



Terapia Psicológica

ISSN: 0716-6184

sochpscl@entelchile.net

Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Chile

Ibaceta Watson, Francisco

Agresión Sexual en la Infancia y Viaje al Futuro: Clínica y Psicoterapia en la Edad Adulta

Terapia Psicológica, vol. 25, núm. 2, diciembre, 2007, pp. 189-197

Sociedad Chilena de Psicología Clínica

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78525210>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Agresión Sexual en la Infancia y Viaje al Futuro: Clínica y Psicoterapia en la Edad Adulta

Childhood Sexual Aggression and its Future: Clinic and Psychotherapy in Adulthood

Francisco Ibaceta Watson

Centro de Terapia del Comportamiento, Chile

(Rec: 24 de octubre 2007 - Acept: 26 de noviembre 2007)

Resumen

El presente trabajo revisa las relaciones existentes entre el antecedente de agresión sexual en la infancia y el desarrollo de psicopatología en la adultez. También se revisan aquellos factores que caracterizan las agresiones sexuales y que se relacionarían con mayor sintomatología en la vida adulta. Se describen las maneras habituales en que ocurren las consultas por este motivo y se propone brevemente un marco general para el abordaje psicoterapéutico.

Palabras claves: Agresiones sexuales, psicopatología, trauma, psicoterapia.

Abstract

The present work reviews the existing relationships between childhood antecedents of sexual aggression and the development of psychopathology in adulthood. Also are reviewed the factors that characterize sexual aggressions, and their association to a greater symptomatology in adult life. The habitual ways in which the consultations happen are described, their motives, and a brief general frame for the psychotherapeutic approach is proposed.

Key words: sexual Aggressions, psychopathology, trauma, psychotherapy

Introducción

En Chile, las agresiones sexuales hacia niños, niñas y adolescentes se han constituido en un problema social de gran magnitud y relevancia. En concordancia con esto se han diseñado políticas públicas, promulgado leyes y diversas entidades públicas y privadas ejecutan programas específicos en el ámbito de la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento.

En particular, la atención acerca de este problema se ha focalizado en la infancia-adolescencia. Sin embargo, en la población adulta existe un grupo importante de personas que habiendo sufrido agresiones sexuales en la infancia - adolescencia, sufren efectos sintomáticos a largo plazo que no reciben necesariamente atención especializada.

En el estudio del Ministerio de Salud del año 2000, acerca del comportamiento sexual de la población chilena, siete de cada cien mujeres entrevistadas declaró haber sufrido una violación. Si se considera que se ha estimado que alrededor de un 30% de las personas que han sufrido agresiones sexuales desarrollan sintomatología a largo plazo (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2000), existiría un grupo importante de mujeres que desarrollaría problemas de salud mental donde un evento traumático constituye uno de los principales factores de riesgo predisponentes.

Debido a la mayor sensibilización frente a los temas de la violencia y las agresiones sexuales al interior de la familia, las personas se sienten más proclives a relatar vivencias de violencia sexual actuales o pasadas. De esta manera, entre las personas que solicitan atención psicológica se está constatando un número cada vez mayor de pacientes que presenta traumatizaciones sexuales asociadas a su motivo de consulta (Llanos & Sinclair, 2001). Sin embargo, a pesar de esta alta tasa de víctimas de violencia sexual, la oferta pública y privada para la atención de personas adultas resulta casi inexistente (Bain & Yáñez, 2002).

Por otra parte, también existe aún una importante población que consulta recurrentemente por diferentes problemas de salud que pueden estar relacionados con haber sufrido traumatizaciones sexuales en la infancia - adolescencia. Estas consultas resultan frecuentes y como tales imprimen presión asistencial al sistema de salud, siendo generalmente las respuestas de atención no resolutivas al no detectar ni enfrentar directamente el tema de la traumatización temprana, llegando incluso a la posibilidad de implementar acciones iatrogénicas.

Agresión sexual y desarrollo de psicopatología

De acuerdo con Barudy (2000), la agresión sexual produce en la víctima:

1. *Un proceso de traumatización*, el cual es sincrónico a la ocurrencia de la agresión sexual. Aquí se ubican no sólo los efectos sintomáticos a corto plazo, sino que

también el despliegue de una variedad de mecanismos defensivos (por ejemplo, disociación) que permiten sobrevivir a la víctima a la traumatización y que pueden aparecer como desadaptativos, a la vez que deterioran el funcionamiento social.

2. *Un proceso de adaptación o resocialización secundaria con efectos específicos (carreras morales)*, el cual puede ser paralelo o posterior a la ocurrencia de la agresión sexual. Aquí pueden ubicarse no sólo los efectos sintomáticos a largo plazo, sino que también la cronificación de los mecanismos defensivos y la amplia gama de impactos sobre el desarrollo psicológico y la construcción de la personalidad.

Siguiendo esta línea, se ha intentado demostrar que la traumatización sexual puede tener consecuencias sintomáticas en el corto plazo y en el desarrollo psicológico a largo plazo. En tal sentido, se estima que haber sufrido una agresión sexual durante la infancia incrementa el riesgo de desarrollar psicopatología en la adultez.

