



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultad de Educación

Memoria del Trabajo de Fin de Grado

Influencia de los abusos sexuales en la infancia en el desarrollo socioemocional de los adultos

Sofia Martínez del Valle

Educación Social

Año académico 2019-20

DNI de la alumna: 49480561V

Trabajo tutelado por Antonio Casero

Departamento de Pedagogía Aplicada y Psicología de la Educación

S'autoritza la Universitat a incloure aquest treball en el Repositori Institucional per a la seva consulta en accés obert i difusió en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Palabras clave del trabajo: abuso sexual infantil, consecuencias a largo plazo, psicopatologías, víctima, adulto

Resumen. La infancia es un colectivo que presenta especial vulnerabilidad debido al grado de dependencia que presenta. El presente estudio pretende realizar una búsqueda sobre el abuso sexual infantil y las consecuencias que se observan en la etapa adulta. La envergadura de la problemática y su prevalencia promueven la necesidad de estudio sobre las consecuencias que conlleva, ya que provocan alteraciones en el desarrollo social, emocional y sexual del individuo obstaculizando su bienestar integral, estos son los llamados los efectos a largo plazo. La información encontrada no permite establecer unos efectos concretos en una etapa concreta debido a las variantes en interacción presentes, variará dependiendo de los mecanismos de protección de los que disponga la víctima para gestionar la situación.

Palabras clave: abuso sexual infantil, consecuencias a largo plazo, psicopatologías, víctima, adulto

Abstract: Children are a particularly vulnerable group due to their degree of dependency. The present study aims to carry out a search on child sexual abuse and its consequences observed in the adult stage. The magnitude of the problem and its prevalence promote the need to study on the consequences that it entails, since it causes alterations in the social, emotional and sexual development of the individual, hindering his or her integral well-being. These are the so-called long-term effects. The information found does not allow the establishment of specific effects at a specific stage due to the variants in interaction present, it will vary depending on the protection mechanisms available to the victim to manage the situation.

Keywords: *child sexual abuse, long term consequences, psychopathology, victim, adults*

Índice

1. Introducción.....	5
2. Objetivos.....	8
3. Metodología.....	9
4. Resultados.....	10
4.1. Consecuencias a corto plazo.....	10
4.2. Consecuencias a largo plazo.....	11
4.2.1. Consecuencias emocionales	12
4.2.3. Consecuencias conductuales	16
4.2.4. Consecuencias relacionales	19
4.2.5. Consecuencias sexuales.....	21
4.2.6. Revictimización.....	23
4.2.7. Psicopatologías	24
4.2.8. Transmisión generacional.....	30
5. Conclusiones.....	34
6. Referencias bibliográficas	38

1. Introducción

En el Informe Mundial sobre Violencia y Salud, la Organización Mundial de la Salud (2012), define el concepto de maltrato infantil como: “los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato... que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.

Tras la búsqueda y análisis bibliográfico de los diferentes documentos expuestos, encontramos que la mayoría de autores distinguen las siguientes tipologías de abuso.

Para empezar, está el maltrato físico definido como: acción no accidental por parte del cuidador/a que provoca daño físico/enfermedad o coloque en riesgo de padecerlo al menor.

Luego, encontramos el maltrato o abandono emocional: hostilidad verbal crónica por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar ante al menor. También hace referencia a la falta persistente de respuesta ante las señales conductuales y emocionales del menor, la falta de interacción y contacto.

A continuación, encontramos la negligencia o abandono físico: situación en la que no se ven cubiertas las necesidades básicas del menor, de manera temporal o permanente.

Finalmente, está el abuso sexual. Este fenómeno, se ha visto a lo largo de la historia, en todas las culturas y estratos sociales, por lo tanto, es un problema universal y complejo resultante de una interacción de factores individuales, familiares sociales y culturales. Para la definición de dicha problemática, nos encontramos ante gran variedad de definiciones. Ramírez y Fernández (2011) exponen cómo las definiciones tienen diferentes líneas, algunas están basadas en el propósito de la acción, algunas desde un marco legal o desde la salud pública y algunas desde el sentido de la investigación. National Center of Child Abuse and Neglect (1978, p.2) aporta esta definición:

...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 cuándo esta es significativamente mayor que el niño (víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro.

Destacar que a partir de este momento se utilizará el acrónimo ASI para sustituir “abuso sexual infantil”.

Las diferentes vertientes sobre los tipos de abusos sexuales son las siguientes. Para empezar, Echeburúa (1998) describe el abuso sexual sin contacto físico, que puede hacer referencia al exhibicionismo, masturbación delante del menor, observación de este desnudo, exponer o narrar historias o imágenes de contenido pornográfico, etc. o las que sí que presentan contacto físico, que hacen referencia a las caricias, tocamientos, penetración, etc. Evidentemente, estos últimos conllevarán más consecuencias para las víctimas que los otros.

El mismo autor separa también entre el vínculo con el agresor, si es cometido por familiares (padres, madres, tíos/as hermanos/as mayores), que se le denomina incesto o por personas que mantienen algún tipo de relación (profesores, vecinos, monitores, etc.) y en algunos casos, personas desconocidas. Recaltar que los primeros tienen mayor peso en la disociación de los vínculos afectivos, ya que la existencia de una vinculación afectiva y apego con el agresor provoca consecuencias traumáticas y cambios en el desarrollo personal y afectivo.

A continuación, se expondrán las fases del abuso sexual. Estas no suelen ser predichas por conductas violentas, ya que suelen verse iniciadas a raíz de diferentes técnicas de manipulación y engaño. Encontramos entonces como el proceso es paulatino, en el que se empieza por una acercamiento y vinculación a la víctima por parte del agresor. Encontramos diferentes nomenclaturas sobre las etapas, aunque las definiciones están de acuerdo. Las diferentes etapas son las siguientes:

- Fase de atracción. En esta fase el agresor crea un vínculo con la víctima, no a nivel sexual, si no que se acerca compartiendo actividades. De esta manera, empieza a erotizar la relación a nivel de caricias, besos, manipulando la confianza y

dependencia, incitando la actividad sexual como una acción normal de demostración afectiva.

- Fase de interacción sexual abusiva. En esta fase empiezan los tocamientos y acercamientos sexuales, como besos, juegos y tocamientos.
- Fase del secreto. El agresor busca mantener la situación en secreto, de manera que argumenta al niño que es una cosa entre los dos porque se quieren. Puede llegar a amenazar o chantajear.

