



Anales de Psicología

ISSN: 0212-9728

servpubl@fcu.um.es

Universidad de Murcia

España

Cantón-Cortés, David; Cortés, María Rosario
Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes
Anales de Psicología, vol. 31, núm. 2, mayo, 2015, pp. 552-561
Universidad de Murcia
Murcia, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16738685018>

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

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes

David Cantón-Cortés^{1*} y María Rosario Cortés²

¹ Departamento Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Málaga

² Departamento Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Granada

Resumen: En las últimas décadas el abuso sexual infantil (ASI) ha suscitado un gran interés, tanto entre la comunidad científica, como en la sociedad en general, debido a su prevalencia y consecuencias a corto y a largo plazo. Aunque la mayoría de los estudios que han examinado las secuelas del ASI enumeran numerosas dificultades psicológicas, sociales, conductuales y físicas, ciertamente no todas las víctimas de abuso infantil muestran un daño significativo posterior, existiendo una amplia variabilidad en el ajuste de las víctimas. Ante esta diversidad el presente trabajo, tras realizar una revisión de las consecuencias a corto y largo plazo del ASI, pretende discernir cuáles son las principales variables que determinan los efectos del abuso sobre las víctimas. Las características del abuso, víctima y agresor, los factores situacionales y, especialmente, las variables cognitivas de la víctima se han demostrado como eficaces para explicar la gravedad de la sintomatología. Concretamente, las investigaciones realizadas en los últimos años han encontrado que la sustitución de estrategias de afrontamiento de evitación por estrategias de aproximación, la eliminación de las atribuciones de autoinculpación e inculpación a la familia y de los sentimientos relacionados con las cuatro dinámicas traumatogénicas y la promoción de un estilo de apego seguro resultarían beneficiosos a la hora de prevenir futuros problemas causados por la experiencia de abuso.

Palabras clave: Abuso sexual infantil; consecuencias; variables intervinientes; características del abuso; factores situacionales; variables cognitivas.

Title: Child sexual abuse consequences: a review of intervening variables.

Abstract: Over the last few decades child sexual abuse (CSA) have provoked a great deal of interest, both among the scientific community and the society, due to its prevalence and short and long term consequences. Although most of the studies examining CSA sequelae list numerous psychological, social, behavioral and physical difficulties, certainly not every child abuse survivor shows a significant harm thereafter, existing a great variability on the survivor's adjustment. In light of this diversity the present work, after review the short and long term consequences of CSA, attempt to discern which are the main variables that determine the effects of the abuse on the survivors. Characteristics of the abuse, survivor and perpetrator, situational factors and, specially, survivor's cognitive variables have been proved as efficient in order to explain the symptomatology severity. Specifically, studies have found that replacing avoidance coping strategies by approaching ones, eliminating self-blame and family blame attributions and the four traumagenic dynamics feelings, as well as promoting a secure attachment style would have a positive impact in order to prevent future problems caused by the experience of abuse.

Key words: Child sexual abuse; consequences; intervening variables; abuse characteristics; situational factors; cognitive variables.

Introducción

El abuso sexual infantil (ASI) incluye cualquier actividad de tipo sexual con un niño donde no hay consentimiento o éste no puede ser dado (Berliner, 2000). 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 contacto sexual entre un niño pequeño y otro de mayor edad puede también ser abusivo si existe una diferencia significativa de edad o desarrollo, haciendo al niño más pequeño incapaz de dar su consentimiento (Berliner y Elliot, 2002).

El ASI es común a todas las sociedades, y los estudios han informado de unas tasas en la población general de entre un 7-36%, con una prevalencia media de alrededor del 20% en las mujeres y del 8% en los hombres (Cantón-Cortés, 2013; Lutz-Zois, Phelps y Reichle, 2011). Por ejemplo, en un metanálisis con 65 estudios conteniendo información sobre el ASI en 22 países, Pereda, Guilera, Forns y Gómez-Benito (2009) encontraron una prevalencia media del ASI en varones del 7.4% y del 19.2% en mujeres. Además, su presencia se ha documentado tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo (Pereda et al., 2009),

aunque las tasas de prevalencia encontradas en los diferentes países y culturas varían considerablemente.

El presente trabajo, tras realizar una revisión de las consecuencias a corto y a largo plazo del abuso sexual infantil, pretende discernir cuáles son las principales variables que determinan los efectos del abuso sobre las víctimas. Aunque revisiones anteriores han analizado variables como las características del abuso, víctima y agresor, otros factores como los situacionales y las variables cognitivas de la víctima, sobre los que nos centramos especialmente en esta revisión, han recibido mucha menor atención.

Consecuencias psicológicas

Consecuencias a corto plazo

La investigación acerca de las consecuencias del abuso sexual en la etapa preescolar es escasa. Además, al contrario de lo que ocurre con los estudios de adultos, que se han realizado tanto con muestras clínicas como no clínicas, la información sobre los niños, con unas pocas excepciones, se ha obtenido a partir de muestras clínicas, todas ellas en contacto con servicios de protección del menor y con las autoridades judiciales (Myers et al., 2002).

En general, a lo largo del ciclo vital se produce un tránsito de la sintomatología hacia formas de manifestación típicas de cada etapa evolutiva (Lameiras, 2002). De este modo, durante la infancia los principales efectos parecen ser los problemas somáticos (enuresis, encopresis, dolores de cabeza y dolores estomacales), retrasos en el desarrollo, problemas in-

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]:

David Cantón Cortés. Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología, Universidad de Málaga. Campus de Teatinos, 29071, Málaga (España). E-mail: david.canton@uma.es

ternalizantes (especialmente ansiedad y retraimiento), y especialmente, trastorno de estrés post-traumático y conducta sexualizada (por ejemplo, masturbación excesiva o en público) (Mellon, Whiteside y Friedrich, 2006). Todos los autores de revisiones (p.e., Pereda, 2009) coinciden en que el síntoma más característico en las víctimas de este grupo de edad es la expresión de algún tipo de conducta sexualizada. Este comportamiento sexual inapropiado de los preescolares objeto de abuso sexual se ha encontrado utilizando toda una variedad de instrumentos de evaluación que van desde las valoraciones realizadas por los padres en el CBCL, la observación de juego libre con muñecos anatómicos y la evaluación de los dibujos de figuras humanas (Cortés y Cantón, 2008).

