

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO DE INVESTIGACIÓN MULTIDISCIPLINARIA EN EDUCACIÓN
FACULTAD DE ECONOMÍA
FACULTAD DE ANTROPOLOGÍA
FACULTAD DE ARQUITECTURA Y DISEÑO
FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN



La psicoafectividad en mujeres violentadas sexualmente en la infancia y sus repercusiones en la
calidad de vida

TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN ESTUDIOS PARA EL DESARROLLO HUMANO
PRESENTA

ERIC ALONSO ABARCA CASTRO

DRA. EN P. GUADALUPE VILLALOBOS MONROY
DIRECTORA ACADÉMICA
DR. EN C.S. RENÉ PEDROZA FLORES
CODIRECTOR ACADÉMICO
DRA. EN C.S. ANA MARÍA REYES FABELA
TUTORA

Mayo, 2021

Contenido

Resumen.....	4
Introducción	5
Capítulo 1. Calidad de vida y desarrollo humano.....	12
1.1 Antecedentes del término calidad de vida.....	13
1.2 Definición de calidad de vida de la OMS y del PNUD.....	19
1.3 Cuestiones de género y exclusión en el desarrollo humano y la calidad de vida.....	24
1.4 La esperanza de vida sana, el ciclo vital y la violencia sexual en la infancia	28
1.5 La violencia sexual en la mujer como situación de vulnerabilidad.....	33
1.6 Implicaciones de la violencia sexual en la calidad de vida de la mujer	35
Capítulo 2. La violencia y los efectos de la victimización interpersonal.....	38
2.1 El concepto de violencia	39
2.2 Diferentes tipos de violencia infantil	43
2.3 Victimización interpersonal	45
2.3.1 Violencia física:	48
2.3.2 Violencia emocional o psíquica:	48
2.3.3 Ser testigo de violencia o exposición a la violencia:.....	48
2.3.4 Violencia sexual:.....	49
2.3.5 Abandono y negligencia:	50
2.3.6 Victimización por iguales y/o hermanos:.....	50
2.3.7 Victimización por internet:	51
2.4 El abuso sexual como parte de la violencia sexual	52
2.5 Antecedentes de la violencia sexual en la infancia	55
2.5.1 Historia de la violencia sexual infantil.....	55
2.5.2 Historia del abuso sexual infantil.....	57
2.6 El abuso sexual en el DSM-5 y la CIE-10	63
2.7 Aspectos relevantes del abuso sexual en la infancia como un tipo de violencia sexual.	64
Capítulo 3. Psicoafectividad: implicaciones clínicas y experiencia subjetiva	73
3.1 La psicoafectividad	74
3.2 Afecto, emociones y sentimientos	77
3.2.1 El afecto	79
3.2.2 Los sentimientos y emociones	81

3.3	Psicoafectividad y el modelo traumatogénico del abuso sexual	83
3.4	Psicoafectividad y calidad de vida	86
3.5	La experiencia subjetiva en la psicoafectividad y la calidad de vida.....	87
Capítulo 4.	Marco Metodológico.....	91
4.1	Participantes	92
4.2	Materiales/Instrumentos utilizados	93
4.3	Procedimiento	99
4.4	Diseño	101
4.5	Metodología de análisis	102
Capítulo 5.	Resultados	103
5.1	Análisis descriptivo.....	104
5.1.1	Resultados relacionados con la calidad de vida	104
5.1.2	Resultados relacionados con la victimización sexual en la infancia	114
5.1.3	Resultados relacionados con la psicoafectividad	115
5.2	Análisis cuantitativo correlacional.....	119
5.3	Análisis cualitativo.....	121
5.3.1	Resultados relacionados con la categoría calidad de vida.....	122
5.3.2	Repercusiones a largo plazo de la violencia sexual	136
5.3.3	Psicoafectividad	163
5.3.4	Autovaloración y Autoconcepto.	168
5.4	Discusión.....	173
5.5	Conclusiones	178
Referencias.....		181
Apéndices.....		192
Apéndice A		193
Apéndice B.....		204

Resumen

En esta investigación se analizaron las implicaciones relacionadas con la violencia sexual infantil y los efectos a largo plazo, enfocándose específicamente en las afectaciones psicoafectivas y la vinculación existente con las consecuencias en la calidad de vida. El objetivo de este estudio fue analizar las implicaciones psicoafectivas en mujeres violentadas sexualmente en la infancia y sus repercusiones en la calidad de vida a través de la evaluación psicológica clínica. La investigación se realizó en usuarias del Tribunal Eclesiástico de Costa Rica que llevaban el proceso de nulidad matrimonial. La muestra estuvo conformada por 13 mujeres, con edades entre los 35 y 57 años, victimizadas sexualmente en la infancia y sin reporte de atención psicológica para esta problemática. La metodología empleada fue de tipo mixto; para la recolección de datos cuantitativos se aplicaron 8 instrumentos de evaluación psicológica: Cuestionario de calidad de vida abreviado (WHOQOL-BREF), Escala de Inadaptación (EI), Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), Inventario Breve de Síntomas (BSI), Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R), Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0) y una entrevista específica realizada para la investigación. Los resultados exhibieron que la población estudiada presentó dificultades en cuanto a su calidad de vida y psicoafectividad, tanto en el ciclo vital, como al momento de realizar la investigación. Se lograron determinar aspectos con la complementariedad del análisis cuantitativo y fortalecido con los análisis cualitativos, estas dificultades encontradas presentaron relación con las repercusiones a largo plazo del abuso sexual en la infancia, principalmente en las áreas: psicológica, de relaciones y entorno.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha determinado que la violencia física y la violencia sexual son problemas de salud pública (OMS, 2013), y además, que afecta a más de una de cada cinco mujeres (OMS, 2020), situación que aumenta con el paso del tiempo y que afecta directamente a la población mundial.

En los últimos años se han realizado esfuerzos y trabajos en la prevención e investigación sobre la violencia sexual (Cantón, Cantón y Cantón, 2011; Hailes, Yu, Danese y Fazel, 2019; Maniglio, 2010), algunos de estos trabajos se han enfocado en el tema de las repercusiones a largo plazo del abuso sexual, como parte de la violencia sexual en la infancia, donde se exponen consecuencias psicológicas que se relacionan con la experiencia de abuso sexual infantil; las cuales pueden perdurar a lo largo del ciclo evolutivo y manifestar consecuencias en la edad adulta. A este tipo de repercusiones se les ha denominado *efectos a largo plazo del abuso sexual* como lo mencionan en sus investigaciones Echeburúa y Guerricaechevarría (2000), Hailes, Yu, Danese y Fazel (2009) y Pereda (2010).

Además, relacionado con las consecuencias derivadas del abuso sexual infantil, otros autores como Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta, Akman y Cassavia (1992) y Maniglio (2009), indican que es posible que la víctima no desarrolle problemas en el periodo de infancia, sino que éstos aparezcan como nuevos problemas en la adultez, lo que genera con ello conflictos y dificultades en el bienestar personal, psicoafectividad y calidad de vida de las personas victimizadas. Incluso, existen investigaciones que indican que esta problemática constituye un factor de riesgo importante para el desarrollo de trastornos psicopatológicos en la edad adulta (Arrom et al., 2015; Dixon, 2011; Flitter, Elhai y Gold, 2003; Hillberg, Hamilton-Giachritsis), con lo que se presenta un campo permeado de posibilidades que interfieren directamente la salud física, mental y en el desarrollo del ser humano. (Maniglio, 2009; Weber Jud y Landolt, 2016).

Ante este panorama de la realidad humana, que en ocasiones es invisibilizado por la sociedad, se presentan problemáticas y consecuencias que interfieren en la población en general y por ello es relevante analizar, investigar y profundizar aún más este fenómeno por parte de la psicología, pues, los estudios realizados analizan el abuso y las consecuencias a corto y largo plazo, pero existe escasa investigación en cuanto a la violencia sexual y la forma en que los efectos interfieren en la psicoafectividad y en la calidad de vida de las víctimas.

De esta manera, la presente investigación realiza un análisis de las implicaciones relacionadas con la violencia sexual infantil que genera consecuencias a largo plazo, enfocándose específicamente en las afectaciones psicoafectivas y la vinculación existente de dichas problemáticas con las consecuencias presentes en la calidad de vida. Esto con el fin de analizar y determinar cuáles son las posibles variables que con mayor frecuencia se presentan en los diferentes factores y que son determinantes en la calidad de vida que es un factor ligado al tema del desarrollo humano, y que en esta investigación se analizará desde el concepto de calidad de vida planteado por la OMS. Dicho concepto incluye las dimensiones Física, Psicológica, Grado de Independencia, Relaciones sociales, Entorno y Espiritual, las cuales serán analizadas en el presente trabajo.

Esta investigación parte del hecho de que el ser humano es integral y que su problemática afecta a las áreas de la personalidad y en este estudio se planteó evidenciar las consecuencias directamente en la calidad de vida. (López, Gigato y Álvarez, 2012)

El objetivo de la presente investigación se centró en el análisis de las implicaciones psicoafectivas en mujeres violentadas sexualmente en la infancia y sus repercusiones en la calidad de vida a través de la evaluación psicológica clínica.

Como objetivos específicos se indagaron las consecuencias psicoafectivas a largo plazo en mujeres violentadas sexualmente en la infancia, se buscó determinar las repercusiones de la violencia sexual en la infancia que influyen en la calidad de vida y además se identificaron elementos que interfieren en la calidad de vida de las participantes de la investigación.

La muestra estuvo conformada por 13 mujeres con un rango de edad de 35 a 57 años, victimizadas sexualmente en la infancia y sin reporte de atención psicológica previa para esta problemática. La investigación se realizó en usuarias del Tribunal Eclesiástico de Costa Rica que llevaban el proceso de nulidad matrimonial con la demanda aceptada por la entidad. La representatividad de la muestra se adquirió por medio del análisis de un año de los casos ingresados al proceso de nulidad.

Para desarrollar los objetivos planteados se realizó un estudio tipo mixto descriptivo; para la recolección de datos cuantitativos se aplicaron 8 instrumentos de evaluación psicológica y se recopilaron algunos elementos sociodemográficos por medio de la entrevista; para los datos cualitativos se aplicó una entrevista semiestructurada, elaborada específicamente para este trabajo.

Los resultados muestran que la población investigada presenta dificultades relacionadas con los temas y categorías de calidad de vida y psicoafectividad, tanto a lo largo del ciclo vital, como al momento de realizar la investigación, donde se hacían presentes rasgos y malestares ligados al abuso sexual infantil. Con la complementariedad del análisis mixto compuesto por resultados cualitativos y cuantitativos en la presente investigación se lograron determinar aspectos y dificultades en las participantes, que están relacionadas estrechamente con las repercusiones a largo plazo del abuso sexual en la infancia, principalmente en las áreas psicológica, de relaciones y entorno.

Las limitaciones y dificultades en esta investigación, se hicieron presentes al realizar el análisis cualitativo, ya que al momento de analizar las categorías, en ocasiones estaban correspondidas unas con otras, esto debido a la amplitud y complejidad de los temas de calidad de vida y psicoafectividad. Además, para el análisis se prescindió de algunos instrumentos psicológicos aplicados, ya que duplicaban la información recabada.

El contenido de este trabajo está compuesto por siete capítulos, tres de ellos corresponden al marco teórico, seguidos por el marco metodológico, los resultados, la discusión y las conclusiones.

El primer capítulo describe los aspectos relacionados con el tema de calidad de vida, desde la perspectiva del desarrollo humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), entre los cuales se encuentra contribuir con el bienestar personal y la calidad de vida. El planteamiento del concepto para esta investigación fue el de la Organización Mundial de la Salud (OMS) descrito en este apartado. Se exponen los antecedentes del término de calidad de vida para una mejor comprensión del lector, se abordan temas de género y exclusión en el desarrollo humano y la calidad de vida que plantean la desigualdad y la vulnerabilidad de ciertos grupos desfavorecidos como lo son los niños, las niñas y las mujeres. Se exponen los temas de esperanza de vida sana, el ciclo vital y las dificultades que se pueden dar en la violencia sexual en la infancia. Y por último, se plantean las implicaciones de la violencia sexual en la calidad de vida de las mujeres que pueden interferir en su desarrollo personal.

El capítulo dos detalla el concepto de la violencia. Se brinda una explicación del término desde diferentes fuentes para luego dar paso a los tipos de violencia infantil, donde se ubica la violencia sexual infantil desde la victimización interpersonal. Se desarrollan los antecedentes de la violencia sexual en la infancia de manera histórica, tanto desde el tema de la violencia, como

del abuso sexual infantil; posteriormente se incluye la descripción del *Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales* en su edición cinco (DSM-5) y la *Clasificación Internacional de Enfermedades* en su décima edición (CIE-10) sobre la descripción y categorización diagnóstica del abuso sexual en la infancia. Se concluye este segundo capítulo presentando los aspectos relevantes del abuso sexual en la infancia como un tipo de violencia sexual, donde se exponen las diferentes formas en que se puede presentar, el impacto que puede ocasionar, las consecuencias a corto y largo plazo, así como los factores de riesgo que pueden existir.

El tercer capítulo desarrolla el tema de la psicoafectividad, analizado desde una propuesta integral de los diferentes componentes de la personalidad, donde están presentes los elementos afectivos, emocionales y sentimentales. En este apartado se realiza una clarificación del concepto y sus componentes, así como una revisión de los elementos psicoafectivos presentes en el DSM-5 y sus implicaciones clínicas. Posteriormente se realiza una descripción del tema de psicoafectividad con el modelo traumatogénico del abuso sexual en la infancia que complementa y brinda un panorama más amplio de las consecuencias psicopatológicas del trauma. Se concluye este capítulo con el tema de psicoafectividad y calidad de vida integrando elementos de la experiencia subjetiva de dos entrevistas realizadas mujeres pertenecientes a entidades de Barcelona que trabajan con población victimizada sexualmente en la infancia.

El marco metodológico se explica en el capítulo cuatro, en este se expone el método de selección de las participantes, sus características y los criterios empleados para la inclusión. Además, se describen los instrumentos psicológicos utilizados en la investigación para recolectar la información cuantitativa y el método empleado en la construcción de la entrevista semiestructurada para la recolección de la información cualitativa. También, se hace una

explicación del procedimiento realizado para la investigación, el diseño utilizado y de la metodología empleada para el análisis de los resultados.

En el capítulo quinto se presentan los resultados de la investigación, tanto cualitativo como cuantitativo, los cuales han sido analizados y categorizados desde los temas de investigación como lo son la calidad de vida, el abuso sexual en la infancia y la psicoafectividad.

Posteriormente, en el capítulo sexto se realiza la discusión de los resultados contrastando con otras investigaciones y las implicaciones que se hacen presentes en los resultados.

Por último, en el capítulo siete, se exponen las conclusiones, los alcances y las propuestas que surgen como resultado de la presente investigación.

Capítulo 1. Calidad de vida y desarrollo humano

En este capítulo se desarrolla el tema acerca de la calidad de vida, haciendo referencia a los objetivos del desarrollo humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), entre los cuales se encuentra contribuir con el bienestar persona y la calidad de vida.

Se expone el planteamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el concepto de calidad de vida de forma amplia y multidimensional, donde analiza diferentes aspectos de las personas y de la sociedad en general en su propuesta, lo cual la coloca como una de las más referidas en la actualidad.

Se brindan los parámetros sobre los cuales se aborda el tema de calidad de vida, ya que dentro de la complejidad del concepto existen aportaciones en su evolución y comprensión, por lo tanto, se explica el paradigma bajo el cual se analiza el tema de esta investigación, así como las dimensiones y factores a tomar en cuenta.

Se presentan diferentes argumentos que han sido referentes en la historia de este concepto y que se ha utilizado con mucha frecuencia en el ámbito de la salud, la economía y las ciencias sociales. Posteriormente, se exponen las posturas en cuanto a la calidad de vida propuestas por parte de la OMS y del PNUD.

También, se analiza la relación existente entre calidad de vida y desarrollo humano, donde existe una interconexión entre sus objetivos y fines que las hace ser interdependientes una de la otra. Para finalizar, se exponen aspectos relacionados con la calidad de vida y las repercusiones en las mujeres violentadas sexualmente en la infancia, con datos del PNUD y de la OMS que brindan aspectos relevantes en cuanto al tema de calidad de vida y vida sana.

1.1 Antecedentes del término calidad de vida

El concepto de calidad de vida es muy reciente, ya que se remonta a finales de los años 60, y se hace presente en la investigación científica relacionada con la asistencia social benéfica

realizada por el grupo de Wolfgang Zapf (1984). Se define el concepto como la correlación que existe entre un determinado nivel de vida objetivo en un grupo de población determinado y la correspondiente valoración subjetiva que se relaciona con la satisfacción o el bienestar (Fernández-López, Fernández-Fidalgo y Cieza, 2010).

Posteriormente, el término de calidad de vida se ha utilizado en diferentes ámbitos de las ciencias y para nombrar múltiples aspectos de la vida como, por ejemplo, el estado de salud, el bienestar y las funciones físicas, el bienestar en general, la satisfacción con la vida, la adaptación social, la felicidad, la adecuada capacidad adquisitiva, la estabilidad emocional, el desarrollo y atención frente a situaciones de enfermedad y discapacidad, entre otros.

De esta forma, abarca un panorama amplio y que establece su campo de acción fuera del alcance de una ciencia en particular, lo que hace difícil su determinación y clarificación, con lo cual entra en el ámbito de lo indeterminado e incluso en la complejidad desde un análisis filosófico del término.

Los autores Urzúa y Caqueo-Urizar (2012) realizaron una revisión del concepto y determinaron diferentes definiciones, además, realizaron una agrupación de acuerdo con las características del término, esto, según las definiciones que se encuentran a lo largo de la historia. Estos autores que se toman como referencia en este apartado, indican que Ferrans (1990b) describe la calidad de vida general como el bienestar personal que se deriva, ya sea, de la satisfacción o de la insatisfacción en áreas que son importantes para la persona.

Por su parte, en el trabajo anteriormente mencionado (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012) indica que Hornquist (1982) define la calidad de vida en términos de satisfacción de necesidades en las esferas psicológica, social, física, de actividades, estructural y material. Y también exponen que Shaw (1977) realizan una definición del concepto de manera objetiva y cuantitativa, para lo cual

realiza el diseño de una ecuación que logra determinar la calidad de vida individual: $QL=NE \times (H+S)$, donde QL representa la calidad de vida, NE la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y familia y S la contribución hecha por la sociedad.

Urzúa y Caqueo-Urizar (2012), en su desarrollo histórico del concepto de calidad de vida refieren que Lawton (2001), propone la evaluación multidimensional, tomando en consideración criterios intrapersonales y socio-normativos, tanto del sistema personal como del ambiental de la persona. También indica que para Haas (1999) la calidad de vida se analiza por medio de la evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al cual se pertenece. Además, exponen que Bigelow et al. (1991) realizan una ecuación donde se balancean la evaluación subjetiva de bienestar y la satisfacción de las necesidades.

En el trabajo de “Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto”, los investigadores refieren que Calman en el año 1987, relaciona el concepto a estudiar con la realización, alegría, satisfacción y la habilidad de afrontar, así como la medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente. Exponen que Martin y Stockler (1998), realizan una propuesta indicando que, a menor tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad, existe mejor calidad de vida. Y, por último, refieren a Opong et al. (1987), quienes relacionan la calidad de vida con experiencia de vida o las condiciones de vida. (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012)

Por su parte, el *Diccionario de la Lengua Española* (s.f.) define *calidad de vida* como el “conjunto de condiciones que contribuyen a hacer la vida agradable, digna y valiosa”, brindando una definición más general del concepto en la cual se puede anexar el grado de satisfacción y felicidad que vive un individuo, principalmente relacionado con su salud y sus dominios. Pero, a su vez en la calidad de vida, se hacen presentes factores internos y externos que interfieren en los

determinantes y al ser algo inherente al ser humano, se hacen presentes aspectos subjetivos a los determinantes objetivos ya presentes.

También es importante tener en consideración que en la calidad de vida se encuentran presentes aspectos geográficos, culturales, religiosos, sexuales y generacionales que varían en términos subjetivos y objetivos entre sujetos y grupos sociales, donde confluyen factores de percepción y comparación interfiriendo aspectos cognitivos, psicológicos y emocionales, de ahí la complejidad del término y su significado específico.

Más recientemente el constructo de calidad de vida se ha diferenciado del concepto de calidad de vida relacionada con la salud. Esto, desde una perspectiva más del área médica del concepto que se utiliza para nombrar aspectos de la vida relacionados con la salud, los tratamientos y la enfermedad. Por lo tanto, se dejan por fuera aspectos culturales, políticos o sociales a los cuales se les llama calidad de vida no relacionada con la salud (Fernández, Fernández y Cieza, 2010).

Como se ha expuesto hasta el momento no existen definiciones únicas del concepto, pero éstas se pueden agrupar en distintas categorías como lo indican Urzúa y Caqueo-Urizar (2012), quienes de las 5 categorías que se presentarán a continuación retoman las tres primeras de Borthwick-Duffy (1992) y Felce & Perry (1995) y plantean 2 nuevas para hacer referencia al concepto. Es así como se categorizan de la siguiente forma:

a) Calidad de vida = Condiciones de vida: la calidad de vida es el equivalente a la sumatoria de los puntajes de las condiciones de vida que son objetivamente medibles en una persona (relaciones sociales, salud física, condiciones de vida, ocupación, actividades funcionales). Esta propuesta permite comparar desde indicadores objetivos a una persona con otra.

b) Calidad de vida = Satisfacción con la vida: en este caso, la calidad de vida es considerada como un sinónimo de satisfacción personal, por lo que la vida es la suma de la satisfacción en los diversos dominios de la vida, poniendo interés en el bienestar subjetivo y dejando de lado las condiciones externas de vida, puesto que se separa y aísla al individuo, ya que no se toman en cuenta los contextos económico, social, cultural, político e incluso su estado de salud, con el fin de lograr la satisfacción personal. Pero como es sabido, la satisfacción personal es afectada por la experiencia y el juicio de una persona en una determinada situación. En esta categoría se hace presente la capacidad de autoevaluación del bienestar, que es sumamente subjetiva para la cual es necesaria la capacidad de *insight*, *conciencia* y el grado de *introspección*, lo que discrimina a las personas que presentan algún problema cognitivo o trastorno mental que interfiera en la autopercepción o capacidad de *insight*.

c) Calidad de vida = (Condiciones de vida + Satisfacción con la vida): en esta categoría las condiciones de vida pueden ser establecidas de manera objetiva mediante diferentes indicadores psicológicos, conductuales, sociales, biológicos y materiales; que sumados a los sentimientos subjetivos sobre cada área pueden ser reflejados en el bienestar general. En este grupo se intenta conciliar la discusión acerca de considerar a la calidad de vida desde un punto de vista netamente objetivo o desde uno subjetivo. Es así como se toman en consideración evaluaciones objetivas y subjetivas en cada dominio de la vida, debido a que su interpretación sólo es en relación con el lugar de importancia que toma en la persona, por lo tanto, es una visión más global del concepto.

d) Calidad de vida = (Condiciones de vida + Satisfacción con la Vida) (Evaluación): en esta perspectiva la calidad de vida percibida por un individuo está estructurada por los procesos cognitivos vinculados a la evaluación que la persona realiza de sus condiciones objetivas de vida y del grado de satisfacción con cada una de ellas. Similar a la actitud y juicio que se forma de las

situaciones y los objetos. En ese proceso se involucran la identificación de los dominios relevantes que luego determinan los estándares en cada uno de éstos e integran los juicios separados en una evaluación global de calidad de vida.

Siendo ésta una perspectiva multidimensional que incorpora distintas dimensiones para llegar a una sola evaluación; la calidad de vida aparece como un constructo latente que es derivado de otros dominios o factores, que se expresan por medio de constructos observables como lo son los puntajes de las evaluaciones. Las evaluaciones globales pueden corresponder, por ejemplo, a mediciones del sentirse bien, ítems referidos específicamente a calidad de vida o escalas de satisfacción con la vida.

e) Calidad de vida = (Condiciones de vida + Satisfacción con la vida) (Valores): se define la calidad de vida como el estado de bienestar general. Comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar emocional, físico, social y material, de la mano con el desarrollo personal y de actividades; las cuales son mediadas por los valores personales. Bajo un proceso dinámico en este concepto los cambios en los valores y en las condiciones de vida o en la percepción, pueden provocar cambios en las otras personas.

En esta categoría se incluye la propuesta planteada por la OMS, que como posteriormente se expondrá en detalle, es un intento de lograr estudios comparativos e internacionales que desarrollaron un grupo de trabajo en calidad de vida, quienes han realizado el instrumento llamado World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL), y a partir de este trabajo propusieron una definición propia del concepto de calidad de vida (World Health Organization, 1996).

Después de analizar la propuesta de agrupación del concepto de calidad de vida realizada por Urzúa y Caqueo-Urizar (2012), queda manifiesta la complejidad y las diferentes posturas que exponen la generalidad de la definición que puede ser analizada desde diferentes posturas. Es por

ello, que una propuesta multidimensional y multifactorial se presenta factible en la presente investigación.

Por este motivo es que en el presente trabajo se utilizará la propuesta de calidad de vida propuesta por la OMS que complementa las dimensiones y los factores relativos más determinantes para el análisis de acuerdo con sus categorías; además, de que promueve la flexibilidad adecuada para la propuesta metodológica de la presente investigación.

1.2 Definición de calidad de vida de la OMS y del PNUD

La calidad de vida está relacionada de forma directa con el ser humano y, desde luego, con su desarrollo, es por ello por lo que en este apartado se abordarán los conceptos de calidad de vida desde la perspectiva de la OMS que se complementa con los factores de calidad de vida sana del PNUD, donde existe una interacción implícita como se analizará posteriormente.

La OMS por medio de un grupo de trabajo enfocado en el tema de calidad de vida y con el objetivo de lograr estudios comparativos e internacionales desarrolla el instrumento WHOQOL (1996). Con este trabajo es donde se propone una definición propia de calidad de vida, la misma tiene algunas características de constructo, como por ejemplo, que la calidad de vida es subjetiva y distingue la percepción de condiciones objetivas y condiciones subjetivas, además, de evidenciar la naturaleza multidimensional de la calidad de vida, donde se incluyen funcionamientos positivos y dimensiones negativas.

Es así como la calidad de vida es definida según la OMS, como:

La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de

independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. (OMS, 1996)

Esta definición conceptual realiza diferencias entre las evaluaciones de la persona, su funcionamiento objetivo, las capacidades, las conductas y los autoreportes subjetivos, en términos de su percepción de esos factores en las dimensiones física, psicológica, grado de dependencia, relaciones sociales, entorno y espiritualidad; así mismo, estas dimensiones se componen de subdominios. En este concepto, la OMS presenta la influencia de ciertos factores de la percepción individual como por ejemplo las metas, expectativas e intereses de la persona; estos son subjetivos y están relacionados con los valores.

De esta forma en el instrumento WHOQOL propuesto por la OMS, deriva de una propuesta en la conceptualización de la calidad de vida, desde el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que cada persona logra realizar de los elementos objetivos y subjetivos presentes en distintas dimensiones de su vida. Al tener la característica de ser un autorreporte, se ve reflejada de forma directa la evaluación que cada persona hace de su nivel de bienestar y satisfacción:

El resultado final de esta evaluación es producto de una diversidad de agentes que actúan en la percepción que un individuo tiene sobre su CV, constituyéndose en un abordaje multidimensional, ya que se conjugan diversas valoraciones que hace el propio sujeto sobre las distintas aristas de su vida y de qué manera percibe bienestar o malestar referente a ellas. (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012, p. 65)

Por consiguiente la calidad de vida se relaciona con los aspectos, capacidades, libertades y habilidades del ser humano, los cuales determinan su desarrollo personal y con el entorno, aunado a las anteriores dimensiones el PNUD establece como determinantes del bienestar y la calidad de vida los mismos factores del Índice del Desarrollo Humano, siendo estos la educación, la salud y

el factor económico, entendidos no como determinantes independientes sino interrelacionados entre sí, incluso con los mencionados por la OMS, ya que como veremos, se parte de un modelo sistemático de desarrollo humano en congruencia con la integralidad del ser humano como tal.

Sobre el índice del desarrollo humano, el PNUD, en el primer año en el que se realizó este documento, definió el término de desarrollo humano como:

Un proceso mediante el cual se amplían las oportunidades de los individuos, las más importantes de las cuales son la vida prolongada y saludable, acceso a la educación y el disfrute de un nivel de vida decente. Otras oportunidades incluyen la libertad política, la garantía de los derechos humanos y el respeto a sí mismo lo que Adam Smith llamó la capacidad de interactuar con otros sin sentirse “avergonzado de aparecer en público” (PNUD, 1990, p. 33).

Posteriormente, en el informe sobre el desarrollo humano del año 2016, se expone que:

El desarrollo humano consiste en ampliar las libertades de modo que todos los seres humanos puedan aprovechar las posibilidades que consideren más valiosas. Estas libertades tienen dos aspectos fundamentales: la libertad de bienestar personal (*freedom of well-being*), representada por los funcionamientos (*functionings*) y las capacidades (*capabilities*), y la libertad de agencia (*freedom of agency*), representada por la voz y la autonomía (PNUD, 2016, p.1).

De esta manera se hace una descripción del paradigma de desarrollo humano que se utilizará como referencia en este trabajo, visto como una orientación hacia la libertad de bienestar y la libertad de agencia, colocando en el centro del desarrollo a la persona, lo que lleva a visualizar más allá de la capacidad económica como determinante del desarrollo, objetando a la persona

como un fin y aspectos como la riqueza simplemente como un medio, generando con ello un cambio en la visión de desarrollo y por ende un determinante de la calidad vida.

Esta perspectiva del desarrollo humano del PNUD, propone que todas las personas tengan las mismas oportunidades en la vida y con ello no sólo implica ampliar las capacidades para lograr incrementar las opciones actuales, como lo pueden ser llevar una vida sana, productiva y segura; sino que también busca garantizar que estas opciones no pongan en peligro ni restrinjan aquellas disponibles para las futuras generaciones, proponiendo la importancia de la calidad de vida y el desarrollo humano como un fin para el bienestar de las personas y su desarrollo adecuado en el ciclo de la vida (PNUD, 2016).

Desde el paradigma del desarrollo humano, lo que se pretende es un mundo en el que todas las personas tengan libertad para aprovechar plenamente su potencial en la vida y puedan lograr aquello que consideren valioso, para ello busca el universalismo y en asegurar que nadie se quede atrás. Esta búsqueda de universalidad del desarrollo humano debe permitir a todas las personas ampliar plenamente sus capacidades y ponerlas en práctica ya que como lo indica que PNUD:

Esta idea implica también que las capacidades y las oportunidades sean sostenibles a lo largo de todo el ciclo de vida de las personas y entre generaciones; sin embargo, los menos favorecidos o los rezagados necesitan el apoyo de los demás — personas, comunidades y Estados— para desarrollar al máximo su potencial” (2016, p. 169).

Es así como el desarrollo humano es un medio para contribuir al desarrollo de las personas y su la calidad de vida desde diferentes perspectivas y para todas las personas de la sociedad.

Partiendo del argumento anterior, donde se expone que las capacidades y las oportunidades han de ser sostenibles a lo largo del ciclo vital y entre generaciones, podríamos cuestionarnos al igual que el informe sobre el desarrollo humano ¿Qué sucede con las personas que son afectadas

por una crisis (violencia sexual) en su ciclo vital? Y adecuándolo al tema en cuestión: ¿Qué sucede si esa interferencia se da en la infancia (violencia sexual infantil)? ¿Repercutirá a largo plazo en su desarrollo humano y calidad de vida?

Ante estas preguntas la respuesta evidente y empírica es que, en efecto, pueden generarse dificultades en su desarrollo y calidad de vida, pero para poder dar una respuesta con claridad es menester de la investigación y evaluación del desarrollo humano identificar cómo afecta y cómo es la calidad de esa afectación que se genera, a nivel de la psicoafectividad y en la calidad de vida; esto con el fin de analizar y brindar el apoyo necesario para que dichas personas desfavorecidas o vulnerables desarrollen su máximo potencial con la orientación profesional adecuada.

En la actualidad para hacer una medición del desarrollo humano el PNUD utiliza el Índice del Desarrollo Humano (IDH), el cual es un indicador que brinda un panorama del desarrollo de un país y la calidad de vida de las personas en términos de la capacidad de los individuos de vivir largo tiempo con buena salud, de adquirir conocimientos, el ingreso económico, además de tener la capacidad de comunicarse y de participar en la sociedad, entre otros.

El IDH se dio a conocer en el año 1990 por medio del informe sobre el desarrollo humano del PNUD y fue creado para denotar que la ampliación de las oportunidades de las personas tenía que ser el criterio más importante para evaluar los resultados en materia de desarrollo y calidad de vida, debido a la importancia brindada al factor económico, que es un medio que contribuye a ese proceso, pero no es el fin en sí mismo. Este avance en el cambio de paradigma se hizo tangible por medio de la medición en el progreso conseguido por un país.

En cuanto a la medición del desarrollo humano, el IDH se centra en tres dimensiones básicas del desarrollo humano y la calidad de vida según el PNUD:

- 1) Esperanza de vida al nacer, refleja la capacidad de poder llevar una vida larga y saludable.
- 2) El ingreso nacional bruto per cápita; es el reflejo de la capacidad de lograr un nivel de vida digna.
- 3) Los años promedio de escolaridad y los años esperados de escolaridad reflejan la capacidad de adquirir conocimientos.

Además, presenta 4 índices compuestos: la magnitud de desigualdad, el desarrollo de género, la desigualdad de género y el de pobreza multidimensional.

El PNUD para realizar el cálculo de este índice utiliza bases de datos de organismos internacionales de estadísticas y de las principales entidades nacionales, así como de otras fuentes confiables disponibles.

En cuanto a las impresiones presentadas en el IDH, se ha determinado la existencia de desigualdad de género desde los inicios de éste y las reducciones que se han ido produciendo a lo largo de los años, sin embargo; aún se deben implementar estrategias para abordar esta problemática. Así mismo, refiere a la vulnerabilidad del género femenino en ámbitos del desarrollo humano y la calidad de vida, como lo son la biología, la cultura, la política y la economía, además de las dificultades que se hacen presentes en cuanto a la inseguridad y la violencia, tema que ahondaremos en los siguientes apartados.

1.3 Cuestiones de género y exclusión en el desarrollo humano y la calidad de vida

Tomando como referencia el informe sobre el desarrollo humano del PNUD en el año 2016, donde se expone de forma amplia las diferencias de género existentes en la actualidad, mismas que se han desarrollado y puesto de manifiesto desde el primer informe sobre el desarrollo humano del año 1990, pues, con el afán de buscar el objetivo propuesto del desarrollo humano se requiere

buscar la equidad de género, preocupándose por las libertades y las capacidades a desarrollar por parte del sexo femenino, quien a lo largo de la historia se ha visto desprovisto de los mismos derechos que los hombres y que poco a poco se ha avanzado como humanidad en este campo en búsqueda de la igualdad, en el cual se busca el que nadie se quede atrás; contribuyendo de esta forma a la calidad de vida de todas las personas como iguales y sin diferenciación determinada por alguna condición presente.

En este informe sobre el desarrollo humano del año 2016 se menciona que:

Todavía hay demasiadas personas que se quedan al margen. El Índice de Desarrollo Humano, el Índice de Desigualdad de Género, el Índice de Desarrollo de Género y el Índice de Pobreza Multidimensional indican que no todo el mundo sale de la pobreza a medida que los países avanzan en estas mediciones de promedios. A pesar de los progresos generales, casi un tercio de la población mundial vive con un desarrollo humano inaceptablemente bajo. Gran parte de esta población —especialmente las mujeres y las niñas, las personas de las zonas rurales y las personas de países en conflicto— sufre privaciones múltiples y simultáneas. (PNUD, 2016, p. 56)

Como se puede observar, el índice ubica a las mujeres y a las niñas dentro de ese casi tercio de la población mundial que vive con un desarrollo humano inaceptablemente bajo. Esa población es a la que se enfocará en la presente investigación, ya que como se ha evidenciado, son quienes sufren de privaciones múltiples, además, de presentar características de vulnerabilidad e inseguridad e interferencias en su calidad de vida, como lo veremos posteriormente. Conocer realmente las situaciones que sufre esta población y estudiar las afectaciones brindará una mejor perspectiva para el desarrollo de las políticas que se pueden emitir para contribuir en la calidad de vida, con ello se pretende ir más allá de la estadística para conocer realmente el fenómeno.

Es por ello que los grupos de personas desfavorecidas, pueden ser entendidas como grupos de personas que se enfrentan o pasan por situaciones difíciles, las cuales presentan ciertas características determinadas ya sea por los lugares o por etapas, especialmente aquellas donde el ser humano es más vulnerable, y entre ellos podemos incluir las personas que son víctimas de violencia sexual en la infancia, “tienen más probabilidades que otras de carecer de acceso a recursos y oportunidades que mejoran las capacidades, así como de sufrir privaciones” (PNUD, 2016, p. 56), donde muy posiblemente se verá afectada su calidad de vida.

Dentro de las subsecciones del *Informe sobre el Desarrollo Humano 2016: Desarrollo humano para todos* (2016), se describe que de los grupos que se están quedando al margen del progreso en el desarrollo humano se encuentran las mujeres y niñas, indicando que:

En muchos países las mujeres y las niñas no pueden desarrollar al máximo el potencial de sus vidas. Las disparidades de género en el desarrollo humano, si bien se están reduciendo lentamente, se encuentran arraigadas en normas sociales y patrones tradicionales que excluyen a las mujeres de la toma de decisiones en el hogar y la comunidad y que limitan sus oportunidades y posibilidades. La discriminación por razón de género comienza antes de la escuela, incluso antes del nacimiento. (pp. 56-57)

Con ello la marginación y la disparidad de género, donde incluso en algunos países, principalmente de Asia Meridional, se hace presente en la preferencia por hijos varones, trayendo consigo la práctica de abortos en función del sexo del feto y a la desaparición de mujeres (PNUD, 2016). Esta es una realidad que cuestiona la ejecución de los derechos humanos universales y que se puede analizar como acto violento frente al desarrollo y calidad de la vida misma en el periodo prenatal de las niñas.

El documento del PNUD referido anteriormente, sugiere que la discriminación contra la mujer continúa en las familias por medio de la asignación interna de los recursos en el hogar, las políticas de alimentación diferenciadas por género que pueden llevar a las mujeres a la malnutrición y deficiencia proteica. También se presenta la realidad del matrimonio precoz entre las niñas que va a limitar sus capacidades y el potencial a largo plazo, ya que: “Cada año, 15 millones de niñas de países en desarrollo se casan antes de cumplir los 18 años, y, si no se reduce la incidencia del matrimonio precoz entre las niñas, la cifra habrá aumentado hasta los 18 millones en 2050” (PNUD, 2016, p. 58).

Otro factor que se manifestó en el informe sobre el desarrollo humano del año 2016 indica que las mujeres se enfrentan a numerosas desventajas en el trabajo remunerado y no remunerado. Además de los resultados en cuanto el nivel educativo y de salud, los cuales son peores en las niñas que en los niños. Y en cuanto al tema que se analizará, este informe refiere que la violencia contra las mujeres es una de las formas más brutales para el desempoderamiento:

Una de las formas más brutales de desempoderamiento de las mujeres es la violencia contra ellas, en el hogar, en todas las sociedades, en todos los grupos socioeconómicos y a todos los niveles educativos. Según un examen mundial de 2013, un tercio de las mujeres —y más de dos tercios en algunos países— han sufrido violencia física o sexual a manos de su pareja o violencia sexual a manos de terceros. (PNUD, 2016, p. 59)

Además, este mismo informe de las Naciones Unidas muestra que “Alrededor de un 20% de las mujeres sufrieron violencia sexual de niñas” (PNUD, p. 59), y continúa indicando que un 25% de las jóvenes de entre 15 y 19 años a nivel mundial afirman haber sido víctimas de violencia después de cumplir sus 15 años.

Así mismo, la violencia contra las mujeres se puede realizar por medio de las normas sociales, como es el caso de la ablación/mutilación genital femenina que se presenta aún en la actualidad, donde alrededor de “200 millones de mujeres y niñas vivas actualmente han sufrido mutilación genital femenina, aunque la mayoría de los hombres y las mujeres se oponen a la práctica en muchos países en los que se lleva a cabo” (PNUD, 2016, p. 59).

Al analizar estos tipos de violencia presentes en la mujer que influyen con su desempoderamiento, nos brinda un panorama de cómo la violencia sexual afecta de forma directa al desarrollo humano y por ende en la calidad de vida de la persona, que en este caso hace referencia a la mujer en el periodo vital de su infancia y desarrollo posterior, por lo que esto puede afectar en su esperanza de vida, ya que junto a este tipo de problemática se hacen presentes de forma colateral otros tipos de dificultades a nivel fisiológico, psicológico y psicoafectivo que interferirán en su desarrollo como se analizará a continuación.

1.4 La esperanza de vida sana, el ciclo vital y la violencia sexual en la infancia

Se iniciará haciendo referencia al tema de la esperanza de vida sana según el informe sobre el desarrollo humano del año 2016 del PNUD, el cual según la OMS ha examinado la esperanza de vida sana midiendo los años vividos con buena salud y sin discapacidad o enfermedad, y se ha llegado a la conclusión de que “las personas viven más, pero también pasan más años sufriendo debido a enfermedades y discapacidad” (PNUD, 2016, p. 68).

Ante ello, la irrupción en el ciclo vital de las personas puede generar dificultades o problemas, hablando así de la violencia sexual en la infancia, donde se ubica el abuso sexual infantil que puede traer consecuencias en cuanto a la salud mental y calidad de vida, con la posible interferencia o limitante en la calidad de vida sana, pero para ello se ha de estudiar esta situación a profundidad.

Continuando con el *Informe sobre el Desarrollo Humano 2016: Desarrollo humano para todos*, brinda cifras alarmantes sobre la violencia física, sexual y psicológica: “Según un estudio, el año anterior a su realización 1.000 millones de niñas y niños de entre 2 y 17 años en todo el mundo habían sufrido violencia física, sexual o psicológica. Alrededor del 25% de los menores de ambos sexos sufren maltrato físico, y casi el 20% de las niñas son víctimas de abusos sexuales al menos una vez en la vida” (2016, p. 70), cifras que pueden arrojar dificultades en cuanto al desarrollo humano a largo plazo, por el tipo de situación a la que son expuestos los niños y niñas, que presenta rasgos de vulnerabilidad por la etapa vital que cursan, y por la irrupción en su ciclo de vida generando privaciones.

En cuanto a ello, este mismo informe indica las dificultades presentes por las privaciones a lo largo del ciclo de la vida y entre generaciones:

Las privaciones de por vida entre los niños y niñas y las personas adultas pueden empezar incluso antes del nacimiento. Desde la concepción, el entorno al que están expuestas las mujeres embarazadas y las opciones de que disponen determinan las futuras aptitudes y capacidades de sus hijos e hijas de formas que resultan difíciles de alterar a medida que estos crecen. La falta de atención médica, la nutrición deficiente y los grandes esfuerzos físicos ponen en riesgo a los neonatos. Los niños y niñas pobres tienen más probabilidades que los ricos de experimentar infinidad de riesgos en el entorno antes de nacer, como la desintegración del hogar, la contaminación y la violencia. Se ha constatado que estas exposiciones prenatales al estrés influyen en las trayectorias de salud y desarrollo cognitivo y socioemocional, que son precisamente las esferas del desarrollo que, de no verse afectadas negativamente, podrían permitir a las personas ser miembros productivos de la sociedad. (2016, PNUD, p. 71)

De esta forma, podemos analizar que el ser humano está expuesto y vulnerable desde la etapa prenatal y que los acontecimientos externos pueden generar estrés, problemas en el desarrollo y su calidad de vida. De igual manera, una persona en el periodo de infancia al ser violentado sexualmente por medio del abuso sexual, se verá afectado negativamente e interferirá a largo plazo en su desarrollo humano y productividad.

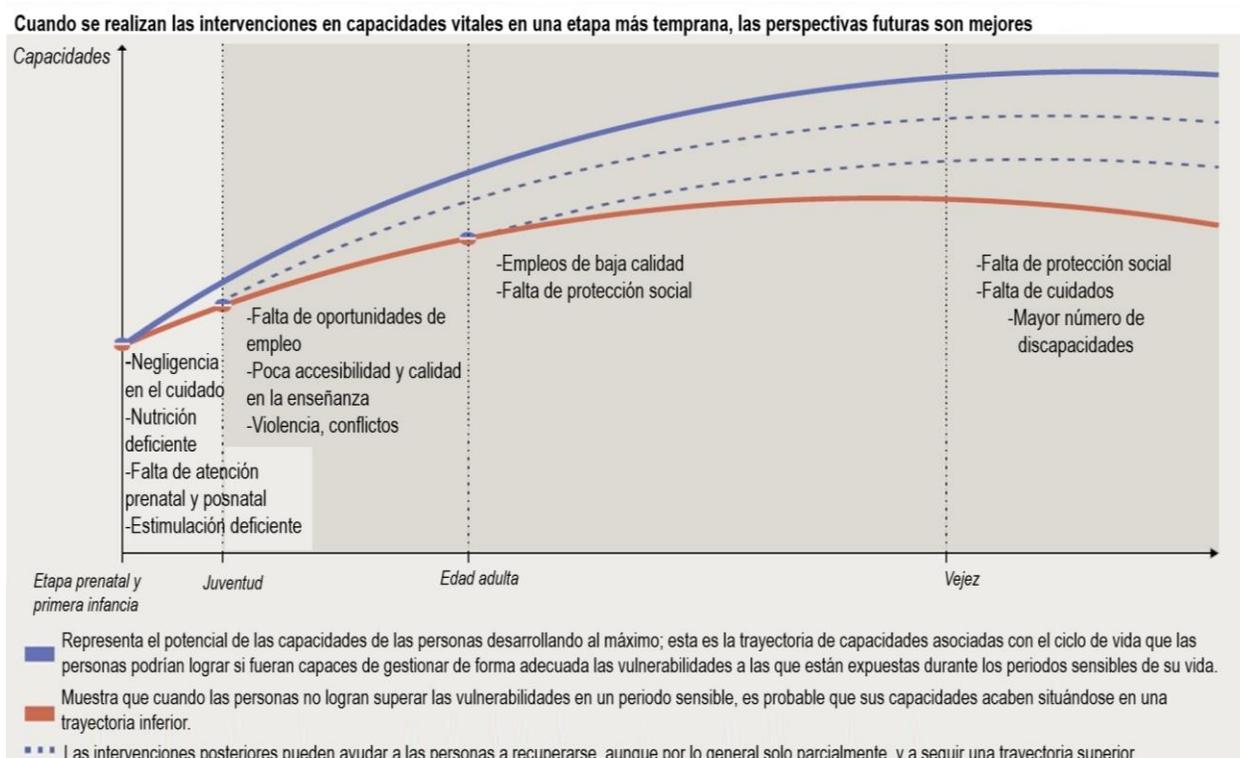
Una intervención temprana en casos de irrupción en el ciclo vital de las personas, como lo puede ser la violencia sexual, contribuye a una mejoría a largo plazo como lo indica el informe sobre el desarrollo humano del año 2016:

Quando se invierte en capacidades de vida más temprano que tarde, por ejemplo, mediante la educación preescolar y el cuidado en la primera infancia, las perspectivas educativas y laborales mejoran. Esto se debe a que las capacidades en cualquier etapa de la vida dependen del camino que se siga y reflejan las dificultades y oportunidades encontradas en etapas anteriores. Los niños y niñas que no tienen acceso a educación preescolar puede que tengan un peor rendimiento en la escuela primaria y secundaria. (PNUD, 2016, p. 73)

Como complemento de lo expuesto, el informe sobre el desarrollo humano del 2014 presenta el siguiente gráfico:

Figura 1.

Gráfico de etapa de desarrollo de una persona vs. capacidades del desarrollo.



Nota: Adaptado del Informe sobre Desarrollo Humano 2014, titulado: *Sostener el Progreso Humano: Reducir vulnerabilidades y construir resiliencia* (PNUD, 2014, p. 63).

En la Figura 1, se ubica en la etapa prenatal y primera infancia la negligencia en el cuidado, la cual se relaciona con el abandono del niño, considerada como un tipo de violencia y dentro de la presente investigación se plantea que la irrupción en el ciclo vital por parte de la violencia sexual que no es abordada de forma oportuna e interferirá en el desarrollo humano y la calidad de vida, generando efectos similares a los planteados por el informe sobre el desarrollo humano del 2014 en la gráfica, incluyendo dificultades psicoafectivas en la juventud, edad adulta y vejez.

Continuando con los obstáculos a los que se enfrentan los grupos en situación de marginación, pueden surgir interferencias o irrupciones en diversos momentos a lo largo del ciclo de vida, como por ejemplo en la infancia, esto puede causar graves privaciones en la vejez.

Frente a ello, el informe sobre el desarrollo humano del año 2014 acota que las capacidades y vulnerabilidades asociadas con el ciclo de vida pueden ser interdependientes y acumulativas, entendidas como capacidades las que se crean a lo largo de la vida y que deben nutrirse y mantenerse, pues, de lo contrario pueden estancarse, adicionalmente expone que muchas de las vulnerabilidades son el resultado de su historia vital y donde los resultados pasados influyen en las formas de sobrellevar las situaciones y en sus experiencias actuales.

Es así como el informe sobre el desarrollo humano (2014) plantea que la formación de las capacidades asociadas con el ciclo de vida presenta dos características:

- 1) Las capacidades en cualquier etapa de la vida dependen de la trayectoria seguida, es decir, les afectan las inversiones realizadas en las anteriores etapas de la vida. También están sujetas a una relación ecológica y se ven afectadas por la interacción entre el entorno inmediato, la comunidad y la sociedad.
- 2) Las perturbaciones a corto plazo suelen tener consecuencias a largo plazo. Ya que las personas pueden no recuperarse automáticamente de lo que parece ser una perturbación o crisis transitoria (histéresis). Por ejemplo, un contratiempo en la primera infancia puede tener serias ramificaciones durante todo el resto de la vida de la persona, incluso en las posibilidades de mantener un trabajo, las incertidumbres asociadas al envejecimiento y la transmisión de las vulnerabilidades a la siguiente generación. Algunos efectos pueden neutralizarse, pero no siempre, puesto que ello depende del

contexto y puede no ser rentable en términos de costes y beneficios. (PNUD, 2014, p. 63)

Con lo anterior visualizamos cómo el tema a analizar que refiere a las consecuencias a largo plazo interfiere en el desarrollo de la persona y en su calidad de vida, es por ello por lo que se deben conocer a profundidad las problemáticas presentes para determinar líneas de acción o políticas concretas y así contribuir al bienestar de la población a investigar.

También es importante mencionar lo que postula el informe sobre el desarrollo humano del 2014 ante estas situaciones, ya que si la inversión en las capacidades vitales se produce en los primeros años las perspectivas futuras son mejores y por lo tanto “la falta de inversiones oportunas y continuas en las capacidades vitales puede comprometer enormemente la capacidad de la persona para alcanzar un potencial de desarrollo humano pleno. Las intervenciones posteriores pueden ayudar a las personas a recuperarse —aunque por lo general sólo parcialmente— y seguir una vía de desarrollo humano superior” (PNUD, 2014, pp. 62-63).

Con ello el campo de la detección y el tratamiento temprano siempre es el ideal para aminorar los síntomas o dificultades de las personas, así como las repercusiones negativas a largo plazo.

1.5 La violencia sexual en la mujer como situación de vulnerabilidad

Como se ha expuesto en secciones anteriores, la mujer en el análisis del paradigma del desarrollo humano por su condición de género presenta rasgos de vulnerabilidad y marginación que interfieren en su progreso y calidad de vida. Y es que, a nivel mundial, las mujeres son quienes sufren la discriminación más generalizada, situación que está relacionada con la violencia sexual y ante ello el informe sobre el desarrollo humano (PNUD) del año 2014 indica que:

Cerca de un tercio de las mujeres de todo el mundo sufrirá violencia sexual u otro tipo de violencia física a lo largo de su vida, principalmente a manos de su pareja (que también serán responsables del 40% de todos los feminicidios, lo que puede extenderse a los asesinatos relacionados con el honor y la dote), lo que se describe como “vulnerabilidades relacionales” integradas en determinadas categorías de relaciones sociales. Un análisis reciente de la Organización Mundial de la Salud indica que el 7,2% de las mujeres del mundo —1 de cada 14— es víctima de violencia sexual por parte de alguien que no es su pareja. Los datos de Gallup extraídos de encuestas realizadas en 143 países en 2011 señalan un temor a la violencia de género. (PNUD, 2014, p. 26)

Estos datos son alarmantes, ya que denotan una problemática presente en la sociedad por medio de situaciones reportadas que están en las estadísticas, dejando de manifiesto la presencia de la violencia en las mujeres y el tema actual de la violencia de género.

Es importante remarcar, en este momento, las escasas referencias en cuanto al tema del abuso sexual infantil que existen, en los índices del desarrollo humano, tema que aparece en pocas oportunidades y que ha de ser profundizado como se ha visto a lo largo de este capítulo, con la intención de hacer notar esto, debido a las consecuencias que se evidencian en el largo plazo; mismas que pueden aportar material de análisis y de esta forma generar planes remediales que detecten a esta población vulnerable y desfavorecida.

Ya que, como se ha analizado anteriormente, la irrupción de este acontecimiento a una edad temprana se ejerce sobre una persona vulnerable y se genera vulnerabilidad, entendida esta cuando se limitan sus capacidades:

Las personas se vuelven vulnerables cuando no disponen de las suficientes capacidades básicas, dado que ello limita gravemente su *agencia* (la capacidad de las personas de tomar

decisiones) y les impide hacer cosas importantes para ellos o hacer frente a las amenazas. (PNUD, 2014, p. 27)

La vulnerabilidad es dinámica y multifacética, y en el caso de la presente investigación afecta a las niñas que a una edad temprana no tienen las capacidades para afrontar la relación de poder que se genera en la violencia sexual, puesto que factores como la edad y la discapacidad son importantes facetas de la vulnerabilidad y en su caso los niños tienden a ser intrínsecamente más vulnerables que otras personas (PNUD, 2014).

En este sentido la inseguridad personal y el miedo a la violencia obstaculiza la libertad de decisión, siendo que la violencia va a limitar aspectos relevantes del paradigma del desarrollo humano:

Las opciones y las libertades a través del daño y las amenazas físicas y florece en países con estados débiles, una gobernanza limitada e instituciones sociales escasas. La violencia también se asocia con una elevada pobreza y desigualdad. Las mujeres y las minorías sexuales, étnicas y religiosas —así como otros grupos y comunidades que se enfrentan a la discriminación social— son más propensas a sufrir inseguridad personal y amenazas de violencia, percibida o real. (PNUD, 2014, p. 62)

1.6 Implicaciones de la violencia sexual en la calidad de vida de la mujer

El desarrollo humano y la calidad de vida frente a la condición de vulnerabilidad, inseguridad y violencia sexual en la mujer, propone en congruencia de su objetivo principal alcanzar la igualdad de género y el empoderamiento en las mujeres, lo que vendrán a ser marcadores vitales para su desarrollo, como lo indica el *Informe sobre el Desarrollo Humano 2014: Sostener el Progreso Humano: Reducir vulnerabilidades y construir resiliencia* (2014):

“para que el desarrollo humano llegue a todo el mundo, la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres deben ocupar un lugar central” (PNUD, p. 94).

De acuerdo con lo anterior, se puede inferir que cuando existen las condiciones para que las mujeres logren trabajar en la profesión que han seleccionado, cuando tienen acceso a servicios financieros y al estar protegidas por ley frente a la violencia doméstica, tienen la capacidad de desarrollar al máximo el potencial en sus vidas. Así mismo indica este informe, que cuando más niñas tienen mayor acceso en la educación secundaria, son mayores los beneficios obtenidos para la persona, sus familias, comunidades y países. Es por ello que se debe examinar y promover de forma transversal e integrada tanto la igualdad de género como el empoderamiento de las mujeres.

Y siguiendo esta línea planteada, es importante para el desarrollo humano generar el análisis enfocado en la violencia sexual que sufren las niñas en su infancia y que generan conflictos en su desarrollo y calidad de vida, esto permitirá gestar políticas públicas centradas tanto en la prevención de estas acciones en sus ambientes familiares, así como la detección temprana que contribuye a un mejor pronóstico y la disminución de las repercusiones negativas a largo plazo de esta población femenina vulnerable, por su condición de niñez y por su género.

Como se ha podido analizar a lo largo de este capítulo, es beneficioso ahondar en esta problemática y sus repercusiones a largo plazo, primeramente, para hacer notar las repercusiones en el desarrollo humano y la calidad de vida en esta población y a la vez para prevenir o tratarla de la forma más adecuada, ya sea por diferentes instituciones o por profesionales, con el fin de promover y fortalecer el empoderamiento en las mujeres; contribuyendo de esta forma a generar canales de igualdad de género.

Esta situación de violencia en la infancia no es nueva para la humanidad, como veremos en el siguiente capítulo, afortunadamente se ha generado conciencia en la población sobre los

derechos de la niñez y las repercusiones gestadas por dicha violencia que repercuten de forma directa en el desarrollo humano y la calidad de vida.

Capítulo 2. La violencia y los efectos de la victimización interpersonal

En este capítulo se expone el tema referente al concepto de la violencia. Se brinda una explicación del término desde diferentes fuentes para, posteriormente, describir la clasificación de los diferentes tipos de violencia infantil existentes y sus características; entre las cuales se incluye la violencia sexual infantil desde la victimización interpersonal.

También se describen los antecedentes históricos de la violencia sexual en la infancia, tanto desde la violencia infringida a los niños, como del abuso sexual infantil a lo largo de la historia.

Además, se incluyen la descripción y categorización diagnóstica del abuso sexual en la infancia que realizan el *Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales* en su quinta edición (DSM-5) y la *Clasificación Internacional de Enfermedades* en su décima edición (CIE-10).

Por último, se presentan aspectos relevantes del abuso sexual en la infancia como un tipo de violencia sexual, donde se expone de forma detallada las diferentes formas en que se puede presentar el abuso, el impacto que éste puede ocasionar, los factores de riesgo que pueden existir y las consecuencias que se hacen presentes a corto y largo plazo del abuso sexual infantil.

2.1 El concepto de violencia

Para iniciar el capítulo, se debe aclarar que toda violencia va en contra del derecho de libertad de los seres humanos y que la misma debe ser erradicada en todas sus formas, ya que ésta, se presenta en diferentes contextos y situaciones tales como, a nivel familiar, personal y social, entre otras; y en todas se atenta contra la libertad humana.

Según la Real Academia de la Lengua Española (RAE, s.f.), se entiende por *violencia* como la cualidad de ser violento, con acción y efecto de violentar o violentarse, cuya acción violenta va contra el natural modo de proceder, además, la define como la acción de violar a una persona, sin especificar claramente el tipo de acción; ya que esta puede manifestarse de diferentes formas e

incluso algunas de ellas pueden estar presentes de manera conjunta al momento en que se genera la violencia.

La OMS brinda la siguiente definición de violencia: “es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte” (OMS, s. f). Esta conceptualización es base para comprender esta problemática y brinda algunos elementos claves que se analizarán posteriormente.

En el presente trabajo se ha de clarificar bien el concepto de violencia, como lo indica Hamby en su artículo *On Defining Violence, and Why It Matters* (2017), ya que las definiciones desde diferentes corrientes pueden presentar faltantes en su constructo o deficiencias para el estudio de esta. Ante ello se ha de tener en cuenta el concepto de violencia se compone de 4 elementos del comportamiento que son fundamentales: (a) intencional, (b) no deseado, (c) no secuencial y (d) perjudicial; con ello debemos entender que la definición de la OMS, aunque completa y planteada de manera científica, se complementa con los 4 factores de la conducta y con el análisis del daño y el umbral que han sido propuestos por la autora referida anteriormente.

En cuanto al daño, Hamby (2017) indica que se debe ampliar la propuesta de los enfoques de psicología social y salud pública. En el primero, relacionado con la psicología social la OMS indica que se da como resultado o tiene una alta probabilidad de provocar la muerte, daño psicológico, lesiones, privación o dificultades en el desarrollo. Y en la psicología social, la tendencia es una referencia que debe acercarse al daño extremo. Por lo general para ser catalogadas como daño se requiere la presencia de lesiones físicas visibles o la muerte, así mismo se cataloga como daño extremo el acto que tenga impactos adversos significativos y medibles en el ámbito de

la salud medio siglo después de su ocurrencia. Por lo general no se consideran en el daño violento acciones como rasguños, hematomas y los daños menos visibles, pero más impactantes, como por ejemplo el estrés postraumático, el suicidio, las respuestas de estrés desreguladas y las enfermedades (Hamby, 2017).

Para efectos de la definición de la violencia se debe determinar un umbral para lo que constituye un daño notable, mismo que puede ser determinado por dolor físico que se puede sentir un día después (Hamby, Finkelhor y Turner, 2013), el manual diagnóstico y estadístico para los trastornos psicológicos, establece un periodo de angustia y determina un mes para los síntomas del trastorno del estrés postraumático (TEPT), además de un grado mínimo de impacto, como angustia significativa o deterioro funcional (American Psychiatric Association, 2014), reflejando el impacto duradero de los daños, los cuales no han de ser daños “extremos” para tener un impacto duradero. Así, se ha de tener en consideración que un solo resultado perjudicial no es determinante en la definición de los comportamientos como violencia, puesto que se debe distinguir el acto para poder determinarla (Hamby, 2017).

De esta forma se puede catalogar a la violencia como un comportamiento no esencial, no deseado, intencional y dañino, la cual debe ser entendida como un subconjunto de comportamientos agresivos que se distinguen más útilmente de la agresión por su naturaleza no esencial.

En el caso de la agresión, ésta incluye la defensa personal, berrinches (en los niños pequeños) y otros comportamientos no deseados, intencionales y dañinos que son necesarios para protegerse a uno mismo o a sus seres queridos, o que se producen debido al repertorio conductual limitado del autor. El concepto de extremo con respecto al daño o la malicia de la intención no se suma a la utilidad de la definición de violencia y puede descartarse (Hamby, 2017).

Para comprender mejor esta acción, en este capítulo se realizará una división de las diferentes formas en que se puede manifestar la violencia, con el fin de clarificarla y profundizarla, prestando mayor atención a los temas de violencia y abuso sexuales en los infantes debido a que estos son parte fundamental del trabajo de investigación.

Este tema sobre el cual se profundizará, ha sido analizado por diferentes entidades internacionales y por instituciones en diferentes países, existiendo estadísticas, ciertamente alarmantes, así como investigaciones, abordajes e intervenciones que ponen de manifiesto la violencia sexual infantil en la sociedad y con ello la relevancia de seguir investigando en torno a este campo complejo. Por lo tanto, puede convertirse en un tema diverso y devastador para el infante que se enfrenta a una situación de violencia sexual y que en el ámbito psicológico y de la salud mental puede generar dificultades severas, traumas o características principales para algún trastorno como se describen en la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Sociedad Americana de Psicología (DSM-5), y como se encuentra descrito en la décima revisión de la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10).

Con el propósito de comprender la violencia sexual y las implicaciones presentes en la psicoafectividad, el desarrollo humano y la calidad de vida, se analizarán las repercusiones que se presentan en estas áreas, por lo tanto, en el último apartado de este capítulo se hace referencia a los factores de riesgo de la violencia sexual, así como las implicaciones a corto y largo plazo presentes a nivel emocional, cognitivo, del desarrollo humano, en las relaciones interpersonales y de pareja, que repercuten en la calidad de vida de las personas violentadas.

Después de esta descripción general se procede a abordar el tema de violencia y victimización, que como se ha descrito anteriormente, se pueden presentar de diferentes maneras,

y éstas a su vez pueden darse de forma individual o en conjunto con otros tipos de violencia, y para clarificar estos argumentos es preciso conocer estas diferentes formas que competen a la investigación planteada, y que se describirán a continuación.

2.2 Diferentes tipos de violencia infantil

La violencia infantil a lo largo de la historia ha tenido análisis diferentes, pero actualmente y para efectos de este estudio, se tomará como base lo manifestado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que aplica el término de niños a todas las personas que tienen menos de 18 años con una división por edades: menores de 5 años, de 5 a 10 años, de 11 a 17 y de 18 o más años, y que define el término de violencia contra los niños y niñas (de edades de menos 5 años a los 15 años) en el texto *INSPIRE: Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas* (2016), de la siguiente forma:

La “violencia contra los niños y las niñas” (o la “violencia en la niñez”) se define como la violencia contra cualquier persona de este grupo etario. Según la OMS, la violencia se define como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. (Krug E. G., Dahlberg L. L., Mercy J. A., Zwi, A. B., Lozano R, 2003, p. 5). Por lo tanto, la violencia abarca mucho más que los actos que causan daño físico. Sus consecuencias van más allá de la muerte y las lesiones, y pueden incluir enfermedades transmisibles y no transmisibles, daños psicológicos, comportamientos peligrosos, bajo rendimiento educativo y laboral, y delincuencia. (2016, p. 14)

De esta forma podemos categorizar la violencia en tres tipos, la primera es la violencia autoinflingida (contra uno mismo, autolesiones, comportamiento suicida, etc.), la segunda es la

violencia interpersonal (violencia contra otra persona con o sin parentesco, por lo tanto, puede ser violencia familiar, hacia niños, pareja, ancianos, etc.) y por último la violencia colectiva (sociales, comunitaria, económica, política). Y por otra parte esta definición nos presenta la naturaleza de los actos de violencia como son producir lesiones, muerte, el daño psicológico, físico, sexual, económico, trastornos del desarrollo y privaciones.

En otra referencia sobre la violencia contra los niños y las niñas de la OPM, describe los diferentes tipos de violencia en la infancia y las formas en las que se puede presentar:

La violencia contra los niños y las niñas incluye todas las formas de violencia física, sexual y emocional, descuido, trato negligente y explotación. Maltrato infantil se refiere más concretamente a actos de violencia perpetrados por adultos en posiciones de responsabilidad, confianza o poder. Estudios documentan altos niveles de violencia física en la infancia, como demuestra un estudio representativo a nivel nacional en El Salvador, en donde el 42% de las mujeres y el 62% de los hombres reportaron violencia física antes de los 15 años. Datos sobre abuso sexual infantil son más limitados, pero, en encuestas poblacionales, mujeres informan niveles de abuso sexual antes de los 15 años tales como el 4,7% en Guatemala y el 7,8% en Honduras. (OPS, s.f.)

Como se puede analizar, la violencia en los niños y niñas es un problema de salud pública que interfiere tanto en el desarrollo de la persona como de la sociedad.

De los diferentes tipos de violencia, en este apartado se analizará la violencia interpersonal de la OMS, pero se complementará con la visión más actual de la victimización interpersonal en la infancia, que se relaciona de forma estrecha con la victimización en el periodo del desarrollo del ser humano, esto desde la postura de Finkelhor (2007).

2.3 Victimización interpersonal

Desde el concepto de victimización interpersonal de Finkelhor (2007), se puede realizar un análisis más completo y específico de la problemática de la victimización sexual, ya que analiza el fenómeno desde una postura más directa, poniendo énfasis en la persona y en la fuente del problema y no en el hecho en sí que puede estar permeado de irregularidades que lleven al investigador a quedarse en un plano poco específico del fenómeno.

El autor mencionado en el párrafo anterior indica que:

La victimización interpersonal de interés para la victimología del desarrollo es un tipo especial de experiencia de vida negativa que se distingue de otros eventos de la vida. Esta victimización puede definirse como daños que les ocurren a las personas debido a que otros actores humanos tienen comportamientos que violan las normas sociales. Los componentes de la agencia humana y la violación de la norma otorgan a las victimizaciones un potencial especial de impacto traumático. (Finkelhor, 2007, p.10)

En ese sentido, la victimización genera conflicto en la agencia humana y en las capacidades de la persona, llegando a limitar su libertad y capacidad de acción por medio del impacto traumático en el ciclo vital que es propinado por otro ser humano.

Por ello, se debe diferenciar la victimización interpersonal de otros tipos de estrés y traumas como pueden ser las enfermedades, los accidentes, los desastres naturales y los duelos donde se presentan con menor frecuencia que en la victimización interpersonal los problemas de malevolencia, traición, injusticia y moralidad. Además, en la violencia interpersonal se involucran un conjunto especial de instituciones y respuestas sociales como por ejemplo la policía, los tribunales, las agencias de control social y otros de los esfuerzos para restablecer la justicia y aplicar castigos, que no están presentes en otros tipos de estrés y traumas (Finkelhor, 2007).

El autor referenciado anteriormente, incluye tres categorías en relación con el tema de la victimización de los niños y niñas, estas son:

1- Delitos convencionales o comunes en los que los niños son víctimas (violación, robo, asalto), a lo que el autor denomina como "delitos";

2- Actos que violan los estatutos de bienestar infantil, entre ellos se incluyen algunos de los actos más graves y peligrosos cometidos contra los niños, como el abuso y la negligencia, y además de otros temas como la explotación del trabajo infantil, a esto Finkelhor (2007) llamará "niño mal tratado";

3- Por último, los actos que se pueden catalogar como crímenes si fueran cometidos por adultos contra adultos, generalmente no son motivo de preocupación en el sistema de justicia penal cuando ocurren entre niños o contra ellos. Aquí se incluyen la violencia entre hermanos y las agresiones entre pares preadolescentes y entre aquellos que podrían denominarse equivalentes de delitos juveniles no criminales, a esto Finkelhor, (2007) lo que denomina "no delitos".

Como se puede analizar, cada una de estas categorías es un dominio complejo, pero a su vez tiene sus formas estereotipadas, que a veces ayudan y en otras ocasiones impiden pensar en una categoría. Ya que puede existir la tendencia a pensar cuando se comenten crímenes contra niños, en los secuestros de extraños, en los abusos sexuales extrafamiliares y en situaciones de adultos que amenazan a niños; en este caso se busca la acción protectora y retributiva por medio de la policía, los tribunales o el sistema de justicia penal.

En el caso del maltrato infantil, se puede pensar en los padres que abusan o descuidan sus responsabilidades como padres, y en este caso se recurre a los tribunales de familia, el trabajo social y los medios relacionado con la salud mental.

Finkelhor (2007), también menciona que se puede pensar en términos de violencia no criminal contra los niños, refiriéndose a aquella que se manifiesta por medio de las agresiones entre iguales, los cuales son delitos que por lo general son manejados por los padres o las autoridades escolares.

Pero, por diferentes que sean sus estereotipos, no existe claridad y es difícil distinguir algunos aspectos en estas categorías, ya que hay una superposición sustancial, puesto que el maltrato infantil en ocasiones se ve como un delito y en otras no. Ante ello Finkelhor (2007) pone los siguientes ejemplos: el abuso de menores a menudo es considerado tanto un delito como una violación del bienestar infantil. El mismo acto de agresión entre pares que podría resultar en un arresto en una jurisdicción puede ser tratado como un "no delito" para que los padres o las autoridades escolares resuelvan en otra jurisdicción. Otro ejemplo es el de las agresiones sexuales entre hermanos que pueden haber sido vistas como crímenes o maltrato infantil, pero cada vez más las manejan las autoridades de justicia penal y bienestar infantil. También el secuestro de niños por parte de miembros de la familia, se considera cada vez más un delito y un maltrato infantil.

Es por ello que comprender las bases para la construcción social de la victimización a lo largo de la infancia, debe ser uno de los desafíos clave para el desarrollo y análisis de la victimología.

Se presenta así, una victimología que afecta al ser humano en el proceso de desarrollo, a lo que Finkelhor (2007) denominará victimología del desarrollo y que es retomado por Pereda y Tamarit (2013) donde proponen una definición de las formas de victimización, las características y efectos de ésta que están en función de la etapa evolutiva. Pone principal atención a la victimización que experimentan los niños y niñas por parte de los adultos, ya que se encuentran en

una posición de mayor riesgo considerándose un grupo vulnerable en el plano del desarrollo humano y del ámbito victimológico (Pereda y Tamarit, 2013).

A continuación, se exponen los diferentes tipos de violencia propuestos por la OMS con una integración de algunos tipos de victimización propuestos por Finkelhor, que vienen a fortalecer la tipología para el análisis de este fenómeno como lo indican Pereda y Tamarit (2013), ya que al añadir estos nuevos tipos que refieren a la victimización se establecen vínculos con el desarrollo social, personal y se acrecienta la sensibilización de la protección hacia la infancia:

2.3.1 *Violencia física:*

Definida por Corsi (2004) como abuso de forma física y referente a cualquier acción que es no accidental que provoque en el niño daño físico o enfermedades, donde la intensidad del daño varía desde la contusión leve hasta una lesión mortal, que puede ser infringido por parte de sus padres, cuidadores y añadiremos que puede ser generada también por familiares cercanos o particulares.

2.3.2 *Violencia emocional o psíquica:*

Según la OPS (2016), ésta incluye restringir movimientos de un niño o una niña, así como ridiculizarlos, denigrarlos, intimidar o amenazar, de igual forma el brindar un trato discriminatorio, de rechazo y utilizar otras maneras no físicas de tratamiento hostil.

2.3.3 *Ser testigo de violencia o exposición a la violencia:*

Entendido como la exposición a la violencia o a ser testigo de ésta, ya que se puede obligar a un niño o una niña a observar un acto de violencia, e incluye el hecho de presenciar por casualidad un incidente de violencia entre dos o más personas (OPS, 2016).

Dentro de esta categoría de maltrato se incluye la exposición del menor a la violencia familiar, donde los menores presencian de forma habitual las agresiones, que pueden ser de tipo

físico o emocional propinado por un miembro de la familia hacia otro u otros miembros de esta, lo que puede traer repercusiones en el niño o niña al estar expuesto a los abusos y agresiones de los progenitores hacia sus hermanas, hermanos y figuras parentales (Pereda y Tamarit, 2013).

También se incluyen en esta categoría la exposición a la violencia comunitaria, como por ejemplo, las guerras y el terrorismo, así como la victimización directa de la comunidad y de las instituciones sociales reflejada en los menores refugiados y desplazados debido a causas de violencia política. Existe en estos casos una exposición a la crueldad, el racismo, los prejuicios culturales, negligencia, depravación y abuso institucional (Pereda y Tamarit, 2013).

Como parte de esta categoría, se integra lo que Finkelhor define en la victimología del desarrollo como victimizaciones indirectas, que son las situaciones en las que los niños son testigos o están muy afectados por la victimización debido a algún crimen de un familiar o amigo. Se incluye a los niños que son testigos directos del abuso conyugal (Jaffe, Wolfe y Wilson, 1990; Wolak y Finkelhor, 1998), que se ven privados de un padre o un hijo a causa de un homicidio (Kilpatrick, 1990), o a quienes están presentes, pero no resultaron heridos en masacres en el patio de recreo o el asesinato público de un maestro (Nader, Pynoos, Fairhanks y Frederick, 1990). Aunque la victimización indirecta afecta tanto a los adultos como a los niños, estos últimos son particularmente vulnerables a los efectos, debido a su dependencia de las víctimas.

2.3.4 Violencia sexual:

Según la OPS (2016) ésta “incluye el contacto sexual no consensuado realizado o intentado; actos no consensuados de naturaleza sexual que no incluyen contacto (como voyeurismo o acoso sexual); actos de trata sexual cometidos contra alguien que no puede dar su consentimiento o negarse a estos actos; y explotación por internet” (p. 14).

2.3.5 Abandono y negligencia:

Entendido como descuido y trato negligente, puede ser de forma física o emocional como lo menciona Corsi (2004), donde el primero refiere al maltrato de índole pasivo cuando las necesidades físicas no son atendidas, ya sea de forma temporal o permanente por algún miembro del grupo en que el niño convive, ejemplo de ello es la falta de alimentación, higiene, abrigo y cuidados médicos, además de la protección y vigilancia de las situaciones potencialmente peligrosas. El segundo, hace referencia al trato donde se hace presente la falta de respuesta en las necesidades que el niño requiere en cuanto al contacto afectivo; ejemplo de ello son la ausencia de contacto corporal, caricias o la indiferencia de los estados anímicos del infante.

2.3.6 Victimización por iguales y/o hermanos:

Es el tipo de victimización que se da entre personas de una edad similar en diferentes contextos, Finkelhor (2007) los clasifica como *equivalentes de delitos juveniles no criminales*. Expone la equivalencia funcional de este tipo de acciones, por ejemplo, cuando un adulto golpea a otro en un bar y un niño golpeando a otro en el patio de escuela en el tiempo de recreo. Ya que parece existir en el supuesto cultural que los actos son menos graves o criminales si aparecen a edades tempranas. Este tipo de victimización pretende estudiar la victimización de manera evolutiva, sobre la cual se pretende observar los actos funcionalmente equivalentes a lo largo de la vida.

En esta categorización se ubica el Acoso escolar (Bulling) o maltrato entre iguales, que se define como aquella conducta de acoso o victimización realizada por uno o varios alumnos de manera repetitiva con acciones negativas contra otro. Estas acciones negativas se entienden como la manera intencionada de infligir mal o malestar a otra persona, ya sea de manera física y/o psicológica. Esta acción de tipo negativa e intencionada, se caracteriza por la existencia de

desequilibrio de poder y fuerza, donde la víctima difícilmente puede salir por sus propios medios de esta situación (Olweus, 1993).

2.3.7 Victimización por internet:

Este tipo de victimización se puede considerar como un nuevo dominio en la victimología del desarrollo en los últimos años (Finkelhor, 2007). Los autores Wolak, Mitchell y Finkelhor (2010) han incluido tres tipos de delitos referentes a esta problemática:

- Delitos sexuales por Internet y solicitudes de tales delitos,
- Exposición no deseada a la pornografía
- Acoso y ciberacoso.

Entendidas específicamente cuando adultos hacen la solicitud a jóvenes menores de edad para interacciones en línea de índole sexual o para proponer actividades sexuales. Es importante indicar en este apartado que el internet ha creado una gran exposición de los jóvenes a material sexual inadvertido y no deseado, pero, aunque es ofensivo para muchos jóvenes y padres, todavía no se define claramente como un delito o problema de bienestar infantil, en parte porque el elemento de daño no ha sido claramente establecido. (Finkelhor, 2007)

También se localiza dentro de este tipo de victimización el ciberbullyng, que es relativo a la conducta violenta e intencional que se repita de forma constante por parte de un individuo o grupo de personas por medio de dispositivos electrónicos y las nuevas tecnologías de información y comunicación (Smith y Slonge, 2010, citado por Pereda y Tamarit, 2013).

Es importante hacer referencia que las víctimas de un solo tipo de maltrato son poco frecuentes y la tendencia más común es la presencia o combinación de diversos tipos de violencia en un mismo menor (Saldaña, Jiménez, Oliva, 1995, citado por Pereda y Tamarit, 2013). Por lo tanto estas tipologías no se deben considerar excluyentes, ya que pudiesen presentarse más de un

tipo de victimización en cada caso, aunque la tendencia en investigación es la centralidad en un solo tipo de acción a la cual se es víctima.

Esto lleva a la fragmentación de la investigación en el campo de la victimología del desarrollo que impide considerar los frecuentes y graves hechos de polivictimización o lo que se considera como acumulación de diferentes tipos de victimización en la vida del niño o la niña así como las consecuencias a lo largo de su ciclo vital (Pereda y Tamarit, 2013). Como Finkelhor lo menciona, al referirse a que tenemos que ser conscientes que, para algunos menores, la experiencia de violencia es más una condición vital permanente que un suceso puntual.

Después de exponer estos conceptos, es importante recalcar que el tema del abuso sexual no se ha definido hasta el momento, puesto ya que, en el apartado de violencia sexual, se refiere únicamente al “contacto sexual” incorporando al abuso como un tipo de violencia sexual por la forma de contacto y el hecho del acto en sí que se comete contra el niño o la niña.

En la próxima sección se describirá con mayor detalle sobre las injerencias y conexiones lógicas existentes entre estos dos conceptos para comprender la diferencia entre ellos.

2.4 El abuso sexual como parte de la violencia sexual

Al hacer referencia a los términos de “violencia sexual” y “abuso sexual” se debe aclarar que la forma en que se abordará el abuso sexual infantil será como parte de la violencia sexual infantil complementada con la óptica de la victimización sexual interpersonal de Finkelhor (2007), ya que como se analizará, recientemente entidades internacionales han sugerido incluir el abuso sexual dentro de la violencia sexual, debido a que con frecuencia se hace uso de la violencia, además por el acto en sí de violentar la integridad del menor.

La descripción del diccionario de la RAE (s. f), refiere que el *abuso sexual* es el “delito consistente en la realización de actos atentatorios contra la libertad sexual de una persona sin

violencia o intimidación”, pero es común que en relación a este tema se haga presente de forma regular el uso de la violencia en sus diferentes tipos, que se han descrito en la sección anterior.

De esta forma, es que el presente trabajo utilizará dicha tipificación, puesto que el tema de la violencia hace referencia directa al desarrollo humano y la calidad de vida, principalmente en su relación con el tema de la libertad, el cual se retomará posteriormente.

La OMS tipifica de la siguiente forma la violencia, en su documento titulado *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres* (2013), e inicia describiendo el tema como: “La violencia sexual abarca actos que van desde el acoso verbal a la penetración forzada y una variedad de tipos de coacción, desde la presión social y la intimidación a la fuerza física” (OMS, 2013, p. 1) esto desde el punto de vista de la violencia interpersonal que se tipifica en la victimización interpersonal y sus repercusiones propias en el desarrollo que incluye las siguientes situaciones:

- Violación en el matrimonio o en citas amorosas;
- Violación por desconocidos o conocidos;
- Insinuaciones sexuales no deseadas o acoso sexual (en la escuela, el lugar de trabajo, etc.);
- Violación sistemática, esclavitud sexual y otras formas de violencia particularmente comunes en situaciones de conflicto armado (por ejemplo, fecundación forzada);
- Abuso sexual de personas física o mentalmente discapacitadas;
- Violación y abuso sexual de niños; y
- Formas “tradicionales” de violencia sexual, tales como, el matrimonio o cohabitación forzados y “herencia de viuda”. (OMS, 2013, p. 1)

De esta forma visualizamos al abuso sexual como parte de un tema más general como es la violencia sexual, ya que en el abuso sexual infantil es una forma de violencia a la infancia, donde se violenta de formas diversas al menor y se pone en riesgo su integridad física y emocional debido

al acto en sí, además se ve limitada su libertad como ser humano independientemente de su edad, pues, de la forma en que éste se haga presente siempre mediará esa limitante y se violentarán sus derechos.

Esto lleva al abusador a violentar al menor para someterlo o persuadirlo y así cometer el acto, donde, como veremos posteriormente se ejecuta una relación de poder. Y como se ha analizado posteriormente este tipo de violencia se ubica en la tipificación que realiza la OMS sobre el término de violencia a la correspondiente violencia interpersonal, que de forma más actual se corresponde con la victimización interpersonal, enfocado directamente en la víctima y sus repercusiones.

El abuso y la violencia sexuales no es un tema nuevo, como se verá a continuación en el siguiente apartado, sino que es un problema que se ha venido dando desde mucho tiempo atrás, pues, a través de la historia de la humanidad se ha ejecutado la violencia sexual a los niños y es a mediados del siglo XIX, donde se ha puesto atención a este atroz comportamiento hacia los infantes, quienes son personas en desarrollo y vulnerables.

Este tema ha puesto a reflexionar a la humanidad por el impacto y las altas estadísticas a nivel mundial. A razón de ello, organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y otras entidades como por ejemplo *Save the Children*, han puesto su mirada en esta problemática y han generado acciones que se ejecutan en todos los países miembros o donde se encuentran estas entidades por medio de políticas públicas, planes y programas.

2.5 Antecedentes de la violencia sexual en la infancia

Según investigaciones y registros a lo largo de la historia de la humanidad se han hecho presentes actos de violencia sexual infantil y entre ellos se ha manifestado el abuso sexual infantil, en el texto de UNICEF Uruguay de Baita y Moreno (2015) titulado *Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*, se hace una recopilación y descripción histórica que se tomarán como guía en estos antecedentes históricos.

2.5.1 Historia de la violencia sexual infantil

A lo largo de la historia de la humanidad se han presentado acciones que hacen referencia a la violencia sexual que responden a un contexto, una época y desarrollo específico, permeado por formas de pensar particulares que se han de juzgar con los avances en los ámbitos político, cultural, económico y biológico de cada época.

Es así como

A lo largo de la historia los niños han sido olvidados, desacreditados, no tenidos en cuenta. El hecho de tomar conciencia de la necesidad de cuidarlos, protegerlos y tratarlos bien no se extiende mucho en el tiempo, si miramos hacia atrás. (Baita y Moreno, 2015, p. 12)

De esta forma podemos analizar que, en el proceso de evolución, el ser humano no siempre ha considerado cuidar de forma adecuada de los niños. Baita y Moreno (2015) citando al autor Lloyd de Mause, indican que en el año 1974 escribe su investigación acerca de la historia de la infancia, demuestra que la historia desde sus inicios presenta diversos horrores, como castigos físicos, abusos sexuales y muertes, a los cuales eran sometidos los niños.

Algunas de esas formas se retratan desde las tradiciones de la Edad Antigua, donde se consideraba el llanto constante del niño como señal de que se podía convertir en un *engendro*, por lo que era fajado o atado durante largos períodos, con el fin de que no se convirtiera en un ser

malvado. Además, se empleaban instrumentos para castigo, como palas, látigos, varas de hierro o bastones, y se recurría a la amenaza con figuras monstruosas.

En esa época Antigua, el infanticidio y el abandono de niños eran prácticas toleradas, en donde ya se podía distinguir la discriminación basadas en el género, puesto que se abandonaba a la hija mujer y discriminación por diferencias físicas en hijos deformes. Prácticas como el abandono, el asesinato de niños, la mortificación del cuerpo, los sacrificios rituales y las castraciones femeninas y masculinas eran habituales para con los niños en la Antigua Grecia.

En la Edad Media los niños también eran sometidos a prácticas de violencia y se reafirma que el maltrato infantil era una práctica bien vista de crianza.

Hasta el siglo XVIII los niños eran considerados impuros y se los identificaba con sus excrementos, por ello los medios para relacionarse con el interior del niño eran la purga y los enemas, e incluso pensadores de la época consideraban conveniente purgar a los niños antes de amamantarlos para que la leche no se mezclara con las heces (Rozanski, 2003).

El texto que se ha utilizado como base en este apartado, indica que para esta época:

Los niños podían ser arrojados a los ríos o a las zanjas, envasados en vasijas para que murieran de hambre, o bien emparedados en muros o enterrados en puentes; estas dos últimas estrategias se utilizaban para reforzar la estructura de la construcción. Los filósofos de la época decían que “el hombre puede hacer lo que quiera con sus hijos ya que si nos liberamos de los piojos y saliva porque no hacerlo de ellos que no sirven de nada” (Rozanski, 2003: 27). (Baita y Moreno, 2015, p. 13)

Estos autores refieren a que era común que los niños quedaran por años en manos de alguna nodriza para que los alimentaran, esto principalmente en las clases altas (abandono y negligencia), que se daba la inversión de roles donde el niño cuidaba y satisfacía las necesidades del adulto,

además, que se daba la venta de niños y la manipulación sexual por sus cuidadores. También describen que:

Los niños no solo eran abandonados en instituciones o en manos de sus nodrizas, sino que también eran entregados a otras personas, respecto a lo cual los padres argumentaban distintas razones: para aprender a hablar, para vencer la timidez o incluso para pagar cuentas médicas. Era habitual también suministrar a los niños opio y bebidas alcohólicas para que dejaran de llorar, y ofrecerlos como mercancía cuando se consideraba que *sobraban* en una familia. (Baita y Moreno, 2015, p. 14)

2.5.2 Historia del abuso sexual infantil

Continuando con la referencia de Baita y Moreno (2015), relata que, en Grecia y Roma, se utilizaba a los jóvenes como objetos sexuales por hombres mayores, donde podían ser alquilados para realizar prácticas sexuales. Describen como práctica común la castración de los niños para llevarlos a burdeles y citando a De Mause, las autoras refieren que éste sugiere que los abusos sexuales se daban con mayores de 11 o 12 años, aunque consideraba probable que niños menores a esas edades también fueran objeto de la manipulación sexual por parte de pedagogos y maestros. Indica que tales prácticas también eran comunes entre los judíos, ya que no consideraba como acto sexual la cópula con niños menores de nueve años y solo eran castigados con lapidación lo que llamaban sodomía con niños mayores a esa edad.

La práctica sexual preferida en la Antigua Roma con los niños era el sexo anal, además existía la idea de que era muy excitante el sexo con niños castrados, ya que algunos eran castrados desde la cuna hasta que el emperador Domiciano prohibió la castración de los niños para ser llevados a los prostíbulos (Baita y Moreno, 2015).

Describen las autoras que “con el cristianismo comenzó a aparecer un concepto diferente del niño, considerado como un ser puro e inocente, alejado del conocimiento y la comprensión de lo que eran los *placeres carnales*.” (Baita y Moreno, 2015. p. 14). Es en el periodo del Renacimiento y el siglo XVII, donde se empieza a reprobar moralmente el contacto sexual de adultos con niños, pero con la deferencia que era obligación del niño detener los avances sexuales que se pudieran dar.

En los siglos XVII y XVIII empiezan a surgir consideraciones sobre las formas de violencia física y sexual hacia los niños, aunque la disminución más importante de estas prácticas se va a dar en el siglo XX. Un hecho importante a finales del siglo XIX en los Estados Unidos de Norteamérica, conocido como el caso de Mary Ellen (1874) donde una niña maltratada fue protegida por la invocación de una ley de protección a los animales, marca en cierta forma el inicio de la protección de los niños como una causa en sí misma, puesto que hasta ese entonces no existían leyes para la protección de la violencia infantil.

Después de la primera mitad del siglo XX es cuando el maltrato infantil se define como tal a partir de Henry Kempe y su “estudio y descripción del *síndrome del niño apaleado o maltratado*, de 1962.” (Baita y Moreno, 2015. P. 15) y a principios de los noventa, los autores Erna Olafson, David Corwin y Roland Summit publican un artículo llamado *ciclos de descubrimiento o aparición y de supresión o desaparición* donde investigan el tema del abuso sexual infantil en la sociedad occidental, principalmente durante los siglos XIX y XX, describen la situación problemática y ponen de manifiesto la falta de atención por parte de la sociedad, las instituciones y la academia. Ejemplos como las acciones desarrolladas en el siglo XVIII en Londres, donde era parte de la creencia popular el hecho de que tener sexo con menores de edad curaba las enfermedades venéreas, argumento que utilizarán dos siglos después por algunos pedófilos que eran acusados de

abuso sexual a niños menores de edad, en la situación de *turismo sexual* en el sureste asiático, así mismo con la epidemia del sida, algunas de estas personas planteaban que mantener relaciones sexuales con niños podía curar el virus (Baita y Moreno, 2015).

Las autoras de este artículo titulado *Abuso sexual infantil Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*, describen que, en Europa y América del Norte, “niños y niñas esclavos eran sujetos especialmente vulnerables a la violación y el abuso sexual repetido, y que muchas niñas terminaban luego prostituyéndose” (2015, p. 16). Además, refieren que en la Inglaterra victoriana, tanto el abuso sexual como la violación empezaron a ser unidos de manera exclusiva a condiciones de pobreza, centrando las investigaciones en estas clases y en los inmigrantes.

Para finales del siglo XIX, en Gran Bretaña y en Estados Unidos un grupo de feministas y reformistas, promueven la idea que el abuso sexual y el incesto ocurren en todas las clases sociales, sin distinción. Dándose de esta forma un reconocimiento como problema en occidente, pero en la psiquiatría y medicina no aparece ligado a algún tipo de trastorno o desorden, salvo en casos muy aislados y no aparece la victimización sexual en la infancia por parte de un adulto como posible causa etiológica de problemas en la salud mental, abstinencia sexual, exceso de relaciones sexuales o la masturbación.

El artículo de Baita y Moreno (2015) refiere que el trabajo realizado por Tardieu, Bernard y Lacassagne, quienes son forenses franceses, documentan miles de casos de abuso sexual a mediados del siglo XIX y en un artículo publicado en una revista científica de salud pública en el año 1856 plantean:

- a. Que el abuso sexual de los niños era muy frecuente;
- b. Que los niños abusados sexualmente muchas veces no mostraban signos físicos;
- c. Que sus reportes eran confiables;

- d. Que los perpetradores de tales actos solían ser padres y hermanos mayores, y
- e. Que una educación superior (en el ofensor) no inhibía la posibilidad de abusar sexualmente de un niño. (Baita y Moreno, 2015, p. 17)

Por su parte, continúan narrando las autoras, que en los Estados Unidos, durante la primera mitad del siglo XX, se considera la existencia del abuso sexual como fenómeno real pero no se logra definir un concepto como tal, pues, por ejemplo:

Se asumía que los perpetradores correspondían al estereotipo del hombre extraño, anciano y claramente desviado en su sexualidad; de esta forma quedaban fuera de escena no solo los ofensores sexuales de las clases más altas o acomodadas, sino básicamente todos los ofensores sexuales intrafamiliares. (Baita y Moreno, 2015, p. 18).

Además, es importante añadir la visión en cuanto a las víctimas, que se tenía en ese periodo, ya que se les denominaba *víctimas participantes* donde:

Incluso como personas que disfrutaban secretamente de la actividad sexual, y que por ello la propiciaban; algunos académicos consideraban que posiblemente el niño fuera un seductor activo más que un seducido pasivo, y que la actividad sexual entre un adulto y un niño posiblemente no fuera dañina. (Baita y Moreno, 2015, p. 18)

Por lo que aún no se lograba establecer un concepto de abuso sexual infantil como tal.

Para el año 1953 apareció el informe sobre sexualidad humana de Kinsey, donde una cuarta parte de las mujeres que dieron respuesta a la encuesta manifestaron haber sido víctimas de abuso sexual en su infancia por parte de un hombre que era al menos cinco años mayor, además un 80 % de estas mujeres reportaron haber sentido temor por dicha experiencia.

Pero Kinsey desestima el valor de esos sentimientos, ya que plantea la dificultad en entender como un niño puede verse afectado “por ser tocado en sus partes genitales o por estar

expuesto a contactos sexuales más específicos, y que muy probablemente lo que generara la perturbación en los niños fuera la reacción externa (padres, policía) y no el abuso mismo” (Baita y Moreno, 2015, p. 18-19).

De la investigación mencionada, miembros del equipo de trabajo de Kinsey publican artículos con ideas de que “la infancia era el mejor momento para aprender y que el incesto padre-hija podía producir mujeres notablemente competentes en el plano erótico” (Baita y Moreno, 2015, p. 19), pero en ese mismo periodo otros investigadores confirmaban los datos estadísticos del informe Kinsey sobre la prevalencia de exposición a abuso sexual en la infancia, y se inicia el establecimiento de conexiones entre el abuso sexual infantil y las consecuencias de orden psicológico.

En las décadas de los setenta y ochenta se logra colocar en la agenda pública el problema del abuso sexual, el maltrato infantil y la violencia doméstica, principalmente fueron los grupos de feministas, de movimientos de defensa de las mujeres víctimas de violencia en la pareja y de violaciones a través de los cuales se visibiliza el problema y las consecuencias negativas para quienes lo sufrían.

Pero para poder dar credibilidad a los efectos de las violaciones y el abuso sexual fue necesario aceptar a nivel académico un nuevo diagnóstico, conocido como “*trastorno por estrés postraumático*, desorden que entró en el mundo de la psiquiatría y de la salud mental de la mano de los excombatientes de la guerra de Vietnam” (Baita y Moreno, 2015, p. 19).

En las últimas dos décadas del siglo XX se continúa con dificultades para la adecuada visibilización, concientización y tratamiento del problema del abuso sexual de niños, niñas, y paralelamente se continúa con las investigaciones en esta área, donde se denotan los efectos nocivos de la exposición a la violencia sexual en la infancia y el abuso sexual infantil.

Además, surgen instituciones que reconocen que miembros de su institución incluso de altos cargos cometieron abusos sexuales contra niños y niñas que fueron puestos a su cuidado, como por ejemplo la Iglesia Católica Apostólica Romana, donde:

Muchas de estas situaciones salen a la luz luego de décadas de haber sido cometidas, cuando los niños víctimas han crecido y se han transformado en adultos, poniendo en evidencia que durante años las autoridades correspondientes estuvieron al tanto de lo que ocurría y negaron, silenciaron e incluso desviaron las pruebas de tales delitos cometidos contra los niños. (Baita y Moreno, 2015, p. 20)

Como se ha planteado, la violencia sexual en la infancia y el abuso sexual infantil, han estado presentes al largo de la historia. En particular, el reconocimiento de los efectos negativos en quienes son sometidos a estos actos ha sido lento debido a las construcciones mentales de la sociedad occidental, hasta reconocer la relevancia e importancia de este tema que parece estar oculto o que se quiere ocultar tras razones plasmadas de ideologías o creencias, y éstas se alejan de un plano real y científico sobre las repercusiones presentes a nivel psicológico, de la salud mental, el desarrollo humano y la calidad de vida de quienes han sido víctimas de tales actos.

Con las investigaciones que se han mencionado se ha logrado visibilizar la problemática y prestar la debida atención tanto a nivel de investigación como de intervención y es de esta forma que surgen en los siglos XX y XXI, trabajo de investigación que plantean estadísticas sobre este tema lo cual es aliciente de la importancia que se da en la actualidad a dicha problemática social.

Entidades como la OMS en la nota descriptiva sobre maltrato infantil (2016), ponen de manifiesto la magnitud de la problemática a nivel mundial, donde una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos de niños, además refiere que una de cada cinco mujeres y uno de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia e indica

que “el maltrato infantil causa alteraciones en la salud mental y física que perduran toda la vida, y sus consecuencias a nivel socioprofesional pueden, en última instancia, ralentizar el desarrollo económico y social de un país” (OMS, 2016).

En cuanto a las consecuencias antes mencionadas, en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la Asociación Americana de Psicología en su quinta edición (DSM-5) y en la *Clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* de la OMS (CIE-10) se aborda el tema del abuso como parte del diagnóstico, situación que se profundizará a continuación.

2.6 El abuso sexual en el DSM-5 y la CIE-10

El abuso sexual infantil como un tipo de violencia sexual se describe en el Manual diagnóstico de los trastornos mentales DSM-5 (2014) y éste considera aspectos relacionados con el abuso sexual, en relación con repercusiones ligadas a trastornos y problemas en la persona víctima de abuso sexual. Específicamente en la sección del manual titulado *Otros factores que pudieran requerir atención clínica*, se encuentra el apartado *problemas relacionados con maltrato, abuso o negligencia* y como factor se encuentra el *Abuso sexual*, descrito como cualquier acto sexual, donde se incluyen aquellos actos que no implican contacto, como por ejemplo la fotografía y que tiene como finalidad la gratificación del perpetrador o de otros. (Morrison, 2015, p. 594).

También el abuso sexual en el DSM-5 se incluye en los Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, que se cataloga como característica esencial del trastorno de estrés postraumático, del trastorno de estrés agudo, el trastorno de identidad disociativo y el trastorno de conversión (Morrison, 2015).

En la CIE-10 (1995) el abuso sexual se encuentra dentro del apartado *Síndromes del maltrato*, junto a la negligencia o abandono, abuso físico, el abuso psicológico y otras formas de

maltrato. También se hace presente en el apartado de los *Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud*, ubicado en los *Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez*, se encuentran *los problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario y los problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario*.

De esta forma el abuso sexual como un tipo de violencia sexual, está implicado directamente en el diagnóstico de la persona, ya que le afecta de forma directa. En este sentido, resulta fundamental para el profesional conocer a profundidad la situación de abuso sexual en el paciente para analizar y diagnosticar de forma asertiva, pues, las repercusiones del abuso están ligadas a conductas, características y criterios de ciertos trastornos.

Así mismo es importante tener en consideración otro tipo de repercusiones que se hacen presentes en el abuso sexual infantil, con la finalidad de comprender la forma en que estas interfieren y generan el malestar que puede llegar a ser clínicamente significativo ameritando atención inmediata o en su defecto ante la falta de atención temprana una intervención psicológica por el malestar generado al largo plazo.

2.7 Aspectos relevantes del abuso sexual en la infancia como un tipo de violencia sexual.

El abuso sexual en la infancia como parte de la violencia sexual infantil se puede presentar de diversas formas, es decir, puede ser llevado a cabo por familiares o personas cercanas para el infante hasta por desconocidos. Así mismo, en la complejidad de este tipo de violencia influye tanto el factor personal como el apoyo externo para afrontar la situación, esto nos lleva a hipotetizar que no todas las personas reaccionan de la misma forma frente a la violencia sexual en el tipo de abuso sexual infantil, así como tampoco comparten las mismas características.

A nivel emocional el impacto está modulado por cuatro variables como lo indica Echeburúa y De Corral (2006), estas son: “el perfil individual de la víctima (estabilidad psicológica, edad, sexo y contexto familiar); las características del acto abusivo (frecuencia, severidad, existencia de violencia o de amenazas, cronicidad, etc.); la relación existente con el abusador; y, por último, las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso” (p. 80).

Estos autores proponen que también existe relación estrecha entre la gravedad de las secuelas con la frecuencia y duración de la experiencia, indicando que si se emplea la fuerza, si se dan amenazas o de la existencia de una violación propiamente dicha, con penetración vaginal, anal o vocal, siendo así que “cuanto más crónico e intenso es el abuso, mayor es el desarrollo de un sentimiento de indefensión y de vulnerabilidad y más probable resulta la aparición de síntomas” (Echeburúa y De Corral, 2006, p. 80).

Existe además correlación entre el impacto psicológico en el niño y la relación que tenga la víctima con el agresor, haciendo referencia al nivel de intimidad emocional que existe entre ellos y “de esta forma, a mayor grado de intimidad, mayor será el impacto psicológico, que se puede agravar si la víctima no recibe apoyo de la familia o se ve obligada a abandonar el hogar” (Echeburúa y De Corral, 2006, p. 80).

En los casos de abuso sexual se debe prestar atención a las consecuencias derivadas de la revelación del abuso en cuanto a la intensidad y tipo de los síntomas que expresa el niño. Por ello, es de suma importancia tener en cuenta la reacción del entorno, pues, el papel que desarrolla es fundamental en cuanto a la reducción de las consecuencias como lo menciona Echeburúa y De Corral, (2006): “El apoyo parental -dar crédito al testimonio del menor y protegerlo-, especialmente de la madre, es un elemento clave para que las víctimas mantengan o recuperen su nivel de adaptación general después de la revelación. Probablemente la sensación de ser creídos

es uno de los mejores mecanismos para predecir la evolución a la normalidad de los niños víctimas de abuso sexual” (p. 81).

Esto ya que, ante la revelación del abuso, la respuesta de los padres puede ser incluso más intensa que la del niño, especialmente si el abuso sexual ha sido protagonizado por la pareja sentimental, con frecuencia sobresalen sentimientos de vergüenza, culpa, cólera, pena, miedo y ansiedad, afectando a los padres de tal forma que se manifiestan incapaces de proteger de forma adecuada al niño y en otros casos se puede llegar a culpar al niño por lo sucedido.

Se ha determinado que en los casos de abuso sexual se hacen presentes factores de riesgo, entendidos como las circunstancias de forma probabilística que favorecen para que el menor sea víctima de abuso sexual, con lo que un niño al encontrarse en una situación de alto riesgo tiene mayor probabilidad de sufrir abusos sexuales (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2015).

Autores como Echeburúa y Guerricaechevarría (2015) indican como factores de riesgo los siguientes:

- El hecho de ser niña (ser mujer): ya que diferentes estudios coinciden y señalan que la mayor incidencia de agresiones en niñas es mayor en relación de 2-3 por cada niño, especialmente en los casos de abuso sexual intrafamiliar.
- Las edades en que se da el abuso: éstas parecen ser entre los 6 y 7 años, y los 10 y 12 años, ya que más del doble de los casos de abuso sexual se dan en la pubertad, con las muestras del desarrollo sexual.
- Características del propio menor: entre ellas se encuentran los niños con capacidad reducida para resistirse o revelarlo, como por ejemplo los niños que aún no hablan, los que muestran retrasos en el desarrollo, minusvalías físicas y psíquicas. Además de los

que son carentes de afecto en la familia y que se pueden sentir halagados por las atenciones de las que son objeto.

- Situaciones familiares: niños víctimas de malos tratos, el abandono, rechazo físico y emocional por parte de los padres o cuidadores los hacen fácilmente vulnerables a la manipulación por parte de personas mayores que pueden ofrecer de forma interesada afecto, atención y recompensas a cambio de sexo y del secreto. Otros factores familiares son la ausencia de los padres biológicos, el trabajo de la madre fuera del hogar, la incapacidad o enfermedad de ésta y los problemas en la relación de pareja de los padres del niño, por ejemplo, peleas, malos tratos, separaciones o divorcios, especialmente cuando se ve interrumpida la relación sexual, son factores de riesgo que aumentan las probabilidades de victimización. Además, se consideran de alto riesgo familia conformadas por padres violentos o dominantes, y las conformadas por madres maltratadas (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2015).

Dentro de las repercusiones que se hacen presentes en el abuso sexual se han analizado las que se generan de forma inmediata, conocidas como repercusiones a corto plazo que son las consecuencias iniciales o los indicadores psicológicos del abuso sexual infantil situados en los dos primeros años después el abuso (Pereda, 2010) y las que se desarrollan como efectos del abuso tiempo después de éste, que pueden perdurar a lo largo del ciclo evolutivo y configurar en la adultez las conocidas como repercusiones a largo plazo (Pereda, 2010), ya que es posible que la persona no desarrolle problemas aparentes durante la infancia y que éstos aparezcan como nuevos en la etapa adulta (Pereda, 2010).

Siguiendo las propuestas de Pereda (2009 y 2010), realiza una investigación de revisión sobre estas consecuencias y las categoriza de la siguiente forma:

Problemáticas a corto plazo del abuso sexual (Pereda 2009):

- Problemas emocionales: se encuentran algunos de los problemas de tipo internalizante (Achenbach, 1991), que con mayor frecuencia se observan en víctimas de abuso sexual infantil. Se destaca por su elevada frecuencia la sintomatología postraumática con prevalencia situada en cerca de la mitad de las víctimas. También se observan síntomas de ansiedad y depresión, baja autoestima, sentimiento de culpa y de estigmatización. La presencia de ideación y/o la conducta suicida se da en un elevado número de casos.

- Problemas cognitivos y de rendimiento académico: entre los que destaca la afectación de la capacidad de atención y concentración, con una frecuencia de sintomatología hiperactiva de entre el 4% y el 40% de las víctimas.

- Problemas de relación: una de las áreas que queda más afectada en víctimas de abuso sexual infantil es la relación social con iguales y adultos (familiares o desconocidos), dada la ruptura en la confianza de la víctima que implica el abuso sexual, que se puede ver reflejado en la cantidad de amigos reportados en esta población.

- Problemas funcionales: se encuentran las consecuencias que representan dificultades en las funciones físicas de la víctima, como lo son los problemas de sueño, la pérdida del control de esfínteres y los problemas de alimentación.

- Problemas de conducta: dentro de los problemas relacionados con la conducta destacan las conductas sexualizadas, la conformidad compulsiva y la conducta disruptiva y agresiva.

Conducta sexualizada: denominada también comportamientos erotizados, se considera como uno de los problemas que aparecen con mayor frecuencia en las víctimas, (incluso tratado como indicador de marcada fiabilidad para su detección). Estas conductas se relacionan con la promiscuidad y embarazos no deseados en la adolescencia, así como aumentando el riesgo de

revictimización de la víctima de abuso sexual en etapas posteriores. La prostitución en víctimas de abuso sexual infantil menores de edad es uno de los problemas que se relaciona con el área de la sexualidad.

Conformidad compulsiva: es un patrón de comportamiento que lleva a las víctimas a acomodarse a su situación y poder sobrevivir, física y psicológicamente a ésta. Se puede definir como un comportamiento vigilante y conformista en los niños y niñas que son víctimas de malos tratos, que reduce el riesgo de comportamientos violentos y hostiles por parte de sus agresores y aumenta la probabilidad de interacciones agradables con ellos (efecto adaptativo de la víctima)

Conducta disruptiva y disocial: algunas de las víctimas crecen en convicción de que al emplear la agresividad pueden conseguir lo que desean. En diversos trabajos se indica como factor de riesgo el haber sido víctima de abusos en la infancia y que en la edad adulta se victimice a otros. Éste fenómeno se conoce como la transmisión intergeneracional de la violencia, una de las consecuencias más graves del abuso sexual a nivel social.

Aunado a lo anterior es importante tener en cuenta como indican Echeburúa y De Corral (2006) que el alcance del impacto psicológico va a depender del grado de culpabilización del niño por parte de los padres, de las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima y de otros factores relacionados con el afrontamiento del suceso.

En cuanto a las consecuencias a largo plazo en la revisión realizada por Pereda (2010) brinda la siguiente clasificación que se hace presente en las víctimas de abuso sexual en la infancia:

Problemas emocionales: destacan la presencia de trastornos bipolares y depresivos; los síntomas y trastornos de ansiedad, acentuado por la frecuencia del trastorno por estrés postraumático; las conductas autodestructivas (negligencia en obligaciones, conductas de riesgo,

ausencia de autoprotección, entre otras), las conductas autolesivas, las ideas suicidas, el trastorno límite de la personalidad, los intentos de suicidio y la baja autoestima.

Problemas de relación: el área de las relaciones interpersonales es una de las que presenta mayor afectación tanto al inicio del abuso sexual infantil como a largo plazo, provocando en la víctima mayor aislamiento y ansiedad social, menor cantidad de amigos e interacciones sociales y bajos niveles de participación en actividades comunitarias. Se hacen presentes desajustes en las relaciones de pareja, relaciones de pareja inestables y evaluación negativa de las mismas. Aparecen dificultades en la crianza de los hijos, con estilos parentales más permisivos, un uso más frecuente uso del castigo físico ante conflictos con los hijos y una depreciación general del rol maternal.

Problemas de conducta y adaptación social: Se manifiesta aumento en los niveles de hostilidad, mayor presencia de conductas antisociales y trastornos de conducta. También se reporta la conducta de huida del hogar, así como incremento en el riesgo de delinquir y ser arrestado por delitos diversos, esto último según Kaufman y Widom (1999).

Problemas funcionales: la afectación más frecuente de las funciones físicas de estas víctimas se presenta por dolores físicos sin razón médica que los justifique. Se observan algunas cefaleas, fibromialgias y trastornos gastrointestinales. Frecuente presencia de trastornos de la conducta alimentaria, especialmente de bulimia nerviosa. Trastornos de conversión, con afectación de alguna de las funciones motoras o sensoriales de la víctima, las denominadas crisis convulsivas no epilépticas (cambios del comportamiento de una persona y parecen crisis epilépticas) que si bien no son causadas por cambios eléctricos anormales en el cerebro si no por la vivencia de acontecimientos fuertemente estresantes; y el trastorno de somatización.

Además, es frecuente la presencia de síntomas y trastornos disociativos, referidos a aquellas situaciones en las que existe una alteración de las funciones integradoras de la conciencia,

la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Desórdenes ginecológicos, dolores pélvicos crónicos, así como también un inicio significativamente temprano de la menopausia en mujeres víctimas de abuso sexual. Los trastornos relacionados con el abuso de sustancias también aparecen frecuentemente en estudios sobre consecuencias del abuso sexual infantil. Presencia de un peor estado de salud física general, tanto mediante síntomas físicos reales como según la percepción de salud subjetiva de las víctimas.

Problemas sexuales: Pereda (2010) cita a Browning y Lauman (2001) que indican que la sexualidad desadaptativa es una consecuencia más extendida del abuso sexual infantil; destacan la no existencia de una relación causal entre la experiencia de abuso sexual infantil y el desarrollo de este problema, pero, refieren que éste actúa como un importante factor de riesgo que se ha de tener en cuenta. Se presenta la sexualidad disfuncional e insatisfactoria, conductas de riesgo sexual (falta de uso de protección en las relaciones sexuales, mayor número de parejas y la presencia de enfermedades de transmisión sexual y riesgo de VIH). Derivado del precoz inicio de la sexualidad y de las conductas sexuales promiscuas destacan mayores posibilidades de prostitución y de la maternidad temprana.

Revictimización: Por revictimización se entiende la experiencia posterior de violencia física y/o sexual en víctimas de abuso sexual infantil por agresores distintos al causante del abuso en la infancia (Maker, Kemmelmeier y Peterson, 2001) y es una de las consecuencias del abuso sexual infantil relacionadas con el área de la sexualidad que supone una mayor gravedad. El riesgo de revictimización que presentan las víctimas de abuso sexual infantil se ha mostrado en diferentes estudios.

Transmisión intergeneracional: La posible transmisión intergeneracional de las prácticas parentales, el maltrato y el abuso sexual infantil; son temas de estudio controvertidos y sus

resultados en ocasiones ser contradictorios. En el tema del abuso sexual en la infancia, se han obtenido cifras que indican la posible transmisión intergeneracional, que se sitúa entre el 20% y el 30% de los casos (Clarke, Stein, Sobota, Marisi y Hanna, 1999; Glasser, Kolvin, Campbell, Glasser, Leitch y Farrelly, 2001; Oates, Tebutt, Swanston, Lynch y O'Toole, 1998). Esta posible consecuencia del abuso sexual sigue en controversia, por lo que resultados de diferentes investigaciones no pueden catalogarse como definitivos (Pereda, 2010).

Es importante incluir que estos efectos a largo plazo son menos frecuentes y más difusos que las secuelas iniciales, pero pueden afectar, entre el 20% (Finkelhor, 2007) y el 30% (Echeburúa y de Corral, 2006) de las víctimas. Se ha de considerar que los efectos a largo plazo pueden disminuir (a menos que se trate de un abuso sexual de tipo grave con penetración) si la víctima no cuenta con otras adversidades adicionales, como por ejemplo: el maltrato físico, el divorcio de los padres, el abandono emocional o una patología familiar grave:

Desde el punto de vista del trauma en sí mismo, lo que predice una peor evolución a largo plazo es la presencia de sucesos traumáticos diversos en la víctima, la frecuencia y la duración de los abusos, la posible existencia de una violación y la vinculación familiar con el agresor, así como las consecuencias negativas derivadas de la revelación del abuso (por ejemplo, romperse la familia, poner en duda el testimonio del menor, etc. (Echeburúa y De Corral, 2006. p. 79)

Capítulo 3. Psicoafectividad: implicaciones clínicas y experiencia subjetiva

En este tercer capítulo se desarrolla el tema de la psicoafectividad, el cual es analizado desde una propuesta integral que incorpora los diferentes componentes de la personalidad y en los que se hacen presentes los elementos afectivos, emocionales y sentimentales.

Se presenta una clarificación del concepto de psicoafectividad y sus componentes, así como una revisión de los elementos psicoafectivos presentes en el DSM-5 y sus implicaciones clínicas. Posteriormente se realiza una descripción del tema analizado tomando como referencia el modelo traumatogénico del abuso sexual en la infancia que logra complementar el análisis y propone un panorama con una perspectiva más amplia de las consecuencias psicopatológicas del trauma referido al abuso sexual infantil.

Se concluye este capítulo analizando el tema de psicoafectividad y calidad de vida, donde se integran elementos relevantes de la experiencia subjetiva de dos entrevistas que fueron realizadas a mujeres que pertenecen a entidades que brindan apoyo y colaboración a población victimizada sexualmente en la infancia en la ciudad de Barcelona.

3.1 La psicoafectividad

El actuar humano, por lo general, se compone de conductas, sentimientos y emociones que se expresan en su vivir diario. Todo comportamiento o respuesta a diferentes estímulos presenta estas características, algunas de ellas propias de la cultura, otras innatas e incluso otras que son fruto de las experiencias y vivencias de cada individuo.

Los componentes antes mencionados son fundamentales para la interacción del ser humano, pues, por medio de ellos, logra expresar lo que desea, siente y piensa. A su vez, es la manera en que éste responde al medio y es la forma en que da respuesta a los estímulos externos desde su composición personal y de las estrategias adquiridas a lo largo de su historia.

Desde esta perspectiva, este capítulo se enfocará en el concepto de psicoafectividad, que se puede definir como el estudio de la afectividad y emociones desde la ciencia psicológica.

Primeramente, se debe aclarar la dificultad existente para establecer una definición concreta del término, ya que, de acuerdo con la revisión bibliográfica consultada, no parece existir una descripción o conceptualización de este que logre abarcar los aspectos relacionados con el término, específicamente relacionados con su historia y descripción.

Por lo general, los estudios que incorporan aspectos psicoafectivos refieren a un desarrollo, aprendizaje, estudio y análisis psicoafectivo, donde se identifican aspectos sobre lo psicológico, afectivo y social (Martínez, 2009), la educación y la psicoafectividad (Villalobos, Pedroza y Reyes, 2015), afectividad grupal (Riviere 2007; Souto, 1993), educación emocional (Casassus, 2006 y García, 2012), psicología de la emoción (Choliz, 2005), el aprendizaje experiencial (Gómez, s.f.) aprendizaje vivencial, relaciones interpersonales, creatividad y drama (Castillo, Rivero y Ramírez, 2016; Navarro 2007) y soporte emocional (Amuchástegi, 2014).

Una aproximación al concepto de psicoafectividad lo encontramos en Villalobos, Pedroza, Reyes, (2015), quienes en su trabajo sobre práctica educativa, investigación acción y psicoafectividad, indican que se puede entender el concepto como “los efectos que tienen los afectos en la condición del sujeto” (p. 7), manifiestan que esto remite a concepto de mismicidad como elemento clave para lograr entender la psicoafectividad, que refiere a la esencia de lo que se es, fue y será, es lo que la persona conoce de él y dándose la tolerancia a la demora, frustración e incertidumbre, la ausencia de ello le llevará a la ansiedad que interfiere en los procesos, como por ejemplo en el ámbito educativo. (Villalobos, Pedroza y Reyes, 2015). Los autores previamente citados presentan características de la afectividad enfocadas en el proceso de aprendizaje, pero que sirven de referencia para el presente trabajo.

Entre ellas están que, la psicoafectividad se ubica en el terreno subjetivo, es algo personal e íntimo, está socialmente determinada y es socialmente aceptada; el sujeto es consciente de su necesidad de mostrar su psicoafectividad a los demás y de socializarla. Además, este concepto cumple con los principios de universalidad, puesto que está condicionada socialmente, es aprendida e interpretada, es algo inherente al ser humano, es dinámica y está presente en su ciclo vital. Este término se compone de las emociones, que son reflejos propios de la animalidad, pero además, donde el sujeto tiene la capacidad de racionalizar la emoción, lo que lleva a controlarlas y posibilita la redimensión de la socioafectividad con la alternativa de construir un mejor futuro y también contribuye en los cambios positivos a lo largo de la vida con el fin de ser mejor (Villalobos, Pedroza y Reyes, 2015).

Por lo tanto, la composición del término parece estar conformada por los afectos, las emociones, los sentimientos y la interacción social, ya que brinda especial atención al análisis de esos conceptos presentes en toda conducta del ser humano. El análisis de estos términos infiere un trabajo netamente del campo psicológico, compuesto por un lado desde un punto de vista personal e individual y por otro en repuesta e interacción con los demás y con el medio. No cabe duda de que se analizan componentes fundamentales del ser humano, que conforman su personalidad y que utiliza constantemente, lo cual hace complejo y amplio el análisis de la psicoafectividad, donde se puede alertar de la presencia de aspectos subjetivos propios de la experiencia y vivencia individual de cada sujeto, mismos que se analizarán en el presente capítulo.

Este estudio dará énfasis, desde la psicología, a la *afectividad*; ante ello, el diccionario de la Real Academia Española, la define como la cualidad de lo afectivo; además, refiere al conjunto de sentimientos, emociones y pasiones de una persona y por último indica que es la tendencia a la reacción emotiva o sentimental (s.f., definición 1, 2 y 3). De esta forma, como ya se ha

mencionado, nos referimos a la manera en que se presentan en el sujeto los conceptos descritos y cómo éstos se pueden analizar desde el campo de la psicología clínica.

En cuanto al tema de investigación es de suma importancia indagar cómo la violencia sexual en la infancia puede generar un impacto en la psicoafectividad de las personas que han sido víctimas, así como los aspectos que se ven afectados a nivel afectivo, emocional, sentimental y en las relaciones interpersonales; ya que puede existir un ligamen importante en la calidad de vida del sujeto, que surge de este acto que irrumpe en el ciclo vital de la persona y que puede generar consecuencias que permanezcan en el tiempo hasta la vida adulta e interfieran en su forma de actuar y de hacer frente al medio.

3.2 Afecto, emociones y sentimientos

Los conceptos de afecto, emociones y sentimientos son fundamentales en la constitución del término de psicoafectividad. Entre ellos existe una estrecha y constante relación que en ocasiones puede generar confusión para su análisis, por lo tanto, es de suma importancia brindar algunos aspectos de precisión para comprender, diferenciar y además para determinar con mayor claridad su función y participación en el sujeto.

Para realizar esta labor, se ha tomado como referencia principal el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM-5, 2014) y se ha complementado con otras lecturas que abordan el tema en cuestión.

El DSM-5 (2014) en la explicación de su uso, pone de manifiesto que en los síntomas de los criterios diagnósticos están presentes las respuestas emocionales humanas y en todo el desarrollo del texto hace referencia a los tres conceptos que analizaremos, ya que categoriza comportamientos y emociones para poder generar el diagnóstico de algún trastorno o enfermedad.

En este Manual se encuentran conceptos como afectividad negativa conocida como neuroticismo y afectividad restringida, además utiliza descripciones como labilidad emocional (que es un aspecto de la afectividad negativa), debilidad emocional, estados emocionales, persona emocionalmente retraída, expresión ausente o disminuida de las emociones positivas, capacidad de regulación emocional, entumecimiento emocional como parte de una capacidad mental disminuida, gestión emocional, confusión emocional, reciprocidad emocional, estrés emocional, alteración mixta de las emociones, dolor emocional, baja emocionalidad con los demás, emociones disfóricas, emocionalidad negativa, emociones prosociales limitadas, emociones para manipular o intimidar a otros, falta de emociones, búsqueda de emociones, problemas de desregulación emocional (humor irritable y enfadado), intimidad emocional, expresividad emocional, expresión emocional restringida, estabilidad emocional, emociones negativas y desreguladas.

En cuanto a los sentimientos el DSM-5 (2014) utiliza conceptos como sentimientos de desesperanza, de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada, de desprecio por sí mismo, sentimientos de ansiedad, de no valía, de culpa, de sentirse sin sentimientos, manifestación de sentimiento de tristeza, sentimientos de pánico, de disgusto, de imperfección, de falta, sentimientos de ansiedad o aburrimiento, sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s), sentimientos amorosos, de ira, de depresión, sentimientos negativos acerca del peso corporal, reducción de sentimientos de feminidad y placer sexual, sentimientos de no estar conectado emocionalmente (dificultades sexuales), sentimientos de culpa en relación al sexo, dificultad de manifestar sentimientos y emociones a los demás, sentimientos de placer excesivos, irritabilidad, de hiperactivación, sentimientos de separación de la mente y el cuerpo, de control y poder, de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa, sentimientos hostiles, dolorosos, crónicos de vacío, de vergüenza y humillación, de vacío emocional, de

grandeza y prepotencia, de aislamiento, de temor, sentimientos crónicos de soledad, sentimientos de ineptitud e incapacidad, de enfado persistentes o frecuentes, sentimientos excesivos de vergüenza, intensos sentimientos de nerviosismo, de estar hundido, de inferioridad y baja autoestima, sentimientos de persecución, de ser maltratado, de remordimiento, de desapego, angustiantes y de indefensión.

Como se puede analizar, existe una amplia presencia y desarrollo de los conceptos planteados, ya que se relacionan con conductas y comportamientos que denotan aspectos a evaluar y sobre los cuales siempre están presentes las emociones, la afectividad y los sentimientos, ya que como lo indica el DSM-5 “Los síntomas de nuestros criterios diagnósticos forman parte de un repertorio relativamente limitado de respuestas emocionales humanas a tensiones internas y externas, que generalmente se mantienen en un equilibrio homeostático, sin interrupción, en condiciones normales” (2014, p. 19); de ahí que “un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (2014, p. 20).

De esta forma, en este Manual están presentes de diferentes maneras los tres conceptos que analizaremos a profundidad seguidamente, ya que alteraciones emocionales, afectivas o sentimentales generan malestar que pueden ser problemas, afecciones, problemas clínicamente significativos, hasta llegar a ser criterios diagnósticos para determinar un trastorno o patología, de ahí la presencia en sus diferentes variantes en dicho Manual.

3.2.1 El afecto

En cuanto al afecto, el DSM-5 (2014) considera el afecto como un patrón de comportamientos observables; éstos son la expresión de los sentimientos experimentados

subjetivamente (emoción). Ejemplos del afecto son la tristeza, alegría e ira. Se diferencia del humor, que concierne a un "clima" emocional más generalizado y persistente. El afecto refiere a cambios más fluctuantes en lo que se puede llamar "tiempo" emocional. Esto se puede considerar como la gama normal de la expresión del afecto que va a variar tanto entre culturas diferentes como dentro de cada una de ellas. Los trastornos del afecto incluyen las siguientes modalidades:

Aplanado: que es la ausencia o casi ausencia de cualquier signo de expresión afectiva.

Embotado: es la reducción significativa de la intensidad de la expresión emocional.

Inapropiado: que refiere a la discordancia entre la expresión afectiva y el contenido del habla o la ideación.

Lábil: entendido como la variabilidad anormal en el afecto, con cambios repetidos, rápidos y bruscos de la expresión afectiva.

Restringido o constreñido: que es la reducción ligera de la gama y la intensidad de la expresión emocional (DSM-5, 2014)

El DSM-5 (2014), hace una diferenciación de la afectividad, describiendo por una parte la afectividad negativa como:

Aquellas experiencias frecuentes e intensas de alto grado de una amplia gama de emociones negativas (p. ej., la ansiedad, la depresión, la culpa/vergüenza, la preocupación, el enojo), y sus manifestaciones de comportamiento (p. ej., la autolesión) e interpersonales (p. ej., la dependencia). La afectividad negativa es uno de los cinco **DOMINIOS DE RASGOS PATOLÓGICOS DE LA PERSONALIDAD** definidos en Modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad, en la Sección III. (p. 817)

Y por otra parte describe la afectividad restringida, definida como la “escasa reacción de respuesta emocional ante situaciones; expresión emocional constreñida, indiferencia y frialdad

durante la participación en situaciones normales. La afectividad restringida es una faceta del dominio de los rasgos de la personalidad de INTROVERSIÓN” (DSM-5, 2014, p. 817).

3.2.2 *Los sentimientos y emociones*

Como componentes fundamentales de la psicoafectividad se encuentran los sentimientos y emociones que están en estrecha relación con la afectividad, puesto que son el medio que les permite expresarse y hacer frente a las situaciones que se presentan, por lo tanto, las conductas emitidas por el ser humano estarán compuestas por ambas acciones.

Espigares (2009) manifiesta que “A la manifestación de la reacción afectiva frente a un estímulo exterior o interior se llama emoción o estado emotivo, pero si el motivo es una idea, dicha reacción se llama sentimiento” (p. 6). Exponiendo de esta forma las diferencias entre estos conceptos, pero como se puede analizar existe siempre una interrelación latente.

Se pueden establecer otras diferencias entre las emociones y los sentimientos, Espigares (2009) propone las siguientes:

- Los sentimientos se relacionan con necesidades culturales o sociales, es decir con necesidades que aparecen con el desarrollo histórico de la humanidad, mientras las emociones se relacionan con necesidades orgánicas.

- Mientras las emociones tienen un carácter circunstancial, los sentimientos son actitudes afectivas permanentes.

- Como procesos psíquicos los sentimientos y las emociones son funciones cerebrales, y en sus mecanismos fisiológicos tiene un papel central los procesos nerviosos de la subcorteza, sin embargo, los sentimientos dependen más de la actividad cortical.

De esta forma, los sentimientos están conformados por necesidades culturales, son actitudes afectivas permanentes y en sus funciones cerebrales y fisiológicas dependen más de la

actividad cortical. Espigares (2009) expone que los sentimientos son “estados de ánimo cualitativamente impregnados por formas superiores de placer y de dolor, cuya especificación remite a contenidos y valores culturales” (p. 6). Además, éstos carecen de situaciones corporales agudas y se asocian poco con la conducta motora, pero existe una relación estrecha con el pensamiento y la imaginación.

Tomando como referencia a Espigares (2009) nos dice que los sentimientos se pueden clasificar y retomando a M. Scheller los clasifica en:

- Sensibles: Se localizan en todo el cuerpo con referencia al Yo, y son los más próximos a las emociones. (placer, dolor)

- Vitales: Pertenecen al organismo como un todo y como centro vital. Son difíciles de localizar al relacionarse con la sociabilidad. (bienestar, salud, calma, tensión)

- Psíquicos o Anímicos: Son partes integrantes del Yo, por lo que son intencionales y reveladores del valor del Yo.

- Espirituales: La persona no se entrega a nada ajeno, sino que constituye su valor y fundamento, y se encuentra consigo mismo en cada una de estas manifestaciones.

Y, por otra parte, Según Young, citado por Espigares (2009) nos indica que se clasifican en:

- Simples: Que son los que se relacionan con el agrado, el desagrado olores y sabores.

- Orgánicos negativos o positivos: Como lo son el hambre, la sed y el alivio.

- De Actividad: Como pueden ser el aburrimiento, el enojo, el entusiasmo.

- De Actividades Sociales: Donde se encuentran los estéticos, morales y educativos.

Es así como los sentimientos presentan elementos subjetivos, que son propios del sujeto y de su cultura, lo cual hace complejo lograr establecer algunos parámetros universales, pues,

dependen en gran medida de las capacidades y cualidades del sujeto, así como del aprendizaje adquirido por parte de sus vivencias y experiencias sobre las cuales adquiere una forma de hacer frente al medio donde existe estrecha relación con sus pensamientos e imaginación.

Por su parte la emoción ha tenido a lo largo de la historia diferentes definiciones, para Pinillos (1975) es una “agitación del ánimo acompañada de fuerte conmoción somática” (p. 551), para Darwin (1867) son mecanismos innatos de adaptación al entorno y la Real Academia española indica que es la alteración del ánimo, que puede ser intensa y pasajera, agradable o penosa y que está acompañada de cierta conmoción somática; además indica que es el interés, por lo general expectante, con el que se participa en algo que ocurre.

De esta forma podemos decir que en las emociones existen conductas y reacciones fisiológicas que se hacen presentes como respuesta a una situación que acontece y que existen variaciones en su estructura y naturaleza dependiendo de la situación y de la persona. Algunas de esas reacciones que son más conocidas son las de urgencia o alerta ya que generan una movilización corporal ante la amenaza que se presenta.

Es así como cada emoción al presentar una respuesta fisiológica y neurológica tendrá un centro regulador en la subcorteza cerebral, por lo tanto, las emociones pueden estar ligadas a la actividad cardíaca y vascular, a la respiración, el trefismo muscular, actividad de los músculos de la cara, entre otros.

3.3 Psicoafectividad y el modelo traumatogénico del abuso sexual

La violencia sexual y en específico el abuso sexual, puede categorizarse dentro del trastorno de estrés postraumático en el DSM-IV y ahora en el DSM-5. En este último con algunas especificaciones del evento. Este modelo explicativo presente en este Manual tiene como ventajas

el facilitar la descripción operativa de los síntomas derivados del abuso y permitir un diagnóstico que todos los profesionales pueden entender (López, Hernández y Carpintero, 1995).

Pero existen algunos faltantes en este modelo como lo indican Echeburúa y Guerricaechevarría en el capítulo 4 del libro "Violencia contra los niños" de Sanmartín (2005), ya que retoman algunos faltantes propuestos, como por ejemplo, que no se permite explicar claramente la relación que existe entre el suceso traumático y el cuadro clínico, ya que no refiere a las fases del desarrollo y además que no recoge todos los síntomas, en especial los que se relacionan con las dimensiones cognitivas y atencionales como pueden ser el miedo, la vergüenza, la depresión, la culpa, los problemas sexuales, además de los posibles estados de confusión y las distorsiones presentes en las creencias sobre sí mismos y los demás que pueden generar sentimientos y emociones que interfieren en su desempeño y calidad de vida, éstas son también secuelas que aparecen frecuentemente en este tipo de víctimas.

Ante este panorama Finkelhor (1988) propone para completar el diagnóstico y las consecuencias psicopatológicas del abuso con el modelo traumatogénico, esto desde hace mucho tiempo antes de la emisión de los Manuales Diagnósticos DSM-IV y DSM-5. Este modelo es más específico y expone como las razones explicativas del impacto psicológico la sexualización traumática, la pérdida de confianza, la indefensión y la estigmatización.

Con estas cuatro variables explica la constitución de la causa principal del trauma al distorsionar el autoconcepto, la autoestima, la visión que se tiene sobre el mundo y las capacidades afectivas de la víctima que se relacionan de forma directa con el tema a investigar.

Estos factores están estrechamente relacionados con el desarrollo por parte del niño de un estilo de afrontamiento inadecuado y con el surgimiento de problemas de conducta, ya que

evidentemente es una irrupción traumática en el ciclo vital de la persona que interfiere en su desarrollo adecuado (Cortés y Cantón, 1997; Finkelhor, 1997; López, 1993; Sanmartín, 2005).

De esta forma los aspectos que componen la psicoafectividad se pueden complementar desde el modelo traumatogénico en los casos de violencia sexual, ya que permite analizar variables relacionadas con las emociones, el afecto y los sentimientos, los cuales sufren alteraciones significativas al producirse el abuso, como se puede observar en las consecuencias a corto plazo, pero a su vez existe la posibilidad de que éstas alteraciones se prolongaran a lo largo del desarrollo de la víctima y que interfieran en la actualidad. Esto dependerá del tipo de abuso sufrido, la atención brindada después del abuso y las estrategias de afrontamiento obtenidas a lo largo de su experiencia de vida, así como de otros factores que pueden influir en las consecuencias a largo plazo, como la revictimización o la exposición a situaciones traumáticas posteriores.

De estos factores propuestos por Finkelhor (1988) se desprende que forman parte de las variables que explican la causa principal del trauma, ya que como lo indica, se origina una distorsión del autoconcepto, la autoestima, la visión sobre el mundo y las capacidades afectivas de la víctima, que se componen de factores psicoafectivos fundamentales, principalmente las alteraciones en él, sus capacidades antes mencionadas y el manejo de las situaciones, lo cual puede derivar en dificultades para el control de la ansiedad frente a estímulos externos o a pensamientos o fantasías del sujeto.

Como lo señalan Echeburúa y De Corral (2006) al referirse a las secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia, se exponen que las alteraciones más habituales se producen en la esfera sexual, la depresión y el trastorno de estrés postraumático, control inadecuado de la ira, ansiedad, baja autoestima, trastornos de personalidad, desconfianza y miedo a los hombres y dificultad para expresar o recibir sentimientos de ternura e intimidad (p. 80).

3.4 Psicoafectividad y calidad de vida

La calidad de vida desde la perspectiva del bienestar psicológico propone el afrontamiento adecuado de las situaciones de estrés presentes en la vida cotidiana, lo cual deviene que una persona con capacidades adecuadas de afrontamiento tendrá mayores capacidades para gozar del bienestar psicológico y su calidad de vida, pues, podrá afrontar de mejor manera las demandas y los desafíos que provienen del ambiente. Como lo indican Trujillo, Tovar y Lozano (2003) en la formulación de un modelo teórico de la calidad de la vida desde la psicología en el ámbito de relación consigo mismo, donde incluyen las categorías de Autovaloración y Autoconfianza, con las subcategorías de Autoestima, autoconcepto, autoimagen, autocuidado, identidad y seguridad/inseguridad.

Es así como estos indicadores de bienestar psicológico son factores mediadores que influyen en la calidad de vida. Como lo indica García (2005)

Una autoestima elevada, es una valoración positiva de nosotros mismos, que produce satisfacción y disfrute personal y a la vez puede producir conductas encaminadas a la obtención de metas (adecuado nivel de aspiración) que producen satisfacción y bienestar, lo cual refuerza la autoestima. (p. 9)

De esta forma estos factores y la autopercepción son medios que influyen en la calidad de vida de las personas.

Desde la propuesta de la Organización de la Salud (OMS) en sus seis variables para determinar la calidad de vida, en el área de los factores psicológicos se analizan aspectos psicoafectivos desde la subjetividad percibida del individuo, entre los aspectos que se analizan se encuentran los sentimientos positivos, la labor de reflexión, el aprendizaje entendido como la

experiencia de vida, la memoria, la concentración, el autoestima, la imagen y apariencia corporales y por último los sentimientos negativos (OMS, 1996).

De esta manera, al existir una estrecha relación entre la psicoafectividad y la calidad de vida, determinada por factores del desarrollo del sujeto que pueden interferir en el bienestar y su percepción subjetiva de la vida al existir alguna irrupción en el ciclo vital de su desarrollo.

Con lo anterior es determinante que en la calidad de vida se hacen presentes factores de la psicoafectividad que desde una evaluación subjetiva de experiencias y vivencias del sujeto pueden ser determinantes en su conducta y toma de decisiones, más aún cuando ha existido alguna situación traumática en su ciclo vital que no ha sido sobrellevada de forma oportuna y profesional a un corto tiempo después del evento, ya que al existir una distorsión como la mencionada por Finkelhor (1988), las repercusiones afectivas y emocionales pueden repercutir en el desarrollo psicológico personal y en su actuar a lo largo de su vida.

3.5 La experiencia subjetiva en la psicoafectividad y la calidad de vida

Como se ha mencionado anteriormente la experiencia en el ámbito de la calidad de vida es subjetiva, ya que parte de la vivencia, experiencia y percepción del sujeto; en cuanto a la psicoafectividad en las mujeres violentadas sexualmente en la infancia, ésta sucede y complementa la calidad de vida por medio de los sentimientos y emociones que interfieren de forma positiva o negativa en la cotidianidad del ser humano.

De esta forma existe una estrecha relación entre los conceptos de calidad de vida y psicoafectividad, en ocasiones difícil de distinguir en medio del actuar cotidiano del ser humano. Para el tema en investigación esta relación queda plasmada principalmente en aspectos como la autoestima, la expresión de las emociones y conductas reportadas después del suceso de victimización sexual.

Muestra de ello es el reporte realizado por medio de una entrevista a la presidenta y coordinadora de la Asociación contra el abuso sexual, llamada El Mundo de los ASI contra el abuso sexual infantil (www.elmundodelosasi.org), asociación que se encuentra en Barcelona, Cataluña. Sobre el tema de la psicoafectividad, ella utiliza el término de superviviente del abuso, pues fue víctima de abuso en su infancia; manifiesta que “era la emoción, sentía que no valía y tenía autoestima baja, en el colegio me costó mucho, mis notas no eran buenas”, además indicó “tenía el pensamiento repetitivo, no vales, no vales, no soy feliz y no soy querida, en casa sí, pero en el entorno no” y además reporta: “mi identidad era de ser invisible, maltratada, me sentía como el patito feo, al romper el silencio sales libre ya no como el patito feo”.

Ante esta experiencia se puede analizar cómo la psicoafectividad expresada por medio de las dificultades a nivel emocional, afectivo que repercuten directamente en la autoestima de una persona que expone su experiencia subjetiva de malestar ante la situación traumática vivida. Así mismo los constates pensamientos de minusvalía, tristeza, maltrato y de ser invisibilizada por las demás personas dejan claro la afectación en esta área.

En cuanto al tema de la calidad de vida, la entrevistada expone que: “con mis padres y vecinos estaba a salvo, pero el colegio y la familia era peligroso, tenía problemas psicoafectivos y emocionales” con ello expone los diferentes tipos de ambientes a los que se enfrentaba, siendo por un lado su hogar un ambiente seguro, pero su familia más extensa y el colegio un entorno que no le brindaba la seguridad adecuada, presentando así dificultades para poder desarrollarse de forma adecuada en la interacción social y en el aprendizaje, lo cual también repercute a nivel psicoafectivo.

Aunado a lo anterior reporta que ella “era tartamuda y no ponía hablar en público, mi madre me ayuda a estudiar y mi padre me reforzaba que valía” además expresa sus dificultades en las

relaciones interpersonales y problemas fisiológicos que generaban dificultad para desarrollar su vida de forma adecuada, puesto que “tenía dificultades para relacionarme con gente del colegio, ya que sufría de incontinencia urinaria por las noches y no quería que mis compañeros se enteraran”.

Y reporta que “sufría de depresiones, ansiedad y tristeza, cuando eres superviviente lo que tienes son máscaras y lo que haces es una actuación, no quieres romper la familia porque mi problema era intrafamiliar, haces ver que eres feliz pero no lo eres, haces un esfuerzo titánico”, refiriéndose a las dificultades para hacer frente al medio, las dificultades a nivel afectivo y emocional y en cómo su situación afectó su ciclo vital y su calidad de vida que implicaba un esfuerzo en el cual ocultaba su situación vivida en la familia y sobre ello indica: “el aguantar durante muchos años, el ocultar un trauma sin que se hablara, tuve enfermedades y padezco de fatiga crónica”.

De esta forma el guardar en el silencio la situación de victimización vivida en la infancia parece ser un elemento que afecta considerablemente a nivel afectivo y emocional, puesto que es llevar una carga consigo durante años sobre la que se ha tomado la decisión de no comentarla. Relacionado con ese tema, la Psicóloga de la Fundación Vicky Bernadet ubicada en Barcelona; al entrevistarla sobre su experiencia en la fundación que atiende a personas que han sido víctimas de abuso sexual indica que “el silencio que acompaña el abuso es el estresor constante” y “el abuso no se acaba hasta que se hable de él, las amenazas están en la cabeza. Es una presión constante en la cabeza de que no se den cuenta”, trayendo consigo afectaciones psicoafectivas y en la percepción de la calidad de vida, como lo pueden ser la interacción, los temas de conversación y la conducta del sujeto, ya que ésta debe ser controlada y aceptada en el medio para evitar ser “descubierto”.

En cuanto a la psicoafectividad la profesional en psicología que fue entrevistada indica que “en la psicoafectividad se da una pérdida de confianza con el mundo y hacia tus propias decisiones”, trayendo consigo inseguridades y dificultades en la interacción y toma de decisiones. Además, ella menciona que quienes sufren abuso sexual en la infancia “son personas que tienden a la soledad recluyéndose o aferrándose a otras personas”, ya que puede darse un distanciamiento de los otros o por el contrario un acercamiento que puede generar dependencias importantes, debido a la inseguridad.

En la entrevista con la profesional en psicología, ella menciona que “en cuanto a la calidad de vida se dan problemas con las adicciones y las conductas autodestructivas, presentan trastornos alimentarios y autolesiones”, brindando con ello información de la práctica que sustenta lo que indican las investigaciones en cuanto a elementos que predisponen para ciertos tipos de patologías y trastornos. Además, menciona que “los adultos que revelan ya de grandes están más desgastados y presentan mucha somatización, en ellos el tema de la calidad de vida disminuye”, manifestando un detrimento a nivel de la salud en general, esto de acuerdo con su experiencia en la asociación.

Es así como desde la experiencia en la vivencia y en el campo profesional de estas personas entrevistadas se plasman aspectos relevantes que interfieren en la psicoafectividad y en la calidad de vida de las mujeres que han sido víctimas de abuso sexual en la infancia, lo cual deja en evidencia una situación que afecta de forma holística a la persona y también en los diferentes ámbitos donde se desenvuelve. Es por ello por lo que la presente investigación busca determinar de forma clara esta afectación en la población sugerida, visibilizando esta problemática que repercute en el ciclo vital de las personas.

Capítulo 4. Marco Metodológico

En el presente apartado se describen los aspectos relacionados con la metodología empleada en este trabajo de investigación. Esta sección ha sido elaborada de acuerdo con el objetivo general planteado de analizar las implicaciones psicoafectivas en mujeres violentadas sexualmente en la infancia y sus repercusiones en la calidad de vida a través de la evaluación psicológica clínica. Para ello los objetivos específicos fueron: indagar las consecuencias psicoafectivas a largo plazo en las participantes; determinar las repercusiones de la violencia sexual en la infancia que influyen en la calidad de vida e identificar los elementos que interfieren en la calidad de vida en las participantes. La hipótesis de esta investigación fue planteada de la siguiente forma: dado que la violencia sexual en la infancia genera consecuencias a largo plazo entonces se presentarán repercusiones psicoafectivas y en la calidad de vida.

4.1 Participantes

La investigación se llevó a cabo en el Tribunal Eclesiástico Provincial de Costa Rica, ubicado en Barrio México, San José de Costa Rica, calle 22 entre avenidas 3 y 5. El desarrollo del trabajo de campo se llevó a cabo entre los meses de diciembre del 2019 y enero del 2020.

La muestra estuvo compuesta por participantes, de sexo femenino, con edades entre los 35 y 57 años, con la demanda presentada para el proceso de nulidad matrimonial en el Tribunal Provincial Eclesiástico de Costa Rica. Como criterios de inclusión se tomaron en cuenta, el sexo femenino, la victimización sexual en la infancia (0 a 12 años), con edades entre los 20 y 60 años, ausencia de proceso psicológico para el abuso sexual en la infancia y alguna patología que incapacitara a la persona para participar de forma consciente y libre del estudio. Los criterios de exclusión fueron el sexo diferente del femenino, reporte de abuso sexual después de los 12 años, estar fuera del rango de edad de los criterios de inclusión, reportar terapia psicológica para el abuso sexual infantil y presentar patología psicológica incapacitante. Entre los criterios de eliminación

se contemplaron el hecho de no completar la entrevista y alguno de los instrumentos o dejar inconcluso el proceso de recolección de datos.

4.2 Materiales/Instrumentos utilizados

Para la recolección de la información se emplearon diferentes instrumentos y técnicas que permitieron realizar un análisis profundo del fenómeno según los objetivos planteados en el presente trabajo.

Como parte fundamental para recolectar información cualitativa y cuantitativa se utilizó el método de entrevista de tipo biográfica conocida como relato de vida. Dicho tipo de entrevista es una técnica de investigación cualitativa que tuvo su auge de los años 20 a los 40 en la Escuela de Chicago, con el aporte de un grupo de sociólogos investigadores que desarrollaron la técnica de las historias de vida. Esta técnica se aplica a la investigación cualitativa y “consiste básicamente en el análisis y transcripción que efectúa un investigador del relato que realiza una persona sobre los acontecimientos y vivencias destacadas de su propia vida” (Martín, 1995, p. 42). Para el análisis, esta técnica requiere de un proceso de indagación, con una metodología fundamentada por entrevistas entre el investigador y el protagonista de su propia historia, enfocado en los sentimientos, formas de entender, comprender, vivenciar y experimentar tanto el mundo como su realidad cotidiana, ya sea como una unidad global de su relato o dirigido hacia aspectos concretos para el análisis del investigador (Martín, 1995).

El motivo por el cual se escoge la técnica de entrevista de historia de vida radicó en que existen implicaciones de una progresión ordenada de las diferentes etapas de vida de las participantes y se brinda un espacio libre para la narración de los acontecimientos, donde puede desarrollar ampliamente y con detalle las vivencias y hechos de su historia personal desde la subjetividad (Lozares, y Verd, 2008). Además, esta es una técnica que favorece el marco

interpretativo de esta investigación, el planteamiento fenomenológico, que, en términos generales, busca entender, comprender y dar explicación a las implicaciones de la victimización sexual en la infancia (Martín, 1995).

Como apoyo para recolectar la información utilizada en este trabajo, se elaboró una entrevista específica (Apéndice A) para esta investigación, de tipo semiestructurada y con revisión por expertos, ya que contó con la colaboración y revisión por parte de los tutores del doctorado y la directora de la estancia doctoral. Con esta entrevista se recolectaron datos sociodemográficos y biográficos de las participantes, categorizados en los temas correspondientes a la calidad de vida, victimización sexual y psicoafectividad.

Se aplicaron un total de ocho herramientas psicológicas con el fin obtener información de tipo cuantitativo para fortalecer el análisis de la investigación y profundizar en el fenómeno en cuestión. Estas pruebas fueron seleccionadas después de realizar una revisión en diferentes investigaciones con la población similar a la participante y se tomó en consideración la funcionalidad para determinar aspectos relacionados con los temas de calidad de vida, psicoafectividad, victimización sexual y repercusiones a largo plazo del abuso sexual, que son los tópicos fundamentales en el trabajo.

A continuación, se describen las pruebas aplicadas:

Cuestionario de calidad de vida abreviado (WHOQOL-BREF; OMS, 1996): Este instrumento evalúa la percepción del individuo sobre la calidad de vida en las últimas dos semanas. Es un instrumento genérico y abreviado, el cual se ha derivado del WHOQOL-100, está compuesto por 26 preguntas, dos preguntas generales sobre la percepción de la calidad de vida y satisfacción del estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en un perfil de calidad de vida en las dimensiones de:

Salud física: donde se evalúan actividades de la vida diaria, dependencia de sustancias medicinales y ayudas médicas, energía y fatiga, movilidad, dolor y malestar, sueño y descanso, capacidad de trabajo.

Psicológica: que está comprendida por imagen y apariencia corporal, sentimientos negativos, sentimientos positivos, autoestima, espiritualidad (religión o creencias personales) pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración.

Relaciones sociales: en la cual se contemplan las relaciones personales, apoyo social y actividad sexual.

Medio ambiente: que incorpora recursos financieros, libertad, seguridad física y protección, asistencia sanitaria y social: accesibilidad y calidad, ambiente en el hogar, oportunidades para adquirir nueva información y habilidades, participación y oportunidades para actividades de recreación y/o esparcimiento, entorno físico (contaminación, ruido, tráfico, clima) y transporte.

La prueba utiliza una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta; en la evaluación resultante las puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida. Se reportan confiabilidad y validez en esta prueba.

Escala de Inadaptación (EI; Echeburúa, De Corral y Fernández-Montalvo, 2000): esta escala refleja en qué medida los problemas psicológicos afectan a los pacientes en diferentes áreas de la vida cotidiana, trabajo o estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. Es un instrumento compuesto por cinco ítems específicos que refieren a la vida diaria y uno que refleja el grado de inadaptación a nivel general. Se utiliza una escala de tipo Likert de 0 a 5. Para la evaluación cuanto mayor es la puntuación, mayor es el grado de inadaptación. La confiabilidad reportada para este instrumento es de 0,94 de acuerdo con el índice de consistencia interna.

Escala de Autoestima de Rosemberg (EAR; Rosemberg, 1985): esta escala se utiliza en la medición global de la autoestima, está compuesta por 10 ítems que se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo. Presenta una puntuación en escala tipo Likert de 1 a 4. La escala presenta altos índices de fiabilidad con una consistencia interna de 0.77 y un coeficiente mínimo de reproducibilidad de 0.90.

Inventario breve de síntomas (BSI; Derogatis y Spencer, 1982): es un inventario de síntomas de autoinforme, está diseñado para evaluar el síntoma del estado psicológico de pacientes psiquiátricos y médicos, así como a individuos que no son pacientes. Es esencialmente la forma abreviada del SCL-90-R, consta de 53 ítems, agrupados en 9 dimensiones de síntomas:

- Somatización: Esta dimensión refleja el malestar psicológico ocasionado por la percepción de problemas corporales; agrupa 7 ítems relativos a problemas cardiovasculares, respiratorios, estomacales, dolores musculares, etc.
- Obsesión-compulsión: Se enfoca esta dimensión en identificar pensamientos y acciones que el sujeto experimenta como irresistibles, irracionales y que son involuntarios. Está compuesta por 6 ítems.
- Sensibilidad interpersonal: Se centra esta dimensión en los sentimientos de insuficiencia, inferioridad e inadecuación personal presentes como el autodesprecio o sentimientos de malestar experimentado durante situaciones sociales. Se compone por 4 ítems.
- Depresión: Refleja signos y síntomas clínicos característicos del trastorno depresivo como son el afecto disfórico, estado de ánimo disminuido, pérdida de interés y energía, sentimientos de desesperanza, etc. Esta dimensión se compone de 6 ítems.

- **Ansiedad:** Presenta un conjunto de síntomas que generalmente se asocian clínicamente con la ansiedad, tales como inquietud, nerviosismo, tensión y experiencias de ansiedad flotante y pánico. Está compuesta por 6 ítems.
- **Hostilidad:** Se organiza alrededor de tres categorías de comportamientos hostiles que son los pensamientos, sentimientos y conductas. Las experiencias generan sentimientos de irritabilidad, molestia, discusiones frecuentes y pérdida de control. Se compone de 5 ítems.
- **Ansiedad fóbica:** Los síntomas de esta dimensión se componen por los denominados estados de ansiedad fóbica o agorafobia, compuestos por miedo o temor a viajar, a los espacios abiertos, lugares públicos, etc. Esta dimensión se compone por 5 ítems.
- **Ideación paranoide:** Esta dimensión asume que los fenómenos paranoides se conciben como un “modo de pensar” que presenta como características de desconfianza, hostilidad, miedo a la pérdida de autonomía, sospecha, proyección y centralidad. Se compone por 5 ítems.
- **Psicotismo:** Presenta un continuo de leve a mayor gravedad del estado psicótico. Está compuesta por síntomas de un estilo de vida esquizoide y por graves síntomas de las psicosis. Se compone de 5 ítems.

Escala de Gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R; Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz, 2016): Es una escala heteroaplicada, conformada por 21 ítems que se corresponden con los criterios diagnósticos del DSM-5, entre ellos cinco hacen referencia a los síntomas de reexperimentación (rango de 0 a 15 puntos), tres, a los de evitación conductual/cognitiva (rango de 0 a 9 puntos), siete, a las alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo (rango de 0 a 21 puntos) y seis, a los síntomas de aumento de la activación y reactividad psicofisiológica (rango de 0 a 18 puntos). Las opciones

de respuesta están conformadas por una escala tipo Likert de 1 a 5. Este instrumento en su evaluación considera un síntoma presente cuando se puntúa con dos puntos en el ítem correspondiente. El rango de la escala global oscila de 0 a 63 puntos. Adicionalmente está conformada por cuatro ítems que evalúan de manera complementaria la presencia de síntomas disociativos y por seis ítems que valoran el grado de afectación o disfuncionalidad relacionado con el suceso traumático.

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982): este instrumento es un autoinforme compuesto por un total de 40 ítems divididos en dos escalas de 20 enunciados cada una, los primeros 20 enunciados están relacionados con la ansiedad-rasgo y los otros 20 ítems se relacionan con la ansiedad-estado. Compuesta por una escala tipo Likert de 0 a 3, con un rango de puntuaciones que oscila de 0 a 60 en cada escala. La consistencia interna de esta escala varía de .83 a .92. Por otra parte, la validez convergente con otras medidas de ansiedad oscila entre .58 y .79.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996): este instrumento mide la intensidad de los síntomas depresivos y da más importancia a los componentes cognitivos de la depresión que a los conductuales y somáticos. Es un autoinforme compuesto por 21 ítems, con un rango de puntaje de los 0-63. El punto de corte más utilizado para discriminar entre población sana y aquejada de sintomatología depresiva es de 18 (Beck, Brown y Steer, 1996). El coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades es de .93. Desde la perspectiva de la validez convergente, la correlación con la evaluación clínica de la depresión oscila de .62 a .66.

Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0): es un instrumento de evaluación genérico desarrollado por la OMS para brindar un método estandarizado de medición de la salud y la discapacidad entre las culturas. La modalidad

empleada fue la autoaplicada, que permite capturar las experiencias individuales y su contexto, aportando la perspectiva del individuo. Es una escala genérica y estandarizada para medir las dificultades en el funcionamiento experimentadas por el entrevistado en seis dominios durante los 30 días previos, independientemente del diagnóstico.

Está diseñada para ser usada en el área clínica por el personal de salud, tanto de rehabilitación, como de medicina general, de salud mental, del área de adicciones, por administradores de salud y a nivel poblacional. Se aplicó la versión completa que se compone por 36 ítems que representan los dominios de actividades, participación y funcionamiento, los cuales se agrupan en 6 dominios, a saber, Cognición, Movilidad, Cuidado personal, Relaciones, Actividades cotidianas y Participación.

Adicionalmente a estos instrumentos se tuvo acceso y se revisaron fuentes colaterales, que en este caso, fue el expediente de cada participante que pertenece a la institución donde se realizó la investigación, esto con el fin de corroborar y ampliar información.

4.3 Procedimiento

En este estudio de tipo mixto descriptivo, se realizó durante los meses de diciembre y enero del 2019, una revisión de expedientes de nulidad matrimonial del año 2017. El objetivo de esta revisión fue reportar el promedio de casos que ingresaron en ese año y que reportaban abuso sexual en la infancia. Es así como, de un total de 255 casos, un 22.75% reportaron en la demanda victimización sexual en el periodo de infancia, lo que corresponde a un total de 58 casos de nulidad matrimonial.

Con base en estos datos se determinó la cantidad representativa de la muestra para la presente investigación.

Posteriormente se realizó una lista de casos de los años 2017 y 2018 que reportaron indicios de abuso sexual infantil y ausencia de intervención psicológica. Seguidamente, y por medio de selección al azar se eligieron 16 casos. Se comunicó e invitó a participar en la investigación a las candidatas vía telefónica explicando los objetivos y fines del estudio, como beneficio de su participación se realizó un informe psicológico que se entregó al tribunal eclesiástico para adjuntar a su expediente, según el acuerdo realizado con el Vicario Judicial del Tribunal Eclesiástico de Costa Rica, en este informe fue requerido responder a las preguntas psicolegales indicadas por el Vicario Judicial.

Durante la llamada telefónica de contacto, se corroboró la ausencia de atención psicológica sobre la victimización sexual en la infancia en aquellas interesadas en participar del estudio. Finalmente, 14 participantes accedieron a participar en el estudio y en el momento de recabar la información, una de ellas no se hizo presente a las citas programadas y se conoció su desinterés de participar en el proceso.

Finalmente la muestra de esta investigación estuvo compuesta por trece mujeres, quienes firmaron una carta de consentimiento informado (Apéndice B) y en ese mismo momento se aclararon dudas acerca del proceso. La recolección de la información se realizó de manera presencial, en un consultorio psicológico equipado para completar los instrumentos psicológicos y para realizar la entrevista. El proceso de recolección de información estuvo conformado por tres sesiones de alrededor de hora y media cada una.

En la primera sesión se explicó nuevamente los objetivos de la investigación y los beneficios de esta, se completó y firmó el consentimiento informado. Posteriormente se recolectaron algunos datos sociodemográficos y se aplicaron 4 pruebas psicológicas. En la segunda sesión se aplicaron 4 instrumentos de evaluación y en la última sesión se realizó la entrevista

semiestructurada que en todos los casos se extendió más de una hora y se obtuvo el consentimiento de las participantes para grabar la entrevista.

4.4 Diseño

La presente investigación es de tipo mixto, con las características de complementariedad entre los métodos cualitativos y cuantitativos, como lo indican Hernández, Fernández y Baptista (2014), tomando como referencia a Hernández-Sampieri y Mendoza, (2008) donde refieren que los métodos mixtos

Representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar las inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio. (p. 534).

Además, se realizó una integración sistemática con el fin de obtener una visión más completa del fenómeno, con lo cual según refieren los autores citados utilizan diferentes tipos de evidencia como lo son datos numéricos, verbales, textuales, visuales, simbólicos y otros, que contribuirán a entender el problema de las ciencias (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

El diseño fue triangulación concurrente (DITRIAC) donde “el investigador pretende confirmar o corroborar resultados y efectuar validación cruzada entre datos cuantitativos y cualitativos, así como aprovechar las ventajas de cada método y minimizar sus debilidades” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 556), además en este método los datos cuantitativos y cualitativos sobre el problema de investigación se recolectan y analizan más o menos en el mismo tiempo, teniendo en consideración que regularmente se debe disponer de mayor tiempo para la recolección y análisis de datos cualitativos; posteriormente “durante la interpretación y la

discusión se terminan de explicar las dos clases de resultados, y generalmente se efectúan comparaciones de las bases de datos” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 556). Es por ello por lo que con este tipo de diseño se pretende realizar un análisis profundo de los datos tomando en cuenta la objetividad y subjetividad de los participantes, lo que brindará mayor complementariedad en los resultados.

También se empleó un análisis transversal de tipo exploratorio y correlacional, donde se analizaron aspectos de calidad de vida e instrumentos de evaluación psicológica.

4.5 Metodología de análisis

Para el análisis cuantitativo se categorizó la información recolectada en la entrevista en diferentes variables y categoría de análisis. Se hicieron gráficas con el programa de Microsoft Excel de variables seleccionadas y de los resultados de cada una de las pruebas. Se realizó una matriz de correlación de Spearman para investigar las asociaciones entre los puntajes de los instrumentos. El coeficiente de correlación (ρ) de Spearman se utilizó para calcular las correlaciones porque es menos sensible a los valores discordantes o atípicos que el coeficiente de correlación de Pearson (Mukaka, 2012). En todas las pruebas, se rechazó la hipótesis nula cuando $P < 0,05$. El análisis estadístico se realizó con el software GraphPad Prism versión 8.00 para Windows, (GraphPad Software, La Jolla California EE. UU.).

En cuanto al análisis cualitativo, se realizó la transcripción de las entrevistas y posteriormente se hizo una codificación de las categorías de análisis con el programa Atlas.ti. 8.

Capítulo 5. Resultados

En este apartado se presenta el análisis descriptivo donde se recogen aspectos relevantes y criterios psicológicos clínicos significativos en la población participante, se incluyen datos sociodemográficos y elementos que se pueden cuantificar que están relacionados con los temas de la investigación. Así como el análisis de los resultados de los instrumentos psicológicos aplicados a las participantes.

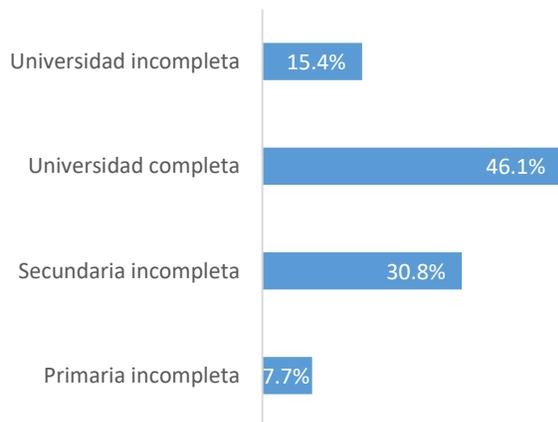
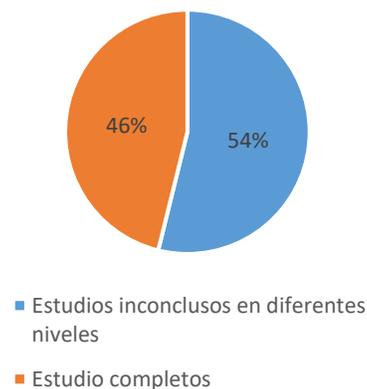
Se muestra el análisis cuantitativo correlacional entre los instrumentos psicológicos empleados que hacen referencia a la calidad de vida, la victimización sexual y la psicoafectividad percibida por la población estudiada.

Por último, se exponen las categorías, subcategorías y los resultados del análisis cualitativo en los temas de calidad de vida, repercusiones a largo plazo del abuso sexual infantil y la psicoafectividad.

5.1 Análisis descriptivo

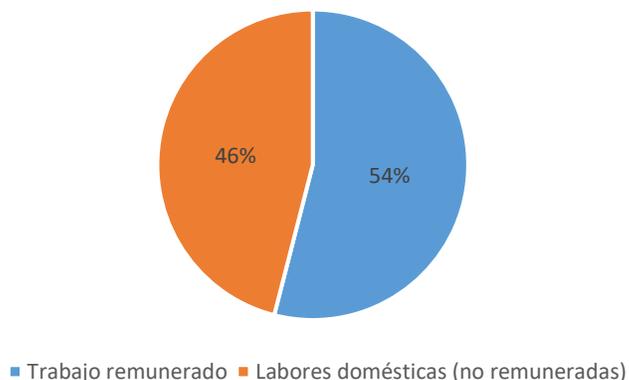
5.1.1 Resultados relacionados con la calidad de vida

En la figura 2 se presentan los resultados del grado académico de las 13 participantes, que corresponde al nivel educativo en términos de la variable calidad de vida, donde un 46,1% indicó haber realizado estudios universitarios completos, un 30,8% reportó estudios de secundaria incompleta, un 15,4% no concluyó sus estudios universitarios y un 7,7% no concluyeron la primaria. En la figura 3 se exponen los resultados correspondientes a los estudios completos o inconclusos, en ellos un 54,0% reportó no concluir los estudios en los niveles de primaria, secundaria o universidad, de ellos un 38,0% de la muestra no había concluido sus estudios de secundaria y por lo tanto no ha tenido estudios universitarios. La razón más frecuente del abandono de los estudios fue la falta de apoyo familiar, seguido del matrimonio y una de las participantes indicó que fue debido a dificultades después del abuso sexual en la infancia.

Figura 2*Porcentaje del grado académico***Figura 3***Porcentajes de conclusión de estudios*

En relación con el área laboral, la figura 4 muestra que un 54,0% reportó estar en un empleo remunerado y un 46,0% indicó no tener trabajo remunerado y dedicarse a las labores del hogar, situación que puede interferir en la independencia económica de las participantes.

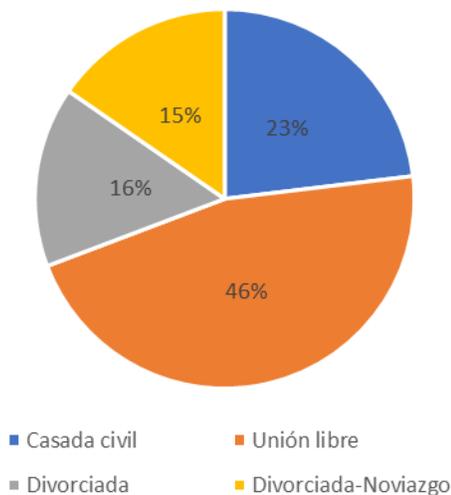
Es relevante indicar que, del porcentaje de las mujeres sin trabajo remunerado, la mayoría corresponden a las participantes que presentaron estudios inconclusos en los diferentes niveles educativos.

Figura 4*Trabajo remunerado o no remunerado*

En la figura 5 se muestra el reporte del estado civil al momento del estudio, se debe tener en cuenta que todas las participantes del estudio mantuvieron una relación de matrimonio y se divorciaron, antes de la investigación, ya que esta es una muestra que está en el proceso de nulidad de su matrimonio sacramental. Al momento de la entrevista un 46,0% convivía en unión libre con su pareja actual, un 23,0% estaba casada por lo civil, un 16,0% se encontraba divorciada y sin ninguna relación sentimental y un 15,0% estaba en una relación de noviazgo. Por lo tanto, un 84% de la muestra se encontraba en algún tipo de relación sentimental.

Figura 5

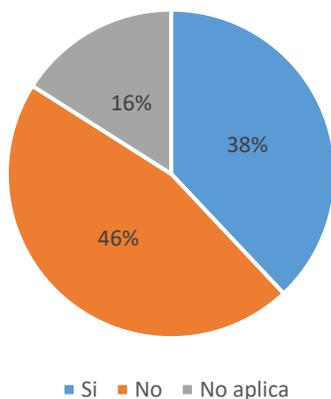
Porcentaje de estado civil al momento de realizar el estudio



En la figura 6 se presenta el reporte de las dificultades en la relación sentimental de las participantes que al momento de la investigación convivían con su pareja o estaban en una relación de noviazgo, que corresponde a un 84% según la figura 5; los resultados indican que un 38,0% expresaron dificultades en su relación, manifestada principalmente por la violencia en sus diferentes tipos. Por otra parte, un 46,0% indicó mantener una relación sentimental sin conflictos lo cual es un factor relevante para la convivencia diaria y su bienestar.

Figura 6

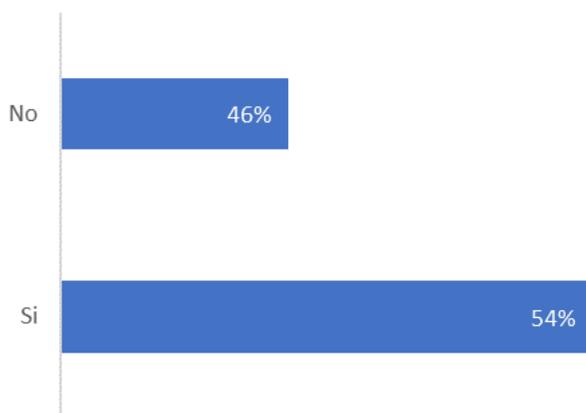
Dificultades en la relación de pareja actual



La figura 7 muestra los resultados de dificultades en las relaciones interpersonales, donde un 54,0% de las participantes indicó tener dificultades para las relaciones sociales, pues no les gusta participar de actividades sociales o familiares, lo cual es un indicador de interferencia en la calidad de vida en lo que respecta a la interacción social y familiar.

Figura 7

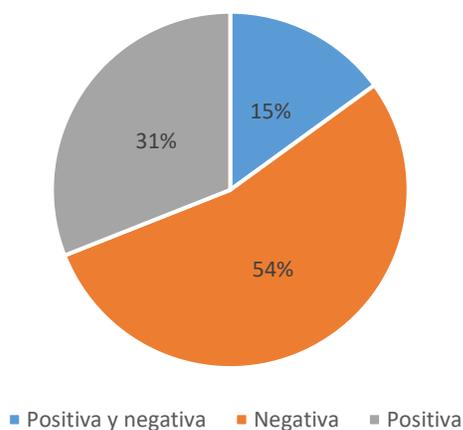
Dificultades en las relaciones interpersonales



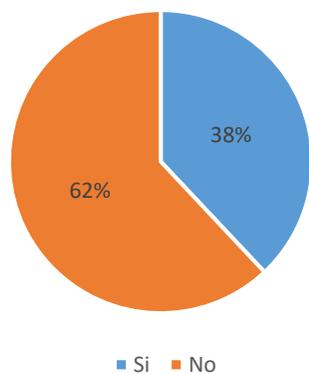
Sobre la repuesta descriptiva relacionada con la autopercepción, en la figura 8 se muestra que un 54,0% se autopercebían de forma negativa con características de inseguridad, pensamientos negativos, inestabilidad emocional; un 15,0% se reconocían de forma positiva en algunos aspectos y de forma negativa en algunos otros, por ejemplo, baja autoestima y realización académica y profesional; y un 31.0% se autopercebía de forma positiva, como valiente, luchadora, perseverante. De esta forma la mayoría de las participantes presentó autopercepción de forma negativa, elemento que puede generar dificultades en cuanto a su autoestima, psicoafectividad y en el factor psicológico de la calidad de vida.

Figura 8

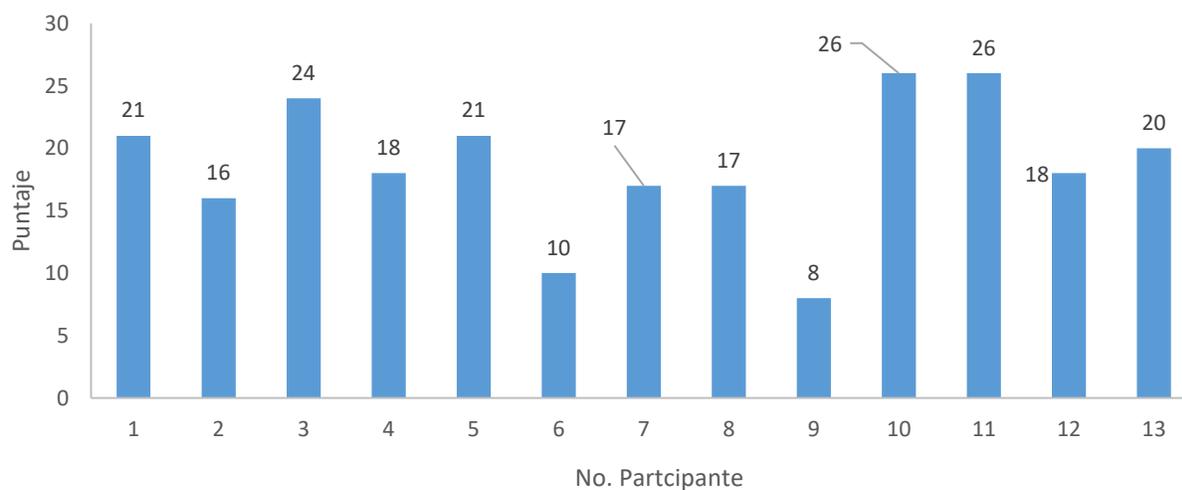
Reporte de autopercepción



La figura 9 presenta los porcentajes de la muestra que reportó intento de suicidio. En ella, un 38% de las víctimas indicó dicha conducta, la cual tiene una relación con el factor psicológico de la calidad de vida cuando existen problemas emocionales con sentimientos negativos y posiblemente dificultades relacionadas con la autoestima.

Figura 9*Reporte de intento de suicidio*

En la figura 10 se muestra el resultado por participante de la escala de inadaptación, que refiere a la forma en que los problemas psicológicos afectan en diferentes áreas de la vida cotidiana, se puede observar que existen puntajes altos que denotan grado de inadaptación más elevado en las participantes 10, 11, 3, 1 y 5. Las puntuaciones más bajas corresponden a las participantes 9 y 6, quienes presentan puntuaciones bajas en la inadaptación.

Figura 10*Resultados de la escala de inadaptación por participante.*

La figura 11, representa el porcentaje de discapacidad reportado en la escala WHODAS 2.0 en cada una de las participantes, sobresaliendo las participantes 2, 4, 10, 12 y 13 con puntuaciones altas, quienes reportan discapacidad moderada y las participantes 6, 9, 5 con puntajes más bajos y menores rasgos de discapacidad.

En la figura 12 se muestran los puntajes por dominios, en ellos el 6 que corresponde a participación y el 1 relacionado con la cognición, son lo que presentan mayores puntajes de la muestra. En el dominio 7 se presenta el porcentaje total de discapacidad de la muestra con un 17,8%, así la muestra presenta funcionalidad con indicadores de discapacidad en las áreas de la cognición y la participación.

Figura 11

Porcentaje del nivel de discapacidad por muestra participantes

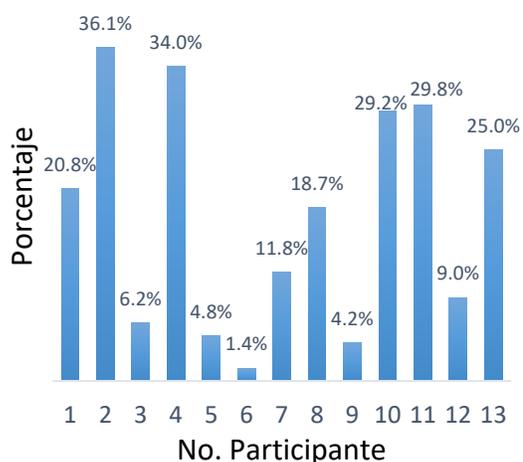
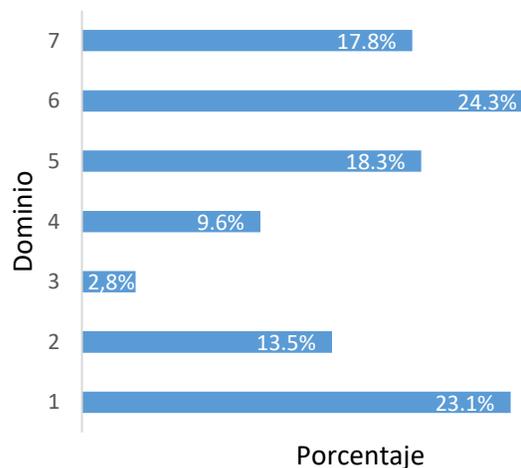


Figura 12

Promedio de discapacidad de la por dominio.



En la figura 13 se presentan los resultados por participante de WHOQOL-BREF, donde las puntuaciones altas corresponden a las personas 6, 7, y 8 quienes presentaron mayores indicadores

de calidad de vida; las puntuaciones más bajas se hacen presentes en las personas 3, 12 y 13, que reportaron menores indicadores de calidad de vida. En la figura 14 se pueden observar los resultados de la muestra por dimensión, donde se presentó un 53,0% del área salud física (dimensión 1), un 50,0% del área psicológica (dimensión 2), un 48% del área de relaciones sociales (dimensión 3), un 50,0% del área medio ambiental (dimensión 4) y un 50,5% del promedio total (dimensión 5). Así en cada dimensión la calidad de vida se encuentra alrededor del 50%, indicando que la muestra se encuentra alrededor de la media en el puntaje con presencia de algunas dificultades en todos los dominios, donde sobresale el de relaciones interpersonales.

Figura 13

*Resultados de la prueba WHOQOL-BREF
participante*

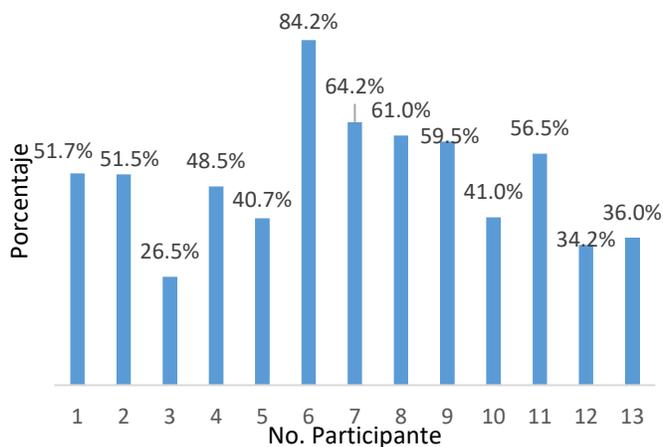
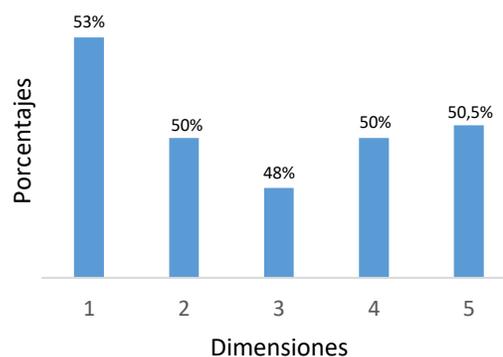


Figura 14

*Promedio de cada dimensión (1 al 4) y del
promedio total del WHOQOL-BREF (5)*



En la tabla 1 se muestran los resultados promedio, desviación estándar (DT), puntaje mínimo y máximo de la escala BSI, donde sobresalen las puntuaciones en los dominios de ADI, PAR, O-C y S-I, resaltando el malestar psicológico presente en la escala adicional, de la ideación paranoide, de la obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal. En la figura 15 se muestran los

resultados por participante donde sobresalen las puntuaciones altas de las pacientes 10, 13 y 2, quienes presentan mayores rasgos de malestar psicológico y las puntuaciones más bajas de las participantes 6 y 12.

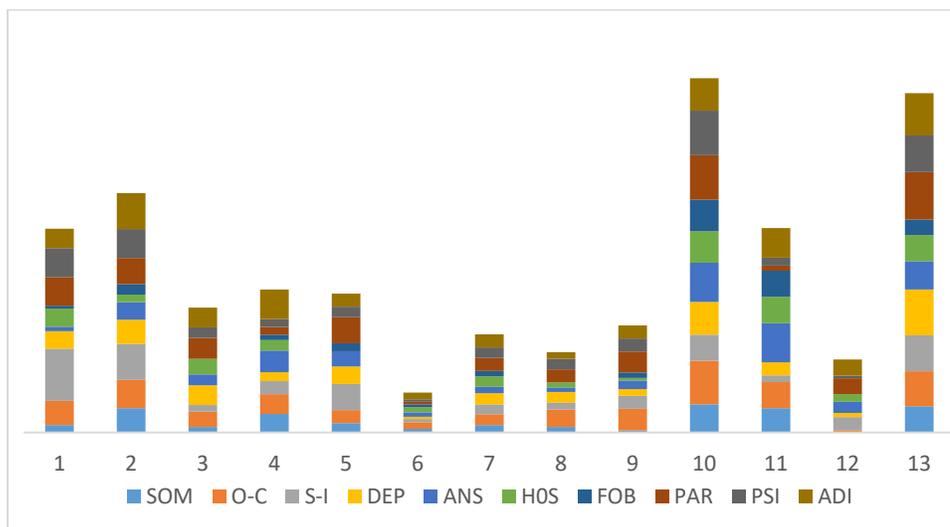
Tabla 1

Resultados promedio de la escala BSI por dominio

Escala BSI	PROMEDIO	DT	PUNT. MIN	PUNT. MAX
SOM	0.95	0.77	0	4
O-C	1.55	0.87	0	4
S-I	1.46	1.14	0	4
DEP	1.25	0.92	0	4
ANS	1.24	0.95	0	4
HOS	0.98	0.75	0	4
FOB	0.66	0.76	0	4
PAR	1.60	1.04	0	4
PSI	1.26	1.03	0	4
ADI	1.63	0.88	0	4
GSI	1.24	0.75	-	-

Figura 15

Resultados del BSI por dominio en cada una de las participantes



5.1.2 Resultados relacionados con la victimización sexual en la infancia

En la figura 16 se presentan los resultados referentes al parentesco de la víctima con el abusador, en esta muestra resalta que con mayor frecuencia los perpetradores fueron familiares directos como un primo (19,0%) o tío (14,5) e incluso personas que vivían en el mismo hogar como un hermano (19,0%), el padre (14,5%) o el padrastro (9,5%), de esta manera, y en la figura 17 muestra que un 81,0% de los abusadores fueron un familiar de la víctima. La relación de la víctima con el abusador es un factor que puede determinar la gravedad de los aspectos relacionados con las repercusiones a largo plazo.

Figura 16

Parentesco del abusador

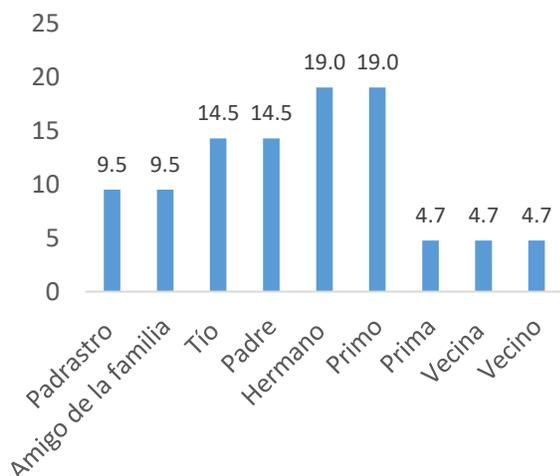


Figura 17

Relación con el abusador



En la figura 18 se muestran los resultados por participante de la EGS del TEPT, en ella sobresalen como puntajes más altos los de las participantes 10, 4, 13 y 1, que presentan más síntomas del TEPT y como puntuaciones más bajas se presentaron en las participantes 6, 9 y 14.

Según el puntaje de corte sugerido por la prueba mostrado en la figura 19, se observa que un 70,0% presentó rasgos de TEPT, lo cual está ligado a la presencia de las repercusiones a largo plazo de la victimización sexual en la infancia.

Figura 18

Puntajes de la EGS por participante

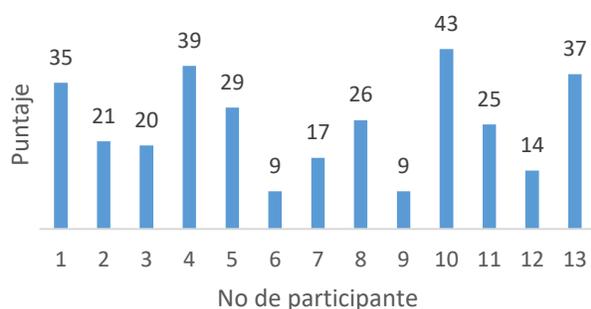
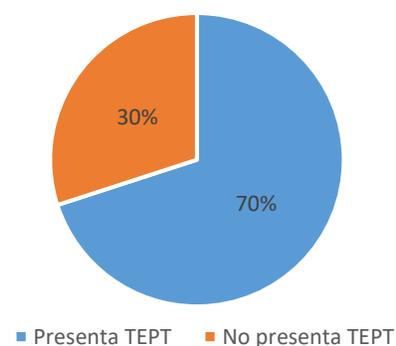


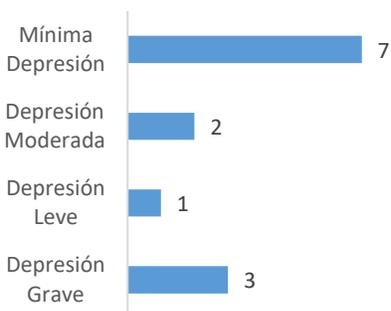
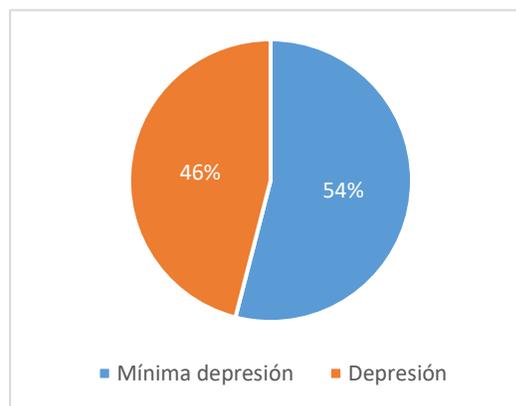
Figura 19

Resultados de la EGS según puntaje de corte

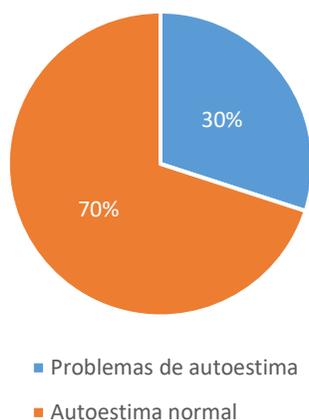
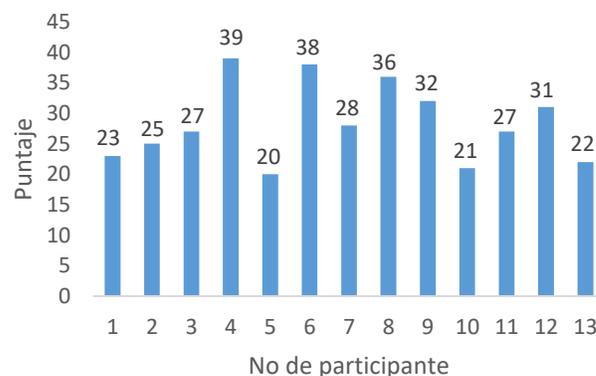


5.1.3 Resultados relacionados con la psicoafectividad

En la figura 20 se presentan los resultados del BDI-II, donde 7 de las participantes reportaron mínima depresión, 2 de ellas se categorizaron en depresión moderada, 1 en la depresión leve y 3 con depresión grave. En la figura 21, según el puntaje corte, los resultados indican que un 54,0% de la muestra presentaba mínima depresión y un 46,0% reportó rasgos de depresión, es así como un porcentaje importante de la muestra manifestó dificultades emocionales relacionadas con la depresión.

Figura 20*Resultados del BDI-II***Figura 21***Resultados totales de la depresión de acuerdo con el puntaje de corte*

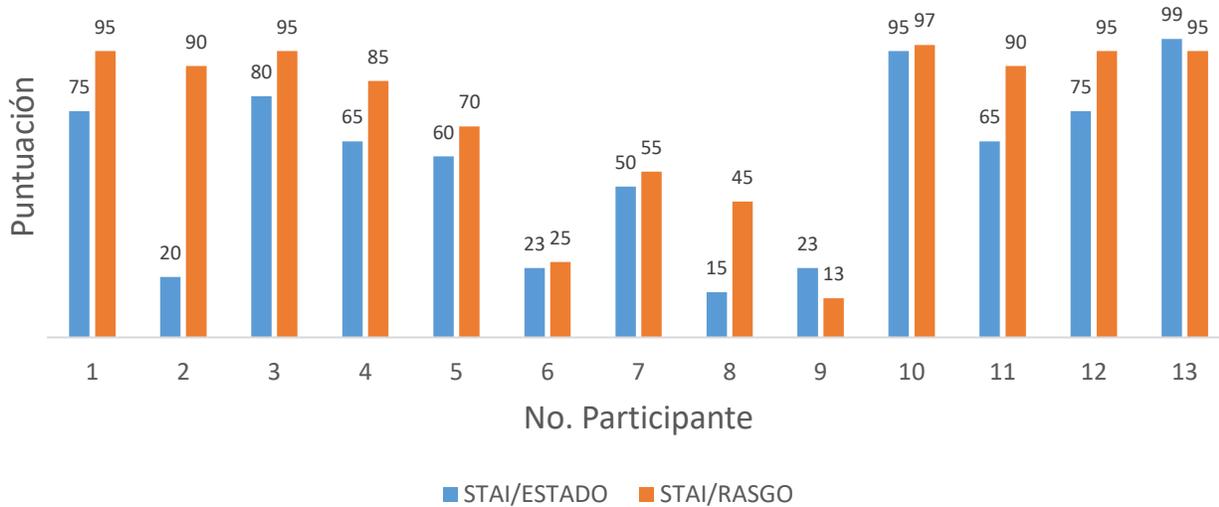
En la figura 22 se exponen los porcentajes del instrumento EAR según el puntaje de corte sugerido, se presentaron problemas de autoestima en un 30,0% de la muestra que está relacionado con el factor psicológico de la calidad de vida y en relación directa con aspectos psicoafectivos. En la figura 23, se presentan los puntajes totales de cada una de las participantes, donde las participantes 5, 10, 13 y 1 reportaron los puntajes más bajos y por ende problemas de autoestima que ameritan atención y las participantes 4, 6, 8, 9 y 12 presentaron las puntuaciones más altas que denotan autoestima elevada que se considera como autoestima normal, con presencia de sentimientos de respeto y aceptación de sí mismas. Por su parte las participantes 2, 3, 7 y 11, no presentan problemas de autoestima graves, pero se recomienda trabajar para mejorarla.

Figura 22*Porcentajes según el puntaje de corte**del EAR***Figura 23***Puntaje del EAR por paciente*

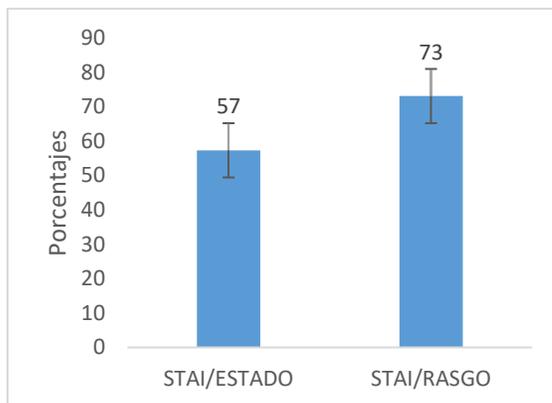
En la figura 24 se muestran los resultados por participante de la prueba STAI con los resultados de la ansiedad estado y ansiedad rasgo, predominando con puntuaciones más altas la ansiedad de rasgo, excepto en la participante 13, que reportó mayor ansiedad de estado, muy posiblemente relacionado con la entrevista sobre el tema de victimización sexual en la infancia; resaltaron en estos resultados las puntuaciones altas en ambas escalas de las participantes 13, 10, 3, 12 y 1, ya que reportaron niveles de ansiedad de estado y de rasgo altos, presentes tanto en el momento de hacer la prueba y en la cotidianidad. Por su parte las participantes que indican resultados con puntuaciones más bajas en ambas escalas corresponden al número 9, 6, 8 y 7. En la figura 25 se muestran los resultados totales de la prueba donde un 57,0% manifestó ansiedad estado y un 73,0% reportó ansiedad rasgo, prevaleciendo los puntajes mayores a la ansiedad presente frente a las situaciones que se presentan en la cotidianidad.

Figura 24

Resultados de la prueba STAI de estado y rasgo por participante

**Figura 25**

Promedio de las puntuaciones totales del STAI tanto en estado como en rasgo (se muestran barras de desviación)



5.2 Análisis cuantitativo correlacional

El análisis cuantitativo correlacional se presenta en la Tabla 2 donde se muestran los resultados del cálculo de la matriz de correlación de Spearman que se realizó entre las pruebas WHOQOL-BREF (dominios Físico, Psicológico, Relaciones sociales, Ambiente y la escala global) BSI, EI, EAR, BDI-II, STAI, EGS y WHODAS 2.0.

Tabla 2

Matriz de Correlación de Spearman (ρ) de los instrumentos psicológicos aplicados en la investigación

Instrumentos psicológicos	Dominios del WHOQOL-BREF				Global WHOQOL-B	Otros instrumentos aplicados							
	Física	Psicológica	Relaciones sociales	Ambiente		BSI-GSI	EI	EAR	BDI-II	STAI/E	STAI/R	EGS	
Física	-												
Psicológica	0.559	-											
Relaciones sociales	-0.006	0.605*	-										
Ambiente	0.594	0.668*	0.487	-									
Global WHOQOL-B	0.703**	0.900***	0.552	0.878***	-								
BSI-GSI	-0.681	-0.446	0.000	-0.108	-0.368	-							
EI	-0.532	-0.671**	-0.328	-0.315	-0.555	0.558	-						
EAR	0.409	0.508	0.332	0.293	0.479	-0.682*	-0.610*	-					
BDI-II	-0.558	-0.636*	-0.465	-0.336	-0.605*	0.655*	0.694*	-0.753**	-				
STAI/E	-0.516	-0.906***	-0.487	-0.491	-0.717**	0.488	0.738**	-0.490	0.674*	-			
STAI/R	-0.505	-0.876***	-0.612**	-0.426	-0.736**	0.608*	0.742**	-0.595*	0.746**	0.842***	-		
EGS	-0.734**	-0.378	-0.112	-0.151	-0.355	0.737**	0.611*	-0.468	0.752**	0.483	0.534	-	
WHODAS 2.0	-0.536	-0.195	0.056	0.110	-0.143	0.731**	0.320	-0.190	0.344	0.174	0.458	0.646*	

Nota. $p < 0,05^*$, $p < 0,01^{**}$, $p < 0,001^{***}$

Las correlaciones con una $p < 0.001$ y con una correlación muy fuerte (coeficiente de correlación de Spearman (ρ) con rango de +0.76 a +0.90) fueron entre el dominio Psicológico del WHOQOL-BREF y la escala global de esta misma prueba, además de tipo negativa entre el dominio psicológica y el STAI/E y STAI/R; también fueron significativas las correlaciones entre el dominio Ambiente de la escala WHOQOL-BREF y su puntaje global, así como entre el STAI/E y el STAI/R

Las correlaciones con una $p < 0.01$ y con una correlación considerable (con rango de ρ de +0.51 a +0.75) se presentaron entre el dominio Física del WHOQOL-BREF con su puntuación global, y de forma negativa con la EGS. Entre el dominio psicológica del WHOQOL-BREF y la EI de manera negativa, entre el dominio de Relaciones sociales del WHOQOL-BREF y negativamente con STAI/R. Además, entre la puntuación global del WHOQOL-BREF y de forma negativa con STAI/E y STAI/R. También entre BSI-GSI con EGS y la puntuación global del WHODAS 2.0; entre la EI con STAI/E y STAI/R, entre EAR y de manera negativa con BDI-II, y entre el BDI-II y STAI/E y STAI/R.

Se presentaron correlaciones con una $p < 0.05$ catalogadas como correlación media (con rango de ρ entre +0.11 a +0.50) entre que está comprendida por imagen y apariencia corporal, sentimientos negativos, sentimientos positivos, autoestima, espiritualidad (religión o creencias personales) pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración; el BSI-GSI con de forma negativa con EAR y se correlaciona también con BDI-II y STAI/R. Además entre EI con EAR negativamente, y con BDI-II y EGS. Entre la EAR y de forma negativa con STAI/R, entre el BDI-II y STAI/E y entre EGS y WHODAS 2.0.

5.3 Análisis cualitativo

En este apartado se expone el análisis de tipo cualitativo realizado en la investigación. Para el mismo se emplearon tres categorías que están en relación con los objetivos propuestos en la investigación, estas categorías fueron la de calidad de vida, las repercusiones a largo plazo del abuso sexual en la infancia y la psicoafectividad; cada una de ellas estuvo compuesta por diferentes subcategorías para un análisis desglosado del fenómeno.

Durante el análisis realizado se tomaron en consideración aspectos de las narraciones que generaban dificultades y problemáticas en la actualidad, así mismo se incluyeron algunas citas que refieren a aspectos del ciclo vital que tienen relación con el tema a analizar para una mejor comprensión de la realidad de las participantes.

Al categorizar aspectos como la psicoafectividad compuesta por el afecto, los sentimientos y las emociones es común en el análisis encontrar frases que corresponden a una categoría diferente a esta, pero en las que existe constante correspondencia con dicha categoría.

También se hicieron presentes correspondencias entre la categoría calidad de vida y repercusiones a largo plazo del abuso sexual en la infancia, principalmente entre las subcategorías de psicológico, relaciones personales, problemas emocionales, problemas de relación y problemas sexuales, estas correspondencias se pueden observar de forma gráfica en la Tabla 3. Durante el análisis se prescindió de fusionar categorías, ya que no existe una concordancia completa, sino de forma parcial y se analizó que estas correspondencias no implican un problema en este análisis, sino que se comprende desde una integralidad de los componentes de la personalidad, las conductas emitidas y en la forma de hacer frente a las problemáticas por parte de las participantes de la investigación.

Tabla 3

Categorías, subcategorías y correspondencias entre las categorías del análisis cualitativo.

Categorías de análisis	Subcategorías de análisis	Correspondencias
1. Calidad de vida	1. 1 Físico	2. 4
	1. 2 Psicológico	3
		2. 1
	1. 3 Grado de independencia	
	1. 4 Relaciones sociales	2. 2 y 2. 5
	1. 5 Entorno	3
	1. 6 Espiritual	
2. Repercusiones a largo plazo del abuso sexual en la infancia	2. 1 Problemas emocionales	3
	2. 2 Problemas de relación	1. 4 y 3
	2. 3 Problemas de conducta y adaptación social	
	2. 4 Problemas funcionales	1. 1
	2. 5 Problemas sexuales	
	2. 6 Revictimización	
	2. 7 Transmisión intergeneracional	
3. Psicoafectividad	3. 1 Afecto	
	3. 2 Sentimientos y emociones	Está
	3. 3 Autovaloración y autoconcepto	presente en
	3. 4 Autoconfianza	1 y 2
	3. 5 Autoimagen	

5.3.1 Resultados relacionados con la categoría calidad de vida

En esta categoría de calidad de vida se analizaron los aspectos desde la percepción que tenía cada participante de su lugar en la existencia, de su experiencia vivida a lo largo de su ciclo vital y en las cuales existe relación con la situación de abuso sexual en la infancia en cuanto salud física del sujeto, el estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Dicha categoría estuvo conformada por 6 subcategorías, mismas que corresponden al análisis de la temática propuesta por la OMS (1996), así se analizó el aspecto **físico** entendido

como aquellos aspectos a nivel fisiológico que generaran dolor, malestar, pérdida de energía, cansancio, enfermedades médicas, dificultades en el sueño y en el descanso.

La segunda subcategoría fue la correspondiente al aspecto **psicológico** compuesto por sentimientos negativos, la labor de reflexión, dificultades en la memoria, concentración, autoestima, imagen y apariencia corporales.

La siguiente subcategoría estuvo conformada por el **grado de independencia**, en esta se incluyen las dificultades en cuanto a la movilidad, el realizar actividades de la vida diaria, y la dependencia respecto a medicaciones o tratamientos.

La subcategoría de **relaciones sociales** estuvo conformada por problemas o dificultades en las relaciones personales, de noviazgo o pareja, el apoyo social y la actividad sexual

En la subcategoría **entorno** se categorizaron aspectos relacionados con problemas en cuanto a la seguridad física, entorno doméstico (en la infancia y actual), recursos financieros, nivel socioeconómico, atención sanitaria y social, oportunidades para adquirir información y aptitudes nuevas, además del aspecto de actividades recreativas.

Por último, en la subcategoría **espiritual** se incluyeron los aspectos referentes a la espiritualidad, religión y creencias personales.

5.3.1.1 Subcategoría físico. Se encontraron en esta subcategoría elementos relacionados principalmente con enfermedades médicas que generan malestar en la actualidad en algunas de las participantes:

A la participante 2 al preguntarle sobre algunas de las respuestas dadas a los instrumentos aplicados en los que ha mencionado sentirse inútil y que no sirve para nada, refiere a su condición de salud física actual indicando:

Por supuesto, no puedo hacer nada, por mi condición de salud, ya que me siento cansada, antes era de hacer oficio y ahora no puedo por la operación del túnel carpal, depende de lo que haga ya la mano no tiene la misma fuerza, se me caen las cosas ... el ver mi deterioro de salud me hace sentirme bastante mal, me pone triste porque me despierto con energía, pero el hecho de levantarme de la cama y de que me duela la espalda y todo.

Al consultar sobre la ingesta de medicamento al momento de realizar la entrevista, la participante 10 menciona que:

Sí, ahorita el ginecólogo me dio medicamento por un pólipo, que solo así se deshace me dijeron, tomo pastilla, tengo un problema con el gluten desde niña, pero fue ahora de adulta que me puse muy mal me hice exámenes, y es que soy intolerante al arroz y los frijoles. Tengo hernia y desgaste en la cadera, nada más. Mucho tiempo atrás tome antibióticos por la sinusitis.

Algunos de los problemas a nivel fisiológico se hacen presentes en los periodos de la relación de pareja y después de la separación del matrimonio, como lo mencionan las participantes 5 y 11, en este caso la participante 5 al consultarse sobre problemas en las relaciones sexuales en el periodo de matrimonio eclesial comenta: “Si, yo sufría mucho de infecciones, era doloroso para mí mantener relaciones sexuales, físicamente hablando, emocionalmente”.

Y la participante 11 al comentar su situación después de la separación de su matrimonio por la Iglesia expresa malestares emocionales y afectivos que generanban problemas físicos:

Sí, hubo un tiempo que estuve muy, muy enferma, ya habían pasado como 3 años de la separación, como a los 27 y 28 años. Como siempre quería estarme suicidando, empecé a no comer y me dio una infección de riñones, estuve casi ciega un año, estuve mal de la cadera, yo nací con un problema en la cadera y se me agravó lo de la cadera.

5.3.1.2 Subcategoría psicológico. En esta categoría se encontraron amplias manifestaciones de sentimientos y análisis negativos que tienen referencia con la situación de abuso sexual en las participantes. En ese sentido la participante 1 al comentar sobre el abuso sexual en la infancia, en su narración, recurre a explicar su entorno familiar en ese momento en cuanto a los cuidados y protección brindados por parte de la figura materna, ella hace un análisis de la siguiente forma: “porque ahora pienso que cómo es posible que mi mamá fuera tan descuidada de dejar el cuidado a cualquier persona, su hija tan pequeña y desentenderse tal vez por estar haciendo el almuerzo.”

Esta misma participante 1, hace una reflexión donde manifiesta su pensar y los sentimientos negativos en relación a la situación abordada:

A veces siento tanta crueldad por la cual yo pasé, qué me duele mucho, me duele mucho saber que yo pasé por ahí, porque uno es demasiado vulnerable a esa edad, demasiado vulnerable, como un simple vamos a jugar tal cosa yo creerlo de una manera tan ingenua, pero la entiendo, porque era simplemente una niña de cinco años, yo ahora lo veo con mis hijos y desde que tengo a mis hijos lo veo desde otra perspectiva, una perspectiva muy diferente porque los veo; veo como son ellos, veo su inocencia y vulnerabilidad y tener hijos es algo maravilloso que requiere mucho de cuidado, de atención.

Los sentimientos negativos y la reflexión manifestada por las participantes 2 y 10 refieren a que la situación de abuso posiblemente no les permitió tener un desarrollo más positivo en su ciclo vital y afectó en sus capacidades como describen en las siguientes narraciones:

Si él no me hubiera marcado tanto como me marcó, posiblemente yo no me hubiera casado, hubiera terminado de estudiar y fuera otra persona actualmente, es lo que pienso a veces, si él no me hubiera marcado como me marcó, yo siento que yo sería otra, siento que a

veces, que si él no hubiera llegado a la vida de mi mamá yo estaría en otro lugar.
(Participante 2)

No le comenté nadie lo que pasaba por vergüenza, me dolía mucho, no es que ahora no me duela porque si me duele, lo que pasa es que no fui quien yo quise ser (llanto), ese montón de miedos (llanto), bueno aparte de la falta de apoyo y todo, los miedos eran cómo ser negativa, todo lo que yo iba a hacer sabía que me iba a salir mal, yo siempre lo presentí, yo crecí muy sola, yo viví muy sola mi niñez, mi adolescencia y todo, siempre, no sé si por ahí me afectó ... Sí, a veces sí, a veces son pensamientos de la nada, a veces me pongo a pensar en eso, porque yo hecho todas las culpas de todos mis fracasos a eso (Participante 10)

Otras participantes refieren a sus sentimientos de tipo negativo y su reflexión del acontecimiento a los efectos que se presentaron en sus relaciones sentimentales, de pareja y en las relaciones sexuales:

Yo creo que toda persona que haya sido abusada de pequeña siempre lleva algo, es difícil tener una relación, tener algo de lo que uno sufrió en su niñez, siempre era una relación que daba asco, asco, jamás se le puede llamar a una relación sana cuando hay esos daños psicológicos. (Participante 5)

El evento en infancia a mí me marcó porque yo crecí con la idea de que voy a hacer mujer de un solo hombre, esa fue mi mentalidad, yo voy a ser mujer de un hombre nada más, yo me casé hasta que la muerte nos separara, que las cosas no resultaron por como yo pensaba, porque yo soy tan estructurada; para mí fue un golpe, porque cuando yo me di cuenta ya él se había ido y no tenía esposo. (Participante 7)

La afectación a nivel psicológico se hace presente en las participantes en cuanto a los problemas actuales relacionados con autoestima, autoimagen y apariencia corporales, que se tienen conexión con el suceso de abuso sexual vivido en la infancia, este aspecto a nivel psicológico se corresponde de forma directa con la categoría de análisis psicoafectividad, por lo tanto las expresiones manifestadas en este subapartado forman parte de ambas categorías de análisis.

La participante 4 al preguntársele sobre una respuesta dada en las pruebas aplicadas indica: Es que no sé cómo describirlo, a mi me ha pasado mucho tiempo, que es una cosa que yo decía que es esto tan terrible, una pregunta también decía que si había sentido alguna vez que si el cuerpo no le pertenece, yo creo que es algo parecido, es una sensación como de que no soy lo que quiera ser, inmediatamente lo que hago es comer dulce, en algún momento en las cosas que he andado estaba en un centro de balance integral, hicimos meditaciones, durante ese periodo me sentí muy ajena a mi cuerpo y recuerdo haber sentido como que me reconciliaba con mi cuerpo, que no me sentía culpable de tener un cuerpo bonito, porque el agresor, es agresor independientemente de cómo sea la víctima, yo me sentía culpable de ser bonita.

La participante 8 describe cómo en su periodo de adolescencia no deseaba ser mujer, referido al temor de su sexo, su imagen y aceptación de su cuerpo con el cual se siente vulnerable, donde existe relación con el abuso sexual infantil:

Sí, sí porque yo no quería ser mujer digamos en esa etapa de los 10 años a los 12 años, los últimos años de escuela yo sólo pasaba jugando con los chiquillos, mejengas y nunca pensaba en novios, pero la mayoría de mis amiguitos del barrio era así, jugaban con las mujeres, era de jugar mujeres contra los hombres y era algo así, pero nunca hubo algo sexual, uno no estaba pensando de que éramos novios o que jugábamos de casita o esas

cosas; en cierta manera quería yo proteger a la mujer y tener comportamientos masculinos para no sufrir lo que sufría.

Y también indica:

En ese momento, pero en una época, es que yo no sé si fue en ese mismo momento o otro, que yo lloraba y decía yo no quiero ser mujer, yo no quiero ser mujer, pero no sé qué me pasó, pero yo recuerdo que fue una noche que estaba en la casa llorando, y en que yo decía que no quería ser mujer, y yo hubiera preferido haberme quedado en esa incubadora, no sé si era por los problemas de la casa o por alguna cosa del abuso, lo que yo si recuerdo es que a mi nadie me penetró, eso sí me lo recuerdo. (Participante 8)

La participante 2, expresa inseguridad y problemas de autoconfianza en la relación de pareja, debido al autoconcepto y a la autoimagen, donde también existen problemas a nivel físico, lo cual genera conflicto a nivel psicológico y en la relación de pareja:

A veces le digo a mi esposo la inseguridad de que él va a salir y se va a encontrar a una mujer más joven, más bonita, o que ya no le duelen todas las cosas como a mi me duelen, el deterioro de mi enfermedad me ha causado más deterioro y complejos de los que ya tenía, yo antes podía salir a correr o a caminar y ya nada de eso.

La participante 7, relata que en la juventud comentó por primera vez la situación de abuso sexual en la infancia en una convivencia, ante ello relata la forma como se sintió y expone cómo fue para ella el periodo de silencio, donde se hacían presentes dificultades psicológicas y psicoafectivas:

Libre, libre, porque lo había guardado y lloré como una niña, al momento de contarlo mis sentimientos eran de sanación y de liberación, era como que me quitaba algo de encima, porque yo me sentía sucia, me sentía culpable, me sentí como que yo había sido la que dio

pie, que yo fui la causante, la provocadora, la incitadora, me sentía la más sucia, me sentía como una niña sucia, crecí con la idea que era una niña sucia, como como que me faltaba algo, como que no era una niña normal

La participante 7, también expresa sentimientos negativos en el periodo de silencio, los cuales hacen referencia al autoconcepto:

Era un temor a que la gente pensara que fui yo la provocadora, la insitadora, la que no se había cuidado; yo siempre me sentí culpable, nunca me vi como víctima, yo sentía a pesar de mi corta edad que yo había sido la incitadora, y yo ni sabía de eso, yo ni sé por qué en mi mente se me metió que era yo la que buscaba, pero era él el que me buscaba a mí.

Relacionado con los sentimientos negativos se presentan en ocasiones recuerdos de la situación vivida de manera muy específica y esto genera malestar en las participantes:

Lo que me altera es, tengo una memoria hasta con los nombres, y hay ciertas cosas que me han pasado en la vida que las tengo, son imágenes y palabras que no se me quitan, las tengo muy frescas en la cabeza y están relacionadas con el abuso sexual. (Participante 10)

5.3.1.3 Grado de independencia. La siguiente subcategoría fue la correspondiente al grado de independencia que incluye las dificultades en cuanto a la movilidad, a realizar actividades de la vida diaria, y dependencia respecto de medicaciones o tratamientos.

En esta subcategoría no se hicieron presentes narraciones que indicaran dificultades incapacitantes en la independencia, problemas de movilidad, dependencia de tratamientos o para realizar actividades de la vida diaria.

5.3.1.4 Relaciones sociales. Esta subcategoría se corresponde con la de problemas de relación de la categoría repercusiones a largo plazo del abuso sexual en la infancia, por lo tanto, se ilustran algunos de los problemas presentes en la interacción social con el sexo masculino y en ámbitos como el ambiente laboral, en cuanto a las relaciones personales, de noviazgo y de actividad sexual, se retoman en la categoría de correspondencia mencionada.

De esta manera en las relaciones sociales la participante 7 indica que existía temor en la interacción con personas de sexo masculino, con presencia de afectación debido al abuso sexual y una reflexión positiva de la vivencia del abuso sexual con una mezcla de aprendizaje y de la espiritualidad de la participante:

No le voy a engañar, yo les tenía pavor a los hombres, por eso le digo que tener ese contacto, con los hombres o hablar con los hombres, acercarme a un hombre; yo me sentía segura con mujeres, con mis compañeras o amigas, muy tímida, no sé, yo me sentía insegura, insegura completamente. Yo siempre he dicho que ahí Dios me ha visto con la niña de sus ojos, porque yo dije si él permitió que yo pasará por eso, no fue que Él me lo puso, sino que fue para que yo aprendiera algo.

Los problemas en las relaciones sociales pueden afectar en el ámbito laboral y en la relación con los compañeros de trabajo, donde se hacen presentes problemas afectivos y comportamientos de defensividad como lo menciona la participante 9:

Bueno de joven como de adolescente y adulta, si era problemática yo, pero en los trabajos y con mis jefes no, pero si era problemática con mis compañeros. Es porque antes yo, bueno, pero gracias a Dios ahora es diferente, pero antes era una persona de sentimientos feos, cómo de envidia, era prepotente, odiosa, era una persona desagradable, era interesada,

indiferente ante el dolor ajeno, sólo yo, solo yo, egoísta, mal hablada, era muy infeliz, amargada, siempre estaba a la defensiva.

5.3.1.5 Entorno. En la subcategoría de entorno, se encontraron relatos relevantes principalmente en interacción con la descripción del ambiente familiar, situación que muestra un panorama de la relación con su entorno doméstico y brinda un panorama general del ambiente donde se desarrollaron las participantes.

Algunos relatos de las participantes refieren a su entorno familiar en la infancia y a la conducta de sus padres en esa época, lo cual muestra un panorama del ambiente del que proceden algunas de las participantes:

Bueno de la manutención se hacían cargo mis padres, la relación con ellos a lo que me acuerdo era distante, porque mi papá tenía el vicio de jugar billar, entonces siempre como que andaba jugando; mi mamá en ese momento siempre estaba donde mi abuela en Santa Ana. (Participante 1)

No, nunca, y hasta la fecha, no hablaba con ella, ella no fue una mamá cariñosa, no fue la mamá preocupada, no, un abrazo, un beso, de que mi mamá me preguntara ¿cómo te sientes?, o si estás bien, no ... mi papá no, mi papá igual nunca fue cariñoso, ni abrazo, ni beso y hasta la fecha verdad. (Participante 7)

Durante toda la vida mis padres han tenido discusiones, como le digo mi padre ha sido un hombre muy machista, es un rol muy definido, la mujer siempre sirviendo al hombre, preocupada por el hombre, mis papás están casados en la actualidad, y hasta la actualidad sigue siendo ese mismo patrón. (Participante 1)

Otro de los aspectos relacionados con el entorno familiar son la vivencia en el periodo de infancia y aspectos afectivos y emocionales de su ambiente cercano, principalmente en la relación

con las figuras parentales: “recibía poco cariño, mi hermana me daba mucho cariño, ella ha sido como mi mamá en ese sentido, del sentido sentimental, siento que en las etapas primarias de mi vida he recibido poco cariño, poco abrazo, poco beso, poco chineo.” (Participante 1)

Ya una se da cuenta que la necesidad de afecto es fuerte y que eso era una fuente de afecto importante, la falta de afecto, la fuente de afecto de mi papá no era suficiente, la fuente de afecto de mi mamá no era viable, mi mamá vivía en una relación de pareja de infidelidad constante con sufrimientos y crisis permanentes. (participante 4)

Creo que eso está relacionado con la manera en que fui criada, el ambiente familiar, ya que eso fue lo que yo aprendí, eso fue lo que vi, no tenía amor propio, ni para mí, ni sabía dar amor a los que me rodeaban. (Participante 9)

Sí, creo que son dos situaciones, que yo recuerdo ahora y todavía, antes las recordaba pero ya ahora no, pero todavía me duele, que es el maltrato de mi madre para mí, todavía yo lo recuerdo y me duele montones, todo eso, no lo recuerdo con odio por gracia de Dios y después la ausencia de papás, es que un papá abraza y un papá enseña, da guía, aconseja, da valores, en mi casa no se daba eso. (Participante 9)

Y por último, la participante 10 menciona que: “Mi mamá ha sido muy ausente para dar amor, ahora ella ha cambiado mucho, y de parte de mi papá nunca lo tuve”.

Otras de las pacientes hacen referencia al trato en su entorno y conflictos relacionados en la interacción con las figuras parentales:

Mi mamá me decía que yo era muy marimacha ya que yo andaba con los chiquillos y jugamos futbol, bolinchas, trompos y todo eso, y mejengas, yo nunca soporté las muñecas, nunca me gustaron porque me daba miedo que me abusaran y sin embargo siempre me gustan los hombres. (participante 8)

Siempre hubo discusiones con mi madre, me hablaba muy feo, cosas despectivas, por ejemplo en lo que me acuerdo es que pequeña me costaba mucho las matemáticas, no tenía paciencia para sentarse conmigo. Entonces decía que era tonta, esto en el período escuela, que era tonta o sea es que tenía un modo y todavía lo tiene, un modo muy feo de hablar, siempre estaba malhumorada. (Participante 13)

Otras de las narraciones describen comportamientos del entorno familiar en el periodo de adolescencia y juventud de algunas de las participantes.

Yo le dije que si quería saber porqué yo era así, y le dije que era así porque mi padrastro me había manoseado desde niña, que él había abusado de mi, y ya yo estaba harta, no quería vivir ahí y no quería vivir nada, y él inmediatamente reaccionó y gritó y decía que lo perdonara que él no sabía que porqué hacía eso, que él no se explicaba nada, porque eso no había vuelto a pasar, que lo perdonara y que olvidara todo eso y mi mamá muy tranquilamente dijo: sí, ¿quién nos va a mantener si él se va? (silencio) en ese momento yo recuerdo que tuve muchos sentimientos encontrados, demasiados sentimientos encontrados, porque yo decía ¿cómo va a ser posible que la persona que yo más amo, que era mi mamá, no se diera cuenta del daño que yo tenía? entonces le dije que estaba bien, que sí. (Participante 2)

Por su parte, la participante 3 indica: “mi papá era una persona agresiva, era agresivo conmigo y con mi mamá y como yo no me dejaba, porque había situaciones en las que yo sacaba mi yo, porque tengo mi temperamento y chocábamos”.

La participante 5 menciona que:

Yo no tenía el apoyo de mis papás, la confianza de una mamá, ya que mi mamá era una persona que yo siento que nunca pude contar con ella, porque yo le preguntaba algo de

mujer, ya señorita, por ejemplo sobre la menstruación, yo no sabía que era eso, y le pregunto a mamá y ella no me da respuesta de nada, porque le molestaba que yo le preguntaba, no había confianza entre una mamá y una hija, no la hubo, menos que uno pudiera preguntarle al papá, porque era al que menos se podía.

Y la participante 11 describe que:

Feo, muy feo, (llanto) mi mamá es una mujer, fue una mujer, está viva, pero ya es una señora ya diferente mi mamá, era una mujer insatisfecha, dominante, irritada, siempre, nunca le conocimos que hubiera una alegría, en Navidad era un tiempo de miedo, todas las navidades habían problemas y eso era feo, a mí no me gustaba por lo menos, siempre queríamos estar mi hermana y yo en la calle, siempre queríamos estar lo menos posible en la casa, eso fue después de 6 años, porque antes de los 6 años yo me quedé a vivir con mi abuela un tiempo largo y recuerdo que mi abuela era buena.

5.3.1.6 Espiritual. Por último en la subcategoría espiritual se incluyeron los aspectos referentes a los temas de espiritualidad, religión y creencias personales, donde se hacen presentes las creencias de la religión católica debido al entorno donde se realizó la investigación.

El fenómeno religioso se ha hecho presente de forma positiva para contribuir a superar aspectos del abuso sexual en la infancia y otros acontecimientos relacionados con experiencias asociadas como lo expone la participante 9:

Entonces yo siempre he escuchado de Dios y de Dios, pero hasta ahí nada más, entonces yo recuerdo y lo doy como testimonio, que comencé a rezar, porque yo quería rezar y orar para que todo cambiara; yo decía ¿cómo puedo rezar? ¿Cómo puedo orar? y un día venía de un lugar y vi un aviso que decía taller de oración y vida, y yo deseaba aprender a orar y a vivir, a orar y vivir, y yo dije: mirá voy a ir y a partir de ese taller de Ignacio Larrañaga,

El Señor empezó a hacer cosas maravillosas y yo fui cambiando. Él me fue cambiando, fue sanando todas esas heridas que sangraban y sangraban, y hasta la fecha, para no serle muy largo, que el Señor camina conmigo siempre y le digo que Él ha hecho de mí una vasija nueva, que yo estoy experimentando ahora la vida tranquila, he podido experimentar dar amor, cuando yo antes sólo daba odio y hacía mal a las personas, y ahora no.

La Participante 5 menciona que su práctica religiosa le hace sentir bien, y que era lo que le brindaba soporte para ir a su casa, lugar donde se daban los abusos por parte de su padre y hermano:

Esa es una cosa que me ha hecho feliz, ir a la eucaristía, yo me acuerdo muy bien ir al convento con las hermanas, cuando yo salía de la eucaristía, yo a pesar de que mi niñez había sido así, yo me acuerdo que a los 13 años, ya como que comenzaron a respetarme un poco más y todo eso pero en el sentido de que uno se sentía grande, muchachilla y ya uno se iba a la Eucaristía y recuerdo que siempre (silencio prolongado) (llanto) Si, eso me hacía sentirme feliz, salía muy feliz de la eucaristía, porque eso es lo que me daba fuerza para ir a la casa.

Para esta misma participante 5, el elemento religioso es fundamental, al punto de realizar una reflexión sobre la importancia para ella en su vida y antepone la ayuda espiritual al apoyo profesional que pueda recibir por la situación de abuso sexual en la infancia:

Mi preocupación es ésta, es cierto que la psicología es importante, pero yo siento que cada vez que hablo esto como que me hago más daño a mí misma, porque puedo recibir algo de autoestima, pero el miedo mío es ese, verdad, porque no se, no entiendo nada de lo que es la psicología, pero, siempre lo he dicho el psicólogo es, pero el sanador es nuestro Señor verdad, que me ha ayudado realmente, me ha sacado de mucho.

Para la participante 13, integrarse a un grupo de oración de la Iglesia católica favoreció la perspectiva de manera positiva sobre sus pensamientos, sentimientos y emociones generados por el abuso sexual en la infancia:

Yo soy cursillista y cuando yo hice el cursillo mi perspectiva de eso que pasó (el abuso sexual en la infancia) cambió bastante, no te digo que he sanado del todo pero la parte de la culpabilidad me he liberado un poco, de eso estuve hablando con el Padre (sacerdote) en ese momento y fue como una perspectiva diferente. ... ya ahora yo no tengo tanto ese conflicto que tenía antes, es que cuando estaba con todo ese conflicto, mi mamá me inculcó la parte religiosa pero evangélica (protestante) y eso fue terrible para mí, eso fue terrible, fue traumático.

5.3.2 Repercusiones a largo plazo de la violencia sexual

La segunda categoría de análisis son las repercusiones a largo plazo de la violencia sexual, las cuales son entendidas como las secuelas que se desarrollan como efectos del abuso sexual tiempo después de éste, que pueden perdurar a lo largo del ciclo evolutivo y configurar en la adultez problemas relacionados con el abuso. Esta categoría de análisis se dividió en 7 subcategorías, tomando como referencia la propuesta de Pereda (2010) que analiza los diferentes problemas que se pueden presentar a largo plazo en personas victimizadas sexualmente en la infancia.

Las subcategorías están compuestas por:

Problemas emocionales: donde se incluyeron la presencia de problemas o trastornos depresivos y bipolares; los síntomas y trastornos de ansiedad, acentuado por la frecuencia del trastorno por estrés postraumático; el trastorno límite de la personalidad, las conductas autodestructivas (negligencia en obligaciones, conductas de riesgo, ausencia de autoprotección,

entre otras), las conductas autolesivas, las ideas suicidas, los intentos de suicidio y la baja autoestima. Esta subcategoría presenta similitud con la subcategoría psicológica de la categoría calidad de vida y con las escalas de psicoafectividad, por lo tanto en algunas de las descripciones que hacen referencia a las emociones y la autoestima se están presentes componentes de estas categorías de análisis mencionadas.

Problemas de relación: en esta subcategoría se analizaron los problemas en las relaciones interpersonales que manifestaban posible relación con la victimización sexual en la infancia, además se incluyeron reportes de aislamiento y ansiedad social, menor cantidad de amigos e interacciones sociales y bajos niveles de participación en actividades comunitarias. También se incluyeron aquellos desajustes e inestabilidad en las relaciones de pareja y la evaluación negativa de las mismas. Esta subcategoría presenta correspondencia con la subcategoría relaciones sociales de la escala de calidad de vida, en esta subcategoría de problemas se hace referencia a dificultades en las relaciones interpersonales y de pareja, por lo tanto, se complementa con lo expuesto acá la subcategoría mencionada.

En la subcategoría de **problemas de conducta y adaptación social** se categorizaron la manifestación de conductas hostiles, la presencia de conductas antisociales y trastornos o rasgos de problemas de conducta. También se incluyó la conducta de huida del hogar, incluida la salida del ambiente familiar por medio del matrimonio eclesial, además se incluyeron el riesgo de delinquir y ser arrestado por delitos diversos.

En la siguiente subescala se incluyeron los **problemas funcionales**, incorporando aquellas funciones físicas que influyeran en su funcionamiento cotidiano dolores físicos sin razón médica, cefaleas frecuentes, fibromialgias y trastornos gastrointestinales. Presencia de trastornos de la conducta alimentaria como la bulimia nerviosa. Además, los trastornos de conversión, la presencia

de síntomas y trastornos disociativos, referidos a aquellas situaciones en las que existe una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Se incluyeron los desórdenes ginecológicos, particularmente, dolores pélvicos crónicos, así como también un inicio significativamente temprano de la menopausia en mujeres víctimas de abuso sexual. Se incorporaron los trastornos relacionados con el abuso de sustancias.

Otra de las subcategorías fue la de **problemas sexuales** en la cual se incluyeron las conductas sexuales desadaptativas, insatisfacción sexual y sexualidad disfuncional, conductas de riesgo sexual. Inicio precoz de la sexualidad y conductas sexuales promiscuas. Esta subcategoría complementa a la subcategoría de relaciones sociales de la categoría calidad de vida, pues integra los problemas en la actividad sexual de dicha categoría.

En la subcategoría de **revictimización** se incorporó la experiencia posterior de violencia física y/o sexual por agresores distintos al causante del abuso sexual en la infancia.

Y por último la subcategoría de **transmisión intergeneracional** que incluye prácticas parentales, en este caso por parte de las víctimas a sus hijos, con conductas de maltrato y el abuso sexual infantil.

5.3.2.1 Problemas emocionales. Se hacen presentes en esta subcategoría sentimientos y emociones de tipo negativos, problemas psicoafectivos relacionados con la autovaloración, autoconcepto, autoimagen y autoestima, como lo menciona la participante 1:

Vamos a entender sucia me he sentido relacionado con mi periodo de infancia, cuando vivía los episodios con mi exesposo, sucia, muy desvalorizada y en la actualidad no, pero si me he sentido fea, me he percibido fea, como que no valgo, que no soy tan valorizada como debería, tanto de mi parte como por las demás personas.

Algunas de las participantes manifiestan ideas suicidas e intentos de suicidio, estableciendo una relación con la situación de abuso sexual en la infancia:

Demasiado inseguro, yo sentía que no había protección maternal y paternal porque yo nunca lo vi así para mí (silencio prolongado) murió ese sentir de hija a padre o madre, yo nunca sentí el amor de papá o mamá, no sentí, ni pude darles cariño, me sentía sola, indefensa, con tremendos miedos, me sentía con vergüenza, sucia, de hecho yo intenté quitarme la vida, yo en dos ocasiones me encerre en el cuarto, Dios tenía su propósito y Dios sabe, porque siempre antes se usaba la navajilla, no sé si ahora se usa, y en mi casa siempre usaban eso ellos, yo la cogí en dos ocasiones e intenté cortarme las venas, sola, yo no quería vivir así, para qué vivir así, en el infierno. (Participante 5)

Yo me intenté suicidar como a los 12 y 13 años, como a los 14 años antes de empezar la relación con mi exesposo y resulta que las dos veces el que me sacó fue mi padrastro ... termina mi trauma con tantas cosas de él y decido que era mejor morirme, mi mamá se sigue preguntando el porqué, y yo no le decía a ella que era que quería morirme, intento la primera vez suicidarme, porque para mí era más fácil quedarme callada que causarle dolor a ella, seguí por mucho tiempo callada, solo él (el padrastro) y yo lo sabíamos, a nadie nunca le dije nada, a nadie. (Participante 2)

Hasta un día que decidí quitarme la vida, decidí quitarme la vida, podía tener como unos 15 años, me intoxicqué con psicotrópicos que tomaba, porque desde niña era una niña enferma de ataques de epilepsia, tomaba muchas pastillas y psicotrópicos por día, entonces yo fui al doctor y él me dió la receta y recuerdo en el corredor de la casa me tomé el montón de pastillas, esto porque ya no quería vivir, no quería vivir, mi vida no era valiosa y no podía con tanto, en ese momento yo no me acordé de nada más, hasta que a los días desperté

en el hospital, duré varios días como inconsciente o dormida, ahí sí me vió la psicóloga y en ese momento fue la primera consulta psicológica que tuve, me preguntó que porqué había hecho el intento de quitarme la vida, pero eso fue muy pocas veces. (Participante 9)

Otras participantes comentan acontecimientos relacionados con intentos de suicidio después de la separación de la relación de matrimonio o de la ruptura de relaciones sentimentales, en ese sentido la participante 11 narra que el periodo después de la separación de su matrimonio por la iglesia fue:

Terrible, terrible, lo más terrible que yo he vivido, 14 años de vida terrible, porque estaba en el deseo de suicidio constantemente, yo me quería suicidar y lo intentaba, una vez intenté morirme de hambre, bueno, venenos o cosas que yo quería tomar, no tenía el valor, ni a cortarme las venas que también lo soñaba y lo veía despierta, yo veía la sangre, me veía yo cruzando una carretera y yo veía pedazos míos, eso sucedió durante 14 años, ese tipo de tormentos yo lo viví, yo tenía 25 años cuando empecé a tener como una obsesión sobre el suicidio y una obsesión por los hombres, porque yo no era lesbiana como el doctor me había dicho y yo tenía sueños feos, siempre, siempre había tenido sueños feos.

Por su parte la participante 4 indica que frente a su última ruptura sentimental:

recuerdo que intenté suicidarme en ese fin de año, un 23 de diciembre, y dónde veo a mis hijos jugando y riéndose dije, no, yo no los voy a dejar con ese recuerdo para toda las navidades, eso fue en el año 1997. (Participante 4)

Relacionado con problemas emocionales los pensamientos suicidas se han hecho presentes en algunas de las participantes: “Cómo de soledad, siempre me sentía sola, pensaba, como “ostinada”, si hubo momentos que no pensé en matarme, pero si en morirme, nunca me ha pasado por la mente matarme, pero sin razón, si pasé muchas veces eso.” (Participante 10)

En la muestra se hacen presentes problemas y trastornos relacionados con la depresión, algunas de ellas con ingesta de medicamento pero sin el acompañamiento de un proceso psicológico o un diagnóstico psiquiátrico claro:

Un tiempo en el ebais me dieron fluoxetina, eso fue desde los 23 años, la tomé por 3 años, y cuando quedé embarazada no la tomaba y después la tomé porque me quiso dar depresión posparto y después por periodos de un mes o dos meses, para que no me cause adicción al tratamiento, actualmente hace como 6 meses me empecé a sentir mal, ya que le decía a mi esposo que porqué si todo lo tenía, si todo estaba bien, yo me sentía triste, porque hay días en los que me siento triste, entonces me tomo un té de tilo; la fluoxetina tengo como 7 o 8 años de que no la tomo. (Participante 2)

La participante 3 comenta que recibe medicamento para la ansiedad y la depresión, con ingesta aún en la actualidad.

Sí, tengo que asistir por fuerza cada tres meses a retirar las pastillas de Clonazepam, las tomo desde que me divorcié a los 26 años, porque el divorcio y la muchacha amante de él (su exesposo) que me llamaba, eso me detonó estados de pánico y de ansiedad, yo no podía salir y tenía palpitaciones, me dieron clonazepam e imipramina, las tomo aún en la actualidad, tomo solo media clonazepam, fui diagnosticada con depresión y trastorno de ansiedad ... Yo nunca he recibido una terapia, el psiquiatra, el psicólogo lo que único que me dijo es que yo ocupaba psiquiatría y vaya a psiquiatría y toma clonazepam y venga por la receta, y hasta ahí y hasta la fecha yo no me cuestiono si quiero dejar o no la clonazepam ya yo soy una adicta a eso, ya no puedo vivir sin el medicamento intenté dejarlo pero no podía, pero no he podido porque ya mi cuerpo se acostumbró a eso, se desestabiliza.

La participante 10 describe síntomas presentes con problemas emocionales en el periodo de infancia, además de dificultades a nivel psicoafectivo en el periodo de adolescencia y hasta la actualidad:

En ese principio yo sentí como una paz, me desahogué, sin embargo yo pasaba mucho encerrada en mi cuarto, me daban ataques de pánico, siempre estuve sola y mi mamá no se dio cuenta, un día de estos yo le conté que yo pasaba encerrada en el cuarto con ataques de pánico, y cosas horribles y ella nunca se dio cuenta, nunca se fijó ... en sexto de la escuela, ahí escuche un poco más del tema del abuso, ya que en la escuela se hablaba sobre sexualidad y se escuchaba que uno no se tenía que dejar, qué permitir, por primera vez lo escuché en la escuela y después de ese momento dije que nadie me iba a volver a hacer eso más. Pero comenzaron los trastornos emocionales y psicológicos, la inestabilidad en todos los sentidos, como miedos, inseguridades, miedo a todo, tengo varios traumas desde niña hasta la fecha yo duermo con la luz prendida, qué fue uno de los problemas que tuve con la persona que me casé porque me trataba mal por eso.

5.3.2.2 Problemas de relación. Todas las participantes tienen la particularidad de haberse divorciado del matrimonio por la Iglesia Católica, esto debido a que son parte del proceso de nulidad matrimonial, por lo tanto, existe el antecedente de una ruptura matrimonial, en este análisis se identificaron que algunos de los aspectos ligados con los problemas de la relación de pareja se manifiestan desde el noviazgo, donde se hacen presentes desajustes, inestabilidad y conflictos:

La participante 1 indica que en el periodo de noviazgo se daban problemas, pero se incrementaron al contraer matrimonio eclesial: “pues, él era sumamente celoso, pero los problemas empezaron cuando nos casamos, ahí fue que empezaron los problemas”.

La participante 2 menciona de la relación de noviazgo por la cual se casa por la Iglesia:

Él era quien me pedía perdón y terminábamos porque él decía que yo tenía muchos admiradores y a él no le gustaba, si fue un poquillo celoso mientras que fuimos novios ... sí, nunca me agredió físicamente ni nada, solamente nos peleábamos por cosas de juventud en aquel momento, celos, él decía que yo tenía que ser para él.

En la relación de pareja actual algunas de las participantes mencionan tener dificultades en la relación que mantenían al momento de la entrevista:

Cuando hay golpes en mi casa la que empieza soy yo, pero yo siento que es por el dolor que yo siento, de sentirme tan dolida a nivel emocional, que se cree él a veces para decirme esas cosas, por ejemplo él me ha dicho que yo soy la piedra en el zapato de él, que por mí es que no ha crecido, que él está en la casa sólo por mis hijos, de todo, de todo lo que ha podido decirme lo ha dicho. (Participante 1)

La relación es pésima porque él toma licor, él es agresor, por eso ha sido pésima, él es trailerero, casi no está, en aquel momento me pareció perfecto, me mantenía económicamente, nunca estaba, llegaba los fines de semana yo le lavaba la ropa, él casi no estaba, un día porque tenía que irse a trabajar porque los trailereros son así, usted nunca los ve, solo una vez cada 15 días, y él era la pareja ideal. Yo casi que prácticamente no lo conocía, yo conocía la relación de él con su hija y la problemática que manejaba con la muchacha, con la mamá de la muchacha. (Participante 3).

En la relación sentimental actual, se hacen presentes inseguridades por parte de algunas participantes, orientadas a conductas de vigilancia y temores sobre la infidelidad:

Sí. claro que sí, en cuanto a pareja si porque yo soy de las que piensa este me las está poniendo, yo todo lo registro, yo soy de las personas enfermas que registra celulares y

registra ropa interior, que registra facturas, que registra la billetera, igual con mis hijas, yo con la mayor era igual, todo se lo revisaba. (Participante 3).

La participante 1 indica que existe afectación del abuso sexual en la infancia en el tipo de relación sentimental y la necesidad de estar en una relación:

Pero siento a nivel de autoestima, de valor propio, a nivel de miedos, al haber tenido un episodio de éstos tan pequeña, esos miedos son como el miedo a estar solo, porque siento que he sido una mujer que he dependido mucho de estar con alguien, como para sentirme bien, como que siempre ocupó la seguridad.

La participante 8, aduce que existe una relación entre lo vivido en la infancia y las relaciones sentimentales y sexuales:

Siento inseguridad en esa parte, en las relaciones, como en el compromiso y en el avanzar en la relación y creo que el tema ese de las tenis (relacionado con el abuso sexual en la infancia) que yo me dejaba que me tocaran para que me dieran algo, yo siento, y a veces siento que en una relación si alguien me da algo yo cedo a algo, a tener relaciones sexuales y a dar afecto, a mi el sexo me encanta, es mi debilidad pero con mi pareja, no es que no tengo pareja y me acuesto con cualquiera, no, pero si con mi pareja si yo tengo ganas y quiero tener placer yo estoy, y a veces estaba brava pero si quiero tener eso, entonces venga; y eso no sé que tan perjudicial será, si será normal o no, pero es una parte que a veces yo digo que si eso viene de lo vivido en la infancia.

La participante 9 indica que debido al embarazo y nacimiento de su primer hijo estableció una relación a conveniencia con el fin de brindarle una estabilidad económica a su hijo, mostrando desajuste en su concepto de relación de pareja:

No puedo estar así en esta condición con mi hijo. Entonces opté por buscarme a alguien que velara por mí económicamente, aunque yo no lo quisiera, empecé una relación con una persona durante 15 años, que Dios lo haya perdonado, en ese entonces tenía como 17 o 18 años cuando iniciamos, era ya grande, la hija mayor de él era súper mayor que yo, era un señor bastante grande, podría ser que cuando empezamos la relación él tenía 50 años.

En algunas de las participantes las relaciones sentimentales y la decisión de casarse está ligada a la forma de relación con su pareja y la influencia negativa del ambiente familiar:

Era un ambiente reprimido, yo no podía salir de la casa, mi papá no me dejaba. Mi exesposo me decía que en mi casa yo era como una empleada, lo que se veía, entonces él llegó y me dijo que yo iba a dejar de hacer eso, no sé si hasta qué punto él me tuvo a mí lástima y fue más allá hasta llegar a casarnos. (participante 10)

Algunas de la participantes comentan poca cantidad de amigos e interacciones sociales:

Vida social cero, yo no tengo derecho, no es que no tenga derecho yo podría eventualmente hacerlo pero no puedo, si no es porque mi hermana me cuida a mi hija yo no puedo hacer nada, a mí me invitan a salir algún lado yo no puedo, primero porque yo no tengo quién me cuide a la chiquita y económicamente tampoco puedo. Una de las razones es que con quién se queda mi hija. Yo no confío, mi confiabilidad es cero, si pasó en mi casa. (participante 3)

Me gustaba mucho salir con gente conocida y a lugares conocidos, esto ha sido siempre. Está relacionado con lugares que conozco el entorno, con mi esposo iba a un lugar cerca de la casa, y está rodeado de gente y hay buena iluminación, es un lugar de fácil acceso y salida, que me puedo ir la casa caminando, me gusta ir a lugares así donde hay mucha

iluminación, donde hay gente, donde sé que no me va a pasar nada sin que nadie se dé cuenta. Yo dejé de salir mucho con mis compañeras del colegio. (Participante 4)

No para interactuar pero sí para mantener relaciones de amistad ya que nunca he sentido una necesidad muy grande para tener amistades, para mí, mis hijas crecieron muy rápido, siendo yo joven; entonces yo me hice muy amiga de ellas y eran mi compañía, mis hijas eran mi compañía, entonces sentía que no necesitaba otras amistades y mis amistades eran solamente los que iban al grupo de la iglesia o los que estaban dentro de la iglesia. (participante 12)

Se presentan dificultades en la interacción con el sexo masculino y mayor interacción y confianza con el sexo femenino:

No le voy a engañar, yo le tenía pavor a los hombres, por eso le digo que tener ese contacto, con los hombres o hablar con los hombres, acercarme a un hombre; yo me sentía segura con mujeres, con mis compañeras o amigas, muy tímida, no sé, yo me sentía insegura, insegura completamente. Yo siempre he dicho que ahí Dios me ha visto con la niña de sus ojos, porque yo dije si él permitió que yo pasará por eso, no fue que Él me lo puso, sino para que yo aprendiera algo. (Participante 7)

También se hace presente en las participantes problemas de interacción y contacto físico, probablemente relacionado con la situación de violencia sexual en la infancia:

Temor, asco, y hasta la fecha, hacia las figuras masculina y femenina, a las personas, de no querer acercarme, a mí me cuesta mucho abrazar y que me abracen también, como el contacto físico, hasta con mis hijas, con la mayor no sé si es ahora porque está creciendo, yo siento que me cuesta abrazarla, aparte es una personalidad similar al papá, qué es muy seria muy aparte, con la pequeña que apenas tiene 6 años, son otras condiciones es más

pega pero me cuesta mucho expresar, siento como odio, repulsión de que no lo hagan, cómo que no lo hagan. Eso me da cólera, chicha, mis estados de ánimo a veces están tristes, a veces me siento más contenta, a veces con mal de risa y después me da cólera y me enfada todo lo que me digan. (Participante 10)

5.3.2.3 Problemas de conducta y adaptación social. En algunas de las participantes se hacen presentes problemas de hostilidad y agresividad: “Emocionalmente hasta hace tres años que lo hablé con mi esposo, siempre fui una persona depresiva, agresiva, aislada.” (Participante 2). Por su parte la participante 8 indica: “En la escuela le pegaba a todos, era agresiva, en el colegio a algunos, en la universidad no por supuesto, en séptimo año del colegio todavía era agresiva, en octavo un poquito”.

Sobre estos mismos problemas la participante 8 refiere:

Sí, por esa misma situación, porque no me dejaba, a veces los maestros se sentían acosados por mí, había una profesora que decía que yo siempre como que me fijaba mucho en ella y para mí nada que ver, pero ella decía que yo era así y una profesora sí que me agarró entre ojos porque yo usaba aretes y anillos y eso no se permitía y yo igual los usaba, y al profesor de religión, que le puse un sobrenombre y mandó a llamar a mi familia, estupideces. (Participante 8)

La participante 9 comenta que:

Bueno de joven como de adolescente y adulta si, era problemática yo, pero en los trabajos y con mis jefes no, pero si era problemática con mis compañeros. Es porque antes yo, bueno pero gracias a Dios ahora es diferente, pero antes era una persona de sentimientos feos, cómo de envidia, era prepotente, odiosa, era una persona desagradable, era interesada,

indiferente ante el dolor ajeno, sólo yo, solo yo, egoísta, mal hablada, era muy infeliz, amargada, siempre estaba a la defensiva.

Otras participantes refieren que:

La relación con mis compañeros de estudio era conflictiva, yo era la del problema, yo era la que buscaba problema, como por ejemplo si el grupo quería algo, yo llevaba la contraria siempre, a todo y en todas las áreas, en mi casa también era algo similar, sobre todo con mi mamá yo la incitaba a la violencia a ella, quería que ella fuera violenta conmigo, quería que ella me maltratara, me corriera de la casa, yo la provocaba para que ella hiciera las cosas que yo quería, lo hacía conscientemente, lo hacía con un objetivo. (Participante 11)

En el primer trabajo que tuve con la empresa era muy rebelde y por rebeldía me corrieron, ahí trabajé en masajes, yo después recibí una lección cuando me corrieron, entonces ya traté de mejorar la relación con las personas, y con el trabajo y así fue aprendiendo más. (Participante 11)

Siempre estuvo presente, tal vez como que yo peleaba mucho con mi mamá, trataba como de reclamarle a ella porque no hizo algo por mí (en relación a abuso sexual en la infancia), pero nunca se lo pude decir directamente que por eso, hacia ella sentía ira y cólera. (Participante 13)

Yo siento que fui muy tímida, creo que mi carácter es mi mecanismo de defensa y es repercusión de lo que viví, a lo mejor, de no aguantarme nada y de que era lo que yo decía y punto, era blanco o negro, no hay escala de grises; ahora la vida me ha enseñado que si hay escala de grises no sólo existe blanco y negro sino una gran gama de colores. (Participante 7)

Se hace presente en el análisis la conducta de huida del hogar por parte de participantes, aunado ambientes familiares conflictivos y con la característica de que existe un ligamen entre la salida del hogar y el hecho del matrimonio por la Iglesia Católica, como una alternativa para salir de la casa de sus padres, ante ello la participante 6 describe que:

Yo pienso que era después de tantos años era como el siguiente paso; luego yo siempre tuve una relación de mucho roce con mi mamá, entonces tal vez como una forma de salir de la casa, no podría pensar como otra razón, pienso que en ese tiempo estaba enamorada de él, llevábamos muchos años. (Participante 6)

La participante 9 comenta que: “porque yo no quería ya vivir en mi casa, ya no, yo lo que quería era salir de mi casa. Yo creo que difícilmente alguien quiere vivir en un ambiente así.

Y la participante 13 describe que:

Yo he llegado a la conclusión de que yo quería salir de mi casa, yo quería huir de mi mamá, porque estaba muy cansada, quería tal vez cómo liberarme de ella porque no sólo por el hecho de que quería tener como poco más de libertad, sino también libertad en el sentido de poder moverme, de no estar peleando porque ya estaba cansada de estar peleando todo el tiempo, sino también yo tenía la esperanza que con él. (Participante 13)

5.3.2.4 Problemas funcionales. Manifiestan ciertas participantes dolores físicos y cansancio con explicaciones médicas poco claras o difusas:

Por supuesto, no puedo hacer nada, por mi condición de salud, ya que me siento cansada, antes era de hacer oficio y ahora no puedo por la operación del túnel carpal, depende de lo que haga ya la mano no tiene la misma fuerza, se me caen las cosas. (Participante 2)

De hecho si, si debo tomar, es que tienen que mandarme el tratamiento del hierro y el ácido fólico, porque tengo un problema en la sangre que están investigando, es algo de alguna bacteria o algo del hierro en el cuerpo; para ello me van a dar un tratamiento, tengo que estar en tratamiento, tomo ese medicamento, siempre he tenido ese problema, empecé a tomarlo desde los embarazos, siempre tengo tratamiento. (Participante 5)

Ahorita estoy en tratamiento por el hospital ya que me da alergia, me da mucha tos por algún cambio de temperatura. no tomo medicamentos. estuve tomando antidepresivos como cierto periodo, como cada octubre estaba tomando antidepresivos, casi que desde los 20 años lo tomo y eso hasta los 40 años, mejoró mucho ya, no sé, yo digo que en octubre porque cuando estaba trabajando con el Ministerio de Educación es como el tope, tras de los problemas en la casa y ahí es como el cierre del ciclo lectivo, entonces ahí se me disparaba todo, me ponía tensa, lloraba mucho, mucho estrés, en la “caja” (la participante se refiere a la Caja Costarricense del Seguro Social) me daban medicamentos. (Participante 12)

Yo no sé si es que es por la edad, en la infancia me enfermaba mucho de las glándulas siempre pasaba resfriada, no comía, lo que comía lo vomitaba, de adolescente no tanto, no comía, adolescente no tanto. Siempre he tendido mucho a resfriarme. En la actualidad si he estado muy enferma. (Participante 13)

Se hace presente evidencia de problemas ginecológicos y físicos que generan dificultades en las relaciones sexuales en algunas de las participantes: “Si, yo sufría mucho de infecciones, era doloroso para mí mantener relaciones sexuales, físicamente hablando y emocionalmente”. (Participante5)

Sí, yo como le digo, me negaba, de hecho, siempre las mujeres tienen una infección, y yo me acuerdo muy bien que tuve una infección, y para qué lo hice ya salió con el hecho de que yo tenía a otro hombre. Entonces, uno se siente entre la espada y la pared, y uno si se negaba, pues, uno para evitar problemas, pero de ahí qué podía hacer. (Participante 5)

Él me decía que no, que él está bien así y luego cuando si, ya venían los traumas míos, tenía mucho dolor a la hora de mantener relaciones, a veces sentía como que no lo satisfacía y como que él solo se preocupaba por él (Participante 6)

En una de las participantes se hacen presentes conductas relacionadas con rasgos de trastorno alimentario según comenta:

Hace como unos 14 años tuve unos desórdenes de alimentación, y estaba primero gorda y yo dije no quiero ser más gorda, y no voy a hacer más gorda, entonces yo voy a hacer ejercicio y voy a ponerme una dieta, entonces de verdad me puse en una dieta de solo comidas al vapor, como chayotes, ensalada y ya, no comía frijoles, ni arroz, ni nada y tenía un peso de un niño, ... mi compañero actual me llevó al médico, porque me dijo: -tú no estás bien, no estás bien; pero yo me sentía bien y todavía yo me siento bien, él me decía no, cómo te ves, y si me dieron diagnóstico de anorexia, pero yo lo he venido superando gracias a Dios. (Participante 9)

5.3.2.5 Problemas sexuales. Este es uno de los problemas que se presenta con frecuencia en las participantes, algunas de ellas reportan conductas sexuales promiscuas, por ejemplo la participante 1 indica que antes de terminar su relación de matrimonio por la Iglesia hubo una ruptura en la relación donde mantuvo relaciones sexuales con otras personas: “Ahí estuve una semana y después me fui a alquilar un apartamento cerca de mi trabajo; nosotros estuvimos separados 6 meses, durante ese tiempo yo tuve relaciones con varios muchachos” (Participante 1)

Esta misma participante 1, realiza una valoración de sí misma y de su conducta sexual:

Porque yo definitivamente siento que yo misma no me he respetado a mí misma como tuve que haberme respetado en cuanto a la valorización, no ser tan tan floja de darle a un hombre sexo simplemente porque quería, no dejarme llevar tanto por ese tipo de impulso con los hombres, hasta cierto punto me he sentido muchas veces como permisiva, muchas veces como fea, sucia, como que no valgo. (Participante 1)

Se hacen presentes conductas sexualizadas en algunas de las participantes a edades tempranas:

Había como una hipersexualización de que yo tenía comportamientos que no debería tener a esas edades, por ejemplo de besarse con este niño, de tocarme, de buscar con qué hacerlo, cosas así, pero a mí me parece que esa vez o en alguna ocasión que yo fui a la casa de él no sé si el hermano también como que intento o intento o lo hizo ahorita no recuerdo es que se me encendió esa luz ahorita, él sí era mayor que yo como 14 años tenía él, y sí recuerdo que yo tenía su comportamiento sexualizado. (Participante 6)

Se hacen presentes en las participantes en sus conductas sexuales recuerdos del abuso sexual que generan conflictos e insatisfacción sexual:

Inicialmente que a veces sentía como alguna sensación extraña cuando recibía sexo oral porque me recordaba esa parte; definitivamente tiene una afectación, uno no relaciona o interactúa de manera natural sino de manera de recuerdo, a veces que yo me recuerdo muy introspectiva cuando recibía agresión o después de que la persona que abusaba de mí me llevaba a su cuarto, recibía sexo oral, y eso yo me recuerdo que me iba para la casa y me metía al closet, porque mi mamá o no estaba o esta a muy concentrada en lo que hacía, entonces yo siento que eso me hacía sentir mal y el closet me hacía sentir segura, ahí yo manejaba un miedo y siento que esos miedos tal vez de una manera no consciente se manifiestan a estas alturas de mi vida; más que yo no he hecho un proceso de sanar esa parte. (Participante 1)

Otras participantes presentan rasgos de sexualidad insatisfactoria y disfuncional:

Me costó mucho abrirme con él de porqué la parte sexual no es la parte que más me llama la atención en una relación, que a pesar de que la gente puede decir que uno es joven, que lo sexual es importante en una pareja, para mí no lo es tan relevante (Participante 2)

Esta misma participante refiere que “por mucho tiempo pensé que para ser uno importante tenía que dejar que los hombres hicieran muchas cosas con uno.”

Otras de las participantes indican:

La verdad es que digamos, hace unos días me lo preguntaba a mí misma de qué es que no me dan ganas. Y no es que actualmente, es que ha sido siempre, y no ha sido algo como que yo diga que quiero. En las relaciones sexuales me he sentido bien pero prefiero evitarlas, en muchos años atrás si me tocaba me tocaba, ni modo, era así con mi expareja, si me buscaba mi pareja porque tenía ganas, pues bueno, ni modo, pero porque yo lo buscara, nunca se iba a dar, porque no es mi parte, no es tan esencial para mí, con mi esposo

actual al principio la verdad es que era como más activa, después disminuyó. En las relaciones sexuales me siento bien, yo siento que a mí lo me cuesta es despertar mi deseo, mi esposo me dice que no lo busco y eso y yo le digo que quiero que me entienda porque si él me busca y me hace una caricia que no me desagrade se puede dar, a mí lo que me cuesta es eso, como que yo sienta ese deseo, si ya él me busca y nos conectamos, yo todo bien. (Participante 2)

Si, yo cierro mis ojos, cierro mis ojos y cierro mis ojos y me hago la mafe, y trato de que no se dé cuenta, él siempre me ha dicho que le diga que si él me hace algo y yo me voy a recordar de alguna cosa, se lo diga, pero yo se que primero no es la otra persona, sino que es mi esposo, y yo lo hago es que dejo que pase, no lo paro, dejo que pase, y después de eso me siento rara, de que como que porqué tiene que ser así, no es que no siento, si no que yo me devuelvo y digo ¿Por qué tiene que ser así? si él hace algo que me trae recuerdo o lo dejo que pase, trato de que pase o cambio la situación, si lo que me traer recuerdo es verlo en una cosa, entonces yo le digo que mejor así no, pero nunca ha existido problema, mi pareja actual me ha comprendido mucho en ese sentido y nunca me ha cuestionado el porqué, y en otras ocasiones no se da cuenta, porque no digo nada.(Participante 2)

No, no he tenido dificultades, bueno le soy sincera a mí el sexo, no me es placentero; porque yo diga hay cómo me gusta hacerlo, o porque yo diga que tenga parejas extraordinarias, no. Es parte de... de la vida del ser humano entre comillas, pero no es algo que me desagrada, pero no es algo que yo diga que si no las tengo me mato; no es una prioridad en mi vida. Yo perfectamente puedo vivir sin sexo, más tal vez a la edad que ahorita tengo, es algo que no, no me gusta, no lo veo como parte de, no es que no me guste es que no me

llama la atención. No es que no me guste porque tenga un trauma, creo que ahorita es una cuestión de edad. (Participante 3)

Yo ya no siento, ya yo me hice autómatas, cumplo porque es una necesidad fisiológica de él y a veces lo hago hasta por conveniencia, he aprendido a ser conveniente, es porque en esta etapa de mi vida que yo estoy en mi climaterio, entonces yo digo no puedo privarlo de algo que él necesita, solo porque yo fisiológicamente no me siento con ganas, hágalo, pero eso no quiere decir que yo tenga placer, entonces yo me hice así, automática, pongo el piloto y ya. (Participante 3)

Con asco, con asco no lo quería, no fueron gratificantes ese tipo de experiencias, nada, no, porque yo sinceramente, yo no lo quería ver, yo no lo quería, yo más que todo como le dije salí de casa por esa situación del bebé, pero los embarazos vinieron, así nada más. (Participante 5)

Yo en ningún momento estuve de acuerdo, en ningún momento, porque yo en todo momento me oponía, por un lado me oponía a no tener relaciones en mi sentir, pero yo no sé, después en esa insistencia es ahí donde hubo el embarazo. Porque él una vez, yo me sentí como una, de esas que andan en la calle, una utilizada, ya que cuando estábamos en la casa de sus papás, él no respetaba la casa de sus papás, yo me negaba a hacerlo y yo le decía que no quería, que yo quería respetar la casa de sus papás, y él no, él me decía que ahí no pasaba nada, que nadie iba a ver. (Participante 5)

Yo creo que toda persona que haya sido abusada de pequeña siempre lleva algo, es difícil tener una relación, tener algo de lo que uno sufrió en su niñez, siempre era una relación que daba asco, asco, jamás se le puede llamar a una relación sana cuando hay esos daños psicológicos. (Participante 5)

Sí, yo sentía mucho dolor, entonces era poco placer lo que sentía, no era como que fuera muy satisfactorio para mí, después de mantener relaciones sexuales me sentía mal, terminaba llorando, me sentía culpable, yo decía si pasan tantos días y él no quiere tener relaciones, tal vez por eso era que a él no le interesaba buscarme en ese aspecto. (Participante 6)

Al mantener relaciones sexuales yo me quedaba en el cuarto llorando por la situación frente a él, porque me sentía mal de que no lo satisfacía sexualmente y de que yo no me sentía bien, primero que tenía dolor, yo le preguntaba que estaba bien y él me dice que sí, y yo me sentía como que no lo satisficé, es difícil, a veces me sentía usada, él terminaba lo que tenía que hacer y ya, como que el tomarse tiempo conmigo no, como para que yo estuviera bien también, a pesar de que yo le conté la situación mía, como que no le importó mucho, y el tiempo que pasaba yo hablaba con él, aún así yo lo buscaba él y me decía que estaba bien así, pero yo pensaba que él no estaba bien así porque no me buscaba. (Participante 6)

Ya que tuve muy pocas experiencias sexuales con mi esposo, a pesar de que estaba casada, para mí, por lo que viví, era bonito no tener relaciones, para mí tener un mes donde no hubiera relaciones era lo mejor, tan es así que nació mi hija y desde que nació hasta que él se fue solo tuvimos dos relaciones sexuales, eso en un año y un mes, yo lo vi normal, pero la gente dice que eso no es anormal. Me decían que estaba casada y cómo no iba a tener relaciones con mi esposo, y yo lo veía normal, fui mamá antichupón, entonces a mis hijas les di pecho. (Participante 7)

Yo no disfrutaba, para mí no era gratificante tener relaciones, me preguntan que cómo quedé embarazada y yo digo que fue porque Dios es muy grande; yo no disfrutaba las relaciones sexuales ... Yo como decirle que sentía satisfacción, agrado, éxtasis no, no, no

me gustaba sinceramente tener relaciones. no me gustaba. Me sentía mal, al principio me ponía a llorar, para mí la primera penetración por parte de mi esposo, para mí, fue como una autoviolación, yo, porque fui yo, fue muy doloroso, me dolió demasiado, cómo explicar ese dolor, yo sentía como que me había montado un caballo y que el caballo me había desgarrado, fue muy feo. (Participante 7)

No, la primera fue dolorosa, porque no me prepara, y ni yo me preparo, la primera fue muy dolorosa, igual me hizo recordar, esa si le puedo decir, bueno la segunda vez que fuimos a un hotel y toda la cosa, entonces él es activo y cuando estábamos, yo tuve ahí, me devolví y recordé lo que había vivido (en la victimización sexual), me dolió, me puse a llorar, me fui a llorar al baño, y le recuerdo que le pedí en el baño a Dios que esto no era lo que yo quería, que lo que yo quería era disfrutar la sexualidad, porque no lo había vivido en tantos años, es algo que le pido a Dios en oración: yo quiero disfrutar de mi sexualidad Señor, ¿quiero saber qué es? entonces yo lloré, lloré en el baño y después solamente salí y ya entonces ya puse de mi parte digo yo, entonces ahora si, no le digo que la vivo al 100 pero sí disfruté más que con mis dos parejas anteriores, con él sí. (Participante 7)

El problema con mi exesposo era que yo lloraba mucho después de tener relación sexual, ya que sentía asco y hasta la fecha, me sentía sucia, usada y un montón de cosas, siempre recuerdo, hasta la fecha tengo recuerdos, mientras mantengo relaciones sexuales, por ejemplo alguna parte que me toquen, hay recuerdos, no puedo que me toquen de cierta manera porque no sé si alguien de los que abusó de mí lo hizo, no soporto, no soporto como esas partes cerca de las orejas, de la barbilla, no soporto que me toquen la cara, esos recuerdos se me vienen, con mi exesposo me daba eso pero también era como muy tranquilo, no sé si era que me comprendía mucho. (Participante 10)

Sí, es que los abusos como yo nunca tuve penetración no tengo problema con eso, pero el toqueo sí, sí al principio, no tanto como que él se me arrime, porque no hubo como ese contacto, si no es el toqueo, como sexuado, caricias, eso me cuesta mucho, sí le puedo decir que lo he superado mucho, ya no es lo mismo que antes, anteriormente fue muy difícil, o me he hecho más dura, no sé, pero hay días en que sí, hay días en que ando más despejada, más relajada y es diferente, hay días en que sí, no sé. (Participante 10)

(llanto) Yo nunca quise tener sexo con él, entonces yo esperaba a que él se durmiera y trataba de hacer muchas cosas para que él ya se durmiera y yo llegar a acostarme, pero en la sexualidad para mí siempre fue muy dolorosa, dolor físico y dolor emocional (llanto) él no era grosero, pero era digamos, él era como decir, una persona fría y yo traté de hablar varias veces, que yo tenía un problema y que él me debía tratar diferente, pero él hacía lo mismo, entonces eso se volvió feo, digamos, a tal grado que ya yo me sentía tan agredida física y psicológicamente, aunque él, no era que me maltrataba, que él me ofendiera, que él me agarrara a la fuerza sólo una vez, eso me provocaba dolor, mucho dolor físico y él nunca se levanto de la cama a decirme ¿Por que no regresa a la cama? o ¿Por qué usted está aquí? o ¿Por qué no amaneció en la cama? o ¿Por que amaneció en el baño metida? eso nunca sucedió. (Participante 11)

Yo me sentía usada, siempre me sentí usada por él, como que lo violan a uno, o cuando lo usan y le dicen quítese porque me da asco, yo sentía que yo le provocaba un asco a él y eso se fue haciendo cada vez más grave, a un grado de que yo una vez le dije al Señor: que si no se lo llevaba él, yo lo iba a matar, yo no sé si lo hubiera hecho, pero yo creo que sí. (Participante 11)

Eso se volvió obsesivo en mí, este, un doctor me dijo que yo era lesbiana y eso se volvió obsesivo en mí, yo no lo era, pero él lo había dicho y entonces, lo que había dicho era lo que contaba y como yo no lo era se volvió obsesivo, acostarme con hombres, pero yo no sentía nada, nunca sentí nada. (Participante 11)

No, el dolor no, pero no había placer, nunca sentí placer, ni con el esposo, ni con ninguno de esos hombres, hasta el final que ya yo decidí perderme en el mundo, abandonarme, tirarme un guindo, desaparecer, no sé, perderme, no me importaba si me acostaba con un hombre casado, que para mí fueron siempre sagrados, no me importaba si me daban drogas, ya no me importaba la vida, cuando yo decido eso, ya abandonarme a lo que me saliera y apareciera, así fuera el diablo, lo que fuera. (Participante 11)

Cuando yo me separé todo era como más seguido, todo empezó a llegar después de la separación, todo lo malo, viví así de los 25 a los 40 años y yo soñaba que tenía relaciones sexuales con animales o soñaba que estaba desnuda en el pueblo delante toda la gente, o soñaba tal vez teniendo relaciones sexuales con mi papá y todo esa clases de tormentos espantosos, porque al despertarme yo me sentía que era enferma (llanto) yo me tenía miedo (llanto) yo le decía a mis hijos que me tuviera miedo (llanto), a los chiquitos, pequeños, yo le decía que me tuvieran miedo, que le pidieran ayuda a la abuela si yo hacía cosas malas, entonces ese tipo de tormentos yo los empecé a vivir (llanto) y entonces eso era espantoso porque a la vez yo no me acercaba a ellos porque tenía miedo, yo sentía ganas de tocarlos a mis hijos y cuando yo sentía esas ganas de tocarlos a ellos a mí me daba miedo y yo le decía a Dios que si a mí me pasaba o yo hacía eso, yo me quitaba la vida, si él no me la quitaba, entonces por la noche era mucho sufrimiento porque yo también era agresiva con ellos y las imágenes que llegaban de esa niña acostada en el pene, entonces yo decía; es

que estoy enferma y mis hijos corren peligro, porque yo soy una mujer enferma y así transcurrió toda la vida mía. (Participante 11)

Ya que desde el primer momento, desde el primer día, desde la primera noche, no me gustó, desde la primera relación sexual que tuve no me gustó, me maltrató mucho y no quiero, no me gustó y no es como me lo imaginé, o como quería, no tenía conocimiento de nada. (Participante 12)

También estaban los problemas en las relaciones sexuales, por mí nunca, no me toque, no quiero absolutamente nada, para mí fue desde el primer día, durante el matrimonio no teníamos método anticonceptivo y entonces por ahí me salvaba, era mi salvación, entonces mientras yo estaba ovulando no manteníamos relaciones. (Participante 12)

Si, en algunos momentos y siempre en mi mente yo relacionaba que lo que me pasaba en las relaciones sexuales era por eso, que seguro era por eso, yo le hablaba al sacerdote de eso y me decía que estaba muy joven como para decir que no quería nada o que no me gustaba y con el ginecólogo yo consultaba pero nada y mi exesposo me achacaba la culpa, y que si le decía al doctor las cosas, porque yo no quería tener relaciones sexuales. (Participante 12)

Dos de las participantes manifiestas conductas en la edad adulta relacionadas con la sexualización:

Nunca lo he contado a nadie pero yo veo a un hombre y lo primero que le veo es la parte genital, cualquiera, un sacerdote o lo que sea, sí y yo me pregunto qué porque soy así, y siempre como que he visto esa parte, y no sé qué tan normal o anormal será, pero a veces me siento incómoda, porque mucho de mí está enfocado en esa parte sexual, entonces eso nunca lo he contado a nadie. (Participante 8)

Sí, (silencio) como no recuerdo las cosas que pasaba, pero hay algo, que hasta en los últimos años he logrado manejarlo o controlarlo, puedo inferir, no sé si es que yo tenía que hacer cosas hasta que mi tío estuviera erecto o qué, ya que parte de la dinámica era ver su erección, pero yo siempre le veía los hombres la zona genital, automáticamente, era como una cosa automática, ver directo a los genitales de los hombres y de verdad una cosa que ni yo era consciente, ni era algo que pudiera controlar. (Participante 4)

5.3.2.6 Revictimización: Existe en las participantes experiencias de revictimización sexual en el periodo de infancia o en otros periodos del ciclo vital:

Después la pareja de mi mamá, ese fue el que vivía en Alajuela y fue pareja de mi mamá, y ese viejo si me tocaba las tetillas, y me tocaba la vagina, y se me acercaba por detrás, pero siempre con ropa, eso me dolía más, porque mi mamá estaba ahí, yo tenía como 10 años, se daba en la casa, digamos que mi mamá estaba en la cocina y yo estaba en el cuarto con el viejo ese, pero ella me decía que me fuera recostar un rato, y ¿Cómo va a mandar la mamá a la hija con un viejo sabiendo como era? él no sé que edad tenía, era un viejo, me imagino que mayor de 50 años. (Participante 8)

Después, de eso en esa misma familia que eran los vecinos de nosotros, le decía yo a mi mamá que si su hermana se muere para mí su familia no existe, toda no existe, son muy contados los hijos de ella a los que yo siento un aprecio, porque de esa misma familia, la sobrina del tipo que quiso abusar de mí, ella se masturbaba al frente mío y yo era una niña de 4 años, esa sobrina tenía como 14 años era mayor que yo, y el tío de ella que es mi primo, él tenía que tener sus 25 años cuando pasó eso. (Participante 10)

Liegamos a vivir a otro sector, ya yo con 9 años, porque nos fuimos a vivir a otro lugar y a mi papá le dieron una parcela, entonces ya hicimos la casa y él se puso a sembrar. Ahí es

donde mi papá abusa de mí, se daba toqueteo, nunca me penetro ni nada, pero yo creo que de todos los abusos, fue el más tonto, el que me afectó más, porque mi mamá me dejaba sola, es que mi mamá a mí me crió, (llanto) supongo que como la “criaron” a ella, la mujer es la que tiene que aprender a hacer oficio, a servir y hasta la fecha ella a veces es así, mi mamá me dejaba la casa sola, sí iba a citas a San José; tenía que irse a quedar porque donde vivíamos eran como 4 horas de viaje, mi mamá me dejaba, en muchas ocasiones yo tenía la boca morada, porque mi papá me daba besos y me dejaba así, entonces yo decía que me había caído. (Participante 10)

Tenía un trabajo con el gobierno y para ir a recoger la pensión alimenticia yo tenía que ir en un taxi a un lugar, a un pueblo largo, no era donde yo vivía, entonces para que me dieran permiso en el trabajo, una hora, yo tenía que dejarme tocar las piernas por mi jefe y tenía a veces hasta que verlo desnudo y él quería que hasta lo tocará y a mí eso me enojaba mucho. (Participante 11)

Otra de las participantes relatan experiencias de violencia física en sus relaciones de pareja: Si, yo le decía porque cuando tenemos un problema no lo hablamos, él se iba para la calle, entonces un día, él fue a irse y yo le quite las llaves del carro, y él me decía que se las diera, que se las diera, yo me las guarde y él para quitarmelas empezamos a forcejear y yo me quité el zapato y le empecé a pegar a él, entonces me agarró y me pegó. (Participante 11)

También se hace presente la violencia física por parte de las figuras parentales en los relatos de las participantes:

Yo siempre siento que mi mamá vio en mí como la más tonta de la casa, como la más fea, porque así lo escuchaba, ella me decía que no servía para nada, no sirve para el estudio, es una tonta, es una inútil, es una cochina, palabras que yo las recuerdo todas todavía. Ella

nos pegaba, nos agarraba, era agresiva, violenta, al menos conmigo, recuerdo muchas cosas, recuerdo que ella me agarraba del pelo para allá y para acá, o me decía cállate, idiota, tonta, lárgate, lárgate no te quiero ver, escuchaba eso, todavía ya de vieja, ella me decía hubiera preferido 1000 veces parir una carrucha de alambre que haberte parido a vos, el día que yo me muera no quiero que estés cerca de mí, no te quiero ver ahí. (Participante 9)

5.3.2.7 Transmisión intergeneracional. En el análisis no se hacen presentes referencias relacionadas con la descripción de la transmisión generacional.

5.3.3 Psicoafectividad

La tercera categoría de análisis corresponde a la psicoafectividad, la cual es entendida como los efectos que tienen los afectos en la condición del sujeto donde forman parte los sentimientos y emociones en el actuar y frente a situaciones del entorno.

Esta categoría está compuesta por 5 subcategorías que exponen algunos de los componentes del elemento psicoafectivo a manera de ejemplo, pero, como se ha visto a lo largo de este análisis esta categoría está presente en toda conducta y actuar humano y se ha expuesto de forma más estructurada en la calidad de vida y sus subfactores psicológico y relaciones sociales, además está presente en la categoría de repercusiones a largo plazo del abuso sexual en las subcategoría de problemas emociones y de relación. Aunque como se ha mencionado, no se excluye que estén presentes también en los otros subfactores de ambas categorías.

La primera subcategoría de la psicoafectividad es **el afecto**, en ella se incluyeron los comportamientos manifestados como expresión de los sentimientos experimentados subjetivamente (emoción); entre ellos se encuentran la tristeza, alegría y cólera que se hacen presentes con cambios más fluctuantes en lo que se puede llamar "tiempo" emocional donde se considera la expresión del afecto derivado de la cultura.

Otra de las subcategorías fue la de los **sentimientos y emociones**, en la que se categorizaron aquellos comportamientos por los cuales las participantes se expresaban y hacían frente a las situaciones que se presentaron, teniendo en cuenta aquellos aspectos que generaran conflictos relacionados con la situación traumática vivida en la infancia, es así como las conductas emitidas estuvieron compuestas por ambas acciones. En cuanto a la emoción, se entiende que, es la manifestación de la reacción afectiva frente a un estímulo exterior o interior y los sentimientos son la reacción a una idea, en ambos casos se categorizaron aquellas relacionadas con el abuso en la infancia.

En cuanto a la **Autovaloración y autoconcepto** se seleccionaron aquellas citas que hicieran referencia a problemáticas en cuanto a la descripción conceptual y a la valoración realizada por cada una de las participantes.

En la subcategoría **autoconfianza** se incluyeron las descripciones que realizaron las entrevistadas en cuanto a la confianza en sí mismas, tomando en consideración la seguridad e inseguridad para hacer frente a las situaciones.

En cuanto al apartado de la **autoimagen** se incluyeron aquellos aspectos que generaban conflictos en cuanto a la imagen corporal emitida por las participantes.

5.3.3.1 Afecto. Se hacen presente en las participantes 3 y 5 comportamientos de temor y miedo posterior a la situación de abuso sexual en la infancia:

Si, tuvo que haber sido cuando yo tenía como siete u ocho años, se dio de los 8 a los 10 años, yo no me acuerdo, cuando eso pasaba yo me sentía como la porquería más grande de un niño, porque yo sabía que eso era malo, que lo que él me estaba haciendo era malo, yo lo sabía, pero yo no podía decir nada, él era, no me iban a creer, menos de quién era, él era una persona jovial, era un señor mayor, la edad de él era como de 60 años, eso sucedía

cada, no era que tuviera un tiempo exacto, porque ellos vivían en Limón, y el señor si alguno de los dos tenía que venir a una cita venían los dos juntos, la nieta mayor de ellos vivía en mi casa. (Participante 3)

Que desde ese momento de los abusos, fue, siento, que ahí fue donde mi vida ya no valía nada, donde una chiquilla que iba creciendo sin alegría, sin disfrutar una niñez tranquila a una situación donde ya no podría tener la paz y tranquilidad cuando tenía que dormir, yo no tenía el apoyo de mis papás. (Participante 5)

Si era muy frecuente el abuso, yo pasaba con tanto miedo en la noche para dormir, yo no podía dormir en la noche, me desvelaba, me despertaba con miedos, veía sombras, lloraba, era un temor terrible, porque ya no respetaba, ya no le importaba que estuviera mamá, o no sé, en la noche llega a buscarme. (Participante 5)

Algunas de las participantes describen las carencias en su ambiente familiar en cuanto al afecto por parte de las figuras parentales:

Ya una se da cuenta que la necesidad de afecto es fuerte y que eso era una fuente de afecto importante, la falta de afecto, la fuente de afecto de mi papá no era suficiente, la fuente de afecto de mi mamá no era viable, mi mamá vivía en una relación de pareja de infidelidad constante con sufrimientos y crisis permanentes. (Participante 4)

Esta misma participante indica que “porque en la casa yo no tenía ese cariño y se siente bien que te den cariño, y en la casa nadie me hacía cariño, solo mi padre de vez en cuando, estaba esa carencia de afecto a nivel familiar”. (Participante 4)

5.3.3.2 Sentimientos y emociones. Los sentimientos y emociones de tipo negativo y relacionados con el abuso sexual en la infancia se hacen presentes en las participantes de la investigación:

Tengo algunos recuerdos de que ese período antes de entrar a la escuela fue conflictivo, recuerdo que yo me sentaba en un espacio que había ahí a llorar, pero yo no sé cuántos años tenía y lloraba, seguro por lo vivido en la casa, pero es que no recuerdo, mis papás no se casaron pero convivieron juntos y siempre era eso de conflictos. (Participante 8)

Nunca tuve sueño con esto, triste sí, cuando veo a un chiquito de 9 años o chiquita y yo pienso que puede ser víctima de eso, entonces eso me pone triste y en ese período de silencio me sentí triste, no siempre triste, pero con situaciones que me alteraban o que me daba miedo de que alguna chiquita pudiera pasar eso. (Participante 8)

La participante 5 relata:

Sí, (silencio prolongado) cuando yo toco estos temas para mí es muy difícil, porque ya viene algo desde muy de la niñez que cada vez que retomo esto, cada vez que toco esos temas duelen, ya que soy una niña víctima de abuso sexual, de ahí viene mi problema. (Participante 5)

Por su parte, la participante 1 narra que: “recuerdo que muchas veces me metía dentro del closet, ahí me sentía segura, sentía que ahí nadie me iba a encontrar, fijo tenía que ver algo con la persona que me abusaba uy ahí me sentía segura”.

Otras de las participantes indican que:

Mi temor más grande ha sido que, sí yo se lo cuento a alguien, ese alguien diga es que: -seguro usted le gustaba que le hicieran eso, porque usted nunca dijo nada; a mí me da miedo que alguien me diga: -es que usted se lo buscó, porque mi abuelita decía que yo era muy

extrovertida, que era muy metiche, que era muy de todo; pero yo siempre he dicho que yo soy como soy para que la gente no se dé cuenta de lo que realmente yo siento. (Participante 2)

Yo le voy a decir algo que no se lo he dicho a nadie, pero el hecho de oír a veces cierta respiración que él tiene me bloqueo, me explico, eso actualmente, ya que me lleva a recuerdo de la situación vivida; yo he manejado ya muchas situaciones, he superado muchas cosas, yo le puedo contar que en una semana yo puedo pasar 6 días o un día y tengo un recuerdo, dependiendo la situaciones que se den en esa semana o ese día, yo a veces digo que solo Dios sabe a quien le da la cruz y de qué tamaño. (Participante 2)

Era un temor a que la gente pensara que fui yo la provocadora, la insitadora, la que no se había cuidado; yo siempre me sentí culpable, nunca me vi como víctima, yo sentía a pesar de mi corta edad que yo había sido la incitadora, y yo ni sabía de eso, yo ni sé por qué en mi mente se me metió que era yo la que buscaba, pero era él el que me buscaba a mí. (Participante 7)

Yo creo que a pesar de que uno se siente con culpa, por qué yo digo: fui yo la culpable, qué fue lo que pasó, por qué tantas personas abusaron de mí. Yo siento que yo no soy mala, con mi papá no tengo ningún contacto físico, no lo puedo tener, pero no soy mala con él, no tenemos mucha comunicación, porque terminamos peleando, yo me altero a lo mínimo que él diga. (Participante 10)

Es que no recuerdo, no sé si era cómo que yo trataba de provocarlo, no sé, (silencio), no sé, yo creo que tal vez me sentía bien, no sé, aunque me duela decirlo, pero sí me sentía como asustada, o no sé si era como, (silencio) es que no sé cómo explicarlo, no sé si era

como una revancha contra mi mamá, no sé, y bueno ya después de eso no volvió a pasar nada. (Participante 13)

5.3.4 Autovaloración y Autoconcepto.

Así, la participante 1 indica que se amolda a las cosas que a la otra persona le agrada hacer, aunque no sea algo que a ella le agrade:

Sin embargo yo tengo una particularidad, yo me amoldo mucho a la persona a la que está conmigo en el momento, con mi exesposo, yo creo que tal vez eso es algo de manera de autoestima que yo no ando muy bien, por esa parte, porque lo pongo como algo muy importante en mi vida, y casi que yo me convierto como un satélite de esa persona.

Además, esta misma participante indica que tiene una tolerancia alta al dolor, este concepto lo aplica también a los conflictos que tiene con su pareja actual:

Porque yo siento que yo he sido una persona que he tenido como una tolerancia al dolor muy alta, tal vez por lo que yo he vivido, siento que yo tolero mucho episodios agresivos, como que yo tengo un índice como de tolerancia muy alto, otra persona ya se hubiera ido hace muchos años de esa relación.

En relación con aspectos positivos, la participante 1, realiza una descripción de sus capacidades, pero culmina con una valoración negativa de sí misma: “soy una mujer con matices, en cierto punto muy realizada. Me siento muy realizada como madre. me siento muy realizada a nivel académico y profesional, pero considero que muchas veces soy totalmente lo contrario, no creo mucho en mí”.

Otras de las descripciones de sí mismas dadas por las participantes son las siguientes: “yo soy muy autoritaria, soy muy perfeccionista, yo soy de las personas que cuando yo quiero a alguien no me importa yo, yo doy todo lo que yo pueda” (Participante 3)

Ya no soy chichosa, mis compañeras del colegio siempre se acuerdan de que yo me enojaba, iba a la soda y venía toda tranquila comiéndome un helado, los dulces me apaciguan aún en la actualidad, si tengo un problema del control de la comida todavía, no lo manejo, después de la cita anterior he comido muchos chocolates, es una necesidad de comer dulces que no se me quita. Me enoja porque no quiero tener este peso, siempre fui delgada, con cuerpo bonito y no puedo tener este peso por mis rodillas, que están sobrecargadas, no puedo correr. Son cosas que tengo que ver como el manejo mejor. Diría que no soy una persona triste, soy más paciente. (Participante 4)

Yo siempre he sido muy pasiva, muy tranquila, solo que creo que a toda persona le pasa lo mismo, que llega un momento en que lo sacan de las casillas y uno reacciona más fuerte. Pero no me enojo con facilidad. (Participante 5)

Algunas descripciones de sí mismas en las participantes refieren a aspectos positivos, sentimientos de estabilidad, y deseo de colaborar y ser mejores personas.

De carácter fuerte, segura para unas cosas y para otras no mucho, estable, me gusta la estabilidad en todo sentido. Necesito saber que mi relación de pareja es estable, que mi situación económica es estable, necesito saber esas cosas, no me gustan los altibajos, soy muy sincera, eso me genera varios problemas a veces, soy sencilla, con cualquier cosa puedo estar bien. (Participante 8)

La participante 7 se describe de la siguiente forma: “Me describo como una mujer perseverante, luchadora, valiente, que se ha levantado a pesar de las dificultades, que confía plenamente en Dios, en Su Mano, que nunca me suelta.”

Sobre este subtema otras de las participantes refieren:

Vieras que soy muy sensible al dolor de las demás personas, cuando yo quiero a alguien lo quiero mucho, cuando le siento confianza, porque también me cuesta mucho creer en las personas. Soy cariñosa con las personas que son buenas conmigo, pero cuando me tratan mal no puedo tampoco, si a mí alguien me trata mal yo me alejo, lo ignoro, no puedo, me considero que soy buena me gusta ayudar a las personas, si una persona está en una situación le ofrezco dinero, comida o lo que sea, ofrezco ayuda, pero cuando me tratan mal yo no puedo. (Participante 10)

Yo quisiera ser buena, más dócil, quisiera ser más comprometida con lo que yo quiero, pero mantengo una buena relación con las personas, siempre me prometí y trato de hacer cosas buenas para los demás, si buscan un consejo o una ayuda. (Participante 11)

Algunos de los comentarios de las participantes hacen referencia a la manera de valorar sus capacidades y su forma de ser:

Mi forma de ser, considero que soy tranquila, me gustan las cosas sencillas, me gustan las personas trabajadoras. Considero que soy una persona trabajadora, sincera, a veces soy agresiva. Mi carácter es fuerte, ya que en temas que los considero injustos o que me chocan o que considero que del todo no están bien, considero que soy una mujer de carácter fuerte que habla fuerte, grita, que explota. (Participante 1)

Porque yo definitivamente siento que yo misma no me he respetado a mí misma como tuve que haberme respetado en cuanto a la valorización, no ser tan tan floja de darle a un hombre sexo simplemente porque quería, no dejarme llevar tanto por ese tipo de impulso con los hombres, hasta cierto punto me he sentido muchas veces como permisiva, muchas veces como fea, sucia, como que no valgo. (Participante 1)

Actualmente, me considero una persona tranquila, estoy enfocada en que necesito y quiero ser feliz; ya no me enojo tanto, ya no sufro tanto, amo a mis hijos, no me quiero morir, amo a mi nieta. antes me enojaba con facilidad, hasta hace como 5 años, mi carácter era fuerte, siempre fue fuerte, de todo me enojaba y por todo gritaba, con todo el mundo me peleaba, como a la defensiva. (Participante 2)

Esta participante 2 también indica: “yo digo que sí, es que siempre me sentí rechazada, pensaba y me sentía así, rechazada, como que no encajaba, entonces me hacían tal cosa y me enojaba, yo decía que la gente hablaba mal de mí”.

Y por su parte la participante 3 se describe de la siguiente forma: “Me percibo como un desperdicio en la sociedad, porque yo pude haber dado mucho de mí y aún puedo dar mucho de mí, con muchas expectativas, con muchos sueños, que yo todavía he querido realizar y no he podido”.

Una persona en paz que dejó de pelear con la vida y con ella misma, que ha empezado a aceptarse y aceptar las cosas, como paso previo para disfrutar y que estoy en ese proceso de disfrutar las cosas que Dios me ha dado en esta segunda oportunidad con una segunda familia, con un segundo esposo, de hacer las cosas de otra manera. (Participante 4)

La participante 5 describe: “porque yo aún en el matrimonio no me sentía valorizada, sentía como que no me valorizaba a mí misma” y relacionado con el subtema mencionado también indica que: “cuando estuve en el convento me sentía como que no me valoraban, yo no me valoraba como mujer y como persona, yo siempre sentí eso y aún yo siento que lo siento”.

Por su parte, la participante 9 comenta que “yo no podía seguir viviendo así, estaba cansada, ya no tenía fuerza, era tonta, débil, era rechazada. era inútil, no valía nada, era como paja que llevaba el viento.”

5.3.4.1 Autoconfianza (seguridad/inseguridad). En cuanto a la autoconfianza algunas de las participantes manifiestan:

No confío mucho en mi ... a veces dudo que tengo las capacidades suficientes para poder hacerlo, aunque las otras personas me perciban como una mujer que puede mucho con sus capacidades de poder realizarlo; yo dudo mucho de mí, como muy insegura, tal vez baja autoestima. (Participante 1)

Y esta misma participante sobre este tema indica: “dígame usted, yo tengo definitivamente problemas para tomar decisiones y viendo en la situación en que estoy no tomo la decisión de irme de esa relación, yo tengo un problema de decisión ahorita que estoy en esa relación”.

5.3.4.2 Autoimagen. En cuanto a la autoimagen existen algunas de las respuestas de las participantes que hacen referencia a la percepción personal actual y algunas después de la separación del matrimonio por la Iglesia, como por ejemplo refiere la participante 1: “la gente me puede decir que ando linda y yo lo cuestiono, porque a veces cuestiono si soy bonita, si no lo soy, si soy fea, cómo la gente me percibe, si soy una mujer agradable para otra persona”.

Otras de las participantes indican:

Porque soy de esas personas que me veo al espejo y siempre me veo fea, soy de las personas que siempre me encuentro defectos, soy de las personas que piensa que físicamente no soy lo mejor y que existen personas mucho mejores que yo. (Participante 2)

Porque siempre digo que la gente habla de mi o que me critican, pienso que critican mi carácter, mi físico, todo, hasta mi manera de vestir, yo a veces le digo a mi esposo que prefiero no salir antes que mudarme, y dios libre usted me diga que me vea en un espejo, para mi eso es la peor ofensa que me puede hacer, de hecho en mi casa solo hay un espejo,

porque no me gusta. No me siento bien cuando me veo, me siento fea, vieja, amargada, arruinada. (Participante 2)

Eso porque a veces pienso que con solo el hecho de verme al espejo y sentirme como me siento no me respeto, no me valoro, necesito como darme mi lugar y mi valor, es parte en lo que trabajo. (Participante 2)

Es que después del divorcio yo me sentía “como una cucaracha”, me sentía la mujer más fea del mundo, sentía que ningún hombre jamás me iba a volver a ver, mi anhelo siempre ha sido tener un esposo, entonces yo quedé muy lastimada. (Participante 7)

5.4 Discusión

En el presente estudio se hizo un análisis de tipo mixto, el cual tuvo como propósito estudiar las implicaciones psicoafectivas en mujeres violentadas sexualmente en la infancia y sus repercusiones en la calidad de vida a largo plazo. Los hallazgos principales de este estudio determinaron que 1) existen conflictos en las participantes a nivel de calidad de vida y psicoafectivo en los resultados de los instrumentos empleados; 2) existen diversas asociaciones entre dominios de calidad de vida y psicoafectividad y 3) el análisis de las citas de las entrevistas realizadas a las participantes revelaron que existen elementos en algunos factores de la calidad de vida y la psicoafectividad que se corresponden con las repercusiones a largo plazo del abuso sexual en la infancia.

Este es uno de los primeros estudios que explora la calidad de vida y la psicoafectividad en mujeres costarricenses victimizadas sexualmente en la infancia y con un enfoque metodológico mixto.

De acuerdo con los instrumentos aplicados, se hicieron presentes en las participantes dificultades a tomar en consideración relacionadas con la calidad de vida en los dominios

propuestos por la OMS en el instrumento WHOQOL-BREF (1996). Las puntuaciones resultantes de dicho instrumento fueron de 53% del área salud física, 50% del área psicológica, relaciones sociales, 50% del área medio ambiental y 50,5% del promedio total (Figura 14). Lo que está asociado a un nivel moderado que refleja que no se está ni satisfecho ni insatisfecho con su calidad de vida.

En el análisis cualitativo referente a la categoría calidad de vida, se recuperaron mayor cantidad de citas relacionadas a aspectos psicológicos, de relaciones personales y el entorno o medio ambiente, lo cual fortalece y contribuye a la interpretación de los resultados, puesto que esto refleja de manera más evidente en algunos de los puntajes del instrumento de calidad de vida y se amplía la información tal como lo evidencia la literatura (Sampieri, 2018) y el grado de afectación en algunas de las dimensiones de la prueba.

A nivel psicológico con frecuencia se hicieron presentes afecciones relacionadas con aspectos de sentimientos negativos, reflexión sobre el abuso sexual en la infancia, dificultades en la autoestima, la imagen y las apariencias corporales. Por lo que se manifestaron problemas en el sí mismo, a nivel afectivo y emocional que interfiere en el desempeño personal de las participantes.

Los problemas emocionales de las repercusiones a largo plazo del abuso sexual que tienen relación directa con el aspecto psicológico y psicoafectivo se manifestaron de diversa manera en la muestra, por ejemplo: con la presencia de problemas depresivos, donde un 54% reportó mínima depresión y un 46% rasgos de depresión y depresión grave (Figura 21). En las entrevistas se evidenció la ingesta de medicamento para este problema, pero la ausencia de acompañamiento psicológico. También existieron dificultades emocionales relacionadas con la ansiedad, donde en la prueba STAI reportó un 57% de ansiedad estado y 73% ansiedad rasgo (Figura 25), además se encontró un 70% de relación con el trastorno del estrés posttraumático (Figura 19), y un 38% de

intento de suicidio en las víctimas (Figura 9), además, se presentaron conductas autolesivas y de baja autoestima, lo cual concuerda con lo indicado por Pereda (2010) en las repercusiones a largo plazo del abuso sexual infantil y que se corroboran en los resultados de la investigación, que indica la presencia de problemas emocionales, algunos de ellos objeto de atención clínica, como lo mencionan Cortés y Justicia (2008), manifestando que las víctimas de abuso sexual conforman un grupo que presenta un peor ajuste psicológico a largo plazo en términos de depresión y autoestima, o incluso como lo mencionan Fernández, De Miguel, Pérez, Fernández y Fernández (2019), con respecto a los diagnósticos psiquiátricos prevalentes a consecuencia del abuso sexual durante la infancia y la adolescencia, donde existe una relación más frecuente con las áreas afectivas y de la ansiedad.

Otra de las repercusiones presente con mayor frecuencia son los problemas sexuales, que son parte de las consecuencias o efectos a largo plazo tal como lo indica Pereda (2010). Es común en las narraciones de las participantes la presencia de afectación en cuanto a sexualidad desadaptativa, sexualidad insatisfactoria y disfuncional, conductas sexuales promiscuas y de riesgo; algunos de estos problemas se presentan al iniciar la actividad sexual y se prolongan a lo largo del ciclo vital y hasta el momento de la investigación, aunque algunos en menor grado. En estas dificultades se hacen presentes elementos que interfieren en el afecto, las emocionales y los sentimientos, así como aspectos relacionados con la situación traumática, lo que genera dificultades en la vivencia de la sexualidad y en las relaciones de pareja; ya que como indican en su estudio López, Faro, Lopetegui, Pujol-Ribera, Monteagudo, Cobo y Fernández (2017), en mujeres que padecieron abuso sexual en la infancia y adolescencia son frecuentes problemas a nivel sexual como por ejemplo las disfunciones sexuales y la disminución de la satisfacción sexual percibida.

En cuanto al entorno, otro de los factores que sobresalen en la escala WHOQOL-BREF y en las entrevistas; se exponen aspectos de ambientes familiares conflictivos y despreocupados, con características de negligencia, rechazo emocional y de violencia intrafamiliar, además se presentan acontecimientos como divorcio de los padres, trabajo de la madre fuera del hogar. Estos hallazgos brindan un panorama del ambiente familiar donde se desarrollaron las participantes y tal como se lee en la literatura forman parte de los factores de riesgo presentes para el abuso sexual en la infancia (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2015). Algunos de estos conflictos se mantienen en la actualidad en la relación con las figuras parentales.

Esta realidad del entorno familiar de las participantes que han evidenciado conflictos en su calidad de vida y como factor de riesgo para el abuso sexual, también está en relación con el desarrollo psicoafectivo, ya que en edades tempranas el vínculo y el afecto por parte de los cuidadores y las figuras parentales son fundamentales para el adecuado desarrollo afectivo, emocional y de seguridad como lo describe Rawls (2008), al describir la importancia del amor de los padres o cuidadores hacia el niño para su autoestima y la seguridad de su propio valor como persona.

Otro de los factores en los que se manifestaron problemas fue en las relaciones interpersonales, tanto en diferentes momentos de la vida como al momento de la investigación, así un 54% de la muestra indicó conflictos para la interacción en actividades sociales y familiares. Con presencia de preferencia de permanecer en el hogar que de interactuar con otras personas. Esta afectación es una de las variables de la calidad de vida y es uno de los problemas más frecuentes en las repercusiones a largo plazo del abuso sexual infantil (Pereda, 2010). Así, en la muestra las pacientes presentan conductas de aislamiento, menor cantidad de amigos e interacciones sociales y baja participación en actividades comunitarias, familiares y sociales, como

lo mencionan Cortés y Cantón (2008) al indicar que el abuso sexual en la infancia puede generar dificultades en las relaciones con los otros, con presencia de problemas interpersonales.

En las entrevistas se evidencian las dificultades para establecer relaciones de pareja asertivas, en concordancia con lo que exponen López, Faro, Lopetegui, Pujol-Ribera, Monteagudo, Cobo, y Fernández (2017); en ellas, se denota la inestabilidad, ruptura en estas relaciones de pareja y en el matrimonio eclesial, debido a conflictos presentes en la relación tanto a nivel de conflictos emocionales y afectivos por parte de las participantes, así como por condiciones de su pareja sentimental, como por ejemplo, violencia o infidelidad, según reportaron las participantes. Al momento de la entrevista un 84% de la muestra se encuentra en una relación de pareja o sentimental, algunas indicaron problemas a nivel de la sexualidad, lo cual interfiere en sus relaciones y de ese total que se encuentra en una relación, un 38% reportó dificultades en su relación, donde se presenta la violencia de diferentes tipos (Figura 6).

En cuanto a la psicoafectividad un 54% de la muestra indicó criterios de autopercepción de forma negativa, y un 15% manifestó indicadores tanto positivos como negativos (Figura 8). En la escala de Autoestima, se obtuvo que un 30% presenta problemas de autoestima y, algunas de las participantes, aunque no reportan problemas significativos si se hacen presentes dificultades por lo que sería importante mejorarla. Este panorama se presenta más relevador en las entrevistas, donde existen dificultades a nivel afectivo, de sentimientos y emociones, de autovaloración, autoconcepto, autoconfianza (seguridad/inseguridad), autoimagen, donde se evidencian conflictos que interfieren a nivel personal y que está en estrecha relación con las repercusiones del abuso sexual en la infancia y la calidad de vida.

Se encontraron correlaciones entre los puntajes de los instrumentos aplicados, de ellos, sobresalen los que implican al instrumento de calidad de vida (WHOQOL-BREF), se establecieron

correlaciones muy fuertes de tipo negativo entre el dominio psicológico del WHOQOL-BREF con criterios de ansiedad, tanto en estado como en rasgo; por lo que pueden existir afectaciones más representativas a nivel psicológico que disminuyen la calidad de vida y que incrementan la ansiedad de las mujeres abusadas sexualmente en la infancia.

Además, se presentaron asociaciones considerables de tipo negativa entre el factor físico del WHOQOL-BREF y la sintomatología del TEPT. Existe correlación negativa entre el factor psicológico y la inadaptación a la vida cotidiana, las relaciones sociales se correlacionan de forma negativa con los rasgos de ansiedad, y la calidad de vida se correlaciona de forma negativa con la ansiedad de estado y rasgo con la presencia de sintomatología depresiva.

5.5 Conclusiones

Las conclusiones del presente trabajo de investigación revelan que, en los resultados cualitativos se manifestaron problemas en la psicoafectividad y en la calidad de vida de las mujeres victimizadas sexualmente en la infancia. Con las entrevistas realizadas se logró determinar que algunas de estas problemáticas se relacionan de manera directa con el abuso sexual infantil sufrido por las participantes. Las áreas que presentaron mayores afectaciones de tipo negativo en cuanto a la calidad de vida fueron el factor psicológico, relaciones personales y entorno. Con los cuales existe una correspondencia con las repercusiones a largo plazo del abuso sexual en la infancia en los problemas emocionales, de relación y sexuales.

Este es uno de los primeros estudios que demostró la existencia de diversas asociaciones entre los dominios de calidad de vida y psicoafectividad en mujeres violentadas sexualmente en la infancia. Específicamente la correlación más significativa se manifestó entre el dominio psicológico de la calidad de vida con la ansiedad de estado y rasgo. Adicionalmente, distintos dominios de la calidad de vida podrían estar correlacionados con otros aspectos de la

psicoafectividad, como por ejemplo la sintomatología traumática, la inadaptación a la vida cotidiana y la depresión. Por ello, la victimización sexual en la infancia podría repercutir negativamente en la calidad de vida y la psicoafectividad en mujeres que no han abordado esta problemática a nivel profesional.

La afectividad involucra sentimientos y emociones que están presentes en la cotidianidad, por lo tanto hacer referencia a lo psicoafectivo implica toda actividad conductual de la vida diaria, por ende, las afectaciones a largo plazo del abuso sexual en la infancia se encuentran presentes en la psicoafectividad y en el desarrollo del ciclo vital, en este sentido se denotan dificultades en la toma de decisiones desde un panorama de libertad que interfiere en el bienestar en las participantes afectando la libertad de agencia, que son elementos fundamentales del paradigma del desarrollo humano del PNUD.

El psiquismo humano está en interdependencia con otros sistemas que trabajan conjuntamente en diversos niveles de organización y no solo un único sistema; así, existen componentes como el biológico, psicoafectivo, sociocultural, noológico -trascendente (Ruiz, 2010) y cognitivo, ya que una afectación a nivel de relaciones sociales puede estar ligada a los factores mencionados e influir de forma negativa en la persona y en la forma de afrontar las situaciones que se le presentan; por ende, se da un paralelismo e integralidad. En este estudio se puede afirmar que, incluso esa vía por la cual se llega a la integración de los componentes mencionados, es el desarrollo psicoafectivo, ya que este permite establecer la comunicación afectiva, puesto que surge desde el sí mismo y conforma una parte fundamental de las relaciones humanas y la interacción con el medio.

Cabe mencionar que a pesar de que la muestra del presente estudio fue heterogénea, ya que las participantes reportaron variaciones relevantes en algunos puntajes de las pruebas psicológicas,

se encontraron de manera global rasgos de las repercusiones a largo plazo del abuso sexual en la infancia que han afectado en su ciclo vital al momento de la investigación. Adicionalmente se indagaron estas consecuencias con las entrevistas para comprender sus efectos en su ciclo vital.

Existen diferentes aspectos que influyen en el desarrollo humano y la calidad de vida en la población investigada, este estudio plantea que es necesario analizar los procesos subyacentes para comprender la desigualdad, puesto que los efectos y la profundidad de situaciones que suceden en el transcurso del ciclo vital, y en este caso las que se dan en la infancia, como es la victimización sexual, generan en las víctimas conflictos que interferirán en un desarrollo adecuado que puede afectar áreas como la educativa, laboral, relacional, sexual, emocional y afectiva que dificultará la libertad de agencia y que disminuye sus capacidades.

A partir de los resultados obtenidos, este trabajo puede sentar las bases para que el psicólogo clínico y de la salud mental considere en las intervenciones psicológicas aspectos relacionados a la calidad de vida y las implicaciones psicoafectivas que podrían manifestarse en el paciente.

Por otro lado, es importante incentivar a la formación de profesiones en psicología clínica sobre tópicos referentes a la victimización sexual en la infancia, calidad de vida, desarrollo humano y psicoafectividad con el propósito de realizar una evaluación e intervención integral en esta población. Adicionalmente, se resalta la contribución del programa de doctorado en Estudios para el Desarrollo Humano, que brinda un amplio panorama para analizar diferentes problemáticas y comprender aspectos relevantes del desarrollo humano, tomando en cuenta diversas perspectivas y áreas del conocimiento como la economía, la política, la educación, la psicología, la medicina, entre otras.

Referencias

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.

Amuchástegui, G., del Valle, M. I. y Renna, H. (Comp.) (2014). *Guía soporte socioemocional: reconstruir sin ladrillos.*

http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/Guia_3_web_educacion_emergencias.pdf

Arrom Suhurt, C. H., Fresco Arrom, M. del P., Arrom Suhurt, C. M., Samudio, M., Arrom de Orrego, M. A., Arce Ramírez, A. C., & Romero Núñez, M. M. (2015). Trastornos mentales en hombres y mujeres expuestos a abuso sexual en la infancia. *Memorias Del Instituto de Investigaciones. Ciencias de La Salud*, 13(3), 17–23.

Baita, S. (2007). “*Ventajas y desventajas del uso de protocolos en maltrato y abuso sexual infantil*”. I Congreso Internacional de Violencia, Abuso y Maltrato, Buenos Aires, Argentina.

Baita, S. y Moreno, P. (2015). *Abuso sexual infantil Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia.* UNICEF Uruguay.

http://www.bibliotecaunicef.uy/doc_num.php?explnum_id=141

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

Bustos Arcón, V. A. y Russo de Sánchez, A. R. (2018). Recuperación Psicoafectiva e interferencias en el desarrollo en primera infancia. En M. S. Pertuz, A. Silva Silva y G.

- Staadén Mejía. (Eds.), *Intervenciones psicosociales: cronologías, contextos y realidades*. Universidad Metropolitana.
- Bustos Arcón, V. Á., & Russo de Sánchez, A. R. (2018). Salud mental como efecto del desarrollo psicoafectivo en la infancia. *Psicogente*, 21(39), 183-202.
- Casassus, J. (2007). *La educación del ser emocional*. Cuarto propio.
- Castillo Reina, J., Rivero Aranda, R. E. y Ramírez Angulo, J. (2016). Aprendizaje vivencial y su conexión a un entorno social: de la práctica a la realidad. *ANFEI Digital*, (5). www.anfei.org.mx/revista/index.php/revista/article/download/294/937
- Choliz Montañes, M. (2005). *Psicología de la emoción. El proceso emocional*. Universidad de Valencia. <https://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>
- Corsi, J. (2004). *Violencia familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social* (pp. 15-63). Paidós.
- Cortés Arboleda, M. R., Cantón Duarte, J. y Cantón-Cortés, D. (2011). Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 157–165. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.10.009>
- Cortés, D. C. y Justicia, F. J. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*, 20(4), 509-515.
- Cortés, M. R. y Cantón, J. (1997). Consecuencias del abuso sexual infantil. En J. Cantón Duarte y M. R. Cortés Arboleda. (Eds.), *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Siglo XXI.
- Cortés, M. R. y Cantón, J. (2008). El abuso sexual infantil: Un grave problema social. En J. Cantón Duarte y M. R. Cortés Arboleda. (Eds.), *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil* (pp. 13-52). Pirámide.

- Darwin, C. (1967). *La expresión de las emociones en el hombre y en los animales (2)*. Sociedad de Ediciones Mundiales.
- Echeburúa Odriozola, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia, víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Ariel.
- Echeburúa Odriozola, E. y Guerricaechevarría, C. (2005). Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos del abuso sexual infantil. En J. Sanmartín (Ed.), *Violencia contra niños* (pp. 82-112). Ariel.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2015). *Abuso sexual en la infancia, víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Ariel.
- Echeburúa, E., & Corral, P. D. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de medicina forense*, 12(43-44), 75-82.
- Echeburúa, E., de Corral, P. D. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26(107), 325-340.
- Espigares, J. (2009). La vida afectiva: motivación, sentimientos y emoción. *Temas para la Educación*, 4, 1-8.
- Fernández, I. G., de Miguel, C. L., Pérez, C. G., Fernández, C. G. y Fernández, J. G. (2019). Diagnósticos psiquiátricos prevalentes a consecuencia del abuso sexual durante la infancia y la adolescencia. *Revista de enfermería y salud mental*, (12), 13-20. <https://doi.org/10.5538/2385-703X.2019.12.13>
- Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, M. y Cieza, A. (2010) Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 84, 169-184.

- Finkelhor, D. (1988). The trauma of child sexual abuse: Two models. En G. Wyatt y G. Powell G. (Eds.), *Lasting effects of child sexual abuse*. Sage.
- Finkelhor, D. (1997). The victimization of children and youth: Developmental victimology. En R. Davis, A. Lurigio y W Skogan. (Eds.), *Victims of crime*. Sage.
- Finkelhor, D. (2007). Developmental Victimology. En R.C. Davis, A.J. Lurigio, y S. Herman (Eds.), *Victims of Crime*. Saga Publications.
- Flitter, J. M. K., Elhai, J. D. y Gold, S. N. (2003). MMPI-2 F scale elevations in adult victims of child sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 16(3), 269–274.
<https://doi.org/10.1023/A:1023700208696>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2015). *Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*.
http://www.bibliotecaunicef.uy/doc_num.php?explnum_id=141
- García-Viniegras, C. R. V. (2005). El bienestar psicológico: dimensión subjetiva de la calidad de vida. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8(2), 1-20.
- Glatzer E, Zapf W. (1984). *Lebesqualität in der Bundesrepublik*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Gómez Pawelwk, J. (s.f.) *El aprendizaje experiencial*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
http://www.ecominga.uqam.ca/PDF/BIBLIOGRAPHIE/GUIDE_LECTURE5/1/3.Gomez_Pawelek.pdf
- Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 830–839.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)

- Hamby, S. (2017). On Defining Violence, and Why It Matters. *Psychology of Violence*, 7(2), 167–180.
- Hamby, S., Finkelhor, D. y Turner, H. (2013). Perpetrator and victim gender patterns for 21 forms of youth victimization in the National Survey of Children's Exposure to Violence. *Violence and Victims*, 28(6), 915–939. <http://dx.doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-12-00067>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill.
- Hillberg, T., Hamilton-Giachritsis, C., & Dixon, L. (2011). Review of meta-analyses on the association between child sexual abuse and adult mental health difficulties: A systematic approach. *Trauma, Violence, and Abuse*, 12(1), 38–49.
- Jaffe, P. G., Wolfe, D. A., & Wilson, S. K. (1990). *Children of battered women*. Sage Publications, Inc.
- Krug E. G., Dahlberg L. L., Mercy J. A., Zwi, A. B., Lozano R. (Eds.). (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Organización Panamericana de la Salud, *Publicación Científica y Técnica* (588). <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>
- López, F. (1993). La intervención educativa y terapéutica en los casos de abusos sexuales de menores en J. Navarro y F. Bustamante (Eds.). *Ensayos y conferencias sobre prevención e intervención en salud mental*. Junta de Castilla y León.
- López, S., Faro, C., Lopetegui, L., Pujol-Ribera, E., Monteagudo, M., Cobo, J., y Fernández, M. (2017). Impacto del abuso sexual durante la infancia-adolescencia en las relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas. *Gaceta Sanitaria*, 31, 210-219.

- López, Y. R., Gigato, B. A. A., y Álvarez, I. G. (2012). Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil. *Eureka*, 9(1), 58-68.
- Lozares, C., y Verd, J. M. (2008). La entrevista biográfico-narrativa como expresión contextualizada, situacional y dinámica de la red socio-personal. *Redes. Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 15(2), 95-125.
- Maniglio, R. (2010). Child sexual abuse in the etiology of depression: A systematic review of reviews. *Depression and anxiety*, 27(7), 631-642.
- Martín García, A. V. (1995). Fundamentación teórica y uso de las historias y relatos de vida como técnicas de investigación en pedagogía social. *Aula*, (7), 41-60.
- Martínez Miguélez, M. (2009). Dimensiones Básicas de un Desarrollo Humano Integral. *Polis*, 23. <http://journals.openedition.org/polis/1802>
- Morrison, J. (2015). *DSM-5: Guía para el diagnóstico clínico*. Manual Moderno.
- Mukaka, M. (2012). Statistics corner: A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi Medical Journal*. 24(3), 69-71.
- Nader, K., Pynoos, R., Fairbanks, L., & Frederick, C. (1990). Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school. *The American Journal of Psychiatry*, 147(11), 1526–1530. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.11.1526>
- Navarro Solano, M. R. (2007). Drama, creatividad y aprendizaje vivencial: algunas aportaciones del drama a la educación emocional. *Cuestiones Pedagógicas*, (18), 161-172. <http://dx.doi.org/10.12795/CP>
- Olweus, D. (1993). Acoso escolar, “bullying”, en las escuelas: hechos e intervenciones. *Centro de investigación para la Promoción de la Salud, Universidad de Bergen, Noruega*, 2, 1-23.

Organización Mundial de la Salud (2016). *Nota descriptiva sobre maltrato infantil.*

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>

Organización Mundial de la Salud. (1995). *Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (10ma ed.).*

<http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1996). *La gente y la salud ¿Qué calidad de vida? Foro Mundial de la salud,* (17).

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=yorg/10.17081/psico.21.39.2830

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres.*

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf;jsessionid=F0C3482489420C15F73D666787D0C473?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia contra los niños 2020: resumen de orientación.* Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332450>

Organización Mundial de la Salud. (s. f.). *Temas de salud, Violencia.*

<http://www.who.int/topics/violence/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (2016). *INSPIRE: Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas.* https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Child-Victims/Report_in_Spanish.pdf

https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Child-Victims/Report_in_Spanish.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Violencia contra los niños y las niñas.*

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11122%3Aviolence-against-children&catid=1505%3Aintra-family-violence&Itemid=41533&lang=es

- Pereda Beltrán, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 135-144.
- Pereda Beltrán, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201.
- Pereda Beltrán, N. y Tamarit Sumalla, J. (2013). *Victimología teórica y aplicada*. Huygens.
- Pinillos, J. L. (1975). *Principios de Psicología*. Alianza.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (1990). *Desarrollo Humano Informe 1990. Tercer mundo*. <http://desarrollohumano.org.gt/wp-content/uploads/2016/04/HDR-1990.pdf>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (1994). *Informe sobre el Desarrollo Humano 1994. Fondo de Cultura Económica*. http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1994_es_completo_nostats.pdf
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2016). *Informe sobre el Desarrollo Humano 2016: Desarrollo humano para todos*. <https://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/hdr/2016-human-development-report.html>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2019). *Informe sobre el Desarrollo Humano 2019: Más allá del ingreso, más allá de los promedios, más allá del presente: Desigualdades del desarrollo humano en el siglo XXI*. http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_spanish.pdf
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2014). *Informe sobre el Desarrollo Humano 2014: Sostener el Progreso Humano: Reducir vulnerabilidades y construir resiliencia*.

<https://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/hdr/2014-human-development-report.html>

Rawls, J. (2008). *La teoría de la Justicia*. Fondo de Cultura Económica.

Real Academia Española. (s.f.). Abuso sexual. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 12 de abril de 2021, de <https://dle.rae.es/abuso?m=form#ESr0avO>

Real Academia Española. (s.f.). Calidad de vida. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 12 de abril de 2021, de <https://dle.rae.es/calidad?m=form#CxIV49c>

Real Academia Española. (s.f.). Psicoafectividad. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 12 de abril de 2021, de <https://dle.rae.es/afectividad?m=form>

Riviere, P. (2007) *El proceso grupal*. Nueva Visión.

Rozanzky, C. (2003). *Abuso sexual infantil ¿Denunciar o silenciar?*. Ediciones B.

Ruiz, C. (2010). Alteridad, corporeidad, psicoafectividad. *Investigaciones Fenomenológicas*, (2), 387-398.

Sampieri, R. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill.

Sanmartín (Ed.). *Violencia contra niños*. Ariel.

Souto, M. (1993). *Hacia una didáctica de lo grupal*. Miño y Dávila.

Trujillo, S., Tovar, C., y Lozano, M. (2004). Formulación de un modelo teórico de la calidad de la vida desde la psicología. *Universitas Psychologica*, 3(1), 89-98.

Urzúa, A. y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, (30), 61-71.

Villalobos, G., Pedroza, R., Reyes, Ana Ma. (2015). La práctica educativa, investigación acción y psicoafectividad. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 18(1), 1-14.

- Weber, S., Jud, A., & Landolt, M. A. (2016). Quality of life in maltreated children and adult survivors of child maltreatment: a systematic review. *Quality of Life Research*, 25(2), 237–255. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1085-5>
- Wolak, J., Finkelhor, D., Mitchell, K. J., & Ybarra, M. L. (2010). Online “predators” and their victims: Myths, realities, and implications for prevention and treatment. *Psychology of Violence*, 1(S), 13–35. <https://doi.org/10.1037/2152-0828.1.S.13>
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, (No. WHOQOL-BREF)*. World Health Organization.

Apéndices

Apéndice A

Guía de entrevista semiestructurada para evaluación psicológica

Guía de entrevista semiestructurada para evaluación psicológica (Guía complementaria a las pruebas e instrumentos aplicados)						Variable/ Tema
Seudónimo						Datos generales y sociodemográficos
					Sexo: Femenino	
Edad (años y meses)						
Fecha de nacimiento:			Lugar de nacimiento:			
Domicilio:					Zona: Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	
Teléfono			Ocupación:			
						Lugar de trabajo:
Motivo de consulta						-Nivel de estudios -Calidad de Vida: Psicológico/Cognitivo/Relaciones interpersonales
Grado de estudios:						
	Preescolar <input type="checkbox"/>	Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/>	Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/>	Universidad incompleta <input type="checkbox"/> Universidad completa <input type="checkbox"/>	Posgrado <input type="checkbox"/>	
Dificultades en los estudios:						

¿Repitió usted años durante sus estudios? Descripción					
¿Hubo abandono en los estudios? Descripción					
Si hubo abandono de estudios ¿Reanudó sus estudios? Descripción					
Describa como era su relación con los compañeros de estudio (Introversión-extroversión).					
¿Hubo dificultades para la interacción con pares (amigos)?					
¿Cuántos trabajos ha realizado a lo largo de su vida? Total:					-Área Laboral (Estabilidad laboral) -Calidad de vida: Entorno/Relacion es interpersonales
Refiera cada uno de estos aspectos de sus trabajos	Ocupación	Edad	Duración	Motivo de cese	
1.					
2.					
3.					
¿Cómo era la relación con sus jefes (sexo de los jefes)?					
¿Cómo era la relación con sus compañer					

os de trabajo?						
¿Entabló relaciones de amistad en sus trabajos?						
						-Relaciones sentimentales -Calidad de Vida: Entorno
Relaciones sentimentales previas al matrimonio eclesial	Edades (ella y él)	Tiempo de noviazgo	Hubo dificultades en el noviazgo (Agresiones, separaciones, relaciones sexuales, etc.)	¿Hubo matrimonio civil o convivencia?	Razón de la ruptura	
Matrimonio eclesial	Tiempo de noviazgo	Enumere 3 razones para tomar decisión del matrimonio eclesial	Duración del matrimonio	Describe el matrimonio	Razones de la separación	
Relaciones sentimentales posterior a la ruptura del matrimonio eclesial	Edades (ella y él)	Tiempo de noviazgo	Hubo dificultades en el noviazgo (Agresiones, separaciones, etc.)	¿Hubo matrimonio civil o convivencia?	Razón de la ruptura	

Estado civil actual:	Edades (ella y él)	Tiempo de noviazgo	Hubo dificultades en el noviazgo (Agresiones, separaciones, etc.)	Tiempo de matrimonio o convivencia	Describe la relación de matrimonio o convivencia	
(si tiene relación de pareja en la actualidad completar los datos de las columnas a la derecha):						
						-Procreación -Calidad de Vida: Entorno/Físico
Número de hijos (Si no hubo hijos consultar las razones: físicas, emocionales, etc)	Sexo	Edad	Paternidad	Dificultades en embarazo o parto		
Para tomar en cuenta en este apartado: La sexualidad es un área de desarrollo tan importante como la familiar, la laboral y de desarrollo personal; a continuación le haremos cuatro preguntas relacionadas con su vida sexual; si prefiere no contestar, respeto su decisión						-Sexualidad - Calidad de vida: Psicológico/Físico:
¿Ha presentado dificultades en las relaciones sexuales? (Físicas, emocionales)						

¿Es satisfactoria su vida sexual?, ¿Por qué?						
¿Qué tipo de religión profesa?						-Calidad de Vida: espiritual
¿Pertenece a algún grupo apostólico? ¿Indique cuál?						
¿Tiene seguro médico?						-Calidad de Vida: Físico/Entorno
¿De qué tipo? (privado, asegurada directa o por parentesco)						
¿Ha recibido atención médica? ¿Con qué frecuencia?						
¿Ha tenido padecimientos o enfermedades a lo largo del ciclo de la vida?						
¿Tiene padecimientos o enfermedades actuales? Contestar en la siguiente tabla						
Primera Infancia (0-2 años)	Pre-escolar (2-6 años)	Escolar (6-14 años)	Adolescencia (12-19 años)	Adulto joven (20-40)	Adulto (40-60)	
¿Toma o ha tomado usted medicamentos? Responder en la siguiente tabla						
Primera Infancia (0-2 años)	Pre-escolar (2-6 años)	Escolar (6-14 años)	Adolescencia (12-19 años)	Adulto joven (20-40)	Adulto (40-60)	
Consumo de sustancias :	¿Cuándo inició el consumo?	¿Cuánto tiempo duró el consumo/consume en	Frecuencia y cantidad	Tipo de droga/Otros	Que tanto influyó el ASI	

		la actualidad?					
Consumo de Alcohol							
Consumo de Drogas							
Consumo de tabaco							
							-Calidad de Vida: Entorno/Movilidad
¿Realiza Ejercicio o actividad física? Explique							
							-Calidad de Vida: Nivel Socioeconómico/Entorno
¿Cómo era el nivel socioeconómico en el periodo pre-escolar y de infancia?	¿Cómo era el nivel socioeconómico en la adolescencia?	¿Cómo era el nivel socioeconómico en la adultez temprana?	¿Cómo era el nivel socioeconómico en el (antes del matrimonio eclesial)?	¿Cómo era el nivel socioeconómico durante su matrimonio eclesial?	¿Cómo es su nivel socioeconómico en la actualidad?		
							-Relaciones interpersonales y actividades recreativas
¿Asiste a reuniones sociales, familiares, recreativa (cine, teatro, etc.), días de paseo, vacaciones en el país o en el extranjero, etc.?							-Calidad de Vida: Entorno/Psicológico
¿Cómo es la relación con sus padres y hermanos?							
¿Cómo es la relación con sus amistades? ¿Podría mencionar el nombre de personas en las que usted confía?							

<p>¿Cómo es la relación con sus hijos? (Analizar rasgos de sobreprotección especialmente hacia la relación con adultos (Temor))</p>						<p>-Desarrollo personal -Calidad de Vida: Psicológico -Autoestima:</p>
<p>¿Cómo se percibe usted a sí misma?</p> <p>¿Podría indicar cómo describe su forma de ser?</p> <p>¿Cómo es su carácter?</p> <p>Me podría decir tres cosas que le han hecho sentirse feliz en su vida:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 						
<p>En cada una de las etapas según corresponda con la historia del paciente consultar</p>						<p>-Historia longitudinal -Calidad de vida -Psicoafectividad -Victimización</p>
	<p>Relación con el padre y la madre (padrastra, madrastra, otras personas u entidades que se hicieran cargo de la manutención y formación)</p>	<p>Relaciones interpersonales (dificultad o facilidad para entablar relaciones interpersonales con sus pares, profesores, familiares, amigos, etc.)</p>	<p>Situaciones que considere traumáticas o que generaran afectación emocional o afectiva (fallecimientos, separaciones de los padres, accidentes, abuso sexual, traumas – anotar edad,</p>	<p>Una evaluación general del paciente sobre esa etapa.</p>	<p>Otros aspectos que mencione el paciente y sean relevantes en su historia de vida.</p>	

			descripción de la situación, apoyo, etc.-)			
Primera Infancia (0-2 años) y Pre-escolar (2-6 años)						
Escolar (6-14 años)						
Adolescencia (12-19)						
Adulto joven (20-40)						
Adulto (40-60)						
Profundizar en puntuaciones altas del factor físico del WHOQOL (Tipo, frecuencia, duración, intensidad, condiciones, etc.)						Calidad de Vida: Físico
<p>De acuerdo a la puntuación en uno de los instrumentos quisiera que...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor: ... describa el tipo de dolor que percibe • Malestar: ... describa el tipo de malestar que siente • Energía: ... se refiera porqué percibe tener menos energía de la habitual • Cansancio: ... explique un poco más acerca del tema del cansancio en su vida • Sueño: ... describa las dificultades que presenta en el sueño • Descanso: ... indique los problemas que presenta en cuanto al descanso 						

<p>Profundizar en puntuaciones altas del factor grado de independencia del WHOQOL (Tipo, frecuencia, duración, intensidad, condiciones, etc.)</p>	<p>Calidad de Vida: Grado de Independencia</p>
<p>Quisiera que profundizar y explicara un poco más acerca de...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Movilidad: ... los problemas que presenta en cuanto a la movilidad. • Actividades de la vida diaria: ... las dificultades presentes en las actividades de la vida diaria. • Dependencia respecto de medicaciones o tratamientos: ... la dependencia respecto a los medicamentos o tratamientos (Sean médicos, naturales, automedicados, etc). • Capacidad de trabajo: ... las dificultades presentes en cuanto a la capacidad de trabajo. • Relaciones personales: las dificultades en las relaciones interpersonales. • Apoyo social: ... su percepción del apoyo social percibido. 	
<p>Complemento del grado de independencia</p>	<p>Calidad de Vida: Grado de independencia</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha tenido usted dificultades para relacionarse con sus compañeros de escuela o colegio? • ¿Ha tenido relaciones muy cercanas, de las cuales considera cierta dependencia? 	
<p>Profundizar en puntuaciones altas del factor entorno del WHOQOL (Tipo, frecuencia, duración, intensidad, condiciones, etc.)</p>	<p>Calidad de Vida:Entorno</p>
<p>Describa con detalle de qué forma se hace presentes problemas o dificultades en cuanto...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguridad física: ... a su seguridad Física • Entorno doméstico: ... su entorno doméstico • Recursos financieros: ... sus recursos financieros • Su atención sanitaria: ... su atención sanitaria y social: disponibilidad y calidad • Sus oportunidades para adquirir información y aptitudes nuevas: ... sus oportunidades para adquirir información y aptitudes nuevas • sus actividades recreativas: ... sus actividades recreativas: participación y oportunidades • Su entorno físico: ... su entorno físico (contaminación, ruido, tráfico, clima) • El Transporte: ... al transporte 	

<p>Profundizar en puntuaciones altas del factor Espiritual del WHOQOL (Tipo, frecuencia, duración, intensidad, condiciones, etc.)</p>	<p>Calidad de Vida: Espiritualidad</p>
<p>Podría brindar detalles ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espiritualidad: ... de la forma en que la espiritualidad está presente en su vida. • Religión: ... de la religión a la que pertenece y cómo esta se relaciona con su calidad de vida. • Creencias personales: ... sobre sus creencias personales 	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿A qué edad comentó la situación de abuso sexual? • ¿A quién se lo comentó? • ¿Qué tipo de apoyo recibió? • ¿Cuáles fueron las razones por las cuales no comentó la situación de abuso? • ¿Cómo fue el periodo en el que silenció el abuso? (Descripción de emociones, sentimientos, pensamientos y afecciones relacionadas) <p>Después de revisar las respuestas de la paciente de la Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático-revisada. Se necesita profundizar o completar lo siguiente: _____</p>	<p>Victimización sexual</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha sido víctima de otro tipo de violencia a lo largo de su vida? (Por ejemplo sexual, de pareja, física, emocional). Describir con detalle (indicar edad y duración) 	<p>Revictimización</p>

	Psicológico
<ul style="list-style-type: none">• Se complementan las áreas del examen mental con los aspectos que mide el apartado Psicológico del WHOQOL (Tipo, frecuencia, duración, intensidad, condiciones, etc.) Sentimientos positivos, labor de reflexión, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima, imagen y apariencia corporales, sentimientos negativos.	
	Otros
<ul style="list-style-type: none">• Cualquier otra pregunta o de talle para clarificar aspectos de la situación de abuso sexual, autoestima, psicoafectividad o calidad de vida.	

Apéndice B

Carta de consentimiento informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación

205

Nombre del estudio:	LA PSICOAFFECTIVIDAD EN MUJERES VIOLENTADAS SEXUALMENTE EN LA INFANCIA Y SUS REPERCUSIONES EN LA CALIDAD DE VIDA
Patrocinador externo (si aplica)*:	No aplica
Lugar y fecha:	San José, Costa Rica, Diciembre 2019 y enero 2020
gistro institucional:	Sin registro
Justificación y objetivo del estudio:	Analizar las implicaciones psicoafectivas en mujeres violentadas sexualmente en la infancia y sus repercusiones en la calidad de vida a través de la evaluación psicológica clínica para orientar y canalizar al apoyo profesional y contribuir al bienestar de las participantes
Procedimientos:	Evaluación psicológica: aplicación de instrumentos y entrevista a profundidad. 3 sesiones
Posibles riesgos y molestias:	Crisis o afectación debido al recuerdo del evento traumático
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer aspectos a nivel de personalidad y afectaciones en la calidad de vida debido a la victimización sexual en la infancia.
Información sobre resultados	Se adjuntarán los resultados de la evaluación en el expediente del Tribunal Eclesiástico Provincial de Costa Rica, correspondiente al caso de la paciente.
Participación o retiro:	Voluntario
Privacidad y confidencialidad:	Datos y muestras manejadas de manera confidencial

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído la información anterior y aclarando todas las dudas, he aceptado consciente y libremente ser estudiada y agrupada para los fines de investigación para optar por el título de Doctorado en Estudios para el Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma del Estado de México.

	Sí	No
Estoy de acuerdo en completar los instrumentos suministrados y la entrevista a profundidad realizada por el profesional para el objetivo de la investigación.		
He entendido completamente la carta y tengo claro los procedimientos que se me realizarán.		
Estoy de acuerdo en que mis datos sean utilizados con fines de investigación, conservando la confidencialidad y el anonimato.		

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: _____

La decisión de participar o no en el estudio es: completamente voluntaria, gratuita, e independiente del proceso de nulidad matrimonial que se tramita en _____. Para cualquier duda o aclaración comunicarse con el _____; correo electrónico: _____ Teléfono: () _____

Adicionalmente doy mi consentimiento para que la sesión de entrevista a profundidad sea grabada: Si NO

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

