

Anna Bruch Granados

Abuso sexual infantil y delitos sexuales en la vida
adulta.

¿Podemos hablar de relación causal?

Trabajo Fin de Grado
dirigido por
Marta Vizcaíno Rakosnik

Universitat Abat Oliba CEU
Facultad de Ciencias Sociales
Grado en Psicología

2017

DECLARACIÓN

El que suscribe declara que el material de este documento, que ahora presento, es fruto de mi propio trabajo. Cualquier ayuda recibida de otros ha sido citada y reconocida dentro de este documento. Hago esta declaración en el conocimiento de que un incumplimiento de las normas relativas a la presentación de trabajos puede llevar a graves consecuencias. Soy consciente de que el documento no será aceptado a menos que esta declaración haya sido entregada junto al mismo.

Firma:
Anna Bruch Granados

Aquellos que no recuerdan el pasado, están condenados a repetirlo.

JORGE SANTAYANA

Resumen

El abuso sexual infantil constituye un grave problema sociocultural que supone una vulneración de los derechos más básicos de los menores y que, en cuanto experiencia temprana traumática, conlleva distintos efectos psicopatológicos pudiendo comprometer el desarrollo de las víctimas. Se aborda la hipótesis de una posible relación causal entre experiencia de víctima y posterior desarrollo hacia agresor, constatando que el hecho de haber sido víctima de abusos en la infancia constituye un factor de riesgo para convertirse en posterior agresor en la vida adulta, sin poder establecer relaciones causales entre ambos hechos. Se evidencian factores amortiguadores y protectores que permiten una adecuada recuperación, crecimiento postraumático positivo, y la ruptura de patrones disfuncionales, enfatizando en la resiliencia psicológica como favorable variable protectora y de intervención en las víctimas.

Palabras clave

Abuso sexual – Trauma temprano – Efectos psicopatológicos – Personalidad – Relación causal – Resiliencia – Crecimiento postraumático

Resum

L'abús sexual infantil constitueix un greu problema sociocultural que suposa una vulneració dels drets més bàsics dels menors i que, pel que fa experiència primerenca traumàtica, comporta diferents efectes psicopatològics podent comprometre el desenvolupament de les víctimes. S'aborda la hipòtesi d'una possible relació causal entre experiència de víctima i posterior desenvolupament cap agressor, constatant que el fet d'haver estat víctima d'abusos en la infància constitueix un factor de risc per a convertir-se en posterior agressor a la vida adulta, sense poder establir relacions causals entre tots dos fets. Es recullen factors amortidors i protectors que permeten una adequada recuperació, creixement posttraumàtic positiu, i la ruptura de patrons disfuncionals, emfatitzant en la resiliència psicològica com a favorable variable protectora i d'intervenció en les víctimes.

Paraules clau

Abús sexual – Trauma primerenc – Efectes psicopatològics – Personalitat – Relació causal – Resiliència – Creixement posttraumàtic

Abstract

Child sexual abuse constitutes a serious socialcultural problem that implies a violation of the most basic rights of minors and, as an early traumatic experience, entails different psychopathological effects that may compromise the development of victims. It addresses the hypothesis of a possible causal relationship between victim experience and later development towards aggressor, noting that the fact of being a victim of abuse in childhood constitutes a risk factor to become a later aggressor in adult life, not being able to establish causal relations between both facts. It also evidences buffering and protective factors that allow adequate recovery, positive post-traumatic growth, and rupture of dysfunctional patterns, emphasizing psychological resilience as a favorable protective variable and intervention in the victims.

Keywords

Sexual abuse – Early trauma – Psychopathological effects – Personality – Causal relationship – Resilience – Posttraumatic growth

Sumario

Introducción	7
1. Marco teórico. Conceptualización y contextualización	9
1.1 Delitos contra la libertad sexual	9
1.2 Agresión sexual y abuso sexual	10
1.3 Estadísticas relativas a los delitos contra la libertad sexual	11
2. Abuso sexual infantil	14
2.1 Tipos de abuso sexual infantil	15
2.2 Fases del abuso sexual infantil	16
3. Perfiles psicológicos y sociales	18
3.1 Perfil de la víctima	18
3.1.1 Factores de riesgo	18
3.2 Perfil del agresor	19
3.2.1 Clasificaciones de los abusadores sexuales infantiles	20
3.2.2 Factores psicológicos y ambientales relacionados	22
4. Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil	24
4.1 Consecuencias psicológicas a corto plazo	24
4.2 Consecuencias psicológicas a largo plazo	28
5. Personalidad y trauma	32
5.1 Trauma temprano y personalidad	33
5.2 Trastornos de personalidad en víctimas ASI	35
6. ¿Podemos hablar de relación causal?	41
6.1 Transmisión intergeneracional de la violencia	41
6.2 Abusos transgeneracionales	43
6.3 Teorías psicodinámicas	45
7. Resiliencia psicológica	47
7.1 Resiliencia psicológica en víctimas de ASI	52
Marco práctico: Informe pericial - Abusos sexuales	56
Conclusiones	69
Bibliografía	72

Introducción

El abuso sexual infantil constituye un grave problema social y cultural. Históricamente se ha estudiado la naturaleza del problema así como sus implicaciones, por conllevar consecuencias dramáticas a nivel individual y social. Sin embargo, se han estudiado poco las tendencias repetitivas de este tipo de conductas así como el crecimiento postraumático de las víctimas, focalizándose sobretodo en la sintomatología psicopatológica.

En el presente trabajo, se pretende abordar el abuso sexual infantil desde una perspectiva psicológica y legal, contemplando el ser humano desde una visión biopsicosocial, en cuanto víctima y en cuanto agresor.

No deja de ser sorprendente los numerosos casos de abusos sexuales en los que aparece reflejada una historia previa en la infancia de los mismos hechos, es por ello, que el presente trabajo pretende ahondar e investigar acerca de la posible relación causal que existe entre haber sido víctima de abusos sexuales en la infancia y la comisión de este tipo de delitos en la vida adulta.

En primer lugar, se abordará el trabajo desde un marco teórico, en el que, se procederá a una revisión acerca de la conceptualización y contextualización sociocultural del problema. Posteriormente se estudiará la naturaleza, tipologías y etiología del abuso sexual infantil, teniendo en cuenta los perfiles psicológicos y sociales de víctima y agresor.

Dado el carácter de trauma que reviste el abuso sexual infantil, se estudiarán las consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil, tanto a corto plazo como a largo plazo. Asimismo, se pretende estudiar la configuración de la personalidad a partir del trauma temprano, como es el caso del abuso sexual infantil, así como los posibles rasgos de la personalidad disfuncionales o trastornos de personalidad en víctimas de este tipo de vulneraciones.

Se abordará la hipótesis del presente trabajo, investigando acerca de una posible relación causal entre la vivencia de abusos sexuales en la infancia y la comisión de este tipo de delitos en la vida adulta, revisando las teorías de transmisión intergeneracional de la violencia, del aprendizaje social, así como las psicodinámicas, aportando una visión ecléctica al fenómeno.

Finalmente, como último punto del marco teórico, se adoptará el enfoque de la resiliencia psicológica, desde la psicología positiva, para explicar los mecanismos que subyacen a una ruptura de los patrones disfuncionales, así como el abordaje e intervención en las víctimas desde el crecimiento positivo postraumático.

En cuanto al marco práctico del presente trabajo, se presentará la realización de un informe pericial versado en un caso real de abusos sexuales, desde la perspectiva del agresor, con una evaluación respecto al perfil psicosocial del mismo, en el que se puede constatar una historia previa de abusos en la infancia, así como las implicaciones psicosociales y legales derivadas del mismo.

1. Marco teórico, conceptualización y contextualización

1. 1 Delitos contra la libertad sexual

Los delitos contra la libertad sexual son aquellos hechos que atentan contra la libertad de elección sexual de la persona, o que promueven la sexualidad en algún sentido cuando el sujeto pasivo (víctima) es menor de la edad de consentimiento estipulada por la ley o incapaz por alguna razón. Están regulados en el Título VIII del Código Penal, titulado "Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales (Lameiras, 2002).

La indemnidad sexual, se relaciona directamente con la necesidad de proteger y garantizar el desarrollo normal en el ámbito sexual de quienes aún no han alcanzado el grado de madurez suficiente para ello, como es el caso de los menores; asimismo de quienes por anomalías psíquicas, carecen de plena capacidad para llegar a tomar conciencia del significado y los hechos que convergen en relación a una relación sexual (Lameiras, 2002).

Entre los delitos regulados y contemplados en el Código Penal vigente (1995) en los artículos 178 y hasta el 194, se encuentran:

- Las agresiones sexuales
- El abuso sexual
- Los abusos y agresiones sexuales a menores de 16 años
- El acoso sexual
- Los delitos de exhibicionismo y provocación sexual
- Los delitos relativos a la prostitución, la explotación sexual y la corrupción de menores.

En el presente trabajo nos centraremos y abordaremos los delitos relativos a la agresión y abuso sexual.

1.2 Agresión sexual y abuso sexual

Según el Código Penal Español (1995), se contemplan dos variedades de las agresiones sexuales, las cuales diferencian un delito del otro:

- Agresión sexual: Hace referencia al atentado contra la libertad sexual de otra persona utilizando violencia, la intimidación o el engaño (en este último caso sólo si la víctima tiene entre 12 y 16 años de edad). Comúnmente denominado violación. El delito se caracteriza porque en él existe “acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o introducción de objetos”.
- Abuso sexual: Al igual que la agresión sexual, también se contempla “el acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objeto por alguna de las dos primeras vías”.

Este tipo de delito es el más frecuente en relación a los menores de edad, y la diferencia principal resulta en que no se usa la violencia pero sí el engaño.

La diferencia principal, pues, radica en que en las agresiones sexuales se utiliza la violencia o intimidación, mientras que en los abusos sexuales se utiliza el engaño, normalmente dadas las condiciones de las víctimas, que por ejemplo, en el caso de ser menores de edad, son más susceptibles a cualquier tipo de manipulación, por todo ello hablamos del abuso sexual infantil (Lameiras, 2002).

En términos de jurisprudencia y sentencias, tal y como reza el Código Penal (1995) en los artículos 178 hasta el 194, los delitos contra la libertad sexual serán penados con penas de prisión entre uno y quince años atendiendo a las circunstancias en las que concurra el delito. Así pues, se contemplan distintos agravantes de la pena, en los cuales encontramos el abuso sexual, por ser la víctima especialmente vulnerable por razón de su edad y situación, así como la situación de parentesco o relaciones incestuosas, factores relativamente comunes en el abuso sexual infantil.

Son circunstancias que incrementan las penas que impone el Código Penal (1995), las siguientes:

- Cuando la víctima sea una persona especialmente vulnerable por razón de su edad, enfermedad o situación

- Cuando la violencia o intimidación reviste un carácter especialmente degradante o vejatoria
- Cuando los hechos se cometan por tres o más personas actuando en grupo
- Cuando el delito se cometa prevaleciendo el autor de su situación de parentesco por ascendiente, descendiente o hermano, por naturaleza, por adopción o afines a la víctima
- Cuando el autor haga uso de medios especialmente peligrosos susceptibles de producir la muerte o lesiones

1.3 Estadísticas relativas a los delitos contra la libertad sexual

En el contexto del marco nacional Español, según el Anuario Estadístico del Ministerio del Interior, se refleja un descenso a nivel general de las detenciones e imputaciones relacionadas con los delitos contra la libertad sexual.

		2015	2014	2013	2012	2011
% Mujeres	TOTAL	4,77	6,24	6,94	6,24	6,01
	AGRESIÓN SEXUAL CON PENETRACIÓN	1,68	1,29	1,74	1,59	1,01
	CORRUPCIÓN DE MENORES O INCAPACITADOS	8,50	10,27	10,41	13,13	12,21
	PORNOGRAFÍA DE MENORES	3,30	5,49	8,51	3,45	4,50
	OTROS CONTRA LA LIBERTAD E INDEMNIDAD SEXUAL	5,18	6,93	7,61	7,10	6,88
Ambos sexos	TOTAL	5.280	5.382	5.142	5.543	5.920
	AGRESIÓN SEXUAL CON PENETRACIÓN	654	698	747	754	889
	CORRUPCIÓN DE MENORES O INCAPACITADOS	294	263	221	198	213
	PORNOGRAFÍA DE MENORES	455	437	376	493	444
	OTROS CONTRA LA LIBERTAD E INDEMNIDAD SEXUAL	3.877	3.984	3.798	4.098	4.374
Mujeres	TOTAL	252	336	357	346	356
	AGRESIÓN SEXUAL CON PENETRACIÓN	11	9	13	12	9
	CORRUPCIÓN DE MENORES O INCAPACITADOS	25	27	23	26	26
	PORNOGRAFÍA DE MENORES	15	24	32	17	20
	OTROS CONTRA LA LIBERTAD E INDEMNIDAD SEXUAL	201	276	289	291	301
Varones	TOTAL	5.028	5.046	4.785	5.197	5.564
	AGRESIÓN SEXUAL CON PENETRACIÓN	643	689	734	742	880
	CORRUPCIÓN DE MENORES O INCAPACITADOS	269	236	198	172	187
	PORNOGRAFÍA DE MENORES	440	413	344	476	424
	OTROS CONTRA LA LIBERTAD E INDEMNIDAD SEXUAL	3.676	3.708	3.509	3.807	4.073

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016)

Por otra parte, también se refleja un descenso general en el número de victimizaciones, referidas al número de hechos denunciados por personas en los cuales se manifiestan ser víctimas o perjudicados con ocasión de alguna infracción penal; se diferencia del concepto de víctima, ya que éste determina a personas individuales.

		DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL. VICTIMIZACIONES				
		2015	2014	2013	2012	2011
% Mujeres	TOTAL	84,14	83,89	84,01	86,16	86,62
	AGRESIÓN SEXUAL CON PENETRACIÓN	90,98	91,22	91,19	92,58	93,83
	CORRUPCIÓN DE MENORES O INCAPACITADOS	69,51	58,32	59,20	68,20	61,77
	PORNOGRAFÍA DE MENORES	50,81	61,93	62,78	52,81	47,12
	OTROS CONTRA LA LIBERTAD E INDEMNIDAD SEXUAL	85,24	85,47	85,08	86,54	87,16
Ambos sexos	TOTAL	8.125	8.303	7.830	7.889	8.597
	AGRESIÓN SEXUAL CON PENETRACIÓN	909	889	999	1.000	1.168
	CORRUPCIÓN DE MENORES O INCAPACITADOS	502	506	407	327	335
	PORNOGRAFÍA DE MENORES	185	199	181	89	109
	OTROS CONTRA LA LIBERTAD E INDEMNIDAD SEXUAL	6.529	6.709	6.243	6.473	6.985
Mujeres	TOTAL	6.823	6.951	6.569	6.787	7.423
	AGRESIÓN SEXUAL CON PENETRACIÓN	827	810	911	923	1.094
	CORRUPCIÓN DE MENORES O INCAPACITADOS	342	291	238	223	202
	PORNOGRAFÍA DE MENORES	94	122	113	47	49
	OTROS CONTRA LA LIBERTAD E INDEMNIDAD SEXUAL	5.560	5.728	5.307	5.594	6.078
Varones	TOTAL	1.286	1.335	1.250	1.090	1.147
	AGRESIÓN SEXUAL CON PENETRACIÓN	82	78	88	74	72
	CORRUPCIÓN DE MENORES O INCAPACITADOS	150	208	164	104	125
	PORNOGRAFÍA DE MENORES	91	75	67	42	55
	OTROS CONTRA LA LIBERTAD E INDEMNIDAD SEXUAL	963	974	931	870	895

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016)

En la categoría “Otros delitos contra la libertad e indemnidad sexual” se incluyen los delitos de agresión sexual, abuso sexual (con y sin penetración), acoso sexual, delitos de contacto mediante tecnología con menores de 13 años con fines sexuales, exhibicionismo, provocación sexual y relativos a la prostitución.

Se constata un descenso general, en nuestro contexto socio-cultural, de la incidencia de delitos contra la libertad sexual así como en el delito específico que nos ocupa, que son los abusos sexuales infantiles, a pesar de ello, nos encontramos ante unas cifras elevadas que nos llevan a asumir la existencia de un grave problema social (López, 1997; Pereda, 2010).

Para concluir la contextualización del presente trabajo, señalaremos, que, la comisión de un delito contra la libertad sexual, como es el abuso sexual infantil, conlleva no solamente unas implicaciones legales derivadas del propio delito, sino que se trata de una problemática muy compleja en el que convergen múltiples

factores derivados del atentado contra la libertad, la dignidad, y la intimidad de una víctima como es un niño o niña menor de edad, y en la que, el hecho de sufrir un trauma de tal magnitud en dicho período de la vida, y sus consecuencias, podrán influir, en menor o mayor grado, en su desarrollo y funcionalidad en la vida adulta.

2. Abuso sexual infantil

El abuso sexual infantil (ASI) se refiere a cualquier conducta sexual mantenida entre dos personas (al menos, una de ellas, menor), entre las que existe una situación de desigualdad, ya sea por razones de edad o de poder, y en la que el menor es utilizado para la estimulación sexual de la otra persona. Más que la diferencia de edad, factor, sin duda, fundamental que distorsiona toda posibilidad de relación libremente consentida, lo que define el abuso es la asimetría entre los implicados en la relación y la presencia de coacción –explícita o implícita- (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005).

El concepto clave para entender la magnitud de gravedad del ASI es, teniendo en cuenta la situación de desigualdad que existe, la existencia de la coacción, manipulación, engaño y violación de la libertad de la víctima, que a su vez, es menor de edad (Sanmartín, 2005).

El ASI se caracteriza por la ausencia de violencia e intimidación, y por la inexistencia de consentimiento o presencia de consentimiento viciado en un acto que atenta contra la libertad o indemnidad sexual del menor (Aguilar, 2009).