La investigación sobre las consecuencias del abuso es considerablemente más numerosa entre los niños en edad escolar. En este grupo de edad aparecen algunos nuevos síntomas, mientras que otros son consistentes con la investigación en niños más pequeños. En el dominio físico/motor, la enuresis todavía aparece como un problema, habiendo encontrado algunos autores otros problemas físicos tales como dolores de estómago y de cabeza en niñas abusadas sexualmente (Trickett, Noll, Reifman y Putnam, 2001). En el campo socio-emocional, al igual que ocurría con los niños más pequeños, todavía se pueden encontrar las conductas sexuales inapropiadas y los problemas internalizantes como la ansiedad, depresión y retraimiento (p.e., Hébert, Tremblay, Parent, Daignault y Piché, 2006). Pero durante esta etapa pueden aparecer también una serie de problemas nuevos. Los problemas externalizantes (p.e., agresiones y problemas conductuales), trastornos disociativos, problemas en las relaciones con los iguales, bajo rendimiento escolar y desregulaciones en los niveles de cortisol y otros trastornos psicobiológicos debidos a una desregulación del eje hipotálamico-hipofisario-adrenal (lo que podría explicar los problemas emocionales de las víctimas) son más frecuentes entre niños víctimas de abuso sexual que entre niños no víctimas (Trickett et al., 2001; Trickett, Noll, Susman, Shenk y Putnam, 2010).

Finalmente, en el caso de los adolescentes, la mayoría de los resultados encontrados son similares a los de niños en edad escolar. Los estudios han encontrado desregulaciones en los niveles de cortisol y otros trastornos psicobiológicos, problemas internalizantes y externalizantes, trastornos disociativos, síntomas de Trastorno de Estrés Post-traumático (TEP) y problemas en el rendimiento escolar y cognitivo (Muela, Balluerka y Torres, 2013; Noll, Trickett, Susman y Putnam, 2006; Trickett et al., 2001). También, es más probable que los adolescentes abusados sexualmente, comparados con los niños, realicen actividades delictivas, sufran trastornos de la alimentación, problemas físicos de salud, consuman drogas, lleven a cabo más conductas suicidas y autolesivas y conductas sexuales tempranas y de riesgo (Feiring, Miller-Johnson y Cleland, 2007).

Consecuencias a largo plazo

En general, los estudios en los que se evalúan los efectos a largo plazo de los abusos sexuales en la infancia muestran una disminución de la sintomatología con el paso del tiempo. En su estudio meta-analítico, Rind, Tomovich y Bauserman (1998) concluyeron en relación con la nocividad de estas conductas que alrededor de 2/3 de los hombres y 1/3 de las mujeres que habían mantenido actividad sexual con otros adolescentes y/o adultos durante la infancia no mostraban sintomatología clínica en la edad adulta. Sin embargo, hay que precisar que si bien hay alguna sintomatología que remite claramente para algunas personas, especialmente aquella que tiene que ver con las manifestaciones de ansiedad (e. g., miedo, problemas para dormir), en otros casos las sintomatologías parecen agravarse, especialmente si no son tratadas inicialmente, como las que tienen que ver con las manifestaciones de agresividad o las cuestiones sexuales.

Otro aspecto a tener en cuenta es la aparición de efectos durmientes ("sleepers effects") en algunas víctimas. Los efectos durmientes hacen referencia a la situación en la que el niño no muestra problemas significativos inmediatamente después del abuso. Sin embargo, al transcurrir el tiempo, la víctima empieza a manifestar problemas emocionales o conductuales de una etiología no clara. Los estudios iniciales identificaron la aparición de "efectos durmientes" un año después del abuso (Mannarino, Cohen, Smith y Moore-Motily, 1991). Sin embargo los estudios más recientes indican que este tipo de efectos pueden aparecer mucho más tarde de lo que inicialmente se creía. De hecho, en ocasiones la sintomatología puede surgir durante la edad adulta (Cantón-Cortés, 2013), debido a una revictimización o incluso en ausencia de ésta. Incluso un suceso estresante o que recuerde al abuso sufrido puede hacer aparecer la sintomatología.

Las víctimas adultas de abuso sexual infantil presentan una mayor probabilidad de padecer trastornos emocionales como depresión, ansiedad, baja autoestima o problemas en las relaciones sexuales (Berliner y Elliot, 2002; Guerricaechevarría y Eheburúa, 2005). De acuerdo con autores como Berliner y Elliot (2002), la depresión es uno de los síntomas más frecuentes en adultos abusados sexualmente durante la infancia. Ferguson, Boden y Horwood (2008), por ejemplo, llevaron a cabo un estudio longitudinal durante 25 años con más de 1000 niños, evaluando los efectos del ASI y del maltrato físico sobre el ajuste psicológico. Estos autores encontraron un efecto muy superior del ASI al del maltrato físico, siendo una de las principales consecuencias del abuso sexual la mayor tasa del trastorno depresivo entre las víctimas. El historial de ASI se suele relacionar también con síntomas de ansiedad en la etapa adulta, tanto en muestras clínicas como comunitarias (Guerricaechevarría y Eheburúa, 2005; López-Soler, et al. 2012). Las víctimas de abuso sexual presentan una probabilidad hasta 5 veces mayor que el resto de la población de ser diagnosticada de al menos un trastorno de ansiedad como trastorno de ansiedad generalizada, fobias, trastorno de pánico o trastorno obsesivo compulsivo (Berliner y

Elliott, 2002). Otro síntoma común entre los adultos que fueron víctimas de ASI es la baja autoestima. Cantón y Justicia (2008) llevaron a cabo un estudio con una muestra de 83 estudiantes universitarios víctimas de ASI, encontrando que el historial de ASI se relacionaba con una baja autoestima. Aquellos participantes víctimas de abuso sexual presentaban un incremento del 21% en la probabilidad de sufrir problemas de autoestima. En general, los investigadores han encontrado también que las mujeres con un historial de ASI presentan una mayor probabilidad que las mujeres sin ese historial de llevar a cabo prácticas sexuales no sanas o mal adaptativas (e. g., evitación del sexo, prácticas sexuales de riesgo). Además, tienen relaciones sexuales con una menor frecuencia y experimentan una mayor cantidad de problemas y disfunciones sexuales (Randolph y Reddy, 2006).

El ASI puede afectar también a la percepción de sí mismas de las víctimas en las relaciones con los otros. Problemas interpersonales comunes de las víctimas incluyen dificultades para iniciar, mantener y desarrollar relaciones interpersonales, así como dificultades para confiar en los demás (Cortés y Cantón, 2008). Las investigaciones también han encontrado una relación entre un historial de ASI y el desarrollo de trastornos disociativos y de personalidad, especialmente el trastorno borderline de la personalidad; pero también otros trastornos de la personalidad como el antisocial, dependiente, evitativo y esquizoide (p.e., Katerndahl, Burge y Kellogg, 2005). Numerosos estudios han demostrado también que el Trastorno de Estrés Post-traumático (TEP) es una de las consecuencias a largo plazo más frecuentes del abuso sexual en la infancia, y que a menudo aparece junto a otros problemas emocionales (p.e., Cantón-Cortés y Cantón, 2010; Sarasua, Zubizarreta, Corral y Echeburúa, 2013). Según diversos autores, los porcentajes de TEP en muestras de víctimas de ASI llegan hasta el 36% (Berliner y Elliot, 2002).

Los estudios también han encontrado una relación entre el ASI y el abuso de drogas y alcohol durante la etapa adulta (Wilson y Widom, 2009) y las conductas delictivas, incluyendo crímenes contra la propiedad, conductas agresivas y violencia, así como una mayor probabilidad de que abusen de otros niños que el resto de la población (Craissati, McClurg y Browne, 2002; Sigfusdottir, Asgeirsdottir, Gudjonsson y Sigurdsson, 2008). Sigfusdottir, et al. (2008), por ejemplo, investigaron esta relación en una muestra de 9,113 estudiantes universitarios, controlando la estructura familiar y el nivel educativo de los padres. Encontraron una mayor probabilidad de delinquir entre las víctimas de ASI, estando esta relación mediatizada por el nivel de depresión y, especialmente, de rabia.

Otra consecuencia que se ha relacionado con el ASI ha sido el mayor riesgo de revictimización, entendiéndose como tal el posterior abuso sexual o físico de la víctima cuando adulta. La experiencia de revictimización puede combinarse e incrementar los efectos del ASI. Filipas y Ullman (2006), por ejemplo, en una muestra de estudiantes universitarias, encontraron que un 42.2% de las mujeres que informaron de una experiencia de abuso sexual infantil informaron además

de una agresión sexual durante la edad adulta, mientras que únicamente un 14% de las que no habían sufrido abuso sexual informaron de dichas agresiones sexuales.

Por último, ha sido hallada una relación causal entre el ASI y la aparición de problemas graves de salud física como trastornos somáticos, dolores crónicos y trastornos gastrointestinales y de la alimentación (Bonomi, Cannon, Anderson, Rivara y Thompson, 2008). Bonomi et al. (2008), en un grupo de 3,568 mujeres de entre 18 y 64 años, evaluaron la relación entre el haber sufrido abuso sexual o físico antes de los 18 años y la salud mental y física en la actualidad. Encontraron que aquellas mujeres que habían sufrido ambos tipos de abuso eran las que presentaban un peor ajuste mental y físico (mayor depresión y síntomas físicos como náuseas, dolor de articulaciones, problemas gastrointestinales, fatiga...).

Factores intervinientes en los efectos del abuso sexual infantil

Aunque la mayoría de los estudios que han examinado las secuelas a largo plazo del ASI señalan numerosas dificultades psicológicas, conductuales y sociales en la edad adulta, no hay pruebas de que exista un grupo consistente de síntomas que configuren un “síndrome post-abuso”, y no todas las víctimas de abuso infantil muestran un daño significativo posterior (Cantón-Cortés, 2013). Reconociendo que no todas las experiencias de ASI son iguales, algunos investigadores han empezado a examinar las variables que explicarían las diferencias en el ajuste posterior (Beaudoina, Hébert y Bernier, 2013; Marivate y Madu, 2007; Sheffield, Williams, Blackford y Heckers, 2013).

Características del abuso, víctima, agresor y revelación del abuso

El impacto de los abusos sexuales se puede deber, al menos en parte, a sus propias características. Así, se han estudiado una serie de variables como el tipo de abuso, su frecuencia y duración, la relación con el agresor, y el uso de la fuerza. Los resultados indican que las consecuencias son más graves cuando los abusos se han producido con más frecuencia y prolongado durante más tiempo, el agresor ha recurrido al empleo de la fuerza, se han realizado actos más graves, y cuando existe una relación más próxima entre víctima y agresor, sobre todo si se trata de una relación incestuosa con el padre o padrastro (Hébert et al., 2006; Lemieux y Byers, 2008; Ullman, 2007).

Hay que tener también en cuenta que muchos niños experimentan más de un tipo de abuso, habiéndose demostrado que las víctimas de abusos sexuales que también son objeto de maltrato físico, maltrato emocional o negligencia física o emocional presentan más problemas (Latzman y Latzman, 2013). Por ejemplo, Luster y Small (1997) encontraron, que cuando las chicas objeto de ASI también habían sufrido malos tratos físicos sus puntuaciones en consumo de alcohol

eran el doble de las obtenidas por las víctimas sólo de abusos sexuales. El papel moderador del maltrato físico era especialmente fuerte entre las adolescentes que continuaban sufriendo abusos sexuales. Los resultados obtenidos con la muestra de varones indicaban también que el maltrato físico aumentaba en mayor medida el riesgo de ideas suicidas entre las víctimas de abuso sexual, especialmente entre los adolescentes que continuaban siendo objeto de abusos sexuales. Recientemente, Sheffield et al. (2013) encontraron en una muestra de pacientes psicóticos que aquellos que además de abuso sexual en la infancia habían sufrido maltrato físico y psicológico presentaban síntomas más graves de su trastorno (relacionados con alucinaciones auditivas) que aquellos que habían sufrido únicamente abuso sexual.

Los estudios que han investigado las diferencias de género de la víctima sugieren que es menos probable que los hombres que han sufrido ASI sufran ansiedad, depresión y TEP que las mujeres, pero 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). Otras investigaciones han informado que los hombres abusados sexualmente en la infancia cometen más intentos de suicidio y muestran mayores tasas de ideación suicida que las mujeres víctimas de ASI (Luster y Small, 1997). Young, Bergandi y Titus (1994) analizaron los efectos del abuso sexual infantil en una muestra de 20 niños y 20 niñas de entre 8 y 11 años, comparándolos con un grupo de niños y niñas no víctimas. Estos autores encontraron que los niños víctimas de abuso presentaban niveles superiores de conducta agresiva que las niñas, mostrando éstas por el contrario mayores niveles de síntomas depresivos que los niños.

Los estudios que han analizado el impacto del abuso sexual en función del sexo del agresor son escasos debido a que son muy pocas las mujeres responsables de abusos sexuales revelados. Russell (1986) informó en un estudio comunitario que los adultos que habían sido objeto de abusos sexuales en su infancia consideraban las experiencias tenidas con hombres más traumáticas aquellas con mujeres. Tampoco ha proliferado la investigación sobre el papel de la edad del agresor en los efectos del ASI. Russel (1986) encontró que los sujetos informaban sentirse menos traumatizados cuando el abuso lo había realizado una persona menor de 26 años o mayor de 50. En general, los estudios realizados han confirmado que los abusos sexuales cometidos por adolescentes les resultan menos traumatizantes a las víctimas que los efectuados por adultos (Sperry y Gilbert, 2005).

La revelación, es decir, el proceso por el que los abusos sexuales se llegan a descubrir, también puede tener consecuencias a corto y largo plazo. Kogan (2005) informó que una revelación temprana del abuso amortiguaba sus efectos sobre una serie de síntomas, además de sobre una futura victimización sexual. Ullman (2007), por su parte, encontró que las víctimas presentaban más síntomas de TEP si, además de haber recibido más reacciones negativas en la infancia y de

sentirse más culpables en el momento del abuso, habían retrasado la revelación.