Si bien no se ha logrado establecer una relación directa entre agresión sexual y algún tipo particular de psicopatología, se han encontrado correlaciones positivas entre dicho antecedente y determinados cuadros de morbilidad psiquiátrica. Por ejemplo, se ha reportado que existiría una relación manifiesta entre agresión sexual en la infancia y el desarrollo de episodios depresivos en la vida adulta (Weiss, Longhurst & Mazure, 1999). También se ha encontrado que pacientes diagnosticados con trastorno bipolar y que sufrieron agresiones sexuales en la infancia o adolescencia habían presentado un inicio precoz del trastorno, un curso más grave, mayor comorbilidad y una incidencia superior de intentos de suicidio.

Post (2004) constató, en una muestra de pacientes bipolares, que el tiempo sin tratamiento era significativamente mayor entre quienes referían historia de traumatización sexual, en comparación con quienes no referían dicho antecedente. Este autor plantea que la agresión sexual es un factor pronóstico que debe ser activamente identificado de manera de intervenir más pronto, con el fin de evitar un curso adverso, esto es, mayor gravedad del cuadro, mayor número de intentos de suicidio, mayor comorbilidad y pérdida paulatina del apoyo social. Esto podría apoyar nuestras observaciones respecto a que la psicoterapia aparece como la indicación principal en pacientes con un trastorno del estado de ánimo y que presentan historia de trauma temprano (Becar, Guadalupe & Ibaceta, 2006).

Una relación significativa se ha encontrado también con el desarrollo de trastornos de ansiedad, particularmente con el trastorno por estrés postraumático (TEPT). En una revisión reciente Marty y Carvajal (2005) encuentran que el TEPT ocurre más frecuentemente en personas que han experimentado victimización sexual durante su infancia. Las agresiones sexuales en la infancia aumentarían el riesgo de desarrollar un TEPT, en la medida que la exposición

temprana a situaciones traumáticas (estresantes) de ese tipo podrían implicar cambios a largo plazo y persistentes en la neurobiología involucrada en la respuesta al estrés, de manera que aquello significaría una vulnerabilidad para el desarrollo de TEPT.

Por otra parte, se ha descrito una importante relación entre traumatizaciones sexuales tempranas y el desarrollo de trastorno de personalidad, especialmente borderline. En este grupo de pacientes se encuentra una alta frecuencia de abuso sexual en su biografía, comparados con otros grupos de personas sin dicho trastorno (Jerez, 1997; Herman, 1989, en Vitriol, 2005).

Se ha señalado también una fuerte relación con trastornos de la alimentación, particularmente bulimia (Behar, 2000); con las autoagresiones, consideradas como un síndrome específico (Nader & Boehme, 2003) y con los cuadros de somatización. En particular, en población femenina nacional, Florenzano et al. (2002) encontraron una relación significativa aunque inespecífica entre cuadros de somatización y antecedentes de trauma infantil, incluida la agresión sexual.

Aun así, no es posible establecer que la agresión sexual sea un factor etiológico único y específico en el desarrollo de los cuadros mencionados. Tampoco se puede establecer que los efectos de la agresión sexual deriven en un síndrome único y homogéneo.

De esta forma, la mirada ha estado centrada en poder describir aquellas características de la agresión sexual que parecen predecir el desarrollo de sintomatología más grave, o bien de efectos importantes en las distintas esferas del desarrollo. Al respecto, se ha señalado que los siguientes factores se deben considerar al momento de ponderar el riesgo y la gravedad de la aparición de psicopatología posterior:

1. La frecuencia y duración de la experiencia abusiva. Agresiones sexuales repetidas y crónicas se asocian a consecuencias más graves en las víctimas.
2. El tipo de agresión sexual. La presencia de contacto genital y penetración sexual parece agravar los efectos de las agresiones sexuales.
3. La utilización de violencia y/o coerción para cometer las agresiones se relacionan con mayor efecto sintomático sobre las víctimas.
4. El vínculo de la víctima con el agresor. La presencia de un vínculo previo se relaciona con la utilización abusiva de la confianza, de la diferencia de poder y autoridad para llevar a cabo las agresiones. A mayor cercanía vincular la relación se torna indescodificable, casi impredecible y con ello las vivencias del proceso traumático (por ejemplo, el miedo, la culpa y la vergüenza) y del secreto se instalan dramáticamente.
5. Si hubo develación, es importante conocer la reacción de los padres, la familia y el entorno. En tal sentido, se

estima que la percepción positiva del cuidado paterno, esto es, creer, movilizarse para proteger y buscar la sanción del agresor, resulta ser un factor protector crucial para disminuir las posibilidades de desarrollo de sintomatología posterior. Por el contrario, una actitud generalizada de incredulidad o de minimización por parte de la familia y del entorno significativo, así como también una reacción hostil del padre no agresor tras la apertura del abuso, se relacionan directamente con un peor pronóstico de recuperación del daño.

Otros factores que le asignan mayor gravedad a los posibles efectos de las agresiones sexuales serían: la existencia de múltiples agresores, la presencia de múltiples maltratos (por ejemplo, abuso del padre conjuntamente con maltrato físico y psicológico de la madre) y haberse encontrado en riesgo vital producto de las agresiones sufridas.