Depende de la situación, de la reiteración, el tipo de abuso, el perfil del menor y su situación familiar, encontramos diferencias en las fases. Puede ser que el menor decida contar el acontecimiento, en este caso, las fases serían las siguientes (Riveria, 2005):

- Fase de divulgación. El menor cuenta lo que ha pasado (intencionalmente) o son descubiertos por un tercero. Muchas veces, como se ha comentado anteriormente, esta fase no ocurre debido al miedo creado en las fases anteriores y esta fase se produce en lo adultos.

Igualmente, Sanmartín (2005) declara que, en los abusos intrafamiliares, solo un 2% se descubren cuando el abuso ocurre. Sobre está, Sgroi (1982) citado en Baita y Moreno (2015) afirma que puede llevar a la finalización del abuso por la revelación.

- Fase represiva. Después de la divulgación, algunos miembros de la familia o otros adultos intentas descalificar al menor o el agresor intenta que se retracte.

Finamente se exponen las variables a tener en cuenta a la hora de conocer el efecto del abuso sexual en las víctimas (Ramírez y Fernández, 2011):

- Nivel de vulnerabilidad y capacidad de resistencia.
- Nivel de desarrollo de la víctima.
- Tipo y gravedad de abuso sexual.
- Características del agresor sexual.
- Sexo de la víctima.
- Presencia red de apoyo (García- Vega y Domínguez, 2013).

Los factores comentados pueden ser de protección o de riesgo, al estar presentes en el individuo modelan el efecto que tenga en el trauma y, por lo tanto, las consecuencias, tanto a corto como a largo plazo.

Después del análisis y exposición de los diferentes factores e información a tener en cuenta sobre las consecuencias del abuso sexual en la adultez, nos disponemos a conocer los resultados de la búsqueda bibliográfica sobre la temática planteada al inicio.

2. Objetivos

Objetivo general

- Identificar los efectos a largo plazo del abuso sexual infantil en el desarrollo socioemocional de los adultos.

Objetivos específicos

- Identificar la relación directa entre las consecuencias expuestas y el ASI.
- Conocer el grado de influencia que tiene el ASI en el bienestar integral del individuo.
- Conocer los factores que interactúan en el proceso.
- Conocer las psicopatologías relacionadas con la presencia del ASI.

3. Metodología

La metodología que guiará el trabajo será la búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como ahora, Dialnet, Scopus, Scielo y Redalyc, también estarán presentes diferentes libros y revistas científicas y académicas; con el objetivo de extraer y analizar la información necesaria para la elaboración de este.

La metodología que caracterizará la realización del trabajo será cualitativa, centrada en describir, comprender y reflexionar el fenómeno a partir de la recogida y análisis de los diferentes documentos.

Al iniciar la búsqueda se procedió a señalar unos documentos que guiarían la realización de esta. Por otro lado, se seleccionaron otros artículos relevantes sobre el tema a partir de la lista de referencias bibliográficas que aparecían en ellos. Además, la combinación de las siguientes palabras claves seleccionadas son: *sexual abuse, long term consequences, consequences, psychopathology, victim, adults, childhood*.

El criterio de inclusión utilizado para la utilización de documentos ha sido, primero la presencia de alguna de las palabras expuestas. Se procedió a buscar en las bases de datos combinando las palabras clave. Al principio se filtraron los documentos por año, solo acudiendo a aquellos publicados desde el 2002 pero debido a falta de documentación, dificultades de acceso y repetición de información, se acudió a documentos anteriores.

En segundo lugar, al ver que el artículo es aplicable a la temática, se ha procedido a una lectura para buscar la información que se pueda utilizar.

Finalmente, en cuanto a autores, destacaría búsqueda de artículos y en cuanto ha sido posible de libros de autores como Echebúrrua y Corral, Cantón-Cortés y Cortés o Pereda, debido la gran prevalencia de estudios sobre la temática en su historial y la importancia de que han tenido en el desarrollo de teorías.

4. Resultados

Hay que tener en cuenta que el alcance de las consecuencias a plasmar en el desarrollo del trabajo, van a depender del grado de sentimiento de culpa y estigmatización, la edad, la revictimización y las diferentes estrategias de las que disponga el menor para afrontar el episodio traumático y los efectos que este conlleve. Haciendo un análisis exhaustivo de los documentos aportados, se han decidido estructurar los resultados en base a las diferentes áreas vitales, las consecuencias se dividirán en: emocionales, conductuales, sexuales y sociales. Los siguientes apartados irán relacionados con las psicopatologías que puedan surgir del trauma temprano y cómo afecta en el desarrollo de la personalidad en este tipo de víctima, la transmisión intergeneracional y finalmente, el papel del educador social en la resiliencia de estos individuos.

4.1. Consecuencias a corto plazo

De manera introductoria se presentarán las aportaciones de diferentes autores sobre las consecuencias que se puedan observar a corto plazo en las personas víctimas de abuso sexual.

Tabla 1: consecuencias del ASI a corto plazo en menores y adolescentes.

Menores	Hiperactividad	Masturbación excesiva/pública	Conductas sexuales inapropiadas
	Pesadillas	Efectos el desarrollo cognitivo y socioemocional	Sentimientos de culpabilidad
	Miedo	Baja autoestima	Trastornos disociativos
	Neurosis	Problemas escolares	Trastornos psicobiológicos
	Enuresis		Trastorno de Estrés Postratumático
	Problemas conductuales		

Adolescentes	Trastornos somáticos	Retraimiento social	Conductas autolesivas
	Ideas de suicidio	Problemas escolares	Conductas exhibicionistas
	Depresión/ansiedad	Pesadillas	Déficit en habilidades sociales
	Comportamiento sexual de riesgo	Trastorno de Estrés Postraumático	Trastornos psicobiológicos
	Huida del hogar	Abuso de drogas	Trastornos de alimentación

Elaboración propia a partir de: Aguilar (2009), Echeburúa, Jiménez y Corral (2006), Cantón y Cortés (2015), Cantón, Cortés y Cartón-Cortés (2011)

4.2. Consecuencias a largo plazo

Las consecuencias del abuso sexual detectadas en la etapa adulta son diversas, variadas y complejas en su clasificación, ya que es importante tener en cuenta diferentes factores a la hora de realizar las investigaciones y concluir los aspectos relevantes para su estudio. Por otro lado, destacar la relación entre las mismas consecuencias, de manera que el surgimiento de alguna de ellas puede comprobar cambios en otras esferas o la aparición de trastornos.