Sin embargo, algunos estudios no han encontrado una relación entre las características del abuso, la víctima o el agresor y el ajuste de las víctimas. Por ejemplo, Quas, Goodman y Jones (2003), encontraron que ni la gravedad, duración, frecuencia, uso de la fuerza o edad de inicio se relacionaban con las consecuencias del abuso después de 5 años. Tampoco Paolucci, Genuis y Violato (2001), encontraron una asociación entre la relación del agresor con la víctima y las consecuencias del abuso. Los resultados de estas investigaciones sugieren que otros factores podrían estar influyendo sobre el ajuste de las víctimas de ASI.

Además, aunque la diversidad en la experiencia del abuso se relaciona con las diferencias observadas en sus efectos, solamente una pequeña parte de la variabilidad en las consecuencias se puede atribuir a las características del acto abusivo. Y lo que es más, aunque estas características pueden ayudarnos 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. Consiguientemente, el estudio de los procesos o mecanismos que explican el desarrollo de una determinada sintomatología resulta de mayor utilidad para diseñar una intervención eficaz.

Factores situacionales

Otro grupo de variables que se ha demostrado que puede influir en el ajuste psicológico tras la experiencia de abuso sexual infantil son los factores situaciones (Marivate y Madu, 2007) (ver Tabla 1). La disfunción familiar no sólo puede aumentar la probabilidad de que se produzcan abusos sexuales intrafamiliares, sino también acentuar sus efectos una vez producidos. Las víctimas de abusos sexuales experimentan un mayor nivel de estrés cuando existe un funcionamiento familiar negativo, más conflictos y menos cohesión. Por el contrario, si el niño mantiene una relación de apoyo con los miembros de su familia, los efectos negativos del abuso pueden disminuir. La familia puede ayudar a la víctima a evitar futuros problemas escuchando, creyendo la historia, expresando su apoyo y ánimo, mostrando su amor y creando una atmósfera abierta para el procesamiento del trauma (Fassler, Amodeo, Griffin, Clay y Ellis, 2005; McClure, Chavez, Agars, Peacock y Matosian, 2008). McClure et al. (2008) encontraron que las características familiares (conflicto familiar y cohesión) explicaban el 13-23% de la varianza en las medidas de bienestar (auto aceptación, habilidad para establecer relaciones y dominio sobre el ambiente). Por el contrario, las características del abuso explicaron únicamente el 3% o menos de la varianza.

Numerosos estudios apoyan la hipótesis de que el apoyo social tiene un efecto amortiguador sobre las consecuencias negativas del abuso en niños y víctimas adultas (Borja, Callahan y Long, 2006; Marivate y Madu, 2007). Marivate y Madu (2007) examinaron los efectos del nivel de apoyo so-

cial sobre el ajuste psicológico de víctimas adultas de ASI. Quinientos estudiantes de dos universidades de Sudáfrica participaron en este estudio (115 hombres y 383 mujeres), en el que los resultados mostraron que cuanto mayor era el nivel de apoyo social recibido por las víctimas de ASI mejor era el ajuste psicológico. Hyman, Gold y Cott (2003), por su parte, trataron de distinguir los tipos específicos de apoyo social percibido que amortiguan el desarrollo de TEP en víctimas de ASI. Ciento setenta y dos mujeres adultas víctimas de ASI respondieron el “Interpersonal Support Evaluation List” (ISEL), que evalúa la disponibilidad percibida de 4 ti-

pos de apoyo social: tangible (disponibilidad percibida de ayuda material), evaluación (disponibilidad percibida de alguien con quien hablar), autoestima (disponibilidad percibida de una comparación positiva con otros) y pertenencia (disponibilidad percibida de una compañía con la que poder disfrutar de actividades). También respondieron el “Impact of Events Scale” (IES), para evaluar los síntomas de TEP de evitación e intrusión. Los análisis demostraron que el apoyo social amortiguaba el desarrollo de TEP, a través especialmente del apoyo de autoestima y de evaluación.

Tabla 1. Estudios realizados sobre los efectos de las variables situacionales sobre el ajuste psicológico de las víctimas de ASI.

| Estudio | Variables evaluadas | Tamaño y naturaleza de la Muestra | Principales Resultados |
|------------------------|---|---|---|
| Borja et al. (2006) | Apoyo social informal positivo, apoyo social informal negativo | 115 mujeres víctimas de ASI | Apoyo social informal positivo: beneficios percibidos Apoyo social informal negativo: estrés post-traumático |
| Henry (1997) | Número de entrevistas, relación con el profesional, testificar, llevarse al menor del hogar | 90 niños de entre 9 y 19 años víctimas de ASI | Número de entrevistas: puntuaciones superiores en malestar psicológico Buena relación con el profesional: puntuaciones inferiores en malestar psicológico |
| Fassler et al. (2005) | Conflictos familiares, expresividad familiar, cohesión familiar | 79 mujeres adultas víctimas de ASI | Conflictos familiares: menor puntuación en autoestima y mayor puntuación en estado de ánimo depresivo Expresividad familiar: menor autoestima y mayores problemas psicológicos |
| Hyman et al. (2003) | Apoyo social tangible, de evaluación, de autoestima y de pertenencia | 172 mujeres adultas víctimas de ASI | Apoyo social de autoestima y de evaluación: puntuaciones inferiores en trastorno de estrés post-traumático |
| Marivate y Madu (2007) | Apoyo social recibido | 92 hombres y mujeres adultas víctimas de ASI | Apoyo social recibido: mejor ajuste psicológico |
| McClure et al. (2008) | Conflictos familiares, cohesión familiar | 177 mujeres universitarias víctimas de ASI | Conflictos familiares y cohesión familiar: mayor auto-aceptación, habilidad para involucrarse en relaciones positivas y maestría ambiental |

Los profesionales e investigadores del ASI han planteado algunos interrogantes sobre el posible impacto que la intervención del sistema puede tener en las vidas de estos niños (p.e., Henry, 1997). La investigación y consiguiente intervención en un caso de abuso sexual conlleva la implicación en el mismo de diversos organismos (servicios sociales de protección infantil, policía judicial, juzgados de menores, juzgados de lo penal), cada uno con sus objetivos específicos. Esto supone que el niño se va a ver involucrado en varias intervenciones simultáneamente, a pesar de que muchas veces carece de los recursos cognitivos, afectivos y sociales necesarios para afrontar esta situación. Además, el sistema a menudo requiere no solo que el niño tenga que repetir durante entrevistas con distintos profesionales una información que le resulta dolorosa, sino que también se puede ver obligado a salir de su hogar y tener que ver al agresor en el juzgado y mientras testifica. La falta de una relación de confianza con los profesionales también puede hacer que se sienta espe-

cialmente vulnerable: el aislamiento personal aumenta el miedo a lo desconocido, la supresión de sentimientos y el retraimiento emocional, socavando los sentimientos de autoeficacia (Cortés y Cantón, 2008). No obstante, mientras que la realización de múltiples entrevistas por distintos profesionales parece incrementar los síntomas, no ocurre así cuando es un único profesional el encargado de entrevistar a la víctima en diversas sesiones (Berliner y Elliott, 2002). Del mismo modo, aunque la declaración en un juicio penal se ha relacionado con un incremento en el estrés interno o ansiedad posterior cuando tiene que testificar en más de una ocasión o la sesión resulta dura y prolongada, si se le prepara adecuadamente para su comparecencia el estrés psicológico experimentado es menor (Henry, 1997).

Variables cognitivas de la víctima

Personas con experiencias abusivas similares pueden sufrir consecuencias diferentes dependiendo de cómo se perciban, evalúen y procesen los sucesos. De ese modo, el análisis de factores potencialmente protectores asociados a un mejor ajuste o resiliencia en víctimas de abuso sexual puede ofrecer pistas para el diseño de intervenciones preventivas (Hébert et al., 2006). Así, se han estudiado ciertas diferencias individuales en el procesamiento cognitivo de la experiencia abusiva, tales como el estilo de afrontamiento (Walsh, Fortier y DiLillo, 2010), las atribuciones de responsabilidad (Cantón-Cortés, Cantón y Cortés, 2012), los sentimientos provocados por el abuso (Feiring, Simon y Cleland, 2009) o el estilo de apego de la víctima (McElheran, Briscoe-Smith, Khaylis, Westrup, Hayward y Gore-Felton, 2012), por su papel en la recuperación tras el ASI.

El afrontamiento del abuso por parte de la víctima es posiblemente la variable de tipo cognitivo más estudiada en los últimos años por sus efectos en el ajuste psicológico de las víctimas de abuso (ver Tabla 2) (p.e., Cantón-Cortés y Cantón, 2010; Filipas y Ullman, 2006; Hébert, et al., 2006; Wright, Crawford y Sebastian, 2007). Las estrategias de afrontamiento son definidas como “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para hacer frente a demandas internas o externas” (Lazarus, 1993). Lazarus

(1993) ya sugirió la importancia del afrontamiento ante acontecimientos de tipo estresante, como es el ASI, considerándose un mediador en la relación entre el suceso estresante y sus consecuencias emocionales. Desde su perspectiva de procesos, el afrontamiento no es un estilo global, sino un conjunto de estrategias específicas empleadas por la persona ante un suceso específico.

En la actualidad se emplean numerosas taxonomías de estilos de afrontamiento, lo que hace difícil las comparaciones entre estudios, debido al empleo de etiquetas diferentes para estas estrategias. El modelo predominante para clasificar las estrategias empleadas en el afrontamiento del abuso es el de aproximación-evitación, según el cual, los pensamientos y/o acciones se pueden dirigir hacia una amenaza (aproximación) o a alejarse de ella (evitación) (Merrill, Thomsen, Sinclair, Gold y Milner, 2001). Prácticamente todos los estudios que han examinado el efecto de diferentes estrategias han encontrado una relación entre las estrategias de evitación (p.e., negación, distanciamiento, aislamiento social) y un peor ajuste psicológico tras el ASI (Cantón-Cortés y Cantón, 2010; Hébert, et al., 2006). Por otra parte, las estrategias aproximativas (e. g., tratar de ver la situación desde un punto de vista diferente, búsqueda de apoyo social) se han asociado a un mejor ajuste psicológico en la mayoría de los estudios (Steel, Sanna, Hammond, Whipple y Cross, 2004).

Tabla 2. Estudios realizados sobre los efectos de las estrategias de afrontamiento sobre el ajuste psicológico de las víctimas de ASI.

| Estudio | Tipos de estrategias evaluadas | Tamaño y naturaleza de la Muestra | Principales Resultados |
|-------------------------------|--|--|---|
| Bal et al. (2003) | Evitación, activo, distracción, búsqueda de apoyo | 79 mujeres y 17 hombres adolescentes víctimas de ASI | Evitación: mayor malestar psicológico y menor autoestima Activo: menor rabia Distracción: menor autoestima |
| Brand y Alexander (2003) | Distanciamiento, autocontrol, evitación, aceptación de la responsabilidad, planificación de la solución del problema, búsqueda de apoyo social, confrontación | 101 mujeres adultas víctimas de ASI | Distanciamiento: menor desajuste social Evitación y búsqueda de apoyo social: mayor depresión y malestar psicológico |
| Cantón-Cortés y Cantón (2010) | Aproximación, evitación | Mujeres adultas víctimas de ASI | Evitación: menor puntuación en TEP |
| Daigneault et al. (2006) | Evitación, búsqueda de apoyo social, reevaluación positiva | 103 mujeres adolescentes víctimas de ASI | Evitación: mayor depresión Apoyo social y reevaluación positiva: mayores preocupaciones sexuales |
| Filipas y Ullman (2006) | Evitar a la gente, olvidar la experiencia, tomar alcohol/drogas, actuar sexualmente, actuar agresivamente, ir a un terapeuta, conseguir ayuda de otros | 220 mujeres universitarias víctimas de ASI y AS | Evitar a la gente, tomar alcohol/drogas, actuar sexualmente y actuar agresivamente: mayor probabilidad de revictimización y TEP |
| Futa et al. (2003) | Pensamiento desiderativo, distanciamiento, énfasis en lo positivo, autoinculpación, reducción de tensión, autoaislamiento, centrado en el problema, búsqueda de apoyo social | 86 mujeres universitarias víctimas de ASI y MI | Pensamiento desiderativo y autoinculpación: peor ajuste psicológico Autoaislamiento y búsqueda de apoyo social: mejor ajuste psicológico |

| Estudio | Tipos de estrategias evaluadas | Tamaño y naturaleza de la Muestra | Principales Resultados |
|----------------------|--|--|--|
| Hébert et al. (2006) | Distanciamiento, internalización, externalización, solución de problemas, búsqueda de apoyo social | 50 niñas y 13 niños víctimas de ASI | Distanciamiento, internalización y externalización: mayores problemas internalizantes, conducta sexualizada y menor competencia social |
| Merril et al. (2001) | Evitación, autodestructivo, cognitivo | 1134 mujeres reclutas víctimas de ASI | Evitación y autodestructivo: mayor malestar psicológico Cognitivo: menor malestar psicológico |
| Merril et al. (2003) | Evitación, autodestructivo | 547 mujeres reclutas víctimas de ASI | Evitación: mayores preocupaciones sexuales y mayor nº de parejas sexuales Autodestructivo: mayores conductas sexuales disfuncionales y mayor nº de parejas sexuales |
| Steel et al. (2004) | Confrontativo, autocontrol, búsqueda de apoyo social, planificación, reevaluación, distanciamiento, evitación, aceptación de responsabilidad | 85 mujeres y hombres adultos víctimas de ASI, clínicos y no clínicos | Confrontativo y evitación: mayor malestar psicológico Búsqueda de apoyo social: menor malestar psicológico |
| Wright et al. (2007) | Resolución del problema, búsqueda de apoyo social y evitación | 60 madres con un historial de abuso sexual | Evitación: mayor número de síntomas depresivos |

Otro factor cognitivo estudiado como un posible mediador entre el ASI y el ajuste psicológico han sido las atribuciones de culpa por el abuso. El abuso sexual motiva una búsqueda de significado para dar sentido a las experiencias que violan las creencias en un mundo seguro y justo. La comprensión del abuso y sus consecuencias implica hacer una serie de atribuciones causales acerca de por qué ocurrió el abuso (Cantón-Cortés, 2013). El estilo atribucional se refiere a la tendencia de un individuo a hacer inferencias causales acerca de una situación (Seligman, Abramson, Semmel y von Baeyer, 1979). Un individuo con un estilo atribucional negativo adscribe las causas de los sucesos negativos a sí mismo (internas), a través de las situaciones (globales) y del tiempo (estables). La mayor parte de los estudios sobre las atribuciones de culpa en víctimas de ASI se han centrado en la dirección (interna o externa) de dichas atribuciones, demostrando incluso algunos estudios como el realizado por Barker-Collo (2001) que no existe una relación entre las dimensiones de estabilidad y globalidad del estilo atribucional y el ajuste psicológico.

Teóricamente, la víctima puede atribuir la responsabilidad del abuso a ella misma, al agresor y/o a otros adultos. El énfasis de la investigación, sin embargo, ha estado centrado en las atribuciones de autoinculpación. Los resultados de los estudios han indicado que este tipo de atribuciones se asocian a un peor ajuste psicológico (p.e., Filipas y Ullman, 2006; Steel et al., 2004). Steel et al. (2004), por ejemplo, encontraron que la autoinculpación se relacionaba con un mayor malestar psicológico, reflejado a través de las puntuaciones en el SCL-90-R.

La inculpación a la familia también se ha asociado a un peor ajuste (Cantón-Cortés et al., 2012). Cantón-Cortés et al. (2012) encontraron que este tipo de atribuciones se asocia-

ban a una mayor probabilidad de desarrollar TEP en una muestra de mujeres adultas víctimas de ASI. Sin embargo, la mayoría de los estudios no han encontrado una relación entre la inculpación al agresor y el bienestar psicológico de las víctimas (p.e., Feiring y Cleland, 2007), a pesar del énfasis de las intervenciones clínicas en estimular las atribuciones de culpa hacia el agresor.

Según Finkelhor y Browne (1985), son cuatro los sentimientos provocados por el ASI (traición, estigmatización, indefensión y sexualización traumática) que median entre la experiencia de abuso y su impacto psicológico. Estos autores hipotetizaron que estas dinámicas distorsionan el autoconcepto, la visión sobre el mundo y las capacidades afectivas de la víctima, provocando el desarrollo de diversos problemas psicológicos. De acuerdo con el modelo traumatogénico de Finkelhor y Browne (1985), el sentimiento de traición consiste en la dinámica por la que el niño descubre que una persona en la que confía y con la que tiene una fuerte relación de dependencia le ha causado un daño. La desilusión y la pérdida de una figura en la que se confiaba podrían provocar sentimientos depresivos, cólera y la desconfianza hacia las personas en situaciones posteriores. La estigmatización se refiere al proceso por el que trasladan al niño una serie de connotaciones negativas asociadas al abuso (maldad, vergüenza, culpa), incorporándose luego a su autoimagen. La estigmatización puede llevar a una baja autoestima, conductas autolesivas, ideas de suicidio y la identificación con otros niveles estigmatizados de la sociedad (drogadicción, prostitución). La indefensión es el proceso dinámico por el que la voluntad, deseos y sentido de la eficacia del niño son consistentemente anulados al invadir de forma reiterada el territorio y espacio corporal de la víctima en contra de su voluntad, reforzándose así su autopercepción como víctima. El senti-

miento de indefensión puede relacionarse con el miedo y la ansiedad y con reacciones compensatorias que tienen su origen en la necesidad extrema de controlar o dominar y que le pueden llevar a abusar sexualmente de otros. Finalmente, la sexualización traumática se refiere al proceso por el que el abuso sexual configura la sexualidad del niño, incluidos sus sentimientos y actitudes sexuales, de una forma evolutivamente inadecuada y disfuncional. El resultado será el desarrollo de una conducta promiscua o de una aversión hacia el sexo.

Hasta la fecha, solamente unos pocos estudios, como los llevados a cabo por Kallstrom-Fuqua, Weston y Marshall (2004), Dufour y Nadeau (2001), o Cantón-Cortés, Cortés y Cantón (2012) han tratado de analizar los efectos simultáneos de las diferentes dinámicas traumatógenas. Cantón-Cortés et al. (2012), por ejemplo, encontraron que los sentimientos de indefensión, estigmatización, sexualización traumática, y en menor medida, traición, se encontraban relacionados con puntuaciones superiores en depresión, ansiedad estado y ansiedad rasgo, y puntuaciones menores en autoto-estima, en una muestra de estudiantes universitarios víctimas de ASI.

Un último tipo de variable cognitiva de la víctima relacionada con su ajuste psicológico tras el abuso es su estilo de apego. Tal y como fue propuesta por Bowlby (1969), la teoría del apego se deriva de la idea de que las relaciones interpersonales y el apoyo social son una necesidad innata del ser humano. Los niños desarrollan modelos de trabajo internos acerca de los demás basados en la calidad de sus experiencias interpersonales tempranas (p.e., el apoyo de sus cuidadores). Estas representaciones influyen las emociones, expectativas y comportamientos en todas sus relaciones interpersonales futuras. Tres estilos de apego han sido identificados, basándose en el trabajo de Bowlby (1969) y Ainsworth y Wittig (1969): seguro, de evitación y ambivalente/ansioso. El apego seguro se desarrolla cuando el cuidador primario responde al malestar del niño de una forma consistente, promoviendo así la confianza en sus relaciones. El estilo de evitación se desarrolla cuando el malestar del niño es ignorado de forma consistente. Este patrón da lugar a una evitación de las figuras de apego, disminuyendo su habilidad para expresar las emociones de manera apropiada. Por último, el estilo ambivalente/ansioso se desarrolla cuando se responde al malestar del niño de una forma inconsistente, dando lugar a niveles elevados de ansiedad y a una dificultad para expresar emociones.

Los estudios sobre los efectos del estilo de apego en el ajuste psicológico de las víctimas de ASI han encontrado una relación entre el estilo de apego seguro y un mejor ajuste, mientras que los estilos de apego inseguros (evitación y ambivalente/ansiedad) se han relacionado con un peor ajuste psicológico (Beaudoin et al., 2013; Lutz-Zois et al., 2011; McElheran et al., 2012). Beaudoin et al. (2013), por ejemplo, analizaron el rol del malestar psicológico de los padres, las características del abuso y el estilo de apego del niño en la sintomatología de una muestra de 116 pre-escolares víctimas

de ASI. El apego inseguro, junto con el malestar psicológico de los padres y el haber sufrido abuso intrafamiliar predecía los problemas internalizantes de la víctima. Por otro lado, los problemas externalizantes eran predichos por el apego inseguro y la edad del niño.

Limitaciones de los estudios

Los estudios en el campo de las consecuencias del abuso sexual infantil presentan múltiples problemas de tipo metodológico. En primer lugar, el diseño correlacional de la mayor parte de los estudios en este campo dificulta hacer interpretaciones causales. Dada la naturaleza de estos estudios, cabe la posibilidad de que la dirección de las relaciones entre las variables del modelo sea la opuesta a la encontrada. Debido a esto, los hallazgos deberían ser replicados mediante diseños longitudinales, que permitirían examinar la fuerza y las direcciones de las relaciones causales y comparar las consecuencias sobre el ajuste a través del tiempo (Calvete, Estévez y Corral, 2007). Otra limitación hace referencia al empleo de informes retrospectivos. Sin embargo, a pesar de que se han hallado ciertos sesgos en estos estudios, no son lo suficientemente grandes como para invalidar la investigación retrospectiva sobre experiencias traumáticas (Hardt y Rutter, 2004).

Otra de las críticas se hace a los estudios con resultados obtenidos en servicios psiquiátricos o con muestras universitarias, debido a las dificultades para generalizar los resultados obtenidos. Sin embargo muchos autores han planteado que las diferencias encontradas en este tipo de muestras no llegan a ser significativas, y permiten evitar las distorsiones y problemas de memoria que los adultos de mayor edad podrían presentar (Halperin et al., 1996). Por último, la mayor parte de los estudios se ha llevado a cabo con muestras de víctimas de sexo femenino. Sería necesario replicar los resultados encontrados en estos estudios con muestras de sexo masculino.

Por otro lado, se han planteado una serie de cuestiones éticas relacionadas con la evaluación en menores de población general de los aspectos relacionados con el abuso sexual. Algunos autores (p.e., Becker-Blease y Freyd, 2006) plantean que preguntar acerca del abuso expone a los participantes a estímulos inusuales y que pueden producir malestar. Sin embargo, autores como Priebe, Bäckström y Ainsaar (2010) no han encontrado que la participación en encuestas sobre sexualidad o abuso sexual infantil provoquen malestar en muestras de población general o de víctimas de abuso.

Conclusiones

Como constatan los numerosos trabajos publicados al respecto, la vivencia de una experiencia fuertemente estresante, como es el abuso sexual en la infancia, conlleva el posible desarrollo de múltiples problemas emocionales, sociales, conductuales y físicos. La naturaleza de dichos problemas

depende, entre otros muchos factores, del momento evolutivo en el que se encuentra la víctima. Algunas de las variables que pueden explicar la gravedad de la sintomatología son las características del abuso, agresor y víctima. Sin embargo, aunque estas características pueden ayudarnos 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. Debido a ello, los factores ambientales, y especialmente, las variables cognitivas de la víctima que correlacionan con la resiliencia (estrategias de afrontamiento, atribuciones de responsabilidad, sentimientos provocados por el abuso y el estilo de apego) resultan de mayor utilidad para diseñar una intervención efi-

caz. Concretamente, la sustitución de estrategias de afrontamiento de evitación por estrategias de aproximación, la eliminación de las atribuciones de autoinculpación e inculpación a la familia y de las cuatro dinámicas traumatogénicas (sentimientos provocados por el abuso) y la promoción de un estilo de apego seguro resultarían beneficiosos a la hora de prevenir futuros problemas causados por la experiencia de abuso. Por lo tanto, los profesionales deberían ser conscientes de esta problemática, y especialmente, de las variables intervinientes en la aparición de estos efectos, a la hora de enfocar los programas de intervención y tratamiento a estas víctimas.

Referencias

- Ainsworth, M. D. S. y Wittig, B. A. (1969). Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. En B. M. Foss (Eds.), *Determinants of infant behavior* (pp. 113-136). London, England: Methuen.
- Bal, S., Van Oost, P., De Bourdeaudhuij, I. y Crombez, G. (2003). Avoidant coping as a mediator between self-reported sexual abuse and stress-related symptoms in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 27, 883-897.
- Barker-Collo, S. L. (2001). Adult reports of child and adult attributions of blame for childhood sexual abuse: Predicting adult adjustment and suicidal behaviors in females. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1329-1341.
- Beaudoin, G., Hébert, M. y Bernier, A. (2013). Contribution of attachment security to the prediction of internalizing and externalizing behavior problems in preschoolers victims of sexual abuse. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 63, 147-157.
- Becker-Blase, K. A. y Freyd, J. J. (2006). Research participants telling the truth about their lives: The ethics of asking and not asking about abuse. *American Psychologist*, 61, 218-226.
- Berliner, L. (2000). What is sexual abuse? En H. Dubowitz y D. DePanfilis (Eds.), *Handbook for Child Protection* (pp. 18-22). Thousands Oaks, CA: Sage.
- 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.
- Bonomi, A. E., Cannon, E. A., Anderson, M. L., Rivara, F. P. y Thompson, R. S. (2008). Associations between self-reported health and physical and/or sexual abuse experienced before age 18. *Child Abuse & Neglect*, 32, 693-701.
- Borja, S. E., Callahan, J. L. y Long, P. J. (2006). Positive and negative adjustment and social support of sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 905-914.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment. Attachment and Loss* (vol. 1). New York: Basic Books.
- Brand, B. L. y Alexander, P. C. (2003). Coping with incest: The relationship between recollections of childhood coping and adult functioning in female survivors of incest. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 285-293.
- Calvete, E., Estévez, A. y Corral, S. (2007). Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema*, 19, 446-451.
- 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 Cantón, J. (2010). Coping with child sexual 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-Cortés, D., Cortés, M. R. y Cantón, J. (2012). The role of traumagenic dynamics on the psychological adjustment of survivors of child sexual abuse. *European Journal of Developmental Psychology*, 9, 665-680.
- Cantón, D. y Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*, 20, 509-515.
- 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.
- Craissati, J., McClurg, G. y Browne, K. (2002). Characteristics of perpetrators of child sexual abuse who have been sexually victimized as children. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14, 225-239.
- Daigneault, I., Hébert, M. y Tourigny, M. (2006). Attributions and coping in sexually abused adolescents referred for group treatment. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15, 35-59.
- Dufour, M. H. y Nadeau, L. (2001). Sexual abuse: A comparison between resilient victims and drug-addicted victims. *Violence and Victims*, 16, 655-672.
- 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.
- Feiring, C. y Cleland, C. (2007). Childhood sexual abuse and abuse-specific attributions of blame over 6 years following discovery. *Child Abuse & Neglect*, 31, 1169-1186.
- Feiring, C., Miller-Johnson, S. y Cleland, C. M. (2007). Potential pathways from stigmatization and internalizing symptoms to delinquency in sexually abused youth. *Child Maltreatment*, 12, 220-232.
- Feiring, C., Simon, V. A. y Cleland, C. M. (2009). Childhood sexual abuse, stigmatization, internalizing symptoms, and the development of sexual difficulties and dating aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 127-137.
- Ferguson, D. M., Boden, J. M. y Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 32, 607-619.
- 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.
- Finkelhor, D. y Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 530-541.
- Futa, K. T., Nash, C. L., Hansen, D. J. y Garbin, C. P. (2003). Adult survivors of childhood abuse: An analysis of coping mechanisms used for stressful childhood memories and current stressors. *Journal of Family Violence*, 18, 227-239.
- 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.
- Guerricaechevarría, C. y Echeburúa, E. (2005). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores: un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.