En esta línea de trabajo, un estudio con población consultante del Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales (CAVAS) encontró que “las víctimas que se desenvuelven en un contexto definido por un patrón tolerante ante la develación del abuso y con un número elevado de episodios abusivos (cronicidad), serían las que están más expuestas a sufrir mayor daño psicológico, así como alteraciones en las esferas estructurales de la personalidad, producto de esas experiencias” (Huerta, Maric & Navarro, 2002).

Puede seguirse como regla general, entonces, que a mayor gravedad y cronicidad de las agresiones sexuales sufridas, mayor puede ser la gravedad de las manifestaciones psicopatológicas en la vida adulta (Vitriol, 2005).

De esta manera, las agresiones sexuales son consideradas factores de riesgo psicológico para el desarrollo de problemas de salud mental en la adultez. En términos generales, se ha postulado que el estrés en etapas tempranas del desarrollo, en conjunción con predisposiciones biológicas, contribuyen a generar una vulnerabilidad de largo plazo al desarrollo de morbilidad de salud mental (Trucco, 2002).

Más allá de la psicopatología: la dimensión del trauma

Herman (1994, citado en Arnstein, 1999) ha señalado que la apariencia de normalidad, entendida como la ausencia de síntomas, no es lo mismo que la integración del trauma.

Diversos autores han elaborado modelos para poder comprender las consecuencias de las agresiones sexuales. Estos modelos intentan otorgar un marco descriptivo-explicativo que incluye pero trata de ir más allá de la relación directa agresión sexual - psicopatología, tratando de analizar los efectos de las agresiones sexuales en el desarrollo psicológico de las víctimas en el largo plazo y el ámbito de sus relaciones interpersonales.

Estos modelos proveen de un entendimiento del proceso traumático, de manera que el clínico podría diseñar desde esa comprensión un plan de tratamiento que, en distintos niveles de profundidad, considere la dimensión de la vivencia traumática.

En particular, aunque no es posible profundizar en esto, quiero destacar aquí la conceptualización de las dinámicas traumatogénicas propuestas por Finkelhor y Browne, en la consideración personal que este modelo puede ser aplicado particularmente a las agresiones sexuales en general, indistintamente de las características de éstas¹.

El modelo traumatogénico (Finkelhor & Browne, 1985)

El modelo propuesto por Finkelhor y Browne sostiene que existirían cuatro factores que explicarían la dinámica del trauma presente en las víctimas de agresiones sexuales. Estos factores, denominados dinámicas traumatogénicas, en su acción conjunta explicarían por qué la traumatización derivada de las agresiones sexuales es única y diferente a la encontrada en otros traumas.

Las dinámicas traumatogénicas se describen a continuación:

1) Sexualización traumática

Las agresiones sexuales pueden configurar el desarrollo de la sexualidad de las víctimas de una manera inapropiada, en tanto ocurre un aprendizaje de la sexualidad disociado de la afectividad y que no se corresponde con la etapa evolutiva en que la víctima se encuentra.

Esta dinámica se instala principalmente cuando se le pide repetidamente a la víctima que realice conductas sexuales inapropiadas para su nivel de desarrollo, ligando dichas conductas a refuerzos entregados por el agresor con el fin de mantener dichos comportamientos. El afecto, regalos concretos, privilegios relationales son formas de recompensa que el agresor utiliza para obtener conductas sexuales de la víctima. De esta manera, queda instalado un circuito de cosificación de la sexualidad. De manera diferente e inversa, también podría ocurrir que la sexualidad quede asociada a lo traumático, quedando la víctima en una posición emocional de aprendizaje ligado al estado, de forma que bastaría una situación que reprodujera el trauma

¹ La experiencia muestra que un factor decisivo en la fenomenología de las agresiones sexuales es el vínculo existente entre la víctima y el agresor. Navarro (1998) distinguió la agresión sexual extrafamiliar, la intrafamiliar y la incestuosa otorgándole un papel decisivo al rol del vínculo en la forma de aproximarse el tema de las agresiones sexuales. Para una revisión aún más específica de la dimensión del trauma en las agresiones sexuales intrafamiliares e incestuosas pueden revisarse los planteamientos de Barudy (1998, 2005) y Perrone (1997, 2000).

para que la víctima reaccionara defensivamente, en huida o incluso de aceptación desamparada de la agresión como forma de sobrevivir a ésta.

A largo plazo las consecuencias se relacionan con alteraciones del desarrollo psicosexual. En un polo podría aparecer excesiva preocupación por cuestiones sexuales, erotización de las relaciones, promiscuidad sexual y repetición compulsiva de conductas sexuales. Hacia el otro extremo pudiera presentarse una dificultad generalizada respecto de la sexualidad, la cual podría expresarse como inhibición y rechazo sexual, disfunciones sexuales, o bien manifestando problemas relacionados con la identidad sexual.

2) Traición

Esta dinámica hace referencia a que las víctimas descubren que el agresor, muchas veces vínculo afectivo de confianza y dependencia, les ha causado daño. También alude a la toma de conciencia acerca de que los miembros de la familia que se encuentran en posición de protección (típicamente la madre) no han ejercido dicho papel, en tanto no han tenido conductas concretas de cuidado, o bien no han dado credibilidad a la develación de las agresiones sexuales.