Para entender la aparición de las consecuencias a largo plazo, la teoría del apego de Bowlby (1995) citado en Pineo y Santelices (2006), que hace referencia al establecimiento de vínculos emocionales íntimos y su relación con el desarrollo de la personalidad. Esta teoría afirma que la relación que se tenga con los padres, en los cuales se busca protección, será muy determinante en el futuro.

Entonces, los modelos que se consideren esenciales en la vida del menor serán los que influirán en el modo de sentirse con los progenitores, con respecto a ellos mismos, el modo en el que se espera ser tratado y cómo tratará a los demás.

Hay que tener en cuenta que el desarrollo conductual, emocional y de la personalidad tiene mayor hincapié en la infancia. La presencia del ASI es un factor de riesgo para el desarrollo de conductas inadaptativas.

Además, encontramos como Cantón- Cortés y Cortés (2015) hablan sobre los efectos durmientes (“sleeper effects”), los cuales hacen referencia a la aparición de los efectos del abuso sexual tiempo después de haberse producido el episodio. Entonces, se

presentan primero las consecuencias inmediatas expuestas en el cuadro anterior, que son cuando el menor padece el abuso; las expuestas en este apartado se manifiestan años después, mostrando una etiología anormal y difícil de relacionar de manera directa con el trauma.

Baita y Moreno (2015) aportan la clasificación de traumas de Terr, trauma tipo I y tipo II. El primero hace referencia a la presencia de un solo acontecimiento traumático e inesperado, de carácter agudo. El segundo tipo, es cuando la persona se ve expuesta al acontecimiento traumático, la repetición de estos y la sucesión de estos en una de las etapas críticas del desarrollo, provocando síntomas y consecuencias cada vez más graves y duraderos.

Ramírez y Fernández (2001) exponen las variables que influyen en el desarrollo de las consecuencias del ASI, estas interaccionan entre ellas y son las siguientes:

- Nivel de vulnerabilidad y capacidad de resistencia
- Etapa del ciclo vital o nivel de desarrollo de la víctima
- Grado de gravedad de la experiencia
- Características del agresor
- Sexo de la víctima

Dependiendo del tipo de trauma y la interacción de las variables expuestas, podremos contemplar unas u otras consecuencias.

4.2.1. Consecuencias emocionales

Echeburúa y Corral (2005) aportan un listado de consecuencias emocionales como la depresión, ansiedad, baja autoestima, estrés postraumático, trastornos de personalidad, desconfianza y miedo a los hombres (o mujeres, dependiendo del sexo del agresor/a), dificultad para expresar o recibir sentimientos de ternura y de intimidad. Rodríguez (2012) añade el trastorno bipolar, el trastorno límite de personalidad, conductas autodestructivas (negligencia de obligaciones, exposición a riesgos, escasez en la autoprotección) y conductas autolesivas.

Baixauli (2001) agrega la depresión, la ansiedad, las tendencias suicidas, emociones como el vacío, la ira o sentimientos de desesperanza y muchas veces también expone la prevalencia de distorsiones cognitivas.

Por otro lado, Berliner y Elliot (2002) afirman que la probabilidad de tener diagnósticos relacionados con trastornos de ansiedad, como ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo o ataques de pánico, aumenta hasta cinco veces al ser víctima de ASI.

En este mismo contexto, Curtis y Ford (2009) explican como la traición implica cambios en el desarrollo socioemocional de los individuos, afectando esta a la gestión emocional, el tipo de apego y el sentido o estima de uno mismo. Fernández, Alcaide y Ramos (1998) explican las dificultades de regulación emocional debido a la aparición reiterada de pensamientos intrusivos, que vienen a raíz del estrés postraumático.

En cuanto a ello, Baita y Moreno (2015) destacan también la desregulación emocional como parte de las consecuencias de un episodio traumático. Presentando la dificultad de identificar las emociones y registrarlas, relacionándolas con síntomas somáticos, dificultad para entender y registrar las sensaciones corporales.

Aunado a esto, también se ha detectado importancia en el sentimiento de vergüenza que puede surgir a raíz del abuso. Crempien y Martínez (2010) exponen que muchas de las veces el sentimiento viene a raíz de un sentimiento de diferencia hacia los demás, ya que sus cuerpos han sido dañados; esta sensación provoca retraimiento y preocupación a que las personas ajenas se den cuenta de la diferencia, la persona se siente inadecuada y defectuosa en comparación a los demás (Andrews y Hunter, 1997 citado en Crempien y Vania, 2010).

Crempien y Vania (2010) exponen diversos estudios se pueden ver como muchos autores relacionan dicho sentimiento con la exposición a la situación en algún momento del ciclo vital, Feiring y Taska (2005), Sable, Danis, Mauzy y Gallagher (2006), Andrews, Brewin, Rose y Kirk (2000), Ginzburg y cols. (2006), Stuewig y McCloskey (2005).

Messman y Long (1996) citado en Cantón y Cortés, (1996) hablan también sobre la indefensión aprendida, forma de reacción que consiste en la evitación enfrentar/mostrar el dolor debido a la creencia sobre la falta de vías de escape de la situación.

La manipulación de los lazos afectivos y el discurso culpabilizante por parte de la persona que ejerce el abuso o la obligación del silencio, generan estas reacciones. Barudy (1998) citado en Hernández, Ortega y Barreto (2012), lo secunda afirmando que se da a raíz de la aceptación del evento para la supervivencia, desculpabilizando al agresor y aumentando los sentimientos de culpa y vergüenza.

Asimismo, Cantón y Cortés (1996) afirman la presencia de sentimientos de aislamiento y de estigmatización. En un estudio de Briere (1984) en el mismo libro se encuentra un estudio en el que el 64% de las mujeres tenían sentimientos relacionadas, sobretodo en los casos de abuso sexual intrafamiliar.

Estos sentimientos también son relacionados con las consecuencias expuestas anteriormente y que se expondrán en los siguientes apartados, relacionados con las conductas suicidas o algunas de las psicopatologías expuestas como los trastornos alimentarios o trastornos de personalidad.

Las diferentes investigaciones sobre el tipo de apego predominante en personas que han sufrido abusos sexuales en la infancia, no se ponen de acuerdo. Por un lado, Crittenden y Ainsworth (1989) y Spiker y Booth (1988) ambos citados en Cantón y Cortés (1996) exponen que entre el 70 y el 100% de menores abusados desarrollan un apego inseguro. Los mismos autores, junto a Lamb et.al (1985), afirman la prevalencia de un apego de resistencia, tipología de apego añadida por Crittenden (1985, 1988). Por otro lado, Schneider- Rosen et. al. (1985) citado en Cantón y Cortés (1996) defiende la prevalencia de un apego evitativo.