- Halperin, D. S., Bouvier, P., Jaffe, P. D., Mounoud, R., Pawlak, C.H., Laederach, J., ReyWicky, H. y Astie, F. (1996). Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: Results of a cross sectional survey. *British Medical Journal*, 312, 1326-1329.
- Hardt, J. y Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 260-273.
- 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.
- Kallstrom-Fuqua, A. C., Weston, R. y Marshall, L. L. (2004). Childhood and adolescent sexual abuse of community women: Mediated effects on psychological distress and social relationships. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 980-992.
- Katerndahl, D., Burge, S. y Kellogg, N. (2005). Predictors of development of adult psychopathology in female victims of childhood sexual abuse. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 193, 258-264.
- Kogan, S. M. (2005). The role of disclosing child sexual abuse on adolescent adjustment and revictimization. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14, 25-47.
- Lameiras, M. (2002). *Abusos sexuales en la infancia: abordaje psicológico y jurídico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Latzman, N. E. y Latzman, R. D. (2013). Exploring the link between child sexual abuse and sexually intrusive behaviors: the moderating role of caregiver discipline strategy. *Journal of Child and Family Studies*, 1-11.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- 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-Soler, C., Fernández, M. V., Prieto, M., Alcántara, M. V., Castro, M. y López-Pina, J. A. (2012). Prevalencia de las alteraciones emocionales en una muestra de menores maltratados. *Anales de Psicología*, 28, 780-788.
- 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.
- 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.
- 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.
- McClure, F. H., Chavez, D. V., Agars, M. D., Peacock, M. J. y Matosian, A. (2008). Resilience in sexually abused women: Risk and protective factors. *Journal of Family Violence*, 23, 81-88.
- McElheran, M., Briscoe-Smith, A., Khaylis, A., Westrup, D., Hayward, C. y Gore-Felton, C. (2012). A conceptual model of post-traumatic growth among children and adolescents in the aftermath of sexual abuse. *Counselling Psychology Quarterly*, 25, 73-82.
- 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.
- Merrill, L. L., Thomsen, C. J., Sinclair, B. B., Gold, S. R. y Milner, J.S. (2001). Predicting the impact of child sexual abuse on women: The role of abuse severity, parental support, and coping strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 992-1006.
- Merrill, L. L., Guimond, J. M. y Thomsen, C. J. (2003). Child sexual abuse and number of sexual partners in young women: The role of abuse severity, coping style, and sexual functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 987-996.
- Muela, A., Balluerka, N. y Torres, B. (2013). Ajuste social y escolar de jóvenes víctimas de maltrato infantil en situación de acogimiento residencial. *Anales de Psicología*, 29, 197-206.
- Myers, J. E. B., Berliner, L., Briere, J., Hendrix, C. T., Jenny, C. y Reid, T. A. (Eds.). (2002). *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- 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.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L. y Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology*, 135, 17-36.
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30, 135-144.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. y Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect*, 33, 331-342.
- Priebe, G., Bäckström, M. y Ainsaar, M. (2010). Vulnerable adolescent participants' experience in surveys on sexuality and sexual abuse: Ethical aspects. *Child Abuse & Neglect*, 34, 438-447.
- Quas, J. A., Goodman, G. S. y Jones, D. P. H. (2003). Predictors of attributions of self-blame and internalizing behavior problems in sexually abused children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 723-736.
- Randolph, M. E. y Reddy, D. M. (2006). Sexual Abuse and sexual functioning in a chronic pelvic pain sample. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15, 61-78.
- Rind, B., Tromovich, P. y Bauserman, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin*, 124, 22-53.
- Russell, D. E. H. (1986). *The secret trauma: Incest in the lives of girls and women*. New York: Basic Books.
- 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.
- Seligman, M. E., Abramson, L. Y., Semmel, A. y von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242-247.
- Sheffield, J. M., Williams, L. E., Blackford, J. U., Heckers, S. (2013). Childhood sexual abuse increases risk of auditory hallucinations in psychotic disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 1098-1104.
- Sigfusdottir, I. D., Asgeirsdottir, B. B., Gudjonsson, G. H. y Sigurdsson, J. F. (2008). A model of sexual abuse's effects on suicidal behavior and delinquency: The role of emotions as mediating factors. *Journal of Youth Adolescence*, 37, 699-712.
- Sperry, D. M. y Gilbert, B. O. (2005). Child peer sexual abuse: Preliminary data on outcomes and disclosure experiences. *Child Abuse & Neglect*, 29, 889-904.
- 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., Reiffman, A. y Putnam, F. W. (2001). Variants of intrafamilial sexual abuse experience: Implications for long term development. *Journal of Development and Psychopathology*, 13, 1001-1019.
- 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.
- Walsh, K., Fortier, M. A. y DiLillo, D. (2010). Adult coping with childhood sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 1-13.
- Wilson, H. W. y Widom, C. S. (2009). A prospective examination of the path from Child Abuse and Neglect to illicit drug use in middle adulthood: The potential mediating role of four risk factors. *Journal of Youth Adolescence*, 38, 340-354.
- Wright, M. O., Crawford, E. y Sebastian, K. (2007). Positive resolution of childhood sexual abuse experiences: The role of coping, benefit-finding and meaning-making. *Journal of Family Violence*, 22, 597-608.
- Young, R. E., Bergandi, T. A. y Titus, T. G. (1994). Comparison of the effects of sexual abuse on male and female latency-aged children. *Journal of Interpersonal Violence*, 9, 291-306.

(Artículo recibido: 02-8-2013; revisado: 17-01-2014; aceptado: 20-02-2014)