Las conductas abusivas, incluyen un contacto físico (genital, anal o bucal), o suponen una utilización del menor como objeto de estimulación sexual del agresor (exhibicionismo o voyeurismo), o incluso de terceras personas, como cuando se utiliza un niño para la producción de pornografía (Mandansky, 1996 citado en Sanmartín, 2005).

El abuso sexual infantil, al igual que los otros delitos contra la libertad sexual, atentan contra la esfera más íntima de la persona, y por ende, a su dignidad. En el caso del ASI, merece una especial mención en el Código Penal, tipificado como agravantes del delito, por ser la víctima una persona especialmente vulnerable por razón de su edad y situación. A su vez, también se tipifican como agravantes los hechos de relaciones incestuosas o concurrencia de parentesco en el delito sexual, estos hechos pueden darse en el ASI con cierta frecuencia (Lameiras, 2002).

Resulta complicado determinar la incidencia real de este problema en la población general ya que habitualmente ocurre en un entorno privado (la familia) y los menores pueden sentirse impotentes para revelar el abuso (Echeburúa y Guerricaecheverría, 2005).

López (1995), realizó un estudio sobre abusos sexuales infantiles en España, en el que se refieren un 18'9% de abusos sexuales en una muestra de 2000 personas, un

15'2% de niños víctimas de ASI, y un 22'7% niñas víctimas de ASI. A su vez, se refiere que en el 44% de los casos de abuso no se limita a un acto aislado, sino repetidos en el tiempo. En referencia al marco internacional, los resultados son similares, por ejemplo, en EEUU, Finkelhor (1994) con un estudio internacional con la participación de 21 países, se refieren unos porcentajes de 10% niños víctimas de ASI y 20% niñas víctimas de ASI (Sanmartín, 2005).

Las víctimas, suelen ser más frecuentemente niñas (58'9%) que niños (40'1%) y estar situadas en una franja de edad entre los 6 y 12 años, aunque predomina una mayor proximidad a la pubertad. Hay un mayor número de niñas en el abuso intrafamiliar (incesto), con una edad de inicio anterior (7-8 años), y un mayor número de niños en el abuso extrafamiliar (pedofilia) con una edad de inicio posterior (11-12 años) (Vázquez, 1997, citado en Sanmartín 2005).

Los agresores, son generalmente, varones de mediana edad, y con frecuencia resultan ser familiares o conocidos del niño (Mandansky, 1996, citado en Sanmartín 2005).

Frente a estos reportes de incidencias, cabe destacar, que tan sólo una parte de los abusos sexuales infantiles llegan a ser detectados o denunciados, por lo que probablemente nos enfrentemos a una cifra mucho mayor, la cual nos lleva a un verdadero problema y alarma social, en el que, las víctimas son niños (Echeburúa, 1998).

2.1 Tipos de abusos sexuales infantiles

Debido a la amplia presentación del problema, cabe destacar, que no todos los abusos sexuales son iguales ni afectan del mismo modo a la integridad psicológica de la víctima (Vázquez, 1997 citado en Sanmartín 2005).

Podemos diferenciar una doble tipología del ASI en función de si existe contacto físico o no (Echeburúa, 1998):

- Sin contacto físico: exhibicionismo, masturbación delante del menor, observación del menor desnudo, narración o proyección al menor de historias o proyecciones con contenido erótico o pornográfico, etc.

- Con contacto físico: Caricias, besos, tocamientos, masturbación, contactos buco-genitales, penetración.

Resulta evidente que aquellos abusos sexuales en los que exista contacto físico revestirán mayor importancia y conllevarán más consecuencias para las víctimas.

En cuanto al agresor, en unos casos el ASI, puede ser cometido por familiares (padres, hermanos mayores) en el que se habla de incesto, o por personas relacionadas con la víctima (profesores, monitores, etc), en otros casos, los agresores son desconocidos (Echeburúa y Guerricaecheverría 1998, citados en Sanmartín, 2005).

Herman y Russell (1981, citados en Sanmartín 2005), señalan, que alrededor de un 20% de los casos denunciados de ASI hacen referencia a un contacto incestuoso padre-hija. Resulta esencial señalar, que éstos tipos de abuso son los más traumáticos porque conllevan una destrucción y disociación de los vínculos afectivos más básicos. Al existir una vinculación afectiva y de apego con la figura punitiva, se derivan unas consecuencias mucho más traumáticas para la víctima.

2.2 Fases de los abusos sexuales infantiles

Tal y como se ha señalado anteriormente, en los abusos sexuales infantiles, no suelen darse conductas violentas asociadas, ni la imposición de la violencia. Frecuentemente se utiliza el engaño y la manipulación del menor, por lo que, el agresor, no actúa de un modo igual en el que se actúa en un delito de agresión sexual (con violencia e impulsividad), sino que se valdrá de un paulatino acercamiento y vinculación a la víctima, y el abuso se dará en distintas fases (Guerricaecheverría, 2005).

Sgroi (1982, citado en Baita y Moreno 2005), así como otros autores, describen el abuso sexual en etapas bien diferenciadas:

1. Fase de atracción o preparación: En esta primera fase se produce el acceso a la víctima así como el establecimiento de una relación de confianza y proximidad de la que se vale el agresor para manipular a la víctima menor. El agresor suele valerse de estrategias como juegos, favoritismos, premios, para vincularse estrechamente con la víctima.
2. Fase de interacción sexual abusiva: En esta fase empiezan las primeras interacciones abusivas. Inicialmente los contactos suelen ser fugaces y con poco nivel de intrusividad, y con el tiempo, pueden progresar a un mayor nivel de contacto y abuso. En algunos casos, puede darse la evolución al coito vaginal, que puede ser más tardío. Saldaña (1995, citado en Sanmartín 2005), afirma que el coito es mucho

menos frecuente que el resto de actos abusivos. Aún así, cuando la penetración tiene lugar en niños muy pequeños, suele resultar traumática por la desproporción anatómica y producir lesiones físicas en las víctimas (Sanmartín, 2005).

3. Fase del secreto: En esta etapa cobra fuerza un componente fundamental del ASI, la instauración del secreto. El secreto sella el pacto de silencio que necesita el agresor para poder continuar con su conducta. A su vez, es uno de los motivos que impiden a las víctimas revelar el abuso. El agresor utiliza estrategias de manipulación, de convicción hacia la víctima, de relativización o incluso de amenazas implícitas o explícitas.

4. Finalización el abuso: El ASI puede finalizar por revelación de la víctima o por otras circunstancias. Sanmartín (2005) refiere que sólo el 50% de los casos los niños revelan el abuso, únicamente un 15% se denuncia a las autoridades y tan sólo el 5% se encuentran envueltos en procesos judiciales.

Cabe destacar que, con mucha frecuencia, las conductas abusivas tienden a mantenerse en secreto. Y sólo una parte de los abusos son detectados y denunciados. En concreto, en referencia al ASI familiar, sólo un 2% de los casos se conocen al mismo tiempo que ocurren (Sanmartín, 2005).

Posteriormente a la finalización del abuso, pueden darse otras fases de revelación del abuso y reacciones a esas develaciones.

El descubrimiento del abuso suele tener lugar bastante tiempo después de los primeros incidentes (meses o años). Al contar los menores con muchas limitaciones para denunciar los abusos y no presentar habitualmente manifestaciones físicas inequívocas, es probable que los ASI queden más fácilmente impunes (Echeburúa y Guerricaecheverría, 2000).

3. Perfiles psicológicos y sociales

Existe un amplio conjunto de variables relacionadas con la existencia del abuso sexual infantil. Tanto la víctima como el agresor poseen ciertas características, factores de riesgo o predisponentes para llevar a cabo o sufrir un ASI (Echeburúa y Guerricaecheverría, 2000). Para una mayor proximidad a la naturaleza del problema del ASI y a los múltiples factores que convergen en este tipo de abusos, establecemos un perfil diferencial psicológico y sociocultural de la víctima y del agresor.

3.1 Perfil de la víctima

Vázquez y Calle (1997, citados en Sanmartín 2005), así como otros estudios, exponen que las víctimas de ASI suelen ser más frecuentemente niñas (58'9%) que niños (40'1%), y están situadas en una franja de edad entre los 6 y 12 años, aunque predomina una mayor proximidad a la pubertad, en las que empiezan a aparecer las muestras de desarrollo sexual. Respecto a los niños, se suelen situar en una franja de edad entre los 11 y 12 años.

Cabe destacar también, que las niñas suelen sufrir más los abusos sexuales del tipo intrafamiliar (incestos), mientras que los niños del tipo extrafamiliar (pedofilia).

Resulta complicado determinar un perfil para la víctima, pues nos encontramos ante multitud de factores que pueden darse ante un ASI. Existen distintos factores de riesgo que hacen referencia a circunstancias de diverso tipo que favorecen la existencia de un abuso sexual (Sanmartín, 2005).

3.1.1 Factores de riesgo

Echeburúa y Guerricaecheverría (2000), exponen distintos grupos de factores de riesgo en relación a las víctimas de abuso sexual infantil y su situación socio-cultural:

- Factores personales: Ser niña (mujer), niño o niña introvertido, con algún tipo de discapacidad o retraso en el desarrollo, con una capacidad reducida para resistirse o revelarlo, aislado socialmente, carentes de afecto.
- Factores familiares: Familias desestructuradas, reorganizadas, monoparentales, familias en las que exista malos tratos, violencia intrafamiliar, problemas conyugales, padres negligentes, psicopatología de los padres, abuso de alcohol y/o tóxicos por parte de los padres, ausencia de

padres biológicos, incapacidad o enfermedad de la madre, familias con historias de abusos transgeneracionales.

- Factores socioculturales: Pobreza, desempleo de los padres, legitimización de la violencia, aislamiento social, escasa integración social.

El hecho de que el niño se encuentre en una situación de riesgo tiene que ver con una mayor probabilidad de sufrir abusos sexuales (Finkelhor 1996, citado en Sanmartín 2005; Echeburúa y Guerricaecheverría, 2000); pero no se trata de una determinación causal. En cada ASI pueden darse diversos factores no siempre relacionados entre sí.

3.2 Perfil del agresor

Contrariamente a lo que se cree, no existe un único tipo de perfil determinado en relación a los abusadores sexuales infantiles. Encontramos características y factores asociados que pueden acercarnos de una forma más clara el perfil general del abusador. Ante un fenómeno tan complejo y multicausal, reducir la figura del abusador a un simple perfil, implica simplificar en exceso la temática (González, Martínez, Leyton y Bardi, 2004).

En cuanto al sexo y edad, el perfil dominante suele ser un varón (entre un 90 y un 95'5% de los casos), con un perfil heterosexual y de mediana edad (entre los 30 y los 50 años). En el caso de las mujeres, este tipo de actos abusivos es mucho menos frecuente (5-10%) (Echeburúa y Guerricaecheverría, 2000).

En relación a la proximidad de la víctima, entre el 65 y 85% de los agresores suelen ser familiares (padres, hermanos, tíos) o allegados de la víctima (profesores, vecinos), lo que les permite un fácil acceso al niño, con quien suelen tener una relación de confianza anterior al incidente sexual. En estos casos, las situaciones del abuso suelen ser más duraderas y no suelen darse conductas violentas asociadas (Echeburúa y Guerricaecheverría, 2000). De éstas, las relaciones incestuosas-padre hija (en torno al 20% de los casos), resultan ser las más traumáticas, por la disolución de los vínculos afectivos y la vinculación a la figura punitiva.

En otros casos (del 15 al 35%), los agresores son completos desconocidos, éstos menos frecuentes, y en estos casos, los abusos se dan de una forma más aisladas y

pueden estar ligados a amenazas o conductas más violentas (Echeburúa y Guerricaecheverría, 2000).

Aún así, no llegan a darse habitualmente conductas violentas, ya que los factores que suelen ponerla en marcha (resistencia física y capacidad para reconocer al agresor) no suelen estar presentes a causa de la edad del menor (Echeburúa y Guerricaecheverría, 2005).

3.2.1 Clasificaciones de los abusadores sexuales infantiles

A pesar de que los abusadores sexuales no constituyen un grupo homogéneo, resulta interesante mencionar dos clasificaciones que nos ayudan a acercarnos mejor al perfil del abusador.

González et al (2004), proponen una clasificación según las inclinaciones sexuales de los abusadores:

- Abusadores extrafamiliares o pedófilos: Sus impulsos, intereses y fantasías sexuales están centrados en niños y/o niñas. Pueden ser de tipo exclusivo (interés solamente en niños) o no exclusivo (indistintamente, niños y adultos). La atracción del niño normalmente es indiscriminada respecto hacia el sexo, es decir, se interesan tanto en niños como en niñas. Son individuos más bien solitarios, con marcadas dificultades sociales y de adaptación. A su vez, no manifiestan haber tenido relaciones sexuales adultas exitosas, por lo que las relaciones con el sexo opuesto suelen ser dificultosas.
- Abusadores intrafamiliares, endogámicos o incestuosos: Dirigen sus intereses sexuales preferentemente hacia las niñas de sus familias. No suelen presentar problemas en relacionarse con el sexo opuesto, se encuentran mejor integrados en la sociedad, con una buena adaptación en general y pueden gozar de una reputación intachable.

Echeburúa y Guerricaecheverría (2000), señalan otra clasificación según el estilo del abuso y factores asociados al agresor que concuerda y se complementa con la anterior:

- Abusadores primarios o pedófilos: Se trata de sujetos con una orientación sexual dirigida primariamente a niños, sin apenas interés por los adultos, y con conductas impulsivas no mediatizadas por situaciones de estrés.

Generalmente poseen un campo limitado de intereses y actividades, lo cual les lleva a menudo a una existencia solitaria. Pueden contar con ciertas estrategias de atracción hacia los niños, así como, simpatía personal, comportamientos infantiles, sintonía con los intereses de los niños, entrega de regalos, etc.

Desde una perspectiva cognitiva, los pedófilos consideran sus conductas sexuales apropiadas y las planifican con antelación. Son frecuentes en estos casos algunas distorsiones cognitivas, como atribuir la conducta a la seducción de los menores o considerar que este tipo de comportamientos son una forma de educación sexual adecuada para los niños. Por ello, no presentan sentimientos reales de culpa o vergüenza por conductas abusivas.

Los pedófilos primarios pueden mostrar una fobia o rechazo al sexo en las relaciones con mujeres e incluso una cierta aversión a las características sexuales secundarias de las mujeres adultas.

Los niños, al no «exigir» condiciones completas de virilidad y potencia en la relación, «permiten» al pedófilo realizar un tipo de acto sexual pobre e incompleto. Estos elementos autoafirman al agresor en una supuesta hipersexualidad, que, sin embargo, es primaria y regresiva (García-Andrade, 1994, citado en Echeburúa y Guerricaecheverría 2000).

- Abusadores secundarios o situacionales: Son personas que tienen contactos sexuales aislados con niños, y éstos son reflejo de una situación de soledad o estrés. Las conductas habituales de estos sujetos son relaciones sexuales con adultos, normalmente heterosexuales, aunque suelen aparecer alteraciones en el curso de éstas relacionadas con disfunciones sexuales, tensiones y conflictos. A nivel cognitivo, suelen percibir este tipo de conductas como anómalas y las ejecutan de forma episódica e impulsiva más que de un modo premeditado y persistente. No es por ello infrecuente la aparición posterior de intensos sentimientos de culpa y vergüenza.

Por otra parte, es interesante señalar, que la pedofilia aparece en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (2014) clasificada como una parafilia y trastorno parafilico, designando la existencia de un trastorno sexológico y/o psiquiátrico. En concreto, se define la pedofilia como “la excitación sexual intensa y recurrente derivada de fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos que implican la actividad sexual con uno o más niños prepúberes

(generalmente menores de 13 años)". Se indica que el individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables o bien los deseos y fantasías causan un malestar importante o problemas interpersonales. Se incorpora en el manual (DSM-5), la clasificación con distinción entre pedófilo de tipo exclusivo (interés sexual solamente por niños) o no exclusivo (interés sexual por adultos y niños).

3.2.2 Factores psicológicos y ambientales relacionados. Modelos explicativos

Es importante tener en cuenta la doble tipología de abusadores sexuales infantiles, a la hora de comprender mejor el origen de sus conductas y los factores que median ante un ASI.

En el caso de los abusadores primarios, suelen existir distorsiones cognitivas, que actúan como elementos desinhibidores importantes en los abusos sexuales infantiles (Echeburúa, 1998). Estas distorsiones cognitivas explicarían la percepción de la conducta del abuso como adecuada, planificada y con ausencia de remordimientos.

Finkelhor (1986, citado en Echeburúa 1998) destacan algunas de estas distorsiones cognitivas por ser las más frecuentes:

- Las caricias sexuales no son en realidad sexo y por ello no se hace ningún mal
- Los niños no lo cuentan debido a que les gusta el sexo
- El sexo mejora la relación con el niño
- Los contactos sexuales son una muestra de cariño
- El sexo práctico es una buena manera de instruirlos sobre el sexo
- Cuando los niños preguntan sobre el sexo significa que desean experimentarlo
- La falta de resistencia física significa que el niño desea el contacto sexual

El origen de esta tendencia anómala puede estar relacionado con el aprendizaje de actitudes extremas negativas hacia la sexualidad o con el abuso sexual sufrido en la infancia, así como con sentimientos de inferioridad o con la incapacidad para establecer relaciones sociales y heterosexuales normales (Guerricaecheverría, 2005).

En el caso de los abusadores secundarios, suelen ser conductas más aisladas, en las que los abusadores suelen percibir sus conductas como inapropiadas y con posteriores muestras de arrepentimiento.

Se trata de conductas no planificadas y más impulsivas, en las que la soledad y situaciones de estrés, así como el consumo excesivo de alcohol y drogas, pueden intensificar, a modo de desencadenantes, este tipos de conductas (Echeburúa y Guerricaecheverría, 2000). Las conductas de abuso pueden ser un medio de compensar la autoestima deficiente del sujeto o de dar rienda suelta a una hostilidad que no puede liberarse por otras vías.

Finkelhor (1986, citado en Echeburúa 1998), formula un modelo explicativo que incluye cuatro procesos complementarios que actuarían en combinaciones diversas para propiciar el interés sexual sobre los niños:

- 1) Congruencia emocional: Los varones (abusadores) están socializados para dominar, así, los niños les resultan atractivos debido a su baja capacidad de dominación.
- 2) Excitación sexual: Los niños resultan sexualmente atractivos (excitantes) debido a la experiencia personal de los abusadores, modelos o pornografía en tal sentido.
- 3) Bloqueo: Existen problemas para las relaciones adultas con mujeres. Por ello los niños son una alternativa sexual.
- 4) Desinhibición: Los individuos se desinhiben para este tipo de conductas con el uso de alcohol, drogas o distorsiones cognitivas.

En ambas tipologías de abusadores, podemos observar y concluir que a nivel de psicopatología, existen severas deficiencias psicosociales relacionadas con la inmadurez, el neuroticismo, la baja autoestima, depresión, ansiedad, incompetencia social, impulsividad y actitudes disfuncionales y anómalas hacia el sexo (Echeburúa, 1998; Echeburúa y Guerricaecheverría, 2000; González et al, 2004; Cortés, Cantón y Cantón 2011).

Por otra parte, puede darse comorbilidad entre estos rasgos psicopatológicos y la presencia de trastornos de personalidad, otros autores (Echeburúa, 1998; Pereda 2010; Pereda, Gallardo y Padilla 2011) señalan la presencia de trastornos de la personalidad antisocial, trastorno límite y antisocial, trastorno límite y por dependencia, así como rasgos de la personalidad psicopatológicos como el paranoide, límite, narcisista o dependiente, entre otros.

En la causa de estas deficiencias y conductas anormales, podemos encontrar la influencia de experiencias tempranas anómalas así como situaciones familiares o

pautas de crianza inadecuadas, en las que parece tener una importancia muy relevante la carencia de cuidados parentales o experiencias de maltrato y/o abuso en la infancia en el núcleo familiar, tales como el ciclo de abuso que parece mostrar una tendencia a repetirse de generación en generación, incluyendo todas las formas del mismo (Guerricaecheverría, 2005; González et al, 2004). Ello resulta ser un factor crucial para estudiar la posible transmisión intergeneracional de la violencia en todas las formas, incluyendo el ASI.

4. Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil

Resulta evidente que el abuso sexual infantil es una experiencia de carácter traumático que comporta una serie de consecuencias, reacciones y efectos psicopatológicos en sus víctimas.

Cabe hacer una distinción entre unas consecuencias psicológicas a corto plazo, que hacen referencia a un daño psíquico agudo y ligado a un período más reciente relativo al hecho traumático vivido, que suelen remitir con el paso del tiempo. Por otra parte, las consecuencias a largo plazo (dos años siguientes al abuso), hacen referencia a un daño crónico o estabilización del daño psíquico, en las que resulta más probable la afectación de la capacidad de afrontamiento y adaptación de la víctima en relación a su personalidad y funcionamiento (Echeburúa y Corral, 2005).

4.1 Consecuencias psicológicas a corto plazo del ASI

Aproximadamente un 70% de las víctimas de ASI presentan un cuadro clínico a corto plazo. No existe un único síndrome específico ligado a la experiencia de ASI, dado que cada individuo experimenta el hecho de un modo distinto, y a su vez, cada caso de abuso es distinto a otro. Aún así, Jumper (1995, citado en Sanmartín, 2005) refiere que la afectación y malestar suele continuar en la vida adulta si no reciben un tratamiento psicológico adecuado.

En general, las niñas tienden a presentar reacciones ansioso-depresivas, somatización y sintomatología de tipo internalizante, mientras que los niños tienden a manifestar sintomatología de tipo externalizante como dificultades inespecíficas de socialización y problemas de la conducta, incluyendo comportamientos sexuales agresivos (Echeburúa y Guerricaecheverría, 1998, citado en Sanmartín, 2005).

Los distintos estudios llevados a cabo con víctimas de ASI, (Echeburúa et al, 1995, 1998, 2000; Finkelhor, 1986, citados en Sanmartín 2005) coinciden, en su gran mayoría, a la hora de señalar los principales efectos inmediatos, que van ligados a respuestas más o menos desadaptativas en relación al hecho traumático experimentado. Se recogen en la siguiente tabla, según el periodo evolutivo en el que se encuentre la víctima:

Tipos de efectos	Síntomas	Periodo evolutivo
Emocionales	<ul style="list-style-type: none"> - Miedo generalizado - Culpa y vergüenza - Depresión y ansiedad - Hostilidad y agresividad - Baja autoestima y sentimientos de estigmatización - Desconfianza y rencor hacia los adultos - Rechazo del propio cuerpo - Trastorno de Estrés Postraumático 	<ul style="list-style-type: none"> - Infancia - Infancia y adolescencia
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de control de esfínteres - Desórdenes conducta internalizantes/externalizantes - Hiperactividad - Cambio en los hábitos de comida - Pesadillas - Problemas aprendizaje - Sintomatología disociativa - Conductas autolesivas o suicidas - Consumo de alcohol o drogas 	<ul style="list-style-type: none"> - Infancia - Infancia - Infancia - Infancia y adolescencia - Infancia y adolescencia - Infancia y adolescencia - Infancia y adolescencia - Adolescencia - Adolescencia
Sexuales	<ul style="list-style-type: none"> - Conductas exhibicionistas - Excesiva curiosidad sexual - Conocimiento sexual precoz inapropiado para su edad - Masturbación compulsiva - Problemas de identidad sexual 	<ul style="list-style-type: none"> - Infancia - Infancia y adolescencia - Infancia y adolescencia - Infancia y adolescencia - Adolescencia
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Déficit en habilidades sociales - Retraimiento social - Conductas antisociales 	<ul style="list-style-type: none"> - Infancia - Infancia y adolescencia - Adolescencia

Fuente: Adaptado de Echeburúa y Guerricaecheverría (2005)

Cabe destacar, entre los efectos psicopatológicos citados, la existencia de un número relevante de víctimas que experimentan un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), puesto que el ASI reviste una categoría de trauma e impacto psicológico desmesurado para las víctimas.

El TEPT, en el caso del ASI, según refieren Echeburúa et al (1998, citados en Sanmartín, 2005) y Arboleda, Cantón y Cantón (2011), cumple los requisitos de trauma exigidos por el DSM-5, para el diagnóstico de este cuadro clínico y genera en

la mayoría de sus víctimas los síntomas característicos de dicho trastorno: pensamientos o síntomas intrusivos, evitación de estímulos relacionados con el abuso, alteraciones negativas cognitivas y del estado del ánimo e hiperactivación fisiológica. El trastorno incluye, además, miedo, ansiedad, depresión y sentimientos de culpa, pudiendo presentar reacciones disociativas. A diferencia de los adultos, en la infancia este cuadro clínico puede adoptar la forma de un comportamiento desestructurado o agitado y presentarse con síntomas físicos. Es por ello que es muy frecuente la aparición de un cuadro de TEPT secundario a un ASI.

Sin embargo, según Finkelhor (1998) y otros autores, Vázquez y Calle (1997, citados en Sanmartín 2005), el modelo del TEPT presenta algunas limitaciones en el ASI, ya que sólo se puede aplicar a algunas víctimas, no permite explicar de una forma clara la relación existente entre el suceso traumático y todos los síntomas que se presentan, al no referirse el modelo explícitamente a las fases del desarrollo, y por último, no recoge todos los síntomas, especialmente los relacionados con las dimensiones cognitivas y atencionales que aparecen con mayor frecuencia en este tipo de víctimas.

Es por ello, que Finkelhor (1998, citado en Sanmartín 2005), propone, a modo de alternativa, el modelo de dinámica traumatogénica, que es más específico en el caso de los ASI. Expone cuatro razones explicativas del impacto psicológico, que constituyen la causa principal del trauma al distorsionar el autoconcepto, la visión del mundo y las capacidades afectivas de la víctima. Estos factores se relacionan a su vez, con el desarrollo por parte del niño de un estilo de afrontamiento inadecuado y el surgimiento de problemas de conducta. Las cuatro variables del modelo traumatogénico de Finkelhor (1998, citado en Sanmartín) son:

1) Sexualización traumática: Hace referencia a la interferencia del ASI en el desarrollo sexual normal del niño. Éste aprende a usar determinadas conductas sexuales como estrategia, adquiere aprendizajes deformados de la importancia y significado de la conducta sexual, así como concepciones erróneas de la sexualidad y la moral sexual, pueden darse aversión a la intimidad, conductas sexuales compulsivas y disfunciones sexuales.

2) Pérdida de confianza: Que puede no sólo centrarse en el agresor, sino generalizarse a las relaciones con el resto de la familia o incluso ampliarse a otras personas. Podrán darse conductas depresivas y de aislamiento, o de extrema dependencia o posibles revictimizaciones ya en la vida adulta.

- 3) Indefensión: Se traduce en una creencia en el niño de no saber cómo reaccionar ante las situaciones y de tener poco control sobre sí mismo y sobre cuanto le sucede. Provoca una sensación de impotencia y temor hacia el futuro, provocando actitudes pasivas, poco asertivas y de retraimiento, asociados a cuadros de ansiedad y temores.
- 4) Estigmatización: Es sentida como culpa, vergüenza, pérdida de valor, etc. Esta serie de connotaciones negativas se incorporan a la autoimagen del niño, influyendo en una baja autoestima, aislamiento o autoagresiones.

Por último, es interesante señalar, un síndrome relacionado con el ASI, descrito por el psiquiatra infantil Ronald Summit (1992, citado en Villanueva 2013) como el Síndrome de Acomodación al Abuso sexual Infantil. Éste síndrome incluye cinco fases en las que el ASI puede desarrollarse, con mayor frecuencia en abusos del tipo incestuoso o intrafamiliar. Las dos primeras fases hacen referencia a la vulnerabilidad básica del niño y las siguientes son secuencialmente contingentes al abuso sexual infantil (Villanueva, 2013):

- 1) Secreto: El secreto se constituye en una de las precondiciones del abuso por medio de la manipulación de los agresores, los cuales dotan al secreto de una doble fuente: temor y seguridad.
- 2) Desprotección e impotencia: Los niños víctimas de ASI desarrollan un sentimiento de indefensión aprendida, puesto que sus intentos de evitar el abuso resultan inútiles. A su vez, se experimenta un sentimiento de desprotección, puesto que la figura adulta que debería cuidar de él, es la misma que lo victimiza.
- 3) Acomodación y entrapamiento: Se da cuando el ASI se prolonga en el tiempo y el niño no puede evitarlo, reacciona con mecanismos adaptativos y de defensa para adaptarse a la situación, pueden desarrollar amigos imaginarios o sintomatología disociativa en la que asignan a las distintas personalidades los distintos sentimientos encontrados. Estos mecanismos resultan útiles para sobrevivir en la infancia, pero se convierten en un gran obstáculo para lograr la integración de una personalidad funcional en la vida adulta.
- 4) Revelación tardía, conflictiva y no convincente: La mayor parte de ASI en curso raramente son revelados, cuando la revelación se da, suele ser consecuencia de un conflicto familiar arrollador o por un descubrimiento incidental de un tercero. El hecho de la revelación tardía dificulta la atención de las víctimas y dificulta en muchos casos, la creencia hacia las víctimas.

- 5) **Retracción:** Por el propio temor de la víctima, confusión y posible estigmatización, suele ocurrir una posterior retractación respecto a la revelación del ASI. Este aspecto también dificulta la atención a las víctimas y deja más fácilmente impunes a los agresores.

Este tipo de síndrome constituye un importante factor de riesgo en relación a la psicopatología infantil y adulta, dificultando además la detección y evaluación del problema, y disminuyendo las probabilidades de éxito en relación a la atención de las víctimas, así como serias dificultades en los procesos judiciales encargados de juzgar al agresor (Villanueva, 2013).

En última instancia, dado que el ASI es un fenómeno tan complejo, el alcance de las consecuencias va a depender del grado de culpabilización, estigmatización, así como de la victimización del niño por parte de los padres u otros allegados, y de las estrategias de afrontamiento que disponga la víctima para afrontar con éxitos tales efectos, que sin duda, suponen unas consecuencias devastadoras para el funcionamiento psicológico de la víctima (Aguilar, 2010; Echeburúa y Guerricaecheverría, 2005).

4.2 Consecuencias psicológicas a largo plazo del ASI

En cuanto a las consecuencias psicológicas a largo plazo, como se ha comentado anteriormente, hacen referencia a aquellas que existen o persisten dos años después de los hechos del abuso sexual infantil. Este tipo de consecuencias revisten una mayor importancia en relación a la configuración de la personalidad y funcionamiento global de la víctima.

Echeburúa y Corral (2005), exponen estas consecuencias como secuelas emocionales, a modo de cicatrices psicológicas, que se refieren a la estabilización del daño psíquico que en un primer momento causó el ASI. Se trata de una discapacidad permanente que no remite con el paso del tiempo ni con un tratamiento adecuado, por lo tanto, es una alteración irreversible en el funcionamiento psicológico habitual. Los efectos a largo plazo son, comparativamente, menos frecuentes que las consecuencias iniciales, sin embargo, son numerosos los autores en la literatura nacional e internacional (Fleming y Mullen, 1999; Flitter, 2003 citados en Pereda 2010; Cortés, Cantón y Cantón 2011) los que confirman que el ASI constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de una gran diversidad de trastornos psicopatológicos en la edad adulta.

Tal y como ocurre a corto plazo, no existe un patrón específico de trastorno o trastornos que se desarrollen tras un ASI, siendo muchos los factores que convergen. Existen aspectos que aparecen con relativa frecuencia, pero no podemos decir que constituyan un fenómeno universal (Noguerol, 1997, citado en Sanmartín 2005). Algunos autores constatan una peor salud mental generada en víctimas de ASI, con una mayor frecuencia de síntomas y trastornos psiquiátricos (Fleming y Mullen 1999; Mykletun y Dahl, 2005, citados en Pereda 2010). Asimismo, la mayoría de estudios siguen constatando una relación directa entre la experiencia de ASI y el posterior desarrollo de problemas psicológicos (Johnson, Cohen, Brown, Smailes y Bernstein 1999; Nelson, Heath, Madden y Cooper, 2002, citados en Pereda 2010).

En la siguiente tabla, se muestran las principales secuelas psicológicas en víctimas adultas de ASI respecto a las distintas esferas del funcionamiento (Echeburúa y Guerricaecheverría, 2005):

Tipos de secuelas	Síntomas
Emocionales	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos afectivos y del estado del ánimo - Cronificación del TEPT o trauma complejo - Alexitimia - Hipocondría y trastornos de somatización - Alteraciones del sueño (pesadillas)
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos de la conducta alimentaria (Bulimia) - Trastorno disociativo de la identidad (personalidad múltiple) - Trastornos de personalidad (Especialmente Cluster B) - Consumo de alcohol y/o drogas - Conductas autolesivas o intentos de suicidio - Trastornos en el control de impulsos y manejo de la ira - Conductas delictivas y antisociales
Sexuales	<ul style="list-style-type: none"> - Fobias o aversiones sexuales - Alteraciones en la motivación sexual - Disfunciones sexuales - Falta de satisfacción sexual - Promiscuidad
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas en las relaciones interpersonales - Aislamiento social - Mayor riesgo de revictimización - Dificultades de vinculación con los hijos

Fuente: Adaptado de Echeburúa y Guerricaecheverría (2005)

De entre todas las secuelas emocionales mencionadas, resulta interesante señalar aquellas que se cronifican o se establecen como diferentes trastornos psiquiátricos en las víctimas de ASI e interfieren en el adecuado funcionamiento y adaptación de las mismas en la vida adulta.

Se debe tener en cuenta, la revictimización o victimización secundaria que sufren muchas de las víctimas tras la revelación del ASI, ya que constituye un importante factor de riesgo de desarrollo psicopatológico en la edad adulta (Echeburúa y Guerricaecheverría 1995, citados en Sanmartín 2005). Esta victimización se deriva de la revelación del ASI y de la relación posterior establecida entre la víctima y el sistema jurídico-penal. En este tipo de revictimización cobran importancia las influencias de situaciones de estrés adicionales para la víctima, tras la revelación del ASI, sobre la estabilidad emocional de la víctima; como son los procesos judiciales (habitualmente largos), las testificaciones reiteradas y los testimonios puestos en entredicho, este tipo de situaciones reiteradas en el tiempo tienden a exacerbar y perpetuar el sufrimiento y la sintomatología de las víctimas, así como la cronificación de sus secuelas.

Respecto a los problemas emocionales y conductuales, destacan por su presencia los trastornos crónicos depresivos y bipolares, así como los síntomas y trastornos de ansiedad, destacando por su elevada frecuencia el Trastorno por estrés postraumático (TEPT), Trastornos de la conducta alimentaria (TCA), el trastorno límite de la personalidad (TLP), problemas con el manejo de la ira y la impulsividad; en el caso de los varones, volcada al exterior en forma de violencia, conductas antisociales y delictivas, y en el caso de las mujeres, canalizada en forma de conductas autodestructivas, ideas suicidas e intentos de suicidio (Pereda, 2010; Echeburúa y Guerricaecheverría, 2005).

Respecto a los mecanismos disociativos que utilizaban las víctimas durante el ASI para sobrellevar dicha situación, o posibles reacciones disociativas como mecanismos de defensa (amnesia psicógena), ésta sintomatología disociativa puede cronificarse y dar lugar a diversos trastornos de tipo disociativo. Son diversos los autores (Johnson et al, 1999; Vanderlinden y Vandereycke, 1999, citados en Pereda, 2010) que han expuesto la presencia de síntomas disociativos y trastornos disociativos en víctimas de ASI, especialmente el trastorno disociativo de la personalidad (personalidad múltiple).

En cuanto a los problemas sociales y sexuales, existen marcadas deficiencias en éstas áreas del funcionamiento (Pereda, 2010); especialmente un mayor aislamiento social, dificultades y desajustes en las relaciones interpersonales, factores retroalimentados por los problemas emocionales. Este aspecto puede ser entendido desde la perspectiva de los primeros vínculos afectivos, teniendo en cuenta que en los ASI, los niños están expuestos a una vinculación altamente nociva con el agresor, que resulta ser la figura de la que se espera protección (Rubins, 2006). Esta destrucción

de los vínculos afectivos y vinculación con la figura punitiva deriva en graves dificultades en la vida adulta a la hora de establecer posteriores relaciones.

Asimismo, se constata una sexualidad desadaptativa, en la que destacan alteraciones en la motivación sexual, disfunciones sexuales, conductas sexuales de riesgo y un mayor riesgo de revictimización (Fleming et al, 1999, citados en Pereda 2010; Vitriol, 2004).

En cuanto al Trastorno por estrés postraumático (TEPT), que se ha abordado anteriormente, destaca por su elevada persistencia; éste puede instaurarse de un modo crónico o como una secuela irreversible. En cuanto al trauma sufrido, el carácter reciente del mismo, es la variable más relevante y que hace más probable su presencia o persistencia, así como la gravedad del mismo TEPT. Sin embargo, Echeburúa y Corral (2005) señalan que casi dos tercios de las víctimas no recientes (más de dos años) padecen el TEPT o al menos, el subsíndrome o sintomatología residual. A diferencia de otras reacciones ante situaciones de trauma, duelo o shock, este cuadro clínico no remite espontáneamente con el transcurso del tiempo y tiende a cronificarse, siendo las conductas evitativas las que tienden más fácilmente a hacerse crónicas.

Éste fenómeno también ha sido tratado desde distintos puntos de vista por otros autores, Baita y Moreno (2015) y López-Soler (2008), exponen el concepto de trauma complejo como un fenómeno complementario al TEPT, exponiendo la sintomatología del mismo carácter, pero más específica, relacionada con los ASI y formas de maltrato continuados, referidos a la exposición múltiple y repetida a eventos traumáticos, de manera secuencial o simultánea, que ocurren primariamente en el sistema de cuidados (sistema familiar) y en etapas críticas del desarrollo (infancia y adolescencia). El trauma complejo, resulta más específico en el caso de los ASI intrafamiliares, y responde a una mayor gravedad, por su carácter de vinculación, temporalidad, perduración en el tiempo y disfunciones generales en el entorno de la víctima, siendo éste fenómeno un predictor y factor de riesgo en relación a la psicopatología adulta, asociándose a un mayor número de trastornos psiquiátricos y de personalidad (López-Soler, 2008).

Para concluir, las secuelas psíquicas o cronificación de trastornos, como el TEPT, o el trauma complejo, conllevan una modificación permanente de la personalidad, en la que aparecen rasgos de personalidad nuevos, estables e inadaptativos los cuales se traducen en una descompensación hacia una personalidad anómala, en la que suelen

aparecer rasgos psicopatológicos así como trastornos de la personalidad (Echeburúa y Corral, 2005; López-Soler, 2008).

5. Personalidad y trauma

La personalidad ha sido definida por muchos autores en el transcurso del desarrollo de la psicología. Saldaña (2014) expone que la personalidad es el resultado de una serie de operaciones mentales: construir la imagen de uno mismo, dar significado al mundo, actuar, relacionarse con los demás, encontrar soluciones a problemas planteados por el entorno. Resultado de una historia única de transacciones entre factores biológicos (temperamento, constitución genética) y contextuales (vida intrauterina, ambiente familiar, papeles sociales, cultura). Este proceso es bidireccional; el comportamiento “innato” del lactante puede provocar una serie de conductas en los padres y en otras personas que cuidan al niño, conductas, que a su vez, refuerzan el comportamiento del pequeño. Estos rasgos comprenden el patrón de percibir, sentir, pensar, afrontar, y comportarse de un individuo. Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. La personalidad constituye la identidad personal ante uno mismo y ante los demás.

Por tanto, existe un conjunto de variables de características personales de tipo disposicional y rasgos de personalidad (relativamente estables) que “modulan” las reacciones del individuo a las situaciones estresantes; explicando posibles diferencias individuales en las reacciones de estrés (Saldaña, 2014).

Por otra parte, el trauma, deviene de aquellas situaciones en las que se ha presenciado un evento amenazante para la propia vida o la integridad (física o psicológica) de la persona. La naturaleza del evento resulta incomprensible para las víctimas y pueden darse serias dificultades en el procesamiento y aceptación de los hechos, más aún, en los casos en que el trauma afecta a niños, que cuentan con menos estrategias psicológicas de afrontamiento. Cuando hablamos de trauma no hablamos de la huella que un suceso perturbador inscribió en la mente, sino de algo actual y vivo que, asociado a un suceso, está ocurriendo en la mente de un sujeto. La mente se encuentra bajo el influjo de un suceso que, más allá de su cronología histórica, sigue actuando en dicha mente por él mismo, sin la modificación que le habría convertido en huella. Una mente traumatizada es una mente tomada, ocupada,

por tanto, capturada y restringida en su libertad de relacionarse con el mundo (Aburto, 2007).

Cook, Spinazzola y Ford (2005, citados en López-Soler 2008) exponen las alteraciones centrales que sufren aquellos menores expuestos a condiciones de trauma y riesgos graves y crónicos, generando reacciones postraumáticas complejas, pudiendo comprometer el desarrollo de la personalidad infantil. Las áreas afectadas y los problemas principales asociados al trauma son: alteraciones en las relaciones afectivas y apego, reacciones biológicas (físicas y psicosomáticas), en la regulación del afecto y la autorregulación, en la consciencia (síntomas disociativos), en el control de la conducta, en la cognición y en el autoconcepto.

5.1 Trauma temprano y desarrollo de la personalidad

López – Soler (2008), expone que si en cualquier época del desarrollo de la persona, la presencia de acontecimientos estresantes o situaciones vitales adversas –como es un trauma- es importante en relación a la salud física y psicológica, durante la infancia su impacto puede ser dramáticamente significativo, ya que no va a afectar a un ser humano biológica, psicológica y socialmente maduro, sino a un ser humano en una fase de desarrollo que requiere ciertas condiciones externas de estabilidad y protección. Por ello, cuando un menor sufre unas condiciones de crianza inadecuadas o claramente negativas, los efectos en su desarrollo como persona pueden ser muy graves, ya que influyen un gran número de variables psicológicas, que junto con la maduración neuropsicológica, pueden comprometer su desarrollo generando graves problemas de personalidad, funcionamiento personal y de adaptación psicosocial.

El abuso sexual infantil, conlleva consigo la categoría de trauma, más aún, en los ASI mantenidos en el tiempo, de tipo intrafamiliar, en los que se da una reacción postraumática compleja, que se desarrolla cuando las condiciones vitales desbordan las posibilidades de entender y asimilar cognitiva y emocionalmente la experiencia, alterando la percepción de sí mismo, de la afectividad y del mundo (Finkelhor y Browne 1985, citados en López-Soler, 2008), esto conduce a alteraciones importantes en la configuración y el desarrollo de la personalidad. En los ASI de tipo intrafamiliar y mantenidos en el tiempo, se añaden factores muy relevantes y agravantes como predictores de psicopatología. El hecho de ser otra persona quien determine el daño que recibe la víctima y que esa persona mantenga un vínculo afectivo significativo, agrava la reacción y la hace mucho más compleja (López-Soler, 2008).

Según Allport (1986), es en la primera infancia, cuando se desarrollan el sentido básico de la confianza y el sentido de la autonomía. En las primeras etapas del desarrollo, se forman las raíces en el área de la confianza; los estilos de crianza que aportan seguridad y cuidados, resultan esenciales en el establecimiento de un curso normal del desarrollo psicológico. Una de las claves para un desarrollo emocional sano y seguro, se basa en establecer la dependencia natural de la infancia, sobre unas bases firmes y naturales, cuando estas bases no resultan factibles, tienden a desarrollar etapas posteriores de desconfianza, ambivalencia, inestabilidad e inseguridad emocional. La autonomía, también se desarrolla en las bases firmes de seguridad y confianza, y cuando éstas no se desarrollan con naturalidad, aparecen posteriormente tendencias dependientes y/o evitativas.

En relación a los acontecimientos traumáticos, Allport (1986) refiere que existen eventos que pueden provocar transformaciones traumáticas con implicación de la propia personalidad, al originarse una nueva estructuración de la imagen de sí mismo, afectando de este modo a la evolución de los estados funcionalmente alcanzados hasta el momento, y cambiar la dirección del desarrollo.

Los eventos traumáticos como los ASI, que no pueden ser asumidos y aceptados cognitivamente por el niño, provocan un cambio en el estilo cognitivo del individuo, una cognición deformada, en la que se percibe a sí mismo y al mundo de un modo erróneo, y por ende, se tiende a actuar en consecuencia de esta deformación cognitiva. Tal y como refiere Allport (1986), una de las condiciones que se requieren para que una personalidad sea madura y sana es la de que su estilo cognitivo sea amplio, seguro de sí mismo y flexible.

Tal y como se ha comentado anteriormente, cuando al evento traumático en el desarrollo de la personalidad infantil, se le añaden otros factores agravantes como pueden darse en el caso de los ASI intrafamiliares, nos encontramos ante factores situacionales que pueden comprometer más aún el desarrollo de la víctima. Tal y como señala Rubins (2006), los niños víctimas de ASI intrafamiliar, están expuestos a una vinculación altamente nociva con el agresor, en la que existe un vínculo afectivo con la figura punitiva. Generalmente el adulto que debe actuar como fuente de seguridad y figura de apego del niño, es quien abusa de la confianza y la intimidad, a través de una relación patológica de abuso de poder y maltrato, todo ello ocurre en un momento en que el psiquismo infantil no puede entender ni asimilar cognitivamente y emocionalmente esta situación.

Esta confrontación extrema que sufre el niño, junto con la impotencia, la turbación y posterior disolución en relación a los vínculos afectivos, aumentan las probabilidades de la aparición de psicopatología. Los esquemas cognitivos de la víctima se impregnan de formaciones distorsionadas acerca de la autoridad, la protección, los cuidados y graves confusiones relativas a la interpretación del afecto y el apego. Su capital cognitivo incluye severas ambigüedades, distorsiones, confusiones y percepciones ambivalentes al punto de que su capacidad para la construcción de relaciones interpersonales sanas resulta casi sin excepción distorsionada, atravesando esta experiencia traumática todos los aspectos de la identidad (Rubins, 2006).

Estas experiencias determinarán en el futuro graves complicaciones en relación a la construcción de vínculos afectivos y establecimiento de relaciones, tanto en el plano personal como interpersonal, generando así disfuncionalidades en la personalidad de la víctima (Rubins, 2006 ; Vitriol 2005).

Este tipo de consecuencias y estilos de respuesta emocionales y cognitivas ante el trauma, resultan devastadoras para el funcionamiento psicológico del niño, así como transformaciones en su modo de percibir y relacionarse, que conllevan, en muchas ocasiones a un desarrollo disfuncional de la personalidad, en la que podrán mostrarse rasgos más o menos desadaptativos y en la que aumenta la probabilidad de la aparición de trastornos de la personalidad en la vida adulta (Rubins, 2006; Pereda, Gallardo y Padilla 2011; Vitriol 2005).

5.2 Trastornos de la personalidad en víctimas de ASI

Saldaña (2014), refiere que los rasgos de personalidad solo se transforman en trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos, omnipresentes, de inicio precoz, resistentes al cambio y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.

El trastorno de personalidad (TP) se entiende como un modo de ser y comportarse: omnipresente, no relacionado con una situación concreta; inflexible y rígido; que hace al individuo vulnerable a los cambios; dificulta la adquisición de nuevas habilidades, perjudicando su desarrollo; no ajustándose al contexto sociocultural; suele ser egosintónico, salvo en situaciones de crisis; la conciencia de enfermedad es escasa, limitando la asistencia terapéutica y complicando las relaciones interpersonales (Pereda et al, 2011).

Si bien hemos constatado anteriormente una relación directa entre la experiencia de ASI y el posterior desarrollo de problemas psicológicos (Johnson et al 1999, Nelson et al 2002, citados en Pereda 2010); son numerosos los estudios realizados en víctimas de ASI que confirman una probabilidad cuatro veces mayor de desarrollar trastornos de personalidad en estas víctimas que en población general (Johnson et al 1999, Spatz, 1999 citados en Pereda et al 2011; Vitriol, 2005). Especialmente en el Cluster B de los trastornos de personalidad, que es donde se encuentra una relación más directa con los antecedentes personales de ASI y traumas, y que concuerda con la psicopatología desarrollada, en tanto que es el Cluster en el que se hacen más patentes las dificultades y problemas en la autorregulación emocional, la inestabilidad afectiva, labilidad emocional, impulsividad, revictimización, conductas de riesgo, problemas afectivos e interpersonales (López-Soler, 2008).

A continuación se revisarán los TP más frecuentes relacionados con la vivencia traumática de ASI durante la infancia, de acuerdo a la literatura nacional e internacional, desarrollando más extensamente el Cluster B:

- Cluster A:

El Cluster A se caracteriza por reunir aquellos trastornos que consideran que el sujeto tiene una personalidad extraña o excéntrica. Se incluyen el trastorno paranoide, el trastorno esquizoide y el trastorno esquizotípico.

Existen pocos trabajos que hayan explorado la relación entre la presencia de ASI y TP de este cluster; sin embargo algunos estudios encuentran que el hecho de haber sufrido maltrato infantil o ASI, eleva la verosimilitud de presentar un trastorno esquizotípico en la edad adulta (Berenbaum, Valera y Kerns 2003 y Lenz, Robinson y Bolton 2003, citados en Pereda et al 2011). Se harían patentes las deficiencias sociales e interpersonales, distorsiones cognitivas, así como la elevada suspicacia e ideas paranoides.

A su vez, otros estudios indican la historia de abuso emocional y ASI como predictores de la aparición del trastorno paranoide de la personalidad (Lobbestael, Arntz y Bernstein 2010, citados en Pereda et al 2011). En este caso se presenta intensa desconfianza y suspicacia frente a los demás, así como la interpretación de los motivos ajenos como malévolos, causando graves dificultades en plano interpersonal.

- Cluster B:

El Cluster B de los TP incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista. Tal y como se ha comentado con anterioridad, este Cluster es el que presenta una prevalencia más elevada en los estudios con víctimas de traumas y ASI. Concretamente en su estudio, Johnson et al (1999, citados en Pereda et al 2011), concluyeron una probabilidad cuatro veces mayor de presentar un TP de este cluster en relación a la vivencia traumática de un ASI. Se trata de personalidades con graves dificultades en la autorregulación emocional, la impulsividad, elevada labilidad emocional, dificultades en las relaciones interpersonales y en la conducta.

Si bien algunos estudios han documentado la relación entre ASI y trastorno narcisista e histriónico de la personalidad (Bradley, Heim y Westen 2005 y Gibb, Wheeler y Abramson 2001, citados en Pereda et al 2011; Vitriol 2005), resultan ser el trastorno antisocial de la personalidad y el trastorno límite los más frecuentemente relacionados con el abuso sexual infantil.

- Trastorno antisocial de la personalidad:

Respecto al trastorno antisocial de la personalidad, se define como un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se inicia en la infancia o el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta.

Se ha observado una asociación entre el hecho de haber sufrido ASI y comportamientos antisociales en la edad adulta (Johnson et al 1999 y MacMillan 2001, citados en Pereda et al 2011). De hecho, en la mayoría de adultos diagnosticados de trastorno antisocial de la personalidad se presenta una elevada prevalencia de victimización en la infancia, entre ellas el abuso sexual. (Semiz, Baoulu, Ebrinç y Çetin, 2007, citados en Pereda et al 2011).

Otras investigaciones, señalan también, el hecho que las víctimas de malos tratos infantiles, entre ellos ASI, incurrieran en comportamientos manifiestamente antisociales en la edad adulta (Caspi, McClay, Moffitt, Mill, Martin y Craig 2002, citados en Pereda et al 2011).

Asimismo, se constata que el hecho de haber sido víctima en la infancia, parece propiciar que de adulto se victimice a otros; según la evidencia, las experiencias de abusos en la infancia parecen incrementar en un 30% el riesgo de ser maltratador una vez en la edad adulta (Widom y Maxfield, 1996, citados en Pereda et al 2011). Conociéndose este fenómeno como la transmisión intergeneracional de la violencia,

fenómeno que desarrollaremos exhaustivamente más adelante por su gran implicación en la naturaleza de la repetición de conductas.

- Trastorno Límite de la Personalidad:

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es definido como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, así como una elevada impulsividad que puede reflejarse en problemas de conducta.

Encontramos una extensa literatura nacional e internacional, que sustenta la relación entre haber sido víctima de trauma y ASI en la infancia y el posterior desarrollo de un TLP. (Johnson et al 1999, Spatz 1999 citados en Pereda et al 2011; Zanarini, Yong, Frankenburg y Hennen 2002, citados en Vitriol 2005; Weil, Florenzano, Vitriol, Cruz, Carvajal, Fullerton y Muñiz 2004; López-Soler 2008).

De los estudios más relevantes, se encuentran cifras relativas a un 81% de pacientes con TLP que referían historia de trauma y abuso sexual infantil, así como un 92% de pacientes con TLP que presentaba abuso sexual como antecedente. (Herman 1989, 1992; Zanarini et al 2002, citados en Vitriol 2005; Weil et al 2004). Nos encontramos ante cifras muy elevadas que hacen plantear el abuso o trauma infantil como predictor o factor de riesgo respecto al TLP.

La adaptación post-traumática en abuso severo y trauma afectivo en la infancia, transcurre habitualmente, con la aparición de patrones de conducta y emocionales patológicos. Así pues, suelen ser frecuentes características de inestabilidad afectiva, labilidad emocional, impulsividad, conductas de riesgo, revictimización, y tendencias suicidas, generados como respuesta al estrés grave. Éste tipo de patrón coincide con las características del trastorno límite de la personalidad (TLP), por ello se ha establecido una gran correlación entre trauma infantil y TLP en la edad adulta (López-Soler, 2008).

Como se ha mencionado anteriormente, el primer diagnóstico en consecuencia que se suele recibir tras el ASI es el de TEPT, teniendo en cuenta que estos tipos de trastornos no suelen remitir espontáneamente y tienden a cronificarse, más aún, en una época del psiquismo infantil que aún se halla en desarrollo; los rasgos y patrones desadaptativos originados en el TEPT podrían cronificarse e instalarse en la persona, de modo que se instaurarían modificando la estructura de la personalidad hacia un

patrón disfuncional, como ocurre en el caso del TLP (Echeburúa y Corral, 2005; López-Soler, 2008).

Resultan muy interesantes, recientes líneas de investigación que sustentan la hipótesis de que el TLP pudiera ser consecuencia o cronicidad del TEPT crónico o trauma complejo. Algunos autores consideran que personas que han recibido el diagnóstico de TEPT crónico, presentan a partir de la adolescencia un trastorno límite de la personalidad, pues existen numerosas coincidencias en las manifestaciones clínicas e incluso solapamientos en los criterios diagnósticos (Hodges, 2003, citado en López-Soler 2008).

Dadas las numerosas coincidencias en algunas manifestaciones sintomáticas, así como la elevada prevalencia de eventos traumáticos durante la infancia y la adolescencia, entre personas diagnosticadas de TLP y personas que recibían un diagnóstico de TEPT crónico, se plantean dos hipótesis distintas, la primera de las cuales defiende que el TLP es una entidad diagnóstica independiente y la segunda que dicho trastorno es una variante diagnóstica del TEPT crónico, condicionado por experiencias traumáticas en la infancia o en la adolescencia. Dichos hechos traumáticos habrían llevado a que los síntomas experimentados se hubieran convertido en elementos constituyentes de la personalidad del sujeto, como consecuencia de haberse experimentado el trauma en fases de la personalidad en las que la misma no ha adquirido suficiente consistencia, alterándose por ello, el desarrollo normal de la personalidad del sujeto (Francia y Rodríguez, 2008).

Podemos concluir, la existencia de una elevada correlación y asociación entre las víctimas de ASI y el posterior diagnóstico de un TLP en la vida adulta (Pereda et al, 2011; Weil et al 2004; Vitriol, 2005).

- Cluster C:

Los TP de este cluster se caracterizan por una alta incidencia de los síntomas relacionados con la ansiedad y el retraimiento social. Se incluyen los trastornos evitativo, por dependencia y obsesivo-compulsivo.

Si bien el cluster C no ha sido tan estudiado vinculando al ASI con su desarrollo, diversos estudios muestran una fuerte relación entre las estrategias de afrontamiento evitativas, el ASI y los trastornos de personalidad de este cluster (Johnson, Sheahan y Chard 2003, citados en Pereda et al 2011).

Asimismo, otros estudios concluyeron una asociación entre ASI y el trastorno de personalidad evitativo (Lobbestael et al 2010, citados en Pereda et al 2011). Las estrategias de afrontamiento del tipo evitativo son utilizadas por la persona como mecanismo de defensa y fuente de seguridad, pero tienden a mantener el aislamiento social y la ansiedad.

Por otra parte, Strickland (2008, citado en Pereda et al 2011), concluye la existencia de una relación entre ASI y personalidad dependiente, desarrollando una necesidad excesiva de apego y comportamiento sumiso. Se desarrollan pocas habilidades para la negociación de contextos sociales, además de un tipo de personalidad dependiente que hace involucrar a estas personas en relaciones disfuncionales.

Para finalizar, otros trabajos mencionados anteriormente (Johnson et al 1999) y posteriores como MacMillan, 2001 y Grover, Carpenter, Price y Gagne 2007 (citados en Pereda et al 2011), encontraron en la mayoría de los casos una asociación positiva entre ASI y sintomatología relacionada con este Cluster.

Se hace difícil poder establecer relaciones causales que permitan describir la dirección de la relación entre ASI y el desarrollo de TP en la edad adulta dada la gran variabilidad interindividual que existe en las víctimas y su desarrollo (Pereda et al, 2011).

Sin embargo, concluimos, que existe una gran correlación entre el historial de abuso sexual infantil y el posterior desarrollo de trastornos de la personalidad, especialmente, el Cluster B de personalidad, siendo por lo tanto, la historia de abuso un factor de riesgo en relación a la psicopatología adulta (Johnson et al 1999; Zanarini et al 2002 citados en Vitriol 2005; Spatz 1999 citado en Weil 2004).

Finalmente, resulta interesante señalar, que parece ser evidente, una clara distinción entre sexos, respecto al manejo de la ira y emociones destructivas en cuanto a inclinaciones interiorizadas y externalizadas. Las víctimas mujeres tenderían a desarrollar trastorno límite de la personalidad, y en consecuencia serían más vulnerables a la re-victimización; y por otra parte, las víctimas hombres tenderían a desarrollar el trastorno antisocial de la personalidad, y en consecuencia tenderían a victimizar a otros (Pereda et al, 2011).

6. ¿Podemos hablar de relación causal?

Llegamos a un punto en el que resulta esencial señalar, la relación que existe entre haber sido víctima de ASI, y la probabilidad de desarrollo de unos rasgos patológicos o desadaptativos, o bien un TP como el antisocial en el que se adopten conductas antisociales y se tienda a victimizar a otros (Pereda et al, 2011). De éste modo, se tendería a la repetición o transmisión de este tipo de conductas nocivas hacia otros, que a su vez, coinciden y encajan con los perfiles de los agresores o abusadores sexuales infantiles.

Si es complicado determinar relaciones causales en cuanto al historial de abusos y traumas y la aparición de psicopatología o trastornos de la personalidad; más complicado resulta establecer una relación causal entre el haber sido víctima de ASI y la posterior repetición de este tipo de conductas victimizando a otros (González et al, 2004). Sin embargo, son numerosos los estudios en literatura nacional e internacional que han investigado respecto a éste fenómeno, dada la elevada prevalencia del mismo en la naturaleza de los ASI y maltrato infantil, por todo ello, se analizaran las principales teorías que apoyan esta hipótesis e intentan explicar esta predisposición a la repetición.

6.1 Transmisión intergeneracional de la violencia

Una de las variables a la que se le ha asignado un mayor peso explicativo en la aparición del maltrato físico (incluyendo todos los aspectos del mismo) se centra en la propia experiencia del padre/madre maltratador como víctima de maltrato en su propia infancia. En distintos estudios se han evidenciado los antecedentes de maltrato como factor relevante en la historia de estos sujetos (Barudy, 1998; Milner, 1990; Crivillé 1990; citados en Echeburúa 1998). La transmisión intergeneracional del maltrato ha sido considerada como una evidencia casi desde los primeros momentos del abordaje del síndrome del niño maltratado (Kempe y Silverman 1986, citados en Echeburúa 1998).

Desde la perspectiva del aprendizaje social, se ha utilizado la transmisión intergeneracional de la violencia para apoyar la hipótesis de la ausencia de habilidades aprendidas para el manejo de las conductas de los niños y de la utilización del castigo físico o la violencia como exponente de la única estrategia aprendida, así como la inclinación hacia las tendencias abusivas (Wolfe, 1985 citado

en Echeburúa 1998). El hecho de haber sido objeto de abuso y maltrato en la niñez, es el factor de riesgo más mencionado por la literatura sobre maltrato infantil; la experiencia (recibida y observada) de maltrato físico en la infancia aumenta exponencialmente la posibilidad de maltrato parental (Milner, 1990 citado en Echeburúa 1998).

La propia experiencia de maltrato infantil y su posterior transmisión (incluido el ASI) afecta a las relaciones vinculares establecidas entre el menor y su cuidador principal promoviendo el desarrollo de conductas disfuncionales. Desde la perspectiva de las primeras experiencias de aprendizaje, se crea y establece una relación disfuncional que podría considerarse como factor unificador de las diferentes categorías de maltrato (Aguilar, 2009).

En este sentido, la presencia de violencia doméstica habitual y reiterada en el seno familiar influye directamente sobre la futura victimización del menor en dos vertientes: a) por ser testigo de los malos tratos es muy posible que sea también víctima en un futuro (re-victimización); y b) por crecer en un ambiente donde la violencia es considerada una conducta normal aprenderá a reproducir dicho comportamiento en un futuro, tendiendo a ese patrón aprendido (agresión) (Morillas, 2006 citado en Aguilar, 2009). En consecuencia, en ambos casos el menor crecerá con unas bases vinculares deficitarias en el ámbito intrafamiliar, consecuencia que resultará en su identificación con uno de ambos progenitores; la víctima o el agresor.

Sin embargo, por el momento, esta conclusión dista de ser uniforme entre los distintos profesionales, pues las diversas definiciones del concepto así como las metodologías de estudios dificultan el acuerdo entre los distintos ámbitos disciplinarios (Guerricaecheverría, 2005). Por otra parte, no se puede afirmar que un adulto maltratado en su infancia repita ese patrón de forma categórica, pues existen individuos que consiguen romper esa cadena de transmisión de la violencia (Barudy, 1998, citado en Aracena, Castillo, Haz, Cumsille, Muñoz, Bustos y Román 2000).

Se concluye, desde la hipótesis de la teoría del aprendizaje y primeras experiencias, que la historia de maltrato (vivido o recibido) constituye un factor de riesgo importante en relación con el potencial para convertirse en maltratador físico en la vida adulta a causa de la ausencia de habilidades aprendidas, de la interiorización del patrón de conducta violento como exclusivo y válido, así como el deterioro de las relaciones vinculares y el desarrollo de conductas disfuncionales (González et al, 2004; Aguilar, 2009).

Finalmente, se ha constatado la existencia de diversos factores amortiguadores respecto a la interiorización de estos patrones de conducta violentos, capaces de romper con esta cadena de transmisión, como el hecho de contar con figuras de apego y un nivel adecuado de soporte social, que amortiguan el potencial efecto negativo del maltrato (Aracena et al, 2000 ; Arboleda et al, 2011; Cortés et al, 2011).

6.2 Abusos transgeneracionales

Muchos autores afirman que el ciclo de abuso parece repetirse de generación en generación, incluyendo todas las formas del mismo: físicas, verbales, emocionales y sexuales (González et al, 2004).

Cuando la figura del agresor supone un modelo de imitación para el menor, la teoría de la transmisión intergeneracional del abuso infantil postula que los individuos que fueron objeto de abuso sexual durante su infancia tienen una mayor probabilidad de reproducir dicha conducta dentro del seno familiar; esto es, de convertirse en padres abusivos (Aguilar, 2009).

Un factor de gran interés lo constituyen las experiencias de aprendizaje observacional y directas en la infancia y adolescencia. En concreto, las primeras fantasías y excitaciones eróticas, si están asociadas casualmente o por alguna inducción o coacción externa a estímulos atípicos, pueden configurar la orientación sexual futura. Esto podría dar lugar a un proceso de condicionamiento que puede ser responsable de la atracción sexual parafilica en la vida adulta (Guerricacheverría, 2005).

Distintos estudios, concluyen con evidencias respecto a la posibilidad de la transmisión intergeneracional del abuso. Ertem, Leventhal y Dobbs (2000, citados en López-Soler 2008), en su meta-análisis, estudiaron la violencia transgeneracional y concluyeron que un niño maltratado tiene alto riesgo de ser perpetrador de maltrato en la etapa adulta a sus pareja o a sus hijos, mientras que en las niñas está menos clara su evolución. Concretamente, constataron un 12'6% en el que se evidenciaba la continuidad intergeneracional del abuso sexual infantil.

Revisiones específicas sobre esta hipótesis de transmisión intergeneracional del abuso, parecen confirmar la reproducción de padres a hijos. Se han obtenido cifras de la posible transmisión intergeneracional del ASI situadas entre el 20% y el 30% de los casos (Green, 1998; Glasser, Kolvin y Campbell, 2001; Clarke, Stein y Sobota 1999, citados en Pereda 2010).

Tal y como se revisó anteriormente, en los modelos explicativos respecto a los perfiles psicosociales de los abusadores sexuales infantiles, se constatan las influencias de experiencias tempranas anómalas así como situaciones familiares o pautas de crianza inadecuadas, en las que parece tener una importancia muy relevante la carencia de cuidados parentales o experiencias de maltrato y/o abuso en la infancia en el núcleo familiar, en las que se manifiesta el ciclo del abuso con tendencia a repetirse de generación en generación, incluyendo todas las formas del mismo (González et al, 2004). Así pues, se pone de manifiesto en un gran número de casos, la repetición de ese abuso sexual.

Puede afirmarse que existe acuerdo en considerar un porcentaje de entre el 25-35% en la transmisión del abuso, siendo los resultados mucho más drásticos cuando acontecen tales comportamientos durante la adolescencia y/ o en familias donde la violencia doméstica promueven en el menor tal modo de relación (Guerricaecheverría, 2005). Si bien la controversia sobre esta posible consecuencia del ASI sigue existiendo y los resultados de las diversas investigaciones no pueden considerarse definitivos.

Sin embargo, por el momento, tampoco se puede concluir que una persona con una historia de maltrato y abuso en su infancia se convierta en abusador en la vida adulta dado que existe una gran variabilidad interindividual así como un conjunto de efectos amortiguadores que favorecerían el desarrollo de la víctima de un modo funcional (Joel, Milner y Herce 1994, citados en González, 2004). Aún así, se concluye como una evidencia de que la historia de maltrato y abuso infantil, constituye un factor de riesgo para que el individuo se convierta en posterior agresor (Aguilar, 2009; González, 2004; Pereda, 2010).

6.3 Teorías psicodinámicas

Las teorías psicodinámicas se han apoyado básicamente en dicha transmisión de patrones maltratantes para explicar los procesos intrapsíquicos que subyacen a las relaciones en las que predomina el maltrato y la violencia (Crivillé, 1990, citado en Echeburúa 1998). Se han estudiado los patrones de transmisión de la violencia y la tendencia a la repetición como una forma de incapacidad de asimilación y superación del trauma.

Existe acuerdo entre diversos autores al considerar que uno de los factores determinantes de la repetición transgeneracional es el uso de mecanismos de defensa, como la negación del afecto asociado al trauma y la identificación con el agresor, que son utilizados con frecuencia por los padres que han sido maltratados o abusados (Fonagy y Target 1996, citado en Navarro 2013).

Se reflexiona sobre la transmisión de un patrón o modelo de abuso a través de las generaciones, puntualizándose que los padres potencialmente abusadores repiten sus propios sentimientos al no haber sido contenidos por sus propios padres, carecen de la capacidad para contener la agresión de sus hijos y tienden a la venganza o al abandono si el niño protesta (Holmes, 2009, citado en Navarro 2013).

Las experiencias infantiles de maltrato constituirían una predisposición a que la relación con los propios hijos se establezca sobre la base de la relación con la imagen de sí mismo como niño. Se trataría de una relación de tipo narcisista en la que el hijo, se convierte para el padre, en un doble de sí mismo en el que encuentra de nuevo lo que vivió en su infancia, confrontado (el padre) a una situación que despierta en el un pasado todavía activo y doloroso, la única puerta de salida para aliviar la excitación subyacente es el reproducirlo y reexpresarlo en la realidad y asegurar así con ello la continuidad interna de su persona (Crivillé, 1990, citado en Echeburúa 1998).

La predisposición para la repetición de lo traumático se daría justamente por carecer de un modo integro de mentalización, de modulación, que proporciona una perspectiva representacional de la realidad psíquica (Fonagy y Target 2000, citados en Navarro 2013)

El mecanismo inconsciente de compulsión a la repetición lleva al individuo a repetir situaciones dolorosas. El concepto freudiano de compulsión a la repetición, explica

el mecanismo en el que el sujeto se sitúa reiteradamente en situaciones dolorosas, similares a experiencias pasadas (Navarro, 2013). Se trataría de una necesidad inconsciente de comprender lo incomprendido, que lleva a una búsqueda y reexpresión de dicha situación traumática.

Las teorías psicodinámicas, si bien apoyan la hipótesis de una continuidad y repetición del abuso sexual infantil y muestran una evidencia de esta continuidad en torno a un 25-30% de los casos (Fonagy, Steele, Moran y Higgitt 1994; Fraiberg, Adelson y Shapiro 2001, citados en Navarro 2013), tampoco determinan una relación causal del mismo.

Para concluir este apartado, determinaremos la historia de maltrato y abuso infantil, como un factor de riesgo para que el individuo se convierta posteriormente en agresor; por el momento, no puede establecerse una relación directa o causal, puesto que múltiples factores personales, familiares y sociales intervienen en la variabilidad interindividual de las víctimas y el desarrollo de las mismas (Cannon, 2001, citado en Pereda 2010).

A pesar de que la transmisión intergeneracional es una variable con gran peso específico en la explicación del maltrato y el abuso, en muchos casos, se ve mediatizada por la existencia y concurrencia de factores que actúan como amortiguadores que impiden la transmisión de la violencia, así como otros factores protectores respecto al desarrollo de psicopatología en las víctimas (Aguilar, 2009).

Asimismo, se ha demostrado, que un adecuado tratamiento psicológico en las víctimas post-revelación, que preste especial atención a las necesidades de las víctimas, dotándolas de estrategias de afrontamiento, adaptación, aceptación, reelaboración del trauma, psicoeducación, habilidades sociales y autoestima; así como una adecuada red de soporte social, disposición de recursos institucionales y control de victimización secundaria, atenúa los efectos negativos psicopatológicos y disminuye la probabilidad de que la víctima repita estas conductas en la vida adulta, contribuyendo a una mejor recuperación y adaptación, el desarrollo una personalidad funcional al margen de la experiencia traumática vivida (Echeburúa y Guerricaecheverría, 2000; Cortés et al 2011).