También encontramos la investigación realizada por George, Kaplan y Main (1980) citado en Marrone (2001). Esta se basa en la teoría que una experiencia traumática, altera la memoria, la percepción, la emoción y puede afectar a la fisiología. Dicha investigación fue cualitativa mediante entrevistas en las que evaluaba el modo de coherencia narrativa que tenía el objeto de estudio a la hora de expresar experiencias e ideas. Una de las

conclusiones a las que llegaron los autores fue la existencia del vínculo entre la relación de apego y la coherencia narrativa de las personas, clasificando los tipos de apego diferenciados al hablar:

- “Tipo seguro o autónomo”: no se encuentra ninguna dificultad a la hora de recordar el pasado y de explorarlo, se contempla comodidad y facilidad a la hora de dialogar sobre ello.
- “Tipo evitativo”: la información se presenta escasa y no se le da importancia ni se muestran emociones sobre acontecimientos; en relación a sus figuras de apego, encontramos diferentes formas de mostrarlos, eso sí, todas son extremas, o idealizan, desprecian o devalúan a estas.
- “Tipo preocupado”: muestran preocupación, incoherencia e incapacidad de implementar objetividad en los acontecimientos contados. Por otro lado, omite información en aspectos esenciales, en cambio, los no esenciales, los carga de detalles innecesarios para comprender la historia. Los recuerdos parecen confusos, duelos irresueltos, preocupación por relaciones pasadas y problemas con la autoestima.
- “Tipo irresuelto/desorganizado”: Según el estudio, está presente en personas que han sufrido algún tipo de episodio traumático como ahora abuso sexual, violencia familiar, etc. La historia presentada muestra muchas contradicciones y rupturas temporales, no muestra coordinación a la hora de razonar sobre la gestión de dichos episodios traumáticos. Cuando cuentan la historia, suelen perder el hilo de lo que contaban o muestran perspectivas incoherentes, al hablar de los sucesos traumáticos sí que muestran intensidad emocional.

Encontramos entonces variedad en cuanto a los tipos de apego que se pueden desarrollar en adultos víctimas de abuso sexual en la infancia. El desarrollo de un apego u otro dependerá de los mecanismos y recursos personales, sociales y materiales de los cuales disponga la víctima.

Hay estudios que han confirmado la relación entre el contexto socioeconómico familiar y la presencia de mecanismos de defensa ante situaciones traumáticas. Sobre esto, es importante destacar a Brofenbrenner (1979), que ampara la importancia de los contextos y agentes que envuelven a alguien para explicar su desarrollo. López-Soler, 2008 y Pinheiro, (2006) citado en Jiménez (2015) exponen las condiciones en juego: “ciertas condiciones externas de estabilidad y protección, y dependiendo en gran medida tanto a nivel emocional, económico y lo social, de los adultos y las instituciones.

4.2.3. Consecuencias conductuales

Para empezar, es importante contextualizar y exponer la importancia del aprendizaje en el proceso conductual. La teoría social del aprendizaje de Bandura (1977) ha sido una de las teorías más importantes en cuanto al proceso de aprendizaje, esta ha guiado los estudios siguientes sobre ello. Esta se basa en un método de aprendizaje que parte de la interacción entre los factores internos y externos que influyen en el proceso de aprendizaje.

En este caso, Amores y Mateos-Mateos (2017) lo relacionan con el aprendizaje vicario. El infante contempla a una serie de personas que serán sus modelos de aprendizaje, de los cuales observará las conductas realizadas y las respuestas sociales obtenidas de estas, a raíz de ello, actuará de una manera u otra.

Entonces podemos encontrar conductas de gestión de emociones desadaptativas debido al desarrollo de un estilo cognitivo de “enfrentamiento desadaptativo por estrés, caracterizado por hiperresponsividad emocional en contextos donde el daño potencial real es el mínimo, con tendencia a mantenimiento de estados anímicos disfóricos, respuestas pasivas y rumiación de las causas y consecuencias de los eventos negativos” (Amores y Mateos-Mateos, 2017, p. 5) En la misma línea, los mismos autores agregan la falta de comportamientos cooperativos, pasividad, menos conductas prosociales...

Briere's (1984) afirman la presencia de problemas con la ira. Sobre ello, Gallardo-Pujo, Jiménez y Pereda (2011) afirman que la agresividad es una de las conductas que predominan, ya que debido a la creencia en la convicción de que es la solución a los

problemas que se les presente, eso provoca la prevalencia de acudir a esta estrategia, (Beitchman, et.al. 1992).

Echeburúa y Corral (2005) aportan algunas como intentos de suicidio, relacionado con la depresión/ansiedad, consumo de drogas/alcohol, o trastorno disociativo de personalidad. Pereda (2010) añade la presencia de altas tasas de delincuencia. Power y Dalgleish (2008) relacionan los sentimientos de asco provocados por la experiencia como indicadores de suicidio, ya que el foco del trauma suele ser uno/a mismo/a.

Un estudio de Milligan y Andrews (2005) citado en Crempien y Martínez (2010) muestra a nivel estadístico la relación entre vergüenza y conductas suicidas y automutilantes a partir de un estudio de mujeres en prisión. En este se afirma que uno de los mayores efectos del ASI es la vergüenza corporal, ya que el foco del trauma es el cuerpo. Por esta razón, las conductas automutilantes son una forma de castigo hacia el propio cuerpo. Briere y Runtz (1986) citado en Cantón y Cortés (1996) realizaron un estudio en el que el 56% de mujeres que habían sido objeto de ASI, presentaban un historial de intentos previos de suicidio.

En la línea de conductas autolesivas, en una muestra de pacientes psiquiátricos, estos presentaban comportamientos autoagresivos incontrolados. Chu y Dill (1990) citado en Cantón y Cortés (1996) añaden también trastornos somáticos, paranoidismo, psicoticismo y disociación en este colectivo. En la misma línea, Fuentes (2012) añade también el trastorno disociativo de identidad, que se explicará en el apartado de psicopatologías.

Sobre el consumo de drogas y alcohol, Cantón y Cortés (1996) exponen diferentes estudios que afirman la relación entre el consumo de drogas y alcohol con la presencia de abusos sexuales en la infancia, ya que es una forma de evasión que presentan las personas por dificultades a la hora de gestionar la situación traumática. Por otro lado, también añaden el consumo de drogas y alcohol de los progenitores como indicador para ejercer el abuso sexual sobre el/la menor.

Así mismo, Pérez y Mestre (2013) realizan una búsqueda de investigaciones que relacionen el ASI con la variante de consumo de drogas. Uno de ellos es el de Briere y Runtz (1988) en el que se señala un 20'9% de consumo en las personas abusadas frente al 2'3%. El grupo Europeu IREFREA (2001) concluye que entre el 50 y el 80% de las mujeres que han sufrido abusos sexuales, también presentan problemas de adicción.

Rodríguez (2012) destaca la falta de autocontrol, con uno mismo y con la gente de su entorno y la presencia de hostilidad. En línea a esto, debemos tener en cuenta que los padres deben promover que los niños/as desarrollen mecanismos de autocontrol, para que en el futuro ellos logren controlarse. Los/as menores que sufren abusos sexuales intrafamiliares en la infancia no suelen tener una figura positiva que se convierta en un modelo positivo para dirigir sus conductas.

En la misma línea encontramos a Almendro et. al. (2013) que expone la presencia de conductas de riesgo y mayor riesgo de maternidad temprana. Baita y Moreno (2015) también aportan diferentes consecuencias relacionadas con la falta de control sobre las propias conductas, como son las conductas autodestructivas, falta de autocontrol, pobre modulación de los impulsos, altos niveles de agresividad, formas de autocalma (cortes en la piel, hacerse daño, estirar cabello), dificultades para comprender y cumplir reglas, conductas de riesgo o juegos para la reexperimentación del trauma.

Otro de los efectos es la conducta criminal violenta, aunque la magnitud de la relación entre ambos conceptos no es predominante, es una de las consecuencias que se puede ocasionar dependiendo de las herramientas que tenga la persona (Cantón y Cortés, 1996).

Finalmente, destacar también la prevalencia de estudios, como el de Hansen, Conaway y Christopher (1990) citado en Cantón y Cortés (1996), que afirman la relación entre el ASI y el rendimiento académico bajo o menor capacidad intelectual que las personas que no lo han sufrido.

4.2.4. Consecuencias relacionales

En cuanto a los problemas relacionales encontramos diferentes aspectos diferenciales cuando hablamos de las personas que han sufrido ASI.

La teoría del apego se basa en la importancia de las interacciones tempranas entre progenitores e hijos, las cuales generan la organización e interpretación futura del mundo por parte del menor. El estilo de apego que se genere marcará la evolución y desarrollo de la persona y las habilidades sociales interpersonales.

Horno (2012) afirma que, durante la infancia, el menor conoce los niveles de intimidad existentes, los cuales clasifica en: afectividad, intimidad, sexualidad y genitalidad. Supuestamente, los menores aprenden que el paso de un nivel a otro de intimidad debe de ser libre, consciente, pausado y seguro. El agente encargado de transmitir dicho aprendizaje suele ser de la familia; si el abuso se da en ella, encontramos una alteración en el aprendizaje de lo expuesto, de manera que la persona se encuentra ante una gran contradicción y sentimientos encontrados, ya que no ha aprendido dicho proceso en ningún momento, esa persona no ha aprendido las normas.

En tal sentido, Baita y Moreno (2015) explican el aislamiento y algunas de estas conductas de desconfianza y alejamiento en base al apego creado y las reacciones de miedo y peligro. Cuando el abuso sexual es producido por una figura de apego, se muestra una activación de la respuesta de alarma la cual no puede ser calmada por la figura que debe proceder a ello.

Encontramos entonces, que la única persona que puede calmar el acontecimiento traumático es la misma persona que lo genera. Guerrero (2018, p.170) habla en su libro sobre la situación, cuanto mayor sea el miedo que siente el menor, mayor será la necesidad de acudir a su abusador, explica la importancia de esta contradicción afirmando: “hace esta una relación perversa y cíclica, de la cual es muy difícil salir para el niño”, destacando también que esta situación dificulta también la detección de casos.

Sobre ello, Main y Solomon (1990): “La activación simultánea de los dos sistemas conductuales, miedo/recelo y apego, producirá en el niño una emoción contradictoria de

aproximación al cuidador en busca de alivio y de retirada de él para su seguridad”, (Cantón Cortés, 1996).

El abuso sexual entonces, activa un apego inseguro, caótico y desorganizado, encontramos que la activación de luchar por la supervivencia se tiene que dar de manera cotidiana y reiterada, se crea una gran contradicción en los esquemas mentales. Finkelhor y Browne (1985) citado en Baita y Moreno (2015) habla sobre la traición, haciendo referencia a la dinámica expuesta, citando lo comentado anteriormente y la dificultad de detectar el peligro en situaciones de revictimización.

Herrero (1994) por otro lado, expone una consecuencia que viene descrita por la creación de un tipo de apego diferente, relacionado con la dependencia y la presencia de conductas de aferramiento ante otras personas.

Wolfe y Genitile (1992) citado en Cantón y Cortés (1996) exponen también las dificultades de diferenciar las relaciones eróticas de las que no lo son, debido a la temprana erotización que han sufrido. Esto se manifiesta en la masturbación compulsiva o pública.

Se hace necesario resaltar que Echeburúa y Corral (2005) expresan algunas de las consecuencias que se pueden encontrar a nivel relacional derivadas de lo expuesto y el acontecimiento traumático, como ahora los problemas en las relaciones interpersonales, aislamiento o dificultades en la educación de los hijos. En la misma línea, Gallardo-Pujol, Jiménez y Pereda (2011) exponen que el desarrollo de comportamientos antisociales se realiza como una forma de autoprotección para lograr ser independiente y evitar relaciones íntimas que no respondan a sus expectativas.

Pereda (2010) añade algunos más como la menor cantidad de interacciones sociales, bajo nivel de participación en actividades comunitarias y muchas veces trastornos relacionados con la ansiedad social generada por la experiencia traumática anterior. Cantón y Cortés (1996) exponen la frigidez

En relación a las relaciones de pareja afectivas, encontramos un desajuste, observando como las personas se decantan hacia relaciones tóxicas, inestables, en las que

los roles no están diferenciados y el rol de víctima o agresor suele estar presente en ellas. Rodríguez (2011) añade la evaluación negativa de la relación. Rodríguez (2012) habla sobre la transmisión intergeneracional, destacando el estilo parental permisivo, uso del castigo físico y una depreciación del rol maternal, en otro apartado se trata la temática.

Un ejemplo de ello es también, Messman y Long (1996) citado en Cantón y Cortés (1996) exponen la incapacidad en escoger las personas en las que se puede confiar y escoger personas que tienden a tener conductas abusivas en ellos.

4.2.5. Consecuencias sexuales

Las consecuencias sexuales expuestas son fruto de la creación del concepto de sexualidad de manera disfuncional e inapropiada, desarrollando de esta manera problemas de conducta sexualizadas o aversivas a la sexualidad. Beitchman et. al. (1992) exponen diferentes estudios en los que se afirma que la prevalencia de consecuencias sexuales es mayor en los casos de abuso sexual intrafamiliar (Herman, 1981; Meiselman, 1978)

Pereda (2010) aporta diferentes consecuencias físicas asignadas a esta experiencia, como son los dolores pélvicos crónicos, la menopausia temprana.

Para empezar, sobre la elección de compañero/a sexual se puede contemplar una importante repetición de patrones, buscando a una persona que repita los que seguía el abusador/a.

Marrone (2001, p.278):

El apego saca la sexualidad, de una vez por todas, de una psicología unipersonal. Los individuos que hayan tenido una privación extrema en el vínculo de apego durante su infancia o adolescencia o que hayan sufrido abuso sexual, físico o psíquico, tendrán también un severo empobrecimiento la capacidad de relacionarse sexualmente, particularmente en la vida adulta.

Diamond citado en Marrone (2001) expone la relación y el solapamiento entre el apego y la sexualidad, de manera que la sexualidad surge en el contexto del vínculo.

Echeburrúa y Corral (2005) añaden la presencia de síntomas como fobias o aversiones sexuales, falta de satisfacción sexual, alteraciones en la motivación/apetito sexual, trastornos de la activación sexual y del orgasmo, creencia de ser valorado únicamente por sexo. Cantón y Cortés (1996) incorporan la frigidez, la confusión en la orientación sexual.

Fuentes (2012) explica algunas de las consecuencias a largo plazo sobre esta esfera, como la incapacidad para el orgasmo, las alteraciones en la motivación sexual, el crecimiento de probabilidades de ser violado/a (un estudio afirma que la probabilidad aumenta un 2'4%). Por otro lado, la probabilidad de trabajar en el ámbito de la prostitución es creciente también, en otro estudio se comprobó que el 60% de otras prostitutas, habían sido abusadas sexualmente en su infancia.

López, et.al (2017) realizaron un estudio sobre el impacto del abuso sexual en las relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas, llegando a diversas conclusiones. Predomina sobretodo la falta de satisfacción, excitación y presencia del orgasmo en las relaciones sexuales de la muestra utilizada, también destacan la indecisión a la hora de tener relaciones sexuales. Diamond citado en Marrone (2001) plantea que la actividad sexual también se ve afectada, muchas veces el buscar el poder o la dominación, van relacionados, asociando el papel del erotismo con el del poder y control de la situación, uniendo sexualidad y hostilidad.

Herrero (1994) describe también la confusión acerca de las normas sexuales y de su consentimiento, confusión entre sexo y amor o la presencia de comportamientos sexuales autodestructivos.

Messman y Long (1996) citado en Cantón y Cortés (1996) también integra la sobresexualización de las relaciones. Como se ha expuesto en las consecuencias relacionales, también se encuentra dificultades a la hora de diferenciar las relaciones eróticas de las que no lo son (Wolfe y Genitile, 1992 citado en Cantón y Cortés, 1996) .

Finkelhor y Browne (1985) citado en Baita y Moreno (2015, p.221) exponen la sexualización traumática. Explican que, muchas veces el adulto recompensa al menor por la conducta sexual, de manera que puede pensar que solo consigue afecto a través de la

sexualidad, relacionando su valor con la sexualidad. Por otro lado, también destacan la visión de la sexualidad como sucia/asquerosa/mala. Algunos de los síntomas aportados son:

- Aumento del interés por cuestiones sexuales.
- Dudas sobre la identidad sexual.
- Dudas sobre la sexualidad normal.
- Confusión entre sexo y amor.
- Aversión al contacto físico, intimidad sexual.
- Preocupación sexual, por otras personas o por el propio cuerpo.
- Conductas sexuales compulsivas/agresivas con otros o consigo mismo.
- Prostitución.
- Disfunción sexual.

4.2.6. Revictimización

Cantón y Cortés (1997) tratan la revictimización que pasan los adultos que sufrieron abusos sexuales en la infancia, esta experiencia puede incrementar las consecuencias de este en la persona.

En cuanto a la revictimización, los mismos autores exponen una escasez de estudios que dificultan sostener la relación entre ambos conceptos, aunque las muestras reducidas manifiesten la presencia de ello.

Las experiencias relacionadas con la revictimización no siempre están relacionadas con las violaciones, también pueden estar presentes otras acciones como la coerción o contacto sexual, intentos de violación, agresión sexual, también puede haber presencia de maltrato físico o psicológico,

Messman y Long (1996) relacionan la revictimización con la teoría del aprendizaje, exponiendo que el aprendizaje de ciertas conductas y creencias maladaptativas pueden producir mayor vulnerabilidad en la víctima.

Kernhof, Kaufhold y Grabhorn (2008) citado en Almendro, et. al. (2013) explican: “las dificultades en interpretar las claves interpersonales y en mantener vínculos sanos, hace que las personas que han sufrido abusos sexuales en la infancia sean más susceptibles de entrar en relaciones conflictivas y repetir el trauma”. Añaden la presencia de estudios que indican que las probabilidades aumentan de 3 a 5 veces más cuando se ha sufrido un ASI en la infancia.

4.2.7. Psicopatologías

Alonso (2015) afirma que, de todos los tipos de abuso infantil, el abuso sexual intrafamiliar es el que presenta mayores índices a la hora de convertirse en factor de riesgo para el desarrollo de una psicopatología. Cortés, Cantón y Carntón-Cortés (2011) realizaron una investigación en la que mostraron que las mujeres que habían sufrido abusos sexuales en la infancia mostraban peor calidad en su salud mental.

Alpert y colaboradores (1998) citado en Baixauli (2001) exponen algunos de los diagnósticos relacionados con el ASI: el trastorno límite de personalidad, los trastornos afectivos, trastornos de la alimentación, trastornos disociativos, incluyendo el trastorno de identidad disociativo, trastorno de estrés postraumático y abuso de sustancias y otros trastornos adictivos.

Para mostrar y clasificar las diferentes psicopatologías que se han encontrado relacionadas con la presencia de abuso sexual, utilizaremos la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), elaborada por la OMS en el 1992. La mayoría de las psicopatologías relacionadas con la temática están presentes en la clasificación de Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos y trastornos afectivos, menos los trastornos de alimentación, que como se comenta en su apartado, aun se sigue investigando la correlación entre la presencia del episodio traumático y el desarrollo del trastorno.

Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación. Trastorno de Estrés Postraumático

Baixauli (2001, p.4): Los individuos que experimentan TEPT pueden mostrar recuerdos angustiosos recurrentes e intrusivos del acontecimiento, sueños recurrentes del evento, una sensación de estar reviviendo el evento, o angustia psicológica intensa cuando se exponen a las señales que simbolizan o recuerdan el evento.”

Continuamente, siguiendo las palabras de la misma autora, esta añade: “los síntomas de estrés postraumático son los síntomas de reexperimentación intrusiva, la respuesta de embotamiento, hiperexcitación, sobre salto, trastornos del sueño, etc., así como las características y mecanismos disociativos, como la amnesia psicógena, fuga, desrealización y despersonalización” (Baixauli, 2001, p. 3).

Cantón y Cortés (1996) hablan sobre la prevalencia del TEPT por la gestión de la persona sobre el acontecimiento traumático. Cuando la persona no resuelve el acontecimiento o utiliza mecanismos cognitivos como la disociación o negación, es cuando suele aparecer dicho trastorno.

Coyle, Karatzias, Summers y Power (2014) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de comprobar la relación existente entre el ETP y la presencia de abusos sexuales en la infancia. El estudio utiliza el modelo SPAARS que propone que el TEPT es el resultado de la incapacidad del sistema cognitivo ante las inconsistencias creadas por el trauma y las contradicciones encontradas en las representaciones mentales existentes antes del acontecimiento (Dalglish y Power, 2004).

Power y Dalglish (2008), en el modelo expuesto en el párrafo anterior, explican dos rutas hacia la emoción: asociativa y esquemática. Se llega a la conclusión que la relación entre el TEPT y el ASI provoca que las emociones como el asco y el miedo – alegadas por el acontecimiento traumático- se procesan por una ruta asociativa, asociando entonces algunas de las experiencias interpersonales futuras como amenazantes o terribles cuando se encuentran similitudes. Por otro lado, la tristeza es una emoción que se procesa por una ruta esquemática, de manera que la experiencia se evalúa como un acontecimiento/pérdida traumática y los niveles de pensamientos sobre el acontecimiento son mayores. Ambas rutas pueden operar en paralelo.

Trastorno disociativo o de conversión

Bru, Santamaria, Coronas y Cobo (2009, p.26) explica el trastorno disociativo como: “una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la memoria, la identidad y la percepción del entorno”, aclaran González y Pardo (2007, p.6) como la desconexión de eventos en la conciencia: “en funciones mentales separadas que operan de forma autónoma con grupos de memorias, sentimientos y percepciones independizadas en compartimentos”.

Marrone (2001) defiende que existe una relación estrecha entre la presencia del trauma infantil, como puede ser el abuso sexual, con la disociación, teniendo en cuenta que el propósito de la disociación es adaptativo. Es decir, la disociación se da cuando el sistema nervioso no quiere tolerar la situación vivida y niega el hecho ocurrido o la presencia de la persona en ese episodio. Bru, Cobo, Santamaria y Coronas (2009) respaldan esta afirmación en el estudio presentado, afirmando que la existencia de esto se corresponde con una presencia comórbida mayor de este tipo de trastornos, también destacando otros tipos como de conversión o afectivos.

Baita y Moreno (2015) respaldan la idea que la disociación es una forma de supervivencia, explicando que está determinado por las características de cada uno, de la situación, las experiencias pasadas y el ambiente. Muestra que hay diferentes maneras de reaccionar, como recrear la situación pensando que no estaban presentes en el momento y le pasaba a alguien ajeno, González y Pardo (2007) muestran actuaciones como la despersonalización, el embotamiento físico y/o emocional.

Baita y Moreno (2015) exponen que la presencia del proceso traumático y la contradicción que crea el hecho que la figura de apego cree el mismo suceso, activa el guardar las representaciones mentales sin conexión entre si, de manera que el padre/madre abusador/a, es ajeno al padre/madre que cuida, como tampoco la representación que crean de ellos mismos, cuidados y amados por ese mismo padre/madre.

Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes

Hay diferentes investigaciones que respaldan la relación entre la presencia de psicosis en la etapa adulta y la experiencia de abuso sexual en la infancia. Alonso (2015, p.11) define la psicosis afirmando los siguientes síntomas: “lenguaje/discurso desorganizado, comportamiento bizarro/desorganizado o catatónico, ideas delirantes, alucinaciones y síntomas negativos”.

Para empezar, es conveniente aclarar que hay tres síntomas psicóticos (López 2018, p. 16-17):

- Positivos: trastornos de pensamiento, perceptivos e ideas delirantes. Janssen y cols. (2004) citado en Alonso (2015) realizaron una en la que se comprobaba que la presencia de alucinaciones e ideas delirantes fueron los síntomas psicóticos positivos más presentes en las víctimas de ASI.
- Negativos: aplanamiento/embotamiento afectivo, abulia/apatía, alogia, anhedonia/asocialidad y deficiencia atencional (Andreasen, 1982).
- Desorganizados: retraso mental, circunstancialidad, tangencialidad, descarrilamiento, bloqueo de pensamiento y perseveración (Weinberg y Harrison, 2010).

Un estudio de Bebbington y cols. (200) citado en Alonso (2015) afirma que la presencia del ASI multiplica por 15,47 la probabilidad de aparición de trastornos psicóticos. Read, et. al (2005) sostiene la prevalencia de síntomas de alucinación, sobre todo la presencia de voces.

Gracie, et.al. (2007) explican que existen dos vías por las que el trauma puede predisponer a una persona a la psicosis. La primera, hace referencia a como afecta el trauma a la opinión y percepción de uno mismo sobre la vulnerabilidad, vergüenza o indefensión propia o la percepción de peligro en otras personas. La segunda vía, hace referencia a la creación de relaciones entre los síntomas postraumáticos de reexperimentación y las alucinaciones. Por otro lado, destacar que a nivel biológico, la exposición a estresores provoca una secreción de glucocorticoides, esta produce cambios permanentes que inducen a episodios de psicosis.

Trastornos alimentarios

Después de analizar los documentos aportados se ha decidido hacer un apartado específico para los trastornos alimentarios, ya que se la presencia de esta consecuencia es frecuente en muchos de los casos. Villarroel (2008) manifiesta que la presencia de abusos sexuales infantiles no supone una variable específica y directa, aunque la prevalencia de ambas variables está presente en los pacientes de trastornos alimentarios.

Losada y Saboya (2013) destacan la anorexia y la bulimia como patologías que aparecen por consecuencia de una experiencia traumática como son los abusos sexuales en la infancia, se concluye que es un modo que tienen las víctimas de ignorar los efectos del abuso, la preocupación por las emociones negativas generadas se cubre por una preocupación obsesiva sobre el peso y el físico. Villarroel (2008) destaca, después de una investigación y análisis de estudios, que la presencia de la bulimia es más destacada y la relación es más verídica.

Tripp y Petrie (2001) citado en Crempien y Martínez (2010) afirman la relación entre el ASI y el desarrollo de vergüenza corporal, menosprecio por el mismo cuerpo, sentimientos de culpabilidad y del desarrollo de trastornos alimentarios.

Como hemos comentado anteriormente, en muchas ocasiones cuando el menor decide contar su situación, no se siente escuchado y la gente de su entorno no lo reconoce como tal, quitándole importancia o pasándolo por alto. De esta manera, como también se ha visto expuesto, encontramos que el desarrollo de trastornos de conducta alimentaría podría ser una manera de pedir ayuda, ya que de otra manera no han recibido atención ni cuidado. En el estudio de Losada (2009) citado en Losada y Saboya (2013) en una muestra de 2076 pacientes de trastornos de la conducta alimentaria el 72,6 % padecieron abuso sexual en la infancia.

Debemos tener en cuenta que, como el cuerpo de estas personas ha sido perturbado por el abusador, la víctima pierde las fronteras y el derecho sobre su propio cuerpo y quiere cambiar su propia imagen. Otros autores explican que así como el cuerpo es el foco del trauma sexual, este se convierte en una vergüenza para la persona que ha sufrido

el abuso, una cosa de la cual no tiene control y busca reestablecerlo de esta manera (Unikel, Ramos y Juárez, 2011)

En relación al a los atracones de comida que caracterizan las personas con bulimia, Losada y Saboya (2013) afirman que es una forma de compensación, como no pueden afrontar y aceptar el dolor ocasionado se encuentran ante una dificultad sobre el conocimiento de sus mismas emociones y compensar esta carencia, comiendo excesivamente productos no necesarios para su alimentación.

Trastornos del humor/afectivos

En los apartados anteriores se ha estado hablando sobre la relación entre este tipo de trastornos y el ASI, estos son: depresivos y de ansiedad.

Sobre los trastornos depresivos, González y Pardo (2007, p. 4) exponen que están caracterizados: “por una pérdida de la autoestima, desesperanza, ausencia de expectativas de futuro, disminución de las actividades placenteras, cambios en el patrón de sueño y apetito, y en ocasiones riesgo de suicidio.”

En un estudio de Sedney y Brooks (1984, Beitchman et. al. 1992) se muestra la prevalencia de altos porcentajes de depresión y pensamientos autolesivos en las víctimas de ASI.

Por otro lado, Cantón y Justicia (2008) realizaron un estudio sobre la prevalencia de consecuencias del ASI en los adultos utilizando una muestra con población víctima y no víctima de dichos abusos. En los resultados se mostraron porcentajes elevados de depresión en los/as participantes, un 33’7% de los abusados frente a un 19’3% en los no abusados. El estudio indica que la presencia del abuso sexual en la infancia supone un incremento entre el 10’8 y 21’6% de sufrir problemas de depresión.

Sobre los trastornos de ansiedad, González y Pardo (2007, p.4) los definen exponiendo que están caracterizados: “por una expectación aprensiva sobre la agresión sufrida, con dificultad para controlar este estado de constante preocupación, al que se asocian fatigabilidad, dificultades de concentración, irritabilidad y alteraciones del sueño”.

En un estudio de Briere's (1984) citado en Beitchman et. al. (1992) se concluyó que la ansiedad se encuentra más presente en las víctimas que presentan una historia de ASI intrafamiliar, diferenciando las que era externo.

Cantón y Cortés (1996) comentan sobre la relación entre el historial de abuso sexual infantil y la presencia de síntomas de ansiedad en la etapa adulta. Para realizar las afirmaciones, se basan en diferentes estudios como por ejemplo, Kinzl y Biebl (1992) y Herman y Shatzow (1987), en este último, que hicieron un estudio en el que 53 mujeres que habían sido víctimas de ASI, 14 presentaban ansiedad crónica, añadiendo la presencia de variables agravantes como es el incesto y el uso de fuerza verbal y psicológica.

4.2.8. Transmisión generacional

Cabe destacar que las diferentes investigaciones encontradas sobre la temática distan de encontrar una afirmación concreta que secunde la teoría de la transmisión intergeneracional, ya que existen muchas variaciones en las muestras a la hora de confirmarla, la presencia de las variables en juego tiene una gran importancia a la hora de producirse.

Cantón y Cortés (1996) muestran una revisión de estudios sobre la transmisión generacional de los abusos. Para empezar, Kaufman y Zigler (1989) sitúan la tasa de transmisión entre 25 y 30%, y Browne y Herbert (1995) la sitúan entre un 30 y 60%. Los autores señalan que estudios prospectivos demuestran que solo es una pequeña minoría, un 8%. Aguilar (2011) afirma que existe un consenso sobre los porcentajes de transmisión, entre el 25-35%

Algunas de las variables que pueden intervenir en la metodología de investigación sobre la veracidad de la transmisión generacional en el ASI, elaboradas por Cantón y Cortes (1996) encontramos: poblaciones muestreadas, el diseño experimental utilizado, el tipo de preguntas y la fuente consultada para la obtención de datos.

La transmisión entre generaciones forma parte de la teoría del psicoanálisis y empezó a contemplarse en la década de los años 70 y 80, los trabajos más importantes son (Laguna, 2014, p. 8-9)

Abraham y Torok (1978,1987) con sus trabajos sobre el duelo, la incorporación, las identificaciones endocrípticas y el fantasma; Faimberg (1987) con sus conceptos del telescopaje entre generaciones y las identificaciones alienantes; Enríquez (1986) con la transmisión del delirio parental; los estudios de Green (1980) sobre la madre muerta y los duelos patológicos; la novela familiar y los visitantes del yo de Mijollá (1985); los pactos denegativos de Kaës (1989); la desmentida en relación a las identificaciones alienantes (Baranes, 1983,1989), los trabajos sobre lo negativo en la década de los 90 de Green (1991) así como los de Missenard, Rosolato, Guillaumin y Kristeva (1991)

Entonces, la teoría de la transmisión generacional postula que una persona que ha sido objeto de abusos sexuales en su infancia puede convertirse en padre/madