otras cosas, de necesidades humanas, como el deseo, el contacto con otros, la intimidad, el placer, la expresión emocional, el afecto, y el amor que en conjunto forman la sexualidad de las personas. Dichas necesidades se expresan en sensaciones y emociones integrales, no siempre fáciles de ser expresadas o descritas.

Así mismo la sexualidad es un proceso de construcción que se conforma a partir de la interacción entre las personas y las estructuras sociales, donde se involucran distintos condicionamientos, como el género, la edad, la cultura.

Todo este complejo, denota que la sexualidad es más que un simple coito, la sexualidad es un proceso integral que influye en la subjetividad de las personas. Este proceso se muestra a través de los componentes relacionados con la sexualidad (OPS & OMS, 2000):

1. **Género:** El género es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetua las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer.

2. **Identidad de género:** Define el grado en que cada persona se define como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género. La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia.
3. **Orientación sexual:** Es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual, la orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales o en una combinación de estos elementos.
4. **Identidad sexual.** Incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer o como una combinación de ambos y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente con forma a la percepción que se tiene de sus capacidades sexuales.
5. **Erotismo:** Es la capacidad humana que se tiene de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, y que por lo general se identifican con placer sexual. El erotismo se construye tanto a nivel individual como social con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano.
6. **Vínculo afectivo:** Se define como la capacidad de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante las emociones. Este vínculo se establece tanto en el plano personal como en el de la sociedad mediante significados simbólicos y concretos que lo ligan a otros aspectos del ser humano. El amor representa una clase particularmente deseable en el vínculo afectivo.

El sexo, de igual modo es parte de la sexualidad;; sin embargo, este se refiere al conjunto de características biológicas que definen el espectro de humanos como masculino o femenino, marca la diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción (OMS; 2009).

El **abuso** de acuerdo con la Real Academia Española de la Lengua (2001), refiere este como usar mal, excesiva, injusta, impropia o indebidamente de algo o de alguien.

Este también se puede clasificar en tres tipos (Walker, 1999):

- **Físico.** Es cualquier contacto intencional no deseado con el cuerpo de otra persona, causado por el abusador o usando algún objeto bajo su control. El abuso físico no necesariamente debe dejar alguna marca o cicatriz, en ocasiones no llega a existir dolor. Puede manifestarse a través de rasguños, pellizcos, manotadas, mordiscos, patadas, etcétera.
- **Verbal:** El abuso verbal es una forma de agresión que aparentemente no deja huellas visibles, pero es igual o más dolorosa que la agresión física, ya que además tiene como característica que es más frecuente y se intensifica con el tiempo haciendo que las personas de alguna manera se acostumbren y se adapten a este tipo de maltrato. El abuso verbal se manifiesta por medio de gritos constantes o mal humor, ofensas por medio de maldiciones, burlas acerca de la apariencia física o de errores cometidos, hostigamiento, exigencias desmedidas en el orden de la casa, las cosas o la comida, descalificaciones a la persona por su eficiencia, apariencia, o nivel cultural o social.
- **Psicológico:** El abuso psicológico ha sido definido como el que incluye aislamiento, amenazas, degradación y administración de drogas o alcohol. La agresión psicológica se refiere también a conductas verbales como insultos y conductas no verbales que no van dirigidas al cuerpo de la persona, por ejemplo golpear puertas, destrozar objetos. Cabe aclarar que los términos físico y psíquico tienen sentido para determinar la forma de conducta expresada más que las consecuencias producidas, puesto que los actos físicamente agresivos producen daño tanto psicológico como físico.

¿Qué es el Abuso Sexual?

La National Center of Child Abuse and Neglect (2014). Establece como abuso sexual: “los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otras personas. Puede ser cometido también por

una persona menor a 18 años cuando es significativamente mayor al niño o cuando está en posición de poder o control sobre otro menor”.

Quezada y colaboradores (2006), mencionan que el abuso sexual es aquel que ocurre cuando un adulto utiliza la seducción, el chantaje, las amenazas o la manipulación psicológica para involucrar a un niño o niña en actividades sexuales de cualquier índole

Existen diferentes definiciones sobre el abuso sexual, siendo las que se refieren al abuso infantil las que como se ha visto, son las que con mayor frecuencia se encuentran. No obstante este abuso puede presentarse de igual modo en adolescentes y adultos también.

Por tal motivo dado que no solo se presenta en niños, se considerara como abuso sexual, la configuración de elementos de poder – sumisión, fuerza o manipulación que ejerce una persona hacia otra, para realizar una actividad sexual no deseada sin su consentimiento (Soria y Hernández, 1994; National Sexual Violence, Resource Center, 2012).

Marshall (2001) considera que el abuso sexual abarca distintos tipos de comportamiento como caricias, introducción de objetos en vagina o ano, sexo oral, masturbación frente al niño, promover la prostitución infantil, obligar al niño a presenciar escenas sexuales y penetración vaginal o anal con el pene. De igual modo el agresor puede contentarse, masturbándose en su presencia, acariciándolo, mostrándole videos pornográficos obligándole a ver relaciones sexuales entre adultos o efectuar felaciones, penetración anal, bucal, vaginal, de objetos o penetración con los dedos en ano o vagina.

Sobre esto mismo el Ministerio de Salud de Chile (2011) describe las actividades sexuales involucradas en el abuso sexual infantil pueden consistir en:

- Contacto físico sexual en forma de penetración vaginal, oral o anal, utilizando para ello cualquier parte del cuerpo del abusador, algún objeto o animal.
- El tocamiento intencionado de los genitales o partes íntimas, incluyendo los pechos, área genital, parte interna de los mismos o nalgas, o las ropas que cubren estas partes, por parte del perpetrador hacia el niño, niña o adolescente.
- Alentar, forzar o permitir al niño, niña o adolescente que toque de manera inapropiada las mismas partes del perpetrador.
- Exponer los órganos sexuales a un niño, niña o adolescente con el propósito de obtener excitación/gratificación sexual, agresión, degradación o propósitos similares.

- Realizar el acto sexual intencionadamente en la presencia de un menor de edad con el objeto de buscar la excitación o la gratificación sexual, agresión, degradación u otros propósitos semejantes.
- Automasturbación en la presencia de un niño, niña o adolescente.
- Forzar a la pornografía.

De igual forma, se incluyen los diversos tipos de explotación sexual comercial infantil, entendida esta como “todo tipo de actividad en que una persona usa el cuerpo de un niño/a o adolescente para sacar ventaja o provecho de carácter sexual y/o económico basándose en una relación de poder, considerándose explotador, tanto aquel que intermedia u ofrece la posibilidad de la relación a un tercero, como al que mantiene la misma con el niño, niña o adolescente, no importando si la relación es frecuente, ocasional o permanente”. (Óp. Cit. 2011). En este tipo de abuso se distinguen la utilización de niños, niñas o adolescentes en pornografía infantil, el tráfico sexual infantil y el turismo sexual infantil.

En las diferentes definiciones, incluyen, como uno de los criterios definitorios del abuso sexual, la diferencia de edad entre víctima y agresor no obstante, además de los adultos, muchos de los abusos son cometidos por adolescentes a niños, así como niños a otros niños habiendo o no una diferencia significativa entre sus edades (American Academy of Pediatrics, 1997; DIF , 2008).

Entre otros de los criterios del abuso cabe señalar la ausencia del consentimiento. La NSVRC (2012) menciona que las razones por las cuales no hay consentimiento pueden ser miedo, la edad, una enfermedad, una discapacidad y/o la influencia del alcohol u otras drogas.

Tipos de abuso sexual y agresores.

Los tipos de abuso sexual se pueden clasificar bajo distintos criterios, siendo tres tipologías las tomadas para el presente como aquellas que pueden dar un mejor enfoque de los tipos de abuso. Tales como la proximidad con la víctima, tipos de agresores de niños y tipos de agresores de adultos.

a) Tipología de acuerdo a la proximidad con la víctima

Aquellas personas que abusan sexualmente de otras, pueden ser personas conocidas, miembros de la familia o desconocidas (Echeburúa y Guerricaechevarría 2000; Echeburúa y Corral, 2006):

- **Abuso sexual por personas de la familia o conocidos:** En la mayor parte de los casos el abuso sexual infantil suele ser cometido por familiares (padres, hermanos mayores, etc.), es el incesto propiamente dicho, o por personas relacionadas con la víctima (profesores, entrenadores, monitores, etc.). En cualquiera de estos casos, abarcan del 65% al 85% del total y tienden las situaciones más duraderas de abuso, no suelen darse conductas violentas asociadas.
- **Abuso sexual por familiares o conocidos - oportunista:** Los abusadores sexuales, que frecuentemente muestran un problema de insatisfacción sexual, se ven tentados a buscar esporádicas satisfacciones sexuales en los menores que tienen más a mano y que menos se pueden resistir. En estos casos los agresores pueden mostrar distorsiones cognitivas para justificarse ante ellos mismos por su conducta: "mi niña está entera", "la falta de resistencia supone un deseo del contacto", "en realidad, es una forma de cariño", etc.

La situación habitual incestuosa suele ser la siguiente: un comienzo con caricias; un paso posterior a la masturbación y al contacto buco genital; y, solo en algunos casos, una evolución al coito vaginal, que puede ser más tardío (cuando la niña alcanza la pubertad).

- **Abuso sexual por agresores desconocidos:** Este tipo de abuso se limita a ocasiones aisladas, pero, sin embargo, puede estar ligado a conductas violentas o a amenazas de ellas. No obstante, la violencia es menos frecuente que en el caso de las relaciones no consentidas entre adultos porque los niños no ofrecen resistencia habitualmente.

b) Tipología de agresores a niños:

En el libro Agresiones Sexuales de Noguera (2005), se señala la tipología de abuso sexual de la siguiente manera:

- Contacto físico sexual:

- Penetración: vaginal, anal, oral del menor mediante órgano sexual o bien anal o vaginal mediante dedo u objeto.
- Tocamientos intencionados con o sin agresión, de mamas, genitales, zona anal del menos, en los distintos casos, con o sin ropa.
- Estimulación del área perineal del agresor por parte del menor.
- Inducción al menor a penetrar al adulto u agresor.
- Fotografías o películas con el fin de satisfacer al agresor.
- Promover la participación u observación del menor en actos sexuales del agresor, con el motivo de la excitación, gratificación, agresión o degradación.
- Masturbación en presencia del menor.
- Exposición de los órganos sexuales al menor con la intención con la intención de obtener excitación o gratificación.
- Solicitud indecente o seducción verbal explícita.

c) Tipología de agresiones sexuales en adultos:

Otra de las tipologías más clásicas es la definida por Cohen (1971 en Noguerd 2005), habla de cuatro tipos de agresión a adultos, donde las cuatro categorías describen cuatro motivaciones para el abuso, la oportunidad, la cólera generalizada, gratificación sexual y venganza.

- En el primero de ellos no presenta una excitación sexual inicial, el sentido de su agresión es humillar, con sadismo y violencia a la víctima que suele ser desconocida.
- Otro tipo es el que está motivado por demostrar a su víctima su habilidad sexual como un intento de compensación de sus desajustes como baja autoestima, introversión o pasividad. Ante la imagen de un posible rechazo de una mujer, quiere demostrar su valía, pero si la víctima se resiste suele huir.
- El abusador sexual agresivo, tiene asociada su actividad sexual con la violencia y provocación del miedo, por tanto se excita cuando infringe daño, aquí la conducta sexual y violenta se confunden, y pueden en casos extremos llegar a matar a su víctima de forma muy sádica. Suelen tener los agresores conductas antisociales, parejas inestables y fuertes distorsiones cognitivas como que la mujer que se resiste es porque lo desea.

- El cuarto tipo es el impulsivo, puede acompañar el abuso con otros actos delictivos como robos o atracos. Suele tener antecedentes penales referidos a otros delitos de tipo no sexual.

Esta última tipología basada en abusos a adultos, comprende el hecho de que su agresor es un desconocido; sin embargo, la agresión puede ser producida por parte de un amigo, compañero o pareja, siendo estos en población universitaria la más frecuente, puesto que se tiende a mal interpretar el abuso con el factor cariño (Gabinete Psicopedagógico, 2001).

De igual forma prepondera el varón como agresor sexual de niños y mujeres, más también se encuentran mujeres como agresor sexual, siendo en general los niños su objetivo de abuso. Y en el caso del agresor menor de edad su objetivo suelen ser otros niños.

Por tanto los agresores sexuales, aquellas personas que sienten atracción hacia la conducta sexual en forma de abuso hacia otra persona, por la descarga que en ese momento les alivia, teniendo así mismo poco sentido del riesgo que implica su conducta. Donde sus formas de llevar a cabo esta conducta se manifestara en los diversos tipos de abuso sexual mencionados ya sea en una sola manera o haciendo uso de varios de ellos.

Población de riesgo.

De acuerdo a la tipología tanto de abusos como de agresores, se obtiene que las agresiones sexuales cometidas por adultos suelen tener como víctimas más frecuentes a la esposa o compañera, a los hijos, a los niños conocidos, a mujeres conocidas y en menor medida a mujeres desconocidas, teniendo una importancia el prestar atención a los abusos sexuales ejercidos en el seno de la familia tanto a los hijos como a la pareja.

Los abusos que cometen los menores, sean niños o adolescentes, sus objetivos más frecuentes son niños conocidos del ambiente escolar o familiar.

Para el caso de las mujeres que cometen abusos sexuales los suelen realizar en el hogar familiar a sus propios hijos, buscan compañeros sexuales preadolescentes o adolescentes. Noguera (2005) menciona que en el caso de mujeres realizan abusos en grupos, instigadas por su compañero emocional o las practican en centros escolares.

Lo anterior muestra un panorama en el cual tanto los niños como las mujeres son las personas más propensas de sufrir abuso sexual.

Se ha calculado que la tasa de abuso sexual es de 2.1 a 6.3 por 1,000 habitantes en los Estados Unidos (Finkelhor D. & Dziuba-Leatherman J., 1994). Otros estudios mencionan que entre 17 y 38% de las mujeres (Finkelhor D. & Dziuba-Leatherman J., 1994; Kelly, L.,1988; Pedersen, W. & Skronnal, A.,1996) y entre 1% y 30% de los varones (Óp. Cit, 1996; Finkelhor D.,1986) reportan haber sufrido alguna forma de abuso sexual en la infancia. En su gran mayoría este abuso es perpetrado por sus familiares y, en general, las niñas corren alrededor del doble de riesgo que los niños de que abusen sexualmente de ellas en la infancia, y a menor edad (Holmes, W. C. & Slap, G. B., 1998).

Las estadísticas disponibles en México son escasas y no necesariamente reflejan la realidad. Esto se debe al deficiente sistema de registro, y a que muchos actos de abuso sexual no son denunciados ni por la víctima ni por los testigos por desconocimiento, culpa, vergüenza o por estigmas sociales, morales o religiosos. Peor aún, parecen temer que los impartidores de servicios asistenciales o de justicia también abusen de ellas (Estrada & Cols.,1995).

Al respecto, Soto (1996) señala que en México sólo se denuncia entre 5% y 50% de los delitos sexuales, y que si se calcula que en la Ciudad de México el promedio por día es de 8 delitos sexuales, puede estimarse que se cometen entre 16 y 160 diariamente.

Por su parte, Santana-Tavira, Sánchez-Ahedo y Herrera-Basto (1998), refieren que en 1993, la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal reportó que el abuso sexual ocupaba el segundo lugar de los delitos notificados; su incidencia era del 24.1% y casi en su totalidad eran agresiones sexuales a menores de 13 años.

Ramos-Lira, Saldívar - Hernández, Medina-Mora, Rojas - Guiot y Villatoro - Velázquez (1998) encontraron una prevalencia nacional de abuso sexual en población adolescente estudiantil de secundaria y preparatoria de 4.3%.

Aunado a lo anterior, The Save Children (2001) a través de Previnfad, propone un modelo integral de evaluación de factores de protección y de riesgo que vienen dados antes del abuso.

Entre los factores de riesgo existen unos especialmente relevantes que esta misma institución señala como presentes en los padres de familia, los cuales son:

- ✓ Consumo de alcohol o drogas tanto por la posible víctima (En el caso de un adulto u adolescente), como por padres o madres.
- ✓ Historia de maltrato en uno o ambos padres.
- ✓ Falta de establecimiento del vínculo o deficientes relaciones afectivas entre los padres y el niño.
- ✓ Falta de red de apoyo psicosocial, aislamiento social de la familia.
- ✓ Problemas de disarmonía y ruptura familiar.
- ✓ Desempleo o pobreza.
- ✓ Falta de reconocimiento de los derechos del niño como persona.
- ✓ Aceptación social de pautas como el castigo físico.

FACTORES DE RIESGO		FACTORES DE PROTECCIÓN	
PREDISPONENTES	PRECIPITANTES	PREDISPONENTES	PRECIPITANTES
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Introversión ✓ Discapacidad física o psíquica. ✓ Historia previa de abuso. ✓ Baja autoestima. ✓ Pobres habilidades de comunicación y resolución de problemas. ✓ Falta de asertividad y sumisión. ✓ Ser mujer. ✓ Ser menor de edad. ✓ Desconocimiento sobre la sexualidad. ✓ Ser hijo no deseado. ✓ Falta de habilidades de autodefensa 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trastorno de conducta. ✓ Enfermedades o lesiones del niño. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Habilidades interpersonales de comunicación y resolución de problemas. ✓ Alta autoestima. ✓ Asertividad. ✓ Desarrollo normalizado. ✓ Educación afectivo – sexual adecuada. ✓ Apega materno – paterno. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconocimiento de la experiencia del maltrato infantil. ✓ Adquisición de habilidades de defensa.

Cuadro 1. Factores de protección y de riesgo en menores ante el abuso sexual.

Por lo tanto a través de las diferentes investigaciones mencionadas, muestran que ni la edad ni el género impiden el hecho de que una persona llegue a ser abusada sexualmente; no obstante, se manifiesta una mayor prevalencia en mujeres ya sea niñas, adolescentes o adultas, de igual modo en niños y adolescentes varones. A los cuales la presencia de factores de riesgo aumenta su vulnerabilidad.

Ciclo del abuso sexual.

Un ciclo es una serie repetida de acontecimientos, cada suceso es el desencadenante del siguiente, hasta que la serie se completa y el último suceso de la serie dispara, de nuevo, el primer acontecimiento, reiniciándose el proceso. Un ciclo se autoperpetua, se repite sin fin, ya que cada paso impulsa el siguiente.

El abuso sexual no ocurre sin contexto, siempre hay uno y se define como ciclo del abuso, se utiliza este concepto para dar explicación a como suceden los abusos. Estos dos primeros ciclos se han estudiado en base al ciclo que se presenta en los abusos a mujeres adultas y por otro lado el ciclo de abuso sexual en niños y adolescentes como agresores.

En el primer caso, como ejemplo de un abuso hacia una mujer, se comienza con los prejuicios que son los estereotipos culturales que se tienen sobre las mujeres en la sociedad, después es necesario tener la motivación para cometer el abuso, no es posible realizar un abuso sexual si no se está interesado en ello. Esta motivación puede venir de experiencias de la niñez, o experiencias anteriores con las mujeres, mas esto no basta, se requiere de la presencia de un detonante y este puede ser por ejemplo, el enojo con una mujer, con las mujeres en general, con una amiga o quizá el uso excesivo de pornografía. Después se presentan las fantasías generalizadas (fantasías de violación de forma general no específicamente a una mujer en especial). Más tarde es posible que vea a una potencial víctima y ya que sea identificada como tal, a continuación puede elaborar una fantasía en específico y con ello comienza con la planeación o preparación del abuso. Es posible que se pueda sentir culpable, puede ser que tenga miedo de que pueda ser detenido por la policía, pero también puede suceder por el contrario que se sienta muy bien lo que lo puede llevar a elaborar más sus fantasías y estas mismas fantasías lo puede invitar a repetir el abuso y a su vez que ese ciclo sea cada vez más corto.

