

TRAUMA, APEGO Y RESILIENCIA. CONOCIENDO EL ABUSO SEXUAL INFANTIL Y SUS CONSECUENCIAS EN UNA VÍCTIMA ADULTA*

TRAUMA, ATTACHMENT AND RESILIENCE.
KNOWING CHILD SEXUAL ABUSE AND ITS CONSEQUENCES IN AN ADULT VICTIM

Flores, Mayoira¹; De Lima, Any²; Pastori, Neugim³

RESUMEN

Se trata de un estudio de caso único (N=1) para conocer el trauma, el apego y la resiliencia desde las manifestaciones de un adulto de 29 años, víctima de abuso sexual desde la infancia temprana hasta la adolescencia. Los datos fueron recolectados a partir de tres entrevistas: una inicial semiestructurada (*ad hoc*), una entrevista abierta, que exploró la experiencia traumática, y la Entrevista de Evaluación Intergeneracional del Apego (*Adult Attachment Interview*, AAI) de Marrone. Para el análisis se predefinieron categorías y subcategorías de análisis con base en las áreas de estudio y la teoría existente; finalmente, se realizó un análisis estructurado de interpretación de códigos verbales a través de técnicas cualitativas, lo que permitió describir, comprender e integrar la información obtenida del sujeto y presentarla en un estudio clínico de enfoque cualitativo y de tipo descriptivo.

Palabras clave:

Abuso sexual infantil - Apego - Trauma - Resiliencia

ABSTRACT

This is a unique case study (N=1) that aimed to know the trauma, attachment and resilience from the manifestations of a 29-year-old adult, victim of sexual abuse from early childhood to adolescence. The data were collected from three interviews: a semi-structured initial (*ad hoc*), an open interview that explored the traumatic experience and the Marrone Adult Attachment Interview (AAI); for the analysis, categories and subcategories of analysis were predefined based on the study areas and the existing theory; finally, a structured analysis of the interpretation of verbal codes was carried out using qualitative techniques, which allowed describing, understanding and integrating the information obtained from the subject and presenting it in a qualitative and descriptive clinical study.

Key words:

Child sexual abuse - Attachment - Trauma - Resilience

*El artículo muestra los resultados parciales de un caso, de una investigación más amplia sobre el abuso sexual infantil (ASI), que describe el trauma, el apego, las características de personalidad y la resiliencia en víctimas adultas, llevada a cabo por las autoras en la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela, y que cuenta con el aval institucional y el consentimiento informado de los participantes para su publicación y difusión.

¹Universidad Central de Venezuela, Escuela de Psicología, Departamento de Psicología Clínica Dinámica. E-mail: mayoiraflres@hotmail.com

²Universidad Central de Venezuela, Escuela de Psicología, Departamento de Psicología Clínica Dinámica.

³Universidad Central de Venezuela, Escuela de Psicología, Departamento de Psicología Clínica Dinámica.

Introducción

El abuso sexual infantil (ASI) es un tipo de violencia que impacta significativamente en las sociedades de todo el mundo, no obstante, aún en la actualidad, son pocos los casos que se conocen debido principalmente a los obstáculos que se presentan al intentar asir la información que, ya sea desde posturas cuantitativas o cualitativas, plantean la necesidad de enfrentarse con una realidad incómoda tanto desde una postura personal –padres, familiares, vecinos, terapeutas, funcionarios, maestros–, como institucional –escuelas, hospitales, clubes. A ello se adhiere la dificultad para establecer una definición y clasificación precisa, el desconocimiento de los criterios para su detección o diagnóstico, las dificultades para su investigación, la invisibilidad de las repercusiones y el manejo terapéutico inadecuado.

Es ampliamente conocido que este fenómeno no detectado o tratado a tiempo, junto a la ausencia de un vínculo afectivo sano y estable con al menos un adulto significativo, aumentan la probabilidad de presentar problemas en el desarrollo y deriva en una amplia gama de enfermedades físicas y psicológicas que las víctimas pueden arrastrar durante el resto de sus vidas (Cantón y Cortés, 2015; Franco y Ramírez, 2016; Betancourt y Mera, 2014; García y Domínguez, 2013; Pereda, Gallardo-Pujol y Jiménez, 2011; y Pinheiro, 2006). Ello sugiere la importancia de examinar y entender las relaciones tempranas que, desde las teorías del apego, comprenden una red de variables que interactúan a través del vínculo entre la madre, el padre o el cuidador, y el bebé, quienes buscan, además de complementariedad y satisfacción de las necesidades, las primeras expresiones de amor sobre las que el infante se conformará como un ser social.

Por otra parte, diversas investigaciones –entre ellas, Morelato (2011) y García y Domínguez (2013)– demuestran que los niños que expresan, comprenden e integran los hechos tienen secuelas mínimas, llegando a desarrollarse con normalidad. Incluso, algunas corroboran la posibilidad que tienen los niños de sobreponerse y desarrollar capacidades positivas que le permiten afrontar adecuadamente situaciones difíciles o de alto estrés, lo que en los últimos años se ha explicado a través del concepto de resiliencia, entendido como la capacidad de superar eventos trágicos, siendo capaz de tener un desarrollo exitoso a pesar de las circunstancias.

En este sentido, el presente estudio de caso único brinda la posibilidad de conocer a profundidad la situación traumática vivida desde su protagonista, explora y describe el tipo de apego y los rasgos resilientes de la víctima, con el objeto de entender cómo influyó esta vivencia en el desarrollo evolutivo, psicológico y social, y sus repercusiones en la instauración de la personalidad, el sistema de creencias, la identidad, la visión del mundo, la autorregulación, el control de los afectos, la conducta, el autoconcepto y la capacidad del funcionamiento ejecutivo. Supone una oportunidad de entender y describir ampliamente algunos aspectos del crecimiento postraumático de niños víctimas de ASI, que puedan abrir campo a futuras investigaciones o desarrollo de programas de intervención, que resalten

la capacidad que tiene el ser humano de resistir y rehacerse ante las adversidades.

Consideraciones teóricas, conceptuales y fenomenológicas

La violencia es descrita por Pinheiro (2006) como un problema global, sustantivo y grave, cuya existencia se remonta a las antiguas civilizaciones. En la actualidad este problema sigue presentándose alrededor del mundo en diferentes formas, que además se encuentran profundamente arraigadas en diversas prácticas culturales, económicas y sociales, al punto de ser naturalizadas, propiciándolas o legitimándolas.

Buvinic et al. (2005) plantean que en América Latina es común la violencia contra los niños, sin embargo, la falta de registro de estos hechos conlleva una carencia importante de datos fiables, actualizados, desagregados y comparables que permitan conocer con certeza la magnitud y consecuencias que tiene la violencia en los niños y adolescentes. A su vez, esto indica que a nivel gubernamental el tema ha sido relegado dentro de los sistemas de información y estadísticas, donde los pocos estudios oficiales que existen, basados en denuncias de violencia en el hogar y otros entornos, suelen subestimar drásticamente la verdadera magnitud del problema. A pesar de la amplia desinformación, se pueden puntualizar los siguientes datos en relación con la situación en América Latina:

Las principales formas de violencia hacia los niños en la región son el castigo físico como una forma de disciplina, el abuso sexual, el abandono y la explotación económica. Según las estimaciones disponibles, cada año más de 6 millones de niños sufren abuso severo en los países de la región y más de 80.000 mueren a causa de la violencia doméstica. Estudios disponibles evidencian que entre un 10% y un 36% de las mujeres, según el país, han sido objeto de violencia física o sexual. Entre el 70% y el 80% de las víctimas de abuso sexual son niñas y en la mitad de los casos los agresores viven con las víctimas, y en tres cuartas partes son familiares directos de los niños y niñas abusados. Se estima que en América Latina y el Caribe, el 29% de las mujeres entre 15 y 24 años se casan antes de la edad de 18 años. Aunque el castigo físico es práctica habitual como forma de crianza y disciplina en todos los países, ningún país prohíbe expresamente por ley el castigo físico en la familia (Unicef, 2007, p. 4).

El maltrato infantil es un tipo específico de violencia que ha sido objeto de múltiples investigaciones en los últimos años, despertando un alto interés en la esfera social, política, científica y académica, al intentar interpretar su génesis y continuidad, con el fin de formular propuestas de prevención e intervención.

La Organización Mundial de la Salud (2016) considera maltrato infantil a cualquier acción física o emocional que resulte abusiva o negligente, que dañe o potencialmente dañe la salud, supervivencia, desarrollo o dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad y confianza.

En este sentido, Howe (2005, c.p. Fresno, 2011) señala

que los niños que experimentan maltrato físico tienen una representación negativa de sí mismos, de no ser dignos de protección o cuidado.

Dentro de la tipología de maltrato infantil se encuentra el abuso sexual, definido por Orjuela y Rodríguez (2012) como:

...la transgresión de los límites íntimos y personales del niño o la niña. Supone la imposición de comportamientos de contenido sexual por parte de una persona (un adulto u otro menor de edad) hacia un niño o una niña, realizado en un contexto de desigualdad o asimetría de poder, habitualmente a través del engaño, la fuerza, la mentira o la manipulación... puede incluir contacto sexual, aunque también actividades sin contacto directo como el exhibicionismo, 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 (p. 7).

La creciente evidencia de las repercusiones negativas de este fenómeno lo han convertido en un tema prioritario a nivel mundial, especialmente al considerar que sus efectos no solo incluyen en la vida infantil, sino también en la adulta, indistintamente de la edad de ocurrencia del abuso, ya que el síntoma puede transitar a lo largo del ciclo vital a través de las manifestaciones típicas de cada etapa evolutiva o, incluso, puede mantenerse asintomático y presentarse de manera tardía mucho tiempo después del abuso (Cantón y Cortés, 2015).

En este sentido, Pereda et al. (2011) discuten la posibilidad de que los niños abusados presentan más síntomas y trastornos psiquiátricos en la edad adulta, incluso algunos autores plantean que la incidencia de que esto ocurra es cuatro veces mayor que en la población general. Según Franco y Ramírez (2016), "hasta un 64% de niñas abusadas tiene un diagnóstico psiquiátrico, siendo los más comunes: trastorno oposicional desafiante, trastorno de ansiedad, TDAH, depresión, reacciones fóbicas, déficit intelectual y social" (p. 55). Igualmente, se observan alteraciones del sueño: pesadillas e insomnio; TEPT, con posibilidad de presentar quejas somáticas; altos intentos de suicidio debido a una baja autoestima, sensación de "suciedad" y desvalorización personal; cambios bruscos en el comportamiento sexual reflejado en la búsqueda o evitación excesiva del contacto; y compromisos en el rol de género. Las mujeres poseen "...dificultades para identificarse con el rol femenino y los hombres se involucran cuatro veces más en actividades homosexuales" (Franco y Ramírez, 2016, p. 55).

Trauma

La idea de trauma ha estado presente históricamente durante muchos años, siendo referido en algunos escritos filosóficos o relatos literarios. Sin embargo, no es hasta el año 1809 que el médico Philippe Pinel describe con detalle el cuadro sintomático en un veterano de guerra (Talarn, s.f.). En 1892 el neurólogo alemán Hermann Oppenheim utilizó el término de neurosis traumática para definir el trastorno molecular del sistema nervioso producto del *shock* recibido. Entre los años 1878 y 1893 Charcot, en

sus estudios, relaciona la disociación y el traumatismo a la histeria. En esta misma línea, Freud, interesado en la etiología de la histeria, llega a la conclusión de que esta "...es causada por el trauma psicológico que produce un estado alterado de conciencia" (Talarn, s.f., p. 2). Posteriormente, en el año 1920, durante la Primera Guerra Mundial, estudió la neurosis de guerra como una respuesta emocional u orgánica causada por la exposición de los soldados al combate. En 1941, con la Segunda Guerra Mundial, Kardiner describe con mayor especificidad los síntomas del estrés postraumático. En el año 1952, el DSM-1 incluye el diagnóstico como una reacción del estrés, no obstante, con la Guerra de Vietnam en 1968, el DSM-2 prefiere denominarlo como trastorno situacional transitorio. Finalmente, en 1973 un grupo de médicos y psicólogos deciden estudiar a profundidad el tema, generando una descripción del trastorno por estrés postraumático (TEPT), que sería incluido en el DSM-3 y posteriores ediciones (Talarn, s.f.).

En este sentido, Echeburúa (2004, c.p. Talarn, s.f.) hace una distinción entre suceso traumático y trauma, siendo el primero considerado como:

... un acontecimiento negativo e intenso que surge de forma brusca, que resulta inesperado e incontrolable y que, al poner en peligro la integridad física o psicológica de una persona que se muestra incapaz de afrontarlo, tiene consecuencias dramáticas para la víctima, especialmente de terror e indefensión. Considera trauma la reacción psicológica derivada de un suceso traumático (p. 4).

Por otra parte, el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) establece que la persona con TEPT presenta síntomas de reexperimentación asociados a recuerdos recurrentes e involuntarios, sueños angustiosos, malestar psicológico intenso y reacciones fisiológicas frente a estímulos vinculados al evento; evitación de recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos y esfuerzos para evitar recordatorios externos; alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, reflejadas en la incapacidad para recordar algo del suceso, en las creencias o expectativas negativas de sí, en la distorsión de la percepción, en el estado emocional negativo, en la disminución del interés en actividades, en los sentimientos de desapego y en la incapacidad persistente de experimentar emociones positivas; y la alteración de la alerta y reactividad vistos en un comportamiento irritable con arrebatos de furia, comportamientos autodestructivos, hipervigilancia, respuestas de sobresalto exageradas, problemas de concentración y alteraciones del sueño. Igualmente, se agrega la posibilidad de padecer síntomas disociativos o reacciones retardadas.

Aproximación al trauma desde el enfoque dinámico.

Desde *Introducción al psicoanálisis*, Freud (1984) hacía mención al término trauma al referir que la neurosis no es más que una fijación de los sujetos a un evento de alta carga afectiva del pasado, como un accidente, una tragedia natural o familiar. Cada manifestación de la neurosis representa un retorno del sujeto a dicha situación. Para

Freud (1984), "...el enfermo no ha pasado aún el momento del trauma (...) sigue siempre considerándolo como presente..." (p. 349). El sujeto que ha sufrido un evento traumático revive esa huella mnémica en la incapacidad para reaccionar normalmente a un suceso psíquico cargado afectivamente.

Posteriormente, Freud (1939) precisa en *Moisés y la religión monoteísta*, que los traumas son "...impresiones de temprana vivencia, olvidadas luego, a las cuales atribuimos tan grande significatividad para la etiología de las neurosis" (p. 21). Tales impresiones hacen referencia a experiencias de naturaleza sexual, agresiva y a daños tempranos del Yo.

En este sentido, Freud (1939) expone que los efectos del trauma pueden clasificarse en positivos y negativos:

Los primeros son unos empeños por devolver al trauma su vigencia, vale decir, recordar la vivencia olvidada o, todavía mejor, hacerla real-objetiva (real), vivenciar de nuevo una repetición de ella: toda vez que se tratara sólo de un vínculo afectivo temprano, hacerlo revivir dentro de un vínculo análogo con otra persona... Las reacciones negativas persiguen la meta contrapuesta; que no se recuerde ni se repita nada de los traumas olvidados. Podemos resumirlas como reacciones defensa... Todos estos fenómenos, tanto los síntomas como las limitaciones del Yo y las alteraciones estables del carácter, poseen naturaleza compulsiva; es decir que, a raíz de una gran intensidad psíquica, muestran una amplia independencia respecto de la organización de los otros procesos anímicos, adaptados estos últimos a los reclamos del mundo exterior real y obedientes a las leyes del pensar lógico. No son influidos, o no lo bastante, por la realidad exterior; no hacen caso de esta ni de su subrogación psíquica, de suerte que fácilmente entran en contradicción activa con ambas. Son, por así decir, un Estado dentro del Estado, un partido inaccesible, inviable para el trabajo conjunto, pero que puede llegar a vencer al otro, llamado normal, y constreñirlo a su servicio (p. 21).

Considerando las reacciones negativas, los afectos pueden ser ignorados por el sujeto al haberse producido en una época muy temprana, lo que imposibilitó la representación mental del evento, siendo reprimido en su psique. Igualmente, Freud (1984) señala que las víctimas sufren un profundo abatimiento, renunciando a su interés por el presente y el futuro, fijando sus facultades anímicas en una etapa previa al suceso. Esto implica que al momento de exponerse a experiencias altamente cargadas de afecto, probablemente se manifiesten aspectos regresivos en su comportamiento, desde donde comenzará a posicionarse para enfrentar los avatares de su vida. Esta regresión responde a una incapacidad yoica para hacer frente a la angustia, de donde deviene la patología o la puesta en escena de los síntomas neuróticos.

Resiliencia

Un aspecto de sumo interés para los psicólogos a lo largo de los años, ha sido el comprender por qué algunos individuos desarrollan ciertas patologías y otros no ante condiciones que pueden considerarse similares. Autores co-

mo Ana Freud y Francoise Dolto, en sus estudios con niños, daban cuenta de estas diferencias. Es por ello que comenzó a mostrarse interés en lo que se entendería posteriormente como resiliencia.

Actualmente, algunas de las definiciones más significativas dentro de la psicología describen a la resiliencia como:

...un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana en un medio insano. Estos procesos se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural (Rutter, 1992, c.p. Piaggio, 2009, p. 294).

Proceso dinámico que tiene por resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad (Luthard, 2000, c.p. Piaggio, 2009, p. 294).

Una condición humana que da a las personas la capacidad de sobreponerse a la adversidad y además, construir sobre ellas. Se la entiende como un proceso dinámico que tiene por resultado la adaptación positiva, aún en contextos de gran adversidad". (Suárez, 2004, c.p. Piaggio, 2009, p. 294).

En líneas generales, estos conceptos comprenden a la resiliencia como la cualidad que poseen las personas de fortalecerse antes las situaciones adversas y adaptarse adecuadamente a tales condiciones, siendo estas cualidades mediadas por los factores ambientales que le rodean.

Aproximación al fenómeno de la resiliencia desde el enfoque dinámico.

Las experiencias adversas a las que se pueda exponer un sujeto, ya sea por pérdidas significativas, violencia física o emocional, enfermedades, condiciones socioeconómicas desfavorables, entre otros, repercuten en el psiquismo, específicamente en el inconsciente escindido (Zukerfeld y Zonis, s.f.). Estas situaciones consideradas como traumáticas, pueden derribar las tramas representacionales, aumentando la vulnerabilidad a través de descargas inadecuadas (somatizaciones o pasajes al acto). Sin embargo, existen casos en los que el sujeto, a través de respuestas resilientes, disminuye o anula los efectos adversos del trauma.

Desde el punto de vista psíquico, las conductas resilientes consisten en "...una capacidad del psiquismo de capturar lo traumático –gracias a algún soporte vincular–, creando condiciones psíquicas nuevas..." (Zukerfeld y Zonis, s.f.). Esta postura plantea la aparición de un proceso terciario más amplio, representando "...la puesta en relación con lo escindido o inenarrable constituyendo una verdadera creación" (Zukerfeld y Zonis, s.f.). Este proceso implicaría entonces el aspecto generador que trabaja con lo irrepresentable o escindido del problema, aunque este se encuentra mediado por la presencia de un otro, quien, como un ente contenedor, permite disipar la eficacia de la descarga, haciendo que pierda su impacto traumático. De esta manera, lo irrepresentable adquiere una representación. Es por esto que Zukerfeld y Zonis (s.f.) consideran a este proceso como el "...verdadero proceso creador para el psiquismo en el sentido de lo nuevo generador de nueva subjetividad. Es a este (...) que consideramos realmen-

te como terciario en el sentido más fuerte del término porque se trataría de invertir lo nunca investido”.

El aparato psíquico, por tanto, posee la capacidad no solo de crear, sino también de modificar las condiciones adversas, pasando de un funcionamiento riesgoso a uno protector y transformador, y de un estilo de afrontamiento inadecuado del trauma, a estilos adecuados, todo ello mediado por vínculos intersubjetivos que impliquen contención y apego seguro.

Por otra parte, así como influye la presencia de otro en el entramado intersubjetivo, las prácticas sociales representan un punto importante en la actuación del sujeto. En este sentido, la transformación de la experiencia inenarrable consiste no solo “...en recordar para no repetir, ni solo de ingenio individual para la supervivencia, sino de construir alternativas sobre vivencias compartidas donde las inscripciones inconscientes devienen en un potencial de acción” (Zuckerfeld y Zonis, s.f.). Es por ello que también se habla de modos de acción que favorezcan la convivencia a partir de la superación de adversidades comunes.

La resiliencia y el trauma. En correspondencia con lo hasta aquí expuesto, Cyrulnik (2001) establece que la resiliencia es un mecanismo de defensa de mayor conciencia que permite realizar una escisión del trauma. Badilla (s.f.) dice al respecto: “La herida o el daño es un hecho real, pero a pesar de las heridas infringidas, para muchos el trauma también ha sido instructivo y correctivo” (p. 2). Desde esta perspectiva, se plantea que la formación psíquica del sujeto no está totalmente determinada por las experiencias traumáticas infantiles, sino que este puede desarrollar la fortaleza necesaria para sobreponerse al trauma, siempre y cuando cuente con el apoyo de su entorno. De esta manera, se vinculan las teorías de apego al concepto de resiliencia, demostrando cómo el ambiente es fundamental para la recuperación del trauma, en la medida en que sea estimulante.

Morelato (2011), realizando una aproximación teórica a la concepción de resiliencia en el ámbito del maltrato infantil, comprueba cómo los niños son capaces de retomar su desarrollo psicológico luego del maltrato por medio de factores internos y externos que sirven como mecanismos de protección o, al contrario, aumentan sus posibilidades de deterioro.

Alguno de los factores internos que este autor menciona son: la importancia de las relaciones primarias (el vínculo de apego), aspectos cognitivos (la inteligencia y la madurez cognitiva como aspectos relevantes para la adaptación), las habilidades cognitivas de solución de problemas y el sí mismo. Por otra parte, señala como factores externos: componentes familiares (interacción entre sus miembros y organización parental vinculada con la flexibilidad, grado de cohesión y distribución de los recursos económicos y sociales) y los soportes extrafamiliares (como el ámbito escolar, religioso, entre otros).

Lo planteado, resalta cómo el entorno donde se desarrolla el niño es fundamental para la adquisición de una conducta resiliente, hecho que destacan García y Domínguez (2013), quienes luego de hacer un recorrido por

conceptos como adaptabilidad, capacidad, competencia, factores de personalidad y temperamento, identifican desde un abordaje práctico tres factores protectores: características del temperamento, relaciones familiares y fuentes de apoyo, haciendo énfasis, dentro de estos últimos, en la influencia de instituciones como la familia, la comunidad y el Estado, que posibilitan la construcción de la resiliencia a partir de la promoción de la autogestión del desarrollo personal y social.

En esta misma línea, Betancourt y Mera (2014) refieren la importancia del establecimiento de vínculos afectivos basados en la percepción de protección por parte del cuidador (contando la relación con una comunicación clara, un estilo de autoridad democrático y un apego seguro). Asimismo se estableció cómo esta vinculación es determinante en el proceso de trascendencia y resignificación del evento adverso.

La resiliencia resulta ser un mecanismo protector en cuanto permite sobreponerse a las vivencias negativas que, bajo otras condiciones, podrían desencadenar en una patología.

Apego

Al nacer, el niño no es capaz de satisfacer por sí mismo sus necesidades. Es por ello que durante un tiempo prolongado y a través de la vinculación primaria recurre a los cuidados del adulto, quien garantiza su supervivencia. Freud (1895, c.p. Rabinowicz, 2012) plantea esta situación de la siguiente manera:

... frente a los aumentos de tensión y consecuente pérdida de la homeostasis orgánica, el bebé está imposibilitado de producir la descarga del exceso salvo de manera inespecífica e ineficaz: llora. Este llanto, que no es más que grito de descarga, es recibido por un agente externo y capaz bajo el modo de un llamado... Este auxiliar procura entonces el objeto.

El bebé por medio de la descarga de ese exceso de energía, emite una “señal” que es captada por su cuidador quien, a su vez, genera una respuesta ante dicho llamado. Esta respuesta externa ante la pérdida del equilibrio, inscribe en el bebé una huella mnémica que inaugura su aparato psíquico, cuya función será la satisfacción de aquellas necesidades que comprometan la homeostasis. Este proceso se consolida a través del principio del placer y el principio de constancia (p. 3).

Bowlby (1983, c.p. Eyras, 2007) definió apego como “...el entramado de las relaciones afectivas y de la disposición que trae el sujeto a nivel biológico, a los vínculos entre las personas...” (p. 23).

Según Bowlby (1986), la forma en que se ha dado el apego en el niño permitirá “...explicar las múltiples formas de trastorno emocional y de alteraciones de personalidad, incluyendo aquí la ansiedad, la ira, la depresión y el apartamiento emocional...” (p. 154).

Para este autor, las experiencias de separación entre el niño y la madre generan reacciones a nivel psicológico, con consecuencias en el largo plazo que afectarán su salud mental y desarrollo psíquico. En otras palabras, en

la medida en que la vinculación no sea “sana”, el niño no podrá adaptarse adecuadamente durante la infancia y futura adultez.

Por su parte, Ainsworth (1979) sostenía que los niños necesitaban desarrollar una dependencia segura con sus padres antes de explorar situaciones desconocidas. A esta experiencia la denominó con el término “base segura”, que refiere a la seguridad que siente el niño a través de sus figuras de apego siempre que estas sean fiables y estén disponibles cuando decida explorar el mundo. De este modo, el niño desarrolla destrezas que le permiten su óptima adaptación en las diferentes circunstancias que puedan presentársele.

Un estudio realizado por Enríquez, Montilla y Padilla (2008) permite corroborar este planteamiento, al establecer por medio de una correlación con hallazgos de carácter neuropsicológico y biológico, la importancia de la vinculación en la infancia como antecedente para el desarrollo psicológico del sujeto, así como el establecimiento de relaciones objetales y su capacidad de adaptación (incluyendo el entorno familiar).

En correspondencia con esto, la investigación realizada por Melero (2008) permite observar la determinación biológica en la formación de vínculos afectivos y su influencia en el tipo de apego desarrollado en la infancia, el cual posibilitará en el sujeto la expresión del afecto en sus relaciones interpersonales durante la adultez, especialmente en sus relaciones de pareja.

Ambos estudios corroboran que el aspecto biológico explorado en el apego se encuentra vinculado al componente genético inmerso en la conducta del individuo, así como a la función adaptativa antes mencionada tanto por Ainsworth (1979) como por Bowlby (1986).

Considerando lo expuesto, el apego se configura como el vínculo afectivo que una persona establece con otro semejante, que conlleva permanecer juntos en el espacio y se mantiene en el tiempo. En este sentido, vislumbrar cómo se estructuró el apego en la infancia resulta fundamental para comprender la configuración de la personalidad del individuo, así como el posible desarrollo de una psicopatología.

Podríamos afirmar entonces que existe una relación tanto psíquica como biológica entre el apego en la infancia y el desarrollo de la personalidad del individuo. Es por ello que las condiciones en que se genere el apego pueden regular la expresión de las principales funciones emocionales en la infancia que permanecen en la adultez, ya que otorga flexibilidad en la interacción con el ambiente.

Tipos de apego. Mediante sus investigaciones, Ainsworth (1979) logró clasificar tres patrones de apego; posteriormente, Main y Hesse (1990, c.p. Marrone, 2001) plantearían una cuarta categoría.

Apego seguro. Los niños logran explorar con facilidad, seguridad y curiosidad (ven en la madre una base segura para esto). Muestran placer por el contacto físico. No presentan ansiedad ante separaciones breves, aunque pueden vivenciar disgustos, sin embargo, al reunirse con la madre son capaces de ser calmados, tranquilizarse y

volver a jugar.

Apego inseguro-evitativo. Los niños, al separarse, se mantienen enojados; cuando se reúnen con la madre no expresan disgusto o protesta, pero evitan acercarse a ella. Ante situaciones nuevas se muestran defensivos debido a períodos prolongados de separación de la madre. De igual forma, la autora establece que los niños con este tipo de apego respondían al estrés, inhibiendo las manifestaciones emocionales y conductuales del vínculo.

Apego resistente-ambivalente o inseguro-ambivalente. Al separarse los niños presentan malestar; al reunirse con la madre buscan el contacto, aunque pueden expresar posteriormente pasividad o agresividad. Ante situaciones nuevas, muestran exagerada preocupación por la ubicación de la madre y desinterés por el ambiente. Posee marcadas manifestaciones de ansiedad, no se calman fácilmente, pueden llorar intensamente y no vuelven a explorar.

Apego desorganizado-desorientado. Los niños con este apego responden de manera confusa y desorientada al reencontrarse con la madre luego de una separación. Las madres de estos niños mantienen conductas imprevisibles y atemorizantes con sus hijos (los niños son severamente descuidados o maltratados), por tanto, sus respuestas están relacionadas con la incoherencia y el temor. Otras conductas que pueden apreciarse en estos niños son la autoagresión o la paralización y las estereotipias (se mueven y detienen inexplicablemente).

Objetivo de la investigación

Objetivo general

Conocer el trauma, el apego y la resiliencia en un sujeto adulto víctima de abuso sexual infantil.

Objetivos específicos

- Caracterizar el trauma en un sujeto adulto víctima de abuso sexual infantil según sus narraciones en una entrevista abierta.
- Distinguir el tipo de apego en un sujeto adulto víctima de abuso sexual infantil mediante la Entrevista de Evaluación Intergeneracional del Apego (*Adult Attachment Interview – AAI*).
- Identificar la presencia o ausencia de rasgos resilientes en un sujeto adulto víctima de abuso sexual infantil a través de sus narraciones en una entrevista abierta.

Metodología

Este artículo analiza una realidad particular mediante un estudio de caso único (N=1), con énfasis en la técnica de la entrevista, y su interpretación a través del análisis cualitativo de categorías y subcategorías, en el que se entrelaza la subjetividad del participante y la reflexividad del investigador como método de análisis e investigación. Así mismo, nos interesamos principalmente en crear un espacio que le permitiera al sujeto expresar las peculiaridades de su vivencia con el fin de acceder a los datos en su entorno natural. El muestreo fue de tipo intencional, no probabilístico, con el requisito de inclusión: adulto con

antecedente de abuso sexual infantil. El proceso de categorización y su análisis, así como la comprensión e integración, se basó en los datos empíricos procedente del trabajo de campo y la literatura revisada.

Datos biográficos del participante

Di. Sujeto masculino de 29 años de edad. Es el mayor de cuatro hermanos, todos hijos de una relación legalmente constituida, padre obrero calificado y madre dedicada al hogar. Vive solo en un lugar alquilado desde hace tres años en la ciudad de Caracas. Se desempeña como trabajador social en una fundación para niños desprotegidos; adicionalmente se encuentra realizando estudios al nivel de posgrado. En la actualidad no mantiene relación de pareja, sexualmente no está totalmente identificado con una preferencia sexual, ya que, a pesar de haber sostenido relaciones homosexuales y nunca haber intimado con una mujer, aspira casarse y conformar una familia. En el cuadro 1 se describen los datos básicos del sujeto de estudio.

Su relato...

...la broma fue así, un día se va mi mamá y se lleva a los niños y yo me quede viendo la televisión... y él me dice –va-

mos para el otro cuarto a jugar al doctor, para examinarte– y ahí fue que empezó la broma... No recuerdo que edad tenía, no lo recuerdo, quizás si digo que tenía seis, probablemente no eran seis, probablemente era menos, no sé, pero yo estaba pequeño, mi primo sí tenía catorce... después él se lo dijo al amigo. Con mi primo no fue tan traumático, o sea, que yo me acuerde que haya sido doloroso el momento... ¡no! Con el amigo de él que vivía al lado de mi casa sí, y esto sí es lo más incómodo de conversar, mi primo tenía 14 años pero no estaba tan desarrollado, en cambio el otro chamo sí, yo no sé si ese chamo tenía 16 años en ese momento, no sé, y yo recuerdo que él fue el que más me golpeó y eso eran golpes de verdad verdad... porque si no me dejaba, se lo decía a mi papá, entonces como yo le tenía miedo a mi papá, y sabía que lo que estaba haciendo no era bueno porque la Biblia me decía que eso estaba condenado... el episodio en principio, no fue tan traumático porque fue a manera de juego, el detalle fue lo que trajo eso en sí... que fue que se volvió una bola de nieve, mi primo se lo dijo a su amigo, después ese amigo se lo dijo a otro, a otro, a otro, a otro, ahí fue cuando empezó el desastre, no tanto el *bullying*, era más que todo la agresión, tenía que pagar o dejarme hacer cosas para callar o silenciar a la gente...

Cuadro 1
Datos del participante

Sexo	Edad	Nivel de instrucción	Ocupación	Estado civil	Perpetrador	Severidad del abuso*	Edad 1er abuso	Frecuencia del abuso
M	29	Universitario	Trabajador social	Soltero	Primo Vecinos	5	6	Constante por 10 años

* Según la escala MMCS. Fuente: The LONGSCAN Investigators (1997).

Instrumentos de recolección de la información

La recolección de datos es una etapa fundamental en todo estudio, independientemente del enfoque que se plantee. En este caso, el enfoque cualitativo pretende obtener datos que puedan ser convertidos en información acerca del objeto de estudio en profundidad, en función de comprenderlos y responder a los objetivos de la investigación. En este sentido, las técnicas de procesamiento de datos se orientaron hacia el desarrollo de la comprensión a profundidad de la realidad estudiada, lo cual se logró utilizando las siguientes técnicas e instrumentos.

Entrevista cualitativa. Según Hernández et al. (2010), la entrevista cualitativa se define "...como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados)", (p. 418). El tipo de entrevista utilizado específicamente en esta investigación es del tipo abierto, la cual se basa en "...una guía general de contenido y el entrevistador posee toda la flexibilidad para manejarla (él o ella es quien maneja el ritmo, la estructura y el contenido)", (Hernández, et al., 2010, p. 418). Esta técnica permitió evidenciar las experiencias de la persona entrevistada, al igual

que sus impresiones e interpretaciones, basados en la libertad que confiere la guía de entrevista realizada a partir de la literatura revisada.

"La guía de entrevista no es un protocolo estructurado, se trata de una lista de áreas generales que debe cubrirse" (Taylor y Bogdan, 1984, p. 119). Con esta guía se obtuvo información del tema central del estudio, evitando divagar en otros aspectos menos relevantes.

Entrevista de Evaluación Intergeneracional del Apego (*Adult Attachment Interview, AAI*)

Es una entrevista creada en los años ochenta por George, Kaplan y Main. Diseñada para "...evocar pensamientos, sentimientos y recuerdos sobre experiencias tempranas de apego y evaluar el estado mental del individuo respecto el apego: seguro-autónomo, evitativo, preocupado y no resuelto o desorganizado" (Marrone, 2001, p. 103). La entrevista evalúa: 1. El grado en que el sujeto experimentó a su padre o madre como afectuosos. 2. El grado en que, de niño, se sintió rechazado o empujado a una independencia prematura. 3. El grado en que pudo sufrir una inversión de roles en la infancia. 4. Las posibles experiencias traumáticas.

Técnicas de procesamiento de datos

En las investigaciones de enfoque cualitativo la recolección y el análisis de los datos suelen ocurrir de manera simultánea, ya que este suele ser un proceso dinámico y creativo. A lo largo del análisis, se trata de obtener una comprensión más profunda de lo que se ha estudiado y continuar refinando las interpretaciones.

La presente investigación implicó diferentes etapas, las cuales son descritas por Hernández et al. (2010). La primera de ellas consistió en la indagación exhaustiva del tema a investigar, examinando e identificando los contenidos y conceptos. Posteriormente, se recolectaron los datos a través de las entrevistas y la observación clínica. Luego de la recolección, se procedió a organizar los datos para su posterior análisis.

Las entrevistas cualitativas (entrevista inicial *ad hoc* y entrevista abierta sobre el trauma) y la entrevista de evaluación intergeneracional del apego (AAI), fueron analizadas siguiendo las sugerencias de Hurtado (2015), quien plantea que la interpretación de códigos verbales debe llevarse a cabo a través de técnicas de análisis cualitativo, puesto que "...abarcan situaciones en las que el investigador desea identificar las categorías presentes en un texto, y cuando quiere precisar el significado, la forma, la simbología, las connotaciones, entre otras cosas" (p. 190). Considerando esto, el proceso de análisis consistió en:

- La revisión y organización del material, a través de su transcripción y lectura, con el objeto de garantizar su claridad y comprensión.
- Categorización de la información, organizándola por temas: trauma, apego y resiliencia. Luego, desde un abordaje cosmológico (Hurtado, 2015) se predefinieron diferentes categorías y subcategorías, tomando como referencia las áreas de estudio.
- Tabulación de los datos. Se organizó la información en cuadros que permitieran visualizar con mayor facilidad las unidades de análisis, en correspondencia con su categoría y subcategoría.
- Procesamiento (aplicación de la técnica de análisis). Se vincularon los datos emanados de las entrevistas por medio de la relación entre citas: "Las relaciones cita-cita son muy utilizadas en las investigaciones analíticas, cuando el investigador desea vincular fragmentos de texto entre sí" (Hurtado, 2015, p. 200).
- Interpretación de los resultados. Se procedió a significar los hallazgos con base en los conceptos que permitieron establecer las categorías y subcategorías, utilizando deducciones: "...consiste en sacar conclusiones a partir de un conjunto de premisas, de modo que las premisas anteceden al hecho producto de la deducción" (Hurtado, 2015, p. 203). Dichas interpretaciones se ven reflejadas en la integración del caso.

A continuación se describen las categorías y subcategorías utilizadas, las cuales responden a los objetivos de investigación en función de la información recabada y la teoría manejada por cada tema. Debido a que el estudio es de caso, se decidió plasmar en conjunto las diferentes categorías encontradas. Luego, en la presentación de

resultados, se mostrarán las relaciones entre citas correspondientes a cada categoría.

Tema 1: Trauma

Cuadro 2

Categorización del tema 1: Trauma

Categorías	Subcategorías
1.1. Manifestaciones del trauma	1.1.1. Físicas
	1.1.2. Cognitivas
	1.1.3. Emocionales
	1.1.4. Comportamentales
	1.1.5. Relacionales
	1.1.6. Sexuales
1.2. Factores de riesgo	1.2.1. Características personales
	1.2.2. Violencia (intra y extrafamiliar)
	1.2.3. Condiciones socioeconómicas

Nota: Elaboración propia basada en las entrevistas y la teoría manejada.

1.1. Manifestaciones del trauma. Las personas que han atravesado por una situación traumática generalmente evidencian algún tipo de secuela en diferentes áreas. En el caso del abuso sexual infantil (ASI) sus manifestaciones son diversas, pudiendo presentarse no solo al momento del trauma, sino en la adultez como un efecto tardío o una consecuencia que nunca ha dejado de estar presente. Según la teoría y la información recogida de las entrevistas, las principales consecuencias del ASI se dan a nivel físico, cognitivo, emocional, comportamental, relacional y sexual.

1.1.1. Físicas. Las manifestaciones físicas del ASI dependen del tipo de agresión, por ello suelen ser muy variadas. El dolor en las áreas de contacto es una característica común que presentan las víctimas, aunque las expresiones emocionales en el cuerpo también son frecuentes, como erupciones cutáneas, pérdida en el control de esfínteres, entre otros.

1.1.2. Cognitivas. Destacan bajo rendimiento académico, problemas de atención y concentración, creencias negativas de sí mismo, ideación suicida, pensamientos recurrentes o dificultad para recordar aspectos relacionados con el suceso, dificultad para expresar verbalmente sus ideas (vinculadas o no al abuso) y déficit general en el funcionamiento cognitivo.

1.1.3. Emocionales. Las secuelas emocionales son las más frecuentes en el ASI, pudiendo incluso perdurar hasta la adultez. Entre ellas destacan: miedo, ansiedad, baja autoestima, alteraciones del estado de ánimo (especialmente hacia el polo de la tristeza), rabia, sentimientos de venganza y culpabilidad, siendo esta última una de las más comunes, puesto que la víctima suele sentir que promovió la situación o provocó alguna consecuencia negativa para el agresor o su entorno.

1.1.4. Comportamentales. El funcionamiento de las vícti-

mas de ASI suele vincularse al rencor hacia el agresor o la propia situación (los cuestionamientos –¿por qué me pasó esto a mí?– son usuales), por lo que pueden manifestar conductas agresivas abiertas o encubiertas; no obstante, también es posible observar cierta pasividad. Asimismo, las víctimas pueden presentar conductas suicidas como una forma de huir de la sensación displacentera que le ocasiona u ocasionó el evento.

1.1.5. Relacionales. Las víctimas de ASI tienden a mostrar dificultades para vincularse con las personas de su entorno o sus familiares, por lo que se aíslan, dedican más tiempo a realizar actividades en solitario y les es difícil establecer relaciones estrechas, tanto de amistad como de pareja, debido al miedo, la desconfianza y la hostilidad que perciben. Por otro lado, también se pueden encontrar personas que buscan excesivamente la proximidad, ya sea por una malinterpretación de cómo deben ser las interacciones con el medio debido a un aprendizaje inadecuado proveniente del abuso, o como una forma de buscar el cariño del cual se sienten carentes.

1.1.6. Sexuales. Es habitual encontrar distorsiones en el ámbito sexual en las víctimas de ASI, ya sea que se manifiesten en una excesiva conducta sexual (promiscuidad) o inhibición total o parcial de la misma. Igualmente, en los hombres suele ser común la confusión o desviación en las preferencias sexuales. Otras consecuencias también se observan en la insatisfacción de la actividad sexual, masturbación compulsiva, exhibicionismo, entre otras. Todo esto se debe a la confusión que sienten en torno al tema sexual debido a su exposición temprana e inmadura, en un período donde no manejaban información adecuada sobre la misma.

1.2. Factores de riesgo. El trauma puede tener un mayor o menor impacto en la víctima o aumentar las probabilidades de revictimización, dependiendo de algunos factores, tanto internos como externos, que puedan jugar a favor o en contra de su fortaleza o vulnerabilidad.

1.2.1. Características personales. Algunas de las características que forman parte de la víctima pueden predisponerla al ASI, como lo es la introversión, manifestada en aislamiento, dificultad para comunicarse, expresar sus sentimientos y pensamientos, sumisión; las características físicas y cognitivas, entre otros.

1.2.2. Violencia (intra y extrafamiliar). La negligencia, maltratos o discordias en el ámbito familiar pueden llevar a la víctima a sentirse desprotegida y, por ende, más propensa a enfrentarse a situaciones peligrosas como el ASI. Igualmente, el ambiente puede presentarse como un espacio hostil en donde persiste la violencia sexual al no ser garante de la protección para el niño, exponiéndolo a los agresores.

1.2.3. Condiciones socioeconómicas. Las condiciones en las que viva o haya vivido la persona pueden predisponerla a ser víctima de abuso, ya que al no contar con los recursos, los padres pueden descuidar a los hijos para salir a trabajar, dejándolos solos a merced de abusadores. Asimismo, las condiciones económicas pueden llevarlos a vivir en zonas de peligro donde acechen agresores.

Tema 2: Apego

Cuadro 3

Categorización del tema 2: Apego

Categorías	Subcategorías
2.1. Apego seguro	2.1.1. Afectividad y contacto placentero 2.1.2. Preocupación y cuidados 2.1.3. Presencia y accesibilidad 2.1.4. Facilitación de la autonomía e independencia 2.1.5. Reciprocidad (niño/a)
2.2. Apego inseguro evitativo	2.2.1. Evitación del acercamiento 2.2.2. Negligencia y poca supervisión 2.2.3. Respuestas mecánicas 2.2.4. Inhibición emocional y conductual (niño/a)
2.3. Apego resistente-ambivalente	2.3.1. Intrusión / indiferencia 2.3.2. Sobreprotección / descuido 2.3.3. Sobrestimulación / frialdad 2.3.4. Renuente / aferramiento al cuidador (niño/a)
2.4. Apego desorganizado-desorientado	2.4.1. Relación confusa e impredecible 2.4.2. Cuidador atemorizante e intrusivo 2.4.3. Poca afectividad y descuido 2.4.4. Insensibilidad/descontrol extremo (niño/a)

Nota: Elaboración propia basada en las entrevistas y la teoría manejada.

2.1. Apego seguro. Este tipo de apego permite a las personas vincularse adecuadamente con los otros en su medio. Igualmente, posibilita su ajuste, superando las adversidades, ya que en la infancia fueron satisfechos y frustrados adecuadamente.

2.1.1. Afectividad y contacto placentero. Los padres se mostraban cercanos y cálidos hacia a los hijos. Constantemente tenían demostraciones de cariño que eran recibidos positivamente y demandados por el sujeto.

2.1.2. Preocupación, cuidados y satisfacción de las necesidades básicas. Las figuras parentales estaban atentas a cualquier cambio del niño, considerando y satisfaciendo sus necesidades de manera oportuna, estando alertas a sus exigencias brindándole cuidados, con el fin de garantizar su bienestar y evitar su daño o malestar.

2.1.3. Presencia y accesibilidad. Los padres estaban presentes cuando el niño los buscaba, ya fuera por afecto, satisfacción de alguna necesidad u otro. Los sujetos tenían facilidad para acceder a sus padres y estos respondían a su llamado con un trato amable y cordial.

2.1.4. Facilitación de la autonomía e independencia. La actitud asumida por los padres permitía que el niño expresara su personalidad al dejarlos tomar decisiones libremente. De igual forma, promovían que el sujeto pudiera actuar por sí mismo (según ciertos límites), sin que depen-

dieran solo de ellos u otra persona.

2.1.5. Reciprocidad (niño/a). Ante la actitud que asumían los padres, el niño respondía en correspondencia con lo que recibía, por tanto, se mostraba tranquilo, afectuoso, buscaba atención y contacto de manera adecuada, sin recurrir a conductas descontroladas.

2.2. Apego inseguro evitativo. Este tipo de apego se corresponde a una actitud de alerta ante situaciones nuevas y dificultades para relacionarse (no establece vínculos estrechos). Son personas que generalmente fueron frustradas por sus padres al no recibir la atención necesaria.

2.2.1. Evitación del acercamiento. Los padres se mostraban distantes con el sujeto, llegando incluso a evitar todo tipo de contacto con este, siendo fríos y hasta indiferentes.

2.2.2. Negligencia y poca supervisión. La falta de interés hacia el niño se evidenciaba en una escasa atención y descuido (no eran atentos a lo que hacía el sujeto), dejando de cumplir con sus obligaciones paternas en cuanto a la satisfacción de las necesidades del hijo (afectivas y biológicas).

2.2.3. Respuestas mecánicas. Generalmente las respuestas que ofrecían los padres carecían de carga afectiva, por tanto, brindaban algunos cuidados básicos, sin ningún tipo de vinculación ni respuestas oportunas.

2.2.4. Inhibición emocional y conductual (niño/a). Frente a la falta de contacto y afecto de sus padres, el sujeto era igualmente evitativo, rechazando el contacto afectivo. Asimismo, se vinculaba poco con su entorno, pudiendo ser indiferente, careciendo de reacciones afectivas y conductuales (al punto de la pasividad).

2.3. Apego resistente-ambivalente. Este apego promueve que las personas mantengan relaciones confusas, lo que les dificulta el establecimiento de vínculos, alternando pasividad con agresividad. Igualmente, pueden mostrarse inseguros en la toma de decisiones y dependientes debido a la excesiva intromisión de sus padres en la infancia.

2.3.1. Intrusión / indiferencia. Los padres solían estar muy inmersos en la vida del sujeto de manera indebida o inadecuada, llegando a generarle una sensación de “ahogamiento” o “asfixia”. No obstante, esta conducta podía alternarse con indiferencia, ya sea dirigida propiamente al sujeto, o algún aspecto relacionado con él.

2.3.2. Sobreprotección / descuido. La intrusión de los padres llegaba al punto de coartar la capacidad de elección del sujeto, ya que eran estos quienes tomaban todas las decisiones, sin posibilitar de ninguna manera el libre albedrío. Esta actitud podía alternarse con falta de interés, cuidado o desatención.

2.3.3. Sobrestimulación / frialdad. Los padres se encontraban constantemente sobrecargando al niño de estímulos afectivos, siendo sus expresiones exageradas, al punto de estar “sobre” el sujeto. Esta respuesta también podía alternarse con falta de afecto o desapego.

2.3.4. Renuente / aferramiento al cuidador (niño/a). La repuesta del sujeto a esta forma confusa de vinculación se expresaba con evitación al contacto, pudiendo mostrar hostilidad, como un intento por librarse del exceso de los padres. Asimismo, podía presentar una exagerada necesidad por mantenerse cerca de estos, con el fin de satis-

facar su deseo de contacto.

2.4. Apego desorganizado-desorientado. Las características de este apego promueven en la persona el establecimiento de relaciones agresivas o frías como una forma de huir a la intromisión o la crítica, debido a la hostilidad que mostraban con frecuencia los padres; aunque también puede influir en la búsqueda excesiva de cercanía con el fin de contrarrestar la soledad que sintieron en la infancia por la actitud de sus progenitores.

2.4.1. Relación confusa e impredecible. Las conductas del progenitor podían ser extremas e imprevisibles, siendo difícil determinar cuándo actuaría de una manera u otra o, en su defecto, actuando diferente a lo habitual según la circunstancia.

2.4.2. Cuidador atemorizante e intrusivo. Eran padres que se entrometían en la vida de los sujetos, generándoles sentimientos de opresión de una manera agresiva, que podía llegar incluso al maltrato físico o psicológico.

2.4.3. Poca afectividad y descuido. Estos padres podían mostrar una excesiva frialdad e indiferencia, que llegaba al punto de la desatención, descuido y negligencia.

2.4.4. Insensibilidad/descontrol extremo (niño/a). La respuesta del sujeto hacia los padres era incoherente y temerosa, marcada por la ansiedad, así como distante y fría.

Tema 3: Resiliencia

Cuadro 4

Categorización del tema 3: Resiliencia

Categorías	Subcategorías
3.1. Procesos intrapsíquicos	3.1.1. Autonomía / Independencia
	3.1.2. Autoestima / Confianza
	3.1.3. Capacidad reflexiva / Control interno
	3.1.4. Capacidad de expresión creativa
	3.1.5. Apertura a nuevas experiencias
	3.1.6. Optimismo
	3.1.7. Planificación
	3.1.8. Flexibilidad
	3.1.9. Motivación al logro
3.2. Adaptación	3.2.1. Superación de las adversidades
	3.2.2. Transformación de obstáculos en oportunidades
	3.2.3. Comportamiento proactivo
3.3. Procesos sociales	3.3.1. Empatía
	3.3.2. Competencia social / vínculos
	3.3.3. Expresión adecuada de afectos

Nota: Elaboración propia basada en las entrevistas y la teoría manejada.

3.1. Procesos intrapsíquicos. Las personas resilientes poseen una serie de características internas que le permiten superar las adversidades, emitiendo respuestas adecuadas a la situación, manteniendo el equilibrio entre sus juicios y los de su entorno, con motivación y visión positiva.

3.1.1. Autonomía / Independencia. El sujeto es capaz de tomar decisiones y llevarlas a cabo libremente a partir de sus propias creencias, pudiendo hacer las cosas por sí mismo, sin depender de los demás para actuar.

3.1.2. Autoestima / Confianza. Se valora a sí mismo de manera positiva, confiando en quién es como persona, y teniendo seguridad de las decisiones y acciones que toma para cada situación.

3.1.3. Capacidad reflexiva / Control interno. El sujeto puede controlarse bajo circunstancias difíciles que puedan generarle una exacerbación emocional o conductual, actuando de manera tranquila y reflexiva (considera todas las posibilidades con atención y detenimiento) antes de emitir una acción, en función de analizar y comprender tanto la situación como la respuesta más adecuada para esta.

3.1.4. Capacidad de expresión creativa. Es capaz de generar ideas y crear respuestas adaptadas a cada situación cuando esta lo amerite, dejando de lado acciones predecibles o mecánicas cuando no se ajustan a las circunstancias, evitando el fracaso o alguna repercusión negativa inesperada.

3.1.5. Apertura a nuevas experiencias. Ante lo desconocido, se encuentra dispuesto a vivir las nuevas experiencias y aprender de estas. No se retrae ante los retos.

3.1.6. Optimismo. Posee una visión positiva o favorable frente a las situaciones, indistintamente del posible resultado o circunstancia. No se deja afectar negativamente, siempre espera lo mejor, viendo en cada acontecimiento una oportunidad.

3.1.7 Planificación. El sujeto posee la capacidad racional de organizarse y proyectarse a futuro, estableciendo planes para alcanzar sus objetivos o responder a las exigencias, manteniendo su sentido de propósito y expectativas favorables que lo ayudan a conseguir el éxito o responder oportunamente a las demandas.

3.1.8. Flexibilidad. El sujeto puede adaptarse con facilidad a las distintas circunstancias, acomodándose a las exi-

gencias o necesidades, sin restringirse a sus creencias.

3.1.9. Motivación al logro. El sujeto se plantea metas que es capaz de proseguir, superando los retos, hasta alcanzarlas con éxito, ya que posee la disposición y el ánimo para lograr lo que se propone. Orienta su pensamiento y conductas hacia la superación y crecimiento personal, colocándose tareas con alta exigencia, siendo constante en su consecución.

3.2. Adaptación. Las personas resilientes logran ajustarse ante las dificultades, indistintamente de la circunstancia que atravesasen, modificando los aspectos que sean necesarios y siendo capaz de seguir adelante sanamente, en un ambiente que puede ser adverso.

3.2.1. Superación de las adversidades. Puede sobreponerse a las situaciones difíciles, sin dejarse abatir. Ejemplo de esta capacidad se evidencia en la reorientación que le dio al significado del trauma, tomando nuevas características para su vida.

3.2.2. Transformación de obstáculos en oportunidades. Cuando se enfrenta a situaciones difíciles, puede transformar los aspectos negativos en positivos, igualmente, puede generar aprendizaje para el futuro de sus experiencias.

3.2.3. Comportamiento proactivo. Tiene iniciativa y capacidad para anticiparse a los problemas futuros, tomando control de sus acciones de manera audaz y creativa en función de mejorar sus condiciones.

3.3. Procesos sociales. El sujeto posee capacidades que le permiten interactuar adecuadamente con su entorno, garantizando su bienestar y óptima relación con los otros.

3.3.1. Empatía. Participa afectivamente en la realidad de las otras personas, siendo capaz de percibir adecuadamente sus sentimientos.

3.3.2. Competencia social / Vínculos. Responde positivamente en la interacción con otros (se comunica efectivamente, es respetuoso, asertivo, realiza actividades a favor de otros, previene y soluciona conflictos, entre otras), así como a los retos que se le presentan en la vida diaria, llevando a cabo conductas socialmente aceptadas. De igual forma, establece y se apoya en sus vínculos.

3.3.3. Expresión adecuada de afectos. Es capaz de sentir y exteriorizar lo que siente de manera apropiada, tomando en cuenta el contexto, controlando sus impulsos y propiciando una adecuada vinculación con los otros.

Resultados

Cuadro 5

Categorización del tema 1: Trauma (Di.)

1.1. Manifestaciones del trauma	
Subcategoría	Unidades de análisis
1.1.1. Físicas	“...al momento de penetraciones era que dolía bastante...” “...de pequeño me dio dengue varias veces, bronconeumonía, neumonía, me dio parotiditis, me dio rubéola (...) soy alérgico, lo empecé a desarrollar ya después de los 12 años que me empezó a dar como más coestión, me daba fácilmente amigdalitis, que también me dio mucho de pequeño...”
1.1.2. Cognitivas	“Ahí hay algo que no recuerdo, yo recuerdo cómo empezó exactamente... no recuerdo muy bien a qué edad, yo no la recuerdo exactamente pero ahí ya yo tendría como eso de 6 años, si de 6 a 7 años...” “...llegó un momento en que yo me dije –yo me quiero morir– (...) que se acabe esto rápido (...) dije –bueno no sé, que un día entre una bala perdida y listo, se murió–, para no tener la condenación porque el que se suicida también va para el infierno...”
1.1.3. Emocionales	“...muchas veces me eché la culpa de lo que pasó, pero ya después no, ya después dije: –bueno ya, me pasó, qué voy hacer, a quién voy a seguir culpando–...” “Claro, lo hablé con mi mamá, porque llegó un momento en que me sentía muy ahogado...” “Esa fue una de las cosas que yo logré identificar cuando ya estaba más grande, o sea, sentirse solo estando con muchas personas...” “...mi mamá si me decía –¿qué te pasa? – y yo –no, no, nada, hoy no quiero salir– no quiero salir, pero por aquí, por dentro, era el miedo ¡horrible!, la sensación de miedo era horrible, todos los días, todos los días, era una cuestión que no podía salir porque me daba demasiado miedo, temblaba de –¿qué va a pasar, qué voy hacer, qué me van a hacer?–...” “...eran situaciones que me generaban demasiada ansiedad pero era por la misma culpa porque estaba condenado a un infierno porque eso era lo que me decía la Biblia...”
1.1.4. Comportamentales	“...quise atentar contra mi vida, en un momento agarré una broma, pero no sé, no tuve el coraje”. “...se volvió una bola de nieve, mi primo se lo dijo a otro amigo, después ese amigo se lo dijo a otro, a otro, a otro, a otro, ahí fue cuando empezó el desastre (...) tenía era que pagar o dejarme hacer cosas para callar o silenciar a la gente porque me amenazaban con decírselo a mi papá...” “...yo empecé a aislarme del barrio (...) siempre buscaba estar lejos para no ser víctima de las agresiones de siempre... me aislaba, me aislaba prefería no salir, me quedaba en la casa encerrado o a veces me daba por fingir que tenía malestar para no salir de la casa...” “...tenía que silenciar para que no le dijeran a mis papás (...) yo robaba dinero y eso me costó unas cuantas palizas...” “...yo iba a una iglesia que quedaba, sin decirte mentira, caminando era como 45 minutos y en carro eran quizá 15 a 20 minutos (...) prefería estar en un lugar donde nadie me hablara, donde nadie me viera que yo era impuro o que había hecho cosas malas o que hacía cosas malas, como para mantener cierta imagen...”
1.1.5. Relacionales	“...una vez yo le llegué a una chama, muy bella ella, era blanca, pecosa (...) yo le fui a decir para que fuera mi novia y ella me dijo –¿para qué? si ya a ti te ha cogido medio barrio–” “¿A quién le iba a pedir ayuda? Porque en mi proceso de formación cristiana, por así decirlo, las personas eran como muy rígidas para enseñar (...) entonces, obviamente, llega un momento en que no iba a pedir ayuda, y sí, seguí teniendo sexo esporádico con el amigo de mi papá y con el vecino que vivía diagonal a mi casa...” “Pero trataba de comprar posiciones como, dando, como quien dice, prestando el bate, prestando los guantes, buscando la pelota, quizá con eso como que buscaba meterme en el grupo (...) porque en mi familia había como que una insistencia –sal a la calle, sal a jugar–, y yo a veces tenía que salir a jugar...”
1.1.6. Sexuales	“...sí he tenido sexo con hombres (...) pero ha sido como para satisfacer una necesidad y ya, pero no actuando el papel de pasivo sino un papel de activo (...) yo puedo tener sexo con un hombre ahorita y mañana voy a pasar toda la semana repudiándome porque no me gusta, es como para satisfacer una necesidad, no me veo en eso en el futuro...” “No, no he tenido relaciones sexuales con mujeres, no he llegado porque me ha dado miedo, ya en el momento me da miedo porque siento que mi cuerpo no va a responder...” “...yo me estaba bañando y de repente empecé a masturbarme y fue la primera vez que tuve una eyaculación, obviamente, después de ahí, empecé el proceso de masturbación compulsiva, como unas seis o siete veces al día o algo así...”

1.2. Factores de riesgo

Subcategoría	Unidades de análisis
1.2.1 Características personales	“...mi formación me tenía fregado en muchos aspectos porque estaba muy estructurado, decir malas palabras era malo, hacer esto es malo, hacer lo otro es malo, entonces llegó un momento como que decían cosas como para sentir que yo era malo y que podría enfrentar ciertas adversidades, pero no real, real, porque yo soy muy pacífico...”
1.2.2. Violencia intra y extrafamiliar	“Cuando se hace traumático porque lo asocio a golpes y a dolor, fue cuando empezó a pasar con el vecino, porque él fue, ya obviamente él me doblaba la edad, yo era un niño y por supuesto, lo que te comenté, al momento de penetraciones era que dolía bastante, entonces era como si yo hablaba o si yo me quejaba eran golpes y siempre eran como las amenazas –tu papá se va a enterar, tu mamá se va a enterar– y ahí fue entonces como que se volvió el hecho traumático...” “...se volvió tan bola de nieve que eso llegó a oídos de un amigo de mi papá, que él si tenía ya diecisiete o dieciocho años, tenía en ese momento, y yo me acuerdo que yo iba para su casa... ahí me expuse a otras cosas... no sé si a voyerismo, bueno no sé, yo lo veía a él masturbándose porque él me decía –veme que yo me voy a masturbar, yo quiero que tú me veas– después entonces era –mira hoy yo te quiero hacer sexo oral a ti–, entonces después... –tú me lo tienes que hacer a mí–” “...a mi papá una vez le llegaron los comentarios, me dio una paliza que me sacó sangre de las piernas y dijo –yo prefiero tener un hijo muerto que un hijo marico–” “...ya me habían dado unas cuantas golpizas (...) ya me había pegado varias veces [el agresor principal], mi papá me pegaba casi a cada rato porque él me hacía morados, chupones y ¿cómo justificaba un chupón en la mañana?, dale una paliza [risas]” “...me pegaban por cualquier cosa, entonces o era por estudio o porque yo no me aprendía la tabla de multiplicar, otras veces eran por los comentarios que llegaban al barrio... así de fuerte sería entre los 8 y 11 años...” “Mi papá me pegó a mí por lo menos hasta los 14, 15 años, mentira 13 o 14 años...” “...al rato me llega una de la iglesia y me dice –¿es verdad que a ti te cogió el tío de X?– (...) allí empezó el <i>bullying</i> fuertemente en la iglesia (...), me enviaban papelitos para decirme un poco de cosas feas, me decían marico, maldito, cogió...”
1.2.3. Condiciones socioeconómicas	“...mi mamá trabajaba y mi papá también, entonces mi primo como era muy colaborador en la casa, él ayudaba a limpiar a mami, él incluso ayudaba a limpiar el patio, me dejaban al cuidado de él, junto con mis hermanos...” “...ella [madre] salía a trabajar porque mi papá en un momento perdió el trabajo (...) mi papá tenía plata, a mi papá casi no lo veíamos, casi se perdía una semana porque se iba a mujerear para donde sea...” “...eso no se habla en un barrio, tú no vas hablar de un hombre que se mete con un niño, tú no vas hablar de aquel (...) en un barrio estos son temas tabú...”

Cuadro 6

Categorización del tema 2: Apego (Di.)

2.4. Apego desorganizado-desorientado (con el padre y la madre)

Subcategoría	Unidades de análisis
2.4.1. Relación confusa e impredecible	“...entramos al cuarto y de una vez le dije –está pasando esto, esto y esto, a mí me están amenazando, yo he hecho esto, mi primo (...) me hizo esto, después se lo dijo a esta persona, a tal persona, a tal persona–... mi mamá lloró, porque a ella también le habían llegado los comentarios, pero no quiso creer nunca lo que le estaban hablando de su hijo...” “Ella dice que soy un hijo del que ella está orgullosa, no sé si sea para darme ánimo o porque de verdad es así, no... ¡debe ser así! –digo yo– [risas] pero ella dice que se siente bien conmigo, que no tiene de qué avergonzarse...” “...mi papá nunca fue cercano, no fue afectuoso, no fue amoroso y por esa razón él no preguntaba, él primero pegaba y después preguntaba, yo recuerdo una vez que salí con mi primito, tenía como 9 o 10 años, y mi primito se consiguió en la calle un carrito (...) y a lo que yo regreso, a mi papá le habían llegado a decir que yo me había robado un carrito (...) me pegó en la calle delante de todo el mundo (...) después fue a pedirme perdón y a decirme que me iba a comprar un bate en los Estados Unidos y me iba a comprar unos guantes también, yo en el momento dije sí pero me quedé llorando...”
2.4.2. Cuidador atemorizante e intrusivo	“...mi papá ya sabemos que era distante, era una relación de temor, fría, hostil, y además, siempre nos quedaba mal (...) nos decía –los voy a ir a buscar a las seis de la tarde para llevarlos a comer– eran las doce de la noche y nosotros todavía vestidos esperándolo (...) es una relación de falsas expectativas, y eso era siempre, era siempre... yo le pondría de irrespeto...”
2.4.3. Poca afectividad y descuido	“...mi papá era, o siempre ha sido (...) una persona muy distante, era muy seco, rígido, entonces más que afecto siempre estaba era con mi mamá, de alguna forma siempre era muy apegado con mi mamá...” “...la actitud de mi papá era más de corregir, siempre de ver lo malo, la de mi mamá era de cuidar, proteger esas cosas (...) a mi mamá, no la recuerdo en ese momento, no la recuerdo en realidad...” “...mi papá, que yo me recuerde, nunca se dignaba a preguntarme –¿cómo te sientes?–”

2.4.4. Insensibilidad descontrol extremo (Reacción del niño/a)	“...era también una relación, digamos... lo que pasa es que también suena como unidireccional, más bien de ella [la madre] hacia a mí porque yo muy poco hablaba, yo siempre buscaba refugiarme en el estudio y eso era lo que más evocaba para una... era poco lo que yo manifestaba de lo que estaba viviendo (...) era una relación medio superficial, es que era así en realidad, en este caso era cautelosa porque, obviamente, se hablaban solamente lo que había que conversar, sin profundizar, era superficial...” “...siempre pensé que se iba a sentir avergonzada de mí [la madre], de las cosas que me pasaron, porque en aquel momento yo pensaba que tenía la culpa (...) la gente tenía un ideal —él es un hijo perfecto, él es esto, él es el que saca buena nota y tal—... imagínate, tenía que cumplir con ese estándar y no quería como tumbarle ese armerío que ella tenía ahí... también para que no sintiera miedo, que quizá en el momento yo no entendía que era por eso, pero quizá era para protegerla porque en ese momento el ahogado era yo...”
--	---

Cuadro 7

Categorización del tema 3: Resiliencia (Di.)

3.1. Procesos intrapsíquicos

Subcategoría	Unidades de análisis
3.1.1. Autonomía Independencia	“...en el momento en el que estoy, mi infancia no me debería afectar más de lo que pudiese haberlo hecho, creo que ya, en este momento, si voy a elaborar cosas que todavía me quedan, es porque quizá están enlazadas con los acontecimientos que pasaron, pero siento que no es que va hacer que si no supero esas cosas puntuales entonces voy a ser un fracasado, siento que no, que eso no es limitante...” “...estoy reconociendo algo, que soy adulto, que soy responsable de mis acciones, que estoy haciendo las cosas bien... que quizá hay cosas que son de mi vida, bueno pero no estoy afectando a nadie, yo siempre evito dañar a los demás...”
3.1.2. Autoestima Confianza	“...en algún momento se encaminó todo, hasta que ya por fin uno empieza a encontrar gente que te ama, gente que te apoya, o incluso gente que te dice que vales mucho, coño eso es importantísimo, o que simplemente haya gente que te haga creer que eres muy valioso, no sé, yo creo que esa es una cosa que es muy importante y lo que me está ayudando cada día, al levantarme lo que digo es —Señor, gracias porque estoy vivo—, es lo único que puedo decir”.
3.1.3. Capacidad reflexiva Control interno	“...empecé hablar el tema con más responsabilidad, consciente de que había pasado algo, que quizá yo no lo quería conversar, porque todo lo que le he venido conversando ahorita ha sido porque tengo tiempo que fui a terapia, que hablé con mi amiga que es psicóloga, que trabaja conmigo y que me ayudó muchísimo a enfrentarme yo mismo, sobre todo a no avergonzarme por algo que pasó, ya lo que pase de aquí en adelante es mi responsabilidad, pero ya lo que pasó, ya no es mi responsabilidad, ¿pude haber hecho algo? ¡Tal vez! pero ¿ya de qué vale hablar de eso ahorita?, ¿hablar de lo que pudo haber pasado? ¡No! Eso no sirve. “...el niño que yo decidí apadrinar tiene 11 años (...) he escuchado, quizá, comentarios de la parte operativa como —mira, ese niño parece que es como amanerado y esas cosas—, no, el chamito es un niño de 11 años que es brillante, porque el niño es inteligente y es excelente persona, y colaborador como no tienes idea, entonces me veo mucho en él (...) yo me veo muy reflejado en él, porque otros de los niños también se meten con él, entonces en estos días agarré a uno y le dije: —si yo te vuelvo a ver metiéndote con él, yo mismo te voy a meter durísimo porque él tiene quien lo defienda—, no debo hablarle así, yo lo sé... pero es que veo en él muchos aspectos que son míos...” “...yo he estado meditando porque yo me quejaba mucho y esa es una de las cosas por las cuales voy a terapia, porque empecé a ver muchas cosas negativas en mi vida, como el contexto país (...) y me doy cuenta que tengo muchas cosas por las cuales debo enorgullecerme y de las cuales me jacto, no por ser mala persona, sino porque le doy gracias a Dios por donde estoy (...) yo me había vuelto muy insatisfecho, ¿dónde o qué hace que yo me reencontre conmigo mismo? es con este trabajo que tengo ahorita. Yo no he renunciado a la institución porque yo amo mi trabajo (...) haber llegado a mi trabajo hoy y que los niños me abracen, que me digan —tío—, eso es lo máximo...”
3.1.5. Apertura a nuevas experiencias	“...desde que yo salí del liceo, de los 16 hasta los 21, estuvo todo tranquilo, no recuerdo mucho porque yo me la pasaba era viajando, entonces estaba más enfocado en viajar, en conocer y esas cosas...” “...fui a un país árabe, fui de vacaciones... bueno de vacaciones no, fui con esta organización cristiana y fuimos a un <i>Hamam</i> (...) van los hombres a bañarse, no se desnudan totalmente sino que están en bóxer nada más, fuimos y entró un abuelo con dos niñitos (...) a mí me impresionó mucho porque —ya va... él le va hacer algo al niño—, y mi amigo árabe me dice: —no, tranquilo, él lo va a bañar—, y yo, —¿estás seguro?—, —claro, mira esa es la tradición, que el abuelo traiga a los nietos al <i>Hamam</i>—, y yo —ah ok—. “...fui una vez a una fiesta aquí en Caracas con colegas, psicólogos y sociólogos, y en la fiesta estábamos todos tomando (...) de repente uno ahí dijo —muchachos vamos a sacar algo— y sacaron marihuana [risas]. Yo fumé ese día marihuana como tres veces. Al otro día llegué al psicólogo y le dije —mira no me siento mal. Yo creo que en mi vida he hecho cosas de las cuales me tenga que arrepentir... claro, tampoco es que ahora voy a ser un loco de carretera, ni nada...”

3.1.6. Optimismo	“Yo creo que, aunque yo trate de ver las cosas como de una forma muy positiva, muy optimista, todavía sí hay como cierta culpa, no culpa pero sí me pongo a pensar –bueno quizá no hubiese hecho eso–, pero lo que no pasó ya no lo puedo remediar...” “...ahorita estoy tranquilo, no siento como que –cónchale, no voy a surgir–... ahorita uno siente que no surge es porque tenemos un contexto un poco complejo en el país, pero de que yo diga –mira, de que es por esto que pasó en mi infancia– ¡No!”
3.1.8. Flexibilidad	“...yo me he sabido adaptar a las circunstancias, eso sí lo digo porque ha sido en cualquier entorno, bien sea en un contexto laboral o un contexto personal, yo me sé adaptar a un grupo, y si me toca hablar con marihuaneros también me adaptado a ellos, no tengo ningún problema con eso (...) si estoy en un contexto laboral, educado, puedo estar, he comido con gente muy importante como me ha tocado comer en la calle en un pote de mantequilla...”
3.1.9. Motivación al logro	“...me he dado cuenta de que ahorita mi meta es que quiero entrar en otro espacio, quiero crecer como persona, como ser humano (...) buscar la forma de poder incursionar en otros espacios, yo quiero irme del país, no es solamente para reunir dinero y poder montar aquí un negocio familiar, algo que me permita a mí tener mi mejoría porque yo me quiero morir (...) a los 84 años en San Cristóbal, por allá, a los 80 a los 90 por ahí... en San Cristóbal, de donde es mi otra familia...” “...mi trabajo es defender, yo voy en pro y voy para delante con lo que sea, porque ahorita este es mi momento y lo quiero disfrutar, que si Dios me permite estar un año más en Venezuela (...) yo voy a estar contento haciendo mi trabajo en la institución, y si me toca irme y regresar, o si me toca irme, incluso desde allá, quisiera seguir apoyando el trabajo aquí porque veo que vale la pena, porque hoy en día son niños, mañana cuando tengan 18 años, cuando tengan 25 años, de ahí han salido chamos que hoy ya están graduados, yo ni los conozco pero yo aspiro, al ahijado mío, verlo algún día, no sé, siendo un profesor...” “...a mediano plazo sí, es hacer un posgrado (...) a largo plazo tener una casa, y a corto plazo, que debería ser lo más inmediato, no sé, sería salir del país, ese sería el corto plazo”.
3.2. Adaptación	
Subcategoría	Unidades de análisis
3.2.1. Superación de las adversidades	“...todos en el barrio se han burlado de mí, todavía hoy en día a la edad que tenemos (...) algunos me dicen –épale ¿cómo estás?– de la mejor forma, pero hay otros que todavía se burlan (...) –¿a cuántas te has cogido por allá?– eso es sarcasmo, lo que pasa es que claro, uno le dice –no chamo, bastante, fino, chévere–...” “...tengo muchas cosas más que agradecer pero hoy puedo darle muchas gracias a Dios porque he alcanzado cosas, tengo un trabajo estable que me está ayudando a crecer como persona y profesionalmente, tengo amigos que de verdad hoy me doy cuenta que son gente excepcional, tengo una mamá que amo (...) tengo una hermana que nos consentimos porque ella siempre me dice –te amo mucho–, tengo un equipo de trabajo que es muy fino, tengo también la bendición de que estoy en una casa, donde estoy alquilado, y la señora, yo llego ahorita, y tengo mi cena lista...” “...hoy en día yo saludo a las personas adultas del barrio, con afecto incluso, porque ya creo que uno empieza a asimilar las cosas, a elaborar su vida, digamos que como que a aceptar lo que pasó, por lo menos a estar tranquilo...”
3.3. Procesos sociales	
Subcategoría	Unidades de análisis
3.3.1. Empatía	“...cuando empiezo a trabajar con el grupo religioso, me envían al Amazonas un mes para trabajar con los indígenas, y ese día yo dije –nada, esta vaina es lo mío, servirle a la gente es lo mío– (...) eso me daba una satisfacción, me hacía muy feliz, el ver que alguien sonreía, que estaba ayudando a otro...” “...mucha gente dice –no, pero tal vez tú te estás llenando de muchas cosas erróneas–, y no, este es mi momento y quizá esto es lo que ahorita me hace feliz, poder servirle a esos niños que no tuvieron la oportunidad por x, y o z, y hay unos que han sufrido lo mismo que pasé yo, entonces eso me hace verlos con más amor y ponerme en una posición que no quiero que le pase nada a ellos...”
3.3.2. Competencia social y vínculos	“Yo he madurado, porque yo llego allá al barrio, incluso saludo a las personas que se reían de mí (...) incluso con beso y abrazo porque ya, quizá no fue culpa de ellos, ¿ya qué voy a hacer? (...) porque muchos se burlaron de uno, sí, quizá sus hijos fueron los que me hicieron broma, ajá, pero ¿qué voy a hacer?”

Discusión

Di. es un adulto de 29 años que sufrió su primer abuso sexual a los seis años por parte de un primo. Durante su infancia fue víctima de maltrato intra y extrafamiliar, era constantemente golpeado por su padre y sodomizado por un grupo de vecinos. Su infancia estuvo marcada por una fuerte carga religiosa, el rechazo, la burla, la humillación, el miedo y el aislamiento, situación que perduró hasta bien avanzada la adolescencia.

La primera vez que pudo hablar sobre el tema fue en la adultez. Cuando ya habiendo iniciado sus estudios universitarios, una nueva coacción por intercambio sexual lo obligó a buscar el apoyo de su madre, con quien siempre había mantenido una relación cariñosa pero superficial:

... le dije —está pasando esto, esto y esto, a mí me están amenazando, yo he hecho esto, mi primo me hizo esto, después se lo dijo a esta persona, a tal persona, a tal persona—... mi mamá lloró, porque a ella también le habían llegado los comentarios, pero no quiso creer nunca lo que le estaban hablando de su hijo...

Este estudio psicológico permitió evaluar a profundidad la realidad psíquica de Di., quien mostró tener rasgos de personalidad histéricos, obsesivos y perversos, los cuales puede dominar gracias a su buena integración yoica —en la que se reconoce como un ser total con aspectos positivos y negativos—, y mecanismos de defensa, hasta ahora, bien estructurados y funcionales.

La relación parental estuvo caracterizada por un vínculo amoroso con la madre, con quien se identificó, y de quien se alejó por voluntad propia, dado que desde muy pequeño, mediante una identificación proyectiva, colocaba en ella sus sentimientos de culpa y vergüenza, "...pensé que se iba a sentir avergonzada de mí, de las cosas que me pasaron, porque en aquel momento yo pensaba que tenía la culpa... la gente tenía un ideal, —él es un hijo perfecto—... tenía que cumplir ese estándar", esto lo llevó a protegerse del rechazo que ella podía dirigir hacia él, lo cual podría corresponderse con una fijación en la fase oral-sádica en la que entra en juego la ambivalencia en la relación de objeto. Por otra parte, es importante mencionar que Di. internalizó la moral a muy corta edad, lo que le generaba una fuerte necesidad de cumplir con las expectativas y las normas sociales, con el agravante de verse inmerso en una realidad de violencia y vejaciones sexuales altamente juzgadas en el contexto donde se refugiaba —la iglesia—, llevándolo a tomar desde muy pequeño una actitud temerosa y callada, aislándose y cerrándose en sí mismo, "tenía que dejar que me besaran, o yo hacer un sexo oral o que me hicieran un sexo oral, como para... —ok, ya se quedó tranquilo—..., iba a mi casa y me bañaba, lloraba... o iba a la iglesia".

En relación con las figuras parentales, se evidencia la falta de integración, ya que no los puede percibir como objetos totales, sino que están idealizados. Pese a algunas contradicciones discursivas, se determinó que la madre es el objeto bueno, "afectuosa, colaboradora, incondicional, trabajadora y protectora" y el padre el objeto persecutorio "intolerante, rígido, amargado, hostil y bruto". Durante su infancia Di. desarrolló un apego desorganiza-

do-desorientado, ya que por una parte su madre no fue, según la teoría de Winnicott, lo *suficientemente buena* para darle la contención necesaria, mostrando incapacidad para identificar sus necesidades primarias de protección y afecto, "era una relación prudente, cautelosa sobre todo porque en ningún momento iba a decir lo que había pasado (...) yo muy poco hablaba y siempre buscaba refugiarme en el estudio (...) era una relación medio superficial".

Con respecto al padre, este le mostraba poca afectividad y descuido, "...mi papá *nunca fue cercano, no fue afectuoso, no fue amoroso...*", alternado con comportamientos atemorizantes, confusos e impredecibles, "mi papá sin preguntarme nada me llamó y me pegó en la calle (...) me avergonzó delante de todo el mundo... después fue a pedirme perdón y a decirme que me iba a comprar un bate en los Estados Unidos...".

La figura paterna estuvo determinada por su ausencia, "... casi no lo veíamos... generalmente se la pasaba era en la calle con mujeres o trabajando o viajando porque él viajaba mucho fuera del país", lo que no permitió la constancia objetual necesaria, ni la introducción de la Ley del padre, por ello Di., en su tránsito por el Edipo, negó la castración, lo que se evidencia en sus impulsos homosexuales y su expectativa por formar una familia independientemente de que no se sienta cómodo con la idea de intimar con una persona del sexo opuesto, "...sí he tenido sexo con hombres (...) para satisfacer una necesidad y ya (...) yo quiero formar una familia (...) No he tenido relaciones sexuales con mujeres, (...) me ha dado miedo... siento que mi cuerpo no va a responder...".

Según las teorías freudianas, el trauma es una situación de mucha carga afectiva, que retrae al sujeto a una etapa anterior, donde había quedado fijada la libido. En este sentido, Di. está fijado en la fase oral-sádica, de allí su fuerte dependencia —a los valores sociales y a la religión—, el odio —dirigido hacia sí mismo—, y su fuerte tendencia a la satisfacción de los deseos —con una lucha interna por controlar los impulsos agresivos y sexuales con tendencias patológicas y polimorfos—, los cuales logra tramitar a través de la fantasía.

En términos resilientes, esto quiere decir que Di. se encuentra bien posicionado ante lo que representa el juicio de realidad, lo que implica que tiene capacidad para diferenciar el Yo del no-Yo, y asumir el miedo a la despersonalización que le genera el deseo producto de su experiencia infantil. Por otra parte, la lucha por mantenerse dentro de los criterios de realidad socialmente aceptados le genera una fuerte carga de angustia y ansiedad paranoide. Esto, en el sentido estrictamente kleiniano, se refiere a la ansiedad que infiere como resultado del intenso temor a ser atacado por el objeto malo y, en consecuencia, el miedo a que el goce perverso salga de la fantasía, ante lo cual reacciona aferrándose a la religión y ocupándose en múltiples actividades.

Este manejo inadecuado de la libido le genera problemas para establecer relaciones íntimas y duraderas, establecer metas y comprometerse con su consecución; también revela su incapacidad de sublimar y la poca creatividad para llevar estos impulsos a otros terrenos donde los de-

seos –las pulsiones– sean viables o más aceptables a nivel social.

Di. cuenta con mecanismos de defensa avanzados. Entre ellos los que mejor destacan son mecanismos obsesivos relacionados con la pulcritud, la escrupulosidad y el pudor, como una expresión de la formación reactiva que se halla en evidente contradicción con la sexualidad infantil a la que tempranamente estuvo entregado. En este caso se trata de una “defensa exitosa”, ya que los componentes que intervienen en el conflicto, tanto la representación sexual “la pedofilia” como el censurado “el reproche” –afecto asociado a la representación– han sido globalmente segregados de la conciencia en beneficio de actitudes o conductas que representen virtudes morales:

...yo antes podía criticar una entidad de atención pero ahorita que estoy en una, me mato con quien sea por eso, porque me doy cuenta que ha sido una población que ha sido muy vulnerada, pisoteada e ignorada... yo amo a mi trabajo... haber llegado hoy y que los niños me abracen, que me digan tío, eso es lo máximo.

Este mecanismo es propio de personas que no pueden reconocer en sí mismas sus verdaderos sentimientos y pensamientos, y por tanto los han aislado. En este sentido, la diferencia con el disimulo o la conducta de falsedad residen en que, en la formación reactiva, ni siquiera existe conciencia de engaño.

También se encontraron otros mecanismos de defensa, como:

La proyección negativa “...todos en el barrio se han burlado de mí, todavía hoy en día a la edad que tenemos, me dicen... –¿a cuántas te has cogido por allá?– jeso es sarcasmo!”.

La racionalización “tengo muchas cosas (...) por las cuales puedo dar gracias a Dios, he alcanzado cosas, tengo un trabajo estable que me está ayudando a crecer como persona y profesionalmente, tengo amigos... que son gente excepcional, tengo una mamá que amo...”.

La intelectualización “...entonces, una sociedad que es totalmente machista, o casi en su totalidad es machista, cómo vas a trabajar un tema como ese... pero se enseña, hay campañas buenas para trabajar el tema de que el niño hable...”.

Estos mecanismos de defensa han ayudado a Di. a superar el malestar psicológico prolongado e intenso, le permiten exponerse a situaciones, pensamientos e imágenes que le recuerdan el suceso, pues trabaja con niños en situación de abandono, frecuentemente violentados tanto física como sexualmente, lo que explica que sus niveles de ansiedad siempre están presentes –ya que los impulsos y los afectos pugnan por salir del inconsciente–, y aunque se esfuerza por alejar recuerdos, pensamientos o sentimientos, existe la tendencia a reexperimentar el suceso de manera involuntaria. Una falla en su estabilidad emocional o en estos mecanismos, representaría un estado de vulnerabilidad para esa población de niños con los que trabaja, ya que en su mayoría no han erigido la formación de diques anímicos contra los excesos sexuales –vergüenza, asco y moral.

Conclusiones

El trabajo se enmarcó en la violencia infantil, ya que su ocurrencia y la variedad de formas representan uno de los problemas más dañinos para la sociedad, principalmente porque afecta a una población vulnerable que construirá su vida con base en este tipo de experiencias.

Este estudio de caso único (N=1) brindó la posibilidad de conocer a profundidad el trauma, el apego y la resiliencia desde las manifestaciones de un adulto de 29 años, víctima de abuso sexual desde la infancia temprana hasta la adolescencia. Muestra cómo fue su crecimiento postraumático, la influencia de esta vivencia en el desarrollo evolutivo, psicológico y social, y sus repercusiones en la instauración de la personalidad, el sistema de creencias, la identidad, la visión del mundo y la autorregulación.

Lejos de establecer generalizaciones, el análisis del caso permitió, en concordancia con Howe (2005, c.p. Fresno, 2011), corroborar que los antecedentes de maltrato infantil hacen que el niño víctima de abuso sexual reduzca su nivel de acción, negándose a la posibilidad de conseguir una figura de protección, ante lo que llega a naturalizar la experiencia traumática.

En términos de resiliencia, los resultados coincidieron con los planteamientos de Betancourt y Mera (2014); Cantón y Cortés (2015); Enríquez, Montilla y Padilla, (2008); Franco y Ramírez (2016); García y Domínguez (2013); Morelato (2011); Pereda et al. (2011) y Pinheiro (2006), en relación con los efectos negativos de largo plazo que ocasionan la falta de intervención temprana y la ausencia de un apego seguro, entre ellos: fallas al nivel del autoconcepto, la regulación de los afectos, el manejo del estrés y una percepción hostil del mundo.

En términos generales, concluimos que el ASI representa un trauma psíquico que manifiesta sus secuelas en las neurosis posteriores, de acuerdo con la estructura de personalidad en que se desarrolle la psique de cada infante, ya que, en conjunción con los sucesos infantiles como la vinculación primaria y el Edipo, conforma la génesis de la neurosis y el funcionamiento psíquico del adulto.

El sentimiento de culpa experimentado por haber sido víctima de abuso, se expresa en su relación con el entorno y consigo mismo, pudiendo manifestarse de dos maneras: por medio de la agresividad o la inhibición/sumisión.

Las conductas agresivas y autodestructivas como las ideaciones suicidas, la falta de autoestima y el menosprecio hacia sí mismo, son parte de las secuelas que el abuso sexual engendra y que perseveran en la adultez. Dichas conductas son en realidad los síntomas provocados por una angustia extrema que la víctima no está en la capacidad de tramitar.

No representa una rareza que una vez consumado y naturalizado el ASI, el sujeto se enfrente a un conflicto interno entre los deseos pulsionales que buscan ser satisfechos y el sentimiento inconsciente o no, de ser inapropiado.

Frecuentemente los sentimientos de culpa y vergüenza devienen en estados depresivos, dificultades en los procesos de socialización e ideaciones suicidas, la agresividad generalizada y la erotización de las relaciones interpersonales.

Dado que el ASI trasciende y vulnera la percepción de bienestar físico, psicológico y social del niño que afecta su calidad de vida incluso hasta la adultez, resulta pertinente proponer para futuras investigaciones adentrarse aún más en la realidad que viven y vivieron las víctimas de abuso sexual infantil, lo que amerita un análisis profundo para comprender y describir los factores que en ellos han propiciado la forma en que han llevado su vida. Igualmente, se sugiere la apertura de líneas de investigación relacionadas con: i) la re-significación del trauma, ii) la identificación con el agresor, iii) el estudio del perpetrador, iv) el diseño de herramientas para la identificación y el abordaje temprano del ASI y, v) la contextualización del fenómeno dentro de cada realidad social y cultural. Por último, resulta significativo desde el punto de vista de la experiencia clínica, mencionar algunos logros adicionales que no estuvieron planteados en la consecución de esta investigación, entre ellos que el participante logró: 1. Establecer una cadena de relaciones entre sucesos. 2. Llevar a cabo un proceso reflexivo en relación con la experiencia traumática. 3. Reconstruir la vivencia actualizando elementos simbólicos y construyendo sobre la base de sus logros. 4. Reevaluar procesos que movilizan los afectos reprimidos o inexplicados, logrando colocar la culpa o la responsabilidad donde correspondía.

REFERENCIAS

- Ainsworth, M. (1979). *Infant mother attachment*. American Psychologist.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Badilla, H. (s.f.). Para comprender el concepto de resiliencia. Retrieved abril 16, 2016, from <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000179.pdf>
- Betancourt, L. y Mera, L. (2014). *El papel del cuidador en el desarrollo de la resiliencia en jóvenes bajo la protección de una ONG en la ciudad de Santiago de Cali*. Cali: Universidad de San Buenaventura Cali.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos. Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Buvinic, M., Morrison, A. y Orlando, M. (2005, enero-marzo). Violencia, crimen y desarrollo social en América Latina y el Caribe. *Papeles de Población*, 11(43), 167-214. Disponible en <http://www.zedalyc.org/pdf/112/11204309.pdf>.
- Cantón, D. y Cortés, M. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, 552-561.
- Cyrulnik, B. (2001). *La maravilla del dolor*. Barcelona: Granica.
- Enríquez, A., Montilla, I. y Padilla, P. (2008). Apego, vinculación temprana y psicopatología en la primera infancia. *Informaciones Psiquiátricas*.
- Eyras, M. (2007). *La Teoría del Apego: fundamentos y articulaciones de un modelo integrador*. Montevideo: Universidad Católica.
- Franco, A. y Ramírez, L. (2016). Abuso sexual infantil: perspectiva clínica y dilemas ético-legales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 51-58.
- Fresno, A. (2011). Efecto del maltrato físico en la calidad de las representaciones de apego infantil en Chile: resultados preliminares. *Terapia Psicológica*, 191-196.
- Freud, S. (1939). Moisés y la religión monoteísta. En *Obras completas: Sigmund Freud* (J. Etcheverry, Trans., Vol. 23, pp. 1-41). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1984). 23ª Conferencia: Los caminos de la formación del síntoma. En *Obras completas: Sigmund Freud* (J. Etcheverry, Trans., Vol. 16, pp. 105-134). Buenos Aires: Amorrortu.
- García, M. y Domínguez, E. (2013). Desarrollo teórico de la resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales*, 63-77.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación* (Quinta ed.). México: McGraw-Hill.
- Hurtado, J. (2015). *El proyecto de investigación. Comprensión holística de la metodología y la investigación* (Octava ed.). Caracas: Ediciones Quirón.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Melero, R. (2008). *La relación de pareja. Apego, dinámicas de interacción y actitudes amorosas: consecuencias sobre la calidad de la relación*. Valencia: Servei de Publicacions. Universitat De València.
- Morelato, G. (2011). Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia. *Pensamiento Psicológico*, 83-96.
- Organización Mundial de la Salud. (2016, Septiembre). *Maltrato infantil*. Retrieved abril 13, 2017, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Orjuela, L. y Rodríguez, V. (2012). *Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil: guía de material básico para la formación de profesionales*. España: Save the Children.
- Pereda, N., Gallardo-Pujol, D. y Jiménez, R. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(2), 131-139.
- Piaggio, A. (2009). Resiliencia. *Revista Psicopedagogía*, 291-302.
- Pinheiro, P. (2006). *Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas. Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Rabinowicz, E. (2012). La organización psíquica y los vínculos primarios. *Revista Borromeo*.
- Talam, A. (s.f.). *El trauma: lectura psicopatológica y psicoanalítica. Propuesta del concepto de trauma relacional*. Retrieved abril 13, 2017, from <http://www.alsf-chile.org/Indepsi/Articulos/Trauma-Abuso/El-Trauma-Lectura-Psicopatologica-y-Psicoanalitica-Propuesta-del-Concepto-de-Trauma-Relacional.pdf>
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1984). *Métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- The LONGSCAN Investigators. (1997). *Modified maltreatment classification system (MMCS)*. Retrieved febrero 28, 2017, from <https://www.unc.edu/depts/sph/longscan/pages/maltx/mmcs/LONGSCAN%20MMCS%20Coding.pdf>
- Unicef. (2007). *La violencia contra los niños, niñas y adolescentes*. Retrieved abril 13, 2017, from [https://www.unicef.org/lac/Conferencia_Sub-Regional_Intervencion_Nils_Kastberg\(4\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Conferencia_Sub-Regional_Intervencion_Nils_Kastberg(4).pdf)
- Zukerfeld, R. y Zonis, R. (s.f.). *Procesos terciarios*. Retrieved abril 13, 2017, from <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000253&a=Procesos-terciarios>

Fecha de recepción: 30 de marzo de 2018

Fecha de aceptación: 10 de septiembre de 2018