



Universidad
de La Laguna

Departamento de Psicología Clínica,
Psicobiología y Metodología

**CONSECUENCIAS
PSICOPATOLÓGICAS Y FACTORES
INTERVINIENTES EN EL IMPACTO DEL
ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA**

Gabriela Carolina Oropeza Hernández

Tutores: M^a Concepción Cristina Ramos Pérez

Pablo García Medina

Trabajo de Fin de Grado de Psicología.

Facultad de Ciencias de la Salud. Sección de Psicología y Logopedia.

Universidad de La Laguna.

Curso académico 2017-18

INDICE

1. Introducción	4
2. Consecuencias de los abusos sexuales	5
2.1. Efectos a corto plazo	5
2.2. Efectos a largo plazo	8
3. Características del abuso	11
3.1. Características del agresor	14
3.2. Características situacionales	14
3.3. Características de la víctima	16
3.3.1. Estilos de afrontamiento	16
3.3.2. Atribuciones de responsabilidad	17
3.3.3. Sentimientos provocados por el abuso	18
3.3.4. Estilo de apego	19
4. Conclusión	20
5. Referencias	22

Resumen

El abuso sexual a menores es un problema a nivel mundial que afecta a un alto porcentaje (18,9% aproximadamente) de la población general. Este trabajo busca presentar las principales consecuencias de esta experiencia traumática. Se tienen en cuenta tanto las consecuencias a corto y largo plazo, así como las variables intervinientes en el impacto del abuso tales como las características del episodio de abuso, características del agresor y características de la víctima. Todo ello con el objetivo de abrir las puertas a una nueva forma de intervención preventiva y multidisciplinar, que se inicie en la escuela y que suponga una atención integral para reducir en la medida de lo posible la gravedad de las consecuencias psicológicas observadas en los adultos víctimas de ASI.

Palabras Clave: Abuso sexual infantil, consecuencias, variables intervinientes, características del abuso, características de la víctima, intervención preventiva.

Abstract

Sexual abuse of minors is a global spread problem, which affects a high percentage (18,9% approximately) of the general population. This essay aims to present the main consequences of this traumatic experience. Taking into account short-term and long-term consequences as well as the intervening variables in the impact of the abuse, such as the characteristics of the episode of abuse, characteristics of the aggressor and characteristics of the victim. All of this with the aim of opening the doors to a new form of preventive and multidisciplinary intervention, which begins in school and involves

comprehensive attention to reduce as far as possible the severity of the psychological consequences observed in adult victims of ASI.

Key words: Child sexual abuse, consequences, intervening variables, characteristics of the abuse, characteristics of the victim, preventive intervention.

1. Introducción

Según numerosos estudios epidemiológicos llevados a cabo en nuestro país, y fuera de este, el abuso sexual infantil es un problema más extendido de lo que se pensaba, de modo que las consecuencias derivadas pueden perdurar a lo largo del ciclo evolutivo y configurar, en la edad adulta, el desarrollo de trastornos de diversos tipos. Es por ello necesario que los profesionales sean capaces de detectar esta problemática, factores de riesgo y variables intervinientes, para poder intervenir en estos casos de forma adecuada y eficaz.

Las diferentes definiciones que encontramos de lo que se considera abuso sexual infantil (ASI), coinciden en que es un tipo de maltrato en la infancia y la adolescencia, y abarcan conceptos psicológicos y legales. Una de las definiciones más completas y aceptadas en la actualidad sobre lo que es el abuso sexual infantil es:

Contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser también cometido por una persona menor de 18 años cuando esta es significativamente mayor que el niño (víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro. (*National Center on Child Abuse and Neglect*, 1978, p.2).

El abuso sexual infantil (ASI) incluye cualquier actividad de tipo sexual con un niño dónde no hay consentimiento o éste no puede ser dado. Incluye los contactos sexuales que se producen a través del uso de la fuerza o la amenaza de su uso, independientemente de la edad de los participantes, así como todos los contactos sexuales entre un adulto y un niño, independientemente de si hay un engaño o no, o si el niño entiende la naturaleza sexual de la actividad.

El ASI está presente en todas las sociedades, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo (Pereda et al., 2009), dónde los estudios han informado de unas tasas en la población general de entre un 7-36%, con una prevalencia media alrededor del 20% en las mujeres y del 8% en los hombres (Cantón-Cortés, 2013; Lutz-Zois, Phelps y Reichle, 2011).

Por otro lado, la afectación de las víctimas está mediada por múltiples factores que se han de tener en cuenta en su evaluación y tratamiento. En este contexto, es necesario que los profesionales conozcan en profundidad esta problemática, para su pronta detección y una intervención efectiva.

2. Consecuencias de los abusos sexuales

2.1. Efectos a corto plazo

Las consecuencias del abuso sexual infantil pueden ser de diversas naturalezas y aparecer en distintos momentos de la vida. Así por ejemplo existen consecuencias a corto plazo, inmediatas al episodio de abuso o relativamente cercanas, o pueden desarrollarse y manifestarse tras un período de tiempo prolongado (consecuencias a largo plazo).