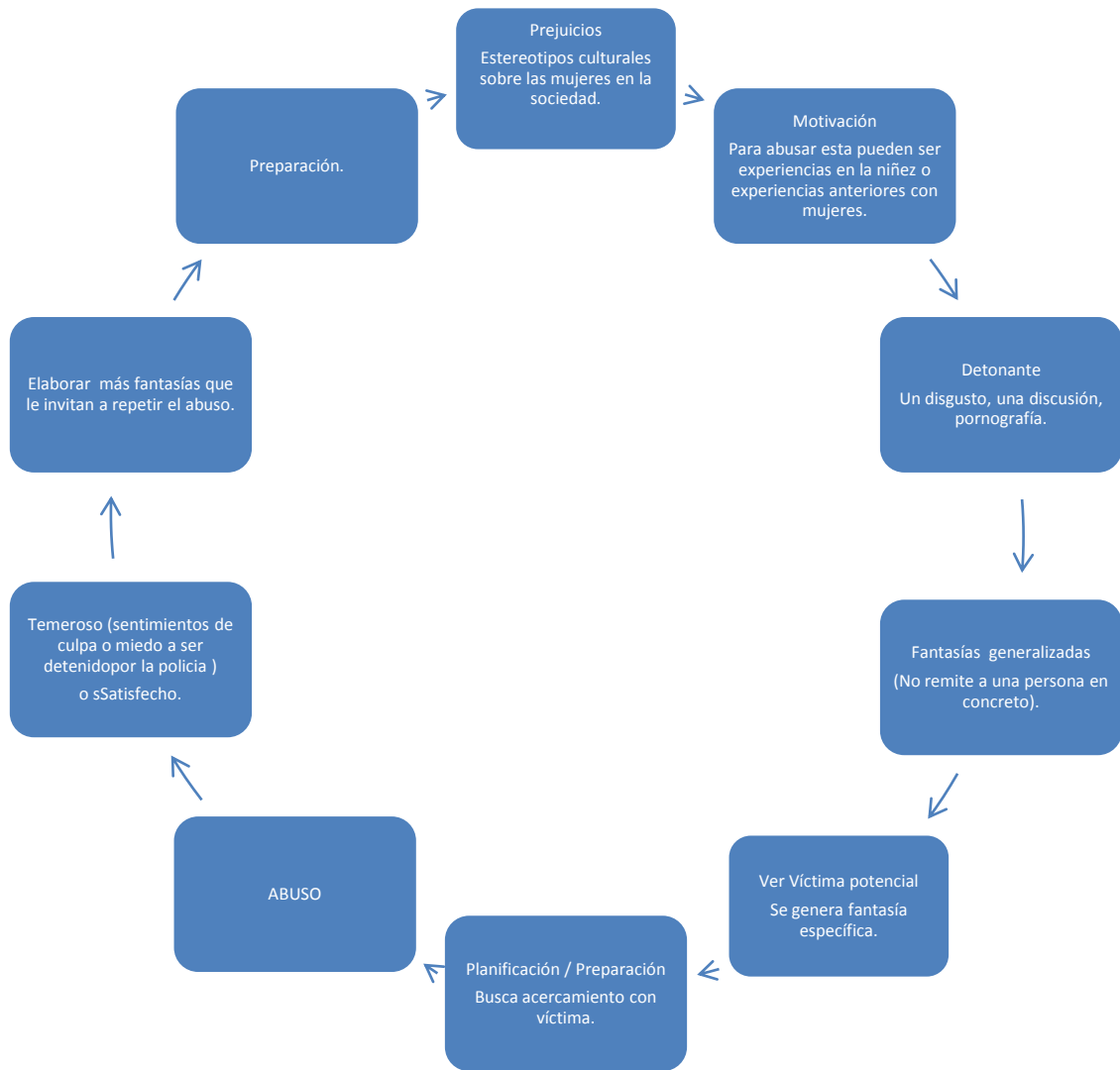


Figura 1. Ciclo del abuso.

En el segundo caso que explica Lane (1991, en Noguera, 2005), el ciclo del abuso sexual en niños y adolescentes agresores, se menciona que este ciclo incluye pensamientos, emociones y conductas antecedentes que culminan en comportamientos de abuso sexual por sentimientos que el niño percibe como amenazantes. Estas pueden ser:

1. Un evento que resulta amenazante o es percibido como tal por el niño o joven.
2. Una respuesta emocional compuesta por un conjunto de sentimientos insoportables por el niño o joven.

3. Un intento de compensar la situación actual de sentimientos de odio o venganza y que le permiten ir tras la ofensa sexual con cierto control y dominio de la situación. El joven agresor toma una decisión, consciente o no, de obtener el control mediante actos que incluyen el abuso o la violación. Después intenta racionalizar el motivo para cometer estos actos.

En la mayoría de los menores estudiados para este ciclo, aparecen síntomas de baja autoestima y sensación de vulnerabilidad y victimización, que tratan de compensar realizando conductas sexualizadas o físicamente agresivas.

CAPÍTULO II.
DESPUÉS DE LA AGRESIÓN
SEXUAL:
EL DUELO.

Síntomas del abuso sexual.

No existe una única forma de experimentar una agresión sexual, puesto que depende de innumerables factores. Algunos de ellos son la relación que se mantenía con el agresor, la duración y la frecuencia de los abusos, la edad en la que se produjeron, si hubo o no violencia, el apoyo social para la víctima, con quién se pudo hablar de lo sucedido y qué respuesta se obtuvo, si los hechos fueron denunciados y cuál fue el resultado, etc.

En el caso de agresión sexual a un menor el problema puede ser fácilmente encubierto debido a la influencia que ejerce el agresor, ya que puede coaccionar, engañar y convencer al niño para que lleve a cabo la acción sexual, pese a la experiencia desagradable que suponga para él. Esto teniendo en cuenta que un gran porcentaje de agresiones sexuales a menores son realizadas por adultos o personas mayores, conocidos y relacionados con las víctimas.

Se describen a continuación algunos de los principales síntomas presentes en menores, mujeres adultas y familias de víctimas de abuso sexual (Sánchez, 2000):

Menores:

- Síntomas conductuales:
 - Comentarios y actividad sexual no adecuada para la edad.
 - Juegos donde se manifiestan abusos.
 - Miedo repentino que obliga a estar continuamente pegado a los padres.
 - Conducta regresiva (chuparse el dedo, tomar un muñeco como medio de seguridad, etc.).
 - Dificultad para confiar en los otros.
 - Disminución del rendimiento escolar.
 - Respuesta inapropiada a las personas del sexo agresor.
 - Agresividad o sumisión.
 - Conducta seudomadura (el agresor puede obligarle a aprender un rol adulto que manifiesta en otras conductas).
 - Cambios en la participación y en las relaciones escolares.
 - Limitaciones relacionadas (el agresor puede restringírselas).
- Síntomas físicos:
 - En la zona réctalo genital en caso de penetración, podemos encontrar posibles lesiones y/o dilatación anormal para la edad.

- Presencia de cuerpos extraños en los genitales.
- Lesiones en diferentes partes corporales, pechos, glúteos, etc.
- Adquisición de alguna enfermedad de transmisión sexual.
- En el caso de niñas o mujeres adolescentes en etapa reproductiva, posibilidad de embarazo.
- Síntomas psicológicos:
 - Bloqueo, no recordando nada de lo sucedido, con vacíos en la memoria que pueden emerger en cualquier momento.
 - Trastornos del sueño, pesadillas, insomnio.
 - Depresión, acompañada de ideas de suicidio.

Mujer adulta: los efectos de la agresión sexual, se han ordenado como un listado general, que se puede posteriormente clasificar dentro de la psicopatología clínica específica.

- Efectos generales:
 - Shock postraumático.
 - Pérdida de control.
 - Trastornos del sueño: pesadillas, insomnio.
 - Miedo y temor generalizado, no focalizado ante estímulo un concreto, como puede ser un animal, individuo o cosa.
 - Vergüenza.
 - Culpabilidad. Entendida como poco cuidado o excesiva confianza (“Si no hubiera aceptado la invitación”, “si no hubiera salido sola”).
 - Impotencia: tanto para la realización de cualquier actividad física, como en la toma de decisiones.
 - Repulsión: manifestada después del acto, hacia el sexo de la persona por la que fue agredida.
 - Depresión: la cual muchas veces no es reconocida como tal, sino como una reacción normal después de la agresión.
 - Cólera: furia, enojo e indignación.

Familia y amigos de la víctima, puede dar lugar a diferentes reacciones:

- Vergüenza por lo sucedido.

- Culpabilidad: el núcleo familiar puede sentirse culpable de la falta de protección y de la prevención de tal acción.
- Ignorarlo: dar por entendido que no pasó nada y todo estará bien.
- Ayuda, apoyo y soporte a la víctima.

Además de los aspectos descriptivos anunciados anteriormente, el factor psicosocial juega un papel muy importante para llevar a cabo un proceso eficaz o ineficaz ante la agresión sexual.

Proceso de victimización psicosocial.

Existen diferentes modelos para dar explicación a este proceso de victimización que presentan las personas abusadas sexualmente, las cuales se muestran a continuación (Soria & Cols, 1994):

- 1) **Modelo descriptivo de las fases de crisis:** se concibe en forma de fases consecutivas tras el abuso a lo largo de un lapso de tiempo. Estructurada a partir de los criterios de la crisis, el abuso actuaría como un evento desencadenante, generando tres fases:
 - a) **Fase de shock emocional:** es la primera etapa o reacción inmediata de shock/ desorganización. Su composición y duración varía desde minutos a horas. La afectividad se ve dominada por los sentimientos de vulnerabilidad, impotencia, aislamiento y bloqueo afectivo. A nivel cognitivo la persona es incapaz de hablar con claridad la conmoción y la imposibilidad de aceptar lo sucedido dominan sus pensamientos. Los efectos sobre la conducta son variables, estas pueden ser desde leves (conductas errantes) a severas (desorientación temporoespacial, incluso puede aparecer “la petrificación por el terror”).
 - b) **Fase de reorganización:** la segunda fase o de reacción a corto plazo, se caracteriza por la reevaluación cognitiva del suceso. La duración aproximada va entre semanas a meses. Durante este periodo, la víctima trata de integrar el suceso dentro de sus esquemas personales, escala de valores, expectativas previas de comportamiento, percepción de sí misma y del entorno, etc. Sin embargo, esta se mueve entre la repetición continuada del suceso y los intentos comprensivos de la causalidad del abuso. De ello se resiente especialmente la relación interpersonal. Incapaces de afrontar lo sucedido, la variación emocional entre la tristeza y la euforia, del miedo a la ira, etc. Los temores a posteriores agresiones o represalias

del agresor afectan negativamente en el proceso. La conducta se ve modificada en grado variable, pero especialmente en la vida cotidiana. A mediano plazo pueden aparecer conductas de evitación o compensatorias.

Horowitz (1979, 1982 y 1986, en Soria & cols, 1994).menciona que algunas víctimas actúan “como si no hubiese pasado nada” pero esconden una latencia en los procesos cognitivos y afectivos esencialmente de negación del suceso que posteriormente provocan una *reacción postraumática retardada*. El mismo autor subdivide esta fase en dos, el estado intrusivo, caracterizado por ideas inesperadas, compulsivas, acciones y sentimientos sobresaltados, y el estado de negación durante el cual la persona ignora las implicaciones de las amenazas o pérdidas.

- c) **Fase de readaptación:** cuando la intensidad del miedo y la ira se reducen, la víctima entra en la fase de reorganización o reacción a largo plazo. El impacto del abuso se resuelve mediante el establecimiento de unas defensas más efectivas, conductas más vigilantes y mediante una revisión de los valores y actitudes que permiten un reajuste en la vida cotidiana.

Para un 30% de las víctimas por abuso, los efectos traumáticos se prolongan por un periodo de tiempo elevado, reportando también que un año después del abuso, se presentan mayores sensaciones depresivas y de insatisfacción en su vida habitual, inclusive algunas personas destacan el hecho de que nunca recuperan el nivel previo de funcionamiento en su vida sexual y el contacto interpersonal (Ellis, Atkeson y Calhoun, 1981, en Óp. Cit, 1994).

Efectos psicosociales de la victimización

Soria y colaboradores (1994), hacen referencia de que los efectos de la agresión sexual se encuentran en gran medida contenidos en el Trastorno por Estrés Postraumático (DSM- IV-TR). Al igual guarda una cierta similitud con los efectos psicológicos a otros delitos, sobre todo en la percepción que se llega a tener de la sociedad. Estos efectos se pueden agrupar en diez cambios, los cuales pueden presentarse en la víctima entre el segundo día y los primeros tres meses:

- 1) **La negación de lo sucedido:** la negación es una estrategia de afrontamiento, que se utiliza principalmente para defenderse de los sentimientos contradictorios hacia el abuso y la atribución de causalidad aunque pueda interferir con otra estrategia de afrontamiento. Siendo su utilización eficaz en los primeros quince días, para el reajuste.

2) **Cambios en los síntomas de creencias:** todo proceso de victimización implica un cambio en el sistema de creencias de la víctima. Janoff-Bulman (en Soria y Cols., 1994) indica que las personas tienden a estructurar en función de diversos sistemas conceptuales como “asunciones sobre el mundo”, “teoría de la realidad”, “modelos del mundo” y “estructuras de significado”, posibilitando el entendimiento del mundo bajo un significado, con una forma ordenada y predecible. Sin embargo el abuso sexual, acaba con todo ello, alterando tres creencias básicas, la creencia de invulnerabilidad, la percepción del mundo bajo control o significado y la percepción de uno mismo como positivo. Todo delito o en este caso abuso sexual, afecta de forma variable la concepción de vulnerabilidad y control del entorno de la víctima, así la persona se vuelve vulnerable (posibilidad de repetición del suceso) y observa el entorno fuera de todo orden o control personal (efectos de su conducta) y social (efectos de la conducta de los demás).

a) **Cambios en las creencias de invulnerabilidad:** toda persona opera día a día con la ilusión de invulnerabilidad, lo cual generalmente favorece la adaptabilidad, pero en ciertos casos, puede dificultarla, al impedir reconocer el abuso como tal. El grado de vulnerabilidad después del abuso, está relacionado con otros factores impotencia ante la vida y de manera negativa con el locus de control interno y el grado de optimismo hacia el futuro (Peterson y Franzese, 1988, en Óp., cit., 1994).

La vulnerabilidad se manifiesta en el temor a la recurrencia del abuso, como consecuencia del cambio de creencia se desarrolla la visión del mundo como “un lugar hostil”. Las dificultades de la víctima sexual para integrar una nueva concepción del mundo a mediano plazo permanecen, pues tienen que afrontar el suceso de forma orientada a la “evitación”, restringiéndose los contactos interpersonales, alterando la conducta cotidiana y no deseando comentar sus sentimientos con nadie (Aparicio & Muñoz, 2006).

b) **Cambios en las creencias de control:** las víctimas no pueden aceptar la ocurrencia de los hechos al azar y se esfuerzan por mantener la idea de control, al perder la creencia de control sobre el entorno se produce una doble reacción en la víctima:

- **Reactancia:** la víctima consideraba que tenía o podía tener el control sobre el entorno y por ello, se muestra enojada tras el abuso.
- **Refuerza la indefensión aprendida:** esto sucede a mediano plazo al sentirse indefensa y vulnerable ante el entorno.

La pérdida del control refuerza los efectos de la vulnerabilidad y se percibe como peligroso e impredecible, lo que lleva a la víctima en su grado de autonomía y al desarrollo de conductas o actividades no realizadas habitualmente, como conductas de protección personal, cambios de rutina, etc. La atribución de culpabilidad le permite a la víctima restablecer la creencia de control y reducir el sentimiento de indefensión (Soria & Cols, 1994).

- c) Cambios en la creencia del mundo justo:** tras el abuso la víctima modifica su concepción previa del mundo como un lugar esencialmente justo, donde las personas obtienen lo que se merecen y a las personas buenas no les puede pasar nada malo. Al ponerse en crisis dicha creencia como consecuencia del abuso, la víctima utiliza dos medios para restablecerla:
- Tácticas, para eliminar la amenaza al mundo justo.
 - Estrategias, actúan protegiendo la creencia del mundo justo de evidencias contradictorias.

- 3) **La comparación social:** tras el suceso, inicia un proceso de comparación social como medio para explicarse lo sucedido, dichos efectos perduran en el tiempo y pueden prolongarse por toda la vida, aunque progresivamente pierden su contenido emocional. Su finalidad esencial en este período posterior al abuso es favorecer la readaptación personal.

Cuando la comparación se produce respecto al “mundo justo”, las víctimas tienden a pensar que podían haber muerto o haber sido maltratados seriamente por el agresor y como consecuencia, el suceso resulta ventajoso, permitiéndoles el mantenimiento del nivel de autoestima (Soria & Cols, 1994). Los procesos de comparación social, pueden resultar ineficaz en la adaptación cuando el estrés deriva en sentimientos futuros de vulnerabilidad ante el riesgo de victimización.

- 4) **Los procesos de atribución:** se podría decir que es el tronco central del proceso de adaptación al facilitar una respuesta a la pregunta clave de la victimización “¿Por qué me ha sucedido esto? A partir de esto la víctima aprende a vivir con lo sucedido y a interiorizar otras formas de funcionamiento. Aproximadamente hasta el primer mes en que se adopta una forma inicial de pensamiento obsesivo sobre lo sucedido, respecto a lo que hizo, lo que no, lo que debió hacer, que sucedería si no lo hubiera hecho, que haría si volviera a suceder. Si la evolución es positiva, progresivamente la víctima comprende que pensar en el pasado no le aporta nada beneficioso y poco a poco se va

centrando de nuevo en el presente – futuro de su vida, aunque en determinados momentos y en presencia de estímulos muy diversos, pueda reiniciar parcialmente el proceso de búsqueda atributiva. El resultado de todo este proceso son dos grandes grupos de atribución de culpa interna o externa:

- La atribución de culpa interna: se divide en caracterial y comportamental, la primera atribuida a la pertenencia a un grupo social- tipo predeterminado para la victimización, y la segunda la comportamental, atribuida a un erro en la propia conducta, solo la segunda resulta ser adaptativa al estar asociada con niveles elevados de autoestima y una percepción de ser capaz de evitar la siguiente victimización si así se produjera.
- La segunda forma atributiva es la externa: en ella la victima dirige la culpa hacia el agresor o al azar. La utilidad para la victima conlleva a que sabe que la culpa es del agresor y que sucede en nuestra sociedad. A nivel cognitivo no le aporta nada nuevo y le produce sentimientos negativos como ira, venganza, impotencia, etc. No obstante Rosenbaum (1980, en Soria & Cols, 1994), demuestra como la atribución al azar posee sentimientos más positivos sobre el afrontamiento que la autoinculpación.

Los niños con mayor riesgo de victimización son aquellos con una capacidad reducida para resistirse o revelarlo, como son los que todavía no hablan y los que muestran retrasos del desarrollo y discapacidades físicas y psíquicas. Asimismo son también sujetos de alto riesgo los niños que se encuentran carentes de afecto en la familia, que pueden inicialmente sentirse halagados por la atención de la que son objeto, al margen de que este placer con el tiempo acabe produciendo en ellos un profundo sentimiento de culpa

- 5) **Futuro negativo:** es característico en periodos posteriores, aunque puede aparecer desde el inicio de la agresión, por lo cual si tiende a incrementarse con el paso del tiempo puede considerarse un indicador de mala evolución. Inmediatamente después del abuso la victima piensa que ya no tiene sentido la vida para ella, conduciéndola en muchos casos a pensamientos distorsionados de tipo depresivos enfocados a la pérdida del futuro. Dichos sentimientos se potencian cuando aparecen secuelas físicas, especialmente si deforman su imagen personal. Los cambios posteriores vienen de la

recuperación de su actividad habitual, la vuelta al trabajo, a sus amistades, etc., lo cual posibilita una visión más realista y presente de la situación.

- 6) **Los sentimientos negativos:** pueden ser de muchos tipos, pero destacan el miedo, la vergüenza y la culpa. El miedo puede aparecer de forma profunda los primeros días, imposibilitando las conductas habituales de la víctima, posteriormente se une a estímulos específicos del suceso (lugar de los hechos, apariencia física del agresor, etc.) a otros generalizados (la noche, la soledad, etc.). La reacción de la víctima es doble, aislarse como medio de seguridad y tomar una actitud hipervigilante fuera de su medio de seguridad. La vergüenza, es un sentimiento que refuerza la percepción de autoestigmatización. La ira por otra parte es una consecuencia directa del sentimiento de humillación, indefensión e injusta vivido por la víctima durante el suceso. Tiende a decrecer rápidamente durante los primeros días. Socialmente no suele aceptarse su expresión pública, por ello se le exige en el caso de víctima femenina un autocontrol, cosa que no sucede cuando el hombre es afectado. En víctimas de abuso sexual, la ira incrementa la conducta vigilante cuando el agresor no ha obtenido alguna consecuencia a sus actos, como el estar detenido, lo que resulta perjudicial para la readaptación a mediano plazo.
- 7) **Ruptura de la vida cotidiana:** la agresión sexual afecta tanto a la víctima como a su familia en su vida. Diversos factores pueden atribuirse a ello, especialmente, la incapacidad para saber cómo pedir ayuda a su familia y en segundo lugar los familiares el no saber qué hacer, a lo cual resulta una revictimización, en la expresión de los sentimientos de la víctima y la narración de los hechos. Un segundo factor importante es que la agresión provoca una reordenación más o menos amplia de la vida cotidiana de la víctima, hora de irse a dormir, lugares que transita, etc., dificultándole la recuperación. En tercer lugar se presenta un factor relacionado con los cambios es una pérdida parcial o total, temporal o prolongada, de su capacidad personal para tomar decisiones tanto en las más importantes como en las más mínimas.
- 8) **Pérdida de la autoestima:** en toda víctima sexual, se observa una pérdida variable en su nivel de autoestima en función de múltiples factores: nivel previo de autovaloración, forma agresiva del delito, grado de humillación percibido, afectación física, reacción social posterior, etc. Sin duda es uno de los grandes elementos pronosticadores de la capacidad de adaptación de la víctima.
- 9) **Deseos de autodestrucción:** derivado de los aspectos anteriores como la vergüenza, la visión negativa del futuro, entre otros, la víctima puede iniciar con conductas de

autodestrucción a mediano y largo plazo. Las formas que pueden adoptar son muy diversas desde el suicidio, automutilaciones, cortes, etc., a otras de tipo destructivo – tranquilizador, como consumo de drogas tanto legales como ilegales, alcohol, etc., destructivas excitadoras, esencialmente centradas en la búsqueda de sensaciones: conducción temeraria, exposición de situaciones de alto riesgo personal, etc.

- 10) **Efectos psicofisiológicos:** la agresión altera todas las funciones autónomas hasta los primeros 21 días, esto de acuerdo con Sorial & Cols., (1994). Un primer grupo de síntomas muy intensos y visibles desaparecen espontáneamente a los pocos días, como dificultades para tragar, respirar, desmayos, temblores, sudores y vómitos. Un segundo grupo perduran más tiempo, son las alteraciones en la alimentación como pérdida de apetito, alteraciones de los procesos del sueño, insomnio, pesadillas, etc. A lo cual el desarrollo global del proceso de adaptación, los síntomas psicofisiológicos pueden mantener más o menos un tiempo, pero en la mayoría de los casos, tan solo los temores nocturnos a mediano- largo plazo.

Mecanismos de afrontamiento.

El afrontamiento es cualquier actividad que una persona puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo, como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación. Por lo tanto los recursos de afrontamiento están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación (RAE, 2001).

El afrontamiento en víctimas implica la necesidad de realizar una integración de significados, pero también obliga a una reevaluación global personal a partir de aspectos previos, contextuales y posteriores al abuso. Dicha integración le permite a la víctima reconstruir un nuevo significado de su propia persona y su entorno.

Las estrategias de afrontamiento son similares para el conjunto de víctimas y su objetivo es reducir la sensación de estrés.

Entre las estrategias de afrontamiento cognitivas, destacan las siguientes (Soria & cols, 1994; Aparicio & Muñoz, 2006):

- **Atribución:** tiene como objetivo básico explicarse el porqué de lo sucedido para ello la persona puede realizar procesos de comparación social o interpersonal, buscar información sobre el tema, etc. En función de todo ello llega a atribuir una culpabilidad externa del suceso (hacia el entorno) o interna (sobre ella misma).
- **Reevaluación de resultados:** es un análisis individual y muy influido emocionalmente de las consecuencias de la interacción, la víctima puede verse como afortunada (“pudo haber sido peor) o desafortunada (nunca me repondré). Su visión de los resultados los proyecta hacia el futuro y por lo tanto, en gran medida configura el proceso de readaptación.
- **Negación:** consiste en reprimir los recuerdos y sentimientos asociados a la agresión o minimizarlos. La víctima niega todo aquello que le haya sucedido, quizás no a nivel verbal pero si emocional, las cogniciones por lo tanto se mueven de uno a otro extremo, mostrándose un distanciamiento social significativo, siendo este un mecanismo ineficaz en el afrontamiento. El grado de negación puede ser tan intenso que una persona pueda llegar a dudar de si la agresión ocurrió realmente. La negación es útil en los momentos iniciales debido a que le da tiempo a la víctima para rehacerse, para dedicarse a otras cosas y recuperar serenidad, tomar una cierta distancia que le haga sentirse más segura, etc. Pero luego se requiere el dejar de usar esa estrategia y utilizar otras que le permitan conectarse con sus emociones (Freyd, 2003).
- **Disociación:** consiste en separar los sentimientos dolorosos, por ejemplo, es una forma en la que la persona se puede proteger, sintiendo que el agresor puede tener su cuerpo pero no a la persona en sí, porque su mente la lleva a otro lugar. Cuando se llegan a sufrir abusos repetidos es posible que se tenga dificultad para disociarse en situaciones de estrés, llegando a interferir con la vida diaria, creándole problemas para aprender, concentrarse, fijar la atención y mantener relaciones sexuales satisfactorias.
 - La despersonalización: es un fenómeno disociativo que se vive como una situación persistente de distanciamiento de sí mismo y del propio cuerpo. Es como si la persona supiera en todo momento donde se encuentra y lo que está ocurriendo a su alrededor pero al mismo tiempo todo fuera extraño y se experimentara como lejano. Es una forma de hacer más tolerables las experiencias que no lo son y poder continuar con la vida propia.
 - La amnesia: es en la que resulta posible bloquear ciertos acontecimientos e incluso periodos de tiempo más o menos largos y las emociones asociadas con ellos. Es posible que no se recuerden algunos momentos del abuso, por ejemplo, cómo y/o

cuando empezó y como acabó, o que se recuerde como si hubiese sido un sueño, inclusive se puede llegar a borrarse durante periodos largos de tiempo. En un nivel más extremo, hay personas que no tienen recuerdos de su infancia o que han borrado varios años de su vida. A veces los recuerdos se llegan a fragmentar, de forma que se pueda tener una imagen pero no tener sentimientos asociados a dicha imagen o recordar un olor o un color que le produzcan malestar, pero no recordar por qué. Volviéndose la mente la mejor defensa para aquello que no se pueda tolerar.

- **Personalidad múltiple:** es una de las formas más extremas de la disociación, donde para algunas personas es la única forma de alejar sus recuerdos y emociones para no llegar a sentirse desbordados. Se tratan de personas que desarrollan personalidades separadas en las que guardan diferentes recuerdo o emociones. muchas veces la persona adopta otra identidad temporalmente olvidando la propia, las diferentes identidades pueden no percatarse de la existencia de las otras. Freyd (2003) y Aparicio y Muñoz (2006), refieren que esto se suele producir cuando ocurre el abuso, en casos de personas que han sido sometidas desde muy pequeñas a abusos muy severos, como una forma de olvidar el dolor.

El segundo grupo de estrategias de afrontamiento son los comportamentales:

- **La denuncia:** las víctimas sexuales suelen interpretar la denuncia como la única forma de justicia, por ello tanto las posibles consecuencias posteriores (segunda victimización), sobre todo si la interpusieron por presión familiar o social, pueden alterar los efectos positivos de dicha estrategia.
- **El apoyo social:** se entiende como la ayuda emocional facilitada por el entorno normalizado de la víctima tras el suceso. Las víctimas de abuso sexual no solo padecen las graves consecuencias del mismo, sino que también sufren la desconsideración del sistema que se supone debería ampararlas y protegerlas o en determinado momento es así como lo llega a ver la víctima.
- **El apoyo profesional:** actúa de forma similar al social, pero no se encuentra dentro del entorno habitual de la víctima, sus efectos son más efectivos pero también pueden ser negativos. Esto ocurre especialmente con víctimas sexuales, pues estos acuden a pedir ayuda y fácilmente reciben un trato frío y alejado de sus necesidades, incluso por

profesionales del campo de la salud mental al tratarlas como pacientes y no como víctimas.

Los mecanismos de afrontamiento, resultan ser esos recursos que las personas, y en este caso las víctimas por abuso sexual, hacen uso de una manera creativa para sobrevivir, muchas veces estos recursos o capacidades ni la misma persona se percató que de que las posee. Como se mostró, no todas las estrategias resultan eficaces para el proceso, en ocasiones estas suelen producir efectos contraproducentes. Así mismo, de estos mecanismos se puede disponer desde el inicio, o pueden surgir acontecimientos que llegan a fungir como detonantes de recuerdos y con ello hacer uso de las diferentes estrategias o mecanismos, todos ellos con la finalidad de minimizar o si es posible eliminar el dolor.

Trastorno Por Estrés Postraumático (TPEP) y abuso sexual.

El abuso sexual por las características que presenta implica el ser un suceso traumático, el cual a su vez incrementa la posibilidad de desarrollar Trastorno Por Estrés Postraumático.

El Trastorno Por Estrés Postraumático (TPEP), se le llama a un grupo de síntomas que presentan aquellas personas que han vivido una experiencia traumática en la que su integridad física o emocional estaba en peligro (Soria & Muñoz, 2006).

El TPEP es una reacción natural del cuerpo y de la mente ante un acontecimiento que no es normal. Por ello se ha descubierto que prácticamente cualquier persona sometida a un nivel de estrés extremo puede desarrollar este trastorno. Así mismo, es la forma de adaptación que se posee ante situaciones extremas de daño emocional o físico. Se presenta en situaciones de guerra, accidentes automovilísticos, una violación, un incendio, abusos sexuales en la infancia, etc (Bobes & Cols, 2003; Pérez, 2006).

Criterios para el diagnóstico del Trastorno por estrés postraumático, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2003) de la Asociación Psiquiátrica Americana.

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. **Nota:** En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. **Nota:** En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. **Nota:** En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
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). **Nota:** Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.
4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

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:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).
7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
2. Irritabilidad o ataques de ira.
3. Dificultades para concentrarse.
4. Hipervigilancia.
5. Respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses.

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Como se muestra, existen dos tipos de TPEP, el agudo y el crónico. En el primer caso, la reacción se reproduce inmediatamente después de que ocurre el acontecimiento traumático. En el caso del crónico o retardado, el trastorno se presenta meses o años después de la experiencia traumática. Esto ocurre muchas veces en personas que tuvieron que esconder sus sentimientos respecto al abuso cuando estaba ocurriendo y vivir como si no ocurriera nada y no han tenido oportunidad a lo largo de su vida de hablar de lo ocurrido, ni de mostrar sus emociones (Wanrib & Bloch, 2003; Aparicio & Muñoz, 2006).

La mayoría de los incidentes traumáticos, traen consigo un dolor muy grande. Lo mismo sucede con los síntomas y las consecuencias que se manifiestan en el abuso sexual, los cuales denotan al igual, un fuerte dolor ante las diversas pérdidas que el mismo abuso implica.

Duelo por abuso sexual.

Según el DSM-IV-TR (APA, 2003) el duelo es una reacción a la muerte de una persona querida, acompañada por síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (tristeza, insomnio, pérdida del apetito), pero el estado de ánimo depresivo es considerado como normal

Bowlby (1980) define al duelo como “una serie bastante amplia de procesos psicológicos que se ponen en marcha debido a la pérdida de una persona amada, cualquiera que sea su resultado”.

Montoya, J. (2003) indica que “el duelo se define como una reacción adaptativa normal ante la pérdida de un ser querido”.

Por otra parte para Bucay (2006), el duelo es el proceso normal de elaboración de una pérdida, tendiente a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a una nueva realidad.

De igual modo que Bucay, Newman y Cols (1983) y Worden (2002) señalan que las fases del proceso del duelo pueden ser experimentadas no solo en situaciones de muerte de un ser querido, en enfermedades terminales, sino ante cualquier tipo de pérdida significativa.

De tal modo y como se mostro anteriormente, el abuso sexual lleva consigo una serie de pérdidas por las cuales la victima enfrenta un duelo o una serie de duelos, tales como,

pérdida del control, pérdida de autoestima, pérdida de la confianza en una sociedad protectora, pérdida de la esperanza en el futuro, etc.

Aunado a este hecho el duelo por abuso sexual, puede pasar de un duelo no complicado, a un duelo patológico, como lo refiere Worden (2002), al mencionar que en un abuso sexual, pueden presentarse diversas situaciones que pueden resultar detonantes de la persona en duelo y con ello volver a abrir sentimientos residuales de esta situación, puesto que diversas investigaciones han mostrado que las víctimas sufren de baja autoestima y estilos atribucionales autoculpadores. Esta sensación de culpa puede reaparecer durante y después de la situación detonante y lleva a la persona a formas de duelo más complicadas.

El haber elaborado el tema del abuso antes del factor detonante, es menos probable que este genere afección en la víctima, esto puede ser a través de las tareas de Worden (op.cit):

- Tarea 1: aceptar la realidad de la pérdida.
- Tarea 2: trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.
- Tarea 3: adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente (para el caso de abuso sería adaptarse a la ausencia de lo que antes tenía y en un ahora ya no posee, es decir las diferentes pérdidas ya mencionadas).
- Tarea 4: recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo (en el abuso, sería el resignificar las emociones involucradas de tal modo que le permitan continuar).

Sin embargo, incluso en los casos en los que se ha tratado, el abuso antes, el detonante puede sacar a relucir pensamientos y sentimientos asociados a este tipo de situación complicada y conflictiva, no solo con la misma víctima en sí, sino también, con el agresor.

CAPÍTULO III.

TRABAJO DE DUELO POR ABUSO SEXUAL A TRAVÉS DEL CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO.

Crecimiento postraumático.

El término “crecimiento postraumático” se acuña por primera vez a mediados de los noventa por dos investigadores clínicos pioneros, Richard Tedeschi y Calhoun Lawrence de la Universidad de Carolina del Norte (quienes desarrollarían el Inventario de Crecimiento Postraumático, el PTGI). Comienza una nueva etapa en el estudio del trauma a partir de un enfoque revolucionario hasta entonces, el estudio científico de las posibles consecuencias positivas de las crisis en el ser humano (Vera, Carabelo y Vecina, 2006).

Tras el nacimiento de la psicología positiva en 1998, se multiplican los estudios sobre el potencial de cambio positivo que puede existir tras una crisis o situación traumática. Se investigan los efectos de diversos eventos traumáticos incluyendo enfermedad crónicas, guerras, abusos sexuales, inmigración y la muerte de seres queridos. Los resultados son concluyentes, los individuos que se enfrentan a una gran variedad de circunstancias muy difíciles experimentan cambios significativos en sus vidas que muchas veces son vistos como altamente positivos (Gillham & Seligman, 1999). Además estos estudios enfatizan un hecho muy significativo para entender este nuevo enfoque, los informes de experiencias de crecimiento a raíz de acontecimientos traumáticos son siempre mucho más numerosos que los informes sobre trastornos psicológicos tras el trauma.

El crecimiento post-traumático es un concepto referido a la capacidad del ser humano para afrontar experiencias traumáticas e incluso extraer un beneficio de las mismas. Es un cambio vital en donde la persona (una vez pasado el proceso de duelo necesario) no retorna a la línea base previa al acontecimiento traumático, sino que se experimenta una mejora personal que para algunas personas es profundamente significativa (Óp. Cit, 2003).

La aproximación convencional de la psicología del trauma se ha enfocado principalmente en los efectos negativos del suceso de la persona que lo experimenta, en el desarrollo del estrés postraumático (TPEP) o sintomatología asociada, donde las reacciones patológicas son consideradas como la forma normal de responder ante sucesos traumáticos (Banano, 2004). Estudios demuestran que si bien, algunas personas experimentan situaciones traumáticas, llegan a desarrollar trastornos, en la mayoría de los casos esto no es así, algunas incluso son capaces de aprender y beneficiarse de tales experiencias.

Además el crecimiento post-traumático se refiere a un cambio en las personas que va más allá de la capacidad de resistir y no ser dañado por circunstancias muy estresantes (una

diferencia fundamental con la resiliencia) sino que implica una mejoría de los niveles de pre-trauma de la adaptación.

Factores que favorecen al crecimiento postraumático por abuso sexual.

Existen una serie de elementos que ayudan y predicen un futuro crecimiento postraumático tras una situación crítica, factores que nos ayudan a comprender mejor como trabajar e incluso predisponer situaciones favorables tras una situación traumática, veamos a continuación algunos de ellos (Vera, Carabelo y Vecina, 2006):

1. Para que haya un crecimiento postraumático es fundamental que la persona interprete el suceso como **un reto significativo** (a nivel adaptativo) y que se plantee importantes desafíos en su visión del mundo y su lugar en él.
2. También se ha demostrado que **la espiritualidad** correlaciona altamente con el crecimiento post-traumático y de hecho, muchas de las creencias más profundamente espirituales experimentadas son el resultado de la exposición al trauma.
3. **El apoyo social** ya estaba bien documentado como amortiguador a la enfermedad mental y la respuesta al estrés. En cuanto al crecimiento postraumático, un alto nivel de apoyo social previa a la exposición está asociada con un mayor crecimiento.
4. Dos características de la personalidad que puedan afectar a la probabilidad de que las personas puedan hacer un uso positivo de los acontecimientos traumáticos incluyen **la extraversión y la apertura a la experiencia**.
5. Además, las **personas optimistas** son más capaces de centrar la atención y recursos en los asuntos más importantes dejando de lado aquellos problemas incontrolables o imposibles de resolver.
6. **La capacidad de llorar y aceptar gradualmente** el trauma también aumenta la probabilidad de crecimiento.
7. También son más proclives al crecimiento aquellas personas con apoyos que les ayuden a **elaborar narraciones** acerca de los cambios que se han producido y les ofrezcan nuevas perspectivas. Un elemento importante porque obliga a los supervivientes a enfrentarse a cuestiones de significado y cómo pueden reelaborar las respuestas a estas preguntas.
8. En este sentido, un cierto **éxito al comienzo del proceso de aceptación** de lo ocurrido puede ser un precursor de crecimiento postraumático.

9. Finalmente, **la decisión de buscar activamente el crecimiento** postraumático (y confiar en el cambio) puede ayudar a superar la adversidad y seguir adelante.

Crecimiento postraumático a través del proceso de lucha

El concepto de crecimiento postraumático, hace referencia al cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático (Calhoun & Tedeschi, 1999). Al hablar de crecimiento postraumático, también se habla de que el individuo que ha enfrentado una situación traumática consigue sobrevivir y resistir sin sufrir trastorno alguno, pero también, la experiencia genera en él un cambio positivo que le genera una situación mejor que aquella en la que se encontraba antes de ocurrir el suceso (Calhoun & Tedeschi, 2000).

Ejemplo de la idea del cambio positivo lo ofrece Víctor Frankl, en “El hombre en busca de sentido” proporcionando elementos de resistencia y caminos para una psicoterapia. Esto lo muestra Pérez (2006) en el siguiente cuadro.

