



**UNIVERSIDAD DE ALMERÍA**

**DOCTORADO EN FILOSOFÍA (PhD)**

**SEXUALIDAD EN MUJERES  
CON HISTORIA DE VIOLENCIA SEXUAL**

**TESIS DOCTORAL**

Aida María Freites Betances

Directores:

Dr. Luis Ortiz Jiménez

Dra. Rosa María Zapata Boluda

Almería, 2020





## **CONSTANCIA DE TRABAJO INÉDITO**

La doctoranda Aida María Freites Betances y los directores de la tesis, el Prof. Dr. Luis Ortiz Jiménez y la Prof. Dra. Rosa María Zapata Boluda.

Garantizamos al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo la dirección de los directores de la tesis, que en la realización del trabajo se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones, que tras la redacción, la presente memoria ha sido revisada por nosotros y la encontramos conforme para ser presentada y aspirar al grado de Doctor ante el Tribunal propuesto.

Y para que conste, en cumplimiento de las disposiciones vigentes, firmamos la presente en,

Almería a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2020

**Doctoranda**

Fdo. Aida María Freites Betances

**Directores de la Tesis**

Fdo. Dr. D.. Luis Ortiz Jiménez

Dra. Rosa María Zapata Boluda



## **DEDICATORIA**

A mi esposo Andrés, por siempre estar para mí y por todo lo que significa en mi vida.

A Andrés Antonio, Ana Lucía y Andrea Cristina, mis tres regalos del cielo.



## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por tantas bendiciones recibidas.

A mi familia, mi madre, mis hermanas, mi sobrina y mi suegra por su presencia en mi vida y por todo el apoyo siempre recibido.

Mi agradecimiento a todas las personas que contribuyeron de una manera u otra a la realización de este trabajo de investigación.

Al Instituto de Sexualidad Humana, de manera muy especial a el Dr. Rafael García y la Dra. Rosario Fadul por su amistad y por su gran apoyo y estímulo para la realización de este proyecto doctoral.

Al Dr. Luis Ortiz Jiménez y a la Dra. Rosa Zapata Boluda por su tiempo y sus valiosas aportaciones en la dirección y asesoría de esta investigación, también al Dr. Cayetano Aranda quien muy gentilmente hizo aportes magníficos.

De igual modo, mi agradecimiento a la Dra. Raquel Alarcón por su disposición a ayudar para la finalización de este proyecto.

Mi especial agradecimiento a Carmen Dolores, mi hermana por su solidaridad y gran ayuda en la redacción de este trabajo.

De igual modo, agradecer a mis amigos y compañeros, Sara Guerrero, Josefina Romero, Ramón Almánzar y Antonio Ruiz por todo su apoyo.

Finalmente, agradecer a todas las mujeres que valientemente compartieron sus historias conmigo e hicieron posible la realización de esta investigación. A todas ellas: ¡Mil gracias!



## ÍNDICE

CONSTANCIA DE TRABAJO INÉDITO .....	3
DEDICATORIA .....	5
AGRADECIMIENTOS .....	7
RESUMEN .....	13
SUMMARY .....	14
CONSIDERACIONES PRELIMINARES .....	15
INTRODUCCIÓN .....	19
BLOQUE I: MARCO TEÓRICO .....	23
CAPÍTULO I. ABUSO SEXUAL INFANTIL.....	23
1.1 Definiciones y conceptos relacionados .....	23
• Incesto .....	25
• Agresión sexual indirecta .....	26
• Agresión sexual directa .....	26
• Abuso sexual .....	26
• Violación por extraños .....	26
• Abuso sexual infantil con o sin contacto físico.....	27
• Imágenes de abuso sexual a través de las TIC .....	27
• Explotación sexual infantil y trata de menores .....	28
1.2 Antecedentes históricos del abuso sexual.....	28
1.3 Factores de riesgo .....	30
• Contexto familiar.....	30
• Contexto Socio-cultural.....	30
1.4 Características de las víctimas .....	31
1.5 Perfil del agresor .....	33
1.6 Fases de abuso sexual .....	33
1.7 Consecuencias del abuso sexual a corto y largo plazo .....	34
1.8 Psicopatologías asociadas al abuso sexual.....	38
• Depresión.....	38
• Síndrome de estrés postraumático (TSPT).....	38
• Síntomas de disociación .....	40
• Síntomas somáticos .....	40
1.9 El Síndrome de acomodación al abuso sexual infantil.....	41
1.10 Revelación de la conducta abusiva .....	42
1.11 Prevalencia.....	46
1.12 La educación sexual como prevención del abuso sexual.....	48
CAPÍTULO II. SEXUALIDAD .....	51
2.1 Sexualidad.....	51
2.2 Sexualidad femenina.....	53
2.3 La respuesta sexual femenina .....	54

2.4 Disfunciones Sexuales Femeninas .....	55
CAPÍTULO III. ABUSO SEXUAL Y SEXUALIDAD .....	59
3.1. Impacto del abuso sexual en el desarrollo sexual .....	59
3.2. Algunas Formulaciones Teóricas del abuso sexual .....	60
3.3 Revictimización .....	64
3.4 Efectos en la sexualidad de las víctimas .....	64
3.5 Impacto en las relaciones de pareja .....	69
CAPÍTULO IV. ESTUDIOS REALIZADOS DEL ABUSO SEXUAL .....	71
BLOQUE II: OBJETO DE ESTUDIO Y METODOLOGÍA .....	81
CAPÍTULO V. ÁMBITO DE ESTUDIO Y OBJETIVOS .....	81
5.1 Objeto de Estudio.....	81
5.2 Objetivos .....	82
Objetivo General .....	82
Objetivos específicos.....	82
CAPÍTULO VI. DECISIONES METODOLÓGICAS .....	83
6.1 Tipo de estudio.....	84
6.2 Población de estudio .....	85
Características socio-demográficas de las participantes .....	87
6.3.1 Instrumento.....	87
6.4 Procedimiento .....	90
6.5 Análisis de los datos.....	92
6.6 Aspectos éticos de la investigación.....	92
BLOQUE III: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS .....	97
CAPÍTULO VII. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	97
7.1 Contexto familiar .....	97
7.1.1 Educación sexual .....	102
7.2 Experiencia de abuso sexual .....	106
7.2.1 Edad de inicio, frecuencia y duración del abuso .....	106
7.2.2 Tipos de Abuso Sexual.....	108
7.2.3 Mecanismos utilizados por el agresor .....	108
7.2.4 Relación con el agresor .....	112
7.2.5 Revelación del secreto.....	114
7.2.6 Sentimientos relacionados a la experiencia de abuso.....	117
- Sentimientos relacionados al agresor .....	118
- Sentimientos dirigidos a las personas supuestas a protegerlas.....	119
- Sentimientos hacia ellas mismas .....	120
7.3 Impacto en la sexualidad de la experiencia del abuso .....	122
7.3.1 Comportamiento sexual.....	122
7.3.2 Funcionamiento sexual.....	123
7.3.3 Prácticas Sexuales .....	125
7.3.4 Disociación.....	126

7.3.5	Preferencia Sexual .....	126
7.3.6	Autoestima.....	128
7.4	Integración de los resultados.....	132
7.4.1	Cuadro de Resultados .....	134
7.4.2	Cuadro de temas, subtemas y meta-temas.....	137
7.4.3	Relación de la desprotección y desvalorización e impacto en la sexualidad.....	140
7.4.4	Ejemplo del impacto del abuso sexual en la sexualidad .....	140
7.4.5	Relación del impacto del contexto familiar y el abuso sexual en la autoestima y la sexualidad .....	141
CAPÍTULO VIII DISCUSIÓN.....		143
8.1	Dinámica Contexto Familiar .....	143
8.2	Caracterización del abuso sexual.....	148
8.3	Significado de la experiencia de abuso sexual.....	151
8.4	El impacto del abuso sexual en la sexualidad.....	153
CAPÍTULO IX CONCLUSIONES .....		163
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		173
ANEXOS .....		193
Guía de Preguntas .....		193
Consentimiento Informado .....		196
PRODUCCIÓN CIENTÍFICA .....		197
Certificado de aceptación de trabajos para publicar .....		197
Artículo Publicado .....		196
XVIII Jornada de Investigación Científica de la Universidad UASD .....		221



## **RESUMEN**

Se realizó un estudio cualitativo basado en la teoría fundamentada para conocer de la propia voz de la víctima el significado de la experiencia de abuso y de qué manera esta ha impactado en su sexualidad. Este se hizo a través de entrevistas a profundidad a 12 mujeres con historia de abuso sexual en la niñez y /o adolescencia. Se consideraron tres categorías de análisis: contexto familiar, experiencia de abuso y sexualidad. Se encontró que el abuso sexual es una experiencia que impacta de manera negativa la sexualidad de la víctima. Dos meta -temas surgieron resultantes del contexto familiar y de la experiencia de abuso: Los sentimientos de desprotección y desvalorización. El entorno familiar estuvo caracterizado por violencia, relaciones no dignas de confianza, crianza fuera del núcleo familiar y discapacidad o muerte de uno de los padres; así como una pobre educación sexual. Estos elementos se constituyen en factores de vulnerabilidad al abuso sexual y a la re-victimización. Por su lado, la experiencia de abuso produce desconcierto, dolor, rabia, culpa y vergüenza. El dolor ante la traición de alguien cercano que comete el abuso, la escasa respuesta de las personas llamadas a protegerle, luego de revelado el abuso, y el miedo a la estigmatización social, hace que se experimente de nuevo sentimientos de desprotección y desvalorización. La sexualidad es experimentada con miedo, vergüenza y culpa lo que resulta en dificultades para el disfrute y placer sexual, aversión sexual, involucramiento en relaciones indiscriminadas de corta duración, dolor en la relación, flashbacks del evento traumático, confusión en cuanto a su preferencia sexual y una baja autoestima sexual. Los resultados aportan una mejor comprensión de la problemática del abuso sexual y contribuyen a trazar mejores lineamientos en el abordaje, tratamiento y prevención.

Palabras claves: sexualidad, abuso sexual infantil, dificultades sexuales

## **SUMMARY**

A qualitative research was carried out based on grounded theory to know the victim's own voice regarding the meaning of their experience of abuse and how it has impacted on their sexuality. This was done through in-depth interviews with 12 women with a history of sexual abuse in childhood and / or adolescence. Three categories of analysis were considered: family context, experience of abuse and sexuality. It was found that sexual abuse is an experience that negatively impacts the sexuality of the victim. Two meta-themes emerged as a result of the family context and the experience of abuse: feelings of vulnerability and devaluation. The family environment was characterized by violence, untrustworthy relationships, alcoholism, upbringing outside their immediate family and disability or death in one of the parents; as well as a poor sexual education. These elements result in factors of vulnerability towards sexual abuse and re-victimization. On the other hand, the experience of sexual abuse produces uncertainty, pain, rage, guilt, and shame. The pain caused by the betrayal of someone close to the victim who commits the abuse, the scant response from the people called to protect, after revealing the abuse, and the fear of the social stigmatization makes the lack of protection and unworthiness reoccurring. Sexuality is experienced with fear, shame and guilt which results in difficulties for enjoyment and sexual pleasure, sexual aversion, involvement in short-term indiscriminate relationships, painful intercourse, flashbacks of the traumatic event, confusion as to their sexual preference and low sexual self-esteem. The results provide a better understanding of the problem of sexual abuse and help to draw better guidelines in the approach, treatment and prevention.

Key words: Sexuality, child sexual abuse, sexual difficulties

## **CONSIDERACIONES PRELIMINARES**

Graduada en psicología clínica, desde los inicios de mi ejercicio profesional me involucré en el trabajo voluntario en instituciones que desarrollaban programas en el área de identificación y prevención del maltrato infantil en todas sus vertientes, incluyendo el abuso sexual.

Más adelante, realizo estudios de postgrado en el área de terapia sexual y de pareja, y tengo la oportunidad junto al Dr. Rafael García Álvarez y a un grupo de profesionales, de diferentes disciplinas del área de la salud, de formar parte del proyecto de fundación del Instituto de Sexualidad Humana. El mismo está ubicado dentro del campus de la Universidad Autónoma de Santo Domingo y surge con la intención de dar servicio de educación, asistencia médica y psicológica en el área de la sexualidad a la población estudiantil y al público en general.

El trabajo dentro de la institución me permitió seguir ampliando mis conocimientos acerca de la sexualidad humana a través de mi participación como terapeuta en diferentes programas creados en el instituto, que respondían a las demandas del momento. Así, a finales de los años 80, ante la epidemia del Sida me involucro en el trabajo con pacientes VIH + dándoles consejería pre y post prueba, entrega de resultados, terapia de educación y apoyo emocional individual y en grupo a pacientes y familiares.

De igual modo, tuve la experiencia de trabajar con mujeres mastectomizadas dirigiendo por varios años un programa de apoyo emocional en el Instituto Oncológico “Dr. Heriberto Pieter” donde se abordaban aspectos relacionados a la sexualidad, autoestima e imagen corporal. El acompañamiento a estas mujeres durante este proceso de pérdida, me ayudó a desarrollar una sensibilidad y actitud más empática en la comprensión del significado particular que cada una de ellas atribuía a la vivencia de este evento en sus vidas.

Más tarde realizo mi primera investigación cualitativa en la tesis presentada para concluir mis estudios de maestría en terapia familiar. En esta investigación titulada “Impacto del Universo de justicia relacional en la dinámica familiar de madres en uniones monógamas en serie”, trabaje con un grupo de mujeres solteras, jefas de hogares, con hijos procedentes de diferentes relaciones. El propósito de este estudio era conocer la experiencia de crecer en su familia, el significado de la inversión o no inversión en ellas de personas significativas, en término de tiempo, cuidados, afecto; experiencias de sentirse reconocidas, valoradas, amadas o por el contrario explotadas, rechazadas y abusadas. Las familias de estas mujeres se caracterizaban por una madre a menudo depresiva, un padre ausente o con una presencia incoherente en la vida de sus hijos, donde la madre se queda con los hijos, pero parentifica a las abuelas delegando muchas veces en ellas la crianza y cuidado de los mismos. Es importante destacar como en las historias de estas mujeres, el abuso, fue un evento presente y determinante en diferentes momentos de sus vidas, y que de alguna manera marcaron sus relaciones.

Actualmente laboro como terapeuta tanto a nivel privado, como en el Instituto de Sexualidad Humana y soy parte del personal docente, en la formación de terapeutas dentro de los programas de Maestría de Terapia Sexual y de Pareja y Terapia Familiar, desde sus inicios.

A lo largo de mi práctica clínica he encontrado de manera frecuente en la historia de pacientes, que acuden a la consulta de terapia sexual y familiar, una experiencia de abuso sexual durante su niñez y/ o en la adolescencia. Sin embargo, la misma naturaleza secreta de esta conducta, hace que esta se mantenga oculta, por muchos años, sin que se hable abiertamente sobre este evento, incluso dentro del contexto terapéutico y mucho menos que se reporte este acto abusivo. Lo mismo he podido observar, como docente, en el proceso de formación de nuevos terapeutas sexuales y familiares, cómo algunos de ellos, al presenciar o escuchar un caso clínico que involucre una historia de abuso sexual, se conectan con su propia experiencia de abuso.

El abuso sexual, aunque no es algo nuevo, sin embargo, no siempre se reconoce como un evento que ocurre frecuentemente y con consecuencias devastadoras para las víctimas. Por esto, entiendo que es necesario hablar sobre la existencia e impacto de este fenómeno y que se reconozca como un problema que hay que abordar y que mejor manera que desde la propia voz de las víctimas.

*“La sexualidad puede ser a su vez excitante y confusa, los sentimientos sexuales van y vienen y pueden ser controlados o expresados; siempre va a ser una decisión personal; los derechos sexuales propios y los de otros deben ser valorados y respetados de la misma manera. La sexualidad es un ingrediente esencial dado por Dios para el bienestar del ser humano desde su nacimiento hasta la muerte.”*

*Domeena Renshaw, 1982.*

## **INTRODUCCIÓN**

El abuso sexual en niños y adolescentes sigue siendo un problema significativo a nivel mundial. Los niños y adolescentes que han sido sexualmente abusados con frecuencia experimentan un amplio repertorio de problemas físicos, psicológicos y sociales, y estos problemas generalmente se mantienen en la edad adulta (Parker & Tuner, 2013; Lil, et al., 2016; Papalia et al., 2017; Maalouf et al., 2020).

La sexualidad es un aspecto central del ser humano durante toda su vida (OMS, 2018). La salud sexual es un estado de bienestar mental, físico y social en relación con la sexualidad. Requiere que se le dé un enfoque positivo y respetuoso tanto a la sexualidad como a las relaciones sexuales. Además, se debe dar a la persona la posibilidad de tener experiencias sexuales seguras y placenteras, libres de violencia coacción y discriminación (OMS, 2016)

No se tiene un conocimiento exacto sobre cómo y hasta donde la experiencia de abuso sexual afecta el funcionamiento sexual. Sin embargo, las investigaciones realizadas resaltan la necesidad de reconocer la importante influencia que pueden tener las experiencias abusivas experimentadas en la niñez, en la salud, ejecución y satisfacción sexual (Loeb, 2002).

Es frecuente observar en pacientes que acuden a consulta con dificultades sexuales la presencia de síntomas y trastornos personales y relacionales. Esto ocurre especialmente cuando tienen múltiples experiencias previas de diferentes tipos de abuso o maltrato en la infancia ya sea físico, sexual o psicológico, relacionados a la complejidad de los síntomas. Bigras, et al. (2017); Brotto, et al. (2016) han señalado la importancia de abordar los síntomas psicológicos y relacionales clínicamente significativos a la hora de tratar dificultades sexuales en adultos que demandan terapia sexual, que pudieran tener su origen en experiencias previas de abuso.

Los datos estadísticos en relación al abuso sexual en la infancia y adolescencia son imprecisos, debido a que estos ocurren de manera encubierta, en secreto y suelen

estar asociados con intensos sentimientos de vergüenza que impiden a niños y a adultos buscar ayuda. Esto es corroborado en un estudio realizado por Hebert et al. (2009) en hombres y mujeres adultos sobre la prevalencia de historia de abuso sexual y el tiempo en que se reportó el mismo. Se encontró un 22.1% de prevalencia en mujeres y un 9.7% en hombres. Alrededor de 1 de cada 5 sobrevivientes nunca hablo sobre el abuso. Las víctimas de abuso sexual en la infancia que nunca revelaron el abuso o que tardaron en hacerlo, mostraron más tendencia a puntuar niveles clínicos de dificultades psicológicas y stress post-traumáticos, en comparación con adultos sin historia de abuso. Por esta razón, se presume que existe una población importante de muchas víctimas, adolescentes y adultos, de distintos estratos sociales, económicos y culturales, que fueron violentados sexualmente, que todavía no reciben asistencia psicológica.

En la revisión de estudios realizados sobre el tema, abundan las investigaciones cuantitativas sobre sexualidad y la experiencia de abuso sexual. A pesar de la alta prevalencia y de las consecuencias adversas que deja en las personas que lo experimentan, muy poco se ha escrito desde la mirada de las víctimas.

La perspectiva cualitativa nos ayuda a comprender las narraciones personales que los sujetos expresan en relación a su interacción con un determinado asunto o temática.

Acercarse desde la percepción que las propias personas implicadas tienen del objeto de estudio, permite una profunda e intensa comprensión sobre la experiencia y naturaleza del mismo, desde el punto de vista de sus protagonistas, en este caso, la sexualidad en mujeres con historia de abuso sexual, por ser estas más vulnerables a sufrir las consecuencias del mismo.

El objeto es reunir información sobre aspectos de la sexualidad, tales como sentimientos relacionados a la actividad sexual, frecuencia y variedad, así como los motivos para participar o evitar la relación sexual, que ayuden a tener una visión más completa de la forma y el proceso por el cual la experiencia de violencia sexual, de estas mujeres, ha incidido en su sexualidad.

En esta investigación se dan a conocer los relatos narrados directamente desde lo más íntimo de un grupo de mujeres sobre el significado que ellas le han atribuido a sus vivencias de abuso sexual y su efecto en la forma en que ellas perciben y viven su sexualidad. Relatos, que por muchos años estuvieron guardados, otros probablemente “secretos a voces”, aun anhelando ser escuchados. En palabras de una de las participantes:

*“Nunca antes, nadie se había interesado en escuchar los detalles de mi historia de abuso”*

A través del análisis de estos relatos, espero que se escuche la voz de miles de mujeres, que han sido afectadas y aún permanecen sin recibir ayuda, y con ello, al igual que en mi experiencia personal, despertar la sensibilidad de otros hacia el alcance del impacto de esta problemática y del manejo que se le da a la misma.

Los temas encubiertos en las narraciones de las víctimas pueden ayudar a desarrollar la capacidad empática tanto de los terapeutas sexuales en formación, así como la de los profesionales de la salud que trabajan con esta población y a su vez, servir de base para el desarrollo de acercamientos más apropiados de tratamiento, tomando en cuenta el impacto que la violencia sexual tiene en la salud y bienestar de la persona.

En este sentido, Bethel (2018) puntualiza “Debemos perder el miedo a indagar sobre las experiencias de abuso sexual” señalando que aunque se ha reconocido la importancia de una historia de abuso en el paciente, hay poca evidencia de que los profesionales de la salud mental lo incluyan como parte de su evaluación. Indagar de manera rutinaria sobre una historia de abuso sexual ofrece la oportunidad de revelar un secreto que muchas víctimas buscaban por años hacer, un paso considerado, además, vital en el proceso de recuperación.

De igual modo, pretendo resaltar la importancia de sugerir mejoras en las estrategias de los programas de prevención del abuso, a través de una educación

sexual que resalte los aspectos positivos de la sexualidad y la igualdad y el respeto de los derechos sexuales.

Esta investigación se estructura de la siguiente manera: Bloque I: Marco teórico, compuesto por el Capítulo I Abuso sexual, definiciones, clasificaciones, consecuencias; Capítulo II Sexualidad, sexualidad femenina y disfunciones sexuales; Capítulo III Abuso sexual y sexualidad, impacto del abuso sexual en la sexualidad y algunas formulaciones teóricas del abuso; Capítulo IV Estudios realizados, donde se hace una revisión de las investigaciones más relevantes relacionadas al tema de estudio. Bloque II: Objeto de estudio y metodología, que incluye el Capítulo V Ámbito de estudio y objetivos; Capítulo VI Decisiones Metodológicas, donde se describen los aspectos metodológicos más importantes de la investigación como tipo de estudio, población, instrumentos utilizados, procedimiento y plan de análisis. Bloque III: Análisis e interpretación de los datos que incluye el Capítulo VII Presentación de los Resultados, Capítulo VIII Discusión y el Capítulo IX Conclusión. Finalmente, las referencias bibliográficas y los anexos.

## **BLOQUE I: MARCO TEÓRICO**

### **CAPÍTULO I. ABUSO SEXUAL INFANTIL**

#### **1.1 Definiciones y conceptos relacionados**

La violencia sexual se define como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales, no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo, la sexualidad de una persona, mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo" (Organización Mundial de la salud, 2011).

La violencia sexual es una realidad presente en todos los países y clases sociales. Puede presentarse en forma de abuso sexual, acoso, violación o explotación sexual en la prostitución o la pornografía. Siendo en todos los casos una grave violación a los derechos del niño (UNICEF, 2011).

La Organización Mundial de la Salud (2003) ha definido el abuso sexual infantil como “el involucramiento de un niño en actividades sexuales que él o ella no comprende y es incapaz de dar un consentimiento informado o una actividad para la cual el niño por su nivel de desarrollo no está preparado, o que viola las leyes o tabúes sociales”.

Además de la existencia de contactos de carácter sexual, el abuso sexual se define en función de otros criterios, como son:

- La asimetría de edad entre el abusador y la víctima, requiriéndose que el adulto abusador tenga unos determinados años más que el menor (entre cinco y diez años más).
- La coerción, es decir, la utilización de la fuerza física, la presión o el engaño por parte del adulto para conseguir abusar de la víctima.

- La asimetría de poder entre el abusador y la víctima. Esta asimetría puede derivar de la asimetría de roles, la diferencia de edad, de fuerza física, de capacidad psicológica, etc. (Arruabarrena y De Paul, 1999).

Por su parte, Berliner y Elliot (2002) en su definición de abuso sexual enfatiza el elemento del consentimiento, el cual no existe en el contexto del abuso sexual infantil. Refieren que el abuso sexual incluye cualquier actividad con un niño o niña en el cual no hay consentimiento o este no puede ser otorgado. Esto incluye el contacto sexual que se consigue por la fuerza, independientemente de la edad de los participantes, y todos los contactos sexuales entre un adulto y un niño o niña, independientemente de si el niño o niña ha sido engañado o de si entiende la naturaleza de la actividad.

De ahí que el abuso sexual infantil se refiere a cualquier conducta sexual mantenida entre un adulto y un menor. Más que la diferencia de edad, lo que define el abuso es el contexto de desigualdad o asimetría de poder entre los implicados realizado generalmente a través del engaño, la fuerza, la mentira o la manipulación (Orjuela y Rodríguez, 2012). Aun cuando no se de violencia manifiesta ni amenazas de agresión, esta interacción se considera coercitiva e ilegal, ya que el menor no tiene un nivel adecuado de madurez intelectual y psicológico para entender el significado de esta acción y sus consecuencias y por ende, no puede dar un consentimiento informado sobre una relación sexual (Crooks, y Baur, 2009).

Según los estudios de Finkelhor et al. (2008) en E.U. un 77% de los abusos son cometidos por adultos, mientras un 23% del abuso sexual infantil es cometido por otros menores. En este sentido, otros autores han definido el abuso sexual infantil como los contactos o interacciones sexuales entre un menor de edad y un adulto o entre menores de edad si existe una diferencia de cinco años entre ellos, o si el niño o adolescente agresor se encuentra en una posición de poder o control sobre la víctima aunque no haya diferencia de edad (Hartman y Burgess, 1989).

El repertorio de conductas en el abuso sexual infantil es amplio e incluye: actos sexuales con penetración, toque de senos y genitales del menor, hacer que el menor toque los senos y genitales del perpetrador, voyerismo, exhibicionismo, así como mostrar o utilizar al menor en pornografía, tráfico y prostitución infantil, sexo a través del internet, como acoso, distribución de imágenes sexuales de menores, exposición, e interacción sexual con menores. (Finkelhor, Hammer y Sedlack, 2008).

Aunque el abuso sexual puede manifestarse de diferentes maneras, desde la seducción sutil de un ser querido hasta la violación por parte de un extraño, todos tienen en común que el abuso sexual ocurre siempre que una persona domina o explota a otra a través de la relación sexual o la insinuación de esta (Maltz, 2001, citado por Maltz, 2002).

Por otro lado, Batres (1997) ofrece en la definición y la clasificación del abuso sexual un concepto más amplio desde la perspectiva de la víctima y el daño, independiente de la relación de consanguinidad de la víctima con el abusador. Más que el contacto físico o la penetración, son el secreto y la traición y el daño psicológico, los elementos fundamentales de la definición.

- **Incesto**

Es toda agresión de índole sexual, indirecta o directa entre una niña o niño y un adulto o adulta, que mantenga con la niña o el niño lazos caracterizados por la amistad, confianza, afecto, parentesco o autoridad (Batres, 1997).

Otros autores abundan al respecto, refiriéndose a la violación del lazo de confianza entre una niña o niño y quien los cuida, más que a la relación consanguínea (Herman, 1981, Blume, 1990). Es la traición de la confianza lo que más daño produce. En este sentido el perpetrador puede ser un padre, una madre, padrastro, abuelo, sacerdote, profesor, vecino muy cercano, cuidador, o amigo de la familia. (Blume, 1990; Herman, 1981, Batres, 1987).

El desarrollo cognoscitivo, emocional y la percepción del mundo es alterada por la experiencia incestuosa. De manera tal que aspectos como el vínculo, la confianza, la autoestima, la identidad y la sexualidad serán afectadas por la conducta incestuosa (Herman, 1981; Finkelhor, 1988; Blume, 1990).

- **Agresión sexual indirecta**

Someter a la niña (o) a mirar pornografía, a realizar actos de índole sexual para satisfacción del perpetrador; como mostrar sus genitales, o mostrarlos a los infantes con tales fines. Así como tomarles fotografías para satisfacción sexual del perpetrador o un grupo de ellos.

- **Agresión sexual directa**

Tocar y masturbar a la niña(o) con fines sexuales en diferentes áreas de su cuerpo, especialmente las erógenas. Hacer que la niña o el niño acaricien a la adulta(o), lo masturbe o practique el sexo oral. Rozar el pene con el cuerpo de la niña o el niño, u otras partes del cuerpo para buscar excitación. Penetrar la vagina o el ano, con el pene, el dedo u otro objeto (Batres, 1997).

- **Abuso sexual**

El abuso sexual es el mismo tipo de situaciones, dinámicas y relaciones, llevadas a cabo por extraños, sin penetración.

- **Violación por extraños**

Esta consiste en la penetración del pene, dedo u otro artefacto en la vagina o el ano por parte de un extraño. Personas que la niña o niño no habían conocido antes del hecho.

Como se ha podido observar, las conductas abusivas, no suelen limitarse a hechos aislados, pueden incluir contacto físico (genital, anal o bucal) o sin contacto físico donde se utiliza al menor como objeto de estimulación sexual (exhibicionismo, películas pornográficas). En este sentido, Orjuela y Rodríguez (2012) diferencian tres modos fundamentales en los que se manifiesta esta violencia de naturaleza sexual contra la infancia:

- **Abuso sexual infantil con o sin contacto físico**

Se da una violación de los límites íntimos y personales del niño o la niña. Implica la imposición de comportamientos de índole sexual por parte de una persona (un adulto u otro menor de edad) hacia un niño o una niña, realizado en una situación de desigualdad o asimetría de poder, mediante la utilización del engaño, la fuerza, la mentira o la manipulación. El abuso sexual infantil puede haber contacto sexual, aunque también actividades sin contacto directo como el exhibicionismo.

- **Imágenes de abuso sexual a través de las TIC**

Es la exposición de niños o niñas a material pornográfico, el grooming o la utilización o manipulación de niños o niñas para la producción de material visual de contenido sexual a través de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).

Las TIC son todos aquellos recursos, herramientas y programas que se utilizan para procesar, administrar y compartir la información mediante diversos soportes tecnológicos, tales como: computadoras, teléfonos móviles, televisores, reproductores portátiles de audio y video o consolas de juego.

- **Explotación sexual infantil y trata de menores**

Se refiere a la utilización de menores de edad en actos de naturaleza sexual a cambio de una contraprestación, normalmente económica.

## **1.2 Antecedentes históricos del abuso sexual**

El abuso sexual infantil ha sido considerado como una de las formas más severas de violencia ejercidas en contra de la niñez. Es una práctica que ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad en casi todas las sociedades y culturas (Orjuela y Rodríguez, 2012). Se trata de un problema complejo en donde interactúan factores individuales, familiares, sociales y culturales. Sin embargo, no es hasta los años 60, que en los países más desarrollados se empiezan a promulgar leyes que exigían la denuncia de sospecha de maltrato infantil y negligencia y posteriormente se ampliaron a la sospecha de abuso sexual (Redondo y Ortiz, 2005).

En la Antigua Grecia y Roma, se consideraba natural utilizar a los menores como objetos sexuales por hombres mayores. Más adelante, en los siglos XVII y XVIII empieza a cuestionarse algunas formas de violencia hacia los niños, principalmente la física y sexual. Es en la segunda mitad del siglo XIX cuando los menores que sufrían maltrato comenzaron a recibir atención jurídica y médica. Cabe destacar los trabajos realizados por Tardieu, Bernard y Lacassagne, médicos forenses franceses quienes documentaron miles de casos de abuso infantil en 1856 en una revista científica de salud pública (Baita y Moreno, 2015).

Hacia fines del siglo XIX, se reconoció por primera vez en Estados Unidos de Norteamérica, el caso de Mary Ellen (1874), una niña maltratada, física y psicológicamente, que fue protegida gracias a una ley de protección a los animales (Watkin, 1990). Este caso marcó de alguna manera el comienzo de la protección de los niños como una causa en sí misma, ya que hasta entonces no había leyes específicas para tal fin.

Por su lado, Kinsey (1953), citado por Baita y Moreno (2015) en su informe sobre sexualidad humana ya reportaba que una cuarta parte de las mujeres encuestadas respondieron haber tenido una experiencia de abuso sexual durante su niñez. Pero no es hasta mitad del el siglo XX, en la década de los sesenta que se reconocerán los derechos en la infancia y el concepto de malos tratos, tal y como se entiende actualmente. El 20 de noviembre de 1959, la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) aprobó la Declaración de los Derechos del Niño, considerando los malos tratos como un crimen y un problema de graves consecuencias psicológicas, sociales, éticas, legales y médicas.

Posteriormente, Kempe et al. (1962) acuñaron el término de “Síndrome del Niño Maltratado”, especificando que se trataba de niños agredidos por sus propios padres o cuidadores. En las décadas los setenta y los ochenta, los grupos de feministas y los movimientos de defensa de mujeres víctimas de violencia en la pareja y de violaciones, en sus denuncias evidenciaron que los hijos e hijas también sufrían maltrato físico y sexual muchas veces de sus propios padres, con consecuencias graves para las víctima (Herman, 1997).

La niñez debe ser protegida contra todo tipo de violencia, como el abuso y explotación sexual, esto es un derecho consagrado en el artículo 19 de la Convención sobre los Derechos de los Niños de Naciones Unidas (1989), donde se solicitó a los estados miembros adoptar *“todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger al niño/a contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño/a se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”*.

En la República Dominicana, la Ley 136-03, o “Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de los Niños, Niñas y Adolescentes”, ofrece la base legal para la protección de los menores de edad.

En el año 1998, a solicitud del Instituto de la Familia, el Poder Ejecutivo declara el Mes de abril como Mes de Prevención del Abuso a los Niños; esta oficialización significó un gran impulso para la implementación de programas de Prevención y Atención a los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso (UNICEF, 2006).

### **1.3 Factores de riesgo**

Se han encontrado algunos indicadores de riesgos relacionados a la conducta sexual abusiva en la infancia y adolescencia.

- **Contexto familiar**

Dinámicas familiares en donde se ejerce el poder de manera abusiva, donde hay dificultades en la comunicación, distancia emocional, incapacidad para responder a las necesidades del menor, falta de información sobre el desarrollo infantil y la sexualidad, violencia de género, desprotección o presencia de otras formas de violencia como negligencia, maltrato físico y emocional (Orjuela y Rodríguez, 2012).

Tanto para niños como niñas los riesgos de abuso sexual son mayores si han vivido sin uno de sus padres biológicos, tienen una madre con alguna discapacidad o perciben su vida familiar como infeliz. (Finkelhor y Baron, 1986; Finkelhor, 1990; Holmes y Slap, 1998, citado por Berliner y Elliot, 2002).

- **Contexto Socio-cultural**

Existen factores socioculturales que ponen en riesgo de abuso sexual a niñas y mujeres. Así, las situaciones de pobreza pueden contribuir a menos supervisión parental, debido a que los padres deben trabajar y no pueden pagar por el cuidado de

sus hijos. Por lo que las personas con una falta de supervisión parental pueden ser más propensos a una experiencia de abuso sexual (OMS, 2002).

De igual modo, las leyes y políticas permisivas relacionadas a la victimización sexual; así como normas sociales que toleran la conducta abusiva; familias sin apoyo emocional; y valores patriarcales pueden contribuir a un contexto sociocultural que refuerce el potencial de las mujeres a experimentar abuso sexual (Ibíd.).

#### **1.4 Características de las víctimas**

Cualquier menor puede ser víctima de abuso sexual, independientemente de su edad, género, etnia y nivel sociocultural. Es central tener presente que los niños, niñas y adolescentes siempre son víctimas frente al agresor.

Sin embargo, Baita y Moreno (2015) refieren que hay una serie de características por parte de la víctima que hacen más probables que el abuso ocurra.

- La edad es un factor relevante. A menor edad, mayor es el riesgo que corre un niño de ser abusado, por cuanto aumenta su nivel de dependencia respecto del adulto y su vulnerabilidad (menor desarrollo, menor comprensión madurativa, menor capacidad de escapar de situaciones de peligro).

- Los menores con discapacidades físicas, motoras y mentales están en mayor riesgo de ser víctimas de abuso sexual, por su mayor limitación a la hora de escapar, así como por su menor capacidad de comprender las situaciones en las que están siendo involucrados.

- Los niños y adolescentes con rasgos sumisos, poco asertivos, extremadamente tímidos y fácilmente manipulables.

- Los niños, y adolescentes con necesidades afectivas insatisfechas. En algunos casos pueden estar separados de sus cuidadores primarios, en hogares de amparo, o que alguna de las figuras de apego no esté disponible emocionalmente para ellos, quizás por, una depresión, presentar trastornos mentales, alguna discapacidad o cualquier otra razón.

-Los niños y adolescentes con tendencias al aislamiento, poco comunicativos, con dificultades para establecer relaciones sociales entre pares.

-Los niños que han sido víctimas de abuso están en mayor riesgo de volver a ser abusados, tanto por otros miembros de la misma familia como por personas ajenas a ella. Se adaptan a la anormalidad del abuso y han aprendido posiblemente que la sexualización de las relaciones es la forma por ideal de relacionarse con otros.

A este listado de características, añaden Orjuela y Rodríguez (2012) los menores que no tienen vínculos de apego seguro con sus cuidadores o con carencias afectivas, que crecen en un entorno de violencia de género, que no tienen información sobre situaciones de riesgo o que no han tenido acceso a una educación sexual adecuada. Por último, refieren que las niñas están en mayor riesgo de ser víctimas de abuso sexual o de explotación sexual que los niños.

Por otro lado, Butler, (2013) en un estudio prospectivo sobre factores de riesgo asociados a abuso sexual en niñas de 17 años y menos encontraron la ausencia de uno o ambos padres, un nivel educativo de las madres por debajo del universitario, muy bajo nivel económico, cuidadores pocos afectivos, conductas internalizadas y externalizadas, impulsividad, bajo rendimiento académico, y ser etiquetadas en sus escuelas como necesitadas de una educación especial. El estudio concluye que las niñas con problemas de conducta y de aprendizaje tienen más riesgo de agresión sexual.

## **1.5 Perfil del agresor**

Se tiene una imagen poco realista de los agresores sexuales, también llamados abusadores de menores o pedófilos. No existe un prototipo de la persona que abusa sexualmente. Esta es una población muy diversa y heterogénea, representando diferentes edades, género, raza, nivel socio-económico, orientaciones sexuales, estatus marital, con o sin hijos (Finkelhor, 1994). Sin embargo, se ha encontrado que los hombres son los responsables del 96% de los casos de abuso sexual reportados (Finkelhor et al., 2008).

## **1.6 Fases de abuso sexual**

De acuerdo a Barudy (1999) la mayoría de los abusos sexuales intrafamiliares son cometidos en el marco de un proceso relacional complejo, el cual se desarrolla en el tiempo, donde se distinguen varias fases:

- Fase de Seducción: El abusador se aprovecha de la confianza y dependencia que la víctima tiene hacia él, convenciéndola para que participe de los actos abusivos, los cuales presenta como si fueran un juego o como comportamientos normales y sanos entre adultos y niños.
- Fase de interacción sexual abusiva: El abusador actúa abusivamente con su víctima de manera gradual y progresiva, con gestos sin contacto, como comportamientos exhibicionistas, voyerismo, caricias con intenciones eróticas, masturbación, hasta llegar de manera gradual a gestos con contacto.
- Fase de instauración del secreto: El abusador, generalmente por medio de amenazas, mentiras, culpabilización, chantaje y manipulación psicológica impone el silencio al menor, quien no tiene más alternativa que adaptarse.
- Fase de divulgación: Esta fase puede o no llegar (muchos abusos quedan por siempre en el silencio), y, en el caso del incesto, implica una quiebra en el sistema familiar el abuso es develado, ya sea de manera accidental (un tercero

descubre el abuso) o premeditada (la víctima voluntariamente comunica el abuso).

- Fase represiva: esto ocurre tanto en los miembros de la familia como en el entorno, un conjunto de comportamientos y discursos que buscan neutralizar los efectos de la divulgación, buscando reprimir el discurso de la víctima. Por lo que se tiende a negar, a minimizar o a justificar, en un intento por seguir como si nada hubiese sucedido.

## **1.7 Consecuencias del abuso sexual a corto y largo plazo**

La vivencia de una experiencia fuertemente estresante, como es el abuso sexual en la infancia, conlleva el posible desarrollo de múltiples problemas emocionales, sociales, conductuales y físicos. (Cantón-Cortés, Cantón, y Cortés, 2012).

En la revisión de la literatura sobre los factores relacionados a las consecuencias y desarrollo de síntomas del abuso sexual se encuentran tres categorías: factores personales, familiares, y relacionados específicamente al abuso. Los factores personales son aquellos inherentes a la víctima, como edad, género, discapacidades en su desarrollo, atribuciones relacionadas al abuso y el tratamiento. Los factores familiares incluyen historia de abuso en los padres, reacción de los padres a la revelación del abuso, apoyo recibido de los padres, salud mental de estos, estrés familiar y el tratamiento recibido por los padres y otros miembros de la familia. Finalmente, se identifican los factores relacionados al abuso, como severidad y duración de la conducta abusiva y la relación entre víctima y perpetrador (Yancey y Hansen, 2010).

En cuanto a las características del acto abusivo, la gravedad de las secuelas está en función de la frecuencia y duración de la experiencia, así como del empleo de fuerza, uso de manipulación y de amenazas o de si hubo una violación propiamente dicha. Así, cuanto más crónico e intenso es el abuso, mayor es el desarrollo de un

sentimiento de indefensión y de vulnerabilidad y más probable resulta la aparición de síntomas. Respecto a la relación de la víctima con el agresor, lo que importa no es tanto el grado de parentesco que pueda existir entre ambos, sino el nivel de intimidad emocional existente. De esta forma, cuanto mayor sea el grado de intimidad, mayor será el impacto psicológico, que se puede agravar si la víctima no recibe apoyo de la familia. En cuanto a la edad del agresor, las consecuencias de los abusos sexuales perpetrados por adolescentes son, en general, menos traumatizantes para las víctimas que los efectuados por adultos (Cortés y Cantón, 1997).

Por otro lado, las características de personalidad tanto de la víctima como del abusador, su capacidad de resiliencia y las experiencias de vida previas, así como factores culturales y el significado que el menor le atribuya a la experiencia de abuso, también van a tener un impacto importante en como el abuso sexual se experimente (Sanderson, 2006).

Por último, están las consecuencias derivadas de la revelación del abuso en el tipo e intensidad de los síntomas experimentados. Es importante el apoyo recibido de parte de los padres, el hecho de dar crédito a la revelación del menor y que se le dé la debida protección, especialmente por parte de la madre, es un aspecto esencial para que las víctimas mantengan o recuperen su nivel de adaptación general después de la revelación (Dubowitz, Black, Harrington y Verschoore, 1993; Spaccarelli y Kim, 1995, citado por Sanmartín, 2005). En este sentido, refieren que de las víctimas que hablaron del abuso, solo a un tercio le creyeron y un 43% reportó que no hubo consecuencias derivadas de la revelación de la conducta abusiva. El que la familia les crea y les de apoyo son factores cruciales en la recuperación de las víctimas.

El niño sometido a abusos está en riesgo de padecer algunos trastornos mentales como ansiedad, depresión, rabia, distorsión cognitiva, stress post-traumático, disociación, trastornos de identidad, alteración del afecto, problemas interpersonales, abuso de sustancias, auto-mutilación, bulimia, conductas sexuales de riesgo o disfunciones sexuales, somatización, agresión, tendencias suicidas, trastornos de personalidad (Briere & Lanktree, 2008). La depresión, los trastornos de ansiedad, los

sentimientos de culpa y vergüenza, y la disociación son usados como mecanismo protector durante la infancia pero en la edad adulta, se manifiesta como una conducta desadaptativa, presentando la víctima confusión, desorientación, amnesia respecto a determinadas partes de su infancia, pesadillas, flashbacks y dificultades para conectar con sus emociones (Lindert et al., 2014).

Por lo general, las consecuencias a corto plazo son negativas, el impacto psicológico va a depender, además, del grado de culpabilización del niño por los padres, así como de las estrategias de afrontamiento que tenga la víctima. En general, se ha encontrado que las niñas presentan con mayor frecuencia trastornos de tipo ansioso-depresivo (Cortes, Cantón-Cortés y Cantón, 2011).

Es importante destacar que las secuelas del abuso sexual son similares a las de otro tipo de maltrato. El único síntoma, que diferencia a los niños de quien se ha abusado sexualmente, es una conducta sexual inapropiada como la promiscuidad sexual, un desarrollo precoz, o por el contrario una inhibición sexual (Finkelhor et al., 2008).

En este sentido, Sgroi y colaboradores (1982) han enumerado una serie de indicadores psicológicos que más específicamente están relacionados con el abuso sexual:

- indicios de actividades sexuales
- juegos sexuales inadecuados con niños, con juguetes o con sus propios cuerpos o conductas sexuales agresivas hacia terceros
- comprensión detallada de conductas sexuales no acorde a la edad
- temor exacerbado a los hombres
- conducta seductora con adultos

Por su lado, Pereda et al. (2009) categorizó la sintomatología en cinco áreas: emocional, cognitiva, conductual, de relación y funcional, concluyendo que debido a

la diversidad de síntomas encontrados se hace imposible identificar un conjunto de síntomas específicos del abuso sexual que estén ausentes en otras formas de malos tratos. Maniglio (2009) por igual concluye, que no existe un conjunto de síntomas específicos de la experiencia de abuso sexual, sino más bien un repertorio muy extenso y variado de problemas asociados.

Las sobrevivientes de abuso sexual infantil manifiestan conductas sexuales que son inapropiadas para su edad de desarrollo. Reciben afecto, atención, privilegios y regalos por sus conductas sexuales. También tienen una concepción errónea de las partes de su cuerpo, así como una distorsión sobre la moral sexual. La estigmatización puede llevarlos a tener problemas con su sexualidad en el futuro porque ya sea el agresor o las otras personas que descubrieron el abuso les hacen sentir vergüenza y culpa por su conducta sexual (Finkelhor and Browne, 1985).

De igual modo, DiLillo (2001) refiere que el abuso sexual temprano representa un factor de riesgo de disfunciones interpersonales en sobrevivientes femeninas, que incluyen problemas en las relaciones íntimas de pareja, mal funcionamiento sexual y dificultades en el rol parental.

Los efectos a largo plazo experimentados por las sobrevivientes de abuso, como depresión, patrones disociativos, afectan su funcionamiento sexual. Algunos de los síntomas sexuales que resultan como consecuencia de la experiencia de abuso son: evitación, miedo o faltas de interés en el sexo; tener sexo por obligación; experimentar sentimientos negativos como rabia, incomodidad o culpa con el toque; dificultad para sentir o excitarse; sentirse emocionalmente distante o no presente durante el acto sexual; experimentar imágenes y pensamientos intrusivos o desagradables; involucrarse en conductas sexuales compulsivas o inapropiadas; dificultad para establecer y mantener relaciones íntimas; experimentar dolor vaginal o dificultad para lograr orgasmos (Maltz,2002).

## **1.8 Psicopatologías asociadas al abuso sexual**

Entre la gran cantidad de psicopatología estudiada en las víctimas de abuso sexual se encuentran la depresión, trastornos de la memoria, el síndrome de stress post-traumático, síntomas de disociación y síntomas somáticos. En sentido general, las víctimas de abuso sexual han mostrado en los estudios realizados, una presencia significativamente mayor de estos síntomas en comparación con niños no abusados o con víctimas de otros tipos de trauma por lo que se describen de manera particular.

- **Depresión**

La depresión frecuentemente asociada a sentimientos de dolor y a la tristeza por la pérdida de la inocencia, como resultado del abuso sexual y/o por la pérdida de la relación que tenían con el agresor, en los casos en que el perpetrador era un miembro de la familia o un amigo cercano. Otras pérdidas incluyen la pérdida de identidad, la capacidad de confiar y la visión del mundo como un lugar seguro y confiable (JanoffBulman & Frantz, 1997 citado por Wright, Crawford, & Sebastian, 2007).

- **Síndrome de estrés postraumático (TSPT)**

Muchos adultos con historia de abuso sexual son diagnosticados con Trastornos de stress post-traumático (Levin & Nielsen, 2007; McLaughlin, et al., 2017) Este es un trastorno de ansiedad asociado con varios tipos de trauma. El Manual de Diagnóstico y estadística de los trastornos mentales DSM5 (2013) describe entre los criterios diagnóstico: exposición a un evento traumático (abuso sexual), re-experimentación del trauma (recuerdos y sueños angustiosos recurrentes, reacciones dispositivas, malestar psicológico intenso y prolongado, reacciones fisiológicas intensas), conducta evitativa de los estímulos estresores relacionados con el trauma, alteraciones negativas (disminución) en la cognición y estado de ánimo asociadas al evento traumático y un estado de alerta y reactividad excesiva relacionada al suceso

traumático. Esto es corroborado por Levin & Nielsen (2007) quienes refieren que las víctimas de abuso sexual con síntomas de stress postraumático con frecuencia recuerdan su experiencia de abuso a través de flashbacks o pesadillas.

Altos niveles de miedo y stress pueden impactar los recuerdos relacionados al trauma, específicamente en la manera en que los recuerdos traumáticos son almacenados y recuperados. La teoría de representación dual explica como los recuerdos traumáticos son codificados en dos sistemas de memoria diferentes: un sistema que es verbalmente accesible y puede ser recuperados deliberadamente o automáticamente y un sistema que es situacionalmente accesible, recuperado de manera involuntaria en forma de flashbacks, con frecuencia altamente emocional y difícil de controlar (Brewin & Holmes, 2003).

El hecho de que estos recuerdos aparezcan de manera impredecible puede resultar muy molesto y perturbador para la víctima. Las conductas evocativas aunque sirven al propósito de evadir los estímulos que detonan los recuerdos de la experiencia traumática, estas impiden un funcionamiento saludable de la víctima (Briere, 2002).

Por su lado, Goodman et al. (2010) describen como algunas sobrevivientes reportan recordar cada detalle del abuso; mientras otras refieren no poder recordar parte o nada de su experiencia. Las investigaciones han indicado una conexión entre el Síndrome de stress Postraumático y aquellas personas que tienen una memoria detallada, señalando que una mejor memoria del maltrato aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno relacionado a trauma como el síndrome de stress postraumático.

Asimismo, se ha descrito el trauma que la experiencia abusiva ocasiona en la memoria de la víctima y la confusión resultante acerca de que subyace en los problemas que experimentan en el presente. Las mismas muestran una incapacidad de hacer una conexión entre la causa verdadera del problema y su vida actual. Por lo que no relacionan sus problemas actuales con su historia de abuso pasada (Dungan, 2004).

Otra explicación para los altos índices de TSPT presentes en los sobrevivientes de abuso sexual son los sentimientos repetitivos de vergüenza, los cuales impiden que la persona procese la experiencia de abuso y como consecuencia se mantienen los síntomas (Sarkar, 2010). Otros estudios sugieren que el maltrato infantil, específicamente el abuso sexual, puede conducir a un deterioro cognitivo persistente en personas con TEPT (Nakayama, et al., 2020).

- **Síntomas de disociación**

La persona pudiera experimentar síntomas de una de las características siguientes:

- Despersonalización: “Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal” (p. ej. como si se soñara, sentir que el mismo o su cuerpo, no es real, o sensación de que el tiempo pasa despacio).
- Desrealización: “Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno”. (p. ej., sentir que su mundo es irreal, como en un sueño, distante o distorsionado) (DSM5).

- **Síntomas somáticos**

Los síntomas somáticos son con frecuencia encontrados junto con trastornos de salud mental y una historia de abuso. De acuerdo a The Mayo Clinic (2017), los síntomas somáticos son definidos como respuestas físicas a un evento traumático. Algunos síntomas incluyen dificultad al respirar, fatiga, dolor corporal generalizado, no respuesta consistente a tratamientos médicos y una susceptibilidad inusual a las intervenciones médicas.

## **1.9 El Síndrome de acomodo al abuso sexual infantil**

Summit, (1983) y Courtois (1988) han descrito una serie de respuestas que las sobrevivientes desarrollan frente al abuso sexual y al incesto, citado por Baltres, 1997.

- El Secreto: El secreto es impuesto por la manipulación emocional, la amenaza, los sentimientos de culpabilidad o “por amor”, que es la coerción más dañina que acompaña la violencia. Así, el secreto se mantiene por el temor a que la revelación de la conducta abusiva provoque la desintegración familiar, una situación económica precaria, ser colocado en un hogar de acogida o el sometimiento a la justicia del agresor, en caso de que alguien le creyera. El ofensor se aprovecha de esto para desacreditar a la víctima y la familia en colusión con él, hace preguntas inculpadoras, lo que agrava los sentimientos de culpa y vergüenza y facilitan el secreto.
- Desprotección o Indefensión: Los sentimientos de indefensión, vulnerabilidad y soledad son aprendidos por la víctima. A los menores se les enseña a evitar a personas desconocidas y obedecer, ser amables y afectuosos con las personas cercanas, constituyendo un factor de riesgo para el abuso sexual. El abuso de parte de personas cercanas, en las que el niño confía y que entiende están supuestas a protegerlo provoca en la víctima el desarrollo de sentimientos de impotencia y desprotección que pueden perdurar a lo largo de toda su vida, y generalizarse al resto de sus relaciones interpersonales.
- Atrapamiento y el acomodo: El abuso sexual cometido por personas conocidas y de referencia para el niño es una experiencia recurrente, que se produce generalmente más de una vez. Debido a que la víctima no puede detener la conducta abusiva, la víctima tiende a adaptarse como método de supervivencia. La víctima se encuentra atrapada por el secreto y la responsabilidad de mantener a su familia protegida de la desintegración y el dolor con el que el abusador le amenaza.

- Develamiento tardío o fase de la revelación retardada, conflictiva y no convincente: Se refiere a la forma de revelar el secreto. Muchos casos de abuso sexual nunca son descubiertos. El develamiento tardío se debe a que la víctima mantiene el silencio, hasta que puede hablar. En los casos de desconfianza y negación por parte de la figura materna u otros miembros significativos del grupo familiar ante la revelación del abuso se observa el desarrollo de perturbaciones mayores. La desconfianza y el no dar crédito por parte del oyente a lo que dice, solo confirma lo que el ofensor predijo sobre no ser creída. Algunas sobrevivientes divulgan el secreto siendo niñas, a una amiga, que, a su vez, lo cuenta a su madre o maestra. En la adolescencia la revelación es hecha con más claridad desde el enojo y la connotación sexual de la victimización.
- Retractación: La víctima puede retractarse, si tras la revelación del abuso, no recibe apoyo, ya sea porque no les creyeron o no se tomaron medidas para el cese de la conducta abusiva.

### **1.10 Revelación de la conducta abusiva**

Las víctimas de abuso, a menudo presentan problemas para revelar el abuso. Muchas de las razones están relacionadas al miedo a no ser creídas, a ser culpadas o estigmatizadas. Asimismo, las familias por razones de vínculo, por vergüenza, temor y desconfianza en el sistema judicial, callan los casos de incesto y abuso sexual (Batres, 1997).

El estigma social es un factor importante que impide la revelación de la conducta de abuso sexual. Se realizó un estudio cualitativo sobre las percepciones que se tienen en entorno a las consecuencias del abuso sexual, a la luz de las creencias que subyacen acerca del desarrollo sexual de niños y adolescentes, particularmente en relación a las expectativas basadas en el género. En el mismo se encontró consecuencias de salud sexual o embarazo no deseado para las niñas, creencias acerca de “perder la inocencia” y otras creencias en torno a “un futuro destruido”, haciendo referencia a la deserción escolar y a las posibilidades de encontrar una pareja con quien casarse o a llevarlas a conducirse de manera inapropiada y a la exclusión social.

Estas consecuencias estaban muy relacionadas a la naturaleza del tipo de abuso perpetrado. La forma en que se perciben las consecuencias del abuso tiene implicaciones de lo que significa ser un sobreviviente de abuso sexual a un nivel social (Böhm, 2017).

En otro estudio llevado a cabo para comprender los factores que influyen en la revelación informal de las experiencias de abuso sexual, teniendo en cuenta los aspectos que operan antes, durante y después de la revelación del abuso, se han señalado como factores claves, el ser creído, el ser cuestionado, la vergüenza / auto culpa, la preocupación por sí mismo y otros e influencia de sus iguales. Muchos jóvenes no están seguros de contar a otros su experiencia de abuso. Sienten temor de que no les crean; que les pregunten sobre su bienestar; sentimientos de vergüenza y culpa acerca de lo que paso, por ocultarlo, y por las consecuencias de la revelación; preocupación acerca de cómo decirlo u ocultarlo los afecta a ellos mismos y a otros; y ser apoyados o presionados por su grupo de iguales para que le cuente a un adulto, todo esto refleja lo complejo de las dinámicas intrapersonales e interpersonales que reflejan el conflicto inherente al proceso de revelación (Mc Elvaney et al., 2014).

Por otro lado, Hunter (2015) en un estudio cualitativo con la intención de entender cómo perciben un grupo de hombres y mujeres con historia de abuso sexual, el rol de las madres en el proceso de revelación del abuso sexual, encontró que muchas madres eran vistas como no disponibles para dar apoyo y esto influyo en que el abuso no se revelara.

En otro estudio cualitativo realizado en Zúrich, Suiza sobre el proceso de revelación de la experiencia de abuso en una población de adolescentes, se encontró que menos de un tercio de los participantes reveló inmediatamente a otra persona la experiencia de abuso. En la mayoría de los casos tanto la revelación inmediata como la tardía fueron hechas a un amigo. Más de un tercio, nunca lo contó a sus padres. Los principales motivos para no revelar la experiencia de abuso a los padres, son falta de confianza y no querer preocuparlos. Solo el abuso sexual extra familiar, correlacionó positivamente con la revelación del abuso. En contraste, los factores que correlacionan negativamente con la revelación del abuso son los sentimientos de culpa y vergüenza, evento de abuso, edad del perpetrador, la edad de la víctima en el

momento del abuso, y el hecho de que los padres vivieran juntos. A muchos adolescentes sobrevivientes les preocupa tener que contar su experiencia de abuso a sus padres, considerando a sus amigos personas más confiables. Estos resultados tienen dos implicaciones importantes en la prevención del abuso: los programas de prevención deben focalizarse en fortalecer la relación padre-hijo para facilitar la revelación a los padres y enseñar a los adolescentes como ayudar a una víctima de abuso en caso de que le sea revelada esta experiencia (Schönbucher, et al., 2012).

Por otro lado, en un estudio realizado por Brazelton (2015) en mujeres afroamericanas con historia de abuso sexual encontraron que el abuso sexual es un evento traumático que marca de por vida a la mujer. Enfocado desde una perspectiva teórica del ciclo vital, estas mujeres utilizaron en el transcurso de sus vidas, diferentes formas de manejo y sanación. En la adolescencia, ya muchas de ellas habían experimentado múltiples abusos, que causaban vergüenza, culpa y depresión. Como una forma de manejar estas emociones, algunas de estas mujeres escogieron las conductas destructivas, como abuso de alcohol y droga y promiscuidad. El propósito inicial era una manera no verbal de revelar el abuso sexual. Otras mantuvieron un comportamiento adecuado, como una forma de opacar cualquier asomo de abuso sexual.

Ya en la adultez joven, el silencio sobre el abuso sexual se mantuvo mientras ellas intentaban establecer relaciones de pareja y criar a sus hijos. Los asuntos no resueltos del abuso sexual afectaron su elección de pareja. Estas relaciones terminaron en abuso físico y verbal. Las que establecieron relaciones más sanas, sentían que no eran “dignas” de estas relaciones y terminaban sabotando las mismas. En cuanto a la crianza de los hijos, algunas se mostraron desde una conducta sobre vigilante hasta no reconocer los indicadores no verbales de abuso que ellas mismas habían exhibido, lo que llevó a que se diera el abuso sexual de sus hijas. Sorprendentemente, encontraron que estas mujeres fueron progresando a través de su ciclo vital y en la actualidad han sido capaces de romper la barrera del silencio, han buscado ayuda terapéutica y expresan su deseo de ayudar a otras mujeres abusadas.

Entre los factores que afectan la decisión de un niño de revelar una experiencia de abuso sexual se identificó el miedo a lo que sucederá; reacciones de

otros: miedo a la incredulidad; emociones e impacto del abuso; una oportunidad para contar; preocupación por uno mismo y los demás; y sentimientos hacia el abusador. Comprender los factores que afectan la decisión del niño de divulgar es vital. La divulgación permite el acceso a soporte y protección, tanto terapéutica como legal (Morrison et al., 2018).

Otro estudio reciente en una población de niños con experiencia de abuso reportó que la mayoría de los niños (80%) revelaron el abuso a alguien, generalmente a un amigo (48%). Sin embargo, solo un 26% lo reveló a un adulto. La razón más común para no reportarlo fue no considerar la experiencia de abuso lo suficientemente grave para reportarla (41%), y la mitad de los niños abusados no reconocieron estas experiencias como abuso sexual (Lahtinen et al., 2018).

Por su parte, Collin –Vézina et al. (2015) resaltan la importancia de usar un marco de referencia ecológico más amplio para poder entender los factores que inhiben la revelación del abuso, ya que las barreras que lo impiden no se limitan solamente a las víctimas. Identificaron tres categorías de barreras: Barreras desde dentro (internalización víctima-culpa, mecanismos de auto protección, inmadurez en su desarrollo al momento del abuso; Barreras en relación a otros (violencia y disfunción en la familia, dinámicas de poder, preocupación por el impacto de decirlo y una red social pobre); Barreras sociales (ser etiquetados, tabú con la sexualidad, pocos servicios disponibles y cultura).

El proceso que conlleva a una adulta, víctima de abuso sexual en la niñez a entender que ha sido abusada y revelar este evento es un proceso individual complejo, que puede tomar muchos años antes de que sea descubierto y que se ve afectado por la intrusión de los recuerdos traumáticos, los síntomas y sensaciones corporales y el significado de encontrarse o ser identificado por otros (Stige, et al., 2019). De ahí que muchas mujeres abusadas sexualmente en la niñez, viven por años tanto con los recuerdos como con los efectos de este trauma. Mantienen una lucha con sentimientos ambivalentes acerca de si revelar la experiencia de abuso o mantenerla en secreto (Dungan, 2004).

Por otro lado, la revelación de un abuso sexual es una experiencia difícil para los padres que se ha asociado con traumatización, incredulidad, negación, culpa y dificultades clínicas. Muchos padres se cuestionan porque el niño no lo dijo antes, o sienten que pese a que habían notado algún cambio de comportamiento, no lo atribuyeron nunca al abuso, se cuestionan su rol de protección y actúan ahora de manera hipervigilantes y sobreprotectores, experimentan sentimientos de soledad y aislamiento ( Mc Elvaney y Nixon, 2019).

### **1.11 Prevalencia**

Se estima que en el mundo hay alrededor de 150 millones de niñas y 73 millones de niños menores de 18 años que sufren violencia sexual en forma de tocamientos y relaciones sexuales forzadas (WHO, 2002).

Sin embargo, es difícil tener una cifra clara sobre la prevalencia de abuso sexual, principalmente por las discrepancias en cuanto a que conductas incluir en la definición del abuso sexual. En algunas definiciones solo se incluye el abuso con contacto como la penetración, caricias, besos y toques (Finkelhor, 1994). El abuso sexual sin contacto, como en el caso del voyerismo y el exhibicionismo no siempre se consideran conductas abusivas. La tendencia actual es hacia un entendimiento más inclusivo del abuso sexual, por lo que se ha definido como cualquier actividad sexual perpetrada en contra de un menor donde se utiliza la amenaza, la fuerza, la intimidación o manipulación. La variedad de actividades sexuales incluye: toques, caricias, invitar a un menor a tocar o ser tocado sexualmente, relaciones sexuales con penetración, violación, incesto, sodomía, exhibicionismo, involucrar al menor en pornografía o prostitución, o sexo cibernético (Putman, 2003).

La Organización Mundial de la Salud (2014) reportó que alrededor de un 20% de las mujeres y de un 5-10% de los hombres han experimentado abuso sexual en la niñez en países en todo del mundo. En los Estados Unidos, The Children's Bureau (2011) ha indicado cifras de un 9.1% de abuso sexual entre todos los tipos de maltrato infantil. La mayoría de los perpetradores (86%) eran conocidos.

Cifras similares se han reportado en un meta-análisis de 65 estudios realizados sobre la prevalencia de abuso sexual en 22 países, donde se encontró un estimado de 7.9% de hombres y un 19.7% de mujeres a nivel mundial que han experimentado abuso sexual antes de los 18 años. La prevalencia mayor se encontró en África (34.4%), seguida por Asia (23.9%), América (10.1%) y Europa (9.2%). En lo concerniente a las mujeres se encontró una prevalencia mayor de un quinto de la población en países como Australia (37.8%), Costa Rica (32.2%), Tanzania (31%), Israel (30.7%), Suecia (28.1%), Estados Unidos (25.3%) y Suiza (24.2%) (Whibey, 2011).

Por otro lado, un estudio realizado en Adolescentes en Barcelona, España por Pereda et al. (2016) con el propósito de investigar la prevalencia y características del abuso sexual auto reportado y la relación entre la victimización sexual y las características demográficas, encontró que la experiencia de abuso sexual (con o sin contacto físico) reportada fue de 8.8% en una edad promedio de 13 años. El abuso fue mayormente en niñas (14,2%) y en adolescentes mayores (10.6%). Los abusadores eran principalmente hombres (87.6%) y eran en su mayoría amigos, vecinos o compañeros de la escuela (52.6 %). Asimismo, el porcentaje de penetración o intento de penetración fue alto (30.6%) y sólo el 9.3% reportó el incidente a la justicia.

En República Dominicana, una de cada diez mujeres ha sido víctima de violencia sexual en algún momento de su vida, una incidencia que se mantiene a lo largo de los últimos seis años, según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA, 2013).

Recientemente, la Coalición de ONG por la Infancia citó que, de acuerdo con cifras oficiales, en el periodo enero-diciembre de 2018 se registraron en República Dominicana 1,290 casos de abusos sexuales, 2,004 casos de seducción de menores de edad y 308 casos de incesto (Diario Libre, 2020).

## **1.12 La educación sexual como prevención del abuso sexual**

La sexualidad es una parte esencial del desarrollo infantil. La misma está influenciada por muchas experiencias, empezando por la manera en que los niños adquieren conocimiento sobre el sexo. Los niños aprenden de sus padres o tutores, hermanos, amigos, educación sexual, religión, medios de comunicación, pornografía, juegos sexuales y abuso sexual (Lamb & Plocha, 2014).

Sin embargo, no se está claro acerca de la efectividad de los padres como transmisores de la información sexual, ya que estos no siempre tienen la información apropiada ni las destrezas para presentar esta información. Los estudios sugieren que es más importante como se proporcionó la información, que la información que fue compartida (Lamb & Plocha, 2014). Por otro lado, Bulat, Ajdukovic & Ajdukovic (2016) reportaron que la información sexual obtenida de los amigos parecería ser la que tiene mayor influencia, sobre todo si los padres no han inculcado una comprensión sexual y valores en sus hijos antes de la adolescencia.

Otros estudios sugieren que los padres aun cuando tienen un buen conocimiento del abuso sexual infantil y sus riesgos, no siempre proporcionan a sus hijos los mensajes integrales de prevención recomendados por las campañas de prevención. Esta brecha entre el conocimiento y la comunicación de los padres con los niños podría deberse a la creencia de muchos padres de que puede haber daños asociados con la educación de los niños sobre el abuso sexual (por ejemplo, como incitar nuevos temores y preocupaciones o reducir la confianza en los demás) y que el método puede no ser eficaz en la protección de los niños (Rudolph y.Zimmer-Gembeck, 2018).

La educación sexual sigue siendo la mejor arma en la prevención del abuso sexual. Los niños tienen derecho a una protección adecuada a su edad de experiencias sexuales que puedan dañar o afectar su desarrollo. Necesitan protección contra el abuso y contra aquellos que puedan explotarlos sexualmente. Tienen derecho a unas condiciones que promuevan su desarrollo sexual, para ello necesitan una apropiada socialización de su sexualidad y una educación por parte de los padres, la familia y la

sociedad. Se necesita una combinación de protección y libertad para ayudar a asegurar su desarrollo sexual (Tharinger, 1990).

Algunos estudios sugieren que antes de la ocurrencia del abuso sexual, algunos padres proporcionan una socialización sexual muy pobre dentro de la familia. En un estudio realizado en adolescentes universitarias se encontró que aquellas que habían sido sexualmente abusadas tenían más probabilidad que las no abusadas de tener madres que eran extremadamente punitivas en relación a tratar a asuntos sexuales con sus hijas (Finkelhor, 1980,1984). Las continuas prohibiciones sexuales dificultan el desarrollo de parámetros realísticos acerca de lo que sería una situación de peligro. Finkelhor (1979) refiere que cuando las madres han sido víctimas de abuso, aparentemente son incapaces de transmitir estrategias de manejo y de auto protección efectiva a sus hijas.

Por su lado, Maltz (1987) puntualiza que debido a una cultura de secretismo e incomodidad en torno a la sexualidad, la pobre educación sexual y los mitos de generaciones pasadas, las adolescentes tienen una idea muy limitada de una sexualidad femenina positiva. La confusión, la culpa, el miedo, el aislamiento y la dependencia son sentimientos comúnmente experimentados por estas. En el caso de las víctimas de abuso estos sentimientos se viven de manera más intensa, además de experimentar sentimientos de impotencia y desesperanza como resultado directo de la experiencia de abuso.



## **CAPÍTULO II. SEXUALIDAD**

### **2.1 Sexualidad**

La sexualidad es un concepto multifacético que en la revisión de literatura aparece como en un continuum, por un lado, se refiere a conductas sexuales observables y a relaciones coitales y en el otro extremo se describe como una construcción social, un fenómeno individual y complejo, influenciado por normas sociales, por la cultura y por las experiencias personales (Laws & Schwartz, 1977).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2015) "la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales".

La sexualidad como parte de la esencia del ser humano está determinada por aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Es un término dinámico e impredecible que evoluciona a lo largo de la vida; y en la historia personal de cada individuo va moldeándose de acuerdo a nuestras experiencias de vida, dando un significado a todo lo que sentimos, entendemos y vivimos. Así lo expresa Lucas (2009) al considerar la sexualidad como quizás el principal determinante de la evolución del homo sapiens, definiéndola como "la vivencia comunicativa e interaccionar, que trasciende lo meramente procreador y que a la vez lo incluye... la sexualidad pasa a ser la dimensión fundamental de su existencia y una de sus más importantes características diferenciadoras respecto a los demás seres vivos... la capacidad para la elaboración de procesos intelectuales complejos y de fantasías, y para imaginar, inventar, etc., influirá decisivamente sobre esta sexualidad, siendo su gran enriquecedor, a veces, y otras muchas su gran inhibidor."

De igual modo, Heller (1993) refiere "Los seres humanos no somos pasivos receptores de sensaciones corpóreas, sino que actuamos, pensamos y sentimos. A

través de la sexualidad transmitimos una amplia variedad de sentimientos y deseos, de amor y enojo, de ternura y agresión, de intimidad y aventura, de romance y abandono, de placer y de dolor, de empatía y de poder”.

De ahí, que la sexualidad ha sido descrita como uno de los impulsos fundamentales detrás de cada sentimiento, pensamiento y comportamiento humano. Define, además el propósito de la reproducción biológica, describe las representaciones psicológicas y sociológicas del sí mismo y orienta la atracción de una persona hacia otras. (Pribran, 1958, citado por Lucas y Fox, 2018)

Aunque la sexualidad está relacionada a la fisiología y morfología del cuerpo, no se encuentra limitada a ello; sino que surge en un contexto cultural y está influenciada por variables como lo psíquico, lo económico, la diferencia sexual, el sistema sexo-género, entre otras, por tanto no existe una única sexualidad como tampoco una sola práctica sexual (Dides, 2006). Por tanto, la sexualidad no es un hecho dado, sino que es una construcción social con diversas manifestaciones modeladas por la cultura, las instituciones, la etnia, el género, el grupo etario y las concepciones del mundo (Weeks, 1998).

De igual modo, Lagarde (1997) conceptualiza la sexualidad como parte de un contexto cultural. “La sexualidad es un complejo cultural históricamente determinado consistente en relaciones sociales, instituciones sociales y políticas, así como en concepciones del mundo, que define la identidad básica de los sujetos. (...) La sexualidad está constituida por sus formas de actuar, de comportarse, de pensar, y de sentir, así como por capacidades intelectuales, afectivas y vitales asociadas al sexo”.

En este mismo sentido, Lamas (1995) refiere: “la sexualidad está sujeta a una construcción social” y sólo se pueden “comprender las conductas sexuales en un contexto específico, cultural e histórico. De ahí que, “hay que indagar cuáles son las historias concretas y cuáles las lógicas sociales que le dan forma y contenido a la sexualidad”. Por lo tanto, “lo que cuenta son los significados que las personas les atribuyen y los efectos que esa valoración tiene sobre la manera como organizan su vida sexual”.

## **2.2 Sexualidad femenina**

Para tener un mejor entendimiento de la sexualidad femenina es necesario conocer cómo se define, construye y normaliza la sexualidad femenina. En este sentido Lamas (1995) considera que las teorías de género nos ayudan a comprender la lógica detrás de las valoraciones positivas o negativas a ciertas prácticas sexuales y conocer los patrones de dominación, subordinación y resistencia que moldean la sexualidad. “El nuevo concepto de género permitió entender que no es la anatomía lo que posiciona a las mujeres y hombres en ámbitos y jerarquías distintos, sino la simbolización que las sociedades hacen de ella” (Lamas, 1999).

La sexualidad femenina ha sido definida en base a un paradigma socialmente construido que delega en el cuerpo de la mujer las funciones de reproducción, el apego y la crianza (Rocha, 2013, citado por Hernández y González, 2016) desligándolo del derecho y el placer. Tal como lo describe Basaglia (1983), citado por Hernández y González (2016) su sexualidad queda al servicio de los otros para la procreación o para el goce del hombre y se marca el cuerpo de la mujer como “un cuerpo para otros”. Su erotismo está sujeto a normas y reglas que establece la cultura, límites, deberes y prohibiciones. Una sexualidad desde la infancia desligada de lo erótico, que interiorizan a través del silencio en relación a las experiencias que involucran el goce de su cuerpo y en consecuencia una negación del placer sexual. Sus genitales no se nombran, no se exploran, no se tocan. En la adolescencia, los mensajes de las madres o instituciones sociales son en torno a la sexualidad relacionada a la procreación, dolor y salud. No hay un discurso o reconocimiento del erotismo en las mujeres. El descubrimiento de su erotismo se da a partir del cuerpo y las necesidades eróticas de los hombres, no de las suyas (García, 2013, citado por Hernández y González, 2016).

Según Hidalgo (2003), citado por Martínez-Herrera (2007), alejarse o no cumplir con el lugar socialmente asignado, ni con las expectativas culturales de la feminidad provoca en la mujer profundos sentimientos de culpa, vergüenza y depresión así como, miedo, rechazo y repulsión.

### **2.3 La respuesta sexual femenina**

Durante la fase de respuesta sexual ocurren en el organismo una serie de cambios anatómicos, hormonales, vasculares, musculares y neuronales, provocados por una variedad de estímulos físicos y psicológicos. Los cambios corporales que ocurren durante la actividad sexual han sido descritos en el Modelo Lineal de Master y Johnson (1981) en estadios secuenciales tanto para el hombre como para la mujer de excitación, meseta, orgasmo y resolución.

En los años siguientes aparecieron otros modelos que trataban de explicar la respuesta sexual humana. Así, Kaplan (1985) propuso una modificación al modelo lineal de Master y Johnson, estableciendo que la respuesta sexual humana se compone de tres fases distintas, deseo, excitación y orgasmo. Suprimió la etapa de meseta y agregó la fase de deseo, cada una de las fases son susceptibles de ser perturbadas, de manera específica por múltiples factores patógenos, físico y psíquicos.

Kaplan (2002a) refiere que la respuesta sexual femenina es de naturaleza bifásica, la cual consiste en dos componentes: una respuesta vasocongestiva local y un componente orgásmico, primordialmente muscular. Durante la excitación sexual se da una respuesta vasocongestiva caracterizada por una lubricación vaginal, la hinchazón y coloración de las paredes vaginales y la formación de la plataforma orgásmica. Por su lado, el componente orgásmico consiste en una descarga clónica, espasmódica e involuntaria de ciertos músculos genitales o perineales.

Recientemente, Basson et al. (2005) definieron el modelo cíclico biopsicosocial de la respuesta sexual femenina en el que hay una retroalimentación entre aspectos físicos, emocionales y cognoscitivos. Este modelo descrito por Brotto y Luria (2014) define el deseo sexual espontáneo y el responsivo, normaliza la experiencia sexual de excitación precediendo el deseo sexual e identifica la intimidad emocional como la principal motivación de responsividad sexual.

El deseo sexual “espontáneo”, es un deseo que puede existir en las mujeres que provoca la búsqueda de una actividad sexual. O más frecuentemente el deseo

sexual “reactivo”, donde puede darse una postura sexual neutra, una predisposición a realizar una actividad sexual que, si los estímulos son suficientes y adecuados, produce el paso de la neutralidad a la excitación y el deseo. Si el resultado es positivo, emocional y físicamente, se incrementa la motivación sexual. La gratificación se consigue por la satisfacción y el placer (sea con orgasmo o sin él), y con otros aspectos subjetivos que no son estrictamente sexuales y que pueden tener mucha importancia, como la comunicación con la pareja, la intimidad emocional, la expresión de afecto, el compartir placer físico, complacer al compañero, la autoestima (sentirse atractiva, femenina, apreciada, amada o deseada), el relax o el bienestar (Ibíd.).

## **2.4 Disfunciones Sexuales Femeninas**

Las disfunciones sexuales femeninas son un problema frecuente de salud sexual que pueden causar un gran malestar e impactar significativamente la calidad de vida de la mujer. Estas incluyen el trastorno de excitación y deseo sexual, el trastorno orgásmico y el trastorno de dolor genito-pélvico/ penetración. Estas quejas de salud sexual no son consideradas una disfunción sexual al menos que causen un malestar o preocupación en la mujer (Faubion, et al. 2015). Algunas mujeres reportan preocupación o malestar relacionado a su respuesta sexual, como bajo deseo sexual o poca excitación sexual, dificultad para alcanzar el orgasmo o una estimulación inadecuada, pero no cumplen con los criterios diagnósticos de una disfunción. (Brotto, Luria, 2014)

Las disfunciones sexuales tienen una causa multifactorial. Se ha demostrado que factores biológicos, psicológicos, sociales, médicos, interpersonales e intrapersonales pueden afectar el funcionamiento sexual femenino. (Clayton, y Groth, 2013).

Entre los factores biológicos, están algunas enfermedades crónicas, como enfermedades vasculares, diabetes mellitus, enfermedades neurológicas que pueden impactar directa o indirectamente el funcionamiento sexual. La edad y los cambios hormonales que ocurren durante la menopausia se han asociado con una disminución

del deseo, la actividad y la respuesta sexual. Por último, están las dificultades sexuales inducidas por medicamentos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los antiestrógenos, los estrógenos orales y los anticonceptivos hormonales combinados (Buster ,2013.; Bitzer et. al, 2013; Kingsberg, 2013, citado por Faubion, et al, 2015).

Entre los factores psicológicos más comunes que impactan el funcionamiento sexual femenino están la depresión, ansiedad, distracción, una imagen corporal negativa y negligencia emocional. Otros factores socioculturales o contextuales que causan o mantienen una disfunción sexual son la discordia marital, disfunción sexual de la pareja, estresores propios de los ciclos de vida, y mensajes culturales y religiosos que inhiben la sexualidad (Brotto, 2010; Brotto, 2016).

Por su lado, Kaplan (2002a) en la patogénesis de las disfunciones sexuales femeninas ha descrito factores como: los conflictos inconscientes en torno a la sexualidad, el temor, la vergüenza, y el sentimiento de culpabilidad debido a una educación restrictiva, los conflictos relativos al papel femenino y a la independencia y dependencia y a la actividad y pasividad, el temor a los hombres, el temor a perder el control, el temor al rechazo y al abandono, las relaciones maritales hostiles y basadas en la rivalidad, y los problemas psicopatológicos graves.

El estudio de las disfunciones sexuales se desarrolla casi exclusivamente en el campo médico, psicológico y sexológico. Masters y Johnson (1981) se refieren a las disfunciones sexuales masculinas y femeninas, como alteraciones que producen incompatibilidad sexual a la pareja. Por su lado, Kaplan (2002b) define las disfunciones sexuales como “trastornos psicosomáticos que impiden al individuo realizar el coito o gozar de él, donde pueden hallarse inhibidos tanto el componente vaso-congestivo como el orgásmico en la respuesta sexual, conjunta o separadamente”.

En la actualidad, la clasificación de las disfunciones sexuales ha sido revisada y simplificada en el último manual diagnóstico y estadísticos de los trastornos mentales (DSM-5). Los trastornos del deseo y la excitación sexual femenina, se han unificado en trastorno de interés /excitación. Asimismo, los diagnósticos de

dispareunia y vaginismo, anteriormente considerados por separados, se combinaron en un solo trastorno denominado trastorno de dolor genito-pélvico/ penetración. El trastorno orgásmico femenino permaneció igual. (Ishak y Tobi, 2013; Clayton y Valladares, 2017).

Las disfunciones sexuales femeninas como etiquetas diagnósticas han sido ampliamente criticadas en las últimas dos décadas. Por un lado, Basson (2005) plantea que las categorías utilizadas para definir la disfunción sexual se sustentan en un modelo lineal de la respuesta sexual humana (desde las propuestas de Masters y Johnson, actualizadas por Kaplan), que consideran que el ciclo sexual de la mujer comienza con la excitación sexual. La autora, como se expuso anteriormente, plantea un nuevo modelo de respuesta sexual de la mujer, que considera que el deseo no es necesariamente lo que detona del acto sexual, sino que éste surge de motivaciones mucho más complejas, como la necesidad de intimidad, o la búsqueda de mejorar su bienestar emocional y auto- imagen . Por otro lado, se cuestiona la capacidad del sistema biomédico de abarcar todo lo que implica la complejidad sexual del ser humano, por tender al reduccionismo biológico y no considerar las normas y conductas sociales que afectan la experiencia sexual (Tiefer, 2000 citado en Moynihan, 2003).

Por su lado, Rosenbaum (2009) resalta la importancia de estudiar los mensajes sociales sobre comportamientos sexuales, asociados a la construcción de la masculinidad y femineidad en el contexto socio-cultural de la pareja. El mundo simbólico- social de las personas es lo que determina el significado del problema sexual.



## **CAPÍTULO III. ABUSO SEXUAL Y SEXUALIDAD**

### **3.1. Impacto del abuso sexual en el desarrollo sexual**

El desarrollo sexual es un proceso natural, necesario y complejo, que se inicia en la concepción y continúa a lo largo de la vida (Masters, Johnson y Kolodny, 1982). El desarrollo sexual en los humanos incluye el logro de comportamientos y actitudes acerca de la conducta sexual en general, así como aquellos específicos a su género, aprender y adaptarse a comportamientos y actitudes de acuerdo a roles sexuales y comprender y adaptarse a los procesos físicos debido a los cambios hormonales (Serbin y Sprafkin, 1984). Los factores biológicos tienen una gran incidencia en el desarrollo sexual durante el periodo prenatal. Así como, los factores psicosociales, principalmente los padres, la familia, la escuela, los amigos, los medios de comunicación, los cuales interactúan desde el nacimiento con los factores hereditarios.

De esta manera, el desarrollo sexual dentro de la familia se puede ver como una serie de conflictos y resoluciones que son parte del desarrollo normal de la familia. La mayoría de las familias encuentra una forma de acomodación que les permite adaptarse a los retos del desarrollo de una manera protectora pero a la vez facilitadora. El abuso sexual dentro de la familia puede ser conceptualizado como en un extremo de la socialización sexual inapropiada y como una falta de acomodación, representando una respuesta mal adaptativa al desarrollo sexual normal del niño (Mrazek y Mrazek, 1981, citado por Tharinger, 1990).

En las familias donde ha ocurrido abuso sexual infantil, la socialización sexual antes y durante el abuso ha sido inapropiada, inefectiva y disfuncional. El poder de la estructura familiar que predomina en la mayoría de estas familias no permite el desenvolvimiento adecuado de la sexualidad del niño de una manera apropiada para su edad. En su lugar, la sexualidad del niño se utiliza para llenar las necesidades de la generación mayor, casi siempre del padre o figura paterna. El toque y la interacción física han sido explotados, los límites sexuales han sido inapropiados e irrespetuosos de la privacidad física y emocional del niño. Asimismo, la comunicación acerca de la

sexualidad ha sido inefectiva, afectando la capacidad futura de toma de decisiones y solución de problemas relacionados (Madock, 1983, citado por Tharinger, 1983).

### **3.2. Algunas Formulaciones Teóricas del abuso sexual**

La teoría edípica revisada de Freud, aunque admite la existencia del abuso sexual en la infancia señala que la mayoría de las memorias de los adultos que fueron abusados dentro del contexto familiar, eran realmente proyecciones de sus propios deseos sexuales hacia el progenitor del sexo opuesto. En contraste, con estas formulaciones de Freud, hoy día se reconoce que muchos adultos satisfacen sus propias necesidades psicológicas a través del abuso sexual a niños incluyendo sus propios hijos (Miller, 1984 citado por Tharinger, 1990). En el proceso de satisfacer sus propias necesidades sexuales, los adultos distorsionan su desarrollo sexual.

Por su lado, Kempe (1984) refiere que estos niños pierden la oportunidad de seguir un curso de desarrollo normal de su sexualidad. Los niños sexualizados carecen de la capacidad de reprimir o sublimar sus intereses sexuales, así como de la libertad de aprender de las actividades con sus iguales.

Por su lado, la teoría del apego postula que las relaciones del niño con sus principales cuidadores deben ser nutritivas, consistentes, confiables y que respondan a las necesidades del niño para que este aprenda que el mundo es un lugar seguro. (Bowlby, 2005). Los niños que experimentan abuso y disfunción Familiar están expuestos a un patrón de relaciones parentales impredecibles que compromete el desarrollo en el niño de un apego seguro con sus cuidadores. La pobre calidad en el apego temprano se ha asociado con un gran número de efectos negativos que incluyen deficiencias en las destrezas o habilidades relacionales, problemas de autorregulación y psicopatología (Loper et al., 2008).

De igual manera, la teoría de las dinámicas traumatogénicas, Finkelhor y Brown (1988) plantea que el abuso sexual infantil altera la orientación o capacidad cognitiva y emocional del niño hacia el mundo y el trauma es causado por la

distorsión de su autoconcepto y capacidades afectivas. Este modelo resalta los conceptos de confianza e intimidad que son temas importantes entre las víctimas de abuso. La naturaleza única del abuso sexual, como una forma de maltrato es resaltada en este modelo a través de los cuatro factores causantes del trauma que las víctimas pueden experimentar:

- Sexualización traumática, la sexualidad de la víctima esta moldeada y distorsionada por el abuso sexual.
- Traición, que es la pérdida de confianza en el perpetrador quien ha dañado la relación y en otros adultos que no lo protegieron o que no lo apoyaron después de la revelación del secreto.
- Impotencia, la víctima siente que no puede hacer nada para alterar su situación, a pesar de los sentimientos de amenaza de daño y de violación de su espacio personal.
- Estigmatización, es la incorporación de percepciones, reforzadas por el discurso manipulativo del perpetrador o por las actitudes sociales negativas predominantes sobre las víctimas, de que son malas o de que se merecen y son responsables por el abuso.

Las niñas víctimas de abuso sexual aprenden del sexo cuando aún no están preparadas y esta experiencia va acompañada generalmente de dolor, miedo, humillación y violencia. Este aprendizaje traumático, esta iniciación que violenta su desarrollo y su ser, deja heridas muy profundas (Ibíd.).

El abuso sexual infantil generalmente involucra una persona querida y confiable. El sexo, el amor, la confianza y la traición suelen ser conceptos ligados de manera profunda (Bass y Davis, 1988).

En las relaciones sexuales abusivas, los perpetradores explotan los sentimientos y conductas sexuales para degradar, humillar, controlar, herir, o maltratar a sus víctimas. La coerción y manipulación con frecuencia están presentes en el abuso sexual. El abuso sexual involucra una profunda traición al afecto y

confianza humana, que va a afectar negativamente las futuras relaciones (Maltz, 2001, citado por Maltz ,2002).

Una relación de intimidad sana requiere de una reciprocidad social y sexual mutua entre personas de edad similar, así como de una sensibilidad y preocupación por el bienestar de la pareja. Sin embargo, para las víctimas de abuso sexual infantil, la intimidad se asocia con vergüenza y miedo más que con ternura y cuidado y con preocupaciones acerca del poder y la sumisión más que la mutualidad o reciprocidad (Meston, et al., 2006).

El trauma ocasionado por la traición en sentido general o por la traición perpetrado por una persona cercana, es un trastorno que ocurre con frecuencia y que se ha asociado con una gran variedad de consecuencias a largo plazo. (De Prince et al., 2012). Un tipo de trauma relacionado a traición es el abuso sexual infantil.

El abuso sexual infantil cometido por un padre (incesto) está relacionado con síntomas físicos y psicológicos particularmente graves a lo largo de la vida. El incesto se asocia con baja autoestima, autodesprecio, sentimientos de contaminación, inutilidad e impotencia, así como somatización y baja autoeficacia. Las construcciones negativas de un niño a menudo son intentos de derivar algún significado que justifique el incesto, como "es por mi maldad que me sucede a mí". La supervivencia a menudo implica la desconexión voluntaria o involuntaria de uno mismo, de los demás y del entorno, o la compartimentación de las experiencias traumáticas. La disociación con los sobrevivientes de abuso infantil, especialmente cuando los perpetradores provienen del sistema de cuidadores del niño, puede explicarse por el concepto de trauma de traición (Lawson y Akay-Sullivan, 2020).

The Children Bureau estima que una de cada cuatro niñas y uno de cada seis niños experimentara algún tipo de abuso sexual antes de llegar a los 18 años. Pero algo más alarmante que la prevalencia es el hecho de que quien comete este crimen es alguien que el niño conoce. Un estudio reciente encontró que el 96% de los niños abusados menores de 12 años conocían la persona que le abuso (U.S. Department of Health and Human Services, 2011).

Algunos autores han teorizado desde una perspectiva del desarrollo, acerca del impacto del trauma en la capacidad de confiar. ( Finkelhor & Browne, 1985; Cole & Putnam, 1992; van der Kolk, 1996, citado por Tharinger,1990). La teoría del trauma por traición establece que mientras más cercana la relación es y mientras más necesaria la relación es para la víctima, mayor es la experiencia de traición (Freyd, 1996). El niño que es repetidamente traicionado pierde su capacidad de detectar la confiabilidad en otros. Pudieran ser adultos, que confíen mucho en otros o por el contrario, que no confíen en quien deberían, lo que aumenta el riesgo de re victimización (Gobin y Freyd, 2009).

Por otro lado, las teorías de género buscan explorar y entender el abuso, sexual de una manera que es sensitiva o relacionada al rol de género. Molina (2008) ha definido el concepto de género como un conjunto de “representaciones, espacios, características, prácticas y expectativas que se asignan a los hombres y a las mujeres a partir de su diferencia sexual y como si fuera algo que derivara naturalmente del hecho biológico del sexo”.

Los modelos de masculinidad y feminidad de cada cultura contribuyen a la formación de la identidad en ambos sexos. De acuerdo a como se cumplan esas expectativas del respectivo rol de género, influye en la valoración que hacemos de nosotros mismos o de los demás como hombres o mujeres. El rol de género femenino, se ha asociado tradicionalmente al ámbito emocional y todo lo que tiene que ver con los afectos, las relaciones interpersonales y los cuidados, esperándose de las mujeres que den prioridad a las necesidades de las personas significativas, responsabilizándolas por el cuidado y mantenimiento de las relaciones íntimas (Romero, 2011).

Los estudios de género sobre la violencia sexual refieren que los actos de violencia representan el mayor acto de poder de hombres sobre mujeres, esto como consecuencia de las construcciones del género, donde se atribuyen al hombre la agresividad y la separación de afectos de la relación familiar y sexual. Una sociedad organizada por una estructura patriarcal, donde se asume una división de roles sociales que determina la subordinación por sexo y por edad, supone un riesgo doblemente mayor para las niñas. Por lo que entienden que el abuso sexual infantil

puede comprenderse mejor, como una manifestación del ejercicio del poder, la violencia y la dominación masculina y patriarcal (Magaña, 2014).

### **3.3 Revictimización**

Es definida como la victimización en la infancia y luego de nuevo en la adolescencia / adultez, o victimización en la adolescencia seguido de una victimización en la adultez, o durante la adolescencia/adulthood por más de un perpetrador en evento separados. Los estudios al respecto señalan que aproximadamente dos tercios de las mujeres víctimas de abuso sexual van a ser revictimizadas (Classen et al., 2005). Las experiencias de abuso sexual repetidas, especialmente cuando estas han ocurrido en la infancia o y en la adultez, están asociadas a un peor funcionamiento psicológico en comparación con las personas que han tenido una sola experiencia de abuso. Algunos estudios han asociado el abuso sexual infantil con la revictimización sexual por parte de la pareja masculina en mujeres sobrevivientes (Girard, 2020).

### **3.4 Efectos en la sexualidad de las víctimas**

- **Víctimas menores**

Entre los efectos iniciales en la sexualidad que pueden ocurrir en la infancia y adolescencia incluyen preocupación por asuntos sexuales, aumento de la actividad masturbadora, un interés súbito en asuntos heterosexuales, desesperanza en cuanto a su inhabilidad para controlar sus impulsos sexuales, enfermedades venéreas, embarazo, pobre identificación femenina, delincuencia sexual, promiscuidad, prostitución y acoso a niños menores (Mrazek, 1983, citados por Tharinger, 1990).

Otros síntomas incluyen juegos sexuales precoces, conocimiento sobre asuntos sexuales inapropiados para su edad y desarrollo sexual, confusión y preocupación acerca de la sexualidad y de su orientación sexual así como conductas sexuales impulsivas e inapropiadas (Adams-Tucker, 1982; James & Nasjleti, 1983; Justice & Justice, 1979; Meiselman, 1978; Mrazek & Mrazek, 1981, citados por Tharinger, 1990).

De igual modo, Finkelhor and Browne (1985, 1988) han señalado algunos síntomas específicos que presentan los menores con experiencia de abuso sexual : conocimiento de asuntos sexuales ,un repertorio de conductas sexuales inapropiadas para su edad, confusión y desconocimiento de su autoconcepto sexual, confusión sobre las normas y estándares sexuales, mala interpretación del sexo y el afecto, connotaciones negativas acerca del sexo, asociaciones emocionales inusuales acerca de las actividades sexuales, preocupación por la conducta sexual, juegos repetitivos con comportamientos sexuales, masturbación recurrente, agresión sexual, aversión sexual, memoria o pensamiento recurrente de la experiencia de abuso sexual, disfunción sexual, reacciones fóbicas a la intimidad, y como adultos, sexualizan de una manera inapropiada a su hijos conduciéndolos al abuso físico y sexual.

- **Víctimas adultas**

Entre los efectos del abuso sexual infantil a largo plazo, casi todos los estudios clínicos han reportado problemas sexuales futuros en las víctimas de abuso sexual infantil, principalmente entre las víctimas de incesto (Finkelhor & Browne, 1985).

Por otro lado, la mayoría de los estudios empíricos han encontrado una prevalencia de problemas sexuales mayor en las mujeres víctimas de abuso sexual infantil en comparación con las mujeres no abusadas. Los problemas sexuales incluyen mayores niveles de disfunciones sexuales específicas, como dificultades con la excitación, vaginismo y flashbacks, así como problemas emocionales relacionados al sexo, culpa sexual, ansiedad sexual y baja autoestima sexual. (Briere, 1984; Courtois, 1979; Finkelhor, 1984; Gold, 1986; Herman, 1981, Langmade, 1983; Meiselman, 1978, citado por Tharinger, 1990).

Las mujeres que tienen la oportunidad de desarrollar y experimentar con el sexo a su propio paso y de hacer sus propias decisiones acerca de su sexualidad tienen más capacidad de entender que es placentero para ellas y comunicárselo a sus parejas. Sin embargo, las sobrevivientes de abuso sexual infantil puede percibirse a sí mismas como indefensas ante su propia sexualidad (Wyatt, 1993).

El comportamiento sexual de las personas sobrevivientes de abuso sexual puede verse afectado en tres áreas principales: interés sexual en la adultez temprana, orientación y preferencia sexual, y la excitación y satisfacción sexual (Maltz, 1987).

En cuanto a la necesidad sexual la persona sobreviviente de abuso sexual puede manifestar: un retraimiento social y sexual o iniciar una fase de actividad sexual promiscua y en algunos casos autodestructiva.

La respuesta de retraimiento sexual puede reflejar los miedos de la sobreviviente relacionados al sexo, ansiedades acerca de las relaciones de pareja y baja autoestima. Los síntomas de retraimiento incluyen rechazo a salidas o citas, aislamiento social, imaginar que el sexo no existe y negar algún tipo de sentimiento sexual. Asimismo, pueden haber ideas distorsionadas de que esperar en citas con parejas, tener sexo como objetivo o requisito de estas salidas. Maltz (2000) refiere que abstenerse del sexo o evitar pensamientos sexuales, por lo menos por un corto período ayuda a las sobrevivientes a escapar de los sentimientos negativos, y de los recuerdos recurrentes del abuso sexual. Algunas formas que utilizan las sobrevivientes de abuso sexual para evitar las relaciones sexuales es usar ropa poca atractiva, ganar peso o cortarse el cuerpo (Schiraldi, 2009).

Por otro lado, muchos sobrevivientes utilizan la promiscuidad sexual como una conducta intencional de autodestrucción y castigo, por sentirse de alguna manera culpable de su experiencia de abuso o como una manera de demostrarse a sí misma que están en control de su sexualidad. Sin embargo, estas relaciones son, por lo general, poco satisfactorias. Algunas consecuencias de una actividad sexual indiscriminada son el embarazo no deseado, abortos, infecciones de transmisión sexual, pérdida de respeto social, afectando negativamente su autoestima (Maltz, 1987).

Muchas mujeres refieren que su experiencia de abuso, hizo que se involucraran en conductas sexuales de alto riesgo, como tener sexo a muy temprana edad, tener muchas parejas sexuales diferentes, tener alta frecuencia de relaciones

sexuales, relaciones sin protección y usar drogas y alcohol en exceso mientras tenían sexo (Roller, 2009).

Por el contrario, Finkelhor and Browne (1985, 1988) refutan el hecho de que las víctimas de abuso sexual sean promiscuas y reportan que las mujeres abusadas en la niñez se encuentran en mayor riesgo de revictimización en la adultez que aquellas que no fueron abusadas en la niñez. Refieren que las dinámicas de las relaciones abusivas socializan a las niñas a ver sus cuerpos como un medio para obtener ganancia emocional, de parte de su abusador. En la adultez, esta dinámica se mantiene en las relaciones románticas o sexuales, involucrándose en estas como una forma de buscar satisfacción y seguridad emocional. Otros autores plantean la conducta abusiva sexualizada como una forma de recrear el momento traumático con la fantasía de cambiar el resultado de este evento. En este intento de revertir el trauma del abuso se involucran en relaciones que la ponen en riesgo de daños futuros (Herman, 1997).

Por su lado, Walker y Browne (1985) enfatizan como el proceso de socialización de género influye en la manera que la mujer responde y enfrenta la situación abusiva. Es decir, a las mujeres se les enseña a adaptarse o someterse al abuso, en lugar de oponerse. Refieren: “Las niñas pequeñas se les enseña generalmente, a lograr sus metas a través de ganar la aprobación de otros, adaptándose a la conducta dominante, suprimiendo su rabia o reacciones agresivas como una forma de persuasión o de mantener la paz. No aprenden las destrezas de confrontación que pueden ser necesarias para detener el abuso, y su apreciación realística de estar en gran riesgo físico en una discusión con su pareja masculina puede disuadirla de responder asertivamente, llevándola a conformarse y a aceptar la conducta abusiva como inevitable”.

La preferencia y orientación sexual es uno de los aspectos que también pudiera verse afectado por la experiencia de abuso sexual. Estudios realizados en niños con historia de abuso han indicado un porcentaje alto de relaciones homosexuales en la adultez. En el caso de las mujeres víctimas de abusos, se ha encontrado que por lo menos la mitad de estas prefieren involucrarse en relaciones de pareja con mujeres, debido a que demandan menos contacto sexual y son más comprensivas (Maltz, 1987).

En este sentido, Roller (2009) afirma que algunas víctimas sienten confusión acerca de su orientación sexual y atribuyen esta confusión a su experiencia de abuso.

Por otro lado, las víctimas de abuso sexual tienden a presentar más problemas sexuales que las mujeres que no fueron abusadas. La falta de deseo y placer sexual es una queja frecuente entre las sobrevivientes de incesto. La respuesta sexual es asociada con sentimientos negativos relacionados a la experiencia de abuso (Maltz, 1987). La hiposexualidad, un deseo sexual hipoactivo y/o aversión sexual, son síntomas que pueden causar preocupación en la mujer así como ser motivo de tensión en las relaciones de pareja en la adultez (Wohl, 2018).

Asimismo, los flashbacks o recuerdos recurrentes del hecho traumático pueden bloquear o ser un distractor de cualquier experiencia positiva relacionada a la respuesta sexual presente. Los pensamientos o sensaciones, como olores, sonidos, toques sexuales y no sexuales, ciertas posiciones de la pareja durante el sexo, lugares, entre otros, pueden ser detonantes de recuerdos no placenteros de la conducta abusiva (Maltz, 1987; Schiraldi, 2009).

En un estudio realizado sobre el funcionamiento sexual en mujeres con una historia severa de abuso sexual intrafamiliar y la correlación entre los problemas sexuales y la severidad del abuso, el apoyo de un adulto durante la infancia y síntomas psiquiátricos, se encontró que estas mujeres presentan una amplia variedad de problemas sexuales. La ocurrencia de problemas sexuales se correlacionó significativamente con violencia física durante la infancia, stress psicológico en la actualidad, flashbacks en situaciones sexuales e incomodidad ante el afecto físico. La prevalencia del trastorno de dolor sexual correlacionó positivamente con “la falta de apoyo por parte de un adulto” durante la niñez (Kristensena, y Lau, 2011).

Asimismo, en un estudio longitudinal realizado por Feiring (2009) se encontró que la estigmatización (vergüenza relacionada al abuso y la inculpación) y los síntomas internalizados (stress postraumático y síntomas depresivos) más que la severidad del abuso explica cuáles jóvenes con historia de abuso sexual experimentarían más dificultades sexuales y agresión en citas con parejas. Se encontró que la estigmatización funciona como un mecanismo predictor de dificultades

sexuales. Sin embargo, los síntomas internalizados no fueron predictores de problemas relacionados a problemas de intimidad con la pareja, aunque si mostraron una correlación con problemas sexuales y agresión en las citas con parejas.

### **3.5 Impacto en las relaciones de pareja**

La experiencia de abuso sexual, como ya hemos visto, no solo impacta a la víctima de manera intrapersonal, sino también de manera interpersonal.

DiLillo & Long (1999) encontraron menor nivel de satisfacción en las relaciones de parejas con historia de abuso sexual que aquellas sin experiencia de abuso. En la literatura sobre terapia de pareja es bien conocido el patrón de relación perseguido-distante. Dentro de las relaciones sexuales funciona de la siguiente manera: lo más que un miembro presiona al sobreviviente, para tener sexo, más resistente al sexo se muestra. Esto provoca un ciclo de stress no saludable. En los casos de sobrevivientes de abuso sexual, la incapacidad emocional derivada del trauma, hace a estas parejas más susceptibles a este patrón de relación perseguido-distante causando insatisfacción en la relación (Nelson et al., 2002).

De igual modo, Arriola et al. (2005) han encontrado que las sobrevivientes de abuso sexual pueden tener una predisposición a involucrarse en relaciones íntimas casuales con pocas expectativas de estabilidad a largo plazo. Esta falta de compromiso en las relaciones de esta población puede estar relacionada a asuntos de intimidad y confianza no resueltos (DiLillo, 2001).

Un elemento esencial en una relación de pareja saludable es la confianza en el otro. Uno de los efectos a largo plazo, ya mencionados anteriormente del abuso sexual es la dificultad para desarrollar confianza en las relaciones adultas, esto así porque el mismo acto de abuso en si es una violación de la confianza (Maltz, 1988). Esto puede derivarse de los sentimientos de traición comúnmente asociados al abuso sexual (Finklehor & Browen, 1985).

Por otro lado, los estudios han demostrado que las sobrevivientes de abuso sexual reportan problemas con la intimidad, lo que está relacionado a su sexualidad y al cuidado y cercanía emocional de sus relaciones sexuales (Schiraldi, 2009).

Se han descrito tres patrones de intimidad sexual común en esta población de sobrevivientes. En el primero la persona tiene dificultad para confiar en las personas y usa el sexo como una forma de relacionarse con otros; El resultado es un tipo de relación casual y de corta duración. Si la relación avanza a un nivel más profundo de intimidad, la persona puede abandonar la relación porque mucha sensación de cercanía no resulta cómoda. En el segundo tipo, la sobreviviente trata de evitar tanto el sexo como la intimidad y en el tercer tipo, las sobrevivientes experimentan miedo al sexo y a la intimidad, pero su deseo de tener una relación es tal que consigue una pareja independiente de sus sentimientos. Como resultado, la sobreviviente puede buscar pareja sin tomar en cuenta su sentido de confianza o autovalía y puede estar en mayor riesgo de involucrarse en relaciones abusivas (Davis y Petretic, 2000).

## **CAPÍTULO IV. ESTUDIOS REALIZADOS DEL ABUSO SEXUAL**

La mayoría de los estudios que han hecho referencia sobre las consecuencias del abuso sexual infantil reportan numerosas dificultades psicológicas, sociales, conductuales y físicas. Así lo confirma un estudio realizado por Maniglio (2009) sobre el impacto del abuso sexual en la salud donde encontró que hay evidencia de que los sobrevivientes de abuso sexual en la infancia están significativamente en riesgo de una gran variedad de trastornos médicos, psicológicos, conductuales y sexuales. Por lo que el abuso sexual debe ser considerado un factor de riesgo no específico de psicopatología.

Cantón-Cortés, et al. (2016) realizaron un estudio para analizar los efectos de la seguridad emocional en el sistema familiar en el estrés psicológico en una muestra de mujeres jóvenes adultas sobrevivientes de abuso sexual en la infancia. Los resultados sugieren que las características del abuso así como la relación con el perpetrador y, especialmente la continuidad del abuso y si se ha revelado el abuso o no, son factores que pueden afectar el impacto de la seguridad emocional en el estrés psicológico que experimentan las sobrevivientes de abuso.

Por su lado, Di Mauro, Renshaw, and Blais (2018) investigaron la asociación entre la victimización por trauma sexual y la salud mental y comportamiento sexual. Las mujeres que experimentaron trauma sexual informaron una menor satisfacción sexual y un aumento de los resultados negativos de salud mental, incluidos los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y las tendencias suicidas.

En un estudio realizado por Lemieux, et al. (2019) en mujeres con historia de abuso sexual encontraron que más de la mitad de estas mujeres reportan al menos otra forma de abuso infantil; el 30% reportó síntomas de estrés postraumático y el 40% síntomas de depresión en la edad adulta. La presencia del trastorno de estrés postraumático se asoció con el inicio de la agresión sexual infantil, la continuidad intergeneracional de la victimización sexual y las experiencias de abuso físico y negligencia. La depresión se asoció con abuso psicológico y negligencia, con una

respuesta no solidaria cuando la agresión sexual fue expuesta en la infancia y los intentos de suicidio en la adolescencia.

Por otro lado, Alix (2019) en un estudio basado en el modelo de la dinámica traumatogénica de la estigmatización encontró que la culpa, la vergüenza y las estrategias de afrontamiento mal adaptativas son variables predictoras de síntomas de depresión, trastorno de estrés postraumático e ideación suicida en adolescentes con historia de abuso sexual.

Cortés, et al. (2011) encontraron en una muestra de universitarias con antecedentes de abusos sexuales, que estas tenían una menor autoestima y asertividad, y puntuaciones más altas en actitud vital negativa, depresión y ansiedad, que las del grupo de comparación sin historia de abuso sexual.

Lassri et al. (2018) han identificado la auto-critica como un mediador entre el abuso sexual y la satisfacción en las relaciones. Los hallazgos sugieren que el abuso sexual en la infancia conlleva a elevar los niveles de auto-critica, que a la vez puede relacionarse con menos satisfacción en las relaciones amorosas, estableciendo un ciclo vicioso que involucra la satisfacción en las relaciones y un apego evitativo.

En un estudio longitudinal realizado en Nueva Zelanda sobre la relación entre el abuso sexual y sus consecuencias posteriores en varios aspectos del desarrollo, se encontró que el abuso sexual infantil es un evento traumático en la infancia en el que las consecuencias negativas serán mayores en la medida que la severidad del abuso sea mayor. El abuso sexual puede afectar negativamente el desarrollo adulto teniendo como resultado: trastornos mentales, alteraciones del bienestar psicológico, conductas sexuales de riesgo, pobre salud física y disminución del bienestar económico (Fergusson, et al., 2013).

Por su lado, Amado et al., (2015) en una revisión meta-analítica sobre el daño psicológico, en víctimas de abuso sexual infantil/adolescencia, y su potencial efecto en el desarrollo de sintomatología depresiva y ansiosa, reportaron que las víctimas tienen un 70% más de probabilidades de presentar daño, siendo las mujeres las que

presentan una tasa significativamente mayor de desarrollo de un cuadro depresivo 42% y ansioso 24%. En la categoría de los trastornos de ansiedad, el daño se manifiesta con mayor probabilidad en fobia específica. En cuanto al tipo de abuso, se evidencia que el abuso con penetración conlleva más daño y el abuso sin contacto un daño menor.

Asimismo, se llevó a cabo otro estudio en Quebec, sobre la relación entre el abuso sexual y la salud sexual, de mujeres jóvenes adultas. En el mismo se investigó las estrategias de manejo mal adaptativas y el optimismo, como posibles mediadores y moderadores de esta relación. Se encontró que las mujeres que fueron más severamente abusadas reportaron consecuencias más adversas para su salud sexual, involucrándose en conductas sexuales de alto riesgo que podían ser perjudiciales para su salud, así como presentaron más problemas sexuales que las mujeres sin historia de abuso. Las sobrevivientes de abuso sexual, en donde solo hubo toques presentaron más probabilidad de tener un autoconcepto sexual negativo, como experimentar sentimientos negativos durante el acto sexual, en relación a las participantes no abusadas. Por otro lado, los factores personales, como un manejo de las emociones adecuado y el optimismo, sirvieron de mediadores en algunas consecuencias de la salud sexual de las mujeres abusadas (Lacelle, et al., 2012).

En un estudio realizado sobre el rol de la estima corporal en las respuestas de excitación e inhibición sexual en mujeres con historia de abuso se concluyó que las mujeres con historia de abuso sexual infantil tienen menor estima corporal que las mujeres no abusadas, especialmente en la forma que auto perciben su atractivo, y estas percepciones parecen influenciar su respuesta sexual, actuando en la excitación e inhibición de la misma (Kilimnik y Meston, 2016). En este sentido, otros autores han considerado el auto-concepto sexual como un componente importante en el tratamiento con sobrevivientes de abuso sexual (Guyon et al., 2020).

El abuso sexual a menores puede tener consecuencias negativas en la salud mental de las víctimas, tanto a corto plazo como a largo plazo, incluyendo depresión y la asociación del abuso con posteriores problemas en el funcionamiento y conducta sexuales (Zwickl, 2011). Sin embargo, como se ha visto no hay un patrón único de síntomas y los efectos no necesariamente se presentan en todas las víctimas (Cortés, et

al., 2011; Guerra et al., 2018). Algunas personas permanecen asintomáticas a pesar de los antecedentes de abuso sexual en la niñez. La capacidad de resiliencia, así como el contexto cultural pueden moderar el impacto negativo de la experiencia de abuso. Así como también el contexto cultural juega un rol importante en la forma en que se entiende y aborda el mismo (Sanjeevi, et al. 2018)

En este sentido, algunos autores Cantón-Cortés y Cortés (2015); Guerra et al. (2018) han identificado las principales variables que determinan los efectos del abuso sobre la víctimas, como son las características del abuso, la relación de la víctima y el agresor, los factores situacionales y, especialmente, las variables cognitivas de la víctima que correlacionan con la capacidad de resiliencia. Otros estudios resaltan la importancia de los aspectos positivos de afrontamiento y resiliencia en mujeres sobrevivientes de abuso sexual para su recuperación y el establecimiento de relaciones funcionales, entendiendo la resiliencia como un proceso que abarca la recuperación del trauma, la reconceptualización de sí misma, y el desarrollo de relaciones íntimas saludables (Newsom y Myers-Bowman, 2017).

Algunas de las consecuencias a largo plazo asociadas al abuso sexual son: promiscuidad, conductas sexuales de alto riesgo, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, fobias o aversión al sexo, alteraciones en el deseo sexual y disfunciones sexuales como la anorgasmia, entre otras. Sin embargo, parecería importante el rol de algunos factores identificados como amortiguadores, tales como la familia, las relaciones sociales, la autoestima, entre otros, en la reducción del impacto psicológico (Cortés, Cantón-Cortés y Cantón, 2011).

Por su lado, Lemieux y Byers (2008) encontraron en relación a las consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil, una correlación significativa entre este y el desarrollo de diversas psicopatologías. Las mujeres con historia de abuso tienen un mayor riesgo de depresión, ansiedad, hospitalización psiquiátrica e intentos suicidas (Ng et al., 2018), abuso de alcohol y drogas (Halpern et al., 2018). Así como problemas sexuales relacionados al disfrute, flashbacks durante el coito o el acercamiento sexual, y un riesgo más alto de vulnerabilidad ante futuras victimizaciones sexuales.

De igual modo, se han reportado más problemas psicológicos y de pareja en personas con historia de abuso sexual en la infancia que asisten a la consulta de terapia sexual, siendo las mujeres las de mayor prevalencia (56%). Estos resultados deben alertar a los terapeutas sobre la necesidad de abordar el trauma y sus consecuencias (Berthelot, et al., 2014).

Algunos autores resaltan que los problemas más frecuentes están relacionados al área sexual, como disfunciones sexuales, menor satisfacción sexual, depresión y el trastorno de estrés postraumático, control inadecuado de la ira, lo que puede manifestarse principalmente en las mujeres en formas de conductas autodestructivas (Mas y Carrasco, 2005).

Las investigaciones han reportado que el abuso sexual puede, aunque no necesariamente, llevar a desarrollar una disfunción sexual en la vida adulta. Los efectos de una experiencia sexual traumática en la niñez o adolescencia pueden verse agravados por la presencia concurrente de otros tipos de abusos en la familia de origen, como el abuso físico y emocional (Marquee-Flentje, 2017). Un factor que parece estar relacionado con la variación en el impacto del abuso sexual en la sexualidad adulta, es el hecho de provenir de familias de origen con un pobre desarrollo sexual. Sin experiencias positivas de toque, confianza y empatía, la habilidad de relajarse y ser confortado, los efectos del abuso pueden complicarse o potencializarse (Zolbrod, 2015).

Sobanski et al. (2014) encontraron que la presencia en un mismo paciente de más de una circunstancia adversa asociada con el desarrollo sexual, como un inicio sexual temprano o forzado, incesto o su intento, pobre educación sexual entre otros, lleva a una mayor incidencia de interferencias en la relación de pareja incluyendo disfunciones sexuales.

La hipersexualidad y la compulsividad sexual en un extremo, así como la disfunción sexual y la abstinencia sexual en el otro, son respuestas comunes al abuso sexual infantil. La naturaleza y la severidad del abuso en sí, así como el apoyo o no de la familia, son factores determinantes en el desarrollo de síntomas. (Aaron, 2012).

Resultados similares han sido reportado por Vaillancourt-Morel, et al. (2015) quienes encontraron que el abuso sexual en la infancia está relacionado con más conducta de evitación sexual y de compulsión sexual, lo que a su vez predice menor adaptación en la pareja. Estos resultados resaltan la importancia de la evitación y compulsión sexual como aspectos a tratar en pareja en donde uno o ambos miembros son sobrevivientes de abuso. La evitación de las relaciones sexuales se ha relacionado con problemas psicológicos, ansiedad, depresión y problemas en la relación de pareja (Hinchliff, Tetley, Lee, & Nazroo, 2018; Rosen, 2017). De igual modo, se ha encontrado que un abuso sexual de severidad alta y una compulsividad sexual alta conduce a mayor posibilidad de involucramiento en relaciones fuera de la pareja (Vaillancourt-Morel et al., 2016).

En un estudio cualitativo con enfoque en la teoría fundamentada realizado por Roller (2009) en el cual se pretendía construir el proceso por el cual el abuso sexual en la infancia influye en la sexualidad actual de las sobrevivientes, algunas participantes narraron como la experiencia de abuso en la niñez hizo que ellas se vieran a sí mismas como seres sexuados. Expresaron haber sentido vergüenza, confusión, y baja autoestima en relación a su sexualidad. Muchas se involucraron en relaciones sexuales porque sentía era la única forma de encontrar amor. Las mujeres del estudio eran más propensas a evitar las relaciones íntimas por temor y desconfianza hacia los hombres.

Las mujeres con historia de abuso sexual en la infancia y/o adolescencia tienen un índice más alto de disfunciones sexuales. La evidencia señala el uso frecuente en esta población de estrategias de evitación, como abuso de sustancias, disociación, supresión emocional, siendo estos factores relacionados a su psicopatología. Bird, et al. (2016) han señalado una asociación positiva entre la intoxicación por alcohol y la disociación relacionada con el sexo reportado en mujeres con historia de abuso sexual.

En una investigación realizada en mujeres abusadas sexualmente sobre la evitación, un mecanismo cognitivo importante asociado a trastornos de ansiedad, y su posible relación con el funcionamiento sexual de esta población, se encontró una

interacción significativa entre abuso sexual en la infancia/adolescencia y tendencias de evitación con un menor funcionamiento orgásmico. Estos resultados sugieren que para estas mujeres la tendencia a la evitación de cercanía o intimidad en las relaciones y la evitación de un involucramiento emocional son predictores de su funcionamiento orgásmico (Staples, et al .2012).

Asimismo, en un estudio realizado en mujeres adultas de 18-49 años de edad que asistían a una clínica de planificación de la Universidad de Campiñas, Brasil sobre el riesgo de disfunción sexual y calidad de vida en mujeres con historia de abuso sexual se reportó una prevalencia de disfunción sexual mayor en mujeres con historia de abuso sexual, así como un índice significativamente menor de calidad de vida (Carreiro, et al., 2016).

Resultados similares fueron reportados por Swaby, y Morgan, (2009) en un estudio realizado en Jamaica en una población de 100 adultos sobre la asociación entre la sexualización traumática temprana y el desarrollo más tarde de una disfunción sexual, encontrando que el abuso sexual infantil es un evento que puede resultar en una disfunción sexual en la adultez, especialmente en el deseo sexual y en el logro del orgasmo, así como en las relaciones.

Como se ha podido ver, el abuso sexual infantil abarca un gran número de secuelas psicológicas, que incluyen baja autoestima, ansiedad, y depresión. Numerosos estudios han resaltado que las víctimas de abuso sexual son vulnerables a una revictimización sexual en el futuro, así como el involucramiento posterior en conductas sexuales de riesgo. Los sobrevivientes de abuso sexual tienen más probabilidad de tener múltiples parejas sexuales, embarazarse en la adolescencia, y experimentar agresión sexual en la adultez (Lalor y Mc Elvaney, 2010).

El impacto del abuso sexual infantil en la capacidad para establecer y mantener relaciones íntimas saludables en la adultez va a depender de variables como las características de los episodios sexuales violentos, las estrategias de afrontamiento que adopten las víctimas, las emociones y pensamientos relacionados con el trauma, los mecanismos de respuesta al estrés y a algunos aspectos del funcionamiento sexual (Krindges, et al., 2016).

El abuso sexual puede ser perjudicial para los niños y para sus habilidades de manejo y comunicación en sus relaciones íntimas futuras. Røjgaard et al. (2018) resalta tres temas que constituyen un reto en las relaciones íntimas adultas después de una experiencia de abuso: la satisfacción en la relación, la satisfacción sexual y la comunicación y confianza.

López, et al. (2017) analizaron la satisfacción sexual percibida, las disfunciones sexuales, la satisfacción en las relaciones afectivas, la confianza y la comunicación con la pareja actual en un grupo de mujeres con antecedentes de abuso sexual en la infancia y la adolescencia. Encontraron que todas las disfunciones sexuales resultaron significativamente más frecuentes en las mujeres que padecieron abuso sexual en la infancia y la adolescencia, y la satisfacción sexual percibida fue menor. Las situaciones de abuso sexual con intento de penetración o penetración se asociaron a más dificultades de excitación y mayor rechazo. Asimismo, estas mujeres manifestaron menos confianza y más dificultades de comunicación con la pareja. De ahí la importancia de identificar un posible abuso sexual en la infancia y adolescencia en las mujeres que consultan por problemas de pareja.

En un estudio realizado por Leclerc, et al. (2010) acerca de la historia de abuso sexual y físico en mujeres con dispareunia y su posible relación con el dolor, el ajuste psicosocial y el funcionamiento sexual de las mismas, se encontró que una historia de abuso sexual que involucra penetración estaba asociada a un ajuste psicológico y funcionamiento sexual más pobre. Asimismo, las mujeres que percibían una relación entre su dispareunia y su historia de abuso sexual reportaron un peor funcionamiento sexual que aquellas que no lo relacionaron. Se ha enfatizado el rol del trauma sexual como factor contribuyente al aumento de los síntomas corporales percibidos y al estilo de apego inseguro (Granot, et al., 2018).

Los resultados de un estudio llevado a cabo en adolescentes sexualmente activas revelaron un efecto indirecto significativo del abuso sexual en el desarrollo del dolor genito-pélvico a través de la ansiedad que lo caracteriza. Estos hallazgos sugieren que la ansiedad puede ser uno de los mecanismos por los cuales el abuso

sexual infantil conduce a un mayor riesgo de desarrollar dolor genito-pélvico en esta población (Santerre-Baillargeon, et al. ,2017).

En un estudio sobre la prevalencia de experiencias sexuales no deseadas, en mujeres con disfunciones sexuales, y su posible asociación con diferentes indicadores psicosexuales, de acuerdo al momento en que ocurrió la experiencia abusiva, se observó una relación entre una historia de experiencia sexual no deseada e índices de psicopatología, específicamente: trastornos psiquiátricos, uso de medicamento y síntomas de ansiedad. Las mujeres con experiencias sexuales no deseadas, ocurridas en la adolescencia, reportaron una mayor dificultad en la excitación, orgasmo y satisfacción sexual, en relación a las mujeres sin historia de experiencias sexuales no deseadas. Por su lado, las mujeres expuestas a estas experiencias no deseadas, en la niñez, mostraron más preocupaciones relacionadas a su imagen corporal y síntomas de despersonalización (Maseroli, et .al, 2018).

Asimismo, Pulverman, et al. (2018) señalan que las mujeres con historia de abuso sexual reportan mayores índices de disfunción sexual. Las preocupaciones sexuales más reportadas, por estas mujeres abusadas, fueron dificultad con el deseo y con la excitación. Los mecanismos propuestos para explicar la relación entre el abuso sexual y la disfunción sexual incluyen asociaciones cognitivas sin emociones positivas, en relación a la sexualidad, auto-concepto sexual, activación del sistema nervioso simpático, imagen corporal, estima, vergüenza y culpa.

Por su lado, O' Callaghan et al. (2019) han encontrado entre los cambios experimentados en la sexualidad de las víctimas, después de la experiencia abuso sexual, la perdida de interés en el sexo, aumento o cambio de pareja sexual, involucramiento en trabajo sexual y aumento de la conducta sexual. Algunas sobrevivientes reportaron haber tenido una reacción emocional intensa detonada por recuerdos intrusivos o “flashbacks” de la experiencia de abuso.

El abuso sexual infantil ocurre dentro de un contexto social que moldea la manera en que las sobrevivientes se juzgan a sí mismas y son evaluadas por otros. Debido a que es un crimen de género sexual e íntimo, que viola las normas sociales

acerca de lo que es apropiado y aceptable, las sobrevivientes pueden experimentar estigma que incluye mensajes de víctima-culpa de la sociedad, así como reacciones de estigmatización de otros en respuesta a la revelación del abuso; esta estigmatización puede ser internalizada entre los sobrevivientes como autoculpabilización, vergüenza, y estigma anticipada. El estigma y la estigmatización juegan un rol importante en la forma de pensar, sentir y actuar de las sobrevivientes durante el proceso de recuperación (Kennedy y Prock, 2016).

En un estudio sobre la noción de abuso sexual y la percepción en relación a las víctimas de abuso de una población de estudiantes de diferentes grupos étnicos, se encontró que muchos consideraron que el abuso sexual implicaba necesariamente relaciones sexuales, otros tenían una mejor comprensión y tenían una mentalidad más amplia hacia lo que constituía abuso sexual. La mayoría de los participantes consideró que las mujeres y los niños tienen más probabilidades de ser víctimas de abuso sexual. Además, reportaron que el código de vestimenta inadecuada de una persona, ser demasiado atractivo en apariencia, interactuar con el sexo opuesto, la falta de conciencia, la discapacidad, los factores ambientales y familiares son factores que predisponen a una persona al abuso sexual (Jayapalan, et al.2018).

De igual modo, Khamala et al., (2019) encontró, en Kenya, como factores de vulnerabilidad al abuso sexual: la pobreza, las desigualdades de género, exacerbadas por normas sociales negativas y prácticas culturales. Algunos miembros de la comunidad consideran que las chicas que se vestían con faldas cortas o ropa estrecha fomentaban los avances sexuales no deseados. Aunque se considera que la pobreza y los roles y las relaciones entre los diferentes sexos son factores que han aumentado la vulnerabilidad al abuso sexual infantil, a menudo se culpa a las víctimas, por su modo de vestir y comportarse.

## **BLOQUE II: OBJETO DE ESTUDIO Y METODOLOGÍA**

### **CAPÍTULO V. ÁMBITO DE ESTUDIO Y OBJETIVOS**

#### **5.1 Objeto de Estudio**

La experiencia de abuso sexual en la infancia es un evento que produce consecuencias devastadoras en las víctimas y las mismas pueden manifestarse de inmediato o a largo plazo. Numerosos estudios han demostrado el impacto negativo del abuso sexual infantil en el funcionamiento social, psicológico y sexual de las víctimas (Maniglio ,2009; Parker & Tuner, 2013; Lil, et al., 2016; Papalia et al., 2017; Pereda y Sicilia, 2017; Maalouf et al. ,2020) siendo las mujeres, la más afectadas (20% mujeres, 5 %-10% hombres) y las más vulnerables a las consecuencias de la salud sexual y reproductiva (OMS, 2014).

La satisfacción sexual es un componente crucial del bienestar personal y general de la pareja, que a menudo motiva a las personas a buscar terapia sexual. Hay estudios que evidencian una mayor prevalencia de historia de abuso sexual infantil en pacientes que consultan para terapia sexual (Pulverman, 2017; Herbert, et al., 2009). Godbout, et al. (2019) y que han reportado en esta población tasas de abuso sexual infantil (25% en hombres y 53% en mujeres) casi tres veces más altas que las observadas en otras muestras comunitarias.

De ahí que, es necesario identificar un posible evento de abuso en la infancia y/ o adolescencia en mujeres que buscan ayuda por problemas sexuales (Bigras, et al. ,2017; Brotto, et al., 2016).

Basándome en estos lineamientos y en mi propia experiencia clínica como terapeuta con formación en el área sexual y familiar, donde he encontrado, con frecuencia, la presencia de uno o más eventos de abuso sexual en la población que acuden a terapia con dificultades sexuales, surge la motivación de la realización de

esta investigación, planteándome los siguientes interrogantes: ¿Cómo la experiencia de abuso sexual impacta la sexualidad? ¿Cómo es el contexto familiar donde crecen las víctimas de abuso sexual? ¿Cuáles son las características del abuso sexual? ¿Cuál es el significado de la experiencia de abuso en las víctimas?

## **5.2 Objetivos**

### **Objetivo General**

- Diagnosticar la sexualidad de mujeres con historia de violencia sexual.

### **Objetivos específicos**

- Conocer las dinámicas del contexto familiar donde crecieron estas mujeres.
- Caracterizar el abuso sexual: tipo de abuso, edad en que se cometió el abuso, frecuencia y duración del abuso, relación del perpetrador y la víctima, entre otros.
- Comprender el significado de las experiencias de abuso sexual, vividas por este grupo de mujeres.
- Entender el impacto que ha tenido la experiencia de abuso en la vida sexual.

## CAPÍTULO VI. DECISIONES METODOLÓGICAS

A partir de los objetivos propuestos se ha realizado un diseño de investigación descriptiva con un enfoque cualitativo, a través de la realización de entrevistas a profundidad a 12 mujeres con historia de abuso sexual.



## **6.1 Tipo de estudio**

Se realizó un estudio descriptivo, con un enfoque cualitativo, de corte fenomenológico.

En los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Un diseño fenomenológico tiene como propósito principal explorar, describir y comprender las experiencias de las personas con respecto a un fenómeno y descubrir los elementos en común de tales vivencias (Hernández, et al., 2014).

La metodología cualitativa se enmarca dentro de la perspectiva teórica fenomenológica, en la cual el “investigador pretende conseguir datos sobre las percepciones de los actores locales “desde dentro”, a través de un proceso de profunda cortesía, comprensión empática “*verstehen*” y suspensión o “puesta entre paréntesis” de las percepciones sobre los temas que se habla” (Miles y Huberman, 1994:6, citado por Creswell, 1998).

Desde esta perspectiva, la metodología cualitativa consiste en “la investigación que produce datos descriptivos: las palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable (...). El investigador cualitativo obtiene conocimiento directo de la vida social, no filtrado por conceptos, definiciones operacionales y escalas clasificatorias” (Tylor y Bogdan, 1992).

La investigación cualitativa tiene lugar en un ambiente natural, donde el investigador es el instrumento recolector de data, quien obtiene palabras o dibujos, los analiza inductivamente, se enfoca en el significado que los participantes le atribuyen, y describe un proceso en un lenguaje que es expresivo y persuasivo (Creswell, 1998).

El enfoque cualitativo utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación. Las investigaciones cualitativas se fundamentan en un proceso inductivo, explorar y

describir, y luego generar perspectivas teóricas. El enfoque se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados, no se efectúa una medición numérica, por lo cual el análisis no es estadístico. El enfoque cualitativo evalúa el desarrollo natural de los sucesos, es decir no hay manipulación ni estimulación con respecto a la realidad (Hernández, et al., 2014).

Otros autores refieren que la investigación cualitativa se basa en descripciones o palabras para entender un fenómeno. Es frecuentemente usada para generar nuevos insights o hipótesis. Por lo que es considerada más de naturaleza descriptiva que confirmatoria. La misma es de naturaleza inductiva, va de lo específico a lo general. Los investigadores cualitativos tienden a ver la realidad desde un punto de vista más subjetivo que objetivo (Williams et. al, 2014).

Por lo tanto, un enfoque cualitativo es una buena elección a usar cuando se quiere comprender como las personas experimentan un fenómeno dado, particularmente si se quiere saber el significado que se le atribuye a estas experiencias (Williams et. al, 2014).

## **6.2 Población de estudio**

En la selección de la población en un estudio fenomenológico el tipo de muestreo es muy limitado, ya que es esencial que todos los participantes hayan vivido el fenómeno objeto de estudio. Además, los mismos deben estar dispuestos a narrar y compartir el significado de esas experiencias. La muestra escogida puede ser de hasta 10 sujetos. Los mismos deben de cumplir con los criterios de inclusión. (Creswell, 1998; Williams et al., 2014).

Para esta investigación se escogieron con un muestreo intencional, 12 mujeres adultas con historia de violencia sexual, de entre las mujeres que acuden a la consulta de psicoterapia del Instituto de Sexualidad Humana. Estas fueron captadas a través de los diferentes terapeutas que dan atención a los pacientes. Los mismos fueron instruidos para que una vez identificaran a una posible participante, que cumpliera con los criterios de inclusión, descritos más adelante, fuera referida a la oficina de la

investigadora. Se le explicaba el propósito de la investigación y en qué consistía su participación, si estaba de acuerdo en participar, se procedía a leer y firmar un documento de consentimiento firmado y luego se le citaba para fines de realizar la entrevista a profundidad.

El Instituto de Sexualidad Humana (ISH) es una institución sin fines de lucro que ha ofrecido por más de 30 años, a la población dominicana servicios de educación, tratamiento y prevención, en el área de la salud sexual y familiar. Es una institución dedicada a la docencia y la investigación, habiendo formado profesionales en las especialidades de terapia sexual y de pareja, y de terapia familiar. El mismo desarrolla sus actividades desde la Universidad Autónoma de Santo Domingo, que a su vez da el aval académico a sus programas de formación a nivel de maestría. Asimismo, ha aportado múltiples investigaciones en el campo de la sexualidad, la pareja y la familia.

Los criterios de inclusión de dicha población son:

- Adultas femeninas
- Tener historia de violencia sexual en la niñez y/o adolescencia
- Pertenecer a la consulta de psicoterapia del Instituto de Sexualidad Humana
- Estar dispuestas a participar voluntariamente en el estudio

### Características socio-demográficas de las participantes

<b>Informante</b>	<b>Edad</b>	<b>Estado Civil</b>	<b># de hijos</b>	<b>Educación</b>	<b>Religión</b>
1	21	Soltera	0	Estudiante universitaria	Evangélica
2	38	Casada	0	Universitaria	Cristiana
3	22	Soltera	0	Bachiller	Ninguna
4	46	Casada	3	Universitaria	Cristiana bautista
5	23	Soltera	0	Estudiante universitaria	Ninguna
6	60	Unión libre	7	Bachiller	Ninguna
7	41	Unión libre	2	Universitaria	Ninguna
8	30	Soltera	0	Universitaria	Católica
9	20	Soltera	0	Estudiante universitaria	Cristiana
10	28	Casada	2	Universitaria	Ninguna
11	47	Soltera	0	Universitaria	Católica
12	20	Soltera	2	Estudiante universitaria	Evangélica

El rango de edad de las mujeres entrevistadas fue de 20 a 60 años, con un promedio de edad de 33 años. En cuanto al estado civil, la mitad de estas mujeres eran solteras, mientras que la otra mitad eran casadas y en unión libre. Ocho de ellas no tenían hijos y las cinco restantes tenían entre dos y tres hijos y solo una era madre de siete hijos.

En cuanto a su nivel educacional, la mitad de estas mujeres eran universitarias, cuatro eran aún estudiantes universitarias y dos habían solo culminado el nivel secundario. La religión de estas mujeres en su mayoría es cristiana, mientras cinco de ellas refirieron no ser de ninguna religión.

#### **6.3.1 Instrumento**

Se realizaron entrevistas a profundidad con un guion de preguntas semiestructuradas.

En el uso de entrevistas semiestructuradas, el entrevistador abarca ciertos tópicos de interés, pero intenta mantener la entrevista como una conversación natural, fluida dentro de esta estructura. Estas entrevistas son generalmente grabadas,

transcritas y luego analizadas para describir o generar nuevos insights acerca del fenómeno en estudio. (Williams et. al, 2014).

Los asuntos relacionados a la sexualidad son aún considerados un tema tabú, tratado por muchas mujeres con hermetismo y vergüenza. Las entrevistas a profundidad de los estudios cualitativos, realizadas en un ambiente privado y seguro, ayuda a que estas mujeres se sientan más cómodas de hablar sobre estos temas.

El cuestionario semiestructurado utilizado en este estudio brindó la oportunidad a las participantes de expresar sus vivencias, en sus propias palabras. En el mismo las preguntas fueron formuladas de manera abierta. Las preguntas abiertas permiten a los participantes ofrecer tanta información como deseen, ya sea poca o mucha. (Creswell, 1998).

El guion para la entrevista fue elaborado de acuerdo al propósito de esta investigación y revisado por expertos en el tema de estudio, que consideraron era correcto y respondía a criterios de calidad, es decir, que las preguntas están bien redactadas; representatividad, que son las preguntas que hay que hacer para obtener información precisa; y coherencia, ya que todas las preguntas eran oportunas en función del objeto de estudio.

El juicio de expertos es un método de validación útil para verificar la fiabilidad de una investigación y constituye una opinión informada de expertos con trayectoria en el tema y capaces de proporcionar información, evidencias, juicios y valoraciones. En este sentido, la entrevista es de vital importancia como instrumento de la investigación cualitativa para la confirmación de los resultados producto de la investigación previa (Robles y Rojas, 2015, citado por Jorge y Peralta, 2017).

Fruto de ese trabajo de expertos se redujo el número de preguntas focalizando las mismas en torno a temas claves de cara a la investigación, por lo que se consideraron los siguientes tres temas:

- 1) Contexto familiar: el propósito es entender como fue la experiencia de crecer en su familia, las dinámicas relacionales y personas de confianza. Además, de conocer cómo los discursos, creencias y mandatos fueron moldeando su percepción hacia la sexualidad; de qué forma entienden estos impactaron la manera en que viven su sexualidad. Se buscan descripciones de situaciones específicas en la vida de las participantes.
  
- 2) Experiencia de abuso: el propósito es conocer los detalles de la experiencia de abuso, mecanismos utilizados por el abusador para conseguir su objetivo, cómo se sostiene la conducta abusiva, de qué manera sobrevive la persona abusada, participación de las personas involucradas, significado de esta experiencia y sentimientos experimentados.
  
- 3) Sexualidad: el propósito es comprender la sexualidad de las mujeres con historia de abuso sexual y conocer cómo ellas perciben que la experiencia de abuso ha impactado la manera en que viven su sexualidad, la forma de involucramiento en relaciones íntimas, dificultades sexuales, prácticas sexuales y preferencia sexual.

1) Contexto familiar	<ul style="list-style-type: none"><li>- Relaciones familiares</li><li>- Personas de confianza</li><li>- Educación sexual</li><li>- Sentimientos relacionados a la experiencia de crecer en su familia.</li></ul>
2) Experiencia de abuso sexual	<ul style="list-style-type: none"><li>- Características relacionadas a la historia de abuso sexual, edad, tipo de abuso, relación víctima/abusador, duración del abuso, revelación del abuso.</li><li>- Sentimientos relacionados a la experiencia de abuso sexual</li></ul>
3) Sexualidad	<ul style="list-style-type: none"><li>- Comportamiento sexual</li><li>- Funcionamiento sexual</li><li>- Orientación sexual</li><li>- Prácticas sexuales</li><li>- Sentimientos sobre la experiencia de abuso relacionado a la vivencia de su sexualidad</li></ul>

El guion de la entrevista figura en el Anexo I.

#### **6.4 Procedimiento**

Una vez identificadas las posibles participantes, los terapeutas las referían, a la oficina del investigador. El mismo confirmaba que cumplía con los criterios de inclusión, les explicaba el propósito del estudio, la importancia de su participación, el carácter confidencial de la información relatada y su participación voluntaria. Las que aceptaron participar fueron citadas para fines de entrevistarlas.

Las entrevistas fueron llevadas a cabo por la investigadora, en los consultorios del Instituto de Sexualidad Humana, de manera individual y privada. Las mismas fueron grabadas con el consentimiento previo de las participantes.

Entendiendo que la experiencia de abuso ocurre en un contexto de desigualdad o asimetría de poder, realizado generalmente a través del engaño, la fuerza, la mentira o la manipulación (Arruabarrena y De Paul, 1999; Orjuela y Rodríguez, 2012), es de esperar que temas como el secreto, la traición y la confianza fueran susceptibles para las participantes. En este sentido, durante el proceso de la entrevista se garantizó un ambiente en el que las participantes se sintieran cómodas.

Como es sabido, en los estudios cualitativos el rol de investigador es clave para la obtención de la información. En este sentido la formación del investigador en el área de terapia sexual y familiar, así como los años de experiencia en el acompañamiento de pacientes con dificultades sexuales e historias de abuso, facilitó el diálogo, a través de una escucha activa y un acercamiento respetuoso y amable. Todo lo anterior creó un ambiente de confianza y seguridad a las participantes, para hablar de temas que, en algunos casos se mantenían hasta entonces en secreto. Como dijo una de las participantes: *“Si usted supiera...ésta es la primera vez que le cuento esto a alguien”*.

En la escucha activa es importante que el investigador tome el mensaje de lo que se dice verbal, y de lo que no se dice verbalmente, pero se manifiesta través del lenguaje corporal.

El respetar los momentos de silencio fue importante ya que les dio la oportunidad de expresar los sentimientos que surgían de estos relatos y organizar las ideas. En otras ocasiones, se re-fraseaba la información dada por la participante como una forma de confirmar el sentido y significado de lo expresado, retomando la estructura de la entrevista de investigación.

Después de concluir las entrevistas, estas fueron transcritas para fines de análisis.

## **6.5 Análisis de los datos**

Se realizó un análisis de contenido. Mayer et al. (1991) describen el análisis de contenido como un método que apunta a descubrir la significación de un mensaje, ya sea este un discurso, una historia de vida, un artículo de revista, un memorando, etc. Específicamente, es un método que consiste en clasificar y/o codificar los diversos elementos de un mensaje en categorías con el fin de hacer aparecer de manera adecuada su sentido.

Toda la información recogida de la investigación para el análisis cualitativo se hizo a través de un análisis de contenido:

- Lecturas repetidas de todo el material
- Identificación de temas previstos o emergentes
- Elaboración de un guion temático
- Jerarquización de los temas y establecimiento de relación entre ellos.

La finalidad de la sistematización de los hallazgos es lograr construir un relato que integre conceptos que no solo se ajusten a los datos y den cuenta de su heterogeneidad y similitudes, sino que se planteen como un entramado de nociones interrelacionadas y no solo un vasto listado de temas (Strauss y Corbin, 2002, citado por Dabenigno, 2017). El investigador debe encontrar el punto de equilibrio para que su listado de códigos no afecte la riqueza de los datos con excesivas “particiones” de los relatos, ni sea tan rígido y general que pierda de vista las especificidades de sus materiales empíricos (Dabenigno, 2017).

## **6.6 Aspectos éticos de la investigación**

Todas las participantes eran adultas. Se les informó a cada una el propósito del estudio. Se les dio a conocer su derecho a participar o no y en qué consistía dicha participación. Asimismo, se les garantizó el anonimato a través de la numeración de los casos y se les explicó el manejo confidencial de la información aportada.

Además, se les dio un documento de consentimiento firmado que debían de leer cuidadosamente, y luego de aclarar cualquier pregunta al respecto y estar seguros de su comprensión, si estaban de acuerdo en participar, debían firmar.

Los participantes en estudios cualitativos pueden experimentar beneficios terapéuticos. El investigador con un enfoque cualitativo al igual que el terapeuta puede ser a la vez observador y participante del proceso. En la medida que va evaluando, a través de sus preguntas, puede cambiar el proceso en sí mismo de manera positiva, dando como resultado nuevas perspectivas de ver el fenómeno en estudio (Williams, et. al 2014).

## **6.7 Dinámica de la investigación**

- Origen de la investigación y selección del tema. Nos cuestionamos con qué población trabajar y qué problemática estudiar.

El abuso sexual infantil es una de las formas de maltrato más traumática que existe contra la niñez, teniendo consecuencias negativas para la víctima, su familia y la sociedad.

El componente sexual y la naturaleza secreta característicos de esta forma de maltrato, hace que la detección, la revelación e incluso la persecución de este tipo de delito sean mucho más complejas.

Aunque su incidencia es alta, especialmente en mujeres, existe una cantidad importante de víctimas que nunca han buscado ayuda y sufren las consecuencias durante gran parte de sus vidas. Es frecuente encontrar en la consulta de salud mental, personas adultas con una historia de abuso, que presentan secuelas que interfieren en su adecuado desarrollo físico, emocional, social y sexual, relacionadas a este evento. El hecho de no recibir atención aumenta el riesgo en esta población de revictimización, tanto de abuso sexual como de otros tipos de abuso.

Las investigaciones indican que la sexualidad de la mayoría de las víctimas se ve, severamente, afectada por la experiencia de abuso sexual. Los mensajes sociales y las interacciones sociales tempranas, influyen de manera significativa en el desarrollo de las actitudes y comportamiento sexual en la adultez.

Luego de revisar literaturas existentes e investigaciones realizadas sobre el tema, procedimos a formular las preguntas de investigación. Decidimos realizar una investigación cualitativa de corte fenomenológico, por entender que podía dar mejor respuesta a las preguntas de investigación, en el sentido de comprender que pasa con la sexualidad de mujeres con historia de violencia sexual. En adición, los resultados obtenidos con esta metodología permiten al lector tener una mirada más empática a través de los detalles dados en las narraciones directas de las víctimas.

#### **- Elaboración del marco teórico**

Empezamos a redactar el marco teórico haciendo una revisión de los autores y teorías principales sobre el tema, así como de las investigaciones recientes, utilizando diferentes bases de datos, como Google académico, SciELO, PubMed, Redalyc, Mendeley, Science Direct, Francis & Taylor Journals, Sage Online, Science Direct, PsycARTICLES, PubMed, PsycINFO, EBSCO host, entre otros.

#### **- Metodología**

Formulamos los objetivos de investigación y seleccionamos la población a estudiar de acuerdo a los criterios de inclusión. Elaboramos el diseño de investigación y escogimos realizar entrevistas a profundidad, creando una guía de preguntas semi-estructuradas.

Consultamos con otros expertos en el área, que colaboraron en la elaboración de la guía. Para la colección de los datos, recurrimos a otros terapeutas del ISH, con los cuales nos reunimos y les dimos las instrucciones de las características de la

población que buscábamos captar, haciendo ellos el primer abordaje identificando posibles participantes.

Las participantes que estaban de acuerdo, fueron referidas a nuestra oficina, donde les explicamos en detalle el propósito de la investigación, en qué consistía su participación, los aspectos éticos, garantizándoles anonimato y confidencialidad de la información, así como su derecho a retirarse, si así lo deseaban.

Las que asintieron, las citamos para fines de conducir las entrevistas grabadas, con la anuencia de las participantes. Dichas entrevistas se llevaron a cabo de manera individual, en nuestra oficina del ISH, habilitando un ambiente propicio para la apertura, por tratarse de temas tabús como la sexualidad y de temas dolorosos, respetando silencios, y externalización de emociones. Su duración fue aproximadamente de 1-1 1/2 hora. Las grabaciones fueron transcritas, proceso que resulto complicado, por las variaciones en los tonos de voz, pausas y momentos emotivos, que dificultaban en ocasiones su entendimiento.

- Presentación y análisis de los datos

Con los datos en manos, procedimos a las lecturas repetidas del material, identificando con colores diferentes, los temas propuestos y emergentes. Luego fuimos clasificando en categorías para su interpretación. Redactamos e interpretamos los resultados y elaboramos cuadros que presentan las interconexiones entre los diferentes temas.

Discutimos y comparamos los resultados con las teorías e investigaciones revisadas. Por último, sacamos las conclusiones encontradas en los datos, y las implicaciones: nuevas teorías que aportan un mejor entendimiento del problema, aplicaciones prácticas, líneas de investigación para futuro abordaje científico y estrategias para programas de prevención.

- Informe final

Elaboramos el informe final, efectuamos la corrección de la redacción y formato e incluimos los agradecimientos y dedicatorias, finalizando con la preparación de la presentación de la investigación en formato Power Point.

## **BLOQUE III: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS**

### **CAPÍTULO VII. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS**

En este capítulo se presentan los resultados más relevantes obtenidos de las transcripciones de las entrevistas a profundidad realizadas a 12 mujeres con historia de abuso sexual en la niñez y/o adolescencia. La información presentada incluye la descripción y análisis detallado de los datos recolectados. Asimismo, cuadros de resumen y clasificación de las categorías propuestas y emergentes y gráficos que ejemplifican la integración de los resultados.

#### **7.1 Contexto familiar**

Para la mayoría de estas mujeres crecer dentro de su familia fue una experiencia mala, caracterizadas por maltratos y que ellas describen como muy dolorosa.

*“Crecer en mi familia fue una experiencia muy mala, recibí muchos maltratos de parte de mis padres. Tengo siempre como un dolor...una pena.”*  
(I-1)

*“Lo que recuerdo de esa época que estuve con mi familia es desastroso, recuerdo cosas muy malas.”* (I-4)

*“Crecí entre muchos problemas familiares.”* (I-5)

Estas mujeres, a excepción de dos (I-2 e I-7), experimentaron dentro de su contexto familiar, diferentes tipos de maltratos: físico (golpes, pelás) y emocional (ofensas, insultos, desearles la muerte, maldiciones). Estos abusos fueron propiciados dentro de la familia, por el padre, la madre y/o hermanos. La violencia era considerada como una conducta relacional normalizada en estas familias. Los sentimientos de desprotección aparecen expresados en sus relatos.

*“Mamá nos decía: me arrepiento de haberlos tenido, son unos hijos del diablo, ojalá que les pase una patana y les explote la cabeza y los mate, ojalá que cuando tú vayas por ahí te maten y te mueras para salir de ti, tú me tienes cansada, estoy harta, me azaraste la vida” (I-1)*

*“Discutían mucho, papá era muy violento” (I-5)*

*“No me sentí nunca protegida por ella... mi mamá me decía que yo solo servía pa’ limpiar piso... papá cuando pegaba era más duro... pegaban con correa... todos me decían... ay esta es la más fea... esta no sirve para nada, esta es una loca... que yo estaba loca... mi hermana más grande me maltrato mucho... una vez me pegó la plancha aquí en la mano” (I-6)*

*“Por cualquier cosa me golpeaba... eso era como normal... mi papá es como de esas personas que si está enojado no lo piensan mucho. No hay quien le hable mucho y por eso golpea y con enojo” (I-9)*

*“A mi papá le gusta pelear por cualquier cosa” (I-11)*

Las relaciones en el sistema conyugal de los padres eran en su mayoría conflictivas y violentas. En algunos casos, ellas relatan como el abuso en la ingesta de alcohol, alteraba el comportamiento del padre o madre consumidor, tornándose más violento, intensificándose así, las peleas con agresiones físicas y verbales. En uno de los casos en particular (I-8) el padre, llega a abusar sexualmente de otras menores. El vivenciar estas situaciones de violencia ejercidas entre los padres, hacia ellas y otros, les generaba dolor, vergüenza y mucho temor.

*“Siempre bebió... algunas veces me daba mucho miedo... su forma así. ...si yo pedía algo lo solucionaba dándome golpes, cuando bebía a veces se ponía muy agresivo. Sin bebida, no era agresivo pero si un algo tosco, un poco*

*bruto y me hería con facilidad con agresiones verbales...me metía terror... ”*  
(I-3)

*“Discutían mucho, papa era muy violento y por eso la familia de mamá no lo quería.”* (I-5)

*“Mamá y papá no vivieron nunca en armonía... mamá siempre decía que ella nunca quiso a papá...”* (I-6)

*“Papá era un hombre que bebía... cuando toma se pone muy nervioso, pelea, se enamora, se pone insoportable... lo vieron haciendo una mala acción...lo vieron... en cualquier momento lo matan...el casi siempre se busca niñas o adolescentes jovencitas...eso me hace sentir muy mal...”* (I-8)

*“Mamá siempre ha bebido... papá siempre le discutía... mi mamá y mi papá se habían dejado...mi mamá solo se preocupaba por trabajar y darnos el dinero para mantenernos.”* (I-9)

*“Papá y mamá tenían problemas porque bebían a veces se ponían violentos. Una vez forcejeando se cortó feo en una mano. Yo estaba ahí...viví todo.... yo si me acuerdo...tenían pleitos feos, feos, se oían objetos caer, a nosotros nos encerraban solos en la habitación.”* (I-10)

*“Papá no bebía pero tenía otras mujeres, tuvo hijos fuera del matrimonio.”*  
(I-11)

*“Yo le tenía mucho miedo...él siempre me daba golpes...siempre pasaba un problema en mi casa... cuando él estaba bien todo estaba normal, cuando él bebía se transformaba...”* (I-12)

Algunas de ellas les es difícil identificar personas dignas de confianza en su entorno familiar y social. La mayoría refiere no confiar en nadie, algunas por temor a que divulgaran la información y esto trajera consecuencias negativas para ellas, otras por la misma experiencia de abuso por parte de personas que se suponían “confiables”, otras simplemente no saben decir la razón.

*“En personas ninguna...en una libreta y dos amigas imaginarias que tenía... en las hermanas no... para decirles cosa... no, en más nadie... porque siempre se lo decían a mi mamá.... le ponían de más, de menos, y ella de na, nos daba una pela.” (I-1)*

*“No confiaba en nadie... yo no pude confiar en nadie...yo nunca he confiado en nadie... por ejemplo... desde pequeñita una abusada por el tío y con una familia con muchos principios, era como caérsele el mundo a uno....es como una cruz que siempre he llevado.” (I-6).*

*“No confió en nadie. La relación con los hermanos es buena porque ellos hablan...yo lo escucho pero no opino mucho...con uno me llevo mejor pero él me cuenta... yo no le cuento lo mío...no sé porque pero no confió en ninguno ni en mamá con uno de la calle es mejor...no sé pero nunca lo he hecho.” (I-11).*

Por diferentes razones muchas de ellas se criaron sin sus padres o fuera del núcleo familiar. A muy temprana edad, otras en la adolescencia, fueron ubicadas en otras familias con o sin su consentimiento.

*“No crecí en mi familia... recuerdo que tenía 6 - 7 años cuando me sacaron de allá por primera vez... Crecí en otras familias o diferentes familias... todos los hijos fuimos despatriados de la familia y en diferentes sitios cada uno...” (I-4)*

*“Mama siempre vivía viajando..., papa se fue detrás de mamá. Vivimos 2-3 años con la tía, luego vinimos a la capital fue peor porque había pleitos. Cuando tenía 16 años se divorcian” (I-10)*

En algunos casos, los padres argumentaban que era para que tuvieran mejor oportunidad de estudiar, otros casos por situaciones de pobreza, a cambio de dinero,

ausencia o discapacidad de uno o ambos padres y en uno de los casos muerte de la madre.

*“Alguien me grito una vez...mira tú papá las vendió a ustedes por 20 pesos...parece que a él le interesaba que le dieran dinero...él nos dijo que era para que nos pusieran a estudiar.” (I-4)*

*“Mamá muere.... He vivido con mi abuela, donde mi hermana mayor, donde mi otra hermana... actualmente con mi tía y mi hermana.” (I-5)*

*“Una señora fue que necesitaba a alguien para que viviera con ella...que me iba a inscribir en la escuela, que me iba a dar educación, que me iba a dar todo lo que necesitaba” (I-11)*

La mayoría de estas mujeres crecieron en diferentes hogares bajo la tutela de distintas personas en calidad de “ayudantes”, “acompañantes”, o “acogidas” por algún familiar, y dentro de este contexto padecieron abusos sexuales y explotación. Algunas de ellas tuvieron que asumir responsabilidades no propias para su edad, ante los largos períodos de ausencia de alguno de los progenitores. Estas situaciones generaron muchos sentimientos de rabia, impotencia y tristeza en ellas.

*“El esposo de una de las hijas de la señora que yo cuidaba...también quería tocarme y tenía yo que estar trancándome y todo el tiempo corriendo...yo gritaba para volver a casa... volvía y otra vez me llevaban...” (I-4)*

*“Mamá siempre vivía viajando, consiguió un trabajo en la capital ella se ausento por mucho tiempo...recuerdo se ausento por mucho... hasta dos años, porque pasaron dos navidades y luego papá se fue detrás de ella y mi tía nos mandó a buscar.... Tuve que asumir mucha responsabilidad...eso me daba una rabia, cuando me mandaban a fregar porque tenía que fregar, cuando lo que quería era jugar o cuando me daban una pela porque se quemaban las*

*habichuelas, eso es lo peor...tener que asumirlo porque no está mamá...” (I-10)*

Otras deciden abandonar la familia huyendo de la situación de abuso, buscando un lugar lejos, donde se sintieran más seguras, ante la situación de desprotección que vivían.

*“Le dije a mi papá que me quería ir donde mi abuela. Ellos no preguntaron y a la semana dijeron que sí...buscaron mis papeles y me mandaron a vivir a la capital.” (I-1)*

*“Pensaba en irme donde la mamá de mi mamá...Yo decidí irme de la casa pero fue después que conocí a ese hombre que empecé a sentirme como más segura...ah bueno... alguien ya me puede defender porque yo...quien me va a defender a mi nadie...si era mi mamá...cuando conozco a mi novio actual es que decido irme...yo siempre decía eso pero después que lo conocí fue que como que cogí más fuerza y decidí me voy.” (I-12)*

### **7.1.1 Educación sexual**

La educación sexual recibida estaba caracterizada por secretismo, incomodidad, prohibición y connotaciones negativas en relación a la sexualidad. La mayoría de estas mujeres, refieren no haber recibido ninguna información, en algunos casos, ni siquiera la relacionada a su desarrollo sexual. El tema sexual era algo de lo que no se habla, algo malo. Algunas de ellas describen haberse sentido solas y desinformadas sobre los cambios corporales experimentados en la adolescencia.

*“Nadie...no..., ni siquiera para la menstruación”. (I-2)*

*“No, ella no me dio información sobre menstruación.” (I-3)*

*“Mamá nunca me hablo de sexo. ... Hablaban de la menstruación y eso...en mi casa... yo oía hablando a mi hermana... uno oye cosas... Mamá nunca me sentó a advertirme de los hombres. No recuerdo mucho...” (I-6)*

*“Cuando tenía que estar nunca estuvo yo tuve mi menstruación sola...yo tuve todo sola.” (I-10)*

*“Uuuff... para mi mamá era algo malo...” (I-1)*

*“Mamá no me hablo de nada.” (I-11)*

La educación sexual recibida era dirigida, más hacia la prevención del embarazo, basada en la prohibición y en el temor a las consecuencias de tener relaciones sexuales, las cuales eran solo para la mujer. En algunos casos, el padre incluso amenaza con castigo físico en caso de embarazo.

*“Cuidado con un embarazo...cosas así lo básico...pero básicamente era que me cuidara...” (I-8)*

*“Mi mamá hacía referencia mucho con un refrán” él que hace su cama mal hecha en ella se acuesta”...siempre ella me decía eso... mi papá decía que si yo llegaba embarazada a la casa, el encima de la barriga, me daba...” (I-9)*

Es interesante observar como en los relatos de estas mujeres se hace referencia al toque, como algo malo y peligroso (en el sentido de las consecuencias), “No tocarse ni dejarse tocar su cuerpo.”

*“Ella (mamá) decía que no dejara que nadie me toque...yo recuerdo que yo me masturbaba mucho y ella me decía que no... que no lo hiciera, que eso estaba mal... que eso era malo.” (I-3)*

La información ofrecida era imprecisa y ambigua. Lo que se interpretaba como algo vergonzoso, de lo que no se habla mucho y de lo que hay que cuidarse.

*“Sí y no... Usted sabe antes eso era como muy reservado. Si recuerdo que desde muy pequeña ella me dijo no te dejes tocar aquí, acá, aquí...cualquier cosa tú me dices, eso sí no entraba nunca en detalles, era algo muy reservado sabe...era más a modo de prevención.” (I-7)*

En algunos relatos se hace referencia a las relaciones sexuales prematrimoniales, que de permitir la mujer que ocurran, corre el riesgo de ser despreciada por los hombres en un futuro, cuando quiera matrimoniarse. En otros casos, se especificaban los lugares de peligro con sus consecuencias (embarazo) y otras no definidas claramente, como “hacerte mujer”.

*“Mami decía que... la cosa de tener relaciones sexuales...cuando uno se casa... ya los hombres no te miran, ni te quieren.” (I-1)*

*“No deje que ningún hombre te toque...ni tampoco te ponga el pene...porque si el pene te lo entra te pueden embarazar y te pueden hacer mujer...” (I-8)*

*“La señora con la que me crie me decía que no me dejara poner la mano en los senos...yo nunca hice nada.” (I-11)*

En los relatos se destacan las advertencias acerca de la relación con los hombres, los cuales eran considerados como malintencionados, peligrosos y no confiables. Personas a quien deben aprender a temer, evitar y manejarse con cautela.

*“Aparte de que los hombres son unos desgraciados...que no sirven...más nada.” (I-1)*

*“Que me fuera porque donde están los varones no pueden estar las hembras...” (I-3)*

*“No juguemos con los varones... aprendí que no nos podíamos dejar tocar de nadie, ni de hombre ni de mujeres...yo he tenido problemas con eso...muy fuerte. Yo, se me acercan y es tremendo eso...brinco...no me siento cómoda...cuando me tocan.” (I-4)*

*“Mamá nunca me sentó a advertirme de los hombres.” (I-6)*

*“Mi papá me decía: “tu aquí que no me traigas un novio.” (I-9)*

*“Que tenga cuidado que los hombres solo quieren agarrarte, estar tentando, hacerle daño a las mujeres, te embarazan y te dejan.” (I-10).*

Muchas de ellas expresan haber aprendido en algunos casos de tías, primas y amigas, de las experiencias de estas, de lo que le decían o de lo que escuchaban y leyendo revistas que llegaban a su alcance. En un caso particular (I-2) califica de “feas” esas experiencias de familiares con hombres, de las que fue testigo cercana, y que tuvieron como consecuencia el embarazo. Expresa, con orgullo, ser la única en la familia que logro romper con ese patrón de relación, logrando casarse. Otras informaciones, obtenidas de fuentes informales, estaban matizadas por la subjetividad de las protagonistas o era material revisado a escondidas, no apropiado para la edad.

*“Increíblemente todas mis primas tuvieron relaciones feas con los hombres, salieron embarazadas, yo fui la única que no...de mi generación fui la única que se casó.” (I-2)*

*“Ella no me dio información sobre menstruación...esas cosas las aprendí de mi prima, porque ella, a pesar de su corta edad, y la otra, sabían todas esas cosas...si ellas hablaban normal... también sabían sobre sexo... y eso hablaban...yo era muy inocente... entonces para mí eso era algo extraño...ellas se robaban las revistas de mi hermano de pornografía y me la enseñaban...” (I-3)*

*“No educación sexual mamá no me hablo nada, aprendí leyendo, de la tele, de mi tía.” (I-10)*

*“Lo que yo he aprendido lo he hecho escuchando...de la gente que tú sabes a veces habla delante de uno y uno escucha.” (I-11)*

## **EL CONTEXTO FAMILIAR**

El contexto familiar se caracteriza por maltrato físico y emocional propiciado, principalmente, por los padres y/o hermanos, situación agravada por el abuso en el consumo de alcohol de uno o ambos progenitores. La violencia es considerada como una conducta normalizada, no estableciéndose vínculos de confianza. Por situaciones de pobreza, la búsqueda de mejor oportunidad de estudio y la ausencia o discapacidad de uno o varios padres, estas mujeres crecen fuera del núcleo familiar, ubicadas en otras familias en calidad de ayudantes o acompañantes, o en casa de algún pariente, donde también viven situaciones de explotación y de abuso. Otras abandonan a temprana edad el hogar. La experiencia de crecer en este contexto es recordada con sentimientos de dolor, desprotección e impotencia. La escasa educación sexual recibida está caracterizada por hermetismo, mensajes ambiguos y confusos, prohibiciones y connotaciones negativas con respecto a la sexualidad, y la creencia de que los hombres no son dignos de confianza. El conocimiento sexual es recibido a través de relatos de amigas, primas, tías o revistas.

## **7.2 Experiencia de abuso sexual**

### **7.2.1 Edad de inicio, frecuencia y duración del abuso**

Los abusos ocurrieron en diferentes etapas de la vida de estas mujeres. La mayoría, no recuerdan con claridad una edad exacta de inicio del abuso. Los mismos se iniciaron a edades muy tempranas, en la niñez (3-4 años), prolongándose hasta la adolescencia (17-18 años). Otras vivieron la experiencia de abuso en la adolescencia.

*“Tenía como 3 -4 años, era bien pequeña.” (I-4)*

*“Tenía 9, 8, 10 años.” (I-1)*

*“Tenía quizás...17.” (I-2)*

*“A los seis años...cuando tenía 10 años.” (I-3)*

*“No recuerdo bien la edad 9 o 11-12, ya mamá había muerto.” (I-5)*

*“Yo estaba muy pequeña de 7 años cuando él empezó.... Eso se prolongó hasta después.” (I-6)*

El abuso se presentó en algunas informantes como una experiencia única (I-1) e (I-12). Otras fueron re-victimizadas, en varias ocasiones, a lo largo de sus vidas, incluyendo la adultez. Una de ellas describe que era algo que ella misma atraía.

*“Otras situaciones de abuso sucedieron ya adulta... después de adulta venía eso... como si fuera un imán... como que yo decía un letrero, mira tócame o ven viórame... como que decía así y yo he sufrido mucho por eso.” (I-4)*

*“Sucedió como 4 veces.” (I-11)*

En algunas mujeres la misma experiencia de abuso se prolongó durante mucho tiempo ante la imposibilidad de ellas de salir de la situación abusiva.

*“Y duro más de 15 años... cuando yo me caso, se detiene eso ahí... Yo como que tuve más fortaleza para rechazarlo... y todavía hasta ya, cuando yo tenía cinco hijos...en mi casa el trato...ahí fue que eso paro.” (I-6)*

*“La primera vez no me acuerdo... él lo hacía y duraba como una semana y más. Podía ser dos veces al mes... esto no pasa hace como 3 años pero duro que se yo... muchísimos años.” (I-12)*

### **7.2.2 Tipos de Abuso Sexual**

Algunas de las conductas relatadas por las víctimas incluyen material pornográfico, masturbación, toques, roce de genitales entre otros, lo que producía en ellas desconcierto y mucho temor.

*“Y puso un video pornográfico.... y yo no sé cómo fue que puso esa película y de repente empezó a masturbarse... y yo nunca en mi vida había visto una película de sexo.... me dijo tú te puedes bajar los pantis ....él fue donde mí y me empezó a tocar...y me decía bájate los pantis...y yo me sentí como asustada... muy asustada...él se masturbo delante de mí...y me explicaba el video...y yo le decía? porque usted hace eso? ...” (I- 8)*

*“Me tocaba los senos... mi cuerpo... no sé... mientras dormía.” (I-6)*

*“Ellos solo hacían “brocheo”...rozar su pene en mi parte” (I-11)*

*“Ella me dijo que le hiciera sexo oral...” (I-11)*

### **7.2.3 Mecanismos utilizados por el agresor**

Entre los mecanismos utilizados por el agresor están:

#### **- Engaño**

En mucho de los casos el agresor se aprovechaba de la inocencia, la corta edad e incapacidad de comprensión de la intención escondida en la propuesta. El perpetuador se vale de elementos que resultan atractivos a la víctima para lograr su objetivo. En otro caso, la utilización de alguna sustancia probablemente con propiedades sedativas.

*“Y yo pensaba que era a comer helado... y... se detuvieron a comprar cerveza... y hasta que llegamos al motel...” (I-3)*

*“Tome una coca cola y ya no supe de mí... ellos se fueron yendo me dejaron sola con su hermano pero no recuerdo más de mí...y eso fue terrible... lo que pasó, cuando vine a saber de mi yo estaba en una bañera caliente y “mi parte” muy hinchada.”(I-4)*

- **Seducción**

En algunos casos el sentirse valoradas o escogidas por el agresor, a través de elogios, carentes en su entorno familiar, facilitaba la conducta abusiva.

*“Y como en mi casa nunca me subieron la autoestima pienso que todo eso también ayudo. Todos esos maltratos. Y todo eso...él me decía ay...ella es la más bonita...y ellos me decían ella es la más fea...pensando yo...él tenía una forma de seducir...de llamar la atención.” (I-6)*

- **Sugestión**

En otras situaciones el perpetrador utiliza el recurso de la sugestión para conseguir su objetivo. En uno de los casos se utiliza como recurso la presencia de un arma de fuego, en otros la afirmación de no credibilidad y en otros la dependencia económica.

*“Puso su arma, su pistola... en una mesita y su cerveza... luego me mando a la cama... y así fue... no hice fuerza, yo solamente fui a la cama....no me negué... no dije nada...solo hice lo que tenía que hacer...esa fue mi primera relación sexual.” (I-3)*

*“El dentista me decía si tú hablas no te van a creer.” (I-8)*

*“Porque él nos metía en la cabeza que nosotros sin él no podíamos salir adelante que nosotros sin él íbamos a pasar hambre, que íbamos a pasar trabajo...” (I-12)*

En este caso en particular el agresor era el padre biológico y justificaba su conducta abusiva, con el derecho que como padre, tiene que velar por la integridad y honra de su hija.

*“Porque primero él no me penetraba...él lo que me lo ponía ahí... así hasta que un día sí...que yo sangre... yo fui al baño y sangre...tenía como 13-14... Él me decía yo voy a ver si tú tienes algo con alguien...” (I-12)*

#### **- Manipulación y chantaje**

En este caso en particular (I-6), el abusador utiliza la estrategia del chantaje emocional, para hacer sentir responsable a la víctima de su infelicidad, sintiéndose culpable por rechazarlo, teniendo esta que ceder aun en contra de su voluntad y de experimentar repulsión ante la conducta abusiva, pero además el abusador utiliza la manipulación para conseguir el silencio de las víctimas.

*“El me hacía sentir a veces culpable... de que él era infeliz por mí...y que yo tenía que hacerle esto y esto...” (I-6).*

*“Él lo que hacía era tocarme y...en mis partes...por ejemplo, a veces él iba y...y... yo una vez lo rechace...y él me dijo...oh yo vengo y usted me da una pata... qué se yo que así...como que era una obligación tocarlo...no na... que le tocara el pene...que le hiciera como...que lo masturbara... yo casi nunca...me daba como asco.... Sí. El me hacía sexo oral” (I-6)*

*“Ahí tuvimos relaciones... él tomó algunas fotografías penetrándome y .grabo un video también...él decía que lo iba a borrar luego... que era solo para que nosotros lo viéramos...yo pienso que el grabó ese video para amenazarme, si yo quería decir algo...” (I-3)*

- **Uso de violencia física**

En los relatos se observa también el uso de la fuerza física, como un recurso utilizado por el abusador ante la diferencia ventajosa de la contextura física con la víctima.

*“Me tiró a la cama y me agarró las piernas duro, me jaló y... solamente entro su mano... Solo introdujo los dedos.... después... yo me puse a llorar y me fui... cuando fui al baño vi lo pantis sucio de sangre, los escondí...” (I-1)*

*“Me tiró al piso boca abajo... (Llora) y yo si recuerdo que era con toda la fuerza... (llora) el intento aunque sólo fue entrar y salir... yo sentí....porque yo sentí el dolor y yo me puse a llorar...y yo vi sangre porque... nunca había tenido penetración... (Llora)... y varias veces el intento de una formas que también que casi estuvo al punto de hacerlo por delante. Como yo le estaba haciendo fuerza...no pudo...de repente me volteó, pero de una forma muy fea... muy...muy brusca... me dolió mucho... e intento hacerlo por detrás...” (I-8)*

*“Me agarró...intento besarme...y se quitó la camisa...me tiró a la cama...intento hasta bajarme la ropa interior...en un momento yo me la subí rápido...y me tocó... muy feo...si...mientras me siguió besando el cuello...la boca...y me tapaba la boca...porque yo quería gritar y no podía...” (I-8)*

Un caso particular a comentar es la I-2, donde aparentemente no hubo uso de violencia, sin embargo el factor sorpresa, algo inesperado, provoco en ella ansiedad, una sensación desagradable que todavía hoy no logra explicar y en otra situación de abuso, no puede recordar con precisión lo que pasó.

*“Él había...sacado su pene y él me puso de espalda y... me pegó... al.... eso fue muy...o sea. Eso fue muy... yo no pude hacer nada...me puse así, como muy o sea tensa... y no quería y le dije que parara.” (I-2).*

*“Ay no sé ahh no sé porque dormimos en la misma cama. Y...uhm... (Suspiro profundo)...yo...estaba acostada de espalda a él (papá)...y de repente... él se me pegó y me abrazo...y yo lo único que recuerdo es... sentir como... su pene... como muy pegado a mi... y el me abrazaba fuerte... y...a partir de ahí. No... ya no recuerdo nada, ni nada... no recuerdo que pasó...cuando fuimos a la casa... o qué hablamos...eso se quedó ahí.... Mi mente se quedó en ese momento...a partir de ahí...o sea yo no logro recordar.” (I-2)*

#### **7.2.4 Relación con el agresor**

En todos los casos, el agresor era una persona cercana y/o conocida o del entorno de estas mujeres.

Se identificaron relaciones incestuosas en la mitad de las informantes: padre biológico (I- 2 y 12), tío (I- 6), hermanos (I- 7 y 10), cuñado (I- 5). Otros eran personas cercanas, novio (I- 4 y 8), esposo (I- 4 y 7), vecino (I- 1, 4 y 8), pastor (I- 4), sacerdote (I- 8). Algunos solamente conocidos, amigos (I- 2), compadre del papá (I- 3), dentista (I-8). Todos eran de sexo masculino a excepción de una vecina (I-11). Todos eran mayores que la víctima, a excepción de dos informantes, donde los agresores tenían aproximadamente la misma edad.

Es importante resaltar el tipo de relación que estas mujeres sostenían con muchos de sus agresores. Relaciones descritas en algunos casos como afectuosas, cercanas y especiales, basadas en la confianza.

*“Mi cuñado... yo era como una hija para él. Muchas veces me sentí culpable por esto...porque éramos muy cercanos...siempre veíamos películas juntos...si hubiese sabido esto...me hubiera alejado antes...dormíamos juntos...” (I-5)*

*“Yo le tenía mucha confianza a ese tío. Me sentaba en su pierna... había una relación especial con este tío...era el hermano de mi mamá...era el tío protector...” (I-6)*

*“La relación con mi padre era buena antes del abuso...yo siempre le tenía miedo a él pero si me decían a quién tú quieres más a tu mamá o a tu papá...yo decía a mi papá...mi mamá era más aburrida ella como que se preocupaba más por tenernos bonita, por darnos comida pero ya eso de darnos un cariñito... papá era más cariñoso.” (I-10)*

En estos casos, la situación de abuso es vivida como una traición inesperada ante una persona de confianza, no solo para la víctima, sino también para la familia. Algunos eran proveedores económicos de la familia y todos mostraban un comportamiento público adecuado. Otros se aprovecharon de las características de introversión de la víctima para cometer el abuso sabiendo que esta no hablaría. Esta traición genera confusión de sentimientos y dolor en las víctimas.

*“Yo confiaba en él, tenía mucho tiempo conociéndolo...teníamos como un año de amores... no le había dado permiso para eso... era solo besitos y nos agarrábamos de la mano.” (I-4)*

*“El me conocía muy bien sabía que yo era muy tímida, reservada que yo no iba a decir nada por vergüenza y se aprovechó de eso”. (I-5)*

*“Él era como judas... él se escondía... para hacer daño... ...él era un tío especial, proveedor...que nos sentaba, que nos hacía cuentos... que nos hablaba pero que a escondida hacía cosas incorrectas. ...Cosas que dañaban a uno. Cosas que hicieron mucho daño.” (I-6)*

*“Tenía una relación más cercana con mi hermano menor...esta cercanía aun hoy se mantiene. Yo confiaba en todos. Mi hermano el que me tocó, traicionó esa confianza .Yo nunca imaginé eso... no nadie se lo imaginó.” (I-7)*

Algunos eran personas cercanas, vecinos, novio, pastor de la iglesia, otros solamente conocidos y en muy pocos casos, no conocidos.

*“Era mi vecino, tenía desde niña viviendo ahí... siempre lo había visto....su hija y yo teníamos la misma edad, y desde niñas estudiábamos juntas, ella dormía en mi casa.” (I-1)*

*“Era un vecino de al lado, era un vecino de mi mamá.” (I-4)*

*“El pastor de la iglesia mía.” (I-6)*

*“No supe nunca quien fue que lo hizo... estaba oscuro y ellos salieron corriendo y no vi quienes... no eran compañeros míos, pero de la misma edad... era la primera vez que veía esos muchachos...” (I-3)*

*“Era mi novio, dure con el cinco años...mi primer novio.” (I-8)*

### **7.2.5 Revelación del secreto**

En cuanto a la revelación del evento abusivo, muchas de estas mujeres refieren que no se lo comunicaron a nadie o lo hicieron después de muchos años. Las razones que exponen son principalmente vergüenza y miedo, otras por su corta edad, no entendían la situación de abuso, y otras refieren haber bloqueado mentalmente esa experiencia. En los casos que hablaron lo ocurrido, no les creyeron, no se tomaron acciones contra el agresor, ni medidas de seguridad y de protección para ellas. Algunas, incluso fueron señalizadas como responsables o causantes de provocar la agresión sexual. En los casos en que hubo una confrontación directa al agresor, este negó las acusaciones o las obligó a retractarse.

*“Eso no se supo...me quedé callada...después más adelante que fui creciendo, es que todas esas cosas las fui pensando...me tocaron todo mi cuerpo... mis genitales... duraron un rato ahí trancados... yo... yo grité... porque afuera tenían agarrada la puerta... que abrieran...pensé que como no sabía quiénes eran los muchachos... qué más da si lo digo o no... No quise decir nada a nadie...” (I-3)*

*“Me sentía culpable...siempre me sentí culpable de algo que me había sucedido...pensé no me iban a creer y así fue...” (I-4)*

*“Traté de decírselo a mi mamá... ella estaba parece enojada ese día y... me habló mal y yo no dije nada. Nunca se lo dije a nadie... ni a su esposa, ni a mi amiga. Pensé mamá no me iba a creer, ni nadie... en ese momento si pensé... iban a creer más en él.” (I-1)*

*“Absolutamente a nadie, nadie sabe esto. Nunca dije nada a nadie de estas experiencias sexuales...eso fue algo que como que se quedó bloqueado...eso salió a relucir hace pocos años cuando fui a terapia por primera vez. Después nunca dije nada a mi mamá, ni lo que pasó con papá, ni lo de mi preferencia por no causarle una pena... no lo he dicho a nadie.” (I-2)*

*“Pero lo peor es que abuso de mi hermana porque con ella si llego a tener relaciones....ella me lo contó....ahí no pude callarme...Lo confronte con mi hermana mayor...pero éste lo negó....no reclamé mi parte porque lo que le hizo a mi hermana era de “mayor gravedad” ....él lo negó...amenazó a mi hermana y está, también lo negó...” (I-5)*

*“Al principio no sabía cómo actuar me quedaba callada... Me hacía sentir culpable de que él era infeliz por mi...Ya en la adolescencia, yo empiezo a quejarme y a rechazarlo..., pero él me decía "nadie te hará caso...nadie te va a creer" (I-6)*

*“Mi mamá misma, cuando se dio cuenta, ¿qué me dijo? ... que era yo que lo provocaba eso... entonces es... es... muy duro... después con el tiempo yo he ido...como tratando... de sacar eso...nunca lo pude sacar... porque en realidad nunca pude hablar de eso.....porque me lo mostraban que no me creían...” (I-6)*

*“Y después se lo dije. Me pasó esto y esto, todos se alarmaron y...pero ella (mamá) me dijo ¿qué tu hiciste?... ¿qué tú estabas haciendo?” (I-8)*

*“Yo me imagino diciéndole eso a mi mami a mi papá...todavía yo creo que me pueden golpear, porque mi papá se atreve...y mi mamá, no sé...va a sentir vergüenza de mí...yo no me imagino a mi mamá sintiéndose mal por eso... no sé...no se sentiría mal por mí...pienso me reclamaría, “para que te dejaste llevar”...tú eres una ilusa...cosas como esas...me diría...me culparía de eso.” (I-9)*

*“Me daba vergüenza... pensé que no me iban a hacer caso” (I-11)*

*“Me quede callada tanto tiempo por miedo...todavía hoy siento miedo” (I-12)*

En dos casos en particular donde las mujeres confiaron su historia a un sacerdote católico y a un amigo cristiano, personas que ellas asociaban a una imagen confiable, discreta, comprensiva, sin embargo en el caso del informante 8, el sacerdote utiliza la imagen que le da su posición social y las dificultades sexuales de la víctima para intentar tener relaciones sexuales como una forma de “ayudarla”, la cual es aceptada por esta.

*“Hace poco se lo dije a un amigo que tengo. Él es cristiano” (I-9)*

*“A un sacerdote en confesión...al uno ver la figura del sacerdote como una persona de fe y un poco oculta...yo entendía que no tenía que hablarlo con otra persona...” (I-8)*

*“Mi relación actual con él (sacerdote)...hace unos meses... me ofrece más protección, más paciencia, comprensión, paciencia porque... como tu sabe es una persona... tiene que tener paciencia....me sentía más segura honestamente... me gusta, pero sé que no puedo estar con esa persona (por ser*

*sacerdote)...él quiso penetrar, pero él estaba muy consciente me buscaba mecanismo... yo fui donde un sexólogo que me dijo... intentamos con eso (pene de goma) y no pude. Él tuvo paciencia y con el mismo... intentamos tomar, pero no se pudo porque tomaba y... no me emborrachaba ni nada, pero si vomitaba todo y me sentía mareada. No se podía hacer nada... estaba consciente, él nunca me obligo a nada. ...yo siento que él se enamoró de mí.”*  
(I-8)

En el caso 12 en particular donde hubo una relación de incesto, el abusador (padre biológico) al verse expuesto, la agrede, la obliga a retractarse y la acusa con la madre (quien mantiene una actitud pasiva y de complicidad, ante el abuso) de querer perjudicarlo. Todo esto produce en la víctima rabia y desconcierto.

*“Me pateo a mí y de to’...mi mamá... ¿qué es?... lo para, y él dice: “¿pero tú sabes lo que está diciendo ella?... que yo le hago esto y esto...ella lo que quiere es perjudicarme o sea, que yo estaba hablando algo que no es...como que eso no es...y así...y después, que yo iba a tener que decir que eso era mentira, que yo me lo inventé.”* (I-12)

### **7.2.6 Sentimientos relacionados a la experiencia de abuso**

La experiencia de abuso produjo en ellas mucho sentimiento de vergüenza, aislamiento, creencia de que esto se notaba, necesidad de ocultarlo y temor al rechazo, en el caso de que se supiera.

*“Vergüenza no quería que nadie me viera... (Llora)...pensaba que eso se notaba... (Llora) yo sentía como que... si se da cuenta nadie me va a querer y si él sabe, se lo va a decir a todo el mundo...y pensaba que tenía un letrero en la frente que todo el mundo iba a saber.... Porque siempre andaba con la cabeza para abajo.”* (I-1)

Las sensaciones desagradables y sentimientos de dolor y miedo relacionados al abuso permanecen en el tiempo, afectando su calidad de vida.

*“En la actualidad, cuando lo vi hace unos meses... me quede...mis piernas se paralizaron no pude ni moverme....fue como un nudo aquí (señala la garganta) y el me saludo, tocó mi hombro, y yo no podía hacer nada porque no podía moverme. Después que me fui.... No lo había vuelto a ver.....sentí miedo” (I-1)*

*“Solo quiero poder quitarme esa sensación tan desagradable...como esa ansiedad que me ha acompañado por tantos años...eso... básicamente.” (I-2)*

*“Muy dolorosa... temor...asco...” (I-9)*

#### **- Sentimientos relacionados al agresor**

Los sentimientos asociados al abusador, expresados por las víctimas son rabia, impotencia, traición y un profundo dolor y tristeza dejando secuelas que permanecen a lo largo de la vida.

*“Papi me jodió la vida.” (I-2)*

*“El murió cuando lo supe me sentí muy aliviada...Dios me perdone porque eso no es correcto que tú te sientas bien...eso no es correcto pero me sentí bien.” (I-4)*

*“La experiencia de abuso significó una traición...porque yo nunca esperé...nunca pensé iba a hacer algo así. Siento asco, impotencia, culpa, dolor, tristeza...mucha tristeza.” (I-5)*

*“Con él nunca paso nada... a mí... lo que me hubiera gustado fuera en realidad lo que... lo que yo quería era como que él me dijera perdón...perdóneme.” (I-6)*

*“Tristeza, primero tristeza, indignación, como un coraje. No culpo a nadie. Pienso él no sabe el daño que me hizo...quizás él no sabe que se postergo en el tiempo.”(I-7)*

*“No sé, a veces yo digo que me gustaría verlo preso...porque él no siente arrepentimiento de nada...fueron muchas veces... muchas veces que él me pidió perdón... fueron muchas veces... pero volvía.” (I-12)*

Es importante observar cómo los sentimientos generados, por la experiencia de abuso y hacia el agresor (en este caso hombres), son generalizados a otras relaciones con hombres, no necesariamente, de índole sexual.

*“No tenía amigos varones después de eso... Con papá cambió la relación él decía que era samura, no dejaba que me tocara, ni me viera en ropa interior....me molestaba.” (I-1)*

*“Todavía desconfío de los hombres...nadie me puede tocar raro...si alguien me abraza así muy junto me despego.” (I-12)*

#### **- Sentimientos dirigidos a las personas supuestas a protegerlas**

Los reclamos dirigidos a las personas que estaban supuestas a cuidar de ellas están relacionados a haber mantenido silencio ante el abuso, no estar disponibles para ellas, no creerles, no tomar medidas de precaución y ser incapaces de identificar sus necesidades emocionales. En estos relatos, se reflejan sentimientos de rabia, impotencia, desprotección y tristeza.

*“No había nadie cuidándome o se descuidaron de mí...” (I-4)*

*“Lo que más duele es que mamá no me creyera...que no me apoyara.” (I-6)*

*“Yo no tuve la culpa...mamá y papá por dejarme sola en la casa...salían y me dejaban sola en la casa...llora.” (I-11)*

*“¿Por qué, mami no me ayudó?... ¿por qué? mami todavía lo sabe y mami es así con ese hombre... están ahora separados...no sé por qué, esto pasó. Porque yo nunca hice nada...es que yo no hice nada...es que yo hablé, si se lo hubiese dicho a otra persona...pero además mami se dio cuenta...me da rabia.” (I-12)*

#### **- Sentimientos hacia ellas mismas**

En los discursos de estas mujeres, ellas entienden, que pudieron haber hecho algo para evitar el abuso. La falta de acción, tener algún atractivo físico que “provocara” a los hombres y quizás, entenderse merecedoras del abuso, fueron factores, que sumados a las manipulaciones del agresor y/o a la respuesta de los padres, ante el conocimiento del abuso, producen sentimientos de dolor, rabia, impotencia, culpa, tristeza y suciedad y repugnancia hacia ellas mismas.

*“Siento todavía dolor, rabia siento mucho enojo porque en ese momento no pude defenderme o hacer lo que tuve que hacer.” (I-4)*

*“Culpa... debí decirle a mi hermana en algún momento...no sé, no quería ser la causante de su divorcio...vivíamos con ellos.” (I-5)*

*“Siento tristeza.....siento no tanto rabia...es como un coraje porque aunque yo no sea la culpable, está en mí y paso conmigo...a veces hasta me sentía culpable quizás por lo físico... (Ser bonita)” (I-8)*

*“Horrible...sucia, repugnante... es como un sentimiento que no lo sé expresar.....rabia como que yo me lo busque...” (I-10)*

*“Dolor...y es que eso no se me sale de la mente... entonces yo digo porque yo no hable...porque yo me quede callada...” (I-12)*

*“Dolor, me siento triste... porque como que yo pienso que mi vida debió ser otra...tantas cosas que me... me sumí dentro... que no me dejaron caminar... siempre sintiéndose uno avergonzado, sucio,....siempre que uno se siente que no se merece nada, vacío, descontento...todas esas cosas... hace que uno...sintiéndose al menos... porque siempre me hicieron sentir que yo era menos...no creíble...” (I-6)*

### **EXPERIENCIA DE ABUSO**

Los abusos ocurren en la niñez y/o adolescencia. Pudiendo ser un evento único aislado o varios eventos diferentes, algunos de ellos prolongados hasta la adultez. El tipo de abuso es con y sin contacto físico. Los mecanismos utilizados por el agresor incluyen: engaño, seducción, sugestión, manipulación, chantaje y violencia física. El agresor es una persona cercana y/o conocida o de su entorno social. La experiencia de abuso se mantiene en secreto o se revela años más tarde, debido al miedo, vergüenza o falta de entendimiento de lo sucedido. La respuesta ante la revelación del abuso es de incredulidad, desprotección, falta de acción contra el agresor y el responsabilizar a la víctima del abuso. Los sentimientos experimentados en relación al abuso son vergüenza, miedo al rechazo y dolor. Los sentimientos asociados al agresor son rabia, impotencia, traición y tristeza. Los reclamos hacia las personas responsables de protegerlas son el silencio frente al abuso, la no protección, la falta de apoyo emocional y la falta de acción en contra del abusador. Las víctimas se cuestionan su responsabilidad y participación en la ocurrencia del abuso, sintiendo rabia, impotencia, culpa, suciedad y repugnancia.

### **7.3 Impacto en la sexualidad de la experiencia del abuso**

#### **7.3.1 Comportamiento sexual**

En los relatos recopilados, algunas de estas mujeres narran como el evento abusivo despertó o precipitó, de algún modo, su interés por las relaciones sexuales. En algunos casos, desde muy temprana edad, aumentando su interés o curiosidad por temas sexuales, llegando, como sucedió con la informante 4, a involucrar al hermano menor, en la satisfacción de sus necesidades sexuales. Una experiencia que hasta el día de hoy, la hace sentir remordimientos y vergüenza.

*“Eso mismo hizo que despertara en mí...el querer saber también lo que hacían mamá y papá...y acechaba...y eso hizo también que yo con el hermanito mío chiquito también inventara...esta es la primera vez que lo confieso aquí...y me duele porque es mi hermanito...eso intenté con mi propio hermanito y eso no me deja en paz...tranquila...” (I-4)*

La necesidad afectiva y el miedo a la soledad, llevan a estas mujeres a involucrarse en relaciones sexuales indiscriminadas y superficiales.

*“Todo esto hizo que quizás iniciara más pronto...como a los 17 años... después tuve varias parejas... porque tenía varias parejas...”(I-6)*

*“Después de eso ya a mí no me importaba tener relaciones sexuales con quien sea y me había acostumbrado... pienso eso (abuso) despertó mi necesidad de tener relaciones sexuales... Siempre yo tenía como ese miedo de que si me quedaba sola o algo así...” (I-9)*

En otros casos retrasó o dificultó el inicio de las relaciones sexuales. La vivencia de esta experiencia traumática las lleva a asociar el sexo con sentimientos de dolor, vergüenza y temor. Por otro, lado el miedo a la estigmatización las hace rechazar las relaciones.

*“No me interesaban los muchachos, ni nadie, solamente viví así...na’ ma’... me decían loquita... Atraso mi interés sexual... si porque no me gustaba ninguno... sentía miedo de que lo supieran... cosas así... y sentía como sucia...así... no sé”. (I-1)*

*“yo no sentía ese interés, ni curiosidad por el sexo... Siento que ya estoy tarde para tener pareja” (I-5)*

*“Tener relaciones con un hombre... que alguien se me acercara eso si me afectó... esa experiencia me afectó bastante. Ahora a los 43 años fue que tuve mi primera relación...primero yo busque ayuda... yo tuve que buscar ayuda con una psicóloga...porque no dejaba que los hombres se me acercaran...no lo quería cerca de mí y eso...pensaba que me iba a pasar igual...no sé pero tenía miedo...a que un hombre se me acercara...pensaba que me iban a violar otra vez...” (I-11)*

### **7.3.2 Funcionamiento sexual**

Según lo narrado por éstas, la experiencia de abuso afectó el disfrute de sus relaciones sexuales. Las dificultades presentadas estuvieron relacionadas al miedo a la penetración, a no disfrutar plenamente de las relaciones sexuales y a no desear ningún tipo de acercamiento que implicara intimidad sexual.

En el caso de la I-8, que tiene una historia de múltiples abusos, incluyendo abusos con penetración forzada, se encontró que el miedo anticipado, alcanza tales proporciones que le impiden consumir la relación sexual y el disfrute de las mismas.

*“Y eso me ha llevado a tenerle...mire no sé qué es lo más parecido al miedo o que es más fuerte que el miedo...fobia yo creo que tengo aparte de fobia, le tengo terror... le tengo pánico. Yo creo, es que yo no soy capaz de dejar que un pene me este ni siquiera cerca de mi parte...desde que llega ese momento...*

*me bloqueo...me pongo nerviosa...histérica. Me pongo a llorar...siento que esto aquí... todos estos músculos de acá se ponen duro... (hace referencia a la cara interior de los muslos)... es un bloqueo total, de verdad...lo que siento.”* (I-8)

En las informantes 1 y 2, todo lo relacionado a la intimidad sexual, genera en ellas ansiedad e incapacidad de sentir placer en el acto sexual.

*“Casi nunca me he... sentido excitada .no logro tener orgasmos.”* (I-1)

*“Yo no sé hasta la fecha actual... la...la intimidad, o sea la sexualidad o sea las relaciones sexuales me crean mucha ansiedad...”* (I-2)

En el caso de las informantes 4 y 12, ellas describen las relaciones sexuales en función de su obligación de dar placer a otros, sin considerar sus propias necesidades. La introducción a una experiencia sexual temprana, de manera traumática, crea, como ellas mismas relatan, confusión sobre el significado de la relación sexual. El miedo y la ansiedad que sienten ante las relaciones sexuales, les impiden disfrutar de las mismas, llegando a experimentar dolor y sentimientos de desagrado.

*“Antes lo que había tenido era experiencias sexuales... pero realmente satisfaciendo necesidades sexuales de otras personas...no las mías en sí, porque no sabía...porque ya como me indujeron antes de tiempo a tener relaciones o me abusaron eso provocó de que yo tuviera...o sea, no tuviera segura de lo que significaba tener una relación o sea qué fuera realmente el sexo y tenía miedo ...temores...no sabía...no sabía realmente ...entonces ya venía yo con miedo, temores... muchas dificultades...cerraba las piernas... fue terrible para mi tener relaciones...tenía miedo... no sé porque... siempre tenía miedo...aún después de haber iniciado mi vida sexual, sentía miedo...dolor, no era una experiencia agradable ...lo hacía por la responsabilidad que tenía con esa persona....el sexo no era agradable, no era algo bueno, no lo sentía así.”* (I-4)

*“Me afecto en mi sexualidad ya no tanto porque he mejorado mucho...yo no lograba llegar al orgasmo...me dolía...ya lo que quería era cumplir y ya... no sentía deseo de tener la relación.” (I-12)*

### **7.3.3 Prácticas Sexuales**

Otras dificultades están relacionadas a ciertas prácticas sexuales que ellas relacionan con el evento abusivo. Los recuerdos intrusivos y recurrentes pueden venir de manera inesperada, tal como ellas bien lo describen; experimentando de nuevo, sentimientos similares a los vividos, anteriormente con el abuso. Esto conduce a un malestar general, desagrado y rechazo a la relación sexual.

*“Al principio sí... yo no me dejaba tocar pero absolutamente de nadie...dormir para mi boca arriba eso era o es lo peor...lo peor incluso llegue a tener problemas con mi esposo porque yo dormía boca arriba y sabe que siempre los hombres te pasan la mano, yo me levantaba le quitaba la mano...me llegaba de una vez ese pensamiento y eso...me venían sentimientos repugnantes, es algo que como que no controlo.” (I-10)*

*“Esas experiencias marcaron mi vida totalmente... totalmente me jodieron la vida...el hecho de que yo no pueda tener una relación normal, el hecho de que yo rechace tanto el pene y es eso.... O sea es que no soporto...es que para mí es terrible que alguien se me pegue...yo sentirlo, eso para mí es muy muy desagradable...todavía a la fecha.” (I-2)*

*“Sentí atracción sexual por él...él siempre me propuso tener relaciones...sentí menos dolor...pero no logro concentrarme...vuelven a mí pensamientos... pienso en lo que pasó....lo recuerdo... siento lo que pasó.” (I-5)*

*“Me he sentido abusada, porque al yo no querer tener relaciones, en una o dos ocasiones, él (esposo) sí tomo posesión de mí, de mi cuerpo, aun*

*diciéndole que no quería...llore bastante... conecte con mi experiencia pasada de abuso.” (I-7)*

*“No es fácil porque eso se queda en tu pensamiento y en el momento menos indicado que uno ni siquiera está pensando en nada llegan recuerdos como ese a dañarte el momento si así se pudiera decir...” (I-9)*

#### **7.3.4 Disociación**

Algunas narraciones describen la experiencia de desconexión vivida por estas mujeres ante la ansiedad que le provoca todo lo relacionado a la sexualidad.

*“Es como si yo no estuviera ahí...estoy aquí y ya...” (I-1)*

*“Como fuera de mí...como que toman mi cuerpo...o sea me desplomo, así...como que estoy hablando, pero no estoy en mí misma... (Llora).” (I-3)*

#### **7.3.5 Preferencia Sexual**

Se pudo observar, en algunas de las víctimas, un período de confusión en cuanto a sus preferencias sexuales, sólo uno de las informantes manifestó siempre haber sentido atracción por las mujeres.

*“Toda la vida me he sentido atraída hacia mujeres.” (I-3)*

*“Llegue a sentirme atraída... a querer darle un beso... y así...a los 13-12años...hoy día no tengo dudas...solamente en ese tiempo...” (I-1)*

*“Pensé que quizás con una mujer era mejor, nunca pensé en mujeres... no sentía atracción hacia mujeres... al no sentir absolutamente nada en las relaciones sexuales llegue a tener dudas de mi preferencia sexual y tuve una relación con una mujer... no fue nada placentero para mí.... la relación con*

*mi amiga me hizo sentirme culpable... a la primera persona que le digo esto es a usted...” (I-7)*

*“Tengo fantasías sexuales con hombre y con mujeres...cuando me masturbo. Pensaba en mujeres para bloquear a los hombres....usaba ropa holgada, no me peinaba. Me ha venido a la cabeza la idea de tener relaciones sexuales con una amiga, esta se me ha estado insinuando, pero nunca me he sentido atraída hacia ella. No lo haría porque pienso que es algo malo.” (I-5)*

*“A raíz de que había pasado eso (abuso sexual) y que usualmente yo sentía como asco y esas cosas... me era como más fácil pensar estar como con una muchacha o algo así, que estar con un hombre... me era más fácil verme así aunque no me atrevía...había una parte de mí que si quería y otra que no... alguna parte de mi sabía que eso estaba mal y todavía lo considero y yo creo que eso era lo que me lo impedía... He tenido fantasías con ambos. Me excito...no me siento mal de tener una fantasía con mujer.” (I-9)*

En el caso particular de la informante 2, ella entiende que su preferencia cambió, porque nunca antes se sintió atraída por mujeres. Sin embargo, cualquier conducta sexual que se asemeje, en este caso, a la penetración es rechazada, independientemente de que sea un hombre o una mujer que la ejecute.

*“Yo pienso que mi preferencia puede ser que cambio, porque antes a mí me interesaban mucho los chicos... siempre... nunca tuve experiencias sexuales con mujeres... ni nunca me paso siquiera por la mente.” (I-2)*

*“Comenzaban bien...podía haber toques, caricias....pero desde que había posibilidad de penetración, terminaban todas, todas fueron así...me asustaba el hecho de tener relaciones...” (Esto refiriéndose a las relaciones sexuales con hombres). (I-2)*

*“Me gusto besarme con ella y eso... pero, tener relaciones sexuales con ella no, porque ella era muy agresiva...quería introducirme los dedos y yo no quería.” (I-2)*

La ambivalencia manifestada por algunas de estas mujeres, ante la posibilidad de una preferencia homosexual, de alguna manera estaba relacionada a sus creencias religiosas que condenan esta práctica (I-s 2, 5, 7 y 9)

*“Cuando termine la relación con mi amiga, de un año...empecé a ir a la iglesia, me sentía sucia y pecadora y todas las cosas que le infunden a uno en la iglesia y yo decía que todo eso era culpa de mi papá...que si él no hubiera hecho eso.” (I-2)*

### **7.3.6 Autoestima**

Las vivencias de violencia física y emocional, hace que estas mujeres se sientan no amadas, no apoyadas, denigradas, no valoradas y explotadas.

*“Siempre fui denigrada, me tildaban de loca y de no hacer nada bien, en especial mamá... no me apoyaba me insultaba y maltrataba No tenía el apego de una madre, era muy poco tolerante. Yo siempre cargaba con todos los oficios de la casa... Nunca sentí cariño de los demás hacia mí.” (I-6)*

Se pueden identificar sentimientos de minusvalía, así como serias dificultades para establecer relaciones, especialmente con hombres, aislándose por temor a ser traicionadas de nuevo.

*“Eso hizo como que yo no valiera nada... mi personalidad fue muy afectada en todos los niveles... en nivel afectivo de yo recibir y yo poder dar...para mí ha sido terrible hasta con mis propios hijos ha sido terrible...(llanto) porque eso provocó temor también en como yo me relaciono con las personas, tenía mucho miedo porque es como que no, no me gusta estar en grupo,*

*relacionarme con la gente, tengo miedo ...miedo a que me traicionen como siempre... miedo a que me hieran.” (I-4)*

*“Es difícil confiar en los hombres en sentido general... y en la gente...soy muy reservada en mis relaciones con los demás...tengo muy pocos amigos...la gente dice que soy rara...no sé.” (I-5)*

El involucramiento sexual con muchas parejas en relaciones de corta duración las hace sentirse no valoradas.

*“Muchas veces como en mi caso sentirse desvalorada y eso no sería bueno porque realmente a mí no me da orgullo decir que yo he tenido relaciones sexuales con 10 personas...” (I-9)*

La preocupación ante la pérdida de la virginidad, durante la experiencia abusiva, y la importancia para la sociedad que ellas le atribuyen, no les permiten disfrutar de sus relaciones sexuales a plenitud.

*“Lo que siempre me torturaba era el hecho de que había perdido la virginidad, eso es muy importante... bueno para la sociedad y eso me tenía a mí mal... entonces cuando volví a hacerlo con este muchacho, me empezaba a sentir como “sucía” otra vez, porque me había dejado tocar de nuevo. Aunque en el momento lo disfrutaba, pero cuando se iba eso, entonces me sentía mal.” (I-3)*

*“Acciones que yo cometí yo creo que tienen raíces en eso... a veces quizás a veces no me valore lo que tuve que valorarme como mujer, tuve novios que yo me le entregaba y ya, como que eso era... ya no era con ese valor de... no mira conservarme...”(I-10)*

El sentirse acosadas desde muy temprana edad, por sus atributos físicos/sexuales, las hace sentirse avergonzadas de sus cuerpos y con temor ante lo que ellas entienden provocan.

*“Por mucho, mucho tiempo yo rechazaba mi cuerpo...nada me gustaba de mi cuerpo... por ejemplo hasta la fecha mis senos, yo los detesto...y mis senos son como el punto focal y... el principal atractivo para los hombres y eso me desagrada...” (I-2)*

*“Desarrolle antes de los 10 años y desde entonces me sentía acosada por los hombres... notaba como los hombres me miraban solo porque tenía un pantalón ceñido...y eso me hacía sentir mal... caminaba mirando hacia abajo...como encogida... en una ocasión un hombre hasta llegó a agarrarme las nalgas.” (I-5)*

Otras consecuencias de la experiencia de abuso que se manifestaron como mecanismos de supervivencia y adaptación fueron el abuso de alcohol, ansiedad, pesadillas recurrentes, aislamiento, bajo rendimiento académico, conductas autodestructivas, depresión, en algunos casos con ideación e intentos suicida.

*“Intente quitarme la vida.... bebía alcohol, estuve en un programa para adicción al alcohol, y fumaba tabaco. Yo encontraba que cuando me sentía mal o quería acabar con alguien... si yo tomaba esas cosas se iban” (I-1)*

*“Pesadillas recurrentes hasta que reconocí en el campo la persona que me abuso la primera vez” (I-4)*

*“Es que eso me ha afectado en todo...en la escuela...en la escuela, yo no hablaba...yo no hablaba para nada...trataba de hacer la tarea pero no me iba bien....tenía amigas...pero no les contaba nada. Yo me comía las uñas, me las arrancaba.” (I-12)*

*“Me sentía que no valía nada o que no valía la pena seguir o que ya estoy cansa de estar aquí...todas esas cosas se me pasaron muchas veces por la mente pero ahora yo no quiero eso.”(I-4)*

### **IMPACTO EN LA SEXUALIDAD**

El abuso sexual impacta el comportamiento sexual despertando el interés temprano por las relaciones sexuales. Esto lleva a involucrarse en relaciones sexuales indiscriminadas y superficiales o por el contrario, retrasa y dificulta el inicio de las mismas. Las dificultades sexuales presentadas son el miedo a la penetración, la insatisfacción sexual y el rechazo a la intimidad sexual. Otras dificultades son el rechazo a las prácticas sexuales relacionadas al evento abusivo. Los recuerdos intrusivos y recurrentes del abuso sexual impiden el disfrute de la relación sexual. Algunas víctimas experimentan disociación durante las relaciones sexuales. Puede haber confusión en cuanto a la preferencia sexual. La autoestima se ve severamente afectada, experimentando sentimientos de desvalorización, estigmatización y dificultad para establecer relaciones íntimas. La experiencia temprana de acoso sexual provoca sentimientos de vergüenza e incomodidad en relación a sus atributos físicos, y entendiendo que estos son los detonantes del abuso. Algunos mecanismos de supervivencia fueron el uso de alcohol, depresión, ideas suicidas, conductas autodestructivas y, bajo rendimiento académico, entre otros.

## **7.4 Integración de los resultados**

A continuación, en las siguientes tablas, se pretende hacer una visualización de manera esquemática de las categorías, temas, subtemas y evidencias encontradas, así como las posibles relaciones entre ellas, de manera que resulten de más fácil entendimiento.

Las tres categorías propuestas, así como la clasificación de nuevas categorías emergentes, acompañadas de los fragmentos de relatos de las informantes, se resumen en el cuadro 7.4.1. El cuadro 7.4.2 presenta las categorías propuestas y emergentes de manera esquematizada. La figura 7.4.3 esbozan la desprotección y desvalorización experimentada por las víctimas y el impacto en cómo viven su sexualidad.

Los sentimientos de desprotección y desvalorización como consecuencia de un contexto familiar caracterizado por violencia, abandono, muerte o enfermedad de uno de los progenitores, abuso de alcohol, pobres vínculos afectivos, sin personas de confianza, crianza fuera del núcleo familiar, así como una educación sexual inadecuada caracterizada por información no clara y precisa, hermetismo y prohibiciones deja a la víctima vulnerable al abuso sexual.

La experiencia de abuso sexual es vivida con desconcierto ante algo que no entienden, con dolor por la traición de personas cercanas y por la respuesta de las personas cercanas o llamadas a protegerlas ante la revelación del abuso. No ser creídas o insinuar que provocaron el abuso. El miedo a no ser creída y la estigmatización social hace que el abuso quede en secreto por muchos años. De nuevo la víctima experimenta sentimientos de desprotección y desvalorización, no sabe en quien confiar, lo que la hace vulnerable a la revictimización.

Como resultado de lo anterior la sexualidad es vivida con miedo, culpa y vergüenza impidiendo el disfrute de las relaciones sexuales. Se presentan dificultades relacionadas a la intimidad sexual y autoestima sexual, aversión sexual, involucramiento en relaciones sexuales indiscriminadas de corta duración, falta de

deseo sexual, dificultades con la excitación y goce sexual, dolor en las relaciones, confusión en relación a la preferencia sexual.

La figura 7.4.4 ilustra el impacto del abuso sexual en la sexualidad. La experiencia de abuso sexual va acompañada de sentimientos de miedo, culpa, vergüenza y dolor dejando secuelas negativas en cuanto a la autovaloración, capacidad de confiar, de establecer relaciones íntimas, reflejándose en dificultad y bloqueo del placer sexual, impactando el interés y respuesta sexual de la víctima.

Por último, la figura 7.4.5 representa el impacto del contexto familiar y el abuso sexual en la autoestima y sexualidad de la víctima. Los sentimientos de desprotección y desvalorización originados en la dinámica familiar, caracterizada por violencia y una pobre educación sexual, junto con los sentimientos de dolor, vergüenza, estigma social, traición y, suciedad, derivados de la experiencia de abuso tienen repercusiones graves en la autoestima y en la forma de relacionarse, reflejándose esto en la sexualidad. La experiencia de traición, invalida su capacidad de discriminar entre relaciones confiables y relaciones abusivas, haciéndola más vulnerable a la re-victimización o al aislamiento social como una forma de protegerse. El involucramiento en relaciones de corta duración como respuesta al sentimiento de desvalorización, se revierte en contra de su autoconcepto y estigma social. De la misma manera, esta forma de autoperibirse afecta su respuesta sexual, impidiendo el disfrute de las relaciones sexuales e involucrándose en ellas, sólo para complacer al otro. Por otro lado, los sentimientos de vergüenza y miedo llevan al comportamiento de aislamiento social y sexual, posponiendo o evadiendo las relaciones íntimas. Esto ocasiona un cuestionamiento social en torno a su preferencia sexual, lo que a su vez genera confusión y ansiedad en la víctima, otro factor que contribuye a dañar su auto estima, La baja autoestima aumenta su vulnerabilidad a la revictimización.

7.4.1 Cuadro de Resultados

Meta tema	Temas	Sub- temas	Temas emergentes		
Desprotección y desvalorización	Contexto familiar	Dinámica relacional	Normalización de violencia intrafamiliar	"Por cualquier cosa me golpeaba... eso era como normal" I-9 ; "Discutían mucho...papá era muy violento" I-5; " A mi papá le gusta discutir por cualquier cosa" I-1; "El siempre daba golpes...siempre pasaba un problema en mi casa" I-12	
			Abuso de alcohol	"Siempre bebió...me daba mucho miedo...su forma así" I-3; "Papá era un hombre que bebía". I-8; "Papá y Mamá tenían problemas porque bebían...tenían pleitos feos, feos". I-10; "Cuando él bebía se transformaba". I-12	
			Discapacidad o muerte de uno de los padres	"Mamá muere...he vivido con mi abuela, mi hermana mayor y donde mi otra hermana" I-5; "Mi mamá ...parece fue violada en varias ocasiones...por situación de esquizofrenia, que tenía ella, salía para la calle". I-4	
			Crianza fuera del núcleo familiar	"Todos los hijos fuimos despatriados de la familia y en diferentes sitios cada uno" I-4; "Una señora fue que necesitaba a alguien que viviera con ellas". I-11	
			Relaciones no dignas de confianza	"En personas ningunas...en una libreta y dos amigas imaginarias que tenía". I-1; " No confiaba en nadie...yo no pude confiar en nadie." I-6; "No confío en nadie". I-11	
			Recuerdos dolorosos	"Tengo siempre como un dolor...una pena". I-1; "Me hería con facilidad...con agresiones verbales". I-3	
			Abandono/ Negligencia	"Recuerdo se ausentó por mucho...hasta dos años, porque pasaron dos navidades". I-10; "Alguien me gritó una vez...mira tu papá las vendió a ustedes por veinte pesos". I-4	
			Desprotección	"No me sentí nunca protegida por ella". I-6; "Cuando tenía que estar, nunca estaba...yo tuve todo sola". I-10; "Quién me va a defender a mí...nadie...si era mi mamá". I-12	
			Educación sexual	No información	"Mamá nunca me hablo de sexo". I-6; "Nadie...no...ni siquiera para la menstruación". I-2; "Lo que yo he aprendido...lo hice escuchando". I-11
				Hermetismo	"Hablaban de la menstruación y eso... uno oye cosas". I-6; "Cuidado con un embarazo...cosas así...lo básico". I-8
		Prohibición		"No deje que ningún hombre te ponga el pene". I-8; Mi papá decía...aquí no me traiga un novio". I-9; "Donde están los varones... no pueden estar las hembras". I-3; "Me decía...que no te deje poner las manos en los senos". I-11	
		Connotaciones negativas de la sexualidad		"Para mi mamá era algo malo". I-1; "Ella me decía que eso (masturbación) estaba mal...que eso estaba mal...que eso era malo". I-3	
				Temor a consecuencias	"El que hace su cama mal hecha, en ella se acuesta". I-9; "Mami decía que...la cosa de tener relaciones sexuales...cuando uno se casa...ya los hombres no te miran, ni te quieren". I-1 "Si yo llegaba embarazada a la casa...él encima de la barriga, me daba". I-9
				Falta de información clara	"Si y no... usted sabe...eso era muy reservado". I-7; "Te pueden embarazar...y hacer mujer". I-8
		Hombres considerados peligrosos	"Cuidado con los hombres, sólo quieren agarrarte...hacerle daño a las mujeres, te embarazan y te dejan". I-10; "Aparte de que los hombres son unos desgraciados...que no sirven...más nada". I-1		

Meta tema	Temas	Sub- temas	Temas Emergentes	Citas
Desprotección y Desvalorización	Experiencia de abuso	Tipo de abuso	Variado	"Me tocaban los senos... mi cuerpo...no sé mientras dormía".I-6; "Él tomó algunas fotografías penetrándome". I-3; "Sólo introdujo los dedos".I-1; "Intentó hacerlo por detrás..." I-8 "Porque primero no me penetraba...él me lo ponía ahí...así hasta que un día sí...que yo sangré". I-1; "Que le tocara el pene...que le hiciera como...que lo masturbara...él me hacía sexo oral".I-6
		Perpetrador	Persona de confianza	"Mi cuñado...yo era como una hija para él". I-5; "Yo confiaba en él...tenía mucho tiempo conociéndolo...teníamos como un año de amores". I-4; "Era mi novio, duré con él cinco años...mi primer novio".
			Figura de autoridad	"El pastor de la iglesia mía". I-6
			Conocido	"Era mi vecino, tenía desde niña viviendo ahí...siempre lo había visto." I-1
		Mecanismos utilizados	Engaño	"Yo pensaba que era a comer helado...y hasta que llegamos al hotel". I-3
			Sugestión	"Puso su arma...en una mesita y su cerveza...luego me mandó a la cama".I-3
			Sedución	"Él me decía... ella es la más bonita...él tenía una forma de seducir... de llamar la atención". I-6
			Chantaje emocional	"El me hacía sentir a veces culpable...que era infeliz por mi...y que yo tenía que hacerle esto." I-6
			Violencia	"Me tiró al piso, boca abajo y si recuerdo que era con toda la fuerza". I-8
		Sentimientos	Desconcierto	"Él se masturbó delante de mí...y yo le decía, ¿por qué usted hace eso?".I-8
			Traición	"Él era como Judas... él se escondía para hacer daño...él era un tío especial". I-6;" yo confiaba en él, tenía mucho tiempo conociéndolo...tenía como un año de amores". I-4
			Culpa	"Culpa. Debí decir a mi hermana en algún momento". I-5
			Dolor	"Siento todavía dolor". I-4
			Vergüenza	"No quería que nadie me viera...pensaba que eso se notaba". I-1
			Ira	"Rabia...siento mucho enojo...porque en ese momento no pude defenderme."I-4
			Miedo	"Muy dolorosa, temor, asco". I-9
Desprotección	"No había nadie cuidándome o se descuidaron de mí". I-4			
Tristeza	"Dolor...me siento triste, como que yo pienso que mi vida debió ser otra".I-6			
Indignación	"Tristeza, primero tristeza...indignación...como un coraje."I-7			
Revelación del abuso	Impotencia	"Siento asco, impotencia, culpa, dolor, tristeza...mucha tristeza". I-5		
	Asco	"Solo quiero poder quitarme esa sensación tan desagradable".I-2		
	Secreto	"Absolutamente a nadie...nadie sabe esto". I-2		
	Miedo a que no le crean	"Pensé que mamá no me iba a creer...ni nadie...pensé iban a creer más en él". I-1		
	Revelación y retractación	"Y después yo iba a tener que decir que eso era mentira...que yo me lo inventé".I-12		
	Revelación y responsabilizar a la víctima de la provocación del abuso	"Pero ella me dijo ¿qué tu hiciste... qué tú estabas haciendo?". I-8		
	Revelación y no tomar medidas protectoras	"¿Por qué mami no me ayudó...por qué?		
	Revelación y negación por parte del perpetrador	"Él lo negó...amenazó a mi hermana y ésta también lo negó."I-5		
	Revelación y dudas de la veracidad	"Lo que más me duele es que mamá no me creyera no me apoyara". I-6		
	Culpa	"Otras situaciones de abuso sucedieron ya adulta...después de adulta venía eso...como si fuera un imán". I-4		
Revictimización		"Sucedió como cuatro veces". I-11		

Meta tema	Temas	Sub- temas	Temas Emergentes	Citas
Miedo, dolor, culpa y vergüenza	Impacto en la sexualidad	Comportamiento sexual	Interés sexual precoz  Retraso en inicio de las relaciones sexuales	"Eso mismo hizo que despertara en mí, el querer saber lo que hacían mamá y papá... y acechaba". I-4 "No me importaba tener relaciones sexuales con quien sea... eso despertó mi necesidad de tener relaciones sexuales". I-9 "Ahora a los 43 años fue que tuve mi primera relación". I-11
		Preferencia sexual Funcionamiento sexual	Apatía sexual Miedo a las relaciones sexuales Desconfianza en los hombres Sexo para otros  Confusión en orientación sexual Insatisfacción sexual	"No sentía deseo de tener la relación". I-12 "Es más fuerte que el miedo...fobia...le tengo terror." I-8 "No sé, pero tenía miedo... a que un hombre se me acercara". I-11 "Lo hacía por la responsabilidad hacia la otra persona... el sexo no era agradable...no era algo bueno...no lo sentía así". I-4 "Pensé que quizás con una mujer sería mejor". I-7, "Pienso que mi preferencia puede ser que cambió". I-2 "Casi nunca me he sentido excitada...no logro tener orgasmos". I-1 "Sentía miedo, dolor... no era una experiencia agradable". I-4
		Prácticas sexuales	Dolor en la relación sexual Dificultad en las relaciones sexuales Disociación Pensamientos intrusivos recurrentes (flash-backs) Rechazo a ciertas prácticas sexuales Rechazo a las relaciones sexuales Bloqueo de fantasía sexuales con hombres	"Muchas dificultades...cerraba las piernas...tenía miedo...no sé por qué". I-4 "Es como si yo no estuviera ahí...toman mi cuerpo y ya". I-1 "En el momento menos indicado...llegan recuerdos como ese...a dañarte el momento". I-9 "Podía haber toques, caricias...pero desde que había posibilidad de penetración terminaban todas". I-2 "El hecho de que yo rechace tanto el pene y eso...o sea es que no soporto...es que para mí es terrible que alguien se me pegue". I-2 "Pensaba en mujeres para bloquear a los hombres". I-5;"Sentía como asco y esas cosas... me era más fácil pensar estar con una muchacha o algo así, que estar con un hombre". I-9 "Le he dicho que nunca se quede callado...siempre tiene que hablar". I-1
		Autoestima	Uso de recursos protectores y distractores Pobre imagen corporal  Estigmatización  Desvalorización	"Eso me hacía sentir mal...caminaba caminando hacia abajo...como encojida". I-5 "Pensaba que eso se notaba...si se dan cuenta nadie me va a querer" I-1 "Eso hizo como si yo no valiera nada". I-4

## 7.4.2 Cuadro de temas, subtemas y meta-temas

<b>Contexto Familiar</b>	<b>Dinámica Relacional</b>	Normalización de la Violencia intrafamiliar Abuso de alcohol Discapacidad o muerte de uno de los padres Crianza fuera del núcleo familiar relaciones no dignas de confianza
	<b>Educación Sexual</b>	No información Hermatismo Prohibiciones Connotaciones negativas de la sexualidad Temor a consecuencias información poco precisa Hombres considerados negligentes

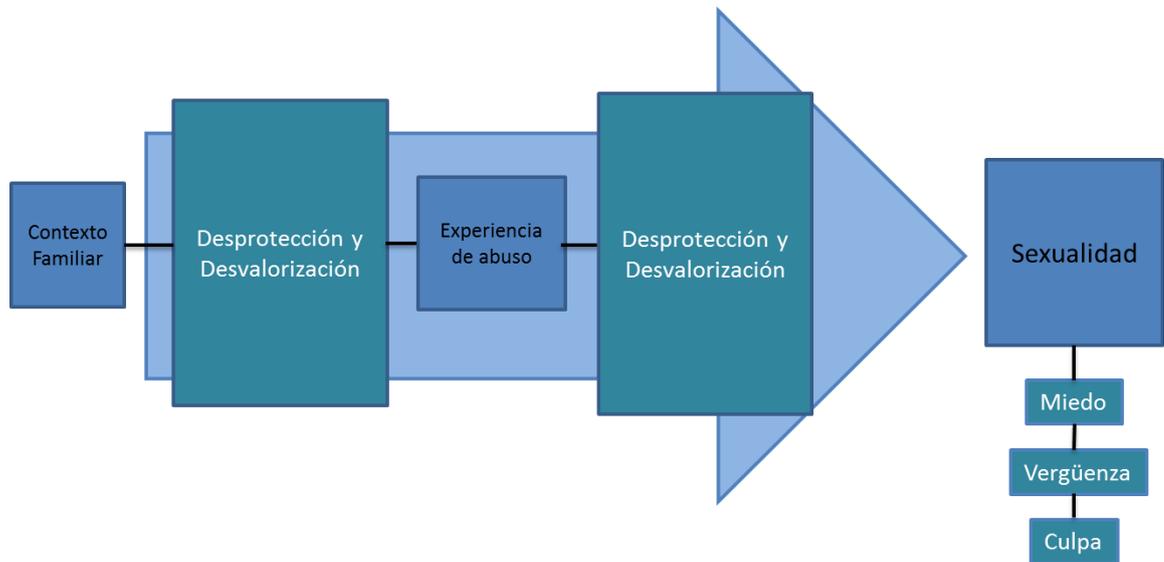
**DESPROTECCIÓN Y DESVALORIZACIÓN**

<b>Experiencia de Abuso</b>	<b>Tipo de abuso</b>	Variado
	<b>Perpetrador</b>	Persona de confianza Figura de autoridad Conocido
	<b>Mecanismos utilizados</b>	Engaño Sugestión Seducción Chantaje emocional Violencia
	<b>Sentimientos</b>	Desconcierto Culpa Miedo Traición Dolor Desprotección Ira Vergüenza Indignación Tristeza Impotencia Asco
	<b>Revelación del abuso</b>	Secreto Miedo a que no le crean Revelación y retractación Revelación y responsabilizar a la víctima de la provocación del abuso Revelación y no tomar medidas protectoras Revelación y negación por parte del perpetrador Revelación y dudas de la veracidad Culpa
	<b>Revictimización</b>	

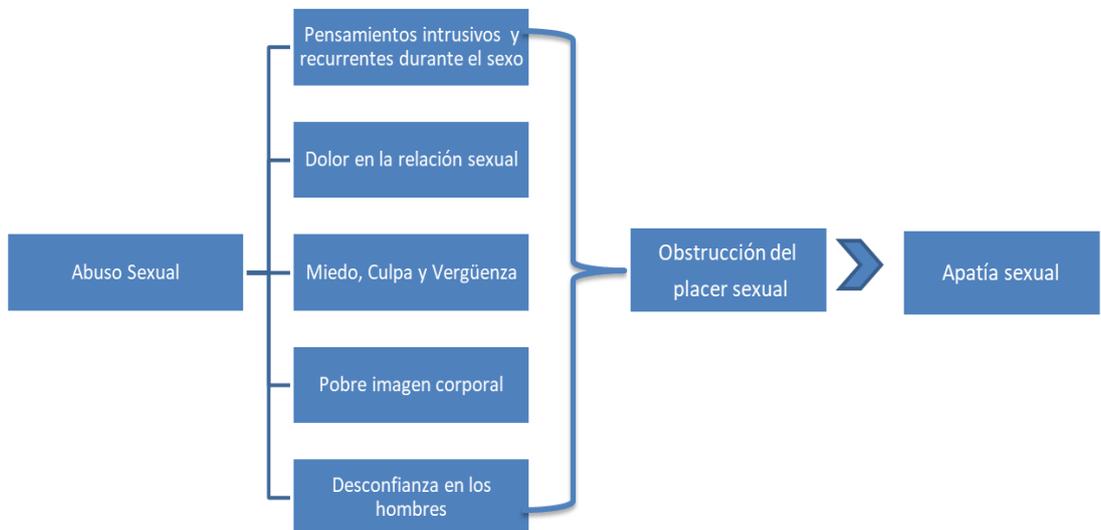
<b>Impacto en la sexualidad</b>	<b>Comportamiento sexual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interés sexual precoz</li> <li>Retraso en inicio de las relaciones sexuales</li> <li>Apatía sexual</li> <li>Miedo a las relaciones sexuales</li> <li>Desconfianza en los hombres</li> <li>Sexo para otros</li> </ul>
	<b>Preferencia sexual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Confusión en orientación sexual</li> </ul>
	<b>Funcionamiento sexual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insatisfacción sexual</li> <li>Dolor en la relación sexual</li> <li>Dificultad en las relaciones sexuales</li> <li>Disociación</li> <li>Pensamientos intrusivos recurrentes (flash-backs)</li> </ul>
	<b>Prácticas sexuales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rechazo a ciertas prácticas sexuales</li> <li>Rechazo a las relaciones sexuales</li> <li>Bloqueo de fantasía sexuales con hombres</li> <li>Uso de recursos protectores y distractores</li> </ul>
	<b>Autoestima</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pobre imagen corporal</li> <li>Estigmatización</li> <li>Desvalorización</li> </ul>

**MIEDO, CULPA Y VERGÜENZA**

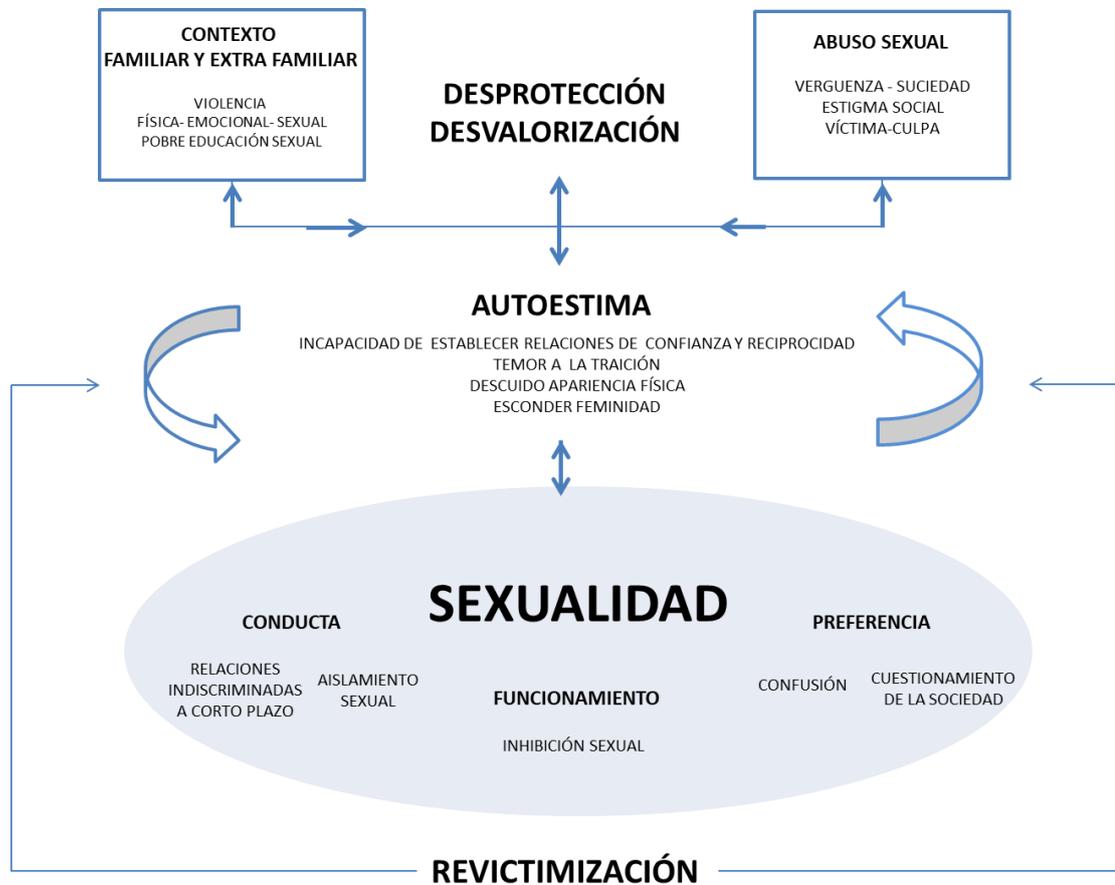
### 7.4.3 Relación de la desprotección y desvalorización e impacto en la sexualidad



### 7.4.4 Ejemplo del impacto del abuso sexual en la sexualidad



### 7.4.5 Relación del impacto del contexto familiar y el abuso sexual en la autoestima y la sexualidad





## **CAPÍTULO VIII DISCUSIÓN**

El propósito de este estudio es tener una mejor comprensión del significado, que un grupo de mujeres, dan a la experiencia de abuso sexual y de qué manera perciben ha impactado su sexualidad.

En este capítulo se discuten de manera general los resultados más relevantes de la investigación a través del análisis de los objetivos propuestos: Conocer las dinámicas del contexto familiar donde crecieron estas mujeres, caracterizar el abuso sexual: tipo de abuso, edad en que se cometió el abuso, frecuencia y duración del abuso, relación del perpetrador y la víctima, entre otros; y comprender el significado de las experiencias de abuso sexual, vividas por este grupo de mujeres.

Indagar sobre asuntos relacionados a la sexualidad es, sin duda, algo muy delicado. Sobre todo, en el caso particular de experiencias sexuales abusivas tempranas, por ser temas sensibles y difíciles de abordar, dadas las fuertes reacciones emocionales y sentimientos incómodos, que despiertan en las víctimas. Más aún, si se toma en cuenta, que algunos de estos relatos, fueron narrados, en detalle, por primera vez. Es por esto que se hizo el propósito de tratar el tema de una manera cuidadosa y con el mayor respeto posible, procurando en todo momento el bienestar de las participantes.

La sexualidad humana está influenciada por múltiples factores a lo largo de la vida. Es una experiencia muy personal, determinada, no solo por aspectos biológicos, sociales y culturales sino también por el significado que damos a los eventos en nuestra historia de vida. Es por esto que es importante entender el entorno y las dinámicas familiares donde crecieron estas mujeres, así como los mensajes recibidos en referencia a la sexualidad.

### **8.1 Dinámica Contexto Familiar**

El contexto familiar se caracteriza no sólo por la violencia sexual, de la que son víctimas en la niñez y/o adolescencia, sino también por otros tipos de maltratos tanto físico y emocional, así como abandono y negligencia. Algunos de estos abusos

son propiciados dentro de la familia, por el padre, la madre y/ o hermanos, familiares, tutores o conocidos en hogares donde fueron insertadas. Los mismos, ocurrieron tanto en la niñez como en la adolescencia. Sentimientos de abandono, tristeza, miedo, desprotección, no sentirse queridas, explotación y abuso son percibidos por las víctimas, afectando negativamente su autoestima.

*“Ojalá que cuando tu vaya por ahí te maten y te mueras para salir de ti, tú me tienes cansada, estoy harta, me azaraste la vida” (I-1)*

*“No me sentí nunca protegida por ella” (I-6)*

La desprotección, así como la presencia de otras formas de violencia como negligencia, maltrato físico y emocional, han sido señalados como indicadores de mayor riesgo de abuso sexual (Orjuela y Rodríguez, 2012). La mayoría de las mujeres con historia de abuso sexual reportan al menos otra forma de abuso infantil (Lemieux, et al.2019). De igual modo, Zolbrod (2015); Marquee-Flentje (2017) afirman que los efectos de una experiencia sexual traumática en la niñez o adolescencia pueden verse agravados por la presencia concurrente de otros tipos de abusos en la familia de origen, como el abuso físico y emocional.

La dinámica relacional de los padres es en su mayoría conflictiva y violenta. El alcoholismo de uno o ambos de los padres, es un factor que contribuye a agravar las relaciones de violencia intrafamiliar, provocando miedo y sentimientos de vergüenza.

*“Yo le tenía mucho miedo...él siempre me daba golpes...siempre pasaba un problema en mi casa... cuando él estaba bien todo estaba normal, cuando él bebía se transformaba...” (I-12)*

Crecer fuera del núcleo familiar en calidad de “acompañante”, o “acogida” por un familiar ante la muerte, discapacidad o abandono de uno o ambos padres, las hace más vulnerable de padecer situaciones de abuso y explotación, por parte de los familiares y conocidos de sus tutores.

*“A los 9 años me sacaron de mi casa... a cuidar a una señora muy mayor...ahí también hubo acoso...me querían dar copas y agarrarme los senos...el esposo de una de las hijas de la señora que yo cuidaba...también quería tocarme y tenía yo que estar trancándome y todo el tiempo corriendo...” (I-4)*

Otras razones por las que son ubicadas en otros hogares son tener una mejor oportunidad de estudio, condiciones de salud, situaciones de pobreza e intercambio por dinero. En este sentido, Baita y Moreno (2015); Orjuela y Rodríguez (2010); Butler (2013); (Finkelhor y Baron, 1986; Finkelhor, 1990; Holmes y Slap, 1998, citado por Berliner y Elliot, 2002) han descrito como factores de riesgo de abuso sexual la muerte o discapacidad de uno de los padres, y haber crecido fuera de su ambiente familiar.

Las relaciones conflictivas y violentas con personas significativas, dificulta el poder identificar personas dignas de confianza en su entorno familiar y social, lo que facilita, por un lado que ocurra y se mantenga la conducta abusiva, y por otro contribuye a que ésta se mantenga en secreto, incluso hasta la adultez.

*“Trate de decírselo a mi mamá... ella estaba parece enojada ese día y... me hablo mal y yo no dije nada. Nunca se lo dije a nadie... ni a su esposa, ni a mi amiga. Pensé mamá no me iba a creer, ni nadie...en ese momento si pensé... iban a creer más en él.” (I-1)*

Los menores sumisos, pocos comunicativos y que no tienen vínculos de apego seguro con sus cuidadores o con carencias afectivas, que crecen en un entorno de violencia de género, sin información sobre situaciones de riesgo o que no han tenido acceso a una educación sexual adecuada, son más vulnerables a situaciones de abuso sexual (Orjuela y Rodríguez ,2010; Baita y Moreno, 2015).

La educación sexual recibida está caracterizada por el silencio, el hermetismo, la prohibición y el miedo. La información sobre sexualidad es recibida de manera informal a través de revistas, conversaciones escuchadas y de vivencias de familiares

cercanos. La pobre intervención de las madres o cuidadoras, en temas relacionados a la sexualidad, es manejada con mucho secretismo, por la vergüenza que les genera y por ser considerada prohibida. Por lo que crecen sin una información clara y precisa de la anatomía y fisiología de su cuerpo y de los cambios corporales y emocionales propios de la adolescencia como parte normal del desarrollo humano.

Autoras como Maltz (1987) refieren que el no poder hablar de manera abierta y clara de asuntos relacionados a la sexualidad con personas dentro de la familia produce confusión en las adolescentes quienes viven su sexualidad con culpa, miedo, aislamiento y dependencia. Por otro lado, un factor que parece estar relacionado con la variación en el impacto del abuso sexual en la sexualidad adulta, es el hecho de provenir de familias de origen con un pobre desarrollo sexual (Zolbrod, 2015). En este sentido, Sobanski et al. (2014) encontraron que la presencia de más de una circunstancia adversa asociada con el desarrollo sexual, como un inicio sexual temprano o forzado, incesto o su intento, pobre educación sexual entre otros, lleva a una mayor incidencia de interferencias en la relación de pareja incluyendo disfunciones sexuales.

Los padres, por su lado, establecen las reglas o límites de la forma de relacionarse con hombres, de una manera autoritaria y restrictiva, a través de prohibiciones, miedo y amenazas.

*“Mi papá decía que, si yo llegaba embarazada a la casa, el encima de la barriga, me daba...” (I-9)*

Se aprende que los hombres no son dignos de confianza y a tener cuidado de ellos. Se hacen advertencias de las relaciones sexuales prematrimoniales, y sus consecuencias: embarazo y riesgo de ser abandonada. Informaciones no definidas claramente, como “te pueden hacer mujer”, con el mensaje implícito de la pérdida de la virginidad como “sello de garantía” de inocencia y pureza, implican por un lado el paso de la niñez a la adultez y por el otro, reducen a la persona a un objeto de pertenencia (del hombre) o definen sus relaciones futuras en término de la intención con la que es escogida por otros hombres.

*“No deje que ningún hombre te toque...ni tampoco te ponga el pene...porque si el pene te lo entra te pueden embarazar y te pueden hacer mujer...” (I-8)*

La experiencia de abuso sexual confirma lo ya aprendido sobre los hombres, como si fuera una profecía auto-cumplida.

En un estudio cualitativo realizado por Böhm, (2017) sobre la percepción de las consecuencias del abuso sexual en el desarrollo sexual, basado en las expectativas de género, se destacan: el embarazo no deseado, las creencias acerca de “perder la inocencia”, las creencias de “un futuro destruido”, como el abandono de los estudios, dificultad de encontrar una pareja con quien casarse, conducirse de una manera inapropiada y exclusión social.

Lo que aprenden respecto al sexo y la sexualidad no sólo es negativo, sino que se omiten los aspectos positivos de la sexualidad como el toque del cuerpo como expresión de afecto o experimentación de placer. Por lo contrario, se hace referencia al toque, como algo “malo” (haciendo referencia a la moral sexual) y peligroso (en el sentido de las consecuencias), “No tocarse ni dejarse tocar su cuerpo”.

*“Que tenga cuidado que los hombres solo quieren agarrarte, estar tentando, hacerle daño a las mujeres, te embarazan y te dejan.” (I-10)*

Esto es particularmente importante, ya que en las familias donde ocurren situaciones sexuales abusivas, se ha encontrado una forma de socialización sexual disfuncional, caracterizada por serias dificultades para el establecimiento de límites sexuales adecuados, donde el toque se utiliza más para satisfacer una necesidad sexual del que ejerce el abuso, irrespetando la privacidad física y emocional del menor (Madock, 1983, citado por Tharinger, 1990).

La forma en que estas mujeres perciben la sexualidad está marcada de algún modo por los discursos, mitos de generaciones pasadas y mandatos culturales recibidos en la infancia y adolescencia, confirmando con las experiencias de abuso

sexual lo aprendido sobre el sexo, el cuerpo y los hombres. La falta de información precisa y clara en los temas sexuales, las deja vulnerables al abuso sexual y sin los recursos para vivir una sexualidad plena y segura.

*“Increíblemente todas mis primas tuvieron relaciones feas con los hombres, salieron embarazadas, yo fui la única que no...de mi generación fui la única que se casó.” (I-2)*

*“Lo que yo he aprendido lo he hecho escuchando...de la gente que tú sabes a veces habla delante de uno y uno escucha.” (I-11)*

## **8.2 Caracterización del abuso sexual**

Por su lado, el abuso sexual en la infancia o adolescencia, introduce a la víctima a la experiencia sexual, de manera inapropiada, a destiempo y en algunos casos de manera violenta. Esto crea confusión sobre las formas de manifestar afecto, relacionarse en la intimidad y el establecimiento de límites. Esto ha sido ampliamente explicado por la teoría de las dinámicas traumatogénicas de Finkelhor y Browne (1988) que plantea como el abuso sexual produce en la víctima alteraciones cognoscitivas y emocionales que distorsionan el concepto de sí misma, de su valor, de la visión del mundo y de sus capacidades afectivas.

La conducta abusiva puede iniciar en la niñez y/o en la adolescencia y continuar en ocasiones en la adultez. Ocurre como un hecho aislado/único o recurrente en el tiempo y es ejecutada por uno o varios perpetradores, en diferentes etapas de la vida.

*“La primera vez no me acuerdo... él lo hacía y duraba como una semana y más. Podía ser dos veces al mes... esto no pasa hace como 3 años pero duró que se yo... muchísimos años.” (I-12)*

La re-victimización ocurre con frecuencia y es interpretada por la víctima como algo que “provoca o atrae”, sintiéndose culpable y responsable, en cierta forma, por la conducta abusiva.

*“Otras situaciones de abuso sucedieron ya adulta... después de adulta venía eso... como si fuera un imán.” (I-4)*

El repertorio de conductas abusivas es muy variado e incluye acoso, toques de senos, toques de genitales, penetración vaginal, penetración anal, penetración anal con los dedos, penetración vaginal con los dedos, roce de genitales, masturbación, sexo oral, forzar a realizar sexo oral, filmación de la relación sexual y exposición a material pornográfico.

Yancey y Hansen (2010) han señalado entre los factores relacionados a las consecuencias del abuso sexual, la severidad y duración de la conducta abusiva. Así cuanto más crónico e intenso es el abuso, mayor es el desarrollo de un sentimiento de indefensión y de vulnerabilidad y más probable resulta la aparición de síntomas (Cortés y Cantón, 1997).

El abuso sexual es cometido generalmente por hombres, familiares o cercanos a la víctima, o conocidos del entorno, lo que facilita su acercamiento. Las relaciones incestuosas son cometidas por diversos familiares, padres, hermanos, padrastros, cuñados y tíos, quienes son los jefes de hogares o principales proveedores. Otros abusos son cometidos por personas con quien la víctima sostiene relaciones de confianza, como pastores de iglesias, novios y vecinos, los cuales muestran un comportamiento público “adecuado”.

*“Era mi vecino, tenía desde niña viviendo ahí... siempre lo había visto....su hija y yo teníamos la misma edad, y desde niñas estudiábamos juntas.” (I-1)*

*“Yo le tenía mucha confianza a ese tío. Me sentaba en su pierna... había una relación especial con este tío...era el hermano de mi mamá...era el tío protector...” (I-6)*

En este sentido, Cantón-Cortés y Cortés (2015); Guerra et al. (2018); (Krindges, et al. (2016) han identificado entre las variables que determinan los efectos del abuso sobre las víctimas: las características del abuso, la relación de la víctima y el agresor, los factores situacionales y la capacidad de resiliencia. Otros autores han resaltado que es el secreto, la traición de la confianza, lo que más daño produce en la víctima. (Brume, 1990; Herman, 1981; Batres; Maltz, 1988; Finklehor y Browne, 1985). De manera que, cuanto mayor sea el grado de intimidad emocional, entre la víctima y el agresor, mayor será el impacto psicológico, que se puede agravar si la víctima no recibe apoyo de la familia. (Cortés y Cantón, 1997; Yancey y Hansen ,2010).

Los mecanismos utilizados por el victimario para lograr su objetivo son el engaño, la seducción, manipulación, chantaje, sugestión y en caso de resistencia, la violencia física. Se hace evidente la asimetría de poder entre el victimario y la víctima en cuanto a tamaño, fuerza física, entendimiento, madurez emocional, rol dentro del contexto familiar y social. Lo anteriormente expuesto junto a la desprotección y desinformación, sitúa a la víctima en una posición de desventaja, reaccionando sorprendida y desconcertada, ante lo que no consigue entender.

*“El me hacía sentir a veces culpable... de que él era infeliz por mí....y que yo tenía que hacerle esto y esto...” (I-6)*

Barudy (1999) plantea como la mayoría de los abusos sexuales suceden dentro de una dinámica relacional compleja, donde el perpetrador aprovecha la confianza y dependencia de la víctima hacia él, actuando de manera gradual y progresiva, utilizando diferentes mecanismos para lograr su propósito. El abuso puede que nunca sea revelado o de ser revelado o descubierto, la víctima pudiera retractarse o minimizarlo por temor a las consecuencias.

### **8.3 Significado de la experiencia de abuso sexual**

Los recuerdos relacionados a la experiencia traumática son confusos, fragmentados, a veces bloqueados y otros aparecen de manera intrusiva e inesperada. La víctima puede no recordar, con precisión, la edad de inicio del abuso pero sí describir algunos detalles muy particulares, como una mirada, un olor, el entorno, un peinado, una ropa. El miedo, sensaciones desagradables de asco y repulsión, así como de suciedad y repugnancia hacia sí misma están presentes en sus recuerdos y son experimentadas aun después de muchos años, afectando su calidad de vida.

*“Mi mente se quedó en ese momento...a partir de ahí...o sea yo no logro recordar... yo lo intento... yo muchas veces he intentado recordar pero no...si recuerdo la sensación horrible... muy desagradable...muy, muy desagradable, yo lo recuerdo, el pegado a mi...muy pegado... muy pegado, demasiado y abrazándome... sentía mucho rechazo...mucho rechazo... y es algo como tan desagradable... o sea yo no he logrado describirlo” (I-2)*

Parecería ser que las personas que recuerdan con mayor detalle la experiencia abusiva tiene mayor probabilidad de desarrollar un trastorno relacionado al trauma como el síndrome de stress post traumático en relación con aquellas que refieren no recordar nada o solo parte del abuso (Goodman et al., 2010). Por otro lado, se ha señalado los sentimientos de vergüenza como un elemento que impide que la persona procese el evento abusivo y por ende, que los síntomas se mantengan (Sarkar, 2010).

El dolor y la vergüenza, además de la estigmatización son sentimientos que acompañan la experiencia de abuso. El dolor derivado principalmente de la traición al romperse la relación de confianza con el agresor, lo que se agrava ante la revelación del secreto y el cuestionamiento de la veracidad del mismo; ante la insinuación de provocación de la víctima al abuso; y ante la falta de acción de los cuidadores. Los sentimientos de vergüenza se relacionan al miedo anticipado de la puesta en evidencia de algo prohibido o restringido, como lo es la sexualidad, de acuerdo a los guiones culturales internalizados. Los pensamientos irracionales sobre la estigmatización, miedo al rechazo y la no valorización como persona, llevan al aislamiento social, y a

mayor vulnerabilidad a la re-victimización. Alix (2019) ha reportado que la culpa, la vergüenza y las estrategias de afrontamiento maladaptativas son variables predictoras de síntomas de depresión, trastorno de estrés postraumático e ideación suicida en adolescentes con historia de abuso sexual.

*“Y... yo sentía como que... si se da cuenta nadie me va a querer y si él sabe, se lo va a decir a todo el mundo... y pensaba que tenía un letrero en la frente que todo el mundo iba a saber... Porque siempre andaba con la cabeza para abajo”.* (I-1)

La ira, el miedo y la impotencia se generan ante la incapacidad de salir de la situación abusiva y la desprotección experimentada, ante la ausencia o no apoyo de sus supuestos cuidadores.

*“Yo se lo decía... yo se lo decía... pero es como le digo...a mamá y a todo el que yo podía, yo se lo decía... no se aceptaba eso...todavía lo creían...yo para mí que ellos sabían quién era, pero nunca... a mis hermanos...a los primos...”* (I-6)

La culpabilidad surge del auto cuestionamiento sobre la posibilidad de evitar el abuso, mantenerlo secreto y creer que sus atributos físicos son los responsables de despertar el deseo sexual del agresor. El debate interno entre lo que pudo haber hecho y no hizo perdura por años, generando, ansiedad y tristeza.

*“Horrible...sucia, repugnante... es como un sentimiento que no lo sé expresar.....rabia como que yo me lo busque...”* (I-10)

*“Dolor...y es que eso no se me sale de la mente... entonces yo digo por qué yo no hable...por qué yo me quede callada...”* (I-12)

El Síndrome de acomodo al abuso sexual infantil describe una serie de respuestas que las sobrevivientes desarrollan frente al abuso sexual y al incesto. El

secreto, el cual es impuesto por la manipulación emocional, la amenaza, los sentimientos de culpabilidad, temor a las consecuencias y a no ser creído; sentimientos de indefensión, vulnerabilidad, impotencia y soledad, que pueden perdurar a lo largo de toda la vida, y generalizarse a otras relaciones interpersonales; atrapamiento y acomodo, la víctima no puede detener la conducta abusiva, entonces se adapta como método de supervivencia; revelación de la conducta abusiva tardía, que en el caso de no recibir apoyo, la víctima pudiera retractarse. (Summit, 1983 y Courtois, 1988 citado por Baltres, 1997).

Es importante observar cómo los sentimientos generados, por la experiencia de abuso y hacia el agresor (en este caso hombres), son generalizados a otras relaciones con hombres, no necesariamente, de índole sexual.

*“Vergüenza no quería que nadie me viera, y.... no quería estar a solas ni con ningún varón, ni que me tocaran,... no tenía amigos varones después de eso. Con papá cambio la relación él decía que era samura, no dejaba que me tocara, ni me viera en ropa interior....me molestaba” (I-1)*

#### **8.4 El impacto del abuso sexual en la sexualidad**

El impacto del abuso sexual en la sexualidad es evidente a corto y a largo plazo. Las secuelas se manifiestan desde muy temprana edad afectando el desarrollo sexual y su posterior funcionamiento en la adultez.

El interés sexual es despertado a destiempo, generando confusión, frente al no entendimiento de lo que ocurre y la culpa al experimentar sensaciones desconocidas.

*“Porque eso crea como un trauma... porque uno... uno como que no reacciona...entonces uno cae como en un...en un... si eso me gusta...si no me gusta” (I-6)*

La sexualidad en la adultez se ve afectada en cuanto a la necesidad sexual manifestada, su funcionamiento, su preferencia sexual, su autoestima sexual y la forma de relacionarse en la intimidad.

La apatía sexual y el involucramiento en relaciones sexuales indiscriminadas y de corta dura duración son comportamientos característicos de la persona abusada. Al respecto, Vaillancourt-Morel, et al., (2015) reportaron que el abuso sexual en la infancia está relacionado con más conducta de evitación sexual y de compulsión sexual, lo que a su vez predice menor adaptación en la pareja.

El desinterés y postergamiento de relaciones íntimas con hombres, la hacen que los demás la perciban “rara” y cuestionen su preferencia sexual.

*“Y de ahí pensaron todos que yo era macho...que no querían que me tocaran porque iban dizque a tocar mi pene...ahí si me sentí mal.... No, ellos me decían marimacho... porque yo no deje que me tocaran” (I-1)*

Esto la lleva al aislamiento sexual y a dudar sobre su preferencia sexual. La asociación del sexo con sentimientos de dolor, vergüenza y miedo a la estigmatización, contribuye a rechazar las relaciones.

*“Siempre me decían que era así amargada porque no tenía sexo... ellos, mis hermanas, mi tía hacían comentarios sobre mi sexualidad... mi tía decía...cuidado si tú eres.... Lesbiana” (I-5)*

Por otro lado, es común sostener conductas sexuales de riesgo que afectan su salud física y su bienestar psicológico, (Lalor y Mc Elvaney. 2010; Lacelle, 2012; Fergusson, et al, 2013), así como involucrarse en relaciones superficiales, de manera habitual, sin ningún tipo de compromiso con diferentes parejas, lo que denota según DiLillo (2001) asuntos no resueltos de intimidad y confianza. Las dificultades están asociadas a la violación de la confianza que se da en el abuso sexual con personas conocidas o cercanas (Maltz, 1988) y a los sentimientos de traición experimentados por las víctimas (Finklehor & Browne, 1985).

Se ha considerado esta actividad sexual indiscriminada como una conducta autodestructiva por los sentimientos de culpa generados por el abuso o como una manera de estar en control de su sexualidad (Maltz, 1987). Sin embargo, este comportamiento sexual desordenado trae consecuencias adversas para la víctima, además de que es mal visto por la sociedad, quien cuestiona su integridad moral, impactando negativamente su autoestima.

*“Acciones que yo cometí yo creo que tienen raíces en eso... a veces quizás a veces no me valore lo que tuve que valorarme como mujer, tuve novios que yo me le entregaba y ya, como que eso era... ya no era con ese valor de... no mira conservarme...” (I-10).*

Esto se refleja en la forma en que maneja la cercanía emocional en sus relaciones sexuales (Schiraldi, 2009). Se pueden sostener diferentes grados de intimidad, la sobreviviente utiliza el sexo como una manera de relacionarse, si se da un nivel mayor de cercanía que resulte incómodo, entonces evita tanto el sexo como la intimidad o se involucra en relaciones sexuales de riesgo, sin tomar en cuenta su sentido de confianza y autovalor (Davis and Petretic, 2000). Lassri et al. (2018) han identificado que el abuso sexual en la infancia conlleva a elevar los niveles de auto-critica, y puede relacionarse con menos satisfacción en las relaciones amorosas, estableciendo un ciclo vicioso que involucra la satisfacción en las relaciones y un apego evitativo. El hecho de ser traicionada reiteradamente, invalida su capacidad de discriminar entre relaciones confiables y relaciones abusivas, haciéndola más vulnerables a la re-victimización (Gobin y Freyd, 2009) o al aislamiento social como una forma de protegerse.

*“Muchas veces como en mi caso sentirse desvalorada y eso no sería bueno porque realmente a mí no me da orgullo decir que yo he tenido relaciones sexuales con 10 personas...” (I-9)*

Las dificultades sexuales se manifiestan en la ausencia o disminución del deseo sexual, miedo a la penetración, insatisfacción sexual y rechazo a la intimidad sexual. Cuando se trata de abusos múltiples o violentos, el temor se convierte en fobia, llevando a la evitación sexual o lo que se conoce según el DSM5, como “trastorno de evitación/dolor pélvico”.

*“Y eso me ha llevado a tenerle...mire no sé qué es lo más parecido al miedo o que es más fuerte que el miedo...fobia yo creo que tengo aparte de fobia, le tengo terror... le tengo pánico” (I-8)*

*“Temores... muchas dificultades...cerraba las piernas... fue terrible para mi tener relaciones...tenía miedo... no sé por qué... siempre tenía miedo...aún después de haber iniciado mi vida sexual, sentía miedo...dolor, no era una experiencia agradable...lo hacía por la responsabilidad que tenía con esa persona el sexo no era agradable, no era algo bueno, no lo sentía así.” (I-4)*

Numerosos estudios realizados han encontrado mayores problemas sexuales en mujeres víctima de abuso en comparación con mujeres no abusadas. Entre los problemas sexuales reportados están dificultades con la excitación, vaginismo y flashbacks del evento traumático, así como otros problemas emocionales relacionados al sexo como culpa sexual, ansiedad sexual y autoestima sexual (Briere, 1984; Courtois, 1979; Finkelhor, 1984; Gold, 1986; Herman, 1981, Langmade, 1983; Meiselman, 1978, citado por Tharinger, 1990); (Santerre-Baillargeon, et al. ,2017); dificultades en el logro de orgasmos (Swaby, y Morgan, 2009); (Maseroli, et.al, 2018); dificultades de confianza y comunicación en la pareja (López, et al. 2017); (Røjgaard et al. ,2018). En estas mujeres, la evitación de cercanía o intimidad en las relaciones y la evitación de un involucramiento emocional, son predictores de su funcionamiento orgásmico (Staples, et al.2012). Di Mauro, Renshaw, and Blais (2018) han encontrado que las mujeres que experimentaron trauma sexual reportan una menor satisfacción sexual y un aumento de los resultados negativos de salud mental, incluidos los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y las tendencias suicidas.

De igual modo, Carreiro, et al. (2016) han reportado una prevalencia de disfunción sexual mayor en mujeres con historia de abuso sexual, así como un índice significativamente menor de calidad de vida. La hiposexualidad, un deseo sexual hipo-activo y/o aversión sexual, son síntomas que pueden causar preocupación en la mujer, así como ser motivo de tensión en las relaciones de pareja en la adultez (Wohl, 2018). La evitación de las relaciones sexuales se ha relacionado con problemas psicológicos, ansiedad, depresión y problemas en la relación de pareja (Hinchliff, Tetley, Lee, & Nazroo, 2018; Rosen, 2017).

La introducción precoz y traumática a la experiencia sexual, por medio del abuso, crea confusión sobre la intimidad y las relaciones sexuales. Todo lo relacionado a la experiencia sexual es acompañado por miedo y ansiedad, lo que impide disfrutar de las mismas y/o experimentar dolor. La víctima aprende a vivir la sexualidad complaciendo a otros, por encima de sus propias necesidades. El simular placer o evitar la relación sexual con penetración ocasiona tristeza y menosprecio hacia sí misma, por no poder experimentar la sexualidad a plenitud y por no cumplir con el rol sexual de satisfacer a su pareja.

*“Yo no sé hasta la fecha actual... la...la intimidad, o sea la sexualidad o sea las relaciones sexuales me crean mucha ansiedad...” (I-2)*

Al respecto, Brotto (2010) ha señalado que la depresión, la ansiedad, una imagen corporal negativa, la negligencia emocional, así como los mensajes culturales y religiosos son factores que inhiben la sexualidad femenina. Por su lado, Kaplan (2009) considera que los conflictos inconscientes en torno a la sexualidad, el temor, la vergüenza, y el sentimiento de culpabilidad debido a una educación restrictiva, así como el temor a los hombres, el temor a perder el control, el temor al rechazo y al abandono, son posibles causas de disfunciones sexuales en la mujer.

Los recuerdos intrusivos, inesperados y recurrentes del evento traumático, reviven sentimientos desagradables, que impiden el disfrute sexual. En tal sentido, Lemieux y Byers (2008) encontraron en las víctimas de abuso sexual problemas sexuales relacionados al disfrute, flashbacks durante el coito o el acercamiento sexual,

y un riesgo más alto de vulnerabilidad ante futuras victimizaciones sexuales. La relación sexual puede ser vivida como una experiencia fuera de sí misma, de observación y no participación de la misma.

*“Como fuera de mí...como que toman mi cuerpo...o sea me desplomo, así...como que estoy hablando, pero no estoy en mi misma... (I-3)*

De la misma manera ciertas prácticas sexuales (toques en algunas partes del cuerpo, caricias, sexo oral, penetración brusca, entre otros) que despiertan el recuerdo del abuso, son rechazadas. El uso de recursos distractores (que la pareja le hable mientras tienen relaciones) y protectores (la luz apagada, bloquear fantasías sexuales con hombres) son necesarios para poder tener intimidad.

*“Pensaba en mujeres para bloquear a los hombres...” (I-5)*

Los efectos a largo plazo experimentados por las sobrevivientes de abuso, como depresión, ansiedad, patrones disociativos, trastorno de stress post-traumático, afectan su funcionamiento sexual. Algunos de los síntomas sexuales que resultan como consecuencia de la experiencia de abuso son: evitación, miedo o faltas de interés en el sexo; tener sexo por obligación; experimentar sentimientos negativos como rabia, incomodidad o culpa con el toque; dificultad para sentir o excitarse; sentirse emocionalmente distante o no presente durante el acto sexual; experimentar imágenes y pensamientos intrusivos o desagradables; involucrarse en conductas sexuales compulsivas o inapropiadas; dificultad para establecer y mantener relaciones íntimas; experimentar dolor vaginal o dificultad para lograr orgasmos (Maltz,2002).

La experiencia abusiva puede crear confusión en cuanto a la preferencia sexual. La asociación de la relación sexual con los hombres al dolor y su consecuente evasión, bloquea las fantasías sexuales con los hombres y abre la posibilidad de relaciones sexuales con mujeres.

*“A raíz de que había pasado eso (abuso sexual) y que usualmente yo sentía como asco y esas cosas... me era como más fácil pensar estar como con una muchacha o algo así, que estar con un hombre... (I-9)*

Esto ha sido señalado por autores como Maltz (1997) y Roller (2009) afirmando que la experiencia de abuso sexual puede afectar la preferencia sexual de la víctima creando confusión en la misma.

En otras ocasiones, la confusión parece estar relacionada más con la práctica sexual que con el objeto de preferencia sexual. Se percibe la relación con mujeres, más segura y sin dolor. En el momento en que ésta, se torna agresiva, con intento de penetración, es rechazada por miedo al dolor.

*“Es que con una mujer no hay dolor, no hay... como esa sensación desagradable...o sea tú te puedes entregar y eso es como muy suave” (I-2)*

Se ha encontrado que muchas víctimas prefieren involucrarse en relaciones de pareja con mujeres, debido a que demandan menos contacto sexual y son más comprensivas (Maltz, 1997).

Las reacciones después de la experiencia homosexual son diversas. En algunos casos se vive con desagrado y vergüenza, confirmando su preferencia heterosexual. En otros casos se retrasa el inicio de la relación sexual o se vive con ambivalencia entre placer y culpa, debido creencias morales y religiosas.

*“Me era más fácil verme así aunque no me atrevía...había una parte de mí que sí quería y otra que no... alguna parte de mi sabía que eso estaba mal y todavía lo considero y yo creo q eso era lo que me lo impedía...” (I-9)*

La violencia física, emocional y sexual tanto dentro del contexto familiar, como dentro del entorno de las personas que le dan acogida, hace que surjan sentimientos de desamor, desprotección, explotación, denigración, dolor y desvaloración, dejando graves secuelas en la autoestima, reflejándose en la forma de

relacionarse de la víctima. Existe una incapacidad de establecer relaciones de confianza y reciprocidad. La conducta sexual puede manifestarse como aislamiento ante el temor de ser traicionada de nuevo o involucramiento en relaciones de corta duración comprometiendo aún más su autoestima.

Al respecto, Kilimnik y Meston (2016) han encontrado que las mujeres con historia de abuso sexual infantil tienen menor estima corporal que las mujeres no abusadas, especialmente en la forma que autoperciben su atractivo, y estas percepciones parecen influenciar su respuesta sexual, actuando en la excitación e inhibición de la misma. De ahí, que se ha considerado el auto-concepto sexual como un elemento importante que necesita ser incluido por los terapeutas en el trabajo con sobrevivientes de abuso sexual (Guyon et.al., 2020).

La vivencia del acoso sexual, desde muy temprana edad, hace que la víctima sienta vergüenza de sus atributos físicos/sexuales y temor ante lo que estos “despiertan” en los hombres. La imagen corporal es seriamente afectada, reflejándose en el descuido de la apariencia física, con el uso de atuendos exagerados que cubran el cuerpo y escondan la feminidad, con el objeto de pasar desapercibida y/o protegerse ante otro posible abuso. En relación a esto, Jayapalan, et al. (2018) han reportado que las mujeres y los niños tienen más probabilidades de ser víctimas de abuso sexual, pero además, que el código de vestimenta inadecuada de una persona, el ser demasiado atractivo en apariencia y la interacción con el sexo opuesto, son factores que predisponen a una persona al abuso sexual. De igual modo, Khamala et al., (2019) han encontrado que con frecuencia se culpan a las víctimas de fomentar los avances sexuales no deseados, por su modo de vestir y comportarse.

*“Usaba ropa holgada, no me peinaba” (I-5)*

*“Me ponía...dos, tres ropa interior, una licra... y después el pantalón o la falda.....porque ese día solamente yo tenía un panty” (I-1)*

La pérdida de la virginidad constituye la trasgresión de límite más grave de la experiencia abusiva, por la valoración que socialmente se le atribuye a la misma. La víctima se siente avergonzada, sucia y no valorada por ella misma y por los demás. Estos sentimientos le impiden vivir su sexualidad plenamente. Kennedy y Prock (2016) plantean que el abuso sexual, al ser un crimen de género sexual e íntimo, viola las normas sociales acerca de lo que es apropiado y aceptable, por lo que las sobrevivientes pueden experimentar estigma que incluye mensajes de víctima-culpa de la sociedad. Esta estigmatización puede ser internalizada entre ellas como auto-culpabilización, vergüenza, y estigma anticipada.

*“Lo que siempre me torturaba era el hecho de que había perdido la Virginidad, eso es muy importante... bueno para la sociedad y eso me tenía a mi mal... entonces cuando volví a hacerlo con este muchacho, me empezaba a sentir como “sucio” otra vez, porque me había dejado tocar de nuevo. Aunque en el momento lo disfrutaba, pero cuando se iba eso, entonces me sentía mal.”*  
(I-3)



## **CAPÍTULO IX. CONCLUSIONES**

La experiencia sexual es subjetiva, cambiante e influida por múltiples factores a lo largo de la vida. Dentro de estos, el abuso sexual es, sin duda, uno de los eventos que mayor impacto negativo tiene en la sexualidad.

La víctima de abuso vive su sexualidad con miedo, vergüenza, culpa y dolor, estando estos sentimientos presentes desde el inicio de su desarrollo sexual hasta su vida sexual adulta.

La manera inapropiada y a destiempo en que es iniciada en la actividad sexual crea desconcierto y confusión al no poder entender, aun en la adultez el evento abusivo como tal.

Se observa un despertar en el interés sexual, que lleva a ejecutar prácticas sexuales que generan culpa en la víctima o por el contrario apatía o rechazo a todo lo relacionado a la intimidad sexual.

Es frecuente el involucramiento en relaciones múltiples sin compromiso, a corto plazo como respuesta a un sentimiento de desvalorización y por temor a la soledad, conducta que se revierte en contra de su autoconcepto y estima social. Por otro lado, la apatía sexual producto de la asociación del sexo con sentimientos de dolor, vergüenza y miedo al rechazo, la lleva al aislamiento social, a evadir las relaciones sexuales o a postergarlas. Hay un cuestionamiento social en torno al retraso en las relaciones de pareja y preferencia sexual, lo que genera ansiedad y dudas en la víctima.

Los recuerdos intrusivos y recurrentes de la experiencia traumática impiden el disfrute pleno de la relación sexual, presentado dificultades relacionadas al bajo deseo sexual, problemas de excitación y satisfacción sexual. En los casos de mayor impacto el dolor, el miedo y la incapacidad de tener relaciones con penetración impiden vivir una sexualidad plena, ocasionando profundos sentimientos de tristeza, vergüenza y pobre autoestima sexual.

El dolor asociado a la experiencia sexual con hombres y la percepción de que las relaciones con mujeres son más seguras, crea confusión en cuanto a la orientación sexual y abre la posibilidad a las relaciones homosexuales. El involucramiento en relaciones sexuales con mujeres es vivido, por algunas, como una experiencia desagradable, y por otras, con una confluencia de sentimientos de culpa y placer, producto de los condicionamientos morales y religiosos.

La preferencia sexual está determinada más por una práctica sexual segura y sin dolor, que por el objeto sexual. En este sentido, las experiencias homosexuales con prácticas violentas y amenazantes son rechazadas.

Las consecuencias del abuso dependen del tipo y duración del abuso, del vínculo de la víctima con el victimario, del apoyo recibido por la víctima tras la revelación del secreto y de la revictimización.

El repertorio de conductas de abuso sexual es amplio e incluye: acoso, toques de senos, toques de genitales, penetración vaginal, penetración anal, penetración anal con los dedos, penetración vaginal con los dedos, roce de genitales, masturbación, sexo oral, imposición a realizar sexo oral, filmación de la relación sexual y exposición a material pornográfico.

El abuso puede presentarse como un evento único o repetitivo y su duración puede extenderse hasta la adultez. Puede ser ejecutado por una o varias personas en diferentes ocasiones.

El perpetrador es generalmente un familiar, persona de confianza, cercana o conocida del entorno de la víctima. El abuso transgrede los límites de socialización y expresión de afecto establecidos, generando en primera instancia confusión. El vínculo de confianza es roto, experimentando sentimientos de traición, desconfianza y dolor. Las consecuencias se manifiestan en dificultades en las relaciones interpersonales, la seguridad, la autoestima y la sexualidad.

Los mecanismos utilizados por el perpetrador para lograr el abuso son la manipulación, el chantaje, la sugestión, el engaño y en casos de resistencia, la violencia física. El perpetrador aprovecha la desigualdad de poder físico, cognitivo y emocional para lograr su objetivo.

La concurrencia de sentimientos en torno a la experiencia abusiva, al abusador, a los padres y cuidadores y a sí misma es múltiple y variada. La experiencia de abuso es vivida con dolor, vergüenza y miedo a la estigmatización. El dolor está relacionado a la traición de la relación de confianza con el perpetrador y a la falta de apoyo de los padres o personas llamadas a protegerla tras la revelación del secreto, al cuestionamiento de la veracidad y las insinuaciones de haber provocado el abuso. Por otro lado, culpabilidad, ira, impotencia y suciedad son sentimientos presentes en la víctima ante el abuso, por sentirse de alguna manera merecedora o responsable de provocarlo, no poder detenerlo y mantenerlo oculto. Los sentimientos de desprotección y desvalorización la hacen más vulnerable a revictimización.

La naturaleza secreta del abuso así como el miedo, los sentimientos de desprotección, no tener alguien de confianza y el desconcierto hacen que éste permanezca oculto por mucho tiempo, teniendo la víctima que auxiliarse de mecanismos de supervivencia y adaptación. La depresión, ansiedad, el síndrome de stress postraumático, el uso de sustancias, son algunos de estos.

La sexualidad de estas mujeres, no solo estuvo marcada por la historia de abuso sexual, que les enseñó de manera distorsionada y en algunos casos violenta, sobre el sexo y la sexualidad, sino también por el contexto de violencia física y emocional que vivieron, tanto dentro como fuera de su entorno familiar, y por el tipo de educación sexual, los mensajes y discursos recibidos de las personas cercanas a ellas en cuanto a los mandatos culturales sobre lo que significa ser mujer.

El tipo de dinámica relacional, así como la incapacidad de los padres para ofrecer protección e información adecuada sobre sexualidad en general, deja a la víctima sin instrumentos de detección, defensa y apoyo ante la eventualidad de una experiencia abusiva. Los sentimientos de desprotección, desvalorización, abandono, tristeza son característicos de la víctima e inciden en su autoestima, identidad,

relaciones y sexualidad. Existe una predisposición condicional sostenida por el contexto familiar y social en el que crece la víctima, que potencializa la ocurrencia y recurrencia del abuso.

El abuso sexual infantil sucede en un entorno familiar, social y cultural que no solo incide en la forma en que la víctima se aprecia a sí misma, sino también en la forma en que es valorada por otros. La desprotección experimentada por la víctima ante la pobre reacción de las personas significativas se acentúa por la respuesta de la sociedad, deteriorando aún más su autovaloración.

Los resultados recolectados a través de los relatos de las víctimas, sugieren que el abuso sexual es un evento que tiene graves efectos en la sexualidad de la víctima. Las secuelas no solo son inmediatas, sino que pueden perdurar a lo largo de la vida sin que la víctima la asocie a la experiencia de abuso. De ahí la importancia de la sensibilidad y destreza del terapeuta para identificar indicadores o síntomas que pudieran estar relacionados a una conducta de abuso presente o pasada, con el fin de reforzar los mecanismos de detección y recuperación de la víctima.

La comprensión de las dinámicas familiares, sociales y culturales que sostienen el abuso sexual a menores, son claves para identificar los factores de riesgo, y de esta manera establecer medidas y acciones de prevención y atención dirigidas a la protección del menor. El fortalecimiento de los vínculos afectivos familiares, la comunicación abierta y clara, el establecimiento de relaciones de respeto, disminuirían los sentimientos de desprotección y desvalorización reportados por las víctimas y su vulnerabilidad al abuso.

Por último, reconocer que el abuso sexual es un problema multifactorial, que no solo puede considerarse como un hecho aislado y situacional, sino que responde a bases relacionales, sociales y culturales complejas, que sostienen prejuicios y estigma sociales que impregnan la manera en que se percibe y se afronta esta problemática.

El hecho de que la mujer sea la principal víctima de abuso sexual de parte de hombres, que además son familiares o conocidos del entorno de la víctima, demanda una revisión de los mensajes sociales sobre las conductas sexuales relacionados a la

construcción de la masculinidad y la feminidad en el contexto familiar y social, así como la necesidad de un cambio en la forma en que se educa sobre sexualidad. Una educación sexual, con información precisa y clara, destacando tanto los aspectos negativos y positivos de la sexualidad, con modelos de roles sexuales saludables, que promueva el derecho a la privacidad y al rechazo de propuestas coercitivas o violentas y que valore y respete los derechos sexuales propios y de los demás de igual manera, daría un re-encuadre positivo a la manera en cómo pensamos, sentimos y actuamos sobre la sexualidad.

Por lo tanto, en función a las preguntas de investigación que nos planteamos, inicialmente, con respecto a cómo la experiencia de abuso sexual impacta la sexualidad, podemos decir, que ésta repercute de manera negativa en la sexualidad de las víctimas, manifestándose en su funcionamiento, comportamiento, preferencia y sentimientos relacionados a la autoestima sexual. Se evidencia la dificultad de establecer vínculos íntimos confiables y recíprocas; involucramiento en relaciones sexuales indiscriminadas; apatía o desinterés sexual; disfunciones sexuales y confusión en la preferencia sexual.

Ante la interrogante de cómo es el contexto familiar donde crecen las víctimas de abuso sexual, éste se caracteriza por violencia física, emocional y sexual; por relaciones no confiables y empáticas; por crianza fuera del núcleo familiar; por discapacidad o ausencia de uno de los padres; por escasa o inapropiada educación sexual y por la existencia de dinámica relacional que coloca a las víctimas en una situación de desprotección y desvalorización, propiciando la ocurrencia y perpetuación del abuso, y la re-victimización.

En cuanto en lo que se refiere a cuáles son las características del abuso sexual, éste es generalmente perpetrado por hombres cercanos y/o conocidos, donde existe asimetría de poder víctima/victimario. Puede suceder con o sin contacto físico, comenzar a edades muy tempranas o en la adolescencia, ocurrir como un evento único o recurrente, pudiendo llegar hasta la adultez de la víctima. Diferentes mecanismos

son utilizados por el agresor para lograr su objetivo como son: el engaño, seducción, chantaje y violencia física.

Por último, la pregunta sobre el significado de la experiencia de abuso en las víctimas, se traduce en sentimientos de desconcierto, dolor, tristeza, culpa, vergüenza, desvalorización, desprotección, traición, suciedad, miedo a la estigmatización social y el anhelo de que se le repare del daño ocasionado.

*“Por lo menos que me pidiera perdón” (I-4)*

### **Limitaciones**

El propósito de este estudio fue analizar la información recogida de los relatos sobre el significado que un grupo de mujeres daban a la experiencia de abuso sexual ocurridos en su niñez y adolescencia y como ellas entienden esto ha impactado su sexualidad. Sin embargo, es difícil determinar, con precisión, si las dificultades sexuales encontradas son consecuencias directas o indirectas de esta experiencias de abuso, o si solamente, la forma en que perciben y expresan su sexualidad está, de alguna manera relacionada, a la manera en que estas vivenciaron el abuso.

Por otro lado, tratar de descifrar algunas de las narraciones grabadas debido, a veces, a el cambio de tono de voz más bajo, frases inconclusas, silencios y llanto, dificultó la transcripción de las entrevistas.

Otras limitaciones, son propias de los estudios fenomenológicos y la manera particular en que se recogen los datos, por lo que los resultados no pueden ser generalizados a la amplia y variada población de mujeres con historia de abuso sexual. Es entendido que la sexualidad está influenciada por múltiples factores a lo largo de la vida, por lo que se hace difícil poder aislar cada una de las variables que operan alrededor de este fenómeno.

Por tanto, los resultados solo indican una posible relación entre la experiencia de abuso sexual en la infancia y la adolescencia, y la sexualidad de estas mujeres, así como resaltan algunos factores que ayudan a una mejor comprensión de este evento y que merecen ser tomados en cuenta, en la evaluación y acompañamiento terapéutico de estas mujeres. De igual modo, las evidencias encontradas contribuyen, a trazar los lineamientos para una mejor prevención del abuso sexual.

Por último, concluyo con las exhortaciones que algunas de las participantes hacen a otras víctimas de abuso sexual en el sentido de no quedarse calladas y buscar ayuda.

*“Que no se quede callada... que no lo calle... yo pienso que si lo habla puede tener más ayuda” (I-2)*

*“Que tiene mi apoyo... es importante contar con el apoyo de alguien porque ella no tuvo la culpa... que ella es la única víctima... que ella no tiene por qué sentirse culpable...tuve apoyo de mi mamá.” (I-3)*

*“Que se lo contara a alguien, que no esperara para que no se repitiera.” (I-5)*

*“Pienso que se puede restaurar, pienso que hay muchos motivos para vivir, pienso que esa persona no es culpable, pienso que hubo descuido de la persona responsable, pienso que no es culpable, que tiene que seguir y que hay que buscar la forma de sacarlo de ahí de esa situación de lo que yo pienso, que pase como fui, que yo hice.” (I-4)*

*“Que le crea a Dios y que tome el control ella de su vida...que no crea que nadie le deba nada, ni que nadie le tiene que dar nada...Asume tu vida.....trabaja. No permita maltrato” (I-6)*

*“Que vaya a terapia porque no tengo respuesta para esto, que no se quede callada” (I-7)*

*“Ser empática, comprenderla, sabemos que es difícil la situación, quizás la comprendería...creo que sería capaz de escuchar la historia y de contar la mía también...que buscara ayuda... de una vez se lo recomendaría porque aunque este proceso, tal vez recién inicia, pienso en realidad está cambiando...porque he sido muy cerrada con el tema...no nunca había hecho este proceso con nadie.” (I-8)*

*“Yo pudiera decirle que no se deje...muchas veces como en mi caso sentirse desvalorada” (I-9)*

*“Que busque ayuda y que eso no se quede callado, que lo someta” (I-10)*

*“Que busque ayuda y que trate de vivir el día a día porque ya con el pasado no podemos hacer nada...hay que seguir pa’ lante....buscar ayuda porque sola uno no puede.*

*“No me hubiera gustado que me hubiese pasado eso...Dios es el único que sabe porque me paso a mi...yo no tuve la culpa...mamá y papá por dejarme sola en la casa...salían y me dejaban sola en la casa” ... (Llora) (I-11)*

*“Que busque ayuda...también poner de tu parte, haciendo, buscando, estudiando, leyendo...yo busco mucha cosas” (I-12)*

*“Es una locura odiar a todas las rosas,  
solo porque una te pinchó.  
Renunciar a todos tus sueños,  
solo porque uno de ellos no se cumplió”*

*Antoine de Saint-Exupéry*



## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Aaron, M. (2012) The Pathways of Problematic Sexual Behavior: A Literature Review of Factors Affecting Adult Sexual Behavior in Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Sexual Addiction and compulsivity*, 19:199-218, 2012.
- Alix,S., Cossette,L., Cyr,M., Frappier,J., Caron,P. & Martine Hébert, M. (2020) Self-Blame, Shame, Avoidance, and Suicidal Ideation in Sexually Abused Adolescent Girls: A Longitudinal Study, *Journal of Child Sexual Abuse*, 29:4, 432-447, DOI: 10.1080/10538712.2019.1678543
- Amado, B., Arce, R., & Herraiz, A. (2015). Psychological injury in victims of child sexual abuse: A meta-analytic review Departamento de Psicología Organizacional, Jurídico-Forense y Metodología, Universidad de Santiago de Compostela, Spain. *Psychosocial Intervention* 24 - 49–62.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: Author
- Arriola, K., Loudon, T., Doldren, M., & Fortenberry, R. (2005). A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to HIV risk behavior among women. *Child Abuse & Neglect*, 29, 725-746.
- Arruabarrena, M., De Paul, J. (1999). *Maltrato a los niños en la familia: evaluación y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide, pp. 29-35
- Baita, S. y Moreno, P. (2015). *Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*. UNICEF Uruguay
- Barudy, J. (1999) *Maltrato Infantil. E. Prevención y Reparación*. Ecología Social. Editorial. Galdoc.
- Bass, E. y Davis, L. (1988). *The courage to Heal*. New York: Harper and Row, Publishers.
- Basson R, Brotto LA, Laan E, Redmond G, Utian WH. (2005). Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal. *J Sex Med.*; 2(3):291-300

- Batres, G. (1997). *Del ultraje a la esperanza .Tratamiento de las secuelas del incesto.* San José: ILANUD. Programa Regional de capacitación contra la violencia doméstica
- Berliner, L. y Elliot, D. (2002) Child sexual abuse .In J. Myers, ed. *The APSAC Handbook on child maltreatment*, 2nd, ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Berthelot, N., Godbout, N., Hébert, M., Goulet, M. & Bergeron, S. (2014). Prevalence and Correlates of Childhood Sexual Abuse in Adults Consulting for Sexual Problems. *Journal of Sex & Marital Therapy*. Vol. 40, Iss. 5, 2014
- Bethel C. (2018) #MeToo: the perfect storm needed to change attitudes toward sexual harassment and violence. *Harvard Public Health Review*. Fall 2018;16.
- Bigras,N., Godbout, N. ,Herbert, M.,Sabourin, S. (2017). Cumulative Adverse Childhood Experiences and Sexual Satisfaction in Sex Therapy Patients: What Role for Symptom Complexity? *J Sex Med Mar*;14(3):444-454. doi: 10.1016/j.jsxm.2017.01.013
- Bird, E., Gilmore, A., Stappenbeck, C. Heiman,J., Davis, K., Norris, J. & George, W. (2017) Women's Sex-Related Dissociation: The Effects of Alcohol Intoxication, Attentional Control Instructions, and History of Childhood Sexual Abuse, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43:2, 121-131, DOI: 10.1080/0092623X.2015.1124304
- Blume (1990). *Secrets Survivors*. New York: Ballentine Books.
- Böhm, B. (2017) “She Got Spoilt”: Perceptions of Victims of Child Sexual Abuse in Ghana, *Journal of Child Sexual Abuse*. 26:7, 818-838, DOI: 10.1080/10538712.2017.1354347.
- Bowlby, J. (2005). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London, UK: Taylor & Francis.
- Brazelton, J. (2015). The Secret Storm: Exploring the Disclosure Process of African American Women Survivors of Child Sexual Abuse Across the Life Course. *Traumatology*, Vol 21(3), Special Issue: Trauma, Aging, and Well-Being: Invoking Human Rights, Intergenerational Family Justice, Peace, and Freedom. pp. 181-187

- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. In J.E.B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C.T. Hendrix, T. Reid, & C. Jenny (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (2nd ed.) Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Briere, J. & Lanktree, C. (2008). Integrative treatment of complex trauma for adolescents (ITCT-A): A guide for the treatment of multiply-traumatized youth. Retrieved from <http://johnbriere.com/articles.htm>
- Brotto L, Luria M. (2014). Sexual interest/arousal disorder in women. In: Binik Y, Hall KS, eds. *Principles and Practice of Sex Therapy*. 5th ed. New York, NY: Guilford Press; 17–41.
- Brotto LA, Bitzer J, Laan E, Leiblum S, and Luria M. (2010). Women's sexual desire and arousal disorders [published correction appears in *J Sex Med*. 2010; 7(2 pt. 1):856]. *J Sex Med*. 2010; 7(1 pt. 2):586–614.
- Brotto L., Atallah S., Johnson-Agbakwu C., Rosenbaum T., Abdo C., Byers E.S., Graham C., (...), Wylie K. (2016). Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction *Journal of Sexual Medicine*, 13 (4) , pp. 538-571. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.019>
- Bulat, L. R., Ajduković, M., & Ajduković, D. (2016). The role of parents and peers in understanding female adolescent sexuality: Testing perceived peer norms as mediators between some parental variables and sexuality. *Sex Education*, 16(5), 455-470.
- Butler AC, (2013). Child sexual assault: risk factors for girls. *Sep*; 37(9):643-52. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.06.009. Epub 2013 Jul 27.
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 339-376. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00033-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00033-3) B
- Cantón-Cortés, D., Cantón, J. y Cortés, M. R. (2012-2015). The interactive effect of blame *Anales de psicología*, vol. 31, nº 2 (mayo)
- Cantón-Cortés, D.; Cortés, M.R. (2015) Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, 31(2): 552-561. [<http://hdl.handle.net/10481/35874>]
- Cantón-Cortés, D., Cantón, J., Cortés, M.R. (2016) Emotional security in the family system and psychological distress in female survivors of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*. Volume 51, January 2016, Pages 54-63 <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.005>

- Carreiro, A. V., Micelli, L. P., Sousa, M. H., Bahamondes, L., & Fernandes, A. (2016). Sexual dysfunction risk and quality of life among women with a history of sexual abuse. *International Journal Of Gynecology & Obstetrics*, 134(3), 260-263. doi:10.1016/j.ijgo.2016.01.024
- Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) y ICF International, 2014. Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) 2013. Santo Domingo, República Dominicana: CESDEM y ICF International.
- Classen, C.C., Palesh, O.G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual Revictimization A Review of the Empirical Literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 6, 103-129
- Clayton AH, Groth J. (2013) Etiology of female sexual dysfunction. *Womens Health (Lond Engl)*. 2013; 9(2):135–137.
- Coalición de ONG por la infancia (2020). Poner fin al abuso infantil: un reto para las autoridades y la sociedad Dominicana. *Diario Libre*.  
<https://www.diariolibre.com/actualidad/poner-fin-al-abuso-infantil-un-reto-para-las-autoridades-y-la-sociedad-dominicana-NO12588959>.
- Collin-Vézina, D., De La Sablonnière-Griffin, M., Palmer, A., Milne, L. (2015). A preliminary mapping of individual, relational, and social factors that impede disclosure of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect Volume 43*, Pages 123-134 <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.010>
- Cortés, M. R. y Cantón, J. D. (1997): «Consecuencias del abuso sexual infantil», en J. D. Cantón y M. R. Cortés, *Malos tratos y abuso sexual infantil*, Madrid, Siglo XXI.
- Cortes, M., Canton, J. y Canton-Cortés (2011). Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas.
- Cortés, M.R., Cantón-Cortés, 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. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19, 41-56.
- Courtois, C. (1988) *Healing the Incest Wound*. Washington: W.W. Norton and Company.

- Creswell, J. (1998) *Qualitative Inquiry And Research Design: Choosing Among Five Traditions*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Crooks R. y Baur, K. (2009) *Nuestra sexualidad*. Cengage Learning. Mexico, D.F.
- Dabenigno, V. (2017) *Estrategias para el Análisis de Datos Cualitativos. Herramientas para la Investigación Social N° 2*. Desarrollo Editorial. Buenos Aires, Argentina.
- Davis, J. L., & Petretic-Jackson, P.A. (2000). The impact of child sexual abuse on adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior*, 5, 291-328.
- DePrince, A. P., Brown, L. S., Cheit, R. E., Freyd, J. J., Gold, S. N., Pezdek, K., & Quina, K. (2012). Motivated forgetting and misremembering: Perspectives from betrayal trauma theory. In R. F.Belli (Ed.), *True and false recovered memories: Toward a reconciliation of the debate* (Nebraska Symposium on Motivation 58, pp. 193–243). New York, NY: Springer.
- Dides, C. (2006). *Voces en emergencia: El discurso conservador y la píldora del día después*. Santiago, Chile: FLACSO.
- DiLillo, D., & Long, P.J. (1999). Perceptions of couple functioning among female survivors of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 7, 59-76. doi:[http://dx.doi.org/10.1300/J070v07n04\\_05](http://dx.doi.org/10.1300/J070v07n04_05)
- DiLillo, D. (2001). Interpersonal function among women reporting a history of childhood sexual abuse: Empirical findings and methodological issues. *Clinical Psychology Review*, 21, 553-556. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00072-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00072-0)
- Dungan, K. (2004). *Healing from the Trauma of Childhood Sexual Abuse: The Journey for Women*. Publisher: Praeger. Place of publication: Westport, CT.
- Faubion, S. y Rullo, J. (2015) Mayo Clinic, Rochester, Minnesota. *Am Fam Physician*. 15; 92(4):281-288.
- Feiring, C. (2009). Childhood sexual abuse, stigmatization, internalizing symptoms, and the development of sexual difficulties and dating aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 77(1), pp. 127-137.

- Fergusson, D., McLeod, G., Horwood, L. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand, *Child Abuse & Neglect*, Volume 37, Issue 9, Pages 664–674
- Finkelhor, D. (1979). What's wrong with sex between adults and children? Ethics and the problem of sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49(4), 692-697.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.1979.tb02654.x>
- Finkelhor, D., Browne A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A Conceptualization. *J Orthopsychiat.* ; 55:530–541. [PubMed]
- Finkelhor, D. (1994). Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Sexual Abuse of Children.* ; 4:31–53. [PubMed]
- Finkelhor, D. (1980). Sexual socialization in America: High risk for sexual abuse. In Samson, J. (Ed.), *Childhood and sexuality: Proceedings of the International Symposium* (pp. 641–648). Montreal, Canada: Editions Etudes Vivantes.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. New York: Free Press.
- Finkelhor, D. Browne, A. (1988) Assessing the long-term. Impact of child abuse: A review and conceptualization. *Handbook on Sexual Abuse of Children Assessment and Treatment Issues*. Leonora Walker (editor). New York: Springer Publishing Co.
- Finkelhor, D. (2008). Efectos (Victimología Infantil). En J. San Martín (dir.), *Violencia contra niños* (4ta. Ed., pp 179-202). Barcelona: Ariel
- Finkelhor, D., Hammer, H., & Sedlak, A. J. (2008). Sexually assaulted children: National estimates and characteristics. Bureau of Justice Statistics, US Department of Justice. Retrieved from <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojdp/214383.pdf>
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 530–541.  
[doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x](http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x)
- Freyd, J. J. (1996). *Betrayal trauma: The logic of forgetting abuse*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Granot M, Yovell Y, Somer E, et al.(2018) Trauma, attachment style, and somatization: a study of women with dyspareunia and women survivors of sexual abuse. *BMC Womens Health*.;18(1):29. Published 2018 Jan 30. doi:10.1186/s12905-018-0523-2
- Gobin, R. L., & Freyd, J. J. (2009). Betrayal and revictimization: Preliminary findings. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1, 242–257. doi: 10.1037/a0017469
- Godbout ,N., Bakhos, G., Dussault, E. & Hébert, M. (2020) Childhood Interpersonal Trauma and Sexual Satisfaction in Patients Seeing Sex Therapy: Examining Mindfulness and Psychological Distress as Mediators, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46:1, 43-56, DOI: 10.1080/0092623X.2019.1626309
- Goodman, G. S., Quas, J. A., & Ogle, C. M. (2010). Child maltreatment and memory. *Annual Review of Psychology*, 61(1), 325-351. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100403
- Guerra, C., Farkas,C., Moncadac, L.(2018). Depression, anxiety and PTSD in sexually abused adolescents: Association with self-efficacy, coping and family support. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.11.013>
- Guyon, R., Cavinet, C., Tardif, M. ,Godbout, N. (2020) Sexual Self-Concept Among Men and Women Child Sexual Abuse Survivors: Emergence of Differentiated Profiles *Child Abuse Negl.* Jun;104:104481.doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104481.
- Halpern SC, Schuch FB, Scherer JN, et al. (2018). Child maltreatment and illicit substance abuse: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Child Abuse Rev*;27:344–60.
- Hartman, C. R., Y Burgess, A.W. (1989) *Sexual Abuse on children: Causes and consequences*. D. Cicheti y V. Carlson (comps): *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hébert M1, Tourigny M, Cyr M, McDuff P, Joly J.(2009) Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *Can JPsychiatry*. 2009 Sep; 54(9):631-6.
- Heller, A. (1993, 1ª. En 1979) *Teoría de los sentimientos*, Fontamara, p27.
- Herman, J. (1997). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

- Herman, J. L. (1981). *Father-daughter incest*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hernández Montaña, A., & González Tovar, J. (2016). Los roles y estereotipos de género en los comportamientos sexuales de jóvenes de Coahuila, México: aproximación desde la Teoría Fundamentada. *CIENCIA ergo-sum, Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva*, 23 (2), 112-120.
- Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P. (2014) *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill/Interamericana editores, 6ta edición
- Hunter, S. V. (2015). Perceptions of the Role of Mothers in the Disclosure and Nondisclosure of Child Sexual Abuse: A Qualitative Study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(8), 887–907.  
<https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1092005>
- IsHak W, Tobia G (2013). DSM-5 changes in diagnostic criteria of sexual dysfunctions. *Reprod Syst Sex Disord* 2:122
- Jayapalan, A., Wong, L. P., & Aghamohammadi, N. (2018). A qualitative study to explore understanding and perception of sexual abuse among undergraduate students of different ethnicities. *Women's Studies International Forum*, 69, 26–32. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2018.04.004>
- Jorge, José & Peralta Arias, José. (2017). Investigación; metodología cualitativa; entrevista; confiabilidad; validez. 10.13140/RG.2.2.36576.28162.
- Kaplan, H. (1985). *Trastornos del deseo sexual*. Grijalbo, Barcelona.
- Kaplan, H. (2002). *La nueva terapia sexual*. Tomo I y II. Guidelines for medicolegal care for victims of sexual violence. Editorial Alianza Madrid.
- Kempe, C. H., Silverman, N. F., Steele, B. F., Droegemueller, W. y Silver, H. K. (1962). The battered-child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 962(181), 105-112.
- Kempe, R. S. y Kempe CH. (1984): The nature of extrafamilial sexual abuse. In *The common Secret: Sexual Abuse of Children and Adolescents*, W H Freeman, New York: 22-46.
- Kennedy, A. and Prock, K. (2016). “I Still Feel Like I Am Not Normal”: A Review of the Role of Stigma and Stigmatization Among Female Survivors of Child

- Sexual Abuse, Sexual Assault, and Intimate Partner Violence *Trauma, Violence, & Abuse*. <https://doi.org/10.1177/1524838016673601>
- Khamala Wangamati, C., Yegon, G., Sundby, J., Prince, R. (2019) Sexualised violence against children: a review of laws and policies in Kenya. *Sexual and Reproductive Health Matters* 27:1, pages 16-28.
- Kilimnik, C., Meston, C. (2016). Role of Body Esteem in Sexual Excitation and Inhibition Responses of Women With And Without a History of Childhood Sexual Abuse. *The Journal of Sexual Medicine*. [IF: 2.98]
- Krindges, C., Macedo, D., Habigzang, L. (2016) Sexual abuse in childhood and their impact on sexual satisfaction for women victims in the age adult. *Contextos Clínicos*. Capa > v. 9, n. 1 (2016) DOI:10.4013/ctc.2016.91.05
- Kristensena, E. b\* and Lau, M. (2011). Sexual function in women with a history of intrafamilial childhood sexual abuse. *Sexual & Relationship Therapy*. Vol. 26 Issue 3, p229-241. 13p.
- Lacelle, C., Hébert, M., Lavoie, F., Vitaro, F. & Tremblay, R. (2012). Sexual health in women reporting a history of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*. Volume: 36, Issue: 3, Publisher: Elsevier Ltd, Pages: 247-259.
- Lagarde, M. (1997). "La sexualidad", en *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, México, UNAM, PP. 177-211.
- Lahtinen, H. M., Laitila, A., Korkman, J., & Ellonen, N. (2018). Children's disclosures of sexual abuse in a population-based sample. *Child Abuse and Neglect*, 76, 84–94. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.10.011>
- Lalor, K. & McElvaney, R. (2010). Child Sexual Abuse, Links to Later Sexual Exploitation/High-Risk Sexual Behavior, and Prevention/Treatment Programs. *Trauma, Violence, & Abuse*. Volume: 11, Issue: 4, Pages: 159-177.
- Lamas, M. (1995). *Cuerpo e identidad*. En M. Viveros, L. Arango, & M. León, *Género e Identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino* (págs. 61-81). Bogotá: Tercer Mundo Editores en coedición con Ediciones Uniandes y Programa de Estudios Género, Mujer y Desarrollo.
- Lamas, M. (1999): "Género, diferencia de sexo y diferencia sexual" en *¿Género?*, *Debate Feminista*, Año 10, Vol. 20, México, edición de octubre.
- Lamb, S., & Plocha, A. (2014). *Sexuality in childhood*. APA handbook of sexuality and psychology, vol. 1: Person-based approaches (pp. 415-432). American Psychological Association. Washington, DC.

- Lassri, D., Luyten, P., Fonagy, P., Shahar, G. (2018) Undetected Scars? Self-criticism, Attachment, and Romantic Relationships Among Otherwise Well-Functioning Childhood Sexual Abuse Survivors. *Psychol Trauma* Jan;10(1):121-129. doi: 10.1037/tra0000271.
- Laws, J.L. & Schwartz, P. (1977). *Sexual Scripts: The social construction of female sexuality*. Hinsdale, IL: Dryden.
- Leclerc B, Bergeron S, Binik YM, and Khalifé S. (2010). History of Sexual and Physical Abuse in Women with Dyspareunia: Association with Pain, Psychosocial Adjustment, and Sexual Functioning. *Journal of Sexual Medicine*. Part 2, Vol. 7 Issue 2, p971-980. 10p. 1 Chart.
- Lemieux, S. y Byers, E. (2008). The Sexual Well-Being of women who have experienced Child Sexual Abuse. *Psychology of woman Quarterly*, Vol.32, pp. 126-144. Blackwell Publishing, Inc.: USA.
- Lemieux, S., Tourigny, M., Joly, J, Baril, K., Séguin, M. (2019). Characteristics associated with depression and post-traumatic stress disorder among childhood sexual abuse women. *Revisión de epidemiología y salud pública*. Volumen 67, Número 5, septiembre de 2019, páginas 285-294  
<https://doi.org/10.1016/j.respe.2019.05.012>
- Levin, R., & Nielsen, T. A. (2007). Disturbed dreaming, Posttraumatic Stress Disorder, and affect distress: A review and neurocognitive model. *Psychological Bulletin*, 133, 482- 528. doi:10.1037/0033-2909.133.3.482
- Lindert, J., Von Ehrenstein, O., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E., & Weiskopf, M. (2014). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 59, pp. 359–372.
- Loeb TB, Williams JK, Carmona JV, Rivkin I, Wyatt GE, Chin D, Asuan-O'Brien A. (2002) Child sexual abuse: associations with the sexual functioning of adolescents and adults. *Annu Rev Sex Res*. 13:307-45
- Loeb, T., Gaines, T., Wyatt, G., Zhang, M. & Liu, H. (2011). Associations between child sexual abuse and negative sexual experiences and revictimization among women: Does measuring severity matter? *Child Abuse and Neglect*. Volume: 35, Issue: 11, Pages: 946-955.

- Loper, A. B., Mahmoodzadegan, N., & Warren, J. I. (2008). Childhood maltreatment and cluster B personality pathology in female serious offenders. *Sexual Abuse*, 20, 139–160.
- López, S., Faro, C., Lopetegui, L., Pujol-Ribera, E., Monteagudo, M. & Cobo, J. (2017). Impacto del abuso sexual durante la infancia-adolescencia en las relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas. *Gaceta Sanitaria*. Volume 31, Issue 3, May–June 2017, Pages 210–219. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.010>
- Lawson. D. & Akay-Sullivan, S. (2020) Considerations of Dissociation, Betrayal Trauma, and Complex Trauma in the Treatment of Incest, *Journal of Child Sexual Abuse*, DOI: 10.1080/10538712.2020.1751369
- Lucas, M. (2009). *Sed de piel*. Editorial Psimatica. Madrid, España.
- Lucas, D. & Fox, J. (2018). The psychology of human sexuality. In R. Biswas-Diener & E. Diener (Eds), *Noba textbook series: Psychology*. Champaign, IL: DEF publishers. DOI: nobaproject.com
- Magaña, I., Ramírez, C., & Menéndez, L. (2014). Abuso Sexual Infantil (ASI): Comprensiones y Representaciones Clínicas desde las prácticas de Salud Mental. *Terapia psicológica*, 32(2), 133-142. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000200006>
- Maalouf , O., Daigneault,I., Dargan,S., McDuff, P. , Frappie, J. (2020) Relationship between Child Sexual Abuse, Psychiatric Disorders and Infectious Diseases: A Matched-Cohort Study. *Journal of Child Sexual Abuse*. <https://doi.org/10.1080/10538712.2019.17092>
- Maltz. W., Holman, B. (1987) *Incest and Sexuality. A guide to understanding and healing*. Lexington Books.
- Maltz, W. (1988). Identifying and treating the sexual repercussions of incest: A couple's therapy approach. *The Journal of Sex and Marital Therapy*, 14(2), 142-170. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/00926238808403914>
- Maltz, W. (2002). Treating the sexual intimacy concerns of sexual abuse survivors. *Sexual and Relationship Therapy*, 17(4), 321-327.
- Maniglio, R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clin Psychol (Rev. 2009)*; 29(7):647-57. doi: 10.1016/j.cpr.2009.08.003. Epub 2009 Aug 19.

- Marquee-Flentje, S. L. (2017). Psychological adjustment of adult female survivors of CSA as a function of developmental level, self-directed disclosure and parental support. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 77(11-B(E)), No-Specified. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?>
- Martínez-Herrera, M. (2007). La construcción de la feminidad: la mujer como sujeto de la historia y como sujeto de deseo. *Actualidades en Psicología*, 21 (108), 79-95.
- Mas, B. y Carrasco, M.A. (2005). Abuso sexual y maltrato infantil. En M.I. Comeche y M.A. Vallejo (Eds.). Manual de terapia de conducta en la infancia. Madrid. Pirámide, pp. 231-266.
- Maseroli, E., Irene Scavello, I., Campone, B., Di Stasi, V., Sarah Cipriani, S., Felciai, F., Camartini, V., Magini, A., Castellini, G., Ricca, V., Maggi, M., Vignozzi, L. (2018) Psychosexual Correlates of Unwanted Sexual Experiences in Women Consulting for Female Sexual Dysfunction According to Their Timing Across the Life Span. *J Sex Med* Dec;15(12):1739-1751. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.10.004.
- Masters, W., & Johnson, V. (1981). Respuesta sexual humana. Buenos Aires: Editorial Intermédica.
- Masters, W., & Johnson, V. (1981). Incompatibilidad sexual humana. Buenos Aires: Editorial Intermédica.
- Master, W.; Johnson, V.; Kolodny, R. (1982) Instructor's manual for Masters, Johnson, and Kolodny's human sexuality. Boston: Little, Brown.
- Mayer, R; Quellet, F. (1991) Methodologie de recherche pour les interventants sociaux. Boucherville. Gaetan Morin Editeur. Montreal-Paris-Casablanca p.473-502.
- Mayo Clinic (2017). Somatic symptom disorder. Retrieved from <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/somatic-symptomdisorder/basics/definition/con-20124065>
- McElvaney, R., Greene, S. & Hogan, D. (2014) .To Tell or Not to Tell? Factors Influencing Young People's Informal Disclosures of Child Sexual Abuse. *J Interpers Violence*. Mar; 29(5):928-47. doi: 10.1177/0886260513506281. Epub 2013 Nov 27.

- McElvaney, R. and Nixon, E. (2020), Parents' Experiences of Their Child's Disclosure of Child Sexual Abuse. *Fam. Proc.*. doi:10.1111/famp.12507
- McLaughlin, K., Koenen, K., Bromet, E., Karam, E., Liu, H., Petukhova, M., . . . Kessler, R. (2017). Childhood adversities and post-traumatic stress disorder: Evidence for stress sensitisation in the World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 211(5), 280-288. doi:10.1192/bjp.bp.116.197640
- Meston, C., Rellini, A. H., & Heiman, J. R. (2006). Women's history of sexual abuse, their sexuality, and self-schemas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 229-236.
- Meyer D, Cohn A, Robinson B, Muse F, Hughes R. (2017). Persistent Complications of Child Sexual Abuse: Sexually Compulsive Behaviors, Attachment, and Emotions. *J Child Sex Abus.* Feb-Mar; 26(2):140-157. doi: 10.1080/10538712.2016.1269144.
- Molina, C. (2008). "Contra el género y con el género: crítica, deconstrucción, proliferación y resistencias del sujeto excéntrico". En A.H. Puleo (Ed.). *El reto de la igualdad de género*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Morrison, S., Bruce, C., Wilson, S. (2018) Children's Disclosure of Sexual Abuse: A Systematic Review of Qualitative Research Exploring Barriers and Facilitators, *Journal of Child Sexual Abuse*, 27:2, 176-194, DOI: 10.1080/10538712.2018.1425943
- Moynihan R. (2003). The making of a disease: female sexual dysfunction. *BMJ (Clinical research ed.)*, 326(7379), 45-47. doi:10.1136/bmj.326.7379.45
- Nakayama M, Hori H, Itoh M, et al. Possible Long-Term Effects of Childhood Maltreatment on Cognitive Function in Adult Women With Posttraumatic Stress Disorder. *Front Psychiatry*.(2020);11:344. Published 2020 Apr 24. doi:10.3389/fpsy.2020.00344
- Nelson, B. S., Carter-Vassol, E., Yorgason, J., Wangsgaard, S., & Kessler, M. H. (2002). Single- and dual-trauma couples: Clinical observations of relational characteristics and dynamics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 58-69. doi:http://dx.doi.org/10.1037//0002-9432.72.1.58
- Newsom, K. & Myers-Bowman, K. (2017) "I Am Not A Victim. I Am A Survivor": Resilience as a Journey for Female Survivors of Child Sexual Abuse, *Journal of Child Sexual Abuse*, 26:8, 927-947, DOI: 10.1080/10538712.2017.1360425

- Ng QX, Yong BZJ, Ho CYX, Lim DY, Yeo WS. (2018) Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: An update meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2018;99:129-141. doi:10.1016/j.jpsychires.2018.02.001
- O'Callaghan, E., Shepp, V., Ullman, S., Kirkner, A.(2019). Navigating Sex and Sexuality After Sexual Assault: A Qualitative Study of Survivors and Informal Support Providers *J Sex Res* Oct;56(8):10451057.doi:10.1080/00224499.2018.1506731.
- Organización Mundial de la Salud (2011).Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva N°. 239. Actualización de septiembre de 2011. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2016) Concepto de salud sexual. Recuperado de: [http://www.who.int/topics/sexual\\_health/es/](http://www.who.int/topics/sexual_health/es/).
- Organización Mundial de la Salud (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. Aprobado por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.
- Orjuela, L., Rodríguez. (2012). Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Edita: SAVE THE CHILDREN, España. [www.savethechildren.es](http://www.savethechildren.es)
- Papalia,N., Luebbers, S., Rp Ogloff ,J., Cutajar ,M., Mullen, P.(2017). The Long-Term Co-Occurrence of Psychiatric Illness and Behavioral Problems Following Child Sexual Abuse. *Aust N Z J Psychiatry Jun*;51(6):604-613. doi: 10.1177/0004867416667232
- Parker, B.; Turner, W. (2013) Psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for children and adolescents who have been sexually abused. Editorial Group: Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group. Published Online: 31 JUL
- Pereda, N., Guilera G, Forns M, et al. (Rev. 2009); The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clin Psychol* 29:328–38.

- Pereda, N., Abad, J., Guilera, G. (2016). Lifetime Prevalence and Characteristics of Child Sexual Victimization in a Community Sample of Spanish Adolescents (Article). *Journal of Child Sexual Abuse* Volume 25, Issue 2, 17, Pages 142-158
- Pereda, N., y Sicilia, L. (2017). Reacciones sociales ante la revelación de abuso sexual infantil y malestar psicológico en mujeres víctimas. *Psychosocial Intervention*, 26, 131-138. doi: [http:// dx.doi.org/10.1016/j.psi.2017.02.002](http://dx.doi.org/10.1016/j.psi.2017.02.002)
- Pulverman, C., Kilimnik, C., Meston, C.(2018). The Impact of Childhood Sexual Abuse on Women's Sexual Health: A Comprehensive Review. *Sex Med Rev* Apr;6(2):188-200. doi: 10.1016/j.sxmr.2017.12.002.
- Putnam, FW (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 42: 269–278. doi: 10.1097/00004583-200303000-00006. [PubMed]
- Redondo, C. y Ortiz, M.R. (2005) El abuso sexual infantil. *Boletín de la sociedad de pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*. 45: 3-16
- Renshaw, D. (1982). Can Sex Education Do Any Good? *Proc. Inst. Med. Chicago*. Vol.35.
- Røjgaard, B. , Wind, G., Tine Tjørnhøj-Thomsen, T., Martinsen, B. (2018) A Scoping Review of Challenges in Adult Intimate Relationships After Childhood Sexual Abuse *Child Sex Abus* ;27(6):718-728. doi: 10.1080/10538712.2018.1491915
- Roller, C., Martsof, D. S., Draucker, C. B., & Ross, R. (2009). The Sexuality of Childhood Sexual Abuse Survivors. *International Journal of Sexual Health : Official Journal of the World Association for Sexual Health*, 21(1), 46–60. <http://doi.org/10.1080/19317610802661870>
- Romero, I. (2011). “Desvelando la violencia de género”. En E. Dio Bleichmar (Ed.). *Mujeres tratando a mujeres con mirada de género*. Barcelona: Octaedro.
- Rosen, A. (2017 ). Sex Avoidance and Anxiety Disorders – The Center for Treatment of Anxiety and Mood Disorders. Recuperado 30 de agosto de 2019, de The Center for Treatment of Anxiety and Mood Disorders website: <https://centerforanxietydisorders.com/sex-avoidance-anxiety-disorders/>
- Rosenbaum, T. (2009). Applying theories of social exchange and symbolic interaction in the treatment of unconsummated marriage/relationships. *Sexual and Relationship Therapy* Vol. 24 (1), 38-46.

- Rudolph, J., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2018b). Parents as protectors: A qualitative study of parents' views on child sexual abuse prevention. *Child Abuse & Neglect*, 85(28), 28–38. doi:10.1016/j.chiabu.2018.08.016
- Sanderson, C. (2006). *Counselling Adult Survivors of Child Sexual Abuse*. Edition: 3rd. Publisher: Jessica Kingsley. Place of publication: London. Publication year: Page number: 40.
- Sanjeevi, J., Houlihan, D., Bergstrom, K., Langley, M. & Judkins, J. (2018) A Review of Child Sexual Abuse: Impact, Risk, and Resilience in the Context of Culture, *Journal of Child Sexual Abuse*, 27:6, 622-641, DOI: 10.1080/10538712.2018.1486934
- Sanmartín, J. (2005) "Violencia contra los niños", Barcelona, Ariel, 3ª edición, pp. 86-112.
- Santerre-Baillargeon, M., Vézina-Gagnon, P., Daigneault, I., Landry, T., Sophie Bergeron, S. (2017) Anxiety Mediates the Relation Between Childhood Sexual Abuse and Genito-Pelvic Pain in Adolescent Girls, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43:8, 774-785, DOI: 10.1080/0092623X.2016.1266539
- Sarkar, N. (2010). Childhood sexual abuse and its impact on women's health. *International Medical Journal*, 17(2), 107-112.
- Schiraldi, G. R. (2009). *The Post Traumatic Stress Disorder Sourcebook: A guide to healing, recovery and growth*, Second Edition, McGraw Hill, United States of America
- Schönbucher, V., Maier T., Mohler-Kuo, M., Schnyder, U. & Landolt, M. (2012). Disclosure of Child Sexual Abuse by Adolescents. A Qualitative In-Depth Study Interpers Violence. Vol. 27 no. 17 3486-3513.
- Serbin, L.A., Sprafkin, C., Elman, M., & Doyle, A. (1984). The Early Development of Sex Differentiated Patterns of Social Influence. *Canadian Journal of Social Science*, 14, 350-363
- Sgroi, S., F. Porter y L. Blick (1982), "Validation of child sexual abuse", en S. Sgroi (ed.), *Handbook of clinical intervention in child sexual abuse*, Lexington: Lexington Books
- Sobanski JA, Klasa K, Cyranka K, Muldner-Nieckowski L, Dembinska E, Rutkowski K, Smiatek-Mazgaj B, Mielimaka M. (2014). Influence of cumulated sexual trauma on sexual life and relationship of a patient. *Psychiatr Pol*. Jul-Aug; 48(4):739-58.

- Staples J, Rellini AH, Roberts SP. (2012). Avoiding experiences: sexual dysfunction in women with a history of sexual abuse in childhood and adolescence. *Arch*; 41(2):341-50. doi: 10.1007/s10508-011-9773-x.
- Stige, S., Halvorsen, J., Solberg,E. (2020) Pathways to Understanding – How Adult Survivors of Child Sexual Abuse Came to Understand that they had been Sexually Abused, *Journal of Child Sexual Abuse*, 29:2, 205-221, DOI: 10.1080/10538712.2019.1643432
- Swaby AN1, Morgan KA. (2009).The relationship between childhood sexual abuse and sexual dysfunction in Jamaican adults. *Child Sex Abuse*. May-Jun; 18(3):247-66. doi: 10.1080/10538710902902679.
- Taylor y Bogdan, 1992 (1996) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. (3° ed). Barcelona: Paidós
- Tharinger, D. (1990) Impact of child sexual abuse on developing sexuality. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol. 21. (5), pp. 331-337).
- Unicef (2006) *Plan de Acción de la Republica Dominicana para erradicar el abuso y la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes*.
- Unicef, (2011) *La adolescencia. Una época de oportunidades*, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, consultado el 1 de enero de 2016 en: [http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-MainReport\\_SP\\_02092011.pdf](http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-MainReport_SP_02092011.pdf),
- United States Department of Health and Human Services, Administration for Children & Families, Children's Bureau. (2011). *Child maltreatment: 2011 Data tables*. Washington, DC. Author Retrieved from <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/resource/child-maltreatment-2011-data-tables>
- Vaillancourt-Morel, MP, Godbout N, Labadie C, Runtz M, Lussier Y, Sabourin S.(2015). Avoidant and compulsive sexual behaviors in male and female survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2015 Feb; 40:48-59. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.10.024. Epub 2014 Nov 28.
- Vaillancourt-Morel, M., Dugal, C., Rébecca Poirier Stewart,R., Godbout,N., Sabourin,S., Lussier,Y, Briere, J.(2016). Extradysadic Sexual Involvement and Sexual Compulsivity in Male and Female Sexual Abuse Survivors. *J Sex Res* . May-Jun 2016;53(4-5):614-25. doi: 10.1080/00224499.2015.1061633

- Yancey y Hansen (2010). Relationship of personal, familial, and abuse-specific factors with outcome following childhood sexual abuse. *Aggression & Violent Behavior* 15, pp. 410–421.
- Walker, L. E., & Browne, A. (1985). Gender and victimization by intimates. *Journal of Personality*, 53(2), 179-195. doi: 10.1111/1467-6494.ep9044149
- Watkins, S. A. (1990). The Mary Ellen myth: Correcting child welfare history. *Social Work*, 35(6), pp. 500-503.
- Weeks, J. (1998). *Sexualidad*. México: Paidós.
- Wyatt GE (1993): *Sexual abuse and consensual sex: Women's developmental patterns and outcomes*. Newbury Park, CA: Sage.
- Williams, L., Patterson, J., Edwards, T. (2014). *Clinician's Guide to Research Methods in Family Therapy*. New York, NY: The Guilford Press.
- Wihbey J. (2011). Global prevalence of child sexual abuse. *Journalist Resource*. Available from: [Journalistsresource.org/studies/.global-prevalence-child-sexual-abuse.U.S](http://Journalistsresource.org/studies/.global-prevalence-child-sexual-abuse.U.S).
- Wright, M. O., Crawford, E. y Sebastian, K. (2007). Positive resolution of childhood sexual abuse experiences: The role of coping, benefit-finding and meaning-making. *Journal of Family Violence*, 22, 597-608.
- Wohl, A. & Kirschen, G. (2018) *Betrayal of the Body: Group Approaches to Hypo-Sexuality for Adult Female Sufferers of Childhood Sexual Abuse*, *Journal of Child Sexual Abuse*, 27:2,154-160, DOI: 10.1080/10538712.2018.1435597
- World Health organization (WHO) (2003). *Guidelines for medicolegal care for victims of sexual violence*. Child Sexual abuse. Geneva; [Last cited on 2014 Aug 09]. Available from: [Whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628x.pdf](http://Whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628x.pdf). [Last cited on 2014 Aug 09]. Child Sexual abuse. Geneva. Available from: [Whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628x.pdf](http://Whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628x.pdf)
- World Health Organization (WHO) (2002). "Gender and reproductive rights, glossary, sexual health". Available en <http://www.who.int/reproductivehealth/gender/glossary.html>
- World Health Organization (WHO) (2002). *Sexual violence*. In *World report on violence and health*. Retrieved from:

[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/global\\_campaign/en/cha\\_p6.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/cha_p6.pdf)

World Health Organization (WHO) (2014). Child maltreatment factsheet. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/index.html>

World Health Organization (WHO) (2015). Sexual and reproductive health. Retrieved Jun18, 2015, from the WHO  
Website:[http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)

Zoldbrod, AP. (2015). Sexual Issues in Treating Trauma Survivors. *Curr Sex Health Rep.* ; 7(1):3-11.

Zwickl, S. & Merriman, G. (2011). The association between childhood sexual abuse and adult female sexual difficulties. *Sexual and Relationship Therapy*. Volume: 26, Issue: 1, Pages: 16-32.

[https://www.unicef.org/lac/Informe\\_Mundial\\_Sobre\\_Violencia\\_1\(1\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1(1).pdf)

[https://www.unicef.org/spanish/protection/57929\\_58006.html?p=printme](https://www.unicef.org/spanish/protection/57929_58006.html?p=printme)



## **ANEXOS**

### **Guía de Preguntas**

No.

Edad

Estado Civil

Escolaridad

Hijos

- **CONTEXTO FAMILIAR**
  - Relaciones familiares
    - ¿Cómo fue la experiencia de crecer en tu familia?
    - ¿Cómo eran las relaciones en la familia?
    - ¿En quién o quiénes confiabas?
  - Educación sexual
    - ¿Qué aprendiste sobre la sexualidad y de quién?
- **ABUSO SEXUAL**
  - Experiencia de abuso.
    - ¿Podrías hablarme de tu experiencia de abuso? (tipo de abuso, duración y frecuencia de conducta abusiva, sentimientos relacionados a la experiencia)
    - ¿Cómo sucedió esto? (mecanismos utilizados por el abusador: seducción, chantaje, amenazas, violencia)
  - Relación victimario/victima
    - ¿Quién era esta persona para ti? (parentesco, grado de intimidad, confianza, sentimientos hacia esa persona)

- Secreto/Revelación de la conducta abusiva.
  - ¿Cómo se supo lo que estaba pasando?
  - Alguna vez contaste esto a alguien? ( a quien, crédito al relato de la víctima, apoyo y protección)
  - ¿Qué te hizo mantener esta experiencia en secreto?(miedo, vergüenza, amenaza/otros)
  - ¿Qué paso ¿con el victimario?
  - ¿Qué te hubiese gustado que pasara?
- Sentimientos relacionados a la experiencia de abuso.
  - ¿Cuándo piensas en el abuso, que sientes?
- Mecanismos de supervivencia
  - ¿De qué manera manejaste esta experiencia de abuso?
- **SEXUALIDAD Y ABUSO SEXUAL**
  - Impacto del abuso sexual en la sexualidad
    - ¿Qué significado para ti ser abusada?
    - ¿Cómo sientes que tus experiencias sexuales tempranas han influido en tu comportamiento sexual?
    - ¿Qué te enseno esta experiencia sobre el sexo?
  - Funcionamiento sexual
    - ¿En la actualidad presentas algún tipo de dificultad en tu funcionamiento sexual?
  - Prácticas sexuales
    - ¿Pudieras identificar algunas Prácticas sexuales que rechazas o prefieres relacionadas a la experiencia de abuso?
  - Orientación sexual
    - ¿Relacionas de algún modo tu preferencia sexual con tu historia de abuso sexual?
  - Recomendación final
    - ¿Si conocieras a una persona que fue abusada, que le dirías?



## **Consentimiento Informado**

Yo \_\_\_\_\_ consciente y en pleno uso de mis facultades acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por la Lic. Aida Freites, psicóloga clínica del Instituto de Sexualidad Humana. He sido informado del propósito de esta investigación, el cual tiene como finalidad conocer de primera mano sobre la sexualidad de un grupo de mujeres con historia de violencia sexual. Entiendo que la información que provea será estrictamente confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de los de este estudio, sin mi consentimiento. Se me ha explicado en que consiste mi participación, que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo, si así lo decido, sin que esto tenga perjuicio alguno para mi persona.

Firma de la participante

Fecha: \_\_\_\_\_

## **PRODUCCIÓN CIENTÍFICA**

### **Certificado de aceptación de trabajos para publicar**



Yo Felipe Hurtado Murillo con DNI nº 19465929V, como director de la Revista desexología, certifico que el trabajo “Sexualidad en mujeres con historia de abuso sexual infantil: Relatos de primera mano”, cuyos autores/as son: Aida Freites Betances, Cayetano Aranda Torres, Rosa María Zapata Boluda y Rafael García Álvarez, que fue enviado el 26 de febrero de 2019, ha sido aceptado para revisión y posterior publicación en la Revista desexología.com.

Emito el presente certificado a los efectos oportunos.

En Valencia a 14 de abril de 2019

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Felipe Hurtado', written over a horizontal line.

Firma







**La Revista Desexología está incluida en el catálogo de revistas de investigación científica Latindex**

<http://www.latindex.unam.mx/index.html>



**Asociación Española de Especialistas en Sexología (AES)**



**Academia Española de Sexología y Medicina Sexual (AESMES)**



**Instituto ESPILL de Psicología, Sexología y Medicina Sexual**



Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (FLASSES)



Universidad Nacional de Educación a Distancia



Asociación Mundial de Sexología

Artículos científicos

## ÍNDICE / CONTENTS

### **Artículos científicos originales / Original scientific articles**

<b>Satisfacción con la vida en personas con disforia de género: Estudio caso - control</b>	<b>5</b>
Life satisfaction in people with gender dysphoria: control case study <i>M. Cadenas Blanco, M. Fernández Rodríguez, E. García Vega, P. Guerra Mora</i>	
<b>Fantasías sexuales femeninas: tipología, actitudes y contenidos. Un estudio cualitativo</b>	<b>13</b>
Female sexual fantasies: typology, attitudes and contents. A qualitative study <i>RE. Almánzar Montás, C. Aranda Torres, R. García Álvarez</i>	
<b>Sexualidad en mujeres con historia de abuso sexual infantil: Relatos de primera mano</b>	<b>26</b>
Sexuality in women with a history of child sexual abuse: Firsthand accounts <i>A. Freites Betances, C. Aranda Torres, RM. Zapata Boluda, R. García Álvarez</i>	
<b>Relación entre los mitos del amor romántico y de la sexualidad con la violencia de Género</b>	<b>47</b>
Relationship between the myths of romantic love and sexuality with gender violence <i>C. San Martín Blanco, AR. Jurado López, A. Carrera Camuesco, L. Barquín Casar, R. Lobera Balbás</i>	
<b>Prevalencia de disfunciones sexuales en trabajadores del área de la salud</b>	<b>53</b>
Prevalence of sexual dysfunctions un health workers <i>OA. Tubercia Agudelo, AC. Tubercia Agudelo, F. Hurtado Murillo</i>	
<b><u>Revisiones en sexología / Reviews on sexology</u></b>	
<b>Revisión acerca de tratamientos psicológicos eficaces en el área de la sexualidad individual y de pareja</b>	<b>62</b>
Review of effective psychological treatments in te area of individual and partner sexuality <i>C. Serrano Diana, MT. Gómez García, E. López del Cerro, MD. Díaz Serrano E. Martínez Besteiro</i>	
<b>Disforia postcoital sexual en la vida conyugal</b>	<b>77</b>
Sexual postcoital dysphoria in the conjugal life <i>VD. Gil Vera</i>	
<b>Efecto del ejercicio físico sobre la disfunción eréctil: revisión de conjunto</b>	<b>82</b>
Effect of physical exercise on erectile dysfunction: joint review <i>A. Vila Cotillas, F. Donat Colomer, BJ. Orensa Orensa</i>	
<b><u>Agenda / Events</u></b>	<b>100</b>
<b><u>Normas de publicación / Authors guidelines</u></b>	<b>102</b>
<b><u>Boletín de suscripción / Subscription form</u></b>	<b>132</b>

**Revista Desexología**  
Revista Científica de Sexología

**Director**

Felipe Hurtado Murillo

**Directores asociados**

Carlos San Martín Blanco (Santander)

María Pérez Conchillo (Valencia)

**Consejo de redacción**

Ana Rosa Jurado López (Málaga)

María Lameiras Fernández (Ourense)

Antonio Casaubón Alcaráz (Granada) Andrés López de la Llave (Madrid)

**Comité editorial**

Marta Arasanz Roche (Barcelona)

José Díaz Morfa (Madrid)

Félix López Sánchez (Salamanca)

José Luis Arrondo Arrondo (Navarra)

Carmen Pérez-Llantada Rueda (Madrid)

Manuel Más García (Tenerife)

José Bustamante Bellmunt (Alicante)

Ignacio Moncada Iribarren (Madrid)

Rafael García Álvarez (Rep. Dominicana)

Felipe Navarro Cremades (Alicante)

Marcelino Gómez Balaguer (Valencia)

Antonio Martín Morales (Málaga)

Manuel Lucas Matheu (Almería)

Ana Puigvert Martínez (Barcelona)

Antonio Sánchez Ramos (Toledo)

Froilán Sánchez Sánchez (Valencia)

Rafael Prieto Castro (Córdoba)

Carolina Villalba (Uruguay)

Rosa María Montaña (Valladolid)

Silverio Saenz Sesma (Zaragoza)

Koldo Seco (Bilbao)

Francisco Javier Giménez Rio (Granada)

Jaqueline Brendler (Brasil)

Dinorah Machin (Uruguay)

Ligia Vera Gamboa (México)

María Honrubia Pérez (España)

Guillermo González Antón (España)

Rosemary Coates (Australia)

Rubén Hernández Serrano (Venezuela)

Cristina Tania Fridman (Argentina)

Eusebio Rubio Auriolés (México)

Antonio Pacheco Palha (Oporto, Portugal)

Teresita Blanco Lanzillotti (Uruguay)

Beverly Whipple (New Jersey, EE.UU.)

Eli Coleman (Minnesota, EE.UU.)

José Cáceres Carrasco (Navarra)

Francisco Donat Colomer (Valencia)

Olatz Gómez Llorens (Valencia)

Ángel Luis Montejo González (Salamanca)

Ramón González Correales (Ciudad Real)

Gemma Pons Salvador (Valencia)

M. José Tijeras Úbeda (Almería)

Inmaculada Bayo (Barcelona)

Isbelia Segnini (Venezuela)

Kevan Wyle (UK)

Carlos De La Cruz (Madrid)

Natalia Rubio (Madrid)

Concepción San Luis Costas (Madrid)

Luz Jaimes (Venezuela)

María de Los Ángeles Nuñez (Ecuador)

Cristina González Martínez (España)

Francisco Javier del Río Olvera (España)

Francisca Molero Rodríguez (España)

**Sexualidad en mujeres con historia de abuso sexual infantil: Relatos de primera mano**  
Sexuality in women with a history of child sexual abuse: Firsthand accounts

Freites Betances A<sup>1</sup>, Aranda Torres C<sup>2</sup>, Zapata Boluda RM<sup>2</sup>, García Álvarez R<sup>1</sup>

1- Instituto de Sexualidad Humana. Universidad Autónoma de Santo Domingo. República Dominicana

2- Universidad de Almería. España.

---

**Correspondencia** Aida Freites Betances

**Dirección electrónica:** [aidafreites@hotmail.com](mailto:aidafreites@hotmail.com)

**Fecha de recepción:** 26 de febrero de 2019. **Fecha de aceptación:** 25 de abril de 2019

---

**Resumen**

Se realizó un estudio cualitativo basado en la teoría fundamentada para conocer de la propia voz de la víctima el significado de la experiencia de abuso y de qué manera ésta ha impactado en su sexualidad. Éste se hizo a través de entrevistas a profundidad a 12 mujeres con historia de abuso sexual en la niñez y /o adolescencia. Se consideraron tres categorías de análisis: contexto familiar, experiencia de abuso y sexualidad. Se encontró que el abuso sexual es una experiencia que impacta de manera negativa la sexualidad de la víctima. Dos meta -temas surgieron resultantes del contexto familiar y de la experiencia de abuso: Los sentimientos de desprotección y desvalorización. La sexualidad es experimentada con miedo, vergüenza y culpa lo que resulta en dificultades para el disfrute y placer sexual, aversión sexual, involucramiento en relaciones indiscriminadas de corta duración, dolor en la relación, flashbacks del evento traumático, confusión en cuanto a su preferencia sexual y una baja autoestima sexual. Los resultados aportan una mejor comprensión de la problemática del abuso sexual y contribuyen a trazar mejores lineamientos en el abordaje, tratamiento y prevención.

**Palabras clave:** Sexualidad. Abuso sexual infantil. Dificultades sexuales.

**Abstract**

A qualitative study was carried out based on grounded theory to know the victim's own voice regarding the meaning of their experience of abuse and how it has impacted on their sexuality. This was done through in-depth interviews with 12 women with a history of sexual abuse in childhood and / or adolescence. Three categories of analysis were considered: family context, experience of abuse and sexuality. It was found that sexual abuse is an experience that negatively impacts the sexuality of the victim. Two meta-themes emerged as a result of the family context and the experience of abuse: feelings of vulnerability and devaluation. Sexuality is experienced with fear, shame and guilt which results in difficulties for enjoyment and sexual pleasure, sexual aversion, involvement in short-term indiscriminate relationships, painful intercourse, flashbacks of the traumatic event, confusion as to their sexual preference and low sexual self-esteem. The results provide a better understanding of the problem of sexual abuse and help to draw better guidelines in the approach, treatment and prevention.

**Keywords:** Sexuality. Child sexual abuse. Sexual difficulties.

El estudio no ha recibido financiación. No existen conflictos de intereses.

## **INTRODUCCIÓN**

El abuso sexual infantil ha sido considerado como una de las formas más severas de violencia ejercidas en contra de la niñez. Es una práctica que ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad en casi todas las sociedades y culturas (Orjuela y Rodríguez, 2012). Se trata de un problema complejo en donde interactúan factores individuales, familiares, sociales y culturales (Redondo y Ortiz, 2005).

La Organización Mundial de la Salud (2014) ha reportado que alrededor de un 20% de las mujeres y un 5-10% de los hombres han experimentado abuso sexual en la niñez en países en todo del mundo. Sin embargo, los datos estadísticos en relación al abuso sexual en la infancia y adolescencia son imprecisos, debido a que estos ocurren de manera encubierta, en secreto y suelen estar asociados con intensos sentimientos de vergüenza que impiden a niños y a adultos buscar ayuda. Esto es corroborado por estudios como el realizado por Hebert et al. (2009) en el que se encontró un 22.1% de prevalencia en mujeres y un 9.7% en hombres. Alrededor de 1 de cada 5 sobrevivientes nunca hablo sobre el abuso. Las víctimas de abuso sexual en la infancia que nunca revelaron el abuso o que tardaron en hacerlo, mostraron más tendencia a puntuar niveles clínicos de dificultades psicológicas y stress post-traumáticos, en comparación con adultos sin historia de abuso.

El abuso sexual infantil se refiere a cualquier conducta sexual mantenida entre un adulto y un menor. Más que la diferencia de edad, lo que define el abuso es el contexto de desigualdad o asimetría de poder entre los implicados realizado generalmente a través del engaño, la fuerza, la mentira o la manipulación (Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C., 2000; Orjuela y Rodríguez, 2012). Por su parte, Berliner y Elliot (2002) en su definición de abuso sexual

enfatan el elemento del consentimiento, el cual no existe en el contexto del abuso sexual infantil.

Por otro lado, Batres (1997) ofrece en la definición y la clasificación del abuso sexual un concepto más amplio desde la perspectiva de la víctima y el daño, independiente de la relación de consanguinidad de la víctima con el abusador. Más que el contacto físico o la penetración, son el secreto y la traición y el daño psicológico, los elementos fundamentales de la definición. En este sentido el perpetrador puede ser un padre, una madre, padrastro, abuelo, sacerdote, profesor, vecino muy cercano, cuidador, o amigo de la familia, (Blume, 1990; Herman, 1981, Batres, 1987).

El desarrollo cognoscitivo, emocional y la percepción del mundo es dañada por la experiencia abusiva. De manera tal que aspectos como el vínculo, la confianza, la autoestima, la identidad y la sexualidad serán afectadas por este evento traumático (Herman, 1981; Finkelhor, 1988; Bass y Davis, 1988; Blume, 1990; Maltz, 2001, citado por Maltz, 2002)

El repertorio de conductas en el abuso sexual infantil es amplio e incluye: actos sexuales con penetración, toque de senos y genitales del menor, hacer que el menor toque los senos y genitales del perpetrador, voyerismo, exhibicionismo, así como mostrar o utilizar al menor en pornografía, tráfico y prostitución infantil, sexo a través del internet, como acoso, distribución de imágenes sexuales de menores, exposición, e interacción sexual con menores. (Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C., 2000; Finkelhor, Hammer y Sedlack, 2008).

En la revisión de la literatura sobre los factores relacionados a las consecuencias y desarrollo de síntomas del abuso sexual se encuentran: factores personales, aquellos inherentes a la víctima, como edad, género, discapacidades en su desarrollo, atribuciones relacionadas al abuso y el tratamiento; factores familiares, que incluyen historia de abuso en los padres, reacción de los padres a

la revelación del abuso, apoyo recibido de los padres; factores relacionados al abuso, como severidad y duración de la conducta abusiva y la relación entre víctima y perpetrador (Yancey y Hansen, 2010).

Algunas de las consecuencias a largo plazo asociadas al abuso sexual son: conductas sexuales de alto riesgo (Lalor y Mc Elvaney, 2010; Fergusson, 2013; Vaillancourt-Morel, et al. 2015), fobias o aversión al sexo (Wohl, 2018); alteraciones en el deseo sexual y disfunciones sexuales como la anorgasmia, entre otras. (Swaby, y Morgan, 2009; Staples, et al. 2012; Carreiro, et al., 2016; López, et al., 2017)

En un estudio sobre la prevalencia de abuso sexual en la infancia en personas que asisten a la consulta de terapia sexual, donde se exploró la asociación entre el abuso sexual infantil y el funcionamiento psicológico y de pareja, se encontró que la prevalencia de abuso sexual fue mayor en las mujeres (56%) y en los hombres (37%). Asimismo, se evidenció que los clientes con historia de abuso sexual en la infancia eran más propensos a reportar problemas psicológicos y de pareja. Lo que debe alertar a los terapeutas sobre la necesidad de abordar el trauma y sus consecuencias (Berthelot, et al., 2014).

A pesar de la alta prevalencia y de las consecuencias adversas que deja en las personas que lo experimentan, en la revisión de estudios realizados sobre el tema, abundan las investigaciones cuantitativas sobre sexualidad y la experiencia de abuso sexual, habiéndose escrito muy poco desde la mirada de las víctimas.

En esta investigación se dan a conocer los relatos narrados directamente desde lo más íntimo de un grupo de mujeres sobre el significado que ellas le han atribuido a sus vivencias de abuso sexual y su efecto en la forma en que ellas perciben y viven su sexualidad. Relatos, que por muchos años estuvieron guardados, otros probablemente secretos a voces, aun anhelando ser escuchados. En palabras de una de las participantes:

*“Nunca antes, nadie se había interesado en escuchar los detalles de mi historia de abuso”*

## **METODOLOGIA**

Se realizó un estudio descriptivo, con un enfoque cualitativo, de corte fenomenológico, con la finalidad de conocer de primera mano sobre la sexualidad de un grupo de mujeres con historia de violencia sexual.

En los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Un diseño fenomenológico tiene como propósito principal explorar, describir y comprender las experiencias de las personas con respecto a un fenómeno y descubrir los elementos en común de tales vivencias (Hernández, et al., 2014).

### **Participantes**

Se escogieron con un muestreo intencional, 12 mujeres adultas con historia de violencia sexual en la niñez y/o adolescencia de entre las mujeres que acuden a la consulta del Instituto de Sexualidad Humana. Estas fueron captadas a través de los diferentes terapeutas que reciben los pacientes. Una vez identificadas, las que cumplían con los criterios de inclusión, eran referidas a la oficina de la investigadora.

### **Instrumento**

La guía de preguntas fue elaborada de acuerdo al propósito de este estudio y sometida a un juicio de expertos. La misma consta de tres partes: Contexto familiar (Relaciones familiares, Personas de confianza, Educación sexual), Experiencia de abuso sexual (Caracterización del abuso, Sentimientos relacionados a la experiencia abusiva) y Sexualidad (Comportamiento sexual, Funcionamiento sexual, Orientación sexual, Prácticas sexuales, Sentimientos sobre la experiencia de abuso relacionado a la vivencia de su sexualidad).

### **Procedimiento**

Una vez identificadas las posibles participantes, estas eran contactadas para explicarle el propósito del estudio, y la importancia de su participación. Así como el carácter confidencial de los datos y su participación voluntaria. Las que aceptaron

participar fueron citadas para fines de entrevistarlas.

Las entrevistas fueron llevadas a cabo, en los consultorios del Instituto de Sexualidad Humana, de manera individual y privada. Las mismas fueron grabadas con el consentimiento de las participantes. Se les dio un documento de consentimiento firmado que debían de leer cuidadosamente y luego de aclarar cualquier pregunta al respecto y estar seguros de su comprensión, si estaban de acuerdo en participar, debían firmar.

### **Análisis de los datos**

Después de recolectados los datos, se realizó un análisis de contenido. Mayer et al (1991) describen el análisis de contenido como un método que apunta a descubrir la significación de un mensaje, ya sea este un discurso, una historia de vida, un artículo de revista, un memorando, etc. Específicamente, es un método que consiste en clasificar y/o codificar los diversos elementos de un mensaje en categorías con el fin de hacer aparecer de manera adecuada su sentido.

## **RESULTADOS**

### **Datos sociodemográficos**

El rango de edad de las mujeres entrevistadas fue de 20 a 60 años, con un promedio de edad de 33 años. En cuanto al estado civil, la mitad de estas mujeres eran solteras, mientras que la otra mitad eran casadas o en unión libre. Ocho de ellas no tenían hijos y las cinco restantes tenían entre dos y tres hijos y solo una era madre de siete hijos. En cuanto a su nivel educacional, la mitad de estas mujeres eran universitarias, cuatro eran aún estudiantes universitarias y dos habían solo culminado el nivel secundario. La religión de estas mujeres en su mayoría es cristiana, mientras cinco de ellas refirieron no ser de ninguna religión.

### **Contexto familiar**

Para la mayoría de estas mujeres crecer dentro de su familia fue una experiencia mala, caracterizadas por maltratos y que ellas describen como muy dolorosa.

*“Crecer en mi familia fue una experiencia muy mala, recibí muchos maltratos de parte de mis padres. Tengo siempre como un dolor...una pena”* (I-1)

La violencia era considerada como una conducta relacional normalizada en estas familias. Los Sentimientos de desprotección y desvalorización estuvieron presentes en los relatos de estas mujeres.

*“No me sentí nunca protegida por ella... mi mamá me decía que yo solo servía pa’ limpiar piso...”* (I-6)

*“Por cualquier cosa me golpeaba...eso era como normal... mi papá es como de esas personas que si está enojado no lo piensan mucho. No hay quien le hable mucho y por eso golpea y con enojo”.* (I-9)

Algunas de ellas les es difícil identificar personas dignas de confianza en su entorno familiar y social. La mayoría refieren no confiar en nadie, algunas por temor a que divulgaran la información y esto trajera consecuencias negativas para ellas, otras por la misma experiencia de abuso por parte de personas que se suponían “confiables”.

*“En personas ninguna....en una libreta y dos amigas imaginarias que tenía...”* (I-1)

Por diferentes razones (discapacidad o muerte de uno de los padres, situaciones de pobreza, mejor oportunidad de estudiar) muchas de ellas se criaron sin sus padres o fuera del núcleo familiar. A muy temprana edad, otras en la adolescencia, fueron ubicadas en otras familias con o sin su consentimiento.

*“No crecí en mi familia... recuerdo que tenía 6 - 7 años cuando me sacaron de allá por primera vez... Crecí en otras familias o diferentes familias... todos los hijos fuimos despatriados de la familia y en diferentes sitios cada uno...”* (I-4)

*“Mamá muere.... He vivido con mi abuela, donde mi hermana mayor, donde mi otra hermana... actualmente con mi tía y mi hermana.”* (I-5)

La mayoría de estas mujeres crecieron en diferentes hogares bajo la tutela de distintas personas en calidad de “ayudantes”, “acompañantes”, o “acogidas” por algún familiar, y dentro de este contexto padecieron abusos sexuales y explotación. Algunas de ellas tuvieron que asumir responsabilidades no propias para su edad, ante los largos

periodos de ausencia de alguno de los progenitores. Estas situaciones generaron muchos sentimientos de rabia, impotencia y tristeza en ellas.

*“El esposo de una de las hijas de la señora que yo cuidaba...también quería tocarme y tenía yo que estar trancándome y todo el tiempo corriendo...yo gritaba para volver a casa... volvía y otra vez me llevaban...”* (I-4)

### **Educación sexual**

La educación sexual recibida estaba caracterizada por secretismo, incomodidad, prohibición y connotaciones negativas en relación a la sexualidad. La mayoría de estas mujeres, refieren no haber recibido ninguna información, en algunos casos, ni siquiera la relacionada a su desarrollo sexual. El tema era algo de lo que no se habla, algo malo. Algunas de ellas describen haberse sentido solas y desinformadas sobre los cambios corporales experimentados en la adolescencia.

*“Nadie...no..., ni siquiera para la menstruación”.* (I-2)

*“Uuuff... para mi mamá era algo malo...”* (I-1)

La educación sexual recibida era dirigida, más hacia la prevención del embarazo, basada en la prohibición y en el temor a las consecuencias de tener relaciones sexuales, las cuales eran solo para la mujer. En algunos casos, el padre incluso amenaza con castigo físico en caso de embarazo.

*“Mi papá decía que si yo llegaba embarazada a la casa, el encima de la barriga, me daba...”* (I-9)

La información ofrecida era imprecisa y ambigua. Lo que se interpretaba como algo vergonzoso, de lo que no se habla mucho y de lo que hay que cuidarse. En algunos relatos se hace referencia a las relaciones sexuales prematrimoniales, que de permitir la mujer que ocurran, corre el riesgo de ser despreciada por los hombres en un futuro, cuando quiera matrimoniarse. En otros casos, se especificaban los lugares de peligro con sus consecuencias (embarazo) y otras no definidas claramente, como “hacerte mujer”.

*“No deje que ningún hombre te toque...ni tampoco te ponga el pene...porque*

*si el pene te lo entra te pueden embarazar y te pueden hacer mujer...”* (I-8)

En los relatos se destacan las advertencias acerca de la relación con los hombres, los cuales eran considerados como malintencionados, peligrosos y no confiables. Personas a quien deben aprender a temer, evitar y manejarse con cautela.

*“Que tenga cuidado que los hombres solo quieren agarrarte, estar tentando, hacer daño a las mujeres, te embarazan y te dejan.”* (I-10).

### **Experiencia de abuso sexual**

Los abusos ocurrieron en diferentes etapas de la vida de estas mujeres. La mayoría, no recuerdan con claridad una edad exacta de inicio del abuso. Los mismos se iniciaron a edades muy tempranas, en la niñez (3-4 años), prolongándose hasta la adolescencia (17-18 años). Otras vivieron la experiencia de abuso en la adolescencia.

El abuso se presentó en algunos casos como una experiencia única (I-1) e (I-12). En otros casos fueron re-victimizadas, en varias ocasiones, a lo largo de sus vidas, incluyendo la adultez. Una de ellas describe que era algo como que ella misma atraía.

*“Otras situaciones de abuso sucedieron ya adulta... después de adulta venía eso... como si fuera un imán.”* (I-4)

*“Sucedio como 4 veces.”* (I-11)

En algunas mujeres la misma experiencia de abuso se prolongó durante mucho tiempo ante la imposibilidad de ellas de salir de la situación abusiva.

*“La primera vez no me acuerdo... él lo hacía y duraba como una semana y más. Podía ser dos veces al mes... esto no pasa hace como 3 años pero duro que se yo... muchísimos años.”* (I-12)

### **Tipos de Abuso Sexual**

Algunas de las conductas relatadas por las víctimas incluyen exposición a material pornográfico, masturbación, toques, roce de genitales, penetración vaginal y anal, entre otros, lo que producía en ellas desconcierto, dolor y mucho temor.

*“él fue donde mí y me empezó a tocar...y me decía bájate los panties...y yo me*

*sentí como asustada... muy asustada...él se masturbo delante de mí...y me explicaba el video...y yo le decía ¿por qué usted hace eso?...” (I-8)*

*“Ellos solo hacían “brocheo”...rozar su pene en mi parte” (I-11)*

Entre los mecanismos utilizados por el agresor están: engaño, seducción, sugestión, manipulación y chantaje y en algunos casos, el uso de la fuerza física.

*“Y yo pensaba que era a comer helado... y... se detuvieron a comprar cerveza... y hasta que llegamos al motel...” (I-3)*

*“El me hacía sentir a veces culpable... de que él era infeliz por mí...y que yo tenía que hacerle esto y esto...” (I-6).*

*“Como yo le estaba haciendo fuerza...no pudo...de repente me volteó, pero de una forma muy fea... muy...muy brusca... me dolió mucho... e intento hacerlo por detrás...” (I-8)*

### **Relación con el agresor**

En todos los casos, el agresor era una persona cercana y/o conocida o del entorno de estas mujeres. Se identificaron relaciones incestuosas en la mitad de los casos: padre biológico (I-2 y I-12), tío (I-6), hermanos (I-7 y I-10), cuñado (I-5). Otros eran personas cercanas, novio (I-4, I-8), esposo (I-4 y I-7), vecino (I-1, I-4, I-8), pastor (I-4), sacerdote (I-8). Algunos solamente conocidos, amigos (I-2), compadre del papá (I-3), dentista (I-8). Todos eran de sexo masculino a excepción de un caso de una vecina (I-11). Todos eran mayores que la víctima, a excepción de dos casos, donde los agresores tenían aproximadamente la misma edad.

La situación de abuso es vivida como una traición inesperada ante una persona de confianza, no solo para la víctima, sino también para la familia. Algunos eran proveedores económicos de la familia y todos mostraban un comportamiento público adecuado. Otros se aprovecharon de las características de introversión de la víctima para cometer el abuso sabiendo que esta no hablaría. Esta traición genera confusión de sentimientos y dolor en las víctimas.

*“Él era como judas... él se escondía... para hacer daño... ...él era un tío especial,*

*proveedor...que nos sentaba en sus piernas, que nos hacía cuentos... que nos hablaba pero que a escondida hacía cosas incorrectas...Cosas que dañaban a uno. Cosas que hicieron mucho daño.” (I-6)*

*“El me conocía muy bien sabía que yo era muy tímida, reservada, que yo no iba a decir nada por vergüenza y se aprovechó de eso”.*

(I-5)

*“Era mi vecino, tenía desde niña viviendo ahí... siempre lo había visto...su hija y yo teníamos la misma edad, y desde niñas estudiábamos juntas, ella dormía en mi casa.” (I-1)*

### **Revelación del secreto**

En cuanto a la revelación del evento abusivo, muchas de estas mujeres refieren que no se lo comunicaron a nadie o algunas lo hicieron después de muchos años. Las razones que exponen son principalmente vergüenza y miedo, otras por su corta edad, no entendían la situación de abuso, y otras refieren haber bloqueado mentalmente esa experiencia. En los casos que hablaron lo ocurrido, no les creyeron, no se tomaron acciones contra el agresor, ni medidas de seguridad y de protección para ellas. Algunas, incluso fueron señalizadas como responsables o causantes de provocar la agresión sexual. En los casos en que hubo una confrontación directa al agresor, este negó las acusaciones o las obligó a retractarse.

*“Mi mamá misma, cuando se dio cuenta, ¿qué me dijo? ... que era yo que lo provocaba eso... entonces es... es... muy duro... después con el tiempo yo he ido...como tratando... de sacar eso...nunca lo pude sacar... porque en realidad nunca pude hablar de eso... porque me lo mostraban que no me creían...” (I-6)*

Sentimientos relacionados a la experiencia de abuso

La experiencia de abuso produjo en ellas mucho sentimiento de vergüenza, aislamiento, creencia de que esto se notaba, necesidad de ocultarlo y temor al rechazo, en el caso de que se supiera.

*“Vergüenza no quería que nadie me viera... (Llora)...pensaba que eso se notaba... (Llora) yo sentía como que... si se da cuenta nadie me va a querer y si él sabe, se lo va a decir a todo el mundo...y pensaba que tenía un letrero en la frente que todo el mundo iba a saber.... Porque siempre andaba con la cabeza para abajo.” (I-1)*

Las sensaciones desagradables y sentimientos de dolor y miedo relacionados al abuso permanecen en el tiempo, afectando su calidad de vida.

*“Solo quiero poder quitarme esa sensación tan desagradable...como esa ansiedad que me ha acompañado por tantos años...eso... básicamente.” (I-2)*

*“Muy dolorosa... temor...asco...” (I-9)*

Sentimientos relacionados al agresor

Los sentimientos asociados al abuso, expresados por las víctimas son rabia, impotencia, traición y un profundo dolor y tristeza dejando secuelas que permanecen a lo largo de la vida.

*“Papi me “jodió la vida” (I-2)*

*“La experiencia de abuso significa una traición...porque yo nunca espere...nunca pensé iba a hacer algo así. Siento asco, impotencia, culpa, dolor, tristeza...muchísima tristeza.” (I-5)*

*“Con el nunca paso nada... a mí... lo que me hubiera gustado fuera en realidad lo que... lo que yo quería era como que el me dijera perdón...perdóneme.” (I-6)*

Sentimientos dirigidos a las personas supuestas a protegerlas

Los reclamos dirigidos a las personas que estaban supuestas a cuidar de ellas están relacionados a haber mantenido silencio ante el abuso, no estar disponibles para ellas, no creerles, no tomar medidas de precaución y ser incapaces de identificar sus necesidades emocionales. En estos relatos, se reflejan sentimientos de rabia, impotencia, desprotección y tristeza.

*“No había nadie cuidándome o se descuidaron de mí...” (I-4)*

*“Lo que más duele es que mamá no me creyera...que no me apoyara.” (I-6)*

*“¿Por qué, mami no me ayudo?... ¿por qué? mami todavía lo sabe y mami es así*

*con ese hombre... están ahora separados...no sé por qué, esto pasó. Porque yo nunca hice nada...es que yo no hice nada...es que yo hable, si se lo hubiese dicho a otra persona...pero además mami se dio cuenta...me da rabia.” (I- 12)*

Sentimientos hacia a ellas mismas

En los discursos de estas mujeres, ellas entienden, que pudieron haber hecho algo para evitar el abuso. La falta de acción, tener algún atractivo físico que “provocara” a los hombres y quizás, entenderse merecedoras del abuso, fueron factores, que sumados a las manipulaciones del agresor y/o a la respuesta de los padres, ante el conocimiento del abuso, producen sentimientos de dolor, rabia, impotencia, culpa, tristeza, suciedad y repugnancia hacia ellas mismas.

*“Culpa... debí decirle a mi hermana en algún momento...no sé, no quería ser la causante de su divorcio...vivíamos con ellos.” (I-5)*

*“Dolor...y es que eso no se me sale de la mente... entonces yo digo porque yo no hable...porque yo me quede callada...” (I-12)*

*“Horrible...sucias, repugnante... es como un sentimiento que no lo sé expresar.....rabia como que yo me lo busque...” (I-10)*

## **Sexualidad**

Impacto en la sexualidad de la experiencia de abuso

Comportamiento sexual

En los relatos recopilados, algunas de estas mujeres narran como el evento abusivo despertó o precipitó, de algún modo, su interés por las relaciones sexuales. En algunos casos, desde muy temprana edad, aumentando su interés o curiosidad por temas sexuales, llegando, como sucedió con la informante 4, a involucrar al hermano menor, en la satisfacción de sus necesidades sexuales. Una experiencia que hasta el día de hoy, la hace sentir remordimientos y vergüenza.

*“Eso mismo hizo que despertara en mí...el querer saber también lo que hacían*

*mamá y papá...y acechaba...y eso hizo también que yo con el hermanito mío chiquito también inventara...esta es la primera vez que lo confieso aquí...y me duele porque es mi hermanito...eso intente con mi propio hermanito y eso no me deja en paz...tranquila...” (I-4)*

La necesidad afectiva y el miedo a la soledad, llevan a estas mujeres a involucrarse en relaciones sexuales indiscriminadas y superficiales.

*“Después de eso ya a mí no me importaba tener relaciones sexuales con quien sea y me había acostumbrado.... pienso eso (abuso) despertó mi necesidad de tener relaciones sexuales.... Siempre yo tenía como ese miedo de que si me quedaba sola o algo así...” (I-9)*

En otros casos retrasó o dificultó el inicio de las relaciones sexuales. La vivencia de esta experiencia traumática las lleva a asociar el sexo con sentimientos de dolor, vergüenza y temor. Por otro, lado el miedo a la estigmatización las hace rechazar las relaciones.

*“yo no sentía ese interés, ni curiosidad por el sexo... Siento que ya estoy tarde para tener pareja” (I-5)*

*“Tener relaciones con un hombre...que alguien se me acercara eso si me afecto....esa experiencia me afecto bastante. Ahora a los 43 años fue que tuve mi primera relación.” (I-11)*

#### Funcionamiento sexual

Según lo narrado por éstas, la experiencia de abuso afectó el disfrute de sus relaciones sexuales. Las dificultades presentadas estuvieron relacionadas al miedo a la penetración, a no disfrutar plenamente de las relaciones sexuales y a no desear ningún tipo de acercamiento que implicara intimidad sexual.

*“Casi nunca me he... sentido excitada. No logro tener orgasmos.” (I-1)*

*“Yo no sé hasta la fecha actual... la...la intimidad, o sea la sexualidad o sea las relaciones sexuales me crean mucha ansiedad...” (I-2)*

En el caso de la informante 8, que tiene una historia de múltiples abusos, incluyendo abusos con penetración forzada, se encontró que el miedo anticipado, alcanza tales proporciones que le impiden consumir la relación sexual y el disfrute de las mismas.

*“Y eso me ha llevado a tenerle...mire no sé qué es lo más parecido al miedo o que es más fuerte que el miedo...fobia yo creo que tengo aparte de fobia, le tengo terror... le tengo pánico. Yo creo, es que yo no soy capaz de dejar que un pene me este ni siquiera cerca de mi parte...desde que llega ese momento... me bloqueo...me pongo nerviosa...histérica. Me pongo a llorar...siento que esto aquí... todos estos músculos de acá se ponen duro...es un bloqueo total, de verdad...lo que siento.”(I-8)*

#### Prácticas Sexuales

Otras dificultades están relacionadas a ciertas prácticas sexuales que ellas relacionan con el evento abusivo. Los recuerdos intrusivos y recurrentes pueden venir de manera inesperada, tal como ellas bien lo describen; experimentando de nuevo, sentimientos similares a los vividos, anteriormente con el abuso. Esto conduce a un malestar general, desagrado y rechazo a la relación sexual.

*“Esas experiencias marcaron mi vida totalmente... totalmente me jodieron la vida...el hecho de que yo no pueda tener una relación normal, el hecho de que yo rechace tanto el pene y es eso.... O sea es que no soporto...es que para mí es terrible que alguien se me pegue...yo sentirlo, eso para mí es muy muy desagradable...todavía a la fecha.”(I-2)*

*“No es fácil porque eso se queda en tu pensamiento y en el momento menos indicado que uno ni siquiera está pensando en nada llegan recuerdos como ese a dañarte el momento, si así se pudiera decir...” (I-9)*

#### Preferencia Sexual

Se pudo observar, en algunas de las víctimas, un período de confusión en cuanto a sus preferencias sexuales, sólo uno de los casos manifestó siempre haber sentido atracción por las mujeres.

*“Pensé que quizás con una mujer era mejor, nunca pensé en mujeres... no sentía atracción hacia mujeres... al no sentir absolutamente nada en las relaciones sexuales llegue a tener dudas de mi preferencia sexual y tuve una relación con una mujer... no fue nada placentero para mí... la relación con mi amiga me hizo sentirme culpable... a la primera persona que le digo esto es a usted...” (I-7)*

*“Pensaba en mujeres para bloquear a los hombres...usaba ropa holgada, no me peinaba. Me ha venido a la cabeza la idea de tener relaciones sexuales con una amiga, esta se me ha estado insinuado, pero nunca me he sentido atraída hacia ella. No lo haría porque pienso que es algo malo.” (I-5)*

En el caso particular de la informante 2, ella entiende que su preferencia cambió, porque nunca antes se sintió atraída por mujeres. Sin embargo, cualquier conducta sexual que se asemeje, en este caso, a la penetración es rechazada, independientemente de que sea un hombre o una mujer que la ejecute.

*“Yo pienso que mi preferencia puede ser que cambio, porque antes a mí me interesaban mucho los chicos... siempre... nunca tuve experiencias sexuales con mujeres... ni nunca me paso siquiera por la mente.” (I-2)*

*“Me gusto besarme con ella y eso... pero, tener relaciones sexuales con ella no, porque ella era muy agresiva...quería introducirme los dedos y yo no quería.” (I-2)*

Las vivencias de violencia física y emocional, hace que estas mujeres se sientan no amadas, no apoyadas, denigradas, no valoradas y explotadas.

Se pueden identificar sentimientos de minusvalía, así como serias dificultades para establecer relaciones, especialmente con hombres, aislándose por temor a ser traicionadas de nuevo.

*“Eso hizo como que yo no valiera nada... mi personalidad fue muy afectada en todos los niveles en nivel afectivo de yo recibir y yo poder dar...para mí ha sido terrible hasta con mis propios hijos, ha sido*

*terrible...(llanto) porque eso provocó temor también en como yo me relaciono con las personas, tenía mucho miedo porque es como que no, no me gusta estar en grupo, relacionarme con la gente, tengo miedo ...miedo a que me traicionen como siempre... miedo a que me hieran.” (I-4)*

*“Es difícil confiar en los hombres en sentido general... y en la gente...soy muy reservada en mis relaciones con los demás...tengo muy pocos amigos...la gente dice que soy rara...no se” (I-5)*

El involucramiento sexual con muchas parejas en relaciones de corta duración las hace sentirse no valoradas.

*“Muchas veces como en mi caso sentirse desvalorada y eso no sería bueno porque realmente a mí no me da orgullo decir que yo he tenido relaciones sexuales con 10 personas...” (I-9)*

La preocupación ante la pérdida de la virginidad, durante la experiencia abusiva, y la importancia para la sociedad que ellas le atribuyen, no le permitía disfrutar de sus relaciones sexuales a plenitud.

*“Lo que siempre me torturaba era el hecho de que había perdido la Virginidad, eso es muy importante... bueno para la sociedad y eso me tenía a mi mal... entonces cuando volví a hacerlo con este muchacho, me empezaba a sentir como “sucía” otra vez, porque me había dejado tocar de nuevo. Aunque en el momento lo disfrutaba, pero cuando se iba eso, entonces me sentía mal.” (I-3)*

*“Acciones que yo cometí yo creo que tienen raíces en eso... a veces quizás a veces no me valore lo que tuve que valorarme como mujer, tuve novios que yo me le entregaba y ya, como que eso era... ya no era con ese valor de... no mira conservarme...” (I-10)*

El sentirse acosadas desde muy temprana edad, por sus atributos físicos/sexuales, las hace sentirse avergonzadas de sus cuerpos y con temor ante lo que ellas entienden provocan.

*“Desarrolle antes de los 10 años y desde entonces me sentía acosada por los hombres... notaba como los hombres me miraban solo porque tenía un pantalón*

*ceñido...y eso me hacía sentir mal... caminaba mirando hacia abajo...como encogida... en una ocasión un hombre hasta llegó a agarrarme las nalgas.”*

Los sentimientos de desprotección y desvalorización como consecuencia de un contexto familiar caracterizado por violencia, abandono, muerte o enfermedad de uno de los progenitores, abuso de alcohol, pobres vínculos afectivos, sin personas de confianza, crianza fuera del núcleo familiar, así como una educación sexual inadecuada caracterizada por información no clara y precisa, hermetismo y prohibiciones deja a la víctima vulnerable al abuso sexual.

La experiencia de abuso sexual es vivida con desconcierto ante algo que no entienden y con dolor por la traición de personas cercanas y por la respuesta de las personas cercanas o llamadas a protegerlas ante la revelación del abuso. No ser creídas o insinuar que provocaron el abuso. El miedo a no ser creída y la estigmatización social hace que el abuso quede en secreto por muchos años. De nuevo la víctima experimenta sentimientos de desprotección y desvalorización, no sabe en quien confiar, lo que la hace vulnerable a la re-victimización.

Como resultado de lo anterior la sexualidad es vivida con miedo, culpa y vergüenza impidiendo el disfrute de las relaciones sexuales. Se presentan dificultades relacionadas a la intimidad sexual y autoestima sexual, aversión sexual, involucramiento en relaciones sexuales indiscriminadas de corta duración, falta de deseo sexual, dificultades con la excitación y goce sexual, dolor en las relaciones, confusión en relación a la preferencia sexual.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Los resultados más relevantes de la investigación son discutidos de manera general, a través del análisis de los temas previstos: Contexto familiar, Experiencia de Abuso y Sexualidad. Así como, de los temas emergentes, resultantes de las entrevistas.

El contexto familiar se caracteriza no sólo por la violencia sexual, de la que son víctimas en la niñez y/o adolescencia, sino también por otros tipos de maltratos tanto

físico y emocional, así como abandono y negligencia. Algunos de estos abusos son propiciados dentro de la familia, por el padre, la madre, hermanos, familiares, tutores o conocidos en los hogares donde fueron insertadas. Los mismos, ocurrieron tanto en la niñez, como en la adolescencia. Sentimientos de abandono, tristeza, miedo, desprotección, no sentirse queridas, explotación y abuso son percibidos por las víctimas, afectando negativamente su autoestima.

La desprotección, así como la presencia de otras formas de violencia como negligencia, maltrato físico y emocional han sido señalados como indicadores de mayor riesgo de abuso sexual (Orjuela y Rodríguez, 2012). De igual modo, Zolbrod (2015) afirma que los efectos de una experiencia sexual traumática en la niñez o adolescencia pueden verse agravados por la presencia concurrente de otros tipos de abusos en la familia de origen, como el abuso físico y emocional.

Creer fuera del núcleo familiar en calidad de “acompañante”, o “acogida” por un familiar ante la muerte, discapacidad o abandono de uno o ambos padres, las hace más vulnerable de padecer situaciones de abuso y explotación, por parte de los familiares y conocidos de sus tutores. En este sentido, Baita y Moreno (2015) Orjuela y Rodríguez (2010); Butler (2013); (Finkelhor y Baron, 1986; Finkelhor, 1990; Holmes y Slap, 1998, citado por Berliner y Elliot, 2002) han descrito como factores de riesgo de abuso sexual la muerte o discapacidad de uno de los padres, y haber crecido fuera de su ambiente familiar.

Las relaciones conflictivas y violentas con personas significativas, dificulta el poder identificar personas dignas de confianza en su entorno familiar y social, lo que facilita, por un lado, que ocurra y se mantenga la conducta abusiva, y por otro contribuye a que esta permanezca en secreto, incluso hasta la adultez.

Algunos autores han señalado como los menores sumisos, pocos comunicativos y que no tienen vínculos de apego seguro con sus cuidadores o con carencias afectivas, que crecen en un entorno de violencia de género, que no tienen información sobre situaciones

de riesgo o que no han tenido acceso a una educación sexual adecuada son más vulnerables a situaciones de abuso sexual (Orjuela y Rodríguez, 2010; Baita y Moreno, 2015).

La educación sexual recibida está caracterizada por el silencio, el hermetismo, la prohibición y el miedo. La información sobre sexualidad es recibida de manera informal a través de revistas, conversaciones escuchadas y de vivencias de familiares cercanos. La pobre intervención de las madres o cuidadoras, en temas relacionados a la sexualidad, es manejada con mucho secretismo, por la vergüenza que les genera y por ser considerada prohibida. Por lo que crecen sin una información clara y precisa de la anatomía y funcionamiento de su cuerpo y de los cambios corporales y emocionales propios de la adolescencia como parte normal del desarrollo humano.

Autoras como Maltz (1987) refieren que el no poder hablar de manera abierta y clara de asuntos relacionados a la sexualidad con personas dentro de la familia produce confusión en las adolescentes quienes viven su sexualidad con culpa, miedo, aislamiento y dependencia. Por otro lado, un factor que parece estar relacionado con la variación en el impacto del abuso sexual en la sexualidad adulta, es el hecho de provenir de familias de origen con un pobre desarrollo sexual (Zolbrod, 2015). En este sentido, Sobanski et al. (2014) encontraron que la presencia de más de una circunstancia adversa asociada con el desarrollo sexual, como un inicio sexual temprano o forzado, incesto o su intento, pobre educación sexual entre otros, lleva a una mayor incidencia de interferencias en la relación de pareja incluyendo disfunciones sexuales.

Los padres, por su lado, establecen las reglas o límites de la forma de relacionarse con hombres, de una manera autoritaria y restrictiva, a través de prohibiciones, miedo y amenazas. Se aprende que los hombres no son dignos de confianza y a tener cuidado con ellos. Se hacen advertencias de las relaciones sexuales prematrimoniales, y sus consecuencias, embarazo y riesgo de ser abandonada. Informaciones no definidas

claramente, como “te pueden hacer mujer”, con el mensaje implícito de la pérdida de la virginidad como “sello de garantía” de inocencia y pureza, implican por un lado el paso de la niñez a la adultez y por el otro, reducen a la persona a un objeto de pertenencia (del hombre) o definen sus relaciones futuras en término de la intención con la que es escogida por otros hombres.

La experiencia de abuso sexual confirma lo ya aprendido sobre los hombres, como si fuera una profecía auto-cumplida. En un estudio cualitativo realizado por Bohm, (2017) sobre la percepción de las consecuencias del abuso sexual en el desarrollo sexual basado en las expectativas de género, se encontró el embarazo no deseado, las creencias acerca de “perder la inocencia” y otras creencias en torno a “un futuro destruido”, en relación a abandono de los estudios y a las posibilidades de encontrar una pareja con quien casarse o a llevarlas a conducirse de manera inapropiada y a la exclusión social.

Lo que aprenden respecto al sexo y la sexualidad no sólo es negativo, sino que se omiten los aspectos positivos de la sexualidad como el toque del cuerpo como expresión de afecto o experimentación de placer. Por lo contrario, se hace referencia al toque, como algo malo (haciendo referencia a la moral sexual) y peligroso (en el sentido de las consecuencias), “No tocarse, ni dejarse tocar su cuerpo”. Esto es particularmente importante, ya que en las familias donde ocurren situaciones sexuales abusivas, se ha encontrado una forma de socialización sexual disfuncional, caracterizada por serias dificultades para el establecimiento de límites sexuales adecuados, donde el toque se utiliza más para satisfacer una necesidad sexual del que ejerce el abuso, irrespetando la privacidad física y emocional del menor, (Madock, 1983, citado por Tharinger, 1990).

Por otro lado, el abuso sexual en la infancia o adolescencia, introduce a la víctima a la experiencia sexual, de manera inapropiada, a destiempo y en algunos casos de manera violenta. Esto crea confusión sobre las formas de manifestar afecto, relacionarse en la intimidad y el establecimiento de

límites. Esto ha sido ampliamente explicado por la teoría de las dinámicas traumatogénicas de Finkelhor y Browne (1988) que plantea como el abuso sexual produce en la víctima alteraciones cognoscitivas y emocionales que distorsionan el concepto de sí misma, de su valor, de la visión del mundo y de sus capacidades afectivas.

La conducta abusiva puede iniciar en la niñez y/o en la adolescencia y continuar en ocasiones en la adultez. Ocurre como un hecho aislado/único o recurrente en el tiempo y es ejecutada por uno o varios perpetradores, en diferentes etapas la vida. La revictimización ocurre con frecuencia y es interpretada por la víctima como algo que “provoca o atrae”, sintiéndose culpable y responsable, en cierta forma, por la conducta abusiva.

El repertorio de conductas abusivas es muy variado e incluye acoso, toques de senos, toques de genitales, penetración vaginal, penetración anal, penetración anal con los dedos, penetración vaginal con los dedos, roce de genitales, masturbación, sexo oral, forzar a realizar sexo oral, filmación de la relación sexual y exposición a material pornográfico.

Yancey y Hansen (2010) han señalado entre los factores relacionados a las consecuencias del abuso sexual, la severidad y duración de la conducta abusiva. Así cuanto más crónico e intenso es el abuso, mayor es el desarrollo de un sentimiento de indefensión y de vulnerabilidad y más probable resulta la aparición de síntomas (Cortés y Cantón, 1997).

El abuso sexual es cometido generalmente por hombres familiares y/o cercanos a la víctima, o conocidos del entorno, lo que facilita su acercamiento. Las relaciones incestuosas son cometidas por diversos familiares, padres, hermanos, padrastros, cuñados y tíos, quienes son los jefes de hogares o principales proveedores. Otros abusos son cometidos por personas con quien la víctima sostiene relaciones de confianza, como pastores de iglesias, novios y vecinos, los cuales muestran un comportamiento público “adecuado”. Algunos autores han resaltado que es el

secreto, la traición de la confianza, lo que más daño produce en la víctima. (Brume, 1990; Herman, 1981; Batres; Maltz, 1988; Finklehor y Browne, 1985). De manera que, cuanto mayor sea el grado de intimidad emocional, entre la víctima y el agresor, mayor será el impacto psicológico, que se puede agravar si la víctima no recibe apoyo de la familia. (Cortés y Cantón, 1997; Yancey y Hansen ,2010).

Los mecanismos utilizados por el victimario son el engaño, la seducción, manipulación, chantaje, sugestión y en casos de resistencia, la violencia física. Se hace evidente la asimetría de poder entre el victimario y la víctima en cuanto a tamaño, fuerza física, entendimiento, madurez emocional, rol dentro del contexto familiar y social. Lo anteriormente expuesto junto a la desprotección y desinformación, sitúa a la víctima en una posición de desventaja, reaccionando sorprendida y desconcertada, ante lo que no consigue explicarse.

Barudy (1999) plantea como la mayoría de los abusos sexuales suceden dentro de una dinámica relacional compleja, donde el perpetrador aprovecha la confianza y dependencia de la víctima hacia él, actuando de manera gradual y progresiva, utilizando diferentes mecanismos, como la seducción, el engaño, chantaje y la manipulación para lograr su propósito. El abuso puede que nunca sea revelado o de ser revelado o descubierto, la víctima pudiera retractarse o minimizarlo por temor a las consecuencias.

El dolor y la vergüenza, además de la estigmatización son sentimientos que acompañan la experiencia de abuso. El dolor derivado principalmente de la traición al romperse la relación de confianza con el agresor, lo que se agrava ante la revelación del secreto y el cuestionamiento de la veracidad del mismo; ante la insinuación de provocación de la víctima al abuso; y ante la falta de acción de los cuidadores. Los sentimientos de vergüenza se relacionan al miedo anticipado de la puesta en evidencia de algo prohibido o restringido, como lo es la sexualidad, de acuerdo a los guiones culturales internalizados. Los pensamientos

irracional sobre la estigmatización, miedo al rechazo y la no valoración como persona, llevan al aislamiento social, y a mayor vulnerabilidad a la re-victimización.

La ira, el miedo y la impotencia se generan ante la incapacidad de salir de la situación abusiva y la desprotección experimentada, ante la ausencia o no apoyo de sus supuestos cuidadores.

La culpabilidad surge del auto cuestionamiento sobre la posibilidad de evitar el abuso, mantenerlo secreto y creer que sus atributos físicos son los responsables de despertar el deseo sexual del agresor. El debate interno entre lo que pudo haber hecho y no hizo perdura por años, generando, ansiedad y tristeza.

El Síndrome de acomodación al abuso sexual infantil describe una serie de respuestas que las sobrevivientes desarrollan frente al abuso sexual y al incesto. El secreto, el cual es impuesto por la manipulación emocional, la amenaza, los sentimientos de culpabilidad, temor a las consecuencias y a no ser creído; sentimientos de indefensión, vulnerabilidad, impotencia y soledad, que pueden perdurar a lo largo de toda la vida, y generalizarse a otras relaciones interpersonales; Atrapamiento y acomodación, la víctima no puede detener la conducta abusiva, entonces se adapta como método de supervivencia; revelación de la conducta abusiva tardía, que en el caso de no recibir apoyo, la víctima pudiera retractarse. (Summit, 1983 y Courtois, 1988 citado por Batres, 1997).

La experiencia sexual es subjetiva, cambiante e influida por múltiples factores no solo biológicos, sociales y culturales, sino también por el significado que damos a los eventos en nuestra historia de vida. El impacto del abuso sexual en la sexualidad es evidente a corto y a largo plazo. La víctima de abuso vive su sexualidad con miedo, vergüenza y culpa, estos sentimientos se manifiestan desde el inicio de su desarrollo sexual hasta su vida sexual adulta.

El interés sexual es despertado a destiempo, generando confusión, frente al no

entendimiento de lo que ocurre y la culpa al experimentar sensaciones desconocidas.

La sexualidad en la adultez se ve afectada en cuanto a la necesidad sexual manifestada, su funcionamiento, su preferencia sexual, su auto estima sexual y la forma de relacionarse en la intimidad.

La apatía sexual y el involucramiento en relaciones sexuales indiscriminadas y de corta duración son comportamientos observados en la persona abusada, o por el contrario, el desinterés y postergamiento de relaciones íntimas con hombres, lo que hace que los demás la perciban “rara” y cuestionen su preferencia sexual. Esto la lleva al aislamiento sexual y a dudar sobre su preferencia sexual. La asociación del sexo con sentimientos de dolor, vergüenza y miedo a la estigmatización contribuye al rechazo de las relaciones.

Según Lalor y Mc Elvaney (2010) los sobrevivientes de abuso sexual tienen más probabilidad de tener múltiples parejas sexuales y a experimentar agresión sexual en la adultez. Por otro lado, sostener relaciones superficiales, de manera habitual, sin ningún tipo de compromiso con diferentes parejas, denota según DiLillo (2001) asuntos no resueltos de intimidad y confianza. Las dificultades están asociadas a la violación de la confianza que se da en el abuso sexual con personas conocidas o cercanas (Maltz, 1988) y a los sentimientos de traición experimentados por las víctimas (Finklehor y Browne, 1985).

Autoras como Maltz (1987) consideran esta actividad sexual indiscriminada como una conducta autodestructiva por los sentimientos de culpa generados por el abuso o como una manera de estar en control de su sexualidad. Sin embargo, este comportamiento sexual desordenado es mal visto por la sociedad, quien cuestiona su integridad moral, impactando negativamente su autoestima.

Las dificultades sexuales se manifiestan en la ausencia o disminución del deseo sexual, miedo a la penetración, insatisfacción sexual y rechazo a la intimidad sexual. Cuando se trata de abusos múltiples o violentos, el temor se convierte

en fobia, llevando a la evitación sexual o lo que se conoce de acuerdo al DSM 5 como “trastorno de evitación/dolor pélvico”.

Numerosos estudios realizados han encontrado mayores problemas sexuales en mujeres víctima de abuso en comparación con mujeres no abusadas. Entre los problemas sexuales reportados están dificultades con la excitación, vaginismo y flashbacks del evento traumático, así como otros problemas emocionales relacionados al sexo como culpa sexual, ansiedad sexual y baja autoestima sexual (Briere, 1984; Courtois, 1979; Finkelhor, 1984; Gold, 1986; Herman, 1981, Langmade, 1983; Meiselman, 1978, citado por Tharinger, 1990); dificultades en el logro de orgasmos (Swaby, y Morgan, 2009) ; dificultades de confianza y comunicación en la pareja (López, et al. 2017). En estas mujeres, la evitación de cercanía o intimidad en las relaciones y la evitación de un involucramiento emocional son predictores de su funcionamiento orgásmico. (Staples, et al.2012).

De igual modo, Carreiro, et al. (2016) han reportado una prevalencia de disfunción sexual mayor en mujeres con historia de abuso sexual, así como un índice significativamente menor de calidad de vida. La hiposexualidad, un deseo sexual hipoactivo y/o aversión sexual, son síntomas que pueden causar preocupación en la mujer, así como ser motivo de tensión en las relaciones de pareja en la adultez (Wohl, 2018).

La introducción precoz y traumática a la experiencia sexual, por medio del abuso, crea confusión sobre la intimidad y las relaciones sexuales. Todo lo relacionado a la experiencia sexual es acompañado por miedo y ansiedad, lo que impide disfrutar de las mismas y/o experimentar dolor. Aprende a vivir la sexualidad complaciendo a otros, por encima de sus propias necesidades. El simular placer o evitar la relación sexual con penetración ocasiona tristeza y menosprecio hacia sí misma, por no poder experimentar la sexualidad a plenitud y por no cumplir con el rol sexual de satisfacer a su pareja.

Al respecto, Brotto (2010) ha señalado que la depresión, la ansiedad, una imagen corporal negativa, la negligencia emocional, así como los mensajes culturales y religiosos son factores que inhiben la sexualidad femenina. Por su lado, Kaplan (2009) considera que los conflictos inconscientes en torno a la sexualidad, el temor, la vergüenza, y el sentimiento de culpabilidad debido a una educación restrictiva, así como el temor a los hombres, el temor a perder el control, el temor al rechazo y al abandono son posibles causas de disfunciones sexuales en la mujer.

Por otro lado, los recuerdos intrusivos, inesperados y recurrentes del evento traumático, reviven sentimientos desagradables, que impiden el disfrute sexual. La relación sexual puede ser vivida como una experiencia fuera de sí misma, de observación y no participación de la misma. De la misma manera ciertas prácticas sexuales (toques en algunas partes del cuerpo, caricias, sexo oral, penetración brusca, entre otros) que despiertan el recuerdo del abuso, son rechazadas. El uso de recursos distractores (que la pareja le hable mientras tienen relaciones) y protectores (la luz apagada, bloquear fantasías sexuales con hombres) son necesarios para poder tener intimidad.

Los efectos a largo plazo experimentados por las sobrevivientes de abuso, como depresión, ansiedad, patrones disociativos, trastorno de stress post-traumático, afectan su funcionamiento sexual. Algunos de los síntomas sexuales que resultan como consecuencia de la experiencia de abuso son: evitación, miedo o faltas de interés en el sexo; tener sexo por obligación; experimentar sentimientos negativos como rabia, incomodidad o culpa con el toque; dificultad para sentir o excitarse; sentirse emocionalmente distante o no presente durante el acto sexual; experimentar imágenes y pensamientos intrusivos o desagradables; involucrarse en conductas sexuales compulsivas o inapropiadas; dificultad para establecer y mantener relaciones íntimas; experimentar dolor vaginal o dificultad para lograr orgasmos (Maltz, 2002).

De igual modo, la experiencia abusiva puede crear confusión en cuanto a la

preferencia sexual. La asociación de la relación sexual con los hombres, al dolor y su consecuente evasión, bloquea las fantasías sexuales con los hombres y abre la posibilidad de relaciones sexuales con mujeres. Esto ha sido señalado por autores como Maltz (1997) y Roller (2009) afirmando que la experiencia de abuso sexual puede afectar la preferencia sexual de la víctima creando confusión en la misma.

En otras ocasiones, la confusión parece estar relacionada más con la práctica sexual que con el objeto de preferencia sexual. Se percibe la relación con mujeres, más segura y sin dolor. En el momento en que ésta, se torna agresiva, con intento de penetración, es rechazada por miedo al dolor. En este sentido, Maltz (1987) ha encontrado que muchas víctimas prefieren involucrarse en relaciones de pareja con mujeres, debido a que demandan menos contacto sexual y son más comprensivas.

Las reacciones después de la experiencia homosexual son diversas. En algunos casos se vive con desagrado y vergüenza, confirmando su preferencia heterosexual. En otros casos se retrasa el inicio de la relación sexual o se vive con ambivalencia ente placer y culpa, debido creencias morales y religiosas.

La violencia física, emocional y sexual tanto dentro del contexto familiar, como dentro del entorno de las personas que le dan acogida, hace que surjan sentimientos de desamor, desprotección, explotación, denigración, dolor y desvaloración, dejando graves secuelas en la autoestima, reflejándose en la forma de relacionarse de la víctima. Existe una incapacidad de establecer relaciones de confianza y reciprocidad. La conducta sexual puede manifestarse como aislamiento ante el temor de ser traicionada de nuevo o involucramiento en relaciones de corta duración comprometiendo aún más su autoestima. Al respecto, Kilimnik y Meston (2016) han encontrado que las mujeres con historia de abuso sexual infantil tienen menor estima corporal que las mujeres no abusadas, especialmente en la forma que autoperceben su atractivo, y

estas percepciones parecen influenciar su respuesta sexual, actuando en la excitación e inhibición de la misma.

La vivencia del acoso sexual, desde muy temprana edad, hace que la víctima sienta vergüenza de sus atributos físicos/sexuales y temor ante lo que estos “despiertan” en los hombres. La imagen corporal es seriamente afectada, reflejándose en el descuido de la apariencia física, con el uso de atuendos exagerados que cubran el cuerpo y escondan la femineidad, con el objeto de pasar desapercibida y/o protegerse ante otro posible abuso.

Por otro lado, la pérdida de la virginidad constituye la trasgresión de límite más grave de la experiencia abusiva, por la valoración que socialmente se le atribuye a la misma. La víctima se siente avergonzada, sucia y no valorada por ella misma y por los demás. Estos sentimientos le impiden vivir su sexualidad plenamente.

Kennedy y Prock (2016) plantean que el abuso sexual al ser un crimen de género sexual e íntimo viola las normas sociales acerca de lo que es apropiado y aceptable, por lo que las sobrevivientes pueden experimentar estigma que incluye mensajes de víctima-culpa de la sociedad. Esta estigmatización puede ser internalizada entre ellas como auto-culpabilización, vergüenza, y estigma anticipada. La estigmatización puede llevarlos a tener problemas con su sexualidad en el futuro (Finkelhor and Browne, 1985).

Los resultados recolectados a través de los relatos de las víctimas, sugieren que el abuso sexual es un evento que tiene graves efectos en la sexualidad de la víctima. Las secuelas no solo son inmediatas, sino que pueden perdurar a lo largo de la vida sin que la víctima la asocie a la experiencia de abuso. De ahí la importancia de la sensibilidad y destreza del terapeuta para identificar indicadores o síntomas que pudieran estar relacionados a una conducta de abuso presente o pasada, con el fin de reforzar los mecanismos de detección y recuperación de la víctima.

La comprensión de las dinámicas familiares, sociales y culturales que sostienen el abuso sexual a menores, son claves para

identificar los factores de riesgo, y de esta manera establecer medidas y acciones de prevención y atención dirigidas a la protección del menor. El fortalecimiento de los vínculos afectivos familiares, la comunicación abierta y clara, establecimiento de relaciones de respeto, disminuirían los sentimientos de desprotección y desvalorización reportados por las víctimas y su vulnerabilidad al abuso.

Por último, reconocer que el abuso sexual es un problema multifactorial, que no solo puede considerarse como un hecho aislado y situacional, sino que responde a bases relacionales, sociales y culturales complejas, que sostienen prejuicios y estigma sociales que impregnan la manera en que se percibe y se afronta esta problemática.

El hecho de que de la mujer sea la principal víctima de abuso sexual de parte de hombres, que además son familiares o conocidos del entorno de la misma, demanda una revisión de los mensajes sociales sobre las conductas sexuales relacionados a la construcción de la masculinidad y la feminidad en el contexto familiar y social, así como la necesidad de un cambio en la forma en que se educa sobre sexualidad. Una educación sexual, con información precisa y clara, destacando tanto los aspectos negativos y positivos de la sexualidad, con modelos de roles sexuales saludables, que promueva el derecho a la privacidad y al rechazo de propuestas coercitivas o violentas y que valore y respete los derechos sexuales propios y de los demás de igual manera, daría un encuadre positivo a la manera en como pensamos, sentimos y actuamos sobre la sexualidad.

## **BIBLIOGRAFIA**

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: Author
- Baita, S. y Moreno, P. (2015). Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia. UNICEF Uruguay
- Barudy, J. (1999) *Maltrato Infantil*. E. Prevención y Reparación. Ecología Social. Editorial. Galdoc.
- Batres, G. (1997). *Del ultraje a la esperanza. Tratamiento de las secuelas del incesto*. San José: ILANUD. Programa Regional de capacitación contra la violencia doméstica.
- Bass, E. y Davis, L. (1988). *The courage to Heal*. New York: Harper and Row, Publishers.
- Berliner, L. y Elliot, D. (2002) *Child sexual abuse*. In J. Myers, ed. *The APSAC Handbook on child maltreatment*, 2nd, ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Berthelot, N., Godbout, N., Hébert, M., Goulet, M. & Bergeron, S. (2014). Prevalence and Correlates of Childhood Sexual Abuse in Adults Consulting for Sexual Problems. *Journal of Sex & Marital Therapy*. Vol. 40, Iss. 5, 214
- Blume (1990). *Secrets Survivors*. New York: Ballentine Books.
- Böhm, B. (2017) "She Got Spoilt": Perceptions of Victims of Child Sexual Abuse in Ghana, *Journal of Child Sexual Abuse*, 26:7, 818-838, DOI: 10.1080/10538712.2017.1354347
- Brotto LA, Bitzer J, Laan E, Leiblum S, and Luria M. (2010). Women's sexual desire and arousal disorders [published correction appears in *J Sex Med*. 2010; 7(2 pt. 1):856]. *J Sex Med*. 2010; 7(1 pt. 2):586–614.
- Carreiro, A. V., Micelli, L. P., Sousa, M. H., Bahamondes, L., & Fernandes, A. (2016). Sexual dysfunction risk and quality of life among women with a history of sexual abuse. *International Journal Of Gynecology & Obstetrics*, 134(3), 260-263. doi:10.1016/j.ijgo.2016.01.024
- Cortés, M. R. y Cantón, J. D. (1997): «Consecuencias del abuso sexual infantil», en J. D. Cantón y M. R. Cortés, *Malos tratos y abuso sexual infantil*, Madrid, Siglo XXI.
- DiLillo, D. (2001). Interpersonal function among women reporting a history of childhood sexual abuse: Empirical findings and methodological issues. *Clinical Psychology Review*, 21, 553-556. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00072-0

- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. Barcelona. Ariel.
- Fergusson, D., Mc Leod, G., Horwood, L. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand, *Child Abuse & Neglect*, Volume 37, Issue 9, Pages 664–674
- Finkelhor D., Browne A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A Conceptualization. *J Orthopsychiat*; 55:530–541. [PubMed]
- Finkelhor, D., Browne, A. (1988) Assessing the long-term. Impact of child abuse: A review and conceptualization. *Handbook On Sexual Abuse of Children Assessment and Treatment Issues*. Leonore Walker (editor). New York: Springer Publishing Co.
- Finkelhor, D., Hammer, H., & Sedlak, A. J. (2008). Sexually assaulted children: National estimates and characteristics. Bureau of Justice Statistics, US Department of Justice. Retrieved from <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojdp/214383.pdf>
- Hébert M1, Tourigny M, Cyr M, McDuff P, Joly J. Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *Can JPsychiatry*. 2009 Sep; 54(9):631-6.
- Herman, J. L. (1981). *Father-daughter incest*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P. (2014) *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill/Interamericana editores, 6ta edición
- Kaplan, H. (2009). *La nueva terapia sexual*. Tomo II. Guidelines for medicolegal care for victims of sexual violence. Editorial Alianza Madrid.
- Kennedy, A. and Prock, K. (2016). “I Still Feel Like I Am Not Normal”: A Review of the Role of Stigma and Stigmatization Among Female Survivors of Child Sexual Abuse, Sexual Assault, and Intimate Partner Violence Trauma, Violence, & Abuse. <https://doi.org/10.1177/1524838016673601>
- Kilimnik, C., Meston, C. (2016). Role of Body Esteem in Sexual Excitation and Inhibition Responses of Women With And Without a History of Childhood Sexual Abuse. *The Journal of Sexual Medicine*. [IF: 2.98]
- Lalor, K. & McElvaney, R. (2010). Child Sexual Abuse, Links to Later Sexual Exploitation/High-Risk Sexual Behavior, and Prevention/Treatment Programs. *Trauma, Violence, & Abuse*. Volume: 11, Issue: 4, Pages: 159-177.
- López, S., Faro, C., Lopetegui, L., PujolRibera, E., Monteagudo, M. & Cobo, J. (2017). Impacto del abuso sexual durante la infancia-adolescencia en las relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas. *Gaceta Sanitaria*. Volume 31, Issue 3, May–June 2017, Pages 210–219. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.010>
- Maltz. W., Holman, B. (1987) *Incest and Sexuality. A guide to understanding and healing*. Lexington Books.
- Maltz, W. (1988). Identifying and treating the sexual repercussions of incest: A couple’s therapy approach. *The Journal of Sex and Marital Therapy*, 14(2), 142-170. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/00926238808403914>
- Maltz, W. (2002). Treating the sexual intimacy concerns of sexual abuse survivors. *Sexual and Relationship Therapy*, 17(4), 321-327.
- Mayer, R., Quellet, F. (1991) *Méthologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville. Gaetan Morin Editeur. Montreal-Paris-Casablanca p.473-502.
- Orjuela, L., Rodríguez. (2012). *Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil*. Edita: SAVE THE CHILDREN, España. [www.savethechildren.es](http://www.savethechildren.es)
- Redondo, C. y Ortiz, M.R. (2005) *El abuso sexual infantil*. *Boletín de la sociedad de pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*. 45: 3-16

- Roller, C., Martsof, D. S., Draucker, C. B., & Ross, R. (2009). The Sexuality of Childhood Sexual Abuse Survivors. *International Journal of Sexual Health: Official Journal of the World Association for Sexual Health*, 21(1), 46–60. <http://doi.org/10.1080/19317610802661870>
- Sobanski JA, Klasa K, Cyranka K, MMuldner-Nieckowski L, Dembinska E, Rutkowski K, Smiatek-Mazgaj B, Mielimaka M. Influence of cumulated sexual trauma on sexual life and relationship of a patient. *Psychiatr Pol*. 2014 Jul-Aug; 48(4):739-58.
- Staples J, Rellini AH, Roberts SP. (2012). avoiding experiences: sexual dysfunction in women with a history of sexual abuse in childhood and adolescence. *Arch Sex Behav*. ; 41(2):341-50. doi: 10.1007/s10508-0119773-x.
- Swaby AN1, Morgan KA. (2009).The relationship between childhood sexual abuse and sexual dysfunction in Jamaican adults. *Child Sex Abuse*. May-Jun; 18(3):247-66. doi: 10.1080/10538710902902679.
- Tharinger, D. (1990) Impact of child sexual abuse on developing sexuality. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol. 21. (5), pp. 331-337).
- Vaillancourt-Morel, MP, Godbout N, Labadie C, Runtz M, Lussier Y, Sabourin S.(2015). Avoidant and compulsive sexual behaviors in male and female survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2015 Feb; 40:48-59. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.10.024. Epub 2014 Nov 28.
- Wohl, A. & Kirschen, G. (2018) Betrayal of the Body: Group Approaches to HypoSexuality for Adult Female Sufferers of Childhood Sexual Abuse, *Journal of Child Sexual Abuse*, 27:2,154-160, DOI: 10.1080/10538712.2018.1435597
- World Health Organization. (2014). Child maltreatment factsheet. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/index.html>
- Yancey y Hansen (2010). Relationship of personal, familial, and abuse-specific factors with outcome following childhood sexual abuse. *Aggression & Violent Behavior* 15, pp. 410–421.
- Zoldbrod AP1 (2015) Sexual Issues in Treating Trauma Survivors. *Curr Sex Health Rep*.;7(1):3-11.

**Cuadro de temas, sub temas, temas emergentes y meta- temas**

<b>Contexto Familiar</b>	<b>Dinámica Relacional</b>	Normalización de la Violencia intrafamiliar Abuso de alcohol Discapacidad o muerte de uno de los padres Crianza fuera del núcleo familiar relaciones no dignas de confianza
	<b>Educación Sexual</b>	No información Hermetismo Prohibiciones Connotaciones negativas de la sexualidad Temor a consecuencias información poco precisa Hombres considerados peligrosos

**DESPROTECCIÓN Y DESVALORIZACIÓN**

<b>Experiencia de Abuso</b>	<b>Tipo de abuso</b>	Variado
	<b>Perpetrador</b>	Persona de confianza Figura de autoridad Conocido
	<b>Mecanismos utilizados</b>	Engaño Sugestión Seducción Chantaje emocional Violencia
	<b>Sentimientos</b>	Desconcierto Culpa Miedo Traición Dolor Desaprobación Ira Vergüenza Indignación Tristeza Impotencia Asofo
	<b>Revelación del abuso</b>	Secreto Miedo a que no lo crean Revelación y retractación Revelación y responsabilidad a la víctima de la provocación del abuso Revelación y no tomar medidas protectoras Revelación y negación por parte del perpetrador Revelación y dudas de la veracidad Culpa
	<b>Revictimización</b>	

**DESPROTECCIÓN Y DESVALORIZACIÓN**

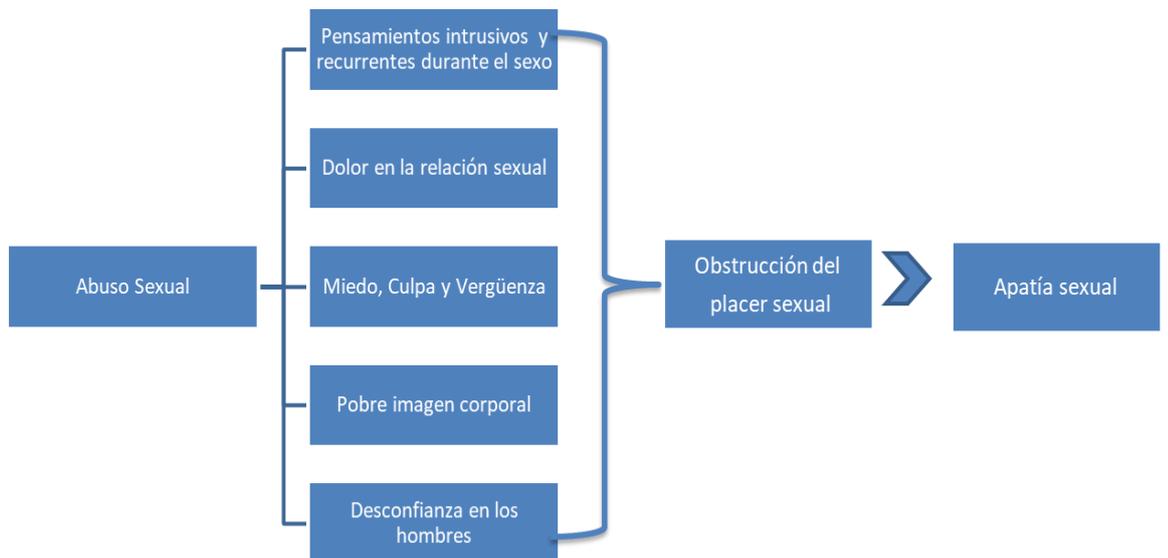
<b>Impacto en la sexualidad</b>	<b>Comportamiento sexual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interés sexual precoz</li> <li>Retraso en inicio de las relaciones sexuales</li> <li>Apatía sexual</li> <li>Miedo a las relaciones sexuales</li> <li>Desconfianza en los hombres</li> <li>Sexo para otros</li> </ul>
	<b>Preferencia sexual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Confusión en orientación sexual</li> </ul>
	<b>Funcionamiento sexual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incapacidad sexual</li> <li>Dolor en la relación sexual</li> <li>Dificultad en las relaciones sexuales</li> <li>Dirección</li> <li>Fenómenos involuntarios recurrentes (flash-backs)</li> </ul>
	<b>Prácticas sexuales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rechazo a ciertas prácticas sexuales</li> <li>Rechazo a las relaciones sexuales</li> <li>Bloqueo de fantasías sexuales con hombres</li> <li>Uso de recursos protectores y distractoros</li> </ul>
	<b>Autoestima</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pobre imagen corporal</li> <li>Estigmatización</li> <li>Desvalorización</li> </ul>

**MIEDO, CULPA Y VERGUENZA**

**Figura 1. Secuencia de relación de la desprotección y desvalorización e impacto en la sexualidad**

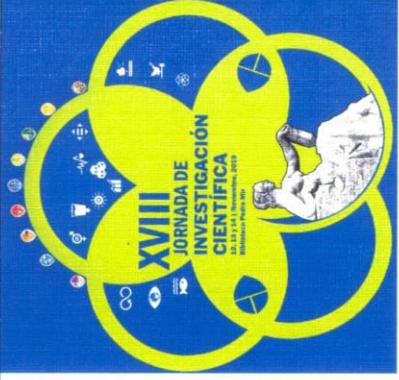


**Figura 2. Ejemplo del impacto del abuso sexual en la sexualidad**





XVIII Jornada de Investigación Científica de la Universidad UASD



**Universidad Autónoma de Santo Domingo**  
VICERECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
Dirección General de Investigaciones Científicas y Tecnológicas

Otorga el presente

# Certificado

*A.* **Aida María Freites Betances; Rafael García Álvarez;  
Rosario Fadul Calderón**

POR SU PARTICIPACIÓN COMO EXPOSITORES EN LA

## XVIII Jornada de Investigación Científica

Con la ponencia:

Sexualidad en mujeres con historia de violencia sexual

Celebrada los días 12, 13 y 14 de noviembre del año 2019. Ciudad Universitaria, Santo Domingo, República Dominicana

  
Dr. Marco Camarillo Lorenzo  
Vicerrector de Investigación y Postgrado

  
Mrs. Magdalena Espinoza  
Directora General de Investigaciones Científicas y Tecnológicas UASD



*Sexualidad en mujeres con historia de violencia sexual*