Un estudio llevado a cabo por David Cantón–Cortés y María Rosario Cortés (2015), revisó las consecuencias a corto y largo plazo del abuso sexual infantil. Agrupa en tres etapas las consecuencias a corto plazo; preescolar, escolar y adolescencia (consultar tabla 1).

La investigación realizada acerca de las consecuencias del abuso sexual en la etapa preescolar es escasa. Sin embargo, el tránsito de la sintomatología a través de las distintas etapas supone manifestaciones típicas de cada etapa evolutiva.

De este modo durante la infancia los principales efectos parecen ser los efectos somáticos, retrasos en el desarrollo, problemas internalizantes (ansiedad y retraimiento) y, especialmente, trastorno por estrés postraumático y conducta sexualizada. Muchos autores coinciden en que es este último tipo de conducta el síntoma más característico en este grupo de edad, que se manifiesta en los resultados de evaluaciones mediante instrumentos que van desde las valoraciones por los padres en el CBCL (*Children Behavior Checklist*), la observación de juego libre con muñecos anatómicos y la evaluación de dibujos de figuras humanas (Cortés y Cantón, 2008).

A diferencia de esta etapa, se han podido realizar más estudios en la etapa escolar, dada su mayor y mejor accesibilidad para la investigación. En ellos, se observa cómo se mantiene la misma sintomatología que en la etapa preescolar pero aparecen nuevos síntomas relacionados con la conducta social, las relaciones interpersonales y desregulaciones biológicas.

La tercera etapa estudiada es la adolescencia, en la que además de la sintomatología observada en la etapa escolar se observa un incremento de la probabilidad de que los adolescentes realicen actividades delictivas, sufran trastornos de

alimentación, problemas físicos de salud, consuman drogas, lleven a cabo conductas suicidas y autolesivas, conductas sexuales y de riesgo, es mayor.

Tabla 1. Principales efectos del ASI a corto plazo en base a Cantón-Cortés y Cortés (2015).

Etapas	Principales Efectos
Preescolar	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas somáticos (enuresis, encopresis, dolores de cabeza y dolores estomacales) - Retrasos en el desarrollo - Problemas internalizantes (ansiedad y retraimiento) - Trastorno de estrés postraumático - Conducta sexualizada (masturbación excesiva o en público)
Escolar	<ul style="list-style-type: none"> - Dominio físico/motor (enuresis, dolores de estómago y de cabeza) - Dominio socio-emocional (conductas sexuales inapropiadas problemas internalizantes; ansiedad, depresión y retraimiento) - Problemas externalizantes (agresiones y problemas conductuales) - Trastornos disociativos, problemas en las relaciones con los iguales, bajo rendimiento escolar y desregulación de los niveles de cortisol y otros trastornos psicobiológicos.
Adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> - Desregulaciones en los niveles de cortisol - Trastornos psicobiológicos - Problemas internalizantes - Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático - Problemas en rendimiento escolar y cognitivo. - Actividades delictivas - Trastornos de alimentación - Problemas físicos de salud - Consumo de drogas - Comisión de conductas suicidad y autolesivas - Conductas sexuales tempranas y de riesgo

2.2. Efectos a largo plazo

En relación a los efectos a largo plazo de los abusos sexuales, se entienden como tales aquellos que se encuentran a partir de los dos años siguientes a la experiencia de abuso (Browne y Finkelhor, 1986, citado en Pereda, N., 2010).

Tal y como comentamos antes, las consecuencias a largo plazo son comparativamente menos frecuentes que los efectos a corto plazo. Además, es cierto que hay alguna sintomatología que remite claramente para algunas persona, especialmente aquella que tiene que ver con las manifestaciones de ansiedad (p.e., miedo, problemas para dormir). En otros casos, las sintomatologías parecen agravarse, especialmente si no son tratadas inicialmente, como aquellas que tienen que ver con las manifestaciones de agresividad o las cuestiones sexuales (Cantón-Cortés y Cortés, 2015). No obstante, no se les puede restar importancia dado que el abuso sexual infantil constituye un factor de riesgo muy importante para el desarrollo de trastornos psicopatológicos en la edad adulta (Cantón-Cortés y Cortés, 2015).

Noemí Pereda en el 2010 llevó a cabo una revisión de las principales consecuencias psicológicas a largo plazo encontradas en los estudios de víctimas de abuso sexual con el fin de agrupar en cierto modo estas consecuencias. Distingue 5 categorías: problemas emocionales, problemas de relación, problemas funcionales, problemas de adaptación y problemas sexuales. En la tabla 2 se indican que consecuencias específicas se engloban en cada categoría.

Tabla 2. Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil en base a Pereda, N., 2010).

Categoría	Sintomatología
Problemas emocionales	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno depresivo y bipolar - Síntomas y trastornos de ansiedad - Trastorno por estrés postraumático - Baja autoestima - Alexitimia - Trastorno límite de la personalidad - Conductas autodestructivas - Ideación y conducta suicida; autolesiones
Problemas de relación	<ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento y ansiedad social - Dificultades en la relación en pareja - Dificultades en la crianza de los hijos/as
Problemas de conducta y adaptación	<ul style="list-style-type: none"> - Hostilidad - Trastornos de conducta
Problemas funcionales	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos de la conducta alimentaria - Dolores físicos - Trastorno de conversión - Crisis convulsivas no epilépticas - Trastorno disociativo - Trastorno de somatización - Desórdenes ginecológicos - Abuso de sustancias
Problemas sexuales	<ul style="list-style-type: none"> - Sexualidad insatisfactoria y disfuncional - Conductas de riesgo sexual - Maternidad temprana - Prostitución - Revictimización

En este estudio se confirma, la relación entre la experiencia de abuso sexual y el desarrollo de una diversidad de problemas psicológicos, principalmente relacionados con la sintomatología internalizante (depresión, ideación y conducta suicida, trastorno por estrés postraumático) y los problemas en el área de la sexualidad.

Las víctimas de abuso sexual infantil presentan una probabilidad más alta de desarrollar trastornos emocionales como ansiedad, baja autoestima, problemas en las relaciones sexuales o depresión. Este último se considera uno de los síntomas más

frecuentes en adultos abusados sexualmente en la infancia (Berliner y Elliot, 2002; Guerricaechevarría y Echeburúa, 2005; citados en Cantón-Cortés y Cantón, 2010).

Cabe destacar que la probabilidad de ser diagnosticados de al menos un trastorno de ansiedad como trastorno de ansiedad generalizada, fobias, trastorno de pánico o trastorno obsesivo compulsivo, es 5 veces mayor en esta población que en la normal (Berliner y Elliott, 2002).

Además de la depresión, el trastorno por estrés postraumático es una de las consecuencias a largo plazo más frecuentes del abuso sexual en la infancia, alcanzando porcentajes de hasta el 36% en muestras de víctimas de ASI (Berliner y Elliot, 2002), y que además suele aparecer junto a otros problemas emocionales (Cantón–Cortés y Cantón, 2010; Sarasua, Zubizarreta, Corral y Echeburúa, 2013).

Otro aspecto a tener en cuenta es la aparición de efectos durmientes (‘‘sleeper effects’’) en algunas víctimas, entendiéndose estos como aquellas manifestaciones de problemas emocionales o conductuales de etiología no clara que aparecen tras un período de tiempo que no se mostraban inmediatamente después del abuso. Inicialmente se consideraban como tales aquellos síntomas que aparecían un año después del abuso (Mannarino, Cohen, Smith y Moore-Motily, 1991) hasta que estudios más recientes indican que este tipo de efectos pueden aparecer más tarde de lo que se creía, pudiendo desarrollarse la sintomatología incluso en la edad adulta (Cantón y Cortés, 2013)

A pesar de evidenciarse numerosas dificultades psicológicas, conductuales y sociales en la edad adulta tras el abuso sexual en la infancia, no hay pruebas de que exista un grupo identificado de síntomas que configuren un ‘‘síndrome post-abuso’’, y no todas las víctimas de ASI muestran un daño significativo posterior (Cantón y Cortés, 2013). Por lo tanto cabe preguntarnos si existen otros aspectos de los que dependa el

impacto y el consecuente desarrollo de sintomatología, y en caso afirmativo, cuáles son estos aspectos.

Es en este momento donde se hace necesario el estudio de las características del abuso, víctima y agresor, factores situacionales y, especialmente, variables cognitivas de la víctima con el fin de detectar factores perjudiciales y protectores para, por un lado detectar la gravedad de la sintomatología, y por otro, poder diseñar tratamientos o programas de prevención eficaces.

3. Características del abuso

Son distintas las variables que modulan el efecto del abuso y que, aunque no determinan su impacto, señalan tener una gran influencia en el mismo.

Teniendo en cuenta el tipo de abuso, su frecuencia y duración, la relación con el agresor y el uso de la fuerza, los resultados de diversos estudios señalan que son más graves las consecuencias cuando estos se han producido con mayor frecuencia y de forma prolongada en el tiempo, el agresor ha empleado la fuerza, se han realizado actos más graves y cuando existe una relación más próxima entre víctima y agresor (relación de incesto con padre o padrastro) (Hébert et al., 2006; Lemieux y Byers, 2008; Ullman, 2007; citado en Cantón-Cortés, 2015).

Cuando el abuso sexual se acompaña de maltrato físico el impacto de este se incrementa. Así, cuando las mujeres objeto de ASI habían sufrido también malos tratos físicos sus puntuaciones en consumo de alcohol eran el doble que las obtenidas por víctimas únicamente de abusos sexuales. Con respecto a los varones, el maltrato físico aumentaba en mayor medida el riesgo de ideas suicidas entre las víctimas de abusos

sexual, especialmente entre los adolescentes que seguían siendo abusados (Luster y Small, 1997, citado en Cantón – Cortés y Cortés, 2015).

En cuanto a las diferencias de género en el desarrollo de sintomatología, los estudios sugieren que es menos probable que los hombres víctimas de ASI sufran ansiedad, depresión y TEP en comparación con las mujeres. Sin embargo, es tan o más probable que sean diagnosticados de trastorno antisocial de la personalidad o que tengan problemas de abuso de sustancias y consumo de alcohol (Gault-Sherman, Silver y Sigfúsdóttir, 2009). Además, otras investigaciones han mostrado como los hombres víctimas de abusos cometen más intentos de suicidio y mayores tasas de ideación suicida que las mujeres (Luster y Small, 1997)

Un estudio llevado a cabo por Young, Bergandi y Titus (1994) con una muestra de 20 niños y 20 niñas en edades de entre 8 y 11 años, comparados con un grupo control de niños no víctimas de ASI, informa de niveles superiores de conducta agresiva en los niños en comparación con las niñas víctimas de abuso, mientras estas mostraban mayores niveles de síntomas depresivos que los niños.

Por otro lado, es también importante el modo y momento en el que los abusos son informados, así dependiendo de si la revelación es temprana o tardía las consecuencias variarán en gravedad. La no revelación del abuso sexual cuando se producen los hechos (López, 1994, citado en Rull y Pereda , 2011) conduce a que sean pocas las víctimas que reciben ayuda temprana. Por su parte, Kogan (2005) informó que una revelación temprana del abuso amortiguaba sus efectos sobre una serie de síntomas, además de sobre una futura victimización sexual.

En un estudio realizado por Pereda en 2004 se ven reflejados distintos aspectos del ASI, tales como las características de agresor y la relación víctima- agresor. Con

una muestra de 70 personas (14 menores de edad y 56 adultos) víctimas de abuso sexual en su infancia, el fin del estudio era conocer como aprovechan y participan en los servicios proporcionados por las asociaciones destinadas a la atención de las víctimas, en este caso, la asociación FADA. Se encontró que los casos de menores son aquellos que se derivan a organismos como servicios sociales, hospitales u otras entidades con mayor frecuencia. Por el contrario en los adultos, estos acuden únicamente con la intención de recibir asesoramiento (76,6%) y sólo reciben tratamiento psicológico el 33,5%.

Respecto a la atención jurídica, es significativamente más frecuente entre los menores (7,8%), en comparación con los adultos, al tratarse en este último caso de víctimas de delitos que en su mayor parte ya han prescrito (3,8%).

Respecto a las características del agresor, este pertenece al sexo masculino en un 97% de los casos. La edad del agresor se encuentra distribuida de manera uniforme en las víctimas adultas, se concentra entre los 32 y 50 años o más cuando las víctimas son menores de edad (30,1%).

En cuanto a la relación entre víctima y agresor, las víctimas adultas suele sufrir abusos por parte de miembros de la familia extensa (abuelos, primos, tíos) (36,8%) en comparación con las víctimas menores (23,3%).

Teniendo en cuenta el tipo de abusos, en este estudio, el más frecuente son los tocamientos (76,2%) en los menores y un 86,1% en los adultos. Sin embargo hay mayor porcentaje de menores que manifiesta haber sufrido penetración anal (9,5%) en comparación con los adultos (2,4%).

Y por último, en cuanto a la frecuencia del abuso, éste se produce en más de una ocasión en un 94,7% de los menores y un 93,6% de los adultos.

3.1. Características del agresor

La investigación sobre el impacto del abuso en función del sexo del agresor es escasa dado que son muy pocas las mujeres responsables de abusos sexuales revelados. No obstante, en general, son numerosos los estudios que indican que la mayoría de los agresores pertenecen al sexo masculino.

Cortés, Cantón y Cantón-Cortés (2010) en una investigación con una muestra de una muestra de 269 estudiantes víctimas de abusos sexuales antes de los 18 años, encuentra que en el 95,5% de los casos los perpetradores eran hombres, casi la mitad adolescentes y niños, y la mayoría de las veces actuaban en la intimidad del hogar. En ese mismo estudio, en el 52,8% de los casos el autor de los abusos fue algún familiar, un 47,2% alguien sin parentesco con la víctima y sólo un 10% fueron cometidos por personas desconocidas.

La investigación en relación a la edad del agresor es también escasa. Sin embargo, los estudios realizados han mostrado que los abusos cometidos por adolescentes resultan menos traumatizantes a las víctimas que los realizados por adultos (Sperry y Gilbert, 2005, citado en Cantón – Cortés y Cortés, 2015). Por su parte, Russel (1986) informó en un estudio comunitario que los adultos que habían sido objetos de abusos sexuales en su infancia consideraban las experiencias tenidas con hombres más traumáticas que con mujeres (Cantón- Cortés y Cortés, 2015)

3.2. Características situacionales

Existe otro tipo de variables que han mostrado su influencia en el ajuste psicológico tras la experiencia traumática (Marivate y Madu, 2007). Distintos estudios avalan que el apoyo social a las víctimas tiene un efecto amortiguador sobre las consecuencias derivadas de hecho traumático (Hyman, Gold y Cott, 2003).

En cuanto al número de entrevistas realizadas a la víctima, se ha encontrado que un mayor número de entrevistas llevadas a cabo por distintos profesionales parece incrementar los síntomas, no ocurriendo así cuando es un único profesional el encargado de entrevistar a la víctima en más de una sesión (Berliner y Elliott, 2001; citado en Cantón-Cortés 2015). Además, Henry (1997) encuentra que en caso de que las víctimas deban declarar en un juicio penal, si se la prepara adecuadamente para su comparecencia parece amortiguarse más el incremento del estrés interno o la ansiedad que si las declaraciones son en más de una ocasión o durante sesiones duras y prolongadas.

Por otro lado, teniendo en cuenta el ámbito familiar, a mayor número de conflictos familiares se observan puntuaciones más bajas en autoestima y puntuaciones más elevadas en ánimo depresivo. Igualmente, a mayor expresividad familiar, menores puntuaciones en autoestima y mayores problemas psicológicos (Fassler et al., 2005).

Otras variables como el apoyo social de autoestima (disponibilidad percibida de una comparación positiva con otros) y de evaluación (disponibilidad percibida de alguien con quien hablar) correlacionan con menores puntuaciones en trastorno de estrés postraumático (Hyman et al., 2003). El apoyo social recibido correlaciona con un mejor ajuste psicológico de las víctimas de abusos sexuales en la infancia (Marivate y Madu, 2007).

Podemos decir que el impacto del abuso está mediado por diversas variables relacionadas con el episodio y con factores situacionales. *“Sin embargo, aunque estas características nos ayudan a identificar cuáles son las víctimas con mayor riesgo de dificultades de adaptación, al ser fijas y no poder ser objeto de intervención, su utilidad clínica es muy limitada”* (Cantón- Cortés y Cortés, 2015). Por el contrario, el estudio de

los procesos o mecanismos que explican como las víctimas llegan a desarrollar una sintomatología resulta de mayor utilidad a la hora de diseñar una intervención eficaz.

3.3. Características de la víctima

Además de los factores relacionados con el tipo de abuso y los situacionales, otros factores a tener en cuenta son los relacionados con la propia víctima, ya que personas con experiencias abusivas similares pueden sufrir consecuencias diferentes dependiendo de cómo perciban, evalúen y procesen los sucesos. Algunas de las variables estudiadas son los estilos de afrontamiento, las atribuciones de responsabilidad, los sentimientos provocados por el abuso o el estilo de apego de la víctima.

3.3.1. Estilos de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento, siendo una de las variables más estudiadas, se definen como “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para hacer frente a demandas internas o externas” (Lazarus, 1993) y se conciben como mediadoras en la relación entre el suceso estresante y sus consecuencias emocionales. El modelo predominante para clasificar las estrategias de afrontamiento es el de aproximación-evitación, según el cual las estrategias de aproximación serían aquellos pensamientos o acciones dirigidos hacia una amenaza; las de evitación aquellos pensamientos dirigidos a alejarse de ella.

Por lo general los estudios coinciden en que existe una relación entre las estrategias de evitación (negación, distanciamiento, aislamiento social) y un peor ajuste psicológico tras el ASI (Cantón-Cortés y Cantón, 2010; Hébert et al., 2006) mientras las estrategias aproximativas (tratar de ver la situación desde un punto de vista diferente,

búsqueda de apoyo social) se asocian a un mejor ajuste (Steel, Sanna, Hammond, Whipple y Cross, 2004; citado en Cantón-Cortés, 2015)

3.3.2. Atribuciones de responsabilidad

Tras un abuso sexual, aparece la necesidad de buscar un significado para dar sentido a lo ocurrido y esto supone hacer una serie de atribuciones causales que expliquen el porqué de lo sucedido (Cantón-Cortés, 2013). Los estilos atribucionales se configuran a partir de tres dimensiones; según el tipo de situación (globales o específicas), la temporalidad (estables o inestables) y el locus de control (interno o externo).

De este modo, cuando las atribuciones situacionales son globales la explicación del hecho se generaliza a otras situaciones de la vida, mientras que, cuando son específicas, no se establece conexión entre la causalidad de un hecho o situación concreta y otras distintas. Si las atribuciones son estables en cuanto a la temporalidad, la causa de lo que sucede se percibe como inmutable; si son inestables, la causa se interpreta como algo aislado, fortuito y que no se relaciona con ningún espacio temporal, ni pasado ni futuro. Y por último, en cuanto al locus de control, si este se localiza en el sí mismo, la causa de lo que acontece se sitúa en la propia persona mientras que si se localiza en lo externo, la causa es resultado de factores externos independientes de la persona.

Un individuo con un estilo de afrontamiento negativo adscribe las causas de los sucesos negativos a sí mismo (locus de control interno), a través de las situaciones (situación global) y del tiempo (estable). De todas las variables, aquella que mantiene una relación más clara con el ajuste psicológico es la dirección (interna o externa) de las atribuciones. La investigación señala que cuando la víctima se culpa a sí misma se

produce un peor ajuste psicológico (Filipas y Ullman, 2006; Steel et al., 2004), así como también cuando la culpa recae sobre la familia (Cantón-Cortés, 2012).

3.3.3. Sentimientos provocados por el abuso

Los sentimientos que median entre la experiencia de abuso y su impacto psicológico serían la traición, estigmatización, indefensión y sexualización traumática.

El sentimiento de traición surge del descubrimiento de que una persona en la que confía y con la que tiene una fuerte relación de dependencia le ha causado daño, lo que puede provocar sentimientos depresivos, cólera y desconfianza hacia otras personas posteriormente. La estigmatización surge del trasladar al niño una serie de connotaciones negativas relacionadas con el abuso (maldad, vergüenza, culpa) que este incorpora a su imagen, lo que puede llevar desde una disminución de la autoestima hasta ideas autolesivas o de suicidio. Por su parte, la indefensión aparece cuando la voluntad, los deseos y el sentido de la eficacia se ven mermados reiteradamente al invadir su territorio y espacio corporal en contra de su voluntad, de modo que se refuerza su autopercepción como víctima. Por último, la sexualización traumática se refiere al hecho de que el abuso configura la sexualidad del niño precozmente, incluyendo sus actitudes y sentimientos, de una forma evolutivamente inadecuada y disfuncional, ya que pueden desarrollar conductas promiscuas de aversión hacia el sexo en un futuro (Finkelhor y Brown, 1985; citado en Cantón-Cortés y Cortés, 2015).

Una investigación llevada a cabo con universitarios víctimas de ASI encontró una relación entre la indefensión, estigmatización, la sexualización traumática y, en menor medida, la traición, y puntuaciones mayores en depresión, ansiedad (estado y rasgo), y menores puntuaciones en autoestima (Cantón et al., 2012).

3.3.4. Estilo de apego

Las relaciones interpersonales y el apoyo social son una necesidad innata según la teoría de Bowlby (1969). Según esta premisa, los niños, desde muy temprano y de acuerdo a sus experiencias interpersonales tempranas, desarrollan modelos de trabajo internos acerca de los demás, que influirán en cómo se relacionen estos en el futuro. Son tres los estilos de apego que se han identificado; seguro, de evitación y ambivalente/ansioso (Ver tabla 3).

Tabla 3. Características de los Estilos de apego en base a Bowlby (1969).

Estilo de apego	Características
Seguro	Cuidador primario responde al malestar del niño de una forma consistente, promoviendo la confianza en sus relaciones
De evitación	El malestar del niño es ignorado de forma consistente
Ambivalente/ansioso	Se responde al malestar del niño de una forma inconsistente, dando lugar a niveles elevados de ansiedad y una dificultad para la expresión de emociones

La investigación sobre los estilos de apego en víctimas de ASI encuentra una relación entre el estilo de apego seguro y un mejor ajuste, mientras que los estilos de apego inseguros (evitación y ambivalente) se han relacionado con un peor ajuste psicológico (Beaudoin et al., 2013; Lutz-Zois et al., 2011; McHelheran et al., 2012; citado en Cantón-Cortés y Cortés, 2015).

La ventaja de analizar este tipo de variables cognitivas asociadas directamente a la víctima del ASI es que permiten encontrar factores protectores asociados a un mejor ajuste o resiliencia en víctimas que ofrecen pistas y pautas para el diseño de intervenciones preventivas (Hébert et al., 2006).

4. Conclusión

Existe una extensa evidencia de que sufrir abusos sexuales en la infancia, conlleva consecuencias psicopatológicas en las víctimas, a corto, medio y largo plazo. Entre las halladas, el desarrollo de sintomatología internalizante de tipo postraumática, ansiosa y depresiva, son las más encontradas. Sin embargo, hemos observado cómo a pesar de que la mayoría de los estudios que han examinado las secuelas del ASI enumeran numerosas dificultades psicológicas, sociales, conductuales y físicas, no todas las víctimas de abuso infantil muestran un daño significativo posterior, existiendo una amplia variabilidad en el ajuste de las mismas. Influyen factores como son el tipo de abuso, las características del agresor y las características de las víctimas, especialmente las variables cognitivas de estas, que modulan la experiencia y evaluación del abuso. Sin poder describirse un patrón sintomatológico concreto en las víctimas de esta experiencia traumática, se dificulta su detección y posterior tratamiento (Manigilio, 2009).

