

## **TRABAJO FINAL DE GRADO**

# **CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO EN MUJERES CON HISTORIA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL**

**Noella Ifrán Yarián**

**Tutora** : Prof. Adj. Elina Carril

*ARTÍCULO DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA*

*Montevideo, Uruguay*

*Octubre, 2014*

## **RESUMEN:**

El objetivo de la siguiente propuesta, es ofrecer una revisión sistemática y actualizada de los hallazgos y resultados obtenidos de estudios e investigaciones científicas, que dan cuenta de las consecuencias a largo plazo en mujeres con historia de abuso sexual infantil (ASI).

De las mismas, se deduce el arduo trabajo científico que se ha establecido sobre la problemática del ASI, donde se informa de las distintas repercusiones que se manifiestan en todas las áreas del ser humano que es atravesado por este fenómeno.

Asimismo son muchos los estudios que plantean la necesidad de seguir profundizando en esta temática, desde los diferentes sectores involucrados, haciendo hincapié en la necesidad de mayores propuestas de capacitación profesional, intervención y prevención para el abordaje de este fenómeno.

## **ABSTRACT :**

*The objective of the present proposal is to offer a systematic and updated review of the findings and results of studies and scientific research, which account for the long-term consequences in women with a history of child sexual abuse (CSA).*

*Of these, the hard scientific work that has been established on the issue of CSA, which reports the various impacts that occur in all areas of the human being which is crossed by this phenomenon follows.*

*Are also many studies that suggest the need to further deepen this subject, from the different sectors involved, emphasizing the need for more professional development proposals, intervention and prevention for addressing this phenomenon.*

**PALABRAS CLAVES:** *Abuso Sexual Infantil, Consecuencias largo plazo, Trauma, Reactivación, estrés pos-postraumático.*

## INTRODUCCIÓN

La siguiente revisión plantea dar cuenta del estado actual del conocimiento científico, acerca de las consecuencias del Abuso Sexual Infantil (ASI) y la incidencia de dichas consecuencias, en mujeres adultas.

El ASI ha sido definido como:

*la actividad encaminada a proporcionar placer sexual, estimulación o gratificación sexual a un adulto, que utiliza para ello a un niño/a, aprovechando su situación de superioridad. El abuso sexual puede ser también cometido por una persona menor de 18 años, cuándo esta es significativamente mayor que la víctima (cinco o mas años) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre el niño. (Cantón 1999, citado por Deza Villanueva, 2005, p.19).*

El ASI, es reconocido como una de las tantas formas existentes de maltrato infantil y vulneración a los derechos de la infancia. Gaxiola & Frías (2005) plantean que el maltrato infantil es considerado un problema de salud mundial, ya que se encuentra presente en todos los países, con consecuencias y trastornos en la integridad de millones de niños.

La visibilidad de los efectos a largo plazo del ASI, son más difusos que las consecuencias iniciales que devienen del mismo, pero se proyecta su efecto en al menos el 30% de las víctimas (Echeburúa & de Corral, 2006). Esto se da por por muchos factores como: la posibilidad de una denuncia al inicio del trauma, otras veces, esto puede estar determinado por el secreto y ocultamiento en el seno familiar (Rubins, 2004).

Los resultados registran, que las consecuencias a largo plazo (a partir de los dos años siguientes a la vivencia del abuso) de dicho fenómeno, son diversas, entre ellas pueden verse comprometidos los dominios psicológicos, físicos, emocionales, cognitivos, conductuales, entre otros. La variabilidad con la que se expresan estas consecuencias, dificultan determinar un síndrome específico para su detección, ya que son múltiples los factores que pueden interferir e intervenir (Vitriol, Vásquez, Iturra & Muñoz, 2007, Gaxiola et al. 2005, Pereda, 2010b).

El padecimiento de ASI en la historia general de la población femenina, está estimado entre un 15% y 20%. Este mismo antecedente puede llegar hasta índices de un 50% en pacientes psiquiátricas adultas hospitalizadas (Crempien & Martínez, 2010).

Se informa que la mayoría de las víctimas, sufren revictimización, al padecer abusos repetidos por parte de un familiar, llegando a índices de un 91.6%, mientras que son muchos menos, a razón de un 8.4%, los casos en donde se experimentó un solo episodio (Sarasua, Zubizarreta, De Corral & Echeburúa, 2013). En relación, Sarasua et al. (2013) también agrega, refiriéndose al tipo de agresión y la gravedad que ello infiere, que el ASI con penetración se consumó hasta en un 40.5%, sin embargo, también se informa que la mayoría de las víctimas no percibió amenaza a la vida 89.3%.

Echeburúa et al. (2006) aseveran que la gravedad de las consecuencias producidas por el abuso, van a verse definidas por la frecuencia y la duración de la experiencia traumática, así como también van a estar determinadas por las formas de manipulación, amenaza, el empleo de la fuerza e incluso la posibilidad de episodios de violación, tanto vaginal, anal o bucal. La cronificación del abuso y su intensidad, generan mayor sentimiento de impotencia y vulnerabilidad, lo que resulta en mayor manifestación de sintomatología. El incesto, estaría señalado como un inductor de mayor vergüenza en las víctimas que el ASI no incestuoso, relacionándolo con la probabilidad que esto suceda, debido a las rupturas de normas y prohibiciones sociales que se pasan por alto (Crempien et al. 2010).

Según los estudios, se presentan diferentes intervalos de edad para determinar la frecuencia en la que se producen los eventos de ASI. Sarasua et al. (2013) informa que las situaciones de ASI, se inician entre los 9 y 13 años. Por otro lado, González (1995) ubica la edad del origen de estos abusos a los 6 años, permitiendo observar la etapa de vulnerabilidad en las que se efectúan los agravios sexuales.

El interés en investigaciones con población de mujeres se debe a que los informes confirman la existencia de una mayor prevalencia de ASI en niñas que en niños. Es por todo lo anterior, que esta revisión bibliográfica se propone aportar conocimiento acerca del fenómeno de ASI, en virtud de poder seguir incrementando herramientas para su estudio.

## **MÉTODO**

Para la siguiente revisión se hizo una búsqueda sistemática de estudios, investigaciones, ensayos y artículos de revistas arbitradas, acerca de las consecuencias a largo plazo del Abuso Sexual Infantil en mujeres adultas.

La búsqueda se realizó a través de las siguientes bases de datos y repositorios electrónicos: *Redalyc, Ebsco, Scielo, el portal Timbó y el buscador Google Académico.*

Se definió para la búsqueda el período de tiempo entre 1980 y 2014, por considerarlo el periodo donde se inicia con mayor énfasis el estudio y cuestionamiento de la problemática en cuestión. A su vez, dicho período fue definido en virtud de poder registrar los resultados científicos que puedan dar cuenta de las oscilaciones y cambios a través del tiempo que se pudiesen haber planteado, en referencia a la temática de ASI.

La búsqueda se orientó hacia la producción científica, regional e internacional, publicada en idioma castellano. Se relevaron artículos y ensayos de: Argentina, Colombia, Chile, Honduras, México y Perú, así como también de España.

Se definió e incluyó para este trabajo la literatura comprendida en base a los siguientes criterios: resultados de investigación empírica, (datos primarios y secundarios) publicados en fuentes científicas y documentales, llevados a cabo con metodología cualitativa y cuantitativa. Así mismo, se definieron las siguientes palabras claves: *Abuso Sexual Infantil + Trauma + Estrés Pos-Traumático + Apego + Transmisión intergeneracional + Reactivación*. Se encontraron 67 artículos, de los cuales, se eligieron 22 de ellos, por considerarlos pertinentes y directamente involucrados con la temática de ASI.

## **CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO EN DOMINIO FÍSICO**

Estudios relacionados a las neurociencias, nos acercan a una nueva concepción paradigmática en el campo de la salud, planteando una visión biopsicosocial, donde a través de las conceptualizaciones de Engel (1977) se propone observar al ser humano como el resultado de los factores biológicos, psicológicos, y sociales que lo atraviesan y conforman a la vez (Moscoso, 2009).

Desde esta nueva visión, se propone el entendimiento de la no existencia de divisiones reales, entre nuestro cuerpo y nuestra mente, sostenidos en la evidencia de que existen interconexiones científicamente corroboradas, a través de las nuevas tecnologías médicas y de laboratorio. Los resultados obtenidos, evidencian cómo una situación estresante, como el ASI, al alterar uno de los sistemas del funcionamiento humano, afecta también y en consecuencia a todos los demás sistemas a través de las múltiples conexiones entre mente-cuerpo que se sostienen entre ellos. Estos nuevos aportes en el campo de la psiconeuroinmunoendocrinología, promueven el entendimiento sobre la importancia de los factores ambientales, sociales y estilos de vida, que determinan y repercuten en la salud física-mental de todo individuo (Moscoso, 2009).

Otros estudios, han descrito numerosas consecuencias neurobiológicas y estructurales, provocadas por acontecimientos de estrés en la infancia, como : disminución del cuerpo calloso, la

corteza del hemisferio izquierdo, el hipocampo, la amígdala y disminución de la funcionabilidad del vermis cerebelar. Asimismo se constató, aumento de irritabilidad eléctrica del Sistema Límbico (Solano, 2004).

En los diversos trabajos publicados al respecto, se plantea que la vivencia de una experiencia fuertemente estresante, como el ASI, coincide con un período de alta configuración y plasticidad neuronal, pudiendo desencadenar consecuencias físicas graves (Pereda, 2010a). Se puede observar también, aumento de la presión arterial, la frecuencia y el ritmo cardíaco, e incluso la inhibición del sistema reproductivo y del crecimiento (Solano, 2004).

La literatura revela que muchas de estas consecuencias, perduran hasta la edad adulta y, si bien permiten sobrevivir al individuo, devienen en un negativo estado general de salud con mayor necesidad de consultas y tratamientos médicos. Incluso los estudios asocian las consecuencias provocadas por el estrés y sus efectos a nivel neuronal, con conductas de riesgo que impliquen repercusiones graves, en el potencial de individuos productivos, para la sociedad, tanto en países desarrollados como en los que no (Pereda, 2010a).

Otros estudios constatan una predominante relación de dolores físicos sin razón médica que los justifique, fatiga crónica idiopática, dolores de cabeza, cefaleas, pequeñas infecciones, fibromialgias, así como también, trastornos gastrointestinales (diarrea). También pueden experimentar ataques de pánico, ansiedad generalizada, frecuentes resfriados y bajas defensas para protegerse de nuevas enfermedades e incluso trastornos en el sueño en la adolescencia ( Gaxiola et al. 2005, Pereda, 2010b).

Pereda (2010b) destaca la frecuencia de estudios sobre desórdenes ginecológicos, particularmente dolores pélvicos crónicos, así como también un inicio significativamente temprano de la menopausia en mujeres víctimas de ASI. Se observan trastornos de conversión, los cuales afectan algunas de las funciones motoras o sensoriales, crisis convulsivas no epilépticas, que alteran brevemente el comportamiento de la persona, trastornos cardiovasculares, conductas autolesivas, frecuentemente cortes y quemaduras en antebrazos y muñecas (Pereda, 2010a).

A través de estudios, se observa que los estados permanentes de estrés en el ASI, se relacionan con una respuesta fisiológica incrementada, que afecta y debilita el sistema inmunológico, generando alerta fisiológica en las mujeres con este antecedente, existiendo en las víctimas una tendencia a sentirse desbordadas por los estados afectivos. Por otro lado, pero también en relación,

los estudios muestran una alta incidencia de trastornos somáticos en las mujeres víctimas de ASI (Gaxiola et al. 2005 & Rodríguez, Fernández Liria & Bayón, 2005).

Pereda (2010a) reflexiona que todo lo dicho, implica un importante gasto para los sistemas de salud, especialmente si estos problemas no se diagnostican ni tratan de forma adecuada. A través de un reciente estudio realizado en los países nórdicos se muestra que, en gran parte de los casos, el profesional desconoce la historia de abuso de la paciente y no reconoce los posibles signos físicos asociados, imposibilitando que la víctima reciba un tratamiento adecuado con las consecuencias que esto acarrea.

### **CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO EN DOMINIO PSICOLÓGICO Y PSICOPATOLÓGICO.**

En relación a lo anterior, Mebarak, Martínez, Sánchez & Lozano, (2010) encontraron que existe una alta posibilidad sufrir trastornos en salud mental, en adultos que fueron víctima de ASI. Se afirma que existe una prevalencia 4 veces mayor de que las víctimas de ASI, pueden experimentar trastornos mentales en su adultez, respecto de las mujeres que no padecieron la situación traumática (Sarasua, et al.2013). El impacto psicológico del ASI va a estar supeditado a la frecuencia, duración, gravedad del abuso y a la relación con el agresor así como también a la fase del desarrollo psicológico y evolutivo de la víctima en el momento del impacto traumático (Sarasua et al. 2013).

Las mujeres con historia de abuso muestran con mayor frecuencia problemas emocionales como ansiedad, baja autovalía, sentimientos de vergüenza, culpa y de tristeza, comparados con mujeres que no han sufrido ASI. Se presenta en muchas mujeres como un predictor de los estados posteriores de trastorno límite de la personalidad, antisocial, así como también trastornos bipolar, en relación a una débil capacidad de autorregulación emocional y conductual. Según lo expresan varios estudios al respecto, las conductas autodestructivas, como la negligencia en las responsabilidades, ausencia de cuidados, las conductas autolesivas, conductas de riesgo, así como también, las ideas suicidas e incluso intentos suicidas propiamente ejecutados, también son frecuentes en las víctimas (Gaxiola et al. 2005, Pereda, 2010b, Crempien et al. 2010, Sarasua et al. 2013 & Deza Villanueva, 2005).

Mebarak et al. (2010) plantea que no todas las víctimas del fenómeno ASI, presentan síntomas psicopatológicos relacionados con el abuso vivido, pero afirma, que sí sufren de posibles síntomas a corto y largo plazo, mayoritariamente la depresión. A modo de ejemplo, otros resultados, confirman

e indican que haber sufrido ASI, supone un incremento del 10.8% y 21.6% , en el pronostico de sufrir problemas de depresión y autoestima en adultos jóvenes (Cantón & Justicia, 2008).

En la mayoría de las investigaciones, se resalta la activación de mecanismos defensivos en las víctimas de ASI, como modalidad de afrontamiento necesaria para la supervivencia a la situación traumática vivida. Entre ellos se observa, la disociación, reacción formativa, negación, represión, escisión, desmentida, introyección y proyección, entre otros. El que más prevalencia se constata en la variedad de investigaciones, tiene que ver con la disociación, como mecanismo privilegiado en la infancia para hacer frente a la ambigüedad de afectos que se gestionan en la situación de ASI (Ibaceta, 2007, Rubins, 2004, Rodríguez et al. 2005 & Solano, 2004).

Rodríguez (2005) plantea que en el proceso de disociación traumática, como modalidad defensiva ante el abuso, éste se instala como una experiencia fragmentada que atenta directamente contra el sentido vital de unicidad e integridad de ese sí mismo. En la misma línea, se resalta en este artículo, que en el proceso de recuperación de estos pacientes, que padecen lo que Janet, citada por Rodríguez et al. (2005), llamó una "enfermedad de la síntesis", es necesario trabajar en las memorias traumáticas, para que estas sean integradas por la víctima, a una única narrativa vital en su mente.

La culpa ha sido otro factor señalado por las investigaciones dedicadas a los efectos del ASI en la mujer adulta. Se resalta el papel crucial que se conecta con la atribución de la culpa en la propia víctima, llegando a situaciones de autocastigo, como consecuencia del impacto provocado por el trauma (Mebarak et al. 2010). Rubins (2004) señala que en las secuelas en adultos existen vivencias de vacío de difícil entendimiento para sus pacientes en la clínica, donde se distingue en ellas, un claro sentimiento de culpa en las experiencias melancólicas que padecen.

Crempien et al. (2010) plantean que las víctimas con frecuencia sienten su cuerpo "como" dañado, diferentes al resto, provocando a su vez, preocupación de que esto sea de alguna manera advertido por otros. También, explica como el perpetrador a través de ofrecerle a la víctima diferentes mensajes estratégicos , hace sentir a la misma responsable del abuso, teniendo en cuenta que en un porcentaje altísimo (casi un 90%), el ASI, es ejecutado por un familiar y/o conocido cercano de la familia. Se señala también, que las experiencias recurrentes de abuso, traducidas en constante sentimiento de vergüenza, devienen en sentimientos y percepción de auto-devaluación y baja autoestima.

Sarasua et al. (2013) plantea que los cuadros clínicos que se presentan en las personas que han sufrido abuso, son diversos y están ligados a muchos determinantes. En palabras del autor esto es porque: "el abuso sexual es un suceso traumático, no un diagnóstico clínico" (p. 35). Los hallazgos, coinciden en que el trauma específicamente provocado por la situación de ASI está más caracterizado por no ligarse a un trastorno psiquiátrico específico, ya que de cierta manera, es un factor de riesgo que se correlaciona con varios de ellos (Rodríguez et al. 2005 & Pereda, 2010b).

En los muchos registros respecto a la comorbilidad presentada en las mujeres con historia de abuso en relación a los cuadros psiquiátricos, se ha observado que mayoritariamente manifiestan ligazón con el trastorno de personalidad, específicamente borderline y antisocial. Existe también una fuerte relación entre el ASI y los trastornos de la alimentación, particularmente bulimia y obesidad. Son comunes en el conjunto de las víctimas, los cuadros de somatización, (por ejemplo, problemas respiratorios o gastrointestinales, dolores de cabeza persistentes. Asimismo se reportaron niveles más altos de neuroticismo, en particular de la conciencia de sí mismo, debido a los sentimientos de vergüenza y baja autoestima. Otros resultados muestran que el antecedente de ASI también es un factor de riesgo para padecer depresión en la adultez, con sintomatología ansioso-depresiva, con altos porcentajes de cronificación e inadaptación a la vida cotidiana (Crempien et al. 2010, Sarasua et al. 2013, Ibaceta, 2007 & Gaxiola et al. 2005). Cabe un apartado especial al riesgo de desarrollar Trastorno de estrés post-traumático (TEPT) en las víctimas de ASI. Son muchas las referencias científicas que avalan la prevalencia de éste trastorno en las mujeres que han vivido abuso (Mebarak et al. 2010, Ibaceta, 2007 & Crempien et al. 2010).

La investigación llevada a cabo por Sarasua et al. (2013) en el país Vasco, fue realizada con el objetivo, de evaluar las posibilidades de intervención en 121 pacientes mujeres con historia de ASI, a través de un programa cognitivo – conductual. Dicho programa constó de 12 sesiones con intervalos semanales entre ellos, donde se buscaba poder relacionar dicha intervención con la posibilidad de mejoras en el padecimiento de los trastornos psicopatológicos que presentaban. La investigación se focaliza en el malestar emocional, las conductas de evitación sexual y en el trastorno de estrés pos-traumático. A su vez, contó con el seguimiento posterior de las pacientes, durante 12 meses, para poder evaluar la capacidad de permanencia y sostén de las posibles mejorías. Los resultados de dicha investigación, muestran que efectivamente, la intervención programada tuvo efectos positivos en las víctimas-pacientes. Si bien, se dieron bajas por abandono, el 71.9% de las mujeres continuaron con el tratamiento. Se constató que un 90.7% de ellas, redujo el trastorno de estrés postraumático, el 81.2%, las conductas de evitación sexual, y un 64.5% el

malestar emocional (aclarándose, que dicho malestar tiene índices más reducidos, al ser una variable más resistente a modificaciones.

## **CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO EN DOMINIO COGNITIVO – CONDUCTUAL**

Las investigaciones que versan sobre las consecuencias a largo plazo del ASI, enfatizan que son varios los trastornos cognitivos y conductuales que se pueden asociar al traumatismo generado por dicha situación. Los hallazgos muestran que la frecuente presencia de los trastornos disociativos producen síntomas como, la alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Varios de los estudios, coinciden en que las mujeres que experimentan ASI, son más susceptibles a manifestar olvidos y en muchos casos, las víctimas los justifican como intentos activos de evitar pensar y/o recordar el abuso (Mebarak et al. 2010, Rodríguez et al. 2005, Crempien et al. 2010 & Pereda, 2010b).

Pereda (2010b) nos plantea que es observable niveles mayores de hostilidad en víctimas de ASI en comparación con los grupos de control. También agrega, que es recurrente la presencia de conductas antisociales, constatándose mayor riesgo de huida del hogar, contexto en el que generalmente se produce el ASI.

Mebarak et al.(2010) manifiesta que el ASI se encuentra asociado al funcionamiento mal adaptativo de las víctimas. A través de un programa donde se intervenía a pacientes con enfermedad mental severa en rehabilitación, también se observa que las personas que sostienen mayor capacidad de memoria, mostraban menos actitudes de irritación, y psicoticismo. Por otro lado, el autor resalta, la necesidad de castigo de algunas víctimas, asociadas a múltiples comportamientos auto-punitivos.

El ASI se constituye en un factor de riesgo para ciertas condiciones, como la conducta agresiva y violenta, el abuso de alcohol y el ciclo de la violencia (Gaxiola et al. 2005). El consumo de sustancias nocivas se encuentra vinculado directamente con las víctimas de ASI, según los resultados de varios estudios, la probabilidad de consumo abusivo de alcohol, tabaco, marihuana, es muy alta, así como también la dependencia a dichas sustancias (Pereda, 2010a).

La investigación mexicana sobre las consecuencias del maltrato infantil, "Un estudio con madres mexicanas (2005)", en concordancia con lo anterior, confirma la relación directa del ASI con el abuso de alcohol, señalando que sí bien existe una asociación entre las víctimas de ASI y el

posterior consumo de alcohol, no está claro aún, cual sería el estímulo de dicha conducta calificada de riesgo para la salud. Las hipótesis promueven, que quizá se deba a un intento de mitigar la angustia causada por los efectos del abuso (Gaxiola et al. 2005).

## **CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO EN DOMINIO SEXUAL**

La generalidad de los estudios coincide en que el dominio de la sexualidad en las mujeres que experimentaron ASI, es una de las áreas que con frecuencia se encuentra más comprometida. Señalan la incidencia de una sexualidad insatisfactoria y con disfuncionalidad, que generalmente es transitada entre polaridades de : conductas sexuales de abstinencia/promiscuidad; erotización de las relaciones significativas /falta de afectividad en las relaciones eróticas ( Vitriol et al. 2007, González, 1995, Pereda, 2010a, Mebarak et al. 2010, Pereda, 2010b).

También son frecuentes las referencias científicas, que sostienen la presencia de conductas de riesgo sexual como consecuencia a largo plazo del ASI. Entre ellas, se observan, la falta de protección en el mantenimiento de relaciones sexuales y no sostener parejas estables (Pereda, 2010a). Asimismo, en los artículos seleccionados, se relaciona al ASI con la compulsividad sexual y en la misma línea, a un mayor riesgo de padecer HIV entre otras enfermedades de transmisión sexual, debido a dichas conductas (Mebarak et al. 2010). Por otro lado, se reporta que la afectación en el dominio sexual, es con frecuencia mayor en las mujeres víctimas de ASI, que en las mujeres adultas no abusadas, agregando que los estímulos eróticos tienen muchas veces como respuesta psicológica y fisiológica, una relación asociada a la angustia respecto a la sexualidad en mujeres abusadas (Mebarak et al. 2010).

Pereda (2010b) señala en su revisión, que las conductas sexuales promiscuas y de inicio precoz que se detectan en las mujeres abusadas en la infancia, derivan en causales sexuales como la maternidad temprana, abortos, iniciación sexual precoz e incluso la prostitución. También existiría, tendencia a tener sentimientos de rechazo hacia los embarazos y mayor propensión de experimentar depresión pos-parto.

Dentro del marco referido a las consecuencias en el dominio sexual en mujeres abusadas, Kinzler, citado por Vitriol et al. (2007) encontró que en un estudio de 202 mujeres, los resultados constataban presencia de falta de deseo sexual y anorgasmia, asociadas a las experiencias recurrentes de ASI. Por otra parte, desde España (2010) se revisan las consecuencias psicológicas a

largo plazo del ASI y se observa que la revictimización se relaciona como una de las más graves consecuencias asociadas al dominio de la sexualidad que vivencian las víctimas de este fenómeno, oscilando entre porcentajes de un 16% y un 72% de frecuencia. La revictimización implicaría nuevas experiencias de abuso sexual (y/o violencia física), posteriores a las padecidas en la infancia y con agresor/es distinto/s al causante del abuso en su infancia (Pereda, 2010b).

## **CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO EN DOMINIO VINCULAR**

La evidencia científica recabada tanto en países desarrollados como en países sub-desarrollados, plantea que los problemas relacionados con el dominio vincular a largo plazo, es frecuente en las pacientes y víctimas de ASI. Las conductas pueden estar pautadas por aislamiento, ansiedad social, pobre interacción y poca participación comunitaria (Pereda, 2010b).

Gaxiola, (2005) en su investigación con madres mexicanas, resalta que los estados depresivos de las mujeres víctimas de ASI, indican una propensión a estar insatisfechos con los vínculos sociales. Rubins, (2004) observa, que el dolor emocional, se reactualiza en cada vínculo en donde las personas amadas puedan mostrar actitudes y conductas asociadas y/o en relación a las padecidas en la infancia, afectándolas en el impedimento de poder desplegar y transmitir su potencial afectivo, así como tampoco poder desarrollar una madurez relacional.

Los problemas relacionados con la elección de pareja, son observados y señalados en varios estudios, se presentan como inestabilidad en las parejas, con tendencia a tener una evaluación negativa de ellas. El funcionamiento adulto interpersonal se encuentra con dificultades a la hora de poder establecer y mantener íntimas relaciones de pareja. Se relaciona también al hecho de que las mujeres con historia de ASI, con frecuencia se encuentran victimizadas por sus parejas en la adultez, asociándolo con la inhabilidad que sostienen las mismas, para poder discriminar y evitar relacionarse con sujetos violentos, debido a la carencia de modelos y referencias alternativas vividas en su infancia (Gaxiola et al. 2005, Pereda, 2010b & Mebarak et al. 2010).