Esta reflexión muestra la importancia de desarrollar métodos preventivos eficaces que permitan frenar la tasa de abuso sexual en la infancia, pues si aproximadamente

el 70% de adultos no desarrolla tales conductas, resulta coherente pensar, que existe un conjunto de amortiguadores eficaces que evitan tal transmisión (Aguilar, 2009; Aracena et al 2000; Cortés et al 2011).

7. Resiliencia psicológica

El interés por comprender y explicar cómo el ser humano hace frente a las experiencias traumáticas siempre ha existido, si bien es cierto, en los últimos años se ha producido un aumento del mismo, y desde la perspectiva de la psicología y atención a las víctimas, cobra especial relevancia su estudio (Vera, Carbelo y Vecina, 2006).

Es natural concebir a la persona que sufre una experiencia traumática como una víctima que potencialmente desarrollará una patología. Sin embargo, desde modelos más optimistas, se entiende que la persona es activa y fuerte, con una capacidad natural de resistir y rehacerse a pesar de las adversidades (Vera et al, 2006). Esta concepción se enmarca dentro de la Psicología Positiva que busca comprender los procesos y mecanismos que subyacen a las fortalezas y virtudes del ser humano.

La aproximación convencional a la psicología del trauma se ha focalizado exclusivamente en los efectos negativos del suceso en la persona que lo experimenta, por ejemplo el TEPT o sintomatología asociada (Paton, Smith y Violanti 2000, citados en Vera et al 2006). Las reacciones patológicas son consideradas como la forma normal de responder ante sucesos traumáticos; sin embargo, la realidad demuestra que, si bien algunas personas que experimentan situaciones traumáticas llegan a desarrollar trastornos, en una gran parte de los casos no es así, e incluso son capaces de aprender y beneficiarse de tales experiencias (Pinto, 2014; Aracena et al, 2000; Vera et al, 2006). Esta visión esperanzadora nos lleva plantear la importancia del estudio y el enfoque de la resiliencia para el abordaje e intervención en aquellas víctimas de situaciones traumáticas.

Numerosos autores proponen reconceptualizar la experiencia traumática desde un modelo más saludable, basado en métodos positivos de prevención, que tenga en consideración la habilidad natural de los individuos de afrontar, resistir e incluso aprender y crecer en las situaciones más adversas (Pérez-Sales y Vázquez, 2003; Gist y Woodall, 2000, citados en Vera et al 2006; Pinto, 2014).

La resiliencia ha suscitado el interés de investigadores y científicos redefiniendo incesantemente el concepto, enriqueciéndolo y dando origen a cada vez más estudios y conocimientos del mismo (Muñoz y De Pedro, 2005). Si bien es cierto, las definiciones de resiliencia han estado influenciadas por distintos contextos histórico-culturales, destacaremos aquellas que se ajustan respecto a la visión de crecimiento ante la adversidad:

- “La capacidad de una persona para recobrase fortalecida de la adversidad y dueña de mayores recursos. Se trata de un proceso activo de resistencia, autocorrección y crecimiento como respuesta a las crisis y desafíos de la vida” (Walsh, 2004, citado en Pinto 2014).
- “La capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e incluso ser transformado positivamente por ellas” (Grotberg, 1995 citado en Muñoz y De Pedro 2005).
- “La resiliencia no es solo una resistencia a la adversidad, sino que hace referencia a la capacidad de crecer o desarrollarse en contextos difíciles” (Aldwin, 2007 citado en Pinto 2014).
- “La adaptación positiva, o la capacidad para mantener o recuperar la salud mental, a pesar de experimentar adversidades” (Herman, Borden y Schultz 2010, citados en Pinto 2014).
- “La capacidad de un niño para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves” (Manciaux, Vainstendael, Lecomte, Cyrulink, 2003, citados en Pinto 2014).

Los factores protectores son aquellas características personales, familiares o contextuales que disminuyen los efectos nocivos del estrés sobre la salud y el bienestar. Estos factores favorecen el desarrollo personal y contrarrestan las consecuencias negativas que se producen en contextos de riesgo (Donas, 1998 citado en Pinto 2014).

Los factores protectores, al igual que los factores de riesgo –abordados anteriormente en el presente trabajo–, no actúan de manera aislada, sino que ejercen un efecto conjunto. Ambos, establecen complejas relaciones funcionales, de las cuales resulta una atenuación de los efectos negativos ante la adversidad (Pinto, 2014). La comprensión de este proceso de amortiguación del estrés es imprescindible para entender los mecanismos que subyacen a los agentes protectores en general, y a la resiliencia en particular (Rojas, 2007, citado en Pinto 2014).

Así, las personas resilientes, son aquellas que al estar expuestas a un conglomerado de factores de riesgo, tienen la capacidad de utilizar los factores protectores para sobreponerse a la adversidad, crecer y desarrollarse adecuadamente, llegando a madurar como seres adultos competentes, pese a los pronósticos desfavorables (Pinto, 2014). Podemos afirmar que la resiliencia ejerce un papel fundamental en la recuperación de las personas ante la adversidad (Pinto, 2014; Vera et al, 2006; Muñoz y De Pedro, 2005).

A pesar de las distintas definiciones del concepto, en la mayor parte de definiciones, y la mayor parte de autores, coinciden en destacar dos elementos comunes en las distintas definiciones de resiliencia: Adversidad y Adaptación positiva (Pinto, 2014).

Respecto a la adversidad; Luthar, Cicchetti y Becker (2000, citados en Pinto 2014) señalan que este concepto abarca las circunstancias negativas de la vida las cuales estadísticamente están asociadas con las dificultades de adaptación. Esta visión es compartida por otros autores que han investigado las características de resiliencia en situaciones de desastres naturales, presencia de traumas o sufrimiento humano (Singleton, 2004, citado en Vera et al 2006).

Respecto a la adaptación positiva; hace mención a un sistema psicológico de habilidades de afrontamiento utilizadas por las personas expuestas a situaciones traumáticas (Fletcher y Sarkar, 2013, citados en Pinto 2014). Este sistema de afrontamiento ante situaciones estresantes o traumáticas permite un ajuste positivo, crecimiento y aumento de la capacidad de recuperación personal. Para Mahoney y Bergman (2002, citados en Pinto 2014), una adaptación positiva significa la implementación de procesos por los que las personas alcanzan patrones de ajuste inusualmente favorables, teniendo en cuenta sus antecedentes y recursos personales. Así pues, la adaptación positiva es un componente inherente a la definición de resiliencia.

Una de las cuestiones que más interés despierta en torno a la resiliencia es la determinación de los factores que la promueven. La identificación de factores de adaptación positiva se conocen como factores compensatorios o factores promotores de resiliencia, y a su vez, como factores protectores; aunque este aspecto ha sido escasamente investigado (Bonanno, 2004, citado en Vera et al, 2006). Sin embargo, se han propuesto algunas características de la personalidad y del entorno que favorecerían las respuestas resilientes (Werner y Smith, 1992; Rutter 1993, citados en Pinto 2014; Block y Kremen 1996, Bonanno, 2004, citados en Vera, 2006; Vera, 2006):

- Capacidad de afrontamiento
- Capacidad de adaptación
- Orientación positiva al futuro
- Orientación social positiva y apoyo social
- Uso de talentos para beneficio personal
- Sentido de autoeficacia
- Sentido del humor
- Sensibilidad interpersonal
- Habilidad para tomar decisiones y resolver problemas
- Locus de control interno
- Capacidad de gestión de emociones
- Pensamiento crítico
- Asertividad

Algunos estudios ponen de manifiesto que el sesgo positivo en la percepción de uno mismo (*self-enhancement*) puede ser adaptativo y promover un mejor ajuste ante la adversidad (Bonanno, 2004 citados en Vera et al 2006; Werner y Smith, 1992, citados en Pinto 2014). Asimismo, otro estudio llevado a cabo por Fredrickson y Tugade (2003, citados en Vera et al, 2006), concluyeron que la relación entre resiliencia y un mejor ajuste estaba mediada por la experiencia de emociones positivas. Éstas parecen proteger a las personas frente a la depresión e impulsar su ajuste funcional; en este punto puede argumentarse que la experiencia de emociones positivas no es más que el reflejo de un modo resiliente de afrontar las situaciones adversas, pero también, existe evidencia de que estas personas utilizan las emociones como estrategia de afrontamiento, por lo que se puede hablar de una causalidad recíproca (Vera et al, 2006). Así, se ha encontrado que las personas resilientes hacen frente a experiencias traumáticas utilizando el humor, la

exploración creativa y el pensamiento optimista (Frederickson y Tugade, 2003 citados en Vera et al, 2006).

Al respecto, el factor compensatorio tiene un efecto directo sobre el resultado, independiente de las consecuencias del factor de riesgo. Asimismo, el factor protector modera los efectos que puede ocasionar un factor de riesgo (Pinto, 2014). Los factores de protección influyen de distintas maneras en los resultados de cada persona; así, pueden ayudar a neutralizar los efectos de los factores de riesgo, ya que pueden debilitarlos (pero no eliminarlos por completo), o bien pueden mejorar el efecto positivo de otro factor compensatorio (Fleming y Ledogar, 2008 citados en Pinto, 2014).

Finalmente, se debe entender la resiliencia como un proceso dinámico, resultado de la interacción recíproca entre persona y ambiente (Suárez-Ojeda y Melillo, 2001 citados en Pinto, 2014). Por tanto, se pone énfasis en los recursos ambientales que influyen en el proceso de resiliencia, tales como: acceso a cuidados tempranos, recursos físicos, materiales y acciones profesionales.

Así pues, la resiliencia, entendida como la capacidad para mantener un funcionamiento adaptativo de las funciones físicas y psicológicas en situaciones críticas, además de salir fortalecido y con mayores recursos tras las experiencias traumáticas; nunca es una característica absoluta ni se adquiere de una vez para siempre. Es la resultante de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida y que puede expresarse de muy diferentes maneras en diferentes culturas (Manciaux et al, 2001;2003, citados en Vera et al 2006).

Richardson (2002, citado en Pinto 2014) complementa la visión anterior de resiliencia con su propio modelo de desafío; éste refiere que existe un proceso de "reintegración resiliente" el cual se refiere al aprendizaje positivo que resulta de la experiencia de adversidad. La reintegración resiliente ocurre con el crecimiento tras la adversidad y es el resultado de la identificación de las cualidades resilientes. De acuerdo a esta teoría, las personas están genéticamente predispuestas y poseen un potencial del cual no son conscientes. El proceso de resiliencia es la vía de acceso a esta toma de conciencia.

7.1 Resiliencia psicológica en víctimas de ASI

Tal y como hemos visto con anterioridad, el abuso sexual infantil, es una de las victimizaciones más graves que puede vivir un niño, niña o adolescente y las secuelas pueden ser múltiples y en distintas áreas del desarrollo y esferas vitales (Echeburúa y Guerricaecheverría, 2000; Pereda, 2010; Pereda, 2011).

En dicho contexto, cobra relevancia incorporar en el estudio del abuso sexual, variables que aporten a la superación de la experiencia traumática (Pinto, 2014). Si bien hemos llegado a concluir que existen una serie de factores amortiguadores en relación al desarrollo de la psicopatología tras un ASI y que contribuyen a romper con la cadena de transmisión intergeneracional de la violencia (Cortés et al, 2011; Barudy, 1998 citado en Aracena et al 2000), resulta esencial abordar la resiliencia psicológica apostando por un enfoque positivo en la comprensión y el abordaje de las experiencias vitales de niños y adolescentes afectados por estas graves vulneraciones.

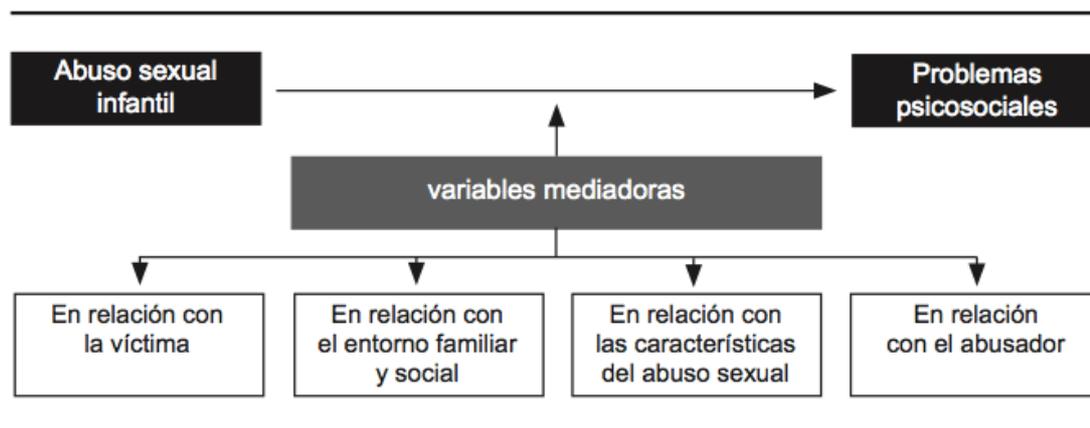
La investigación en el campo el abuso sexual infantil ha prestado poca atención a las víctimas que presentan una disminución de efectos psicopatológicos y sociales, vale decir, más resilientes (Pinto, 2014). Sin embargo, dado el impacto negativo de un abuso sexual en el desarrollo psicológico infantil, la capacidad de recuperación es fundamental para que los menores estén en condiciones óptimas para superar futuras dificultades (Kumpfer, 1999, citado en Pinto, 2014). En este contexto, el enfoque de resiliencia en el estudio y abordaje del abuso sexual, es un aporte trascendental para mejorar la calidad de las víctimas (Pereda, 2011).

A este respecto, existen diferencias individuales observadas en víctimas de ASI en relación a la presentación de sintomatología patológica. Estas diferencias hacen referencia a la variabilidad de presentación de los síntomas, temporalidad, cronicidad o estabilidad (Aracena et al, 2000). Estas diferencias han servido de punto de partida para que los investigadores se hayan interesado en la capacidad de recuperación tras la agresión, además de poner de manifiesto factores protectores que actúan inhibiendo o amortiguando el impacto de éstas vivencias traumáticas (Echeburúa, 2004; López, 1994, citados en Pereda 2011).

Los estudios sobre variables moderadoras y mediadoras en casos de abuso sexual infantil, han mostrado que, a pesar de haber variables estáticas, que no podemos modificar, muchas de las circunstancias que presentan estos niños pueden ser

objeto de intervención profesional. En este sentido, las variables suelen agruparse en (Pereda, 2011):

- Relacionadas con características de la víctima (autoestima, sentimiento de culpa, o determinados rasgos de personalidad del niño)
- Características del abuso y del abusador (Uso de fuerza o amenazas por parte del agresor, la frecuencia del abuso, la existencia de una relación íntima y de confianza entre el abusador y la víctima)
- Las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso respecto a la familia
- Entorno de la víctima (Existencia de apoyo social, disponibilidad de recursos profesionales o la victimización secundaria, entre otros).



Fuente: Pereda, 2011

De estas variables, cobran especialmente relevancia, aquellas que actúen como factores promotores de la resiliencia en víctimas de abuso sexual infantil; y que quedan evidenciados como aspectos con una gran influencia en relación a la posterior adaptación de los menores, especialmente dentro del ámbito contextual, social e institucional (Pereda, 2011).

A este respecto, distintos autores destacan como factores claves, el nivel de apoyo parental y social (especialmente post-revelación), el establecimiento de apego seguro con un cuidador funcional (tutor de resiliencia), intervención respecto a la estigmatización y connotaciones negativas tras el abuso, control de victimización secundaria, atención especializada y adecuada a las víctimas en función de sus

necesidades (Aracena et al, 2000; Echeburúa y Guerricaecheverría, 2000; Pereda, 2011).

Por otra parte, numerosos autores han estudiado los factores compensatorios o promotores de resiliencia en el plano individual y personal, que posibilitan la recuperación y adaptación positiva de las víctimas. Así, con los resultados de las investigaciones sobre resiliencia, el interés respecto a esclarecer las variables que amortiguan los efectos psicológicos y sociales del ASI, impulsó lo que se conoce como los estudios de factores protectores (Pinto, 2014).

A este respecto, Spaccarelli y Kim (1994, citados en Pinto 2014), refiere que existen variables en relación con la víctima, con el entorno familiar y social, con las características del abuso sexual, y en relación con el agresor, las cuales mediarían las consecuencias psicosociales del abuso. Estos autores defienden que aquellas víctimas de ASI que son resilientes son las que presentan un mayor nivel de apoyo parental (post revelación), y un menor nivel de eventos negativos posteriores al abuso (conflictos parentales, múltiples entrevistas con profesionales diferentes, entre otros).

En esa línea, Mrazek y Mrazek (1987, citados en Pinto 2014) encontraron en los niños víctimas de ASI resilientes, destrezas personales como capacidad de reconocer el peligro, adaptación, capacidad de distanciarse de sentimientos intensos, crear redes de apoyo, y ubicarse a sí mismo en el tiempo y en el espacio proyectándose a futuro libre de la imagen de quienes les causaron daño.

Morrow y Smith (1995, citados en Pinto 2014), en sus estudios con víctimas de ASI, describieron un modelo específico de estrategias cognitivas y emocionales. En él identificaron habilidades resilientes como la gestión activa de sentimientos de impotencia y locus de control interno, así como la capacidad de resistir sentimientos amenazantes y peligrosos generados por el abuso.

Posteriormente, otros autores, coincidieron con estos resultados, encontrando elementos resilientes en víctimas de ASI, como el locus de control interno positivo, recursos internos, habilidades de afrontamiento, interpretación de experiencias y autoestima; además se consideraron válidos recursos del entorno sociocultural, como conexión con redes sociales, la iglesia o el colegio (Singleton, 2004; Marrilott, 2013 citados en Pinto 2014; Morelato, 2011).

Asimismo, resulta interesante señalar, estudios relacionados con el estado psicológico de víctimas de abuso sexual infantil, que concluyeron, que aquellas víctimas más resilientes presentaban niveles anímicos más estables y menores estresores ambientales (Aracena et al, 2000). Por otro lado, Quiceno, Mateus, Cardenas, Villareal y Vinaccia (2013), hallaron que la resiliencia se relacionaba negativamente con la ideación suicida y positivamente con la calidad de vida, y afirmaron que la resiliencia es una variable protectora frente a los pensamientos sobre el suicidio, así como una variable que promueve la calidad de vida en los niños y adolescentes víctimas de abuso sexual infantil.

Todo ello lleva a concluir la resiliencia psicológica como una variable de protección frente al desarrollo de la psicopatología después de la experiencia traumática (Aracena et al, 2000; Pereda, 2011).

Como ha quedado en evidencia, las características individuales de la víctima, y los recursos que cuente en su contexto sociofamiliar, así como la intervención de éstos, son fundamentales en el proceso de recuperación y adaptación (Pereda, 2011). En este contexto, desde el enfoque de la resiliencia, visualizaremos al menor, con sus propias potencialidades y recursos, los cuales pueden ser o no desarrollados según los distintos contextos a los que se vea expuesto. La vivencia de un abuso sexual infantil, no determinará su vida, ya que el menor tendrá otras oportunidades para vivenciar el buen trato o el potenciamiento de recursos resilientes (Pinto, 2014).

Para finalizar, se concluye que el estudio y abordaje de la resiliencia en víctimas de abuso sexual infantil, resulta significativamente útil en la teoría y la práctica de la intervención con estos menores (Pereda, 2011); facilita el descubrimiento de los factores que protegen a las personas frente a la adversidad, y por tanto, permiten intervenir en ellos, disminuyendo los resultados negativos. Por otra parte, favorece una visión positiva de las víctimas afectadas por ASI, aportando comprensión y entendimiento de las víctimas, al margen del daño vivido (Quiceno et al, 2013).

Asimismo, consideramos la resiliencia psicológica como un factor de protección especialmente relevante en relación al desarrollo de psicopatología tras la vivencia de un acontecimiento traumático (Aracena et al, 2000; Pereda, 2011). El enfoque de la resiliencia apoya la premisa de que el abuso sexual no determina la vida y que es posible un desarrollo sano, pleno e integrado, así como una buena calidad de vida, a pesar de haber vivido estas graves experiencias traumáticas (Pinto, 2014).

Marco práctico

En la ciudad de Barcelona a 20 de mayo del año dos mil diecisiete.

Anna Bruch Granados, psicóloga colegiada nº 28092, especializada en psicopatología legal, forense y criminológica, manifiesta que he entrevistado y reconocido al Sr. **Alejandro Moreno Rotazarro**, a los efectos de realizar una exploración y valorar el estado psíquico del mismo en el momento de la comisión, en su caso, de los hechos que se le atribuyen, y tras lo cual, se emite el siguiente:

INFORME PSICOLÓGICO - PERICIAL

Los **elementos valorativos** de los que he podido disponer han sido los siguientes:

- Cuatro entrevistas con el acusado, Sr. Alejandro Moreno Rotazarro
- Administración de la prueba de personalidad (PAI)
- Exploración clínica del mismo
- Análisis documental

Anamnesis / Antecedentes del hecho que se valora

El reconocido, de 50 años de edad, es natural de Terrassa, Barcelona.

En relación a su infancia, el reconocido muestra una marcada ambivalencia afectiva. Expone que es hijo único y que, durante su niñez, vivió en un entorno familiar disfuncional. Su madre trabajaba mucho y su padre, era un hombre poco afable y alcohólico. Manifiesta que eran frecuentes las discusiones y malos tratos de su padre hacia su madre; y que cuando éste se hallaba bajo los efectos del alcohol, habían ocurrido algunos episodios de abusos sexuales hacia él, utilizando la coacción, amenazas y conductas sumamente humillantes. El Sr. Moreno afirma que le cuesta mucho hablar de ello y lo sigue recordando como algo traumático. Refiere que estas conductas abusivas ocurrieron cuando el reconocido aproximadamente contaba con 8-9 años de edad.

Estudió en Terrassa y cursó adecuadamente los estudios en el colegio, aunque era poco sociable y no tenía muchos amigos, y posteriormente se dedicó a estudiar música para poder impartir clases de piano. El reconocido expresa que, en cuanto le fue posible marcharse de su casa, se trasladó a vivir a Barcelona para dedicarse allí a seguir formándose e impartir clases de piano, aproximadamente con 19 años.

En relación a la esfera afectiva, el reconocido manifiesta que vive solo, actualmente está soltero y que nunca ha tenido relaciones sentimentales ni relaciones sexuales con nadie. Reconoce que esto se debe a que es una persona muy insegura y poco sociable, que le cuesta entablar relaciones y desenvolverse adecuadamente en su entorno social. Afirma que cuando era pequeño, era poco agraciado y solía evitar las relaciones y actividades con otras personas ya que a su padre le desagradaba que estuviera fuera de casa y se relacionara con otros niños. Tiene miedo de entablar relaciones con sus iguales, especialmente con mujeres, ya que está seguro de que le rechazarán, por ello, afirma sentirse más cómodo relacionándose con niñas menores, ya que según él, “no le juzgan”.

El Sr. Moreno reconoce tener marcadas dificultades en sus relaciones interpersonales con iguales, por lo que recurre a buscar atención y amistad con las menores, justificando y racionalizando así los hechos de los que se le acusa.

En cuanto a la esfera laboral, el Sr. Moreno, manifiesta que siempre se ha dedicado a la música y a ser profesor de piano. El reconocido, afirma que ha tenido problemas en distintos centros en los que ha trabajado, de los cuales, en tres centros, ha sido

despedido por verse involucrado en asuntos relacionados con abusos sexuales o tocamientos hacia sus alumnas.

Expone que, estos incidentes empezaron en un colegio de L' Hospitalet de Llobregat aproximadamente en 1997 cuando contaba con 30 años, encontrándose el Sr. Moreno envuelto en situaciones comprometidas con las menores y que comportaron su despido. En 2003 se repitieron en otro colegio del mismo municipio, del que también fue despedido.

Estos incidentes se vieron agravados cuando la madre del Sr. Moreno falleció en 2006, ya que refiere que se sentía muy solo y deprimido y ello le llevó a iniciar tratamiento psicofarmacológico. Si bien el reconocido inició tratamiento psicofarmacológico por cuadro ansioso-depresivo reactivo al fallecimiento de su madre, nunca fue tratado por sus problemas con las menores.

Reconoce que los problemas que tuvo en 2006 en un colegio de Barcelona, se deben a que realizó tocamientos repetidos a una menor de 9 años durante las clases de piano, siendo estos tocamientos "cosquillas", también en las partes íntimas de la menor; explica que sucedió porque le tenía mucho cariño, no hubo denuncia por parte de la familia pero sí fue expulsado del centro.

Estos despidos han provocado los cambios continuados del Sr. Moreno en relación a su trabajo, y han deparado en que, por falta de un trabajo estable, el reconocido impartiera clases de piano a una de sus sobrinas, Paula, la que manifiesta y reconoce haber sido víctima de abusos sexuales por parte del Sr. Moreno, durante los períodos de 2014-2015. La menor reconoció a sus padres, que el Sr. Moreno le había realizado distintos tocamientos, así como peticiones de carácter sexual, aprovechando que se encontraban solos en el domicilio del Sr. Moreno durante las clases de piano.

Respecto a los hechos de los que se le acusa en relación a los abusos sexuales a su sobrina Paula, el Sr. Moreno reconoce tener un problema con las menores justificando una atracción muy grande por sus alumnos, basada en el cariño; asimismo, no niega los hechos ocurridos, sin embargo los relata con suma divagación, minimizando y racionalizando lo ocurrido, justificándose y evitando asumir la responsabilidad de los mismos.

Exploración clínica y psicopatológica

El Sr. Alejandro Moreno acude a las cuatro entrevistas programadas, llegando puntualmente y mostrando una actitud colaboradora.

Aspecto externo y presentación: Su presencia externa, en cuanto a aseo y presentación, es adecuada.

Inteligencia: Adecuada, comprendiendo bien cuantas cuestiones le han sido planteadas durante las entrevistas.

Conciencia: Estado de vigilia y lucidez, sin que se observen signos propios de intoxicación o somnolencia.

Orientación: Correcta, tanto en el tiempo como en el espacio, conociendo su identidad, circunstancias y situándose en el entorno.

Memoria: Conservada, tanto para eventos pasados como recientes. Sin embargo, en relación a los hechos, muestra cierta divagación y referencia a dificultades en el recuerdo exacto de los mismos.

Senso-percepción y curso del pensamiento: No se observan signos de alteraciones perceptivas ni ideas de contenido delirante.

Si bien en el discurso se expresa adecuadamente, existen incoherencias, contradicciones así como distorsiones cognitivas que apuntan a minimizar y racionalizar los hechos de los que se le acusa.

Afectividad: Se muestra distímico, con cierto aplanamiento afectivo, apatía y anhedonia. Asimismo, se evidencia un componente marcado de ansiedad.

Consumo de tóxicos: No ha habido ni en el pasado ni en el presente hábitos tóxicos.

Personalidad: Se observa una marcada personalidad introvertida, con rasgos evitativos, obsesivos y dependientes.

Sexualidad: Se evidencian ciertas conductas sexuales inapropiadas así como obsesión sexual, relacionada sobretudo con las menores; apuntando a alteraciones

del comportamiento sexual. Este aspecto se explorará posteriormente con mayor profundidad.

Resultados de las pruebas psicométricas

PAI (Inventario de Evaluación de la Personalidad):

El test PAI es un inventario de la evaluación de la personalidad, que permite una evaluación comprehensiva de la psicopatología de adultos mediante 22 escalas: 4 escalas de validez, 11 escalas clínicas, 5 escalas de consideraciones para el tratamiento y dos escalas de relaciones interpersonales. En el ámbito forense el PAI es utilizado tanto para el screening y diagnóstico como para la detección de grupos forenses específicos (p. ej., valoración de peligrosidad, custodia de menores, psicopatía, maltrato...).

Las escalas de validez, permiten afirmar que el protocolo es interpretable, habiendo respondido el evaluado de forma coherente y consistente a las preguntas de la prueba.

Las puntuaciones obtenidas en las escalas Clínicas, muestran una elevada presencia de Quejas somáticas (Som) (83), este aspecto queda reflejado en las sub-escalas de Conversión (Som-c) (80) e Hipocondría (Som-h) (90), que indican una atención exagerada a su estado de salud y una tendencia a ocupar el rol de paciente; reflejando así, preocupaciones significativas sobre su aspecto y salud. El evaluado muestra una imagen pesimista y lastimosa de sí mismo que es probable que utilice para controlar a otros de una forma pasiva-agresiva.

Se observan también, unos altos niveles de Ansiedad (Ans) (82), revelando marcados niveles de tensión, rumiación y ansiedad, aspecto que le hace ser percibido como tímido y dependiente, y que se evidencian en las sub-escalas Cognitiva (Ans-c) (86), Emocional (Ans-e) (79) y Fisiológica (Ans-f) (72) y que reflejan que el Sr. Moreno presenta preocupaciones constantes y rumiativas, así como posibles ideas obsesivas. Asimismo, presenta sentimientos subjetivos de miedo, tensión y nerviosismo.

Estos aspectos, coinciden y son coherentes con las elevadas puntuaciones relativas a los Trastornos relacionados con la ansiedad (Tra) (74), que reflejan una

personalidad insegura, limitada por miedos, preocupada y especialmente incómoda en situaciones sociales. En cuanto a las sub-escalas, se evidencian puntuaciones elevadas respecto a la sub-escala Obsesivo-compulsivo (Tra-o) (65) reflejando al Sr. Moreno como una persona rígida, intolerante a los cambios y particularmente temerosa de situaciones con fuertes exigencias emocionales. Se observa también una importante elevación en la sub-escala de Estrés Postraumático (Tra-e) (81), que pone de manifiesto la existencia de experiencias traumáticas pasadas que continúan siendo fuente de malestar y producen episodios recurrentes de ansiedad para el evaluado.

Por otro lado, cabe destacar, que el Sr. Moreno presenta un nivel elevado en cuanto a Depresión (75), que sugiere una infelicidad notable así como una marcada disforia, siendo frecuentes en él, sentimientos de culpabilidad e insatisfacción. Este ítem se refleja en unas elevadas puntuaciones en las sub-escalas Cognitiva (Dep-c) (100), Emocional (Dep-e) (102) y Fisiológica (Dep-f) (76), que manifiestan que el evaluado presenta un bajo nivel de satisfacción vital, con marcados componentes de apatía y anhedonia, así como sentimientos de desesperanza y fracaso.

A su vez, presenta elevaciones en cuanto a Paranoia (Par) (75), manifestando suspicacia y hostilidad, con tendencia a la desconfianza y a tener pocos amigos íntimos. Esta tendencia se refleja en las sub-escalas Persecución (Par-P) (75) y Resentimiento (Par-R) (74), reflejando que el evaluado tiende a pensar que los demás intentan obstaculizar o dificultar su vida, así como una tendencia a atribuir cualquier desgracia a la falta de atención de los demás y a desacreditar a los demás, se evidencia una tendencia de envidia y poca cooperación.

El resto de los ítems relativos a las escalas clínicas se encuentran dentro de la normalidad.

Respecto al resto de las subescalas de la prueba, cabe destacar una elevación de la sub-escala Indiferencia social (Esq-S) (76) correspondiente a la escala clínica de Esquizofrenia (Esq) y que refleja que el Sr. Moreno no desea ni disfruta de las relaciones cercanas, presentando sumas dificultades e incomodidad en cuanto a las relaciones interpersonales.

Asimismo, se observa una elevación de la sub-escala Relaciones Interpersonales Problemáticas (Lim-p) (78) dentro de la escala clínica de Rasgos Límites (Lim), que indica numerosos problemas y fracasos del evaluado en sus relaciones con los

demás en el pasado, pudiendo ser un indicador de sentimientos de amargura, resentimiento y traición.

En cuanto a las escalas de relación con el tratamiento, el Sr. Moreno, presenta un elevado índice respecto a las Ideaciones suicidas (Sui) (110), considerándose una puntuación notablemente elevada, reflejando una actitud de desesperanza, inutilidad e incapacidad; asimismo puede reflejar que se siente rechazado por los demás, y sentir amargura por la manera en que ha sido tratado por otros. Asimismo, presenta un elevado nivel de Estrés (Est) (77), reflejando un alto grado de preocupación, rumiación e infelicidad. Por otro lado, presenta un elevado nivel de Falta de apoyo social (Fas) (71), con una pobre percepción de apoyo en su entorno, así como relaciones familiares o amistades distantes y/o conflictivas.

Si bien la escala de Agresión (Agr) (60) puede considerarse dentro de la media razonable, en las sub-escalas, se evidencia una elevación en cuanto a la Actitud Agresiva (Agr-A) (65) reflejando que el Sr. Moreno suele sentir frustración a menudo, y existe en él cierta hostilidad encubierta. Cabe destacar también, su mínima puntuación obtenida en la escala relativa al Rechazo al tratamiento (Rtr) (23), indicando el reconocimiento de dificultades y la percepción de una clara necesidad de ayuda para tratar estos problemas.

Siguiendo con los resultados, respecto a las escalas de relaciones interpersonales, destaca una baja Dominancia (Dom) (40), aspecto que refleja al Sr. Moreno como una persona retraída, con tendencia a cohibirse y a sentir incomodidad en las relaciones sociales. Asimismo, indica carencia de habilidades sociales y dificultades en las relaciones interpersonales.

Para finalizar, respecto a los índices complementarios, el Sr. Moreno, presenta cierta elevación en relación al Índice potencial de suicidio (Ips) (87), reflejando una serie de circunstancias vitales que pueden aumentar el riesgo de conducta suicida. Sin embargo, dados los resultados obtenidos en la exploración psicopatológica, se relaciona esta elevada puntuación con un intento de magnificar su malestar y de responder a la prueba de una forma negativa, de manera que, si bien se tiene en cuenta, no se concluye una tendencia o plan autolítico.

Se concluye un perfil de la personalidad disfuncional, con marcados componentes clínicos ansioso-depresivos, y rasgos de personalidad evitativos, obsesivos y dependientes que dificultan seriamente sus relaciones interpersonales. Su

funcionalidad y adaptación se ven afectadas/limitadas tanto a nivel individual como interpersonal.

Consideraciones y valoraciones

Por otro lado, **en relación a la esfera sexual**, el Sr. Moreno es una persona muy introvertida y con dificultades para expresar lo que le siente y le ocurre, por lo que a nivel clínico fue difícil explorar este ámbito; y ante lo cual se consideró adecuado administrarle en soporte de papel, un listado de la explicación de las diferentes desviaciones sexuales, en las que el reconocido debía marcar aquellas con las que se identificaba.

En cuanto a los resultados, las **desviaciones sexuales**, es decir, las parafilias que especificó el Sr Moreno que presentaba, se correspondían con la **pedofilia, masoquismo y sadismo**.

Según **DSM-5** (2014), los trastornos parafilicos son alteraciones de la conducta sexual (parafilias) que causan malestar o deterioro en el individuo, o cuya satisfacción conlleva un perjuicio personal o riesgo de daño a terceros. Las parafilias que presenta el evaluado son objeto de diagnosticarse como trastornos parafilicos por las consecuencias negativas derivadas las mismas.

Primeramente, en cuanto al **trastorno de pedofilia**, se constata una excitación sexual intensa y recurrente derivada de fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos que implican la actividad sexual con uno o más niños prepúberes (generalmente menores de 13 años). El individuo cumple estos deseos sexuales irrefrenables, o estos deseos o fantasías sexuales causan malestar importante o problemas interpersonales. El Sr. Moreno ha cumplido estos deseos sexuales y a su vez, estos deseos o fantasías sexuales han causado malestar importante y problemas interpersonales, por lo que se concluye que el Sr Moreno presenta un trastorno de pedofilia del tipo exclusivo con atracción sexual por el sexo femenino.

En cuanto al **trastorno de masoquismo sexual**, se refiere a la excitación sexual intensa y recurrente derivada del hecho de ser humillado, golpeado, atado o sometido a sufrimiento de cualquier otra forma, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos. Asimismo, estas fantasías, deseos

sexuales irrefrenables o comportamientos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

El Sr. Moreno, reconoce sentirse identificado con este tipo de alteración sexual, así como las consecuencias negativas derivadas de la misma, por lo que, se concluye la presencia de este trastorno parafilico.

Finalmente, en cuanto al **trastorno de sadismo sexual**, éste se refiere a una excitación sexual intensa y recurrente derivada del sufrimiento físico o psicológico de otra persona, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos. Asimismo, el individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables con una persona que no ha dado su consentimiento, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

El evaluado reconoce sentirse identificado con este tipo de alteración sexual, particularmente en relación a las menores; y se constata tanto por la falta de consentimiento, como por el malestar y deterioro causados, la presencia de este trastorno parafilico en el Sr. Moreno.

Según lo observado en las entrevistas y en las pruebas administradas, hemos visto que el Sr. Moreno presenta una personalidad desadaptativa, con marcados rasgos evitativos, obsesivos y dependientes que dificultan y limitan su funcionalidad. Asimismo, el Sr. Moreno presenta una clínica evidente ansioso-depresiva que dificulta aún más su estabilidad emocional.

El Sr. Moreno presenta grandes dificultades a la hora de establecer y mantener relaciones interpersonales con sus iguales, especialmente con el sexo opuesto, por lo que recurre a buscar atención y contacto con las menores de edad, justificando así su comportamiento y conductas inapropiadas. Resulta esencial señalar que el evaluado reconoce los hechos que se le atribuyen, pero evita reconocer su responsabilidad en los mismos. Su funcionalidad y adaptación se ven severamente afectadas y limitadas tanto a nivel individual como interpersonal.

Asimismo, se constatan la presencia de tres trastornos del comportamiento sexual, que causan malestar y deterioro en el evaluado, tanto a nivel personal, interpersonal, social y laboral. Asimismo, las alteraciones del Sr. Moreno han conllevado un perjuicio personal y a terceros, con un importante riesgo de daño a los mismos, y más concretamente a menores de edad.

Los tres trastornos parafilicos observados en el Sr. Moreno, corresponden al trastorno de pedofilia (excitación sexual intensa y recurrente derivada de fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos que implican la actividad sexual con uno o más niños prepúberes); trastorno de masoquismo sexual (excitación sexual intensa y recurrente derivada del hecho de ser humillado, golpeado, atado o sometido a sufrimiento de cualquier otra forma, manifestándose por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos) y trastorno de sadismo sexual (excitación sexual intensa y recurrente derivada del sufrimiento físico o psicológico de otra persona, manifestándose por fantasías deseos irrefrenables o comportamientos), cabe destacar que este último se da particularmente con menores de edad.

Todo ello se corresponde y es coherente con los resultados observados en la exploración psicopatológica, en la que se evidencia una personalidad introvertida y evitativa, graves dificultades en las relaciones interpersonales, unas importantes distorsiones cognitivas en relación al comportamiento sexual que son utilizadas para

minimizar, racionalizar, justificar y evitar asumir la responsabilidad de los actos de los que se le acusa, así como obsesión sexual centrada en menores de edad.

En el caso de los individuos con trastornos de la conducta sexual (p.ej como la pedofilia), suelen ser sujetos más bien solitarios, con marcadas dificultades sociales y de adaptación; resulta común que las relaciones con el sexo opuesto sean dificultosas y que no hayan mantenido relaciones sexuales adultas exitosas. Desde una perspectiva cognitiva, suelen ser frecuentes las distorsiones cognitivas, que actúan como elementos desinhibidores importantes así como un medio en la planificación en sus conductas. A nivel de psicopatología, en la mayor parte de trastornos parafilicos, existen severas deficiencias psicosociales relacionadas con la inmadurez, neuroticismo, baja autoestima, ansiedad, depresión, incompetencia social y actitudes anómalas hacia el sexo (Echeburúa, 1998).

En la causa de estas deficiencias y conductas anormales, se puede encontrar la influencia de experiencias tempranas anómalas, relacionadas con el aprendizaje de actitudes extremas negativas hacia la sexualidad o con algún tipo de negligencia durante la infancia. Las situaciones familiares disfuncionales o pautas de crianza inadecuadas, tales como la carencia de cuidados parentales o experiencias de maltrato y/o abuso en la infancia en el núcleo familiar, parecen tener una importancia muy relevante. Se observa un ciclo de abuso que parece mostrar una tendencia a repetirse de generación en generación, incluyendo todas las formas del mismo (Guerricaecheverría, 2005).

Asimismo, resulta esencial señalar, que el perfil de personalidad que presenta el Sr. Moreno así como los trastornos de la conducta sexual, se hallan íntimamente ligados a su historia personal. El evaluado, en el transcurso de las entrevistas y de la exploración psicopatológica, mostró una severa afectación en cuanto al relato de su infancia; reconociendo que, en una época de su niñez, había sido víctima de abusos sexuales por parte de su padre, cuando éste se hallaba bajo los efectos del alcohol. El evaluado mostró claras dificultades a la hora de relatar los sucesos, con una importante afectación emocional evidenciando sintomatología postraumática, que lleva a concluir, que dada la ausencia de revelación del abuso ni ningún tipo de tratamiento o atención, el evaluado no elaboró ni superó adecuadamente dicha experiencia, que ha conllevado a la instauración de rasgos disfuncionales y el desarrollo de una personalidad desadaptativa, una fuerte inestabilidad emocional y clínica ansioso-depresiva que implica una limitada adaptación y funcionalidad como individuo en todos los ámbitos de su vida. A su vez, al haber vivido tales

experiencias traumáticas tempranas, sin ningún tipo de recurso atencional o terapéutico, e incapaz de asumir dicha experiencia, se concluye que el Sr. Moreno tendió a repetir estos patrones de conductas disfuncionales, anteriormente vividos, con graves alteraciones del comportamiento sexual.

Queda evidenciado que el perfil de personalidad y estado psíquico del Sr. Moreno se corresponde con el de un individuo que a nivel clínico presenta una personalidad disfuncional y propia de un perfil con alteraciones de la conducta sexual, que ha conllevado a un severo perjuicio personal y a terceros y pone en peligro la propia seguridad y de terceros.

Finalmente, se concluye, que a pesar de presentar una personalidad desadaptativa con la presencia además, de trastornos parafílicos, el evaluado se hallaba en plena posesión de sus facultades cognitivas y volitivas en el momento de la comisión de los hechos que se le atribuyen.

Asimismo, independientemente de la plena imputabilidad el evaluado, se considera necesario y adecuado, la implementación de un tratamiento psicológico y psiquiátrico para intervenir en sus trastornos de la conducta sexual y favorecer su adaptación personal e interpersonal.

Conclusiones

1. El Sr. Alejandro Moreno Rotazarro muestra un perfil de la personalidad desadaptativo, con rasgos evitativos, obsesivos y dependientes; así como una clínica ansioso-depresiva que limita y afecta a su estabilidad emocional, su adaptación y funcionalidad.
2. El reconocido presenta trastornos del comportamiento sexual, en especial 3 trastornos parafilicos: Trastorno de pedofilia, trastorno de masoquismo sexual y trastorno de sadismo sexual.
3. Se considera que en el momento de la comisión de los hechos de los que se le acusa, el Sr. Moreno se encontraba en plena posesión de sus capacidades cognitivas y volitivas.
4. Independientemente de las medidas penales que puedan acordarse, el reconocido es tributario de un tratamiento psicológico y psiquiátrico.

Es todo cuanto tengo el honor de hacer constar, quedando en disposición de ampliar o aclarar cuantas cuestiones se planteen, firmando el presente informe.

Anna Bruch Granados
Psicóloga

Conclusiones

El abuso sexual infantil constituye un grave problema social que conlleva complejas y severas consecuencias e implicaciones más allá del ámbito legal. Si bien se ha constatado un descenso general de este tipo de delitos en nuestro contexto social, la persistencia de elevadas cifras, obligan a asumir la existencia de un problema en el contexto sociocultural y al desarrollo de métodos de adecuada intervención.

El factor más relevante en cuanto a la magnitud del problema, es el atentado contra la libertad, dignidad e intimidad hacia una víctima menor de edad, basada en una relación de abuso de poder entre agresor y víctima, mediada por factores de manipulación y engaño.

El abuso sexual infantil puede llegar a afectar a un 15-20% de la población, con una afectación de un 10% en víctimas niños y un 20% en víctimas niñas. Cobran especial relevancia aquellos abusos sexuales sucedidos en el entorno familiar (abusos intrafamiliares) por suponer una ruptura y disociación de los vínculos afectivos y la tendencia a la continuidad de los mismos.

Queda evidenciado que dado el carácter de trauma del abuso sexual infantil, las víctimas presentan unas consecuencias psicológicas a corto y a largo plazo que resultan devastadoras para su funcionamiento psicológico y social, y que, sin un tratamiento adecuado, éstas pueden instaurarse en la personalidad de la víctima dando lugar a rasgos disfuncionales y trastornos de personalidad.

Dada la elevada prevalencia de casos de abusos sexuales con historial previo de maltrato y/o abuso infantil, se planteó la hipótesis de una posible relación causal entre la vivencia de abusos sexuales en la infancia y la comisión de delitos sexuales en la vida adulta. Por una parte, desde las teorías del aprendizaje y las primeras experiencias, se explica la transmisión intergeneracional de la violencia como un factor de riesgo potencial para convertirse en maltratador o a agresor en la vida adulta, a causa de la ausencia de habilidades aprendidas, de la interiorización del patrón de conducta violento como exclusivo y válido, así como el deterioro de las relaciones vinculares y el desarrollo de conductas disfuncionales.

Por su parte, las teorías psicodinámicas también explican los mecanismos de repetición de patrones y conductas disfuncionales, como una forma de incapacidad de asimilación y superación del trauma, así como un intento inconsciente de

comprender lo incomprendido y reexpresar lo sucedido, contemplando la propia experiencia de abuso como un factor de riesgo en relación a la repetición de patrones y conductas disfuncionales.

Así, se concluye que el hecho de haber sido víctima de abusos sexuales en la infancia, es un factor de riesgo en relación a convertirse en futuro agresor, con un gran peso explicativo en este tipo de conductas; sin embargo, no se puede determinar una relación causal entre ambos hechos, por la gran variabilidad interindividual de las víctimas y su desarrollo.

Asimismo, son evidentes diversos conjuntos de factores amortiguadores y protectores, que favorecerían el desarrollo de las víctimas hacia una dirección más funcional, éstos, actúan por una parte, como protectores frente al desarrollo de psicopatología y favoreciendo a la recuperación y adaptación, así como a la ruptura de la transmisión de la violencia, amortiguando y evitando así, la psicopatología crónica y la repetición de estas conductas.

Finalmente, desde el marco de la psicología positiva, se enfatiza en la importancia del enfoque de la resiliencia psicológica para el abordaje e intervención en las víctimas de situaciones traumáticas. Se constata que la resiliencia psicológica resulta una variable de protección frente al desarrollo de psicopatología tras la experiencia traumática, así como la premisa de que el abuso sexual infantil no determina la vida del sujeto, siendo posible un desarrollo sano, pleno e integrado, así como una buena calidad de vida, a pesar de haber sido víctima de estas graves vulneraciones.

En cuanto al marco práctico del presente trabajo, se ha constatado que una adecuada exploración y evaluación psicológica de una de las partes implicadas, el agresor en el presente caso, permite reconocer el perfil psicosocial del mismo así como las implicaciones derivadas del mismo, y ha quedado evidenciado, como por la ausencia de una revelación temprana y la ausencia de un tratamiento adecuado, la víctima tendió a la repetición de los patrones anteriormente vividos, convirtiéndose en agresor.

Se concluye que, si bien, la vivencia de una experiencia traumática temprana puede conllevar consecuencias psicopatológicas para las víctimas y el desarrollo de una personalidad disfuncional; el acceso a un buen conjunto de factores amortiguadores

y protectores, puede favorecer a un crecimiento positivo postraumático para la víctima así como a un desarrollo adecuado y funcional.

Como último punto, quisiera mostrar mi más sincero agradecimiento a las personas que me han brindado su apoyo y sabio consejo durante la realización del presente TFG, especialmente a mi tutora, Marta Vizcaíno y Laura Amado.

Bibliografía

- Aburto, M. (2007). Psicotraumatología. El trauma temprano. *Revista electrónica de psicoterapia. Clínica e investigación relacional*, Vol 1(1), pp 91-109.
- Aguilar, M. (2009). Abuso sexual en la infancia. *Anales de Derecho*, Vol (27), pp 210 – 240.
- Allport, G. (1986). *La personalidad, su configuración y desarrollo*. Barcelona: Herder.
- American Psychiatry Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ª Ed*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Aracena, M; Castillo, R; Haz, A; Cumsille, F; Muñoz, S; Bustos, S; Román, F. (2000). Resiliencia al maltrato infantil. *Revista de psicología de la Universidad de Chile*. Vol (IX)(1), pp 11-28.
- Arboleda, M; Cantón, D y Cantón, J. (2011). Consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil: Papel de la naturaleza y continuidad del abuso y del ambiente familiar. *Psicología Conductual*, Vol. 19. pp. 41-56.
- Baita, S. y Moreno, P. (2015). *Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en justicia*. Montevideo: UNICEF Uruguay.
- Cortés, M; Cantón, J y Cantón, D. (2011). Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. *Gaceta Sanitaria*, pp. 157-165.
- Echeburúa, E. (1998). *Personalidades violentas*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Echeburúa, E; Corral, P (2005). ¿Cómo evaluar las lesiones psíquicas y las secuelas emocionales en las víctimas de delitos violentos?. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, Vol 5, pp. 57-73.
- Echeburúa, E y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E y Guerricaecheverría, C. (2005). *Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos del abuso sexual infantil*. En *Violencia contra niños* (pp. 86-112). Barcelona: Ariel.
- Francia, M; Rodríguez, M (2008). Trastorno de estrés postraumático y trastorno límite de la personalidad: ¿Es posible una distinción clara entre ambos trastornos?. *Interpsiquis. 9º Congreso virtual de psiquiatría*, pp 1-15.
- González, E; Martínez, V; Leyton, C; Bardi, A. (2004). Características de los abusadores sexuales. *Revista Sogía*, pp. 6-14.

- Guerricaecheverría, C. (2005). Asistencia a las víctimas de experiencias traumáticas. El abuso sexual en la infancia. *Fundación Asmoz. Universidad del País Vasco*, pp. 3-23.
- Lameiras, F. (2002). *Abusos sexuales en la infancia. Abordaje psicológico y jurídico*. Madrid: Biblioteca nueva.
- López, F. (1995). *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*. Salamanca: Amarú.
- López, F. (1997). *Abuso sexual: un problema desconocido*. En *Niños maltratados*. Madrid: Díaz de Santos.
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El trauma complejo. *Revista de Psicopatología y psicología clínica*, pp. 159-174.
- Morelato, G. (2011). Maltrato infantil y desarrollo: Una revisión de los factores de resiliencia. *Pensamiento psicológico*. Vol 9(17). pp 83-96.
- Muñoz, V; De Pedro, F (2005). Educar para la resiliencia. Un cambio de Mirada en la prevención de situaciones de riesgo social. *Revista Complutense de Educación*, Vol16 (1), pp 107-124.
- Navarro, E. R. (2013). La transgeneracionalidad y los patrones de apego (Tesis doctoral, Universidad Católica Pontificia del Perú, 2013). *Correlatos entre el psicoanálisis y las neurociencias*, pp 1-71.
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del psicólogo*, pp. 191-201.
- Pereda, N. (2011). Resiliencia en niños víctimas de abuso sexual: el papel del entorno familiar y social. *Revista de Educación social*. Nº 49.pp 103-114.
- Pereda, N y Gallardo-Pujol, D. (2010). Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. *Gaceta Sanitaria*, pp. 233-239.
- Pereda, N; Gallardo, D; Padilla, R. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas especializadas Psiquiatría*, pp. 131-139.
- Pinto, C. (2014). Resiliencia psicológica: Una aproximación hacia su conceptualización, enfoques teóricos y relación con el abuso sexual infantil. *Summa Psicológica UST*. Vol 11 (2), pp 19-33.
- Quiceno, J; Mateus, J; Cardenas, M; Villareal, D; Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. Vol.18(2), pp. 107-117.

- Rubins, C. (2006). Abuso sexual infantil: las secuelas en adultos. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, pp. 88-96.
- Saldaña, J. (2014). Trauma, personalidad y resiliencia. Una visión aproximada desde la psicoterapia breve integrada. *Revista Digital de medicina psicosomática y psicoterapia*, Vol 4 (3), pp 1-28.
- Sanmartín, J. (2005). *Violencia contra niños*. Barcelona: Ariel.
- Vera, B; Carbelo, B y Vecina, M. (2006). La experiencia traumática desde la Psicología positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del psicólogo*. Vol.27(1), pp. 40-49.
- Villanueva, I. (2013). El abuso sexual infantil: perfil del abusador, la familia, el niño víctima y consecuencias psíquicas del abuso. *Psicogente*, 16 (30), pp 451-470.
- Vitriol, V. (2005). Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, pp. 88-96.
- Weil, K; Florenzano, R; Vitriol, V; Cruz, C; Carvajal, C; Fullerton, C; Muñiz, C. (2004). Trauma infanto juvenil y psicopatología adulta: un estudio empírico. *Revista médica Chile*, (132), pp 1499-1504.