Elementos que componen el hecho traumático.	Consecuencias	Elementos de resistencia.	Caminos para una psicoterapia.
<p>Lo inenarrable del trauma: culpa por sobrevivir.</p> <p>Incredulidad- Shock: ruptura de las creencias básicas, sobre la bondad del mundo.</p> <p>Pensamientos rumiativos: sobre el pasado.</p> <p>Enfrentarse al azar y al absurdo.</p> <p>Presión: en las decisiones y culpa retrospectiva posterior.</p> <p>Nadie puede entender: lo traumático es incomprendible.</p>	<p>Aislamiento: contar genera rechazo, sensación radical de incompreensión y alienación.</p> <p>Ruptura de la confianza en el mundo.</p> <p>Anestesia: afectiva y emocional. Cosificación.</p> <p>Problemas derivados de: buscar sentido al azar.</p> <p>Incapacidad para sentir emociones.</p>	<p>Silencio: Optimismo como herramienta clave para sobrevivir.</p> <p>Flexibilidad: Capacidad para aceptar y adaptarse a la nueva realidad.</p> <p>Humor defensivo: Uso del humor negro o el humor sobre uno mismo como elemento desdramatizador.</p> <p>Curiosidad: como elemento de supervivencia.</p> <p>Cosificación de uno mismo: Apatía. Dejarse llevar en lugar de enfrentar la adversidad de modo directo.</p> <p>Autodisciplina. Como modo de mantener la sensación de control sobre la propia vida.</p> <p>Refugiarse en imágenes positivas: rescatar los afectos. Poder incluso en el horror, rescatar la belleza de las pequeñas cosas.</p> <p>Búsqueda de una meta.</p> <p>Dar significado al sufrimiento: este es visto como el estado natural de las cosas como reto y como fin.</p>	<p>Vencer el silencio. El deber contar.</p> <p>Optimismo inteligente – Pesimismo defensivo como valores de supervivencia.</p> <p>Flexibilidad – rigidez.</p> <p>Desarrollo de la capacidad de reírse de uno mismo y de la adversidad. Sentido del humor.</p> <p>Curiosidad y deseo de vivir.</p> <p>Dotar de sentido a la vida.</p> <p>Buscar una meta.</p> <p>Dotar de significado al sufrimiento.</p>

Es importante recordar que cuando se habla de crecimiento postraumático se hace referencia al cambio positivo que experimenta una persona como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de un suceso traumático, que no es universal y que no todas las personas que pasan por una experiencia traumática encuentran beneficio y crecimiento personal en ella (Park, 1998; Calhoun & Tedeschi, 1999). Diversas investigaciones se han centrado en delimitar las características de personalidad que facilitan o impiden un desarrollo o un cambio positivo a raíz de experiencias traumáticas. Optimismo, esperanza, creencias religiosas y extraversión, entre otras, son algunas de las características que de forma más frecuente aparecen en los estudios como forma de resistencia y crecimiento.

Calhoun & Tedeschi (1999, 2000), dividen en tres categorías el crecimiento postraumático que pueden experimentar las personas:

- **Cambios en uno mismo:** es un sentimiento común en muchas de las personas que afrontan una situación traumática, el aumento de la confianza en las propias capacidades para afrontar cualquier adversidad que se pueda presentar en el futuro. Al lograr hacer frente a un suceso traumático el individuo se siente capaz de enfrentarse a cualquier cosa. Este tipo de cambio puede encontrarse en aquellas personas que por sus circunstancias se han visto sometidas a roles muy estrictos u opresivos en el pasado y que a raíz de la lucha que han emprendido contra la experiencia traumática han encontrado experiencias únicas de redireccionar su vida.
- **Cambios en las relaciones interpersonales:** muchas personas ven fortalecidas sus relaciones con otras a raíz de la vivencia de una experiencia traumática. Donde suele ser común la aparición de pensamientos de tipo “ahora se quienes son mis verdaderos amigos y me siento mucho más cerca de ellos que antes”. Muchas familias y parejas enfrentadas a situaciones adversas dicen sentirse más unidas que antes del suceso. Por otro lado el haber hecho frente a una experiencia traumática despierta en las personas sentimientos de compasión y empatía hacia el sufrimiento de otras personas y promueve conductas de ayuda (Óp. Cit, 2003).
- **Cambios en la espiritualidad y en la filosofía de vida:** las experiencias traumáticas tienden a sacudir de forma radical las concepciones e ideas sobre las que se construye la forma de ver el mundo. Es el tipo de cambio más frecuente. Cuando un individuo pasa por una experiencia traumática cambia su

escala de valores y suele apreciar el valor de las cosas que antes daba por supuestas.

Los beneficios del crecimiento postraumático

El crecimiento postraumático no es un concepto intangible, los resultados observados en las personas que lo han experimentado incluyen una serie de cambios psicológicos positivos que podrían integrarse en 5 categorías (Pérez & Vázquez, 2003):

- Se genera un nuevo enfoque vital que dirige la **atención a las nuevas oportunidades que aparecen** en sus vidas tras el evento traumático.
- Además muchos sujetos descubren un vínculo especial con determinadas personas provocando que **las buenas relaciones se fortalezcan**, algo que se refleja en cómo las personas hablan de "averiguar quiénes son sus verdaderos amigos" después de haber experimentado un trauma,
- En tercer lugar se encuentra **un sentido reforzado de resiliencia** ("lo que no mata me hace más fuerte"). Estas personas se sienten más fuertes al descubrir habilidades y fortalezas ocultas, lo que cambia el concepto de sí mismo y de las personas les da confianza para afrontar nuevos retos ("si puedo sobrevivir a esto puedo sobrevivir a cualquier cosa")
- A nivel cognitivo se construye **una mayor y más completa apreciación de la vida en general**. Las prioridades vitales y filosofías se transforman y se centran, por ejemplo, en vivir el momento o dar prioridad a lo realmente importante en la vida.
- Finalmente la quinta categoría es el **desarrollo trascendental** de la persona, que siente un compromiso espiritual más profundo de su vida, incluso si este compromiso implica un cambio significativo en su conjunto de creencias y valores.

Las personas que experimentan crecimiento postraumático. También suelen experimentar emociones negativas y estrés (Park, 1998). Pues a esto Calhoun y Tedeschi (1999), mencionan que en muchos casos sin la presencia de emociones negativas el crecimiento postraumático no se podría producir.

CAPITULO IV.
CONCLUSIONES

Vivir una experiencia traumática como el abuso sexual, es sin duda una situación que modifica la vida de una persona, no olvidando que en estas situaciones extremas, el ser humano tiene la oportunidad de volver a construir su forma de entender al mundo y su sistema de valores. Por esta razón al incluyo en el trabajo de duelo modelos que incorporan la coexistencia de la experiencia traumática y lo aparentemente opuesto, es decir, el crecimiento postraumático.

El crecimiento postraumático recuerda que el ser humano tiene una gran capacidad para adaptarse y encontrar sentido a las experiencias traumáticas más difíciles como lo es el abuso sexual y su proceso de duelo.

No obstante al focalizar la atención en los potenciales efectos patológicos de la vivencia traumática, se ha contribuido a desarrollar una visión preponderante de “victimología” y una “cultura pesimista” de la naturaleza humana en su respuesta ante el abuso sexual.

Referente a lo antes mencionado Gillham y Seligman (1999), refieren que esto se debe a dos peligrosas asunciones:

- 1) La primera que el trauma conlleva siempre daño.
- 2) Y el segundo, que el daño siempre refleja la presencia de trauma.

A esto se añade que en el campo de la salud mental, es habitual la presencia de ideas esquemáticas sobre la respuesta del ser humano ante la adversidad, dichas ideas preconcebidas acerca de cómo reaccionan las personas ante determinadas situaciones, basadas generalmente en prejuicios y estereotipos y no hechos comprobados (Avia & Vázquez, 1999).

Estad ideas han llevado a asumir que existe una sola respuesta del ser humano y de escasa variedad en las personas que sufren pérdidas o experimentan sucesos traumáticos, y a ignorar las diferencias individuales en la respuesta a situaciones estresantes. Cuando es pertinente tomar en cuenta que las personas presentan características de personalidad que les pueden facilitar o complicar un desarrollo o un cambio positivo a consecuencia de las experiencias traumáticas.

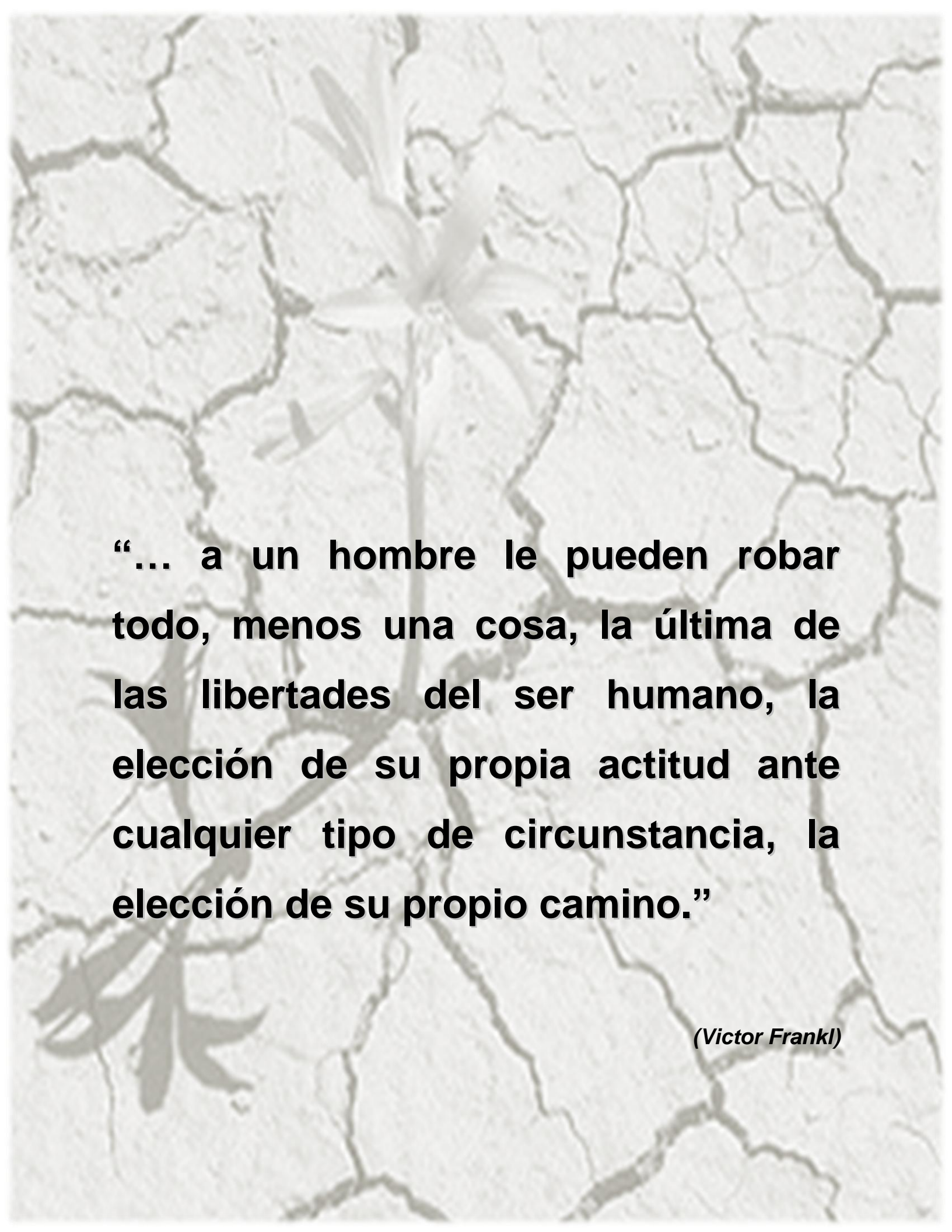
Ahora bien el crecimiento postraumático en el abuso sexual, el objetivo no es sustituir el trabajo del proceso de duelo, sino ser un aliado que permita no encasillarse en la victimología.

Ejemplo de ello es un estudio, realizado con 154 mujeres que en su infancia habían sido abusadas sexualmente, el 46.8% informaron haber encontrado algún beneficio en la experiencia vivida, beneficios que pudieron agruparse en cuatro categorías: capacidad de protección de los niños frente al abuso, capacidad de autoprotección, incremento en el conocimiento del abuso sexual, y desarrollo de una personalidad más resistente y autosuficiente. Este estudio contradice de que la mayoría de las personas que sufren abuso sexual en la infancia desarrollan un sentimiento de indefensión que les hace vulnerables y sugiere que muchas de las mujeres abusadas parecen salir fortalecidas de su experiencia y con mayores herramientas para protegerse a sus familias e hijos (McMillen, Zurvain & Rideout, 1995; en Vera, Carabelo y Vecina, 2006).

Sin embargo como se menciona en el contenido de la presente, las personas que experimentan crecimiento postraumático, no se encuentran exentas de experimentar estrés y emociones negativas, de igual modo no elimina el dolor ni el sufrimiento. Es importante resaltar que el crecimiento postraumático es un constructo multidimensional, donde el individuo puede experimentar cambios positivos en determinados momentos o circunstancias de su vida y no experimentarlos, o experimentar cambios negativos, de tal modo que para llegar a este crecimiento postraumático es necesaria la coexistencia con estos elementos negativos.

Siendo el objetivo del crecimiento que las personas pongan en marcha una serie de estrategias o mecanismos de afrontamiento que le permitan encontrar el beneficio de su experiencia o que el mismo crecimiento sea una estrategia por sí, donde la persona utilice esta búsqueda de beneficio para afrontar su experiencia, generando más que un resultado un proceso.

Por lo tanto la labor tanatológica, en este tema de abuso sexual, debe servir para reorientar a las personas a encontrar la manera de aprender de la experiencia traumática que ello implica y progresar a partir de ella, teniendo en cuenta, las habilidades, la fuerza y la capacidad de crecimiento de las personas.



“... a un hombre le pueden robar todo, menos una cosa, la última de las libertades del ser humano, la elección de su propia actitud ante cualquier tipo de circunstancia, la elección de su propio camino.”

(Victor Frankl)

BIBLIOGRAFÍA

- Academia Americana de Pediatría.** (1997). *El abuso sexual infantil: qué es y cómo prevenirlo*. [Fecha de consulta: 18 de junio, 2014]. En <http://www.aap.org>.
- Aparicio, A., y Muñoz, T.** (2006). *Después del silencio*. España: Paidós.
- Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos.** (2003). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª Edición revisada). Barcelona: Masson.
- Bobes, G. J., Bausaño, G. M., Calcedo, B. A., y González, G. M.** (2003). *Tratamiento por estrés postraumático*. España: Masson.
- Bowlby, J.** (1980). *Attachment and loss*, Vol. III: Loss, London; The Hogart Press.
- Bucay, J.** (2006). *Hojas de ruta: el camino de las lágrimas*. México. Editorial Océano de México.
- Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. J.** (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's Guide*. Mahwah, N.J: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. J.** (2000). *Early posttraumatic interventions: facilitating possibilities for growth*. [Fecha de consulta: 18 de junio, 2014]. En [http://data.psych.udel.edu/abelcher/Shared%20Documents/3%20Psychopathology%20\(27\)/Tedeschi,%20Calhoun,%202004.pdf](http://data.psych.udel.edu/abelcher/Shared%20Documents/3%20Psychopathology%20(27)/Tedeschi,%20Calhoun,%202004.pdf)
- Carrasco, M. A. & Gonzales, M.J.** (2006). *Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos*. Acción Psicológica. 4(2), 7-38.
- Desarrollo Integral de la Familia.** (2008). *Prevención del abuso sexual infantil*. Curso celebrado en Casa Hogar Coyoacán.
- Echeburúa, E. & Corral, P.** (2006). *Consecuencias emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia*. Cuad Med Forense: 12 (43 – 44).
- Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C.** (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. Barcelona. Ariel.

- Estrada C, Hernández Ma, Juárez B, Pérez L, Samperio R, Vázquez E.** (1995). *Revictimización. Psicología Iberoamericana*, 3(3):37-40.
- Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil.** (2011). *Abuso Sexual infantil*. Madrid: Cuadernos de Bienestar y Protección Infantil.
- Finkelhor D.** (1979). *Sexually Victimized Children*. Nueva York. Free Press.
- Finkelhor D** (1986). *A Sourcebook on Child Sexual Abuse*. Sage, 15-59, Beverly Hills, 1986.
- Finkelhor D. & Dziuba-Leatherman J.** (1994). *Victimization of children*. *Am Psychol*, 49(3):173-183.
- Frankl, V.** (1991). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Editorial Herder
- Freyd, J. J.** (2003). *Abusos sexuales en la infancia: La lógica del olvido*. Madrid: Morata.
- Holmes, W. C., Slap, G. B.,** (1998). *Sexual abuse of boys. Definition, prevalence, correlates, sequelae, and management*. *JAMA*, 281(21):1855-1865.
- Kelly, L.** (1988). *Surviving Sexual Violence*. University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Ministerio de Salud de Chile., Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.** (2011). *Guía clínica: Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual*. [Fecha de consulta: 18 de junio, 2014]. Disponible en: <http://www.minsal.cl>
- Montoya, C. J.** (2003). *Pérdida, aflicción y luto: manual para la recuperación*. México. Trillas.
- National Sexual Violence, Resource Center.** (2012). *¿Qué es la violencia sexual?*. [Fecha de consulta: 12 de junio, 2014]. Disponible en: <http://www.nsvrc.org>
- Newman, I., Smith, P., Griffit, D., Maloney, P., Dambrot, F., Sterns, H., et al.** (1983). *The alpha-omega scale: the measurement of stress situation coping styles*. *Ohio J Sci*. 83(5); 241(6).
- Noguerd, V.** (2005). *Agresiones sexuales: Guía de intervención*. España: Síntesis.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud** (2000). *Promoción de la Salud: recomendaciones para la acción*. Actas de una reunión de

consulta convocada por OPS y OMS, en colaboración la Asociación Mundial de Sexología. Guatemala.

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Sexualidad Humana*. [Fecha de consulta: 23 de junio, 2014]. Disponible en: <http://wordpress.com/category/sexualidad-humana-oms/>

Park, C. L. (1998). *Stress related growth and thriving through coping: the roles of personality and cognitive processes*. *Journal of Social Issues*. 54(2): 267 – 277.

Pérez, S. P. (2006). *Trauma, culpa y duelo: hacia una terapia integradora*. España. Desclee de Brouwer.

Pérez, S. P. & Vázquez, C. (2003). *Emociones positivas, trauma y resistencia. Ansiedad y estrés*. 9(2-3), 235 – 254.

Pedersen, W. & Skrondal, A. (1996). *Alcohol and sexual victimization: A longitudinal study of Norwegian girls*. *Addiction*, 91(4):565-581, 1996.

Quezada, V., Neno, R. & Luzoro, J. (2006). *El abuso sexual infantil: ¿Cómo conversar con los niños?*. Santiago de Chile: Universidad Internacional SEK.

Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. Vigésima segunda edición. Madrid: Espasa Calpe.

Ramos, L. L., Saldivar, H. G., Medina-Mora, M., Rojas, G. E., & Villatoro, V. J. (1998): *Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas*. *Salud Pública México*, 40(3):221-233.

Rivera, G. N. (2012). *Los abusos sexuales en los menores*. Trabajo de grado. España. Educación Social.

Sánchez, C. (2000). *Qué es la agresión sexual*. España: Biblioteca Nueva.

Santana, T. R., Sánchez, A. R., Herrera, B. E. (1998). *El maltrato infantil: un problema mundial*. *Salud Pública México*, 40(1):58-65.

Save The Children. (2001). *Abuso Sexual infantil: Manual de formación para profesionales*. [Fecha de consulta: 23 de junio, 2014]. Disponible en: <http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/91/Manual.pdf>

- Soria, M. A., y Hernández, J. A.** (1994). *El agresor sexual y la víctima*. España: Boixareu Marcombo universitaria.
- Soto, F.** (1996). *La violencia sexual en la mujer y el trauma silenciado*. *Psicología Iberoamericana*, 4(3):31-36.
- Vera, P. B., Carabelo, B. B., y Vecina, J. M.** (2006). *La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático*. *Papeles del psicólogo*, 7(1), 40 – 49.
- Walker, L. E. A.** (1999). *Psychology and domestic violence around the world*. *American Psychologist*, 54, 21-29.
- Wanrib, B. R., y Bloch, E. L.** (2003). *Intervención en crisis y respuesta al trauma: Teoría y Práctica*. España: Desclée De Brouwer – Biblioteca de Psicología.
- Worden, J. W.** (2003). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona. . Paidós.