Las víctimas de ASI, al ser comparadas con un grupo de control, presentan mayor utilización del castigo físico ante desavenencias con sus hijos, poca capacidad de impartir y sostener límites, así como también un desprecio general por el rol materno (Pereda, 2010a). Resultados de la investigación Mexicana formulada en 2005, indican que la historia de abuso en la infancia, tiene incidencia en el manejo de un estilo disciplinario violento, en algunas madres con sus hijos (Gaxiola et al. 2005).

Se encontró relación entre las mujeres afectadas por ASI y la deficitaria competencia de crianza para con sus hijos, debido a la ansiedad y depresión que son traducidas en respuestas inapropiadas para los mismos. Asimismo una revisión científica Colombiana, nos informa que el abuso de sustancias en madres con cuadro de trastorno depresivo, también son proclives a expresar aumento en los sentimientos de rabia e impulsividad ( Gaxiola et al. 2005 & Mebarak et al. 2010).

Vitriol et al. (2007) destaca que otra de las consecuencias en relación a la problemática vincular que padecen las mujeres víctimas de ASI, es la transmisión transgeneracional e intergeneracional del maltrato infantil. Gaxiola et al. (2005) nos dice al respecto que,

*la transmisión intergeneracional de la violencia, sostiene que el abuso se trasmite a través de las generaciones por medio de un proceso de modelamiento, en el cual los niños aprenden a usar la violencia física como medio para resolver conflictos (...). La transmisión intergeneracional de la violencia implica en algunos casos la existencia de una ciclo de la violencia que posibilita la reproducción del maltrato por generaciones, agravando con ello la problemática del maltrato infantil. (p. 365)*

Besoain & Santelices (2009) agregan que estos modelos tienden a mantenerse a lo largo del tiempo y continúan operando a nivel inconsciente, dirigiendo las respuestas afectivas y conductuales.

En relación a lo anterior, Pinedo & Santelices (2006) también resaltan, que sí bien los modelos representacionales tienden a tener una estabilidad durante el curso de la vida de la persona adulta, pueden asimismo tener modificaciones, por lo que se infiere, que es posible que estos modelos puedan tener cambios a través de nuevas experiencias, tanto positivas como negativas, e incluso instaurar nuevas relaciones significativas de apego con otras personas, diferentes a su progenitores y/o cuidadores. En estrecha relación con lo anterior, Rubins, (2004) afirma que puede ser muy distinto el pronostico vincular en aquellas víctimas que pudieron ser amparadas y ayudadas por otro adulto del entorno familiar a la hora de dilucidar el abuso.

Asimismo, Gaxiola et al. (2005) refieren a que no existe inevitabilidad en la transgeneracionalidad del maltrato en la vida adulta, ya que hay ciertos factores que pueden actuar como factores protectores y a su vez compensatorios, que afecten y mitiguen las consecuencias nocivas de los factores estresores y dañinos que promueve el ASI. En otro informe se concluye que los factores resilientes que devienen en la constitución de un psiquismo menos afectado en

comparación a otros, se debe a la estrecha relación de haber obtenido de otros adultos, cuidados, protección y mecanismos compensatorios (Rubins, 2004).

## CONCLUSIONES

Tomando en cuenta los datos recabados en la presente revisión, no cabe duda que el ASI, condiciona la vida de sus víctimas a través de múltiples consecuencias que repercuten a corto e incluso a largo plazo en sus vidas. El grueso de la literatura científica nos informa que la complejidad de este fenómeno es tal, que se hace imposible poder abordarlo desde una concepción lineal, ya que existen numerosas variables que se ponen en juego las cuales a su vez se corresponden en muchos casos a configuraciones psicológicas, vinculares y sociales particulares y únicas (Ibaceta, 2007, Echeburúa et al. 2006, Pereda, 2010a, Cabezas, 2011, Nieto, 2011, Pereda, 2010b, Gaxiola et al. 2005, Vitriol et al. 2007 & Cantón et al. 2008).

Todo lo anterior, exige poder visibilizar esta problemática desde una mirada integral, que pueda tener la capacidad de observar las interconexiones que a su vez conforman dicha complejidad, es por ello que se hace imprescindible para el abordaje una mirada biopsicosocial (Moscoso, 2009).

Un aspecto cultural-social, que se considera necesario abordar en procura de atacar un factor que es recurrente en las configuraciones vinculares en el ASI, son las concepciones de género que se sostienen sobre una ideología patriarcal donde las mujeres son objeto propiedad del hombre, disponibles para su bienestar. Mujeres que han sido desobjetivadas de sí mismas, las cuales son percibidas sin autonomía, voluntad ni deseos, a merced del hombre proveedor, que doblega sus "derechos" a costa de aniquilar los derechos del otro. Basados en esta concepción no existe el intercambio ni las necesidades de los más vulnerables, éstas mujeres se ven desbordadas y preformadas, en un contexto sin respeto y valía para con sus derechos (González, 1995).

La abundante documentación que registra la epidemiología del ASI, plantea la importancia de intervenir para una posible mejora en la calidad de vida de sus víctimas. Pero en contrapartida, algunos autores señalan la insuficiente bibliografía respecto a los aspectos clínicos necesarios para la intervención psicológica en esta población (Sarasua et al. 2013). Destacando que es importante resaltar, que el trabajo con esta clase de pacientes (con historia de ASI), tiene características particulares a tener en cuenta, en lo concerniente al efecto de sus vivencias y configuraciones vinculares respecto al efecto que se trasmuta en la relación terapéutica (transferencia/contratransferencia (Mebarak et al. 2010 & Nieto, 2011)).

Es así como algunos estudios expresan la importancia que tiene para el pronóstico de las víctimas de ASI, la necesidad de una mayor preparación de los equipos y promotores de salud mental, tanto para el abordaje como también para el entendimiento de sus múltiples consecuencias (Vitriol et al. 2007). Ya que una mayor preparación ante la sintomatología del ASI, proyecta la posibilidad de pensar, estructurar y planificar estrategias de intervención adecuadas para estas pacientes (Mebarak et al. 2010).

Por otro lado, cabe destacar que son varios los trabajos de investigación científica que plantean sus dificultades a la hora de poder establecer muestras definidas y grupos de control adecuados, debido a la complejidad de esta problemática, aclarando que sus resultados no pueden ser considerados en términos generales. También se resalta la escasa propuesta, información e investigación de trabajos con seguimiento a largo plazo en pacientes que fueron partes de dichas muestras (Sarasua, Zubizarreta, De Corral, Echeburúa, 2012 & Sarasua et al. 2013).

En varios trabajos se hace hincapié sobre las resonancias del secreto, silencio y la importancia del develamiento para la persona, exigiendo de los promotores de salud, una escucha y reconocimiento que puedan de alguna manera restituir y brindar un espacio de contención y apoyo a estas mujeres, que en muchos casos se vieron denegadas del mismo en su infancia (Crempien et al. 2010 & Rubins, 2004). Esto se señala como un factor importante para poder generar en ellas un espacio donde reconocerse y reconocer alternativas de entendimiento a su padecimiento, posibilitando nuevas configuraciones vinculares en procura de la integración de sus vivencias, pero no solo como víctimas capturadas en su historia, sino también como sobrevivientes activas de sus propios deseos ( Mebarak et al. 2010).

Cabezas (2011) nos informa, sobre cómo dispositivos y herramientas brindados en centros de salud, que logren capturar las vivencias de ASI en mujeres, como estrategia de intervención a sus consecuencias, se plantean también como una importante propuesta de prevención, si tomamos en cuenta el factor transgeneracional. Esto se corresponde con los resultados obtenidos en la investigación Colombiana llevada a cabo en (2009), donde se muestra la importancia de poder detectar los efectos del ASI para intervenir en la capacidad reflexiva de madres, como propuesta preventiva a los posibles efectos nocivos para con sus hijos en las diferentes modalidades de apego que se pueden establecer ( Mesa, Estrada, Bahamón, 2009).

Cabe aclarar que esta revisión no hace referencia a muchas de las situaciones que configuran la

complejidad y la generalidad de las consecuencias a largo plazo del ASI (por ejemplo, las consecuencias que se gestionan en el sexo masculino), ya que excedían los objetivos de la misma, pero pretende ser un punto de partida y referencia a futuras propuestas que den cuenta de lo mucho que aún falta por reconocer.

TABLA DE REFERENCIAS	CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO, EN MUJERES CON HISTORIA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL
DOMINIOS	ARTICULOS RELACIONADOS
PSICOLOGICO Y PSICOPATOLOGICO	Crempien et al. 2010; Deza Villanueva 2005; Gaxiola et al. 2005; Ibaceta, 2007; Mebarak, et al. 2010; Pereda, 2010b; Rodriguez et al.2005; Rubins, 2004; Sarasua et al. 2013 & Solano, 2004.
FISICO	Gaxiola et al. 2005; Moscoso, 2009; Pereda, 2010a; Pereda, 2010b Rodríguez, et al. 2005 & Solano, 2004.
VINCULAR	Besoain & Santelices, 2009; Gaxiola et al. 2005; Mebarak et al. 2010; Pinedo & Santelices, 2006; Pereda, 2010a; Pereda, 2010b; Rubins, 2004 & Vitriol et al. 2007.
COGNITIVO-CONDUCTUAL	Crempien et al. 2010; Mebarak et al. 2010; Pereda, 2010a; Pereda, 2010b & Rodríguez et al. 2005.
SEXUAL	González, 1995; Mebarak et al. 2010 ; Pereda, 2010a; Pereda, 2010b & Vitriol et al. 2007.

## BIBLIOGRAFIA

- Besoain, C. & Santelices, M. P. (2009). Transmisión Intergeneracional del apego y función reflexiva Materna : Una revisión. *Terapia psicológica*. 2009,vol.27,N 1, pp.113-118. DOI : 0718 - 4808.
- Cabezas, C., A, (2011). La reactivación del abuso sexual infantil en la maternidad. *Psicoanalysis*, XX111(2); pp.59-67. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3920521.pdf>
- Cantón, C. D. & Justicia, J. F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicotherma*, 2008. Vol. 20, n 4, pp. 509-515. DOI: 0214 – 9915.
- Crempien, C. & Martínez, V. (2010). El sentimiento de vergüenza en mujeres sobrevivientes de abuso sexual infantil : Implicancias clínicas. *Revista Argentina de clínica psicológica*, vol. XIX, núm. 3, noviembre, 2010, pp. 237-246.  
Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000100011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000100011&script=sci_arttext)
- Deza Villanueva, S. ( 2005). Factores protectores en la prevención del abuso sexual infantil. *Liberabit*. Lima (Perú) 11: pp. 19-24, 2005. DOI: 1729-4827.
- Echeburúa, E., De Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la

infancia. *Cuad med forense* 2006 ; 12 (43-44): pp.75-82. Recuperado en

[http://www.psicocalicante.com/resources/image/secuelas\\_psiquicas\\_abuso\\_sexual\\_infantil.pdf](http://www.psicocalicante.com/resources/image/secuelas_psiquicas_abuso_sexual_infantil.pdf)