No obstante, las investigaciones señalan el riesgo que presentan las víctimas de ASI a desarrollar sintomatología psicológica en la adultez y la necesidad por tanto de llevar a cabo programas de intervención. Además, se observa la necesidad de que estas intervenciones debieran centrarse más en el concepto de resiliencia y en la existencia de factores de protección en la víctima. La idea de un tratamiento único, aplicable a todas

las víctimas de esta experiencia no parece una opción realista ni adecuada al tratarse de una experiencia vital y no un simple conjunto de síntomas específicos, en la que la persona cuenta con sus propios recursos para la superación (Hetzl-Riggin et al., 2007; Parker et al., 2007; citado en Rull y Pereda, 2011).

Rull y Pereda (2011) realizan una revisión sistemática de trabajos relacionados con la intervención psicológica en esta población. En relación con las características del tratamiento aplicado encuentran que los enfoques más seguidos son el cognitivo-conductual (31,6%) y, en segundo lugar, el enfoque psicodinámico (26,3%), además de otros como las terapias sistémicas, enfoque feminista, terapias orientadas al cuerpo o mindfulness.

Dentro de las variables referidas a la diversidad de síntomas que presentan las víctimas, la variable más tratada es el malestar psicológico, destacando la evaluación de los síntomas ansiosos y afectivos, la baja autoestima y el sentimiento de culpa.

La mayoría de los procesos terapéuticos se conciben en un formato grupal, con una duración media de 33,9 semanas y con una frecuencia en sesiones semanales de más de una hora de duración.

En líneas generales, la práctica totalidad de los estudios sometidos a revisión ofrecen resultados positivos para al menos una de las variables que trabajan, siendo generalmente efectivos para la sintomatología postraumática, la ansiedad y la depresión.

Como se puede observar, el punto de mira de la intervención en víctimas de abusos sexuales en la infancia está puesto sobre todo en las consecuencias. Hay que tener en cuenta que a pesar de que el hecho traumático es el detonante del desarrollo de sintomatología, los ámbitos en los que el niño se desarrolla e interactúa, tanto antes

como después del episodio van a jugar un papel fundamental en la modulación del impacto de la experiencia traumática.

Del mismo modo que el psicólogo debe llevar a cabo una investigación pormenorizada de todos los aspectos que atañen al niño (escuela, familia) para conocer su situación, sería recomendable utilizar esta información para diseñar futuras intervenciones. La mayoría de los terapeutas provienen del ámbito de la salud mental (Rull, J. y Pereda, N., 2011). Por ello, se propone convertir a la familia y la escuela en agentes activos de evaluación, añadiendo su percepción y valoración del niño a la información recabada por el psicólogo, a la vez que en coterapeutas, proporcionándoles pautas de actuación para con el niño, a fin de incrementar los beneficios del tratamiento llevado a cabo el psicólogo.

La efectividad de los tratamientos post-abuso está respaldada por numerosos estudios, sin embargo creemos que existen otras formas de intervención que podrían modular en gran medida las consecuencias negativas del abuso. Nos referimos a la prevención primaria.

Se trata de una educación en habilidades y actitudes de afrontamiento y resiliencia, teniendo en cuenta a familia y escuela, orientada a dotar a los infantes de los recursos necesarios para hacer frente a situaciones traumáticas de cualquier índole, siendo el abuso una de ellas. Todo ello, en el marco de un equipo multiprofesional que, bajo la coordinación de un psicólogo, tenga en cuenta el estilo de afrontamiento, la resiliencia y tipos de apego, orientando a padres y maestros sobre como potenciar estas habilidades a fin de proveer a los niños de recursos suficientes para hacer frente a las consecuencias traumáticas que forman parte de la vida.

5. Referencias

- Benedicto, C., Roncero, D. y González, L. (2016). Agresores sexuales juveniles: tipología y perfil psicosocial en función de la edad de sus víctimas. *Anuario de Psicología Jurídica*, 27, 33-42.
- Berliner, L. y Elliott, D. M. (2002). Sexual abuse of children. En Myers, J. E. B., Berliner, L., Briere, J., Hendrix, C. T., Jenny, C. y Reid, T. A. (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (pp. 55-78). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment. Attachment and Loss (vol. 1)*. New York: Basic Books.
- Cantón-Cortés, D. (2013). Características y consecuencias del abuso sexual infantil. En D. Cantón-Cortés, M. R. Cortés, M. D. Justicia y J. Cantón, *Violencia Doméstica, Divorcio y Adaptación Psicológica* (pp. 143-157). Madrid: Pirámide.
- Cantón-Cortés, D. y Cortés, M.R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, 31 (2), 552-561.
- Cantón-Cortés, D. y Cantón, J. (2010). Coping with child abuse among college students and post-traumatic stress disorder: The role of continuity of abuse and relationship with the perpetrator. *Child Abuse Neglect*, 34, 496-506.
- Cantón-Cortés, D., Cantón, J. y Cortés, M. R. (2012). The interactive effect of blame attribution with characteristics of child sexual abuse on post-traumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 329-334.
- Cantón Duarte, J. y Cortés Arboleda, M. R. (1998). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid: SXXI.