Al largo plazo esto puede manifestarse en una alteración en la manera de vincularse. En un extremo, puede aparecer una importante necesidad de protección, lo cual se manifestaría a través de una dependencia emocional intensa, la cual puede disminuir la capacidad crítica acerca de la confiabilidad de las otras personas. En el otro extremo, puede presentarse una manera de vincularse caracterizada por la desconfianza y hostilidad excesivas, manifestándose rechazo al establecimiento de relaciones con mayor grado de intimidad emocional.

3) Indefensión

Esta dinámica se presenta cuando la voluntad de la víctima no es respetada, teniendo ésta la sensación de pérdida de autonomía y control respecto de sus propias conductas. Esta dinámica lleva rápidamente a la instauración de la impotencia de no poder evitar la repetición de las agresiones.

A largo plazo, la indefensión se puede transformar en una sensación crónica de vulnerabilidad, la cual se traduce en miedo y ansiedad constante en relación a la imposibilidad de controlar lo que ocurre. Esto se traduce finalmente en una disminución del sentimiento de autoeficacia y de las habilidades personales en general. En un extremo, esta sensación de pérdida de poder puede transformarse en una necesidad disfuncional de control sobre los otros y sobre lo que ocurre.

4) Estigmatización

Esta dinámica se refiere a las connotaciones negativas que; el agresor y muchas veces los adultos en posición de

proteger, le adjudican a las agresiones sexuales sufridas y como éstas quedan ancladas en la narración de lo vivido.

El impacto psicológico de la estigmatización se asocia a los sentimientos de culpa y vergüenza y por lo mismo a la mantención del secreto que refieren las víctimas, sentimientos que se anclan en la construcción de la autoimagen. También puede ocurrir que se tenga la vivencia de ser diferente de los demás, lo cual se basaría en la idea de que nadie más ha tenido una experiencia como la propia, a la vez que por lo mismo piensan que serán rechazados por los otros. En particular, la mantención del secreto puede incrementar el sentimiento de estigmatización al reforzarse la sensación de ser diferente.

Cómo ocurre la consulta

De acuerdo con nuestra experiencia clínica, la consulta inicial puede ocurrir en cualquiera de las siguientes formas:

- 1) La persona consulta por un motivo que puede o no incluir la referencia directa a una agresión sexual durante su infancia-adolescencia.

Una posibilidad es que la historia de agresión sexual es conectada directamente a la sintomatología o situación que genera la consulta. Es decir, al aparecer como una explicación del sufrimiento que motiva la consulta, genera casi de inmediato la posibilidad de un contexto de psicoterapia, en tanto ofrece un foco de trabajo y permite el inicio de la construcción de la alianza terapéutica.

Otra posibilidad es que la historia de agresión sexual esté enmascarada en sintomatología que las personas no conectan necesariamente con vivencias traumáticas o que de hacerlo lo realizan de manera confusa y ambivalente. Es la exploración cuidadosa y dirigida del terapeuta la que trae a la conversación la posible conexión entre dichas vivencias y los síntomas o problemáticas actuales. Luego, lo que puede ser inicialmente una consulta exclusivamente sintomática puede derivar hacia el establecimiento de un contexto de psicoterapia. La consulta aquí generalmente tiene elementos de cronicidad, en tanto estabilidad del cuadro sintomático y posible compromiso del desarrollo de la personalidad. Puede haber un número importante de consultas y tratamientos anteriores. Resulta necesario considerar siempre la pertinencia del apoyo farmacológico y una cuidadosa evaluación (por ejemplo, psicodiagnóstico).

- 2) La persona consulta por una problemática distinta o del mismo espectro (por ejemplo, violencia intrafamiliar). En la interacción terapéutica surge el reconocimiento de la violencia sexual como un aspecto vivencial no registrado como tal.

Si la violencia está incluida en la biografía del sujeto y está ausente en la descripción del motivo de consulta, puede construirse el contexto terapéutico que incluya y contenga dichas vivencias traumáticas.

Si la violencia es actual, el contexto que debe construirse prioritariamente es el de interrupción y protección. Aquí la interrupción de la situación de violencia es el objetivo principal de la intervención inicial. No hay reparación posible sin protección inmediata y luego sostenida. El terapeuta debe focalizar sus intervenciones en el reconocimiento del malestar y en la movilización de acciones destinadas a la propia protección.

También puede ocurrir que la persona consulte específicamente por una situación de agresión sexual ocurrida recientemente. Aquí, la consulta generalmente es "aguda" y son aplicables modelos referidos a la intervención en crisis.

Una guía breve para la psicoterapia

Siguiendo lo sugerido por Llanos y Sinclair (2001), una guía mínima para orientar un plan psicoterapéutico debe contemplar al menos los siguientes elementos:

1. Las características del contexto terapéutico.
2. Las etapas dentro del proceso terapéutico y los objetivos de cada una de éstas.
3. Los focos o temáticas específicas a tratar.

Características del contexto psicoterapéutico (Llanos & Sinclair, 2001)

- 1) Construcción de un vínculo terapéutico reparador en sí mismo.

De acuerdo con Álvarez (2002), para poder ubicar las situaciones traumáticas como experiencias de la propia vida y no disociadas en los síntomas, se necesita un espacio interpersonal seguro, predecible y de un vínculo estrecho, que resista las pruebas de confianza y compromiso impuestas por los pacientes.

En este contexto psicoterapéutico toma aun mayor fuerza la evidencia empírica y el consenso clínico acerca de que la calidad del vínculo terapéutico es el factor curativo más poderoso del cambio en psicoterapia (Jiménez, 1999). La relación terapéutica tiene que estar basada en el buen trato, puesto que el mismo vínculo establecido con el terapeuta opera como reparador, en la medida en que este sirve como contraste respecto de la relación abusiva que conllevan las agresiones sexuales.

- 2) Explicitación del encuadre terapéutico como protector.

De manera de generar un contexto terapéutico seguro y confiable para quien consulta resulta fundamental que el encuadre sea explícito. Esto significa que las características de la relación y del proceso psicoterapéutico, así como los objetivos de la psicoterapia, deben ser construidos de manera clara. Mientras más explícito y claro resulta esto, menor posibilidad hay de que se produzcan impasses que puedan ser significados como rompimientos de la alianza

terapéutica y sobre todo vivenciados como la confirmación, ahora en la relación terapéutica, de conductas abusivas hacia las personas que nos consultan.

En términos prácticos, por ejemplo, crucial es que el terapeuta gradúe la intensidad emocional de las sesiones, sobre todo al inicio de la psicoterapia. El terapeuta debe controlar su deseo de saber, ya que la experiencia muestra que las personas no se curan por el solo hecho de relatar detalladamente sus traumatizaciones. Muchas veces la insistencia del terapeuta en motivar el relato de la traumatización induce rápidamente en quien consulta un aumento abrupto de la vulnerabilidad emocional e incluso de la sintomatología, lo cual puede explicar deserciones o suspensiones tempranas del tratamiento.

Para esto es útil generar acuerdos concretos respecto de los contenidos dentro de la conversación psicoterapéutica, debiendo quedar el paciente siempre con la posibilidad de señalarle al terapeuta si considera que determinado contenido preferiría abordarlo en un momento posterior de la terapia.

3) Flexibilidad terapéutica.

El trabajo terapéutico con víctimas de agresiones sexuales exige que el terapeuta se pueda mover dúctilmente entre distintas maneras de comprender y abordar clínicamente las consecuencias en las personas de las agresiones sexuales.

Por otra parte, el terapeuta debe estar atento a que no todo se explica como un efecto de las agresiones sexuales, razón por la cual debe estar dispuesto a moverse hacia focos de trabajo distintos a éste, sobre todo si el consultante así lo propone. Aun cuando el terapeuta tenga la firme convicción que la traumatización sexual se relaciona directamente con las dificultades por las cuales se consulta en el presente, en ciertas situaciones debe optar por un acercamiento más indirecto que respete el tiempo del consultante.

Etapas y objetivos del proceso psicoterapéutico

Etapa 1: el alivio sintomático.

A diferencia de otros planteamientos (Dolan, 1997, en Llanos & Sinclair, 2001) que consideran importante el reconocimiento del ser víctima y la desculpabilización como eje inicial y central del proceso de reparación, pensamos que la focalización en el alivio de los síntomas y el dolor o sufrimiento personal que generan la consulta debe ser el objetivo y la labor específica de la primera etapa de la terapia.

Es más, pensamos por una parte, que una inicial posición terapéutica desculpabilizadora puede comprometer la posibilidad de quien consulta de exponer lo más horrible del proceso de agresión sexual, es decir, la posibilidad de haber participado como una forma de protegerse. Creemos

que la desculpabilización debe ser consecuencia de un descubrimiento de quien consulta, más que una revelación y posición del terapeuta. Esta espera reflexiva no significa en todo caso, que el terapeuta no pueda invitar desde ya a la persona a desmitificar aquellas ideas que se encuentran a la base de responsabilizarse de lo ocurrido, mediante una permanente actitud de curiosidad respecto de las significaciones que permiten la construcción de la culpabilidad.

Por otra parte, nuestra experiencia nos ha mostrado dos aspectos con relación a la idea de ser víctima. Por una parte, esto puede inducir un rápido y regresivo aumento de la sintomatología, puesto que al caer los mecanismos defensivos las personas quedan en una posición no acostumbrada de vulnerabilidad. Por otra parte, hay personas que quedan atrapadas en la explicación de ser víctimas, lugar desde el cual también obtienen una serie de beneficios potenciales que obstruyen la evolución hacia etapas avanzadas del proceso de reparación.

Entonces, proponemos que en esta etapa los focos terapéuticos sean:

- a) La construcción de la alianza terapéutica, en la lógica reseñada respecto del contexto psicoterapéutico apropiado para este tipo de casos. Esto no remite sólo al vínculo terapéutico, sino que también al acuerdo claro respecto de objetivos y metas del proceso terapéutico, respetando fuertemente el pedido de consulta.
- b) Un papel directivo del terapeuta en la identificación y en el alivio de los síntomas, por ejemplo, solicitando una consulta farmacológica si resulta pertinente y necesario. Este aspecto incluye probablemente no sólo focalizar en la designación de los síntomas, sino que también en aquellos aspectos ligados al trauma que impactan fuertemente la construcción de la imagen del sí mismo.

Etapa 2: la exploración del trauma.

En este momento del proceso se debe invitar paulatinamente a la reconstrucción de la historia, esto es, de los sucesos traumáticos, la reacción de acomodación del sobreviviente y de los otros significativos frente a él. El objetivo de esta etapa es establecer un relato que permita describir lo ocurrido y contextualizarlo. Resulta fundamental en esto que la persona sienta plena libertad de decidir qué está dispuesto a contar, o bien qué necesita y/o considera conveniente relatar (Durrant & Kowalski, 1996, citados en Llanos & Sinclair, 2001).

Llanos y Sinclair (2001) plantean tres focos terapéuticos que nos parece imprescindible rescatar en esta etapa del proceso que proponemos:

- a) La semantización de la experiencia abusiva. Esto alude a ayudar al otro a simbolizar, representar y poner palabras concretas y precisas que permitan construir un relato de lo ocurrido. La experiencia nos ha mostrado

lo fuertemente reparador que resulta para las personas poder validar sus percepciones respecto de lo ocurrido y poder tener un relato específico (ya no confuso) de lo ocurrido.

- b) La reconstrucción del discurso que mistifica el abuso. Siguiendo lo planteado por Perrone y Nannini (1997), esto consiste en que la víctima pase del lugar de objeto al de sujeto, de tal manera que pueda convertirse en observador del abusador, tomar distancia respecto de éste y animarse a tomar la iniciativa para identificar y eliminar la representación mítica que tiene de aquel. Cuando el abusador vuelve a presentarse como figura humana ante la víctima, pierde su capacidad de manipular y aquella puede traspasar la culpabilidad a quien verdaderamente la tiene. La descripción del abusador y de sus maniobras para lograr el abuso permiten a la víctima colocarse en una posición activa y separada con respecto al agresor.
- c) La contención y elaboración de los sentimientos asociados a la vivencia del abuso y el relato del mismo. Barudy (2005) plantea que una de las manifestaciones más importante del daño producto de las agresiones sexuales se da en el ámbito de las emociones. La culpa, la vergüenza, el miedo, la rabia, la tristeza y la angustia son emociones que ciertamente surgirán en el transcurso de la conversación terapéutica. La reexperiencia emocional y la comprensión de éstas, asociada a la capacidad del terapeuta de tolerar pensamientos y dichas emociones consideradas previamente como intolerables por el paciente, puede ser muy importante como factor curativo o de cambio. Nuevamente vale la pena recordar que se debe ir graduando la intensidad de las sesiones, siguiendo el timing del otro, cuidando hablar excesivamente del abuso pues esto puede amplificar el daño emocional propio de la traumatización (Barudy, 1999, citado en Llanos & Sinclair, 2001).

Finalmente, queremos considerar otro foco específico derivado de nuestra experiencia y que permite ir construyendo el paso hacia la siguiente etapa. De manera no infrecuente, en la construcción del relato de lo ocurrido, las personas focalizan su mayor dolor en la ausencia de protección por parte de quienes estaban en posición de cumplir aquello. La capacidad de protección o competencia parental se mide en el grado de reconocimiento de la situación abusiva y en las acciones que se toman hacia la persona identificada como agresor, traduciéndose esto en la disposición efectiva a la interrupción inmediata de la situación abusiva.

Pareciera ser que muchas veces las personas suelen sobrevivir, sobre la base de sus propios recursos, bastante bien a las agresiones sexuales en sí mismas, no ocurriendo lo mismo respecto de la relación establecida con quienes debían cuidarlos. Creemos que en la medida que hay reconocimiento del trauma, éste se “disemina” de forma mucho menor en la construcción de la imagen del sí mismo y de la

personalidad. Esto confirma que el apoyo social percibido por la víctima posterior a la revelación de la agresión, es crucial en el pronóstico del daño causado por la misma.

Esta mirada permite también una reflexión adicional respecto del tema del secreto. Pensamos que el secreto no sólo se construye en la dinámica propia del proceso de la agresión sexual. La mantención del secreto es en alguna medida una metáfora de la calidad del vínculo entre la víctima y su cuidador, de manera que respecto de éste la víctima también se hace cargo de la responsabilidad de lo ocurrido, lo cual aumenta su vulnerabilidad y fragilidad al momento de poder revelar lo que ha pasado y validar internamente lo sucedido. Luego, el dolor es doble: el sufrimiento de haber sido víctima de abusos sexuales, y la posibilidad de colocar en el otro a través de la revelación un dolor donde, aparentemente, no existía.

Etapa 3: la conexión de lo actual con lo ocurrido y el reconocerse como sobreviviente.

El objetivo de esta etapa es “transportar” lo relatado del allá y entonces al aquí y ahora, intentando vincular el relato con el motivo que originó la consulta.

En este punto, nuevamente el trabajo de Llanos y Sinclair (2001) ofrece lucidez respecto de los focos terapéuticos:

- a) Reconocer las consecuencias de la traumatización en el desarrollo vital, poniendo énfasis en aquello que se conecta con lo sufrido actualmente. Creemos que aquí se debe hacer un esfuerzo por ayudar a distinguir los efectos en el pensamiento respecto de sí mismo (auto imagen) y el pensamiento respecto de las relaciones con los otros. En este momento del proceso la contención y el reconocimiento por sí solo no bastan, pues la conversación terapéutica debe ir ofreciendo alternativas de comprensión y de cambio, de manera que el alivio aparezca como algo viable en la vida actual de la persona.
- b) Identificar la manera en que se sobrevivió y las formas en que se fueron superando las consecuencias de la agresión. Esto supone rescatar todos los esfuerzos de la persona para poder sobrevivir a la agresión. Esto es crucial, pues la víctima puede lograr redefinir su acomodación a la agresión como un proceso adaptativo esperable y no como participación y aceptación de lo ocurrido. Perrone y Nannini (1997) enfatizan que se debe invitar al otro a diferenciar la excitación del deseo, la pasividad del consentimiento y la participación de la responsabilidad, siendo éste el paso más difícil desde el punto de vista terapéutico, pues implica abordar los aspectos más confusos, contradictorios y complejos de la experiencia de abuso sexual.
- c) Identificación de las áreas libres de abuso. La exploración de este aspecto implica sostener que la agresión

sexual no provoca *inevitablemente* problemas de salud mental, es decir, las personas agredidas sexualmente tienen recursos para resolver las dificultades que se les presentan y áreas vitales que han sido competentes.

Etapa 4: la integración del trauma y la construcción del futuro.

El objetivo de esta etapa es situar al proceso traumático como un momento específico del desarrollo vital de la persona, es decir, el trauma se integra en la medida que se va haciendo ceder aquellos mecanismos defensivos que permitieron adaptarse a la situación traumática. Cuando en las relaciones actuales aquellos mecanismos adaptativos se flexibilizan e incluso desaparecen se entiende que la persona recupera grados de libertad que hasta ese momento no tenía producto de lo vivido. Significa también que la persona puede acceder a una construcción distinta de la historia de sí mismo y acotar y disminuir el impacto de las agresiones sexuales sufridas.

Los focos terapéuticos específicos que proponemos son:

- a) Celebrar el sí mismo y el haber sobrevivido rescatando los propios recursos que permitieron eso. Esto implica apropiarse de la identidad y saber que se cuenta con uno mismo, desplegando los propios deseos e iniciativas. Se acepta que en la vida cotidiana se construye una idea del futuro, desarrollando un sentido de la propia autonomía.
- b) Liberarse de la mentalidad de víctima. Esto implica que la capacidad de perdonarse y exonerar a los otros se ha incrementado, a propósito de la reflexión de lo ocurrido². Es decir, se ha colocado la experiencia abusiva como un momento acotado del desarrollo vital. Para esto es crucial chequear que la persona concibe que los resultados terapéuticos positivos se han forjado a través de los propios recursos y a pesar de la experiencia traumática vivida.
- c) Establecer lazos de confianza apropiados. Esto implica que se debe hablar explícitamente de todo aquello que puede favorecer indirectamente establecer una relación potencialmente abusiva. Por ejemplo, esto puede traducirse en estar en condiciones de mantener una mejor

relación de pareja y tener la sensación de control sobre la vivencia de la sexualidad.

- d) Disminuir la intensidad de la relación terapéutica. Esto supone la conversación explícita acerca de la relación y la despedida del terapeuta, con la implicancia de emociones que implica un cierre terapéutico relativamente exitoso.

Criterios de mejoría

Siguiendo lo señalado por Harvey (1990, citado en Arstein, 1999) se proponen algunos criterios para evaluar si existe mejoría respecto de las áreas que frecuentemente se ven afectadas a propósito de haber sufrido agresiones sexuales, las que tal como se ha expuesto derivan en diversos motivos de consulta. Estos criterios serían:

- 1) Que los síntomas que motivaron la consulta se tornen al menos manejables, es decir, que desde la perspectiva del consultante haya un mejoramiento significativo de aquellas áreas afectadas por las consecuencias de la traumatización sexual. Se debe en cualquier caso señalar que puede quedar una susceptibilidad a reaccionar simbóticamente frente a aquello que recuerde el trauma. En tal sentido, se puede construir un acuerdo acerca de en qué situaciones se puede volver a consultar.
- 2) Que se puedan vivenciar las emociones asociadas a la traumatización con un efecto de “memoria de trauma”, esto es, que “cada vez que se recuerda la victimización sexual dicho recuerdo duela menos”. Se establece así un relato de vida en donde el trauma nunca será borrado, pero puede ubicarse en un tiempo y en un espacio aconditado. Lo anterior lleva a percibir y sentir que la situación abusiva se constituye en una experiencia de vida y que las conductas de abuso no son sinónimos de la persona, sino que deben ubicarse como experiencias traumáticas acotadas (Alvarez, 2002).
- 3) Que los recuerdos traumáticos ya no se impongan de manera intempestiva, salvo que se decida examinarlos voluntariamente. De esta manera, la intrusión angustiosa de las vivencias pasadas, ancladas como efecto postraumático,cede ante la posibilidad de examinarlas sin la reacción fisiológica automática y habitual.
- 4) Que exista un mejoramiento de la autoestima que se expresa en un cambio positivo en la autoimagen, lo cual se ve reflejado en un aumento de la competencia personal en diversos ámbitos significativos de la vida personal.
- 5) Que las relaciones interpersonales significativas se conserven y mejoren. Crucial resulta aquí la definición de la relación con el adulto que estaba en posición de proteger, lo cual va a depender intensamente del grado de internalización de la responsabilidad por no haber protegido y de la capacidad consecuente de ésta para

² Para Perrone y Nannini (1997), la condición de éxito terapéutico está menos ligada a la realidad de la reparación que a la de la propia voluntad del sujeto de reclamar lo que se le debe. Por ello, la ausencia del abusador o su negativa a reconocer su falta no son obstáculos para el cumplimiento de este objetivo, el cual es crear en la víctima una fuerte determinación para exigir reparación. Complementando esto, Barudy (1998) sostiene que en ausencia del pedido de perdón o de acciones de reparación, la víctima puede exonerar a su agresor y a los terceros involucrados en el sistema abusivo, de manera de continuar su vida adelante.

reparar el dolor causado. Si esto no ocurre se debe tener una noción de cómo la persona integró y elaboró la desprotección que facilitó las agresiones y si pudo exonerar a las personas para seguir adelante.

Comentarios finales

Si bien no es posible establecer que la agresión sexual infantil sea un factor etiológico único y específico en el desarrollo de trastornos psiquiátricos en la adultez, se ha reportado que existiría una relación manifiesta entre ésta y el desarrollo de morbilidad en salud mental en la vida adulta. En particular, quisiera destacar que se ha sugerido que existe un período crítico en el desarrollo del ser humano en el que la experiencia de trauma puede conllevar cambios neurobiológicos permanentes, que aumentan la posibilidad de desarrollar trastornos de ansiedad y del estado del ánimo como respuesta a la experiencia de otros estresores posteriores en la vida de la persona.

En un ámbito en donde la neurobiología juega un rol fundamental, la psicoterapia individual debe contemplarse como posibilidad cuando en la base de los trastornos de salud mental se encuentra una biografía que incluye trauma. La experiencia de ser reconocido en el sufrimiento devuelto del trauma, el silencio y la falta de protección, puede significar la piedra angular de la reparación del daño y el alivio de los síntomas.

Referencias

- Alvarez, K. (2002). Una comprensión eco-sistémica, co-activa y de trauma en abuso sexual infanto-juvenil intrafamiliar. ¿Es posible? *Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 14(1), 14 - 30.
- Arstein, M. (1999). Terapia de pareja, EMDR y el modelo de Judith Herman para la recuperación de personas afectadas por experiencias traumáticas. *Revista Sistemas Familiares*, 15, 45 - 60.
- Bain, C. & Yáñez, M. (2002). *Carencias que duelen. Servicios para mujeres y niñas afectadas por violencia sexual en Chile*. Santiago de Chile: LOM ediciones.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Barudy, J. (2000). Violencia agresiva y violencia ideológica en la fenomenología humana. En: Vilches, O. (Ed.) *Violencia en la cultura: riesgos y estrategias de intervención* (pp. 11 - 29). Santiago: Ediciones Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
- Barudy, J. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Behar, R. (2000). Trastornos de la alimentación. En: Correa, E. & Jadresic, E. (Eds.) *Psicopatología de la mujer*. Santiago: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.
- Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. Barcelona: Ariel.
- Finkelhor, D. & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *American Journal of orthopsychiatry*, 66 (4), 530 - 541.
- Florenzano, R., Weil, K., Cruz, C., Acuña, J., Fullerton, C., Muñiz, C., Leighton, C. & Marambio, M. (2002). Personalidad límitrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un estudio empírico. *Revista Chilena de Psicología*, 40 (4), 30 - 41.
- Huerta, S., Maric, V. & Navarro, C. (2002). Factores que intervienen en el impacto del abuso incestuoso sobre la víctima. *Terapia Psicológica*, 20 (2), 38-46.
- Jerez, S. (1997). Factores de riesgo psicológico en el trastorno límite de personalidad. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 35, 571 - 577.
- Jiménez, J.P. (1999). ¿Investigación en psicoterapia? Claro que sí. Pero, ¿a quién le interesa? *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, VIII (1), 105 - 116.
- Llanos, M. & Sinclair, C. (2001). Terapia de reparación en víctimas de abuso sexual. Aspectos fundamentales. *Psyche*, 10(2), 53 - 60.
- Marty, C. & Carvajal, C. (2005). Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43 (3), 180 - 187.
- Nader, A. & Boehme, V. (2003). Automutilación: ¿Síntoma o Síndrome? *Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 14 (1), 32 - 37.
- Navarro, C. (1998). *Patrones de vinculación en madres de víctimas de abusos incestuosos: los peligros del vínculo*. Memoria para optar al título de psicólogo, Escuela de Ciencias Sociales, Carrera de Psicología, Universidad de Chile.
- Perrone, R. & Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Perrone, R. (2000). Violencia, abuso y hechizo en la familia, terapia y prevención. En: Vilches, O. (Ed.). *Violencia en la cultura: riesgos y estrategias de intervención* (pp. 41 - 57). Santiago: Ediciones Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
- Post, R. (2004). Visión global de los hallazgos recientes de la Stanley Foundation Bipolar Network (Parte I). *Bipolar Disorders*, edición para Chile, 2 (3), 119 - 129.
- Trucco, M. (2002). Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 40 (2), 8 - 19.
- Vitriol, V. (2005). Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43 (2), 88 - 96.
- Weiss, E., Longhurst, J. & Mazure, C. (1999). Childhood sexual abuse as a risk for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 156 (6), 816 - 828.