Gaxiola, R. J. C. & Frías, A. M. (2005). Las consecuencias del maltrato infantil : Un estudio con madres mexicanas. *Revista mexicana de psicología*, vol. 22, núm. 2, diciembre, 2005, pp. 363-374. DOI: 0185-6073

González, S. R. (1995). Informe preliminar sobre algunos aspectos de la investigación en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia. (PAIVAS). *Universidad Nacional Autónoma de México*. Recuperado de

[http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/genero/PDF/LECTURAS/S\\_01\\_28\\_Informe%20preliminar%20sobre%20algunos.pdf](http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/genero/PDF/LECTURAS/S_01_28_Informe%20preliminar%20sobre%20algunos.pdf)

Ibaceta, W. (2007). Agresión sexual en la infancia y viaje al futuro: clínica y psicoterapia en la edad adulta. *Terapia psicológica*, 2007. Vol. 25, N 2, pp.189-198. DOI: 0718-4808

Moscoso, M. S.(2009). De la mente a la celula: impacto del estres en psiconeuroinmunoendocrinología. *Liberabit*. Revista de Psicología, vol.15, Núm. 2, 2009, pp. 143-152. Recuperado de

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272009000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272009000200008&script=sci_arttext)

Mebarak, M. R., Martínez, L. M., Sánchez, H. A. & Lozano, E. J. (2010). Una revisión acerca de la sintomatología del abuso sexual infantil. *Psicología desde el Caribe*, núm. 25, enero-junio, 2010, pp. 128-154.

Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/154/610>

Mesa, A. M., Estrada, L. F., Bahamón, A. L. & Perea, D. (2009). Experiencias de maltrato infantil y transmisión intergeneracional de patrones de apego madre – infante. *Pensamiento psicológico*, Vol. 6. N 13, 2009, pp. 127-152. Recuperado en

<http://revistas.javerianacali.edu.co/javevirtualoj/index.php/pensamientopsicologico/article/download/122/363>

Nieto, I. (2011). Desafíos en el análisis de pacientes adultos con historias de abuso sexual en la infancia. *Aperturas psicoanalíticas*. Publicado en la revista n 39.(s.f).

Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000718&a=Desafios-en-el-analisis-de-pacientes-adultos-con-historias-de-abuso-sexual-en-la-infancia>

Pereda, N. (2010a). Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil. *Revista pediatria de atención primaria*, Vol. XII. N. 46. Abril/junio 2010; 12: pp.273-85

Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v12n46/revision2.pdf?origin=publicationDetail>

Pereda, N. (2010b). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del psicólogo*, 2010. Vol. 31(2), pp.191-201. Recuperado de

<http://www.psicologosclnicos.com/wp-content/uploads/1846.pdf>

Pinedo, P. & Santelices, Á. (2006). Apego adulto: Los modelos operantes internos y la teoría de la mente. *Terapia psicológica*, vol. 24, núm. 2, diciembre, 2006, pp. 201-209.

Recuperado de [http://www.redalyc.org/pdf/785/78524210.pdf?origin=publication\\_detail](http://www.redalyc.org/pdf/785/78524210.pdf?origin=publication_detail)

Rodríguez, V. B., Fernández, L. A. & Bayón, P. C. (2005). Trauma, disociación y somatización. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 1 (2005), pp. 27-38. Recuperado de

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2527367&orden=148145&info=link>

Rubins, C.(2004). Abuso sexual infantil : las secuelas en adultos. *Asociación*

*latinoamericana de psicología jurídica y forense*. Recuperado de [http://comunidadesby.bligoo.com/media/users/31/1562833/files/566982/Abuso\\_sexual\\_infantil.pdf](http://comunidadesby.bligoo.com/media/users/31/1562833/files/566982/Abuso_sexual_infantil.pdf)

- Sarasua, B., Zubizarreta, I., De Corral, P. & Echeburúa, E. (2012). Factores de vulnerabilidad y de protección del impacto emocional en mujeres adultas víctimas de agresiones sexuales. *Terapia psicológica*, 2012, Vol. 30, N 3, pp.7-18. DOI :0718- 4808
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., De Corral, P. & Echeburúa, E. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. *Anales de psicología*, 2013, vol. 29, n 1(enero), pp. 29-37. DOI: 1695-2294.
- Solano, Muría, E.,(2004). Estrés post traumático en niños y adolescentes y sus consecuencias. *Honduras pediátrica*, Volumen 24 Número 2 de Mayo, Junio, Julio, Agosto - 2004. Recuperado de <http://ns.bvs.hn/RHP/pdf/2004/pdf/Vol24-2-2004-7.pdf>
- Vitriol, G. V., Vásquez, M., Iturra, L. I. & Muñoz, C. R. (2007). Diagnóstico y abordaje de secuelas por abuso sexual infantil, en tres mujeres consultantes a un servicio de salud mental del hospital general. *Rev Chil neuro – psiquiat*. 2007; 45 (1): pp.20-28. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272007000100006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272007000100006)