- Cortés, M. R., Cantón, D. y Cantón-Cortés, D. (2010). Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. *Gat Sanit*, 25(2), 157-165.
- Cortés, M. R. y Cantón, J. (2008). El abuso sexual infantil: Un grave problema social. En J. Cantón y M. R. Cortés, *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil* (pp. 13-52). Madrid: Pirámide.
- Fassler, I. R., Amodeo, M., Griffin, M. L., Clay, C. M. y Ellis, M. A. (2005). Predicting long-term outcomes for women sexually abused in childhood: contribution of abuse severity versus family environment. *Child Abuse & Neglect*, 29, 269-84.
- Filipas, H. H. y Ullman, S. E. (2006). Child sexual abuse, coping responses, self-blame, posttraumatic stress disorder, and adult sexual revictimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 652-672.
- Flitter, j. M. K., Elhai, J. D. y Gold, S. N. (2003). MMPI-2 F Scale elevations in adult victims of child sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (3), 269-274.
- Gault-Sherman, M., Silver, E. y Sigfúsdóttir, I. D. (2009). Gender and the associated impairments of childhood sexual abuse: A national study of Icelandic youth. *Social Science & Medicine*, 69, 1515-1522.
- Guerricaechevarria, C. y Echeburúa, E. (2005). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores: un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.
- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I. V. y Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21, 287-299.

- Henry, J. (1997). System intervention trauma to child sexual abuse victims following disclosure. *Journal of Interpersonal Violence, 12*, 499-512.
- Hyman, S. M., Gold, S. N. y Cott, M. A. (2003). Forms of social support that moderate PTSD in childhood sexual abuse survivors. *Journal of Family Violence, 18*, 295-300.
- Lameiras, M. (2002). *Abusos sexuales en la infancia: abordaje psicológico y jurídico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Lemieux, S. R. y Byers, E. S. (2008). The sexual well-being of women who have experienced child sexual abuse. *Psychology of Women Quarterly, 32*, 126-144.
- López, F. (1994). *Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- López, F., Carpintero, E., Hernández, A., Martín, M. J. y Fuertes, A. (1995). Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España. *Child Abuse & Neglect, 19* (9), 1039-1050.
- Lutz-Zois, C. J., Phelps, C. E. R. y Reichle, A. C. (2011). Affective, behavioral, and social-cognitive dysregulation as mechanisms for sexual abuse revictimization. *Violence and Victims, 26*, 159-176.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review, 29* (7), 647-657.
- Mannarino, A. P. y Cohen, J. A., Smith, J. A. y Moore-Motily, S. (1991). Six- and twelve-month follow-up of sexually abused girls. *Journal of Interpersonal Violence, 6*, 494-511.

- Marivate, P. y Madu, S. N. (2007). Levels of social support and coping strategies in adult survivors of child sexual abuse. *Journal of Psychology in Africa, 17*, 133-136.
- Mellon, M. W., Whiteside, S. P. y Friedrich, W. (2006). The relevance of fecal soiling as an indicator of child sexual abuse: A preliminary analysis. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 27*, 25-32.
- Noll, J. G., Trickett, P. K., Susman, E. J. y Putnam, F. W. (2006). Sleep disturbances and childhood sexual abuse. *Journal of Pediatric Psychology, 31*, 469-480.
- López, F. (1994). *Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Luster, T. y Small, S. A. (1997). Sexual abuse history and problems in adolescence: exploring the effects of moderating variables. *Journal of Marriage and the Family, 59*, 131-142.
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo, 30* (2), 3-13.
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo, 31* (2), 191-201.
- Pereda, N., Polo, P. y Navales, N. (2004). Estudio descriptivo de víctimas de abuso sexual infantil. *Boletín Criminológico, 76*, 1-4.
- Rey Cattani, R. (2018). Consecuencias psicopatológicas del abuso sexual infantil y sus implicaciones clínico-forenses. Universidad de La Laguna, Sección de Ciencias de la Salud. España.

- Rull, J. y Pereda, N. (2011). Revisión sistemática de los programas de tratamiento psicológico aplicados a víctimas adultas de abuso sexual en la infancia. *Anuario de Psicología*, 41 (1-3), 81-105.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Corral, P. y Echeburúa, E. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. *Anales de Psicología*, 29, 29-37.
- Steel, J., Sanna, L., Hammond, B., Whipple, J. y Cross, H. (2004). Psychological sequelae of childhood sexual abuse: Abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style. *Child Abuse & Neglect*, 28, 785-801.
- Trickett, P. K., Noll, J. G., Susman, E. J., Shenk, C. E. y Putnam, F. W. (2010). Attenuation of cortisol across development for victims of sexual abuse, *Developmental Psychopathology*, 22, 165-175.
- Ullman, S. E. (2007). Relationship to perpetrator, disclosure, social reactions, and PTSD symptoms in child sexual abuse survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16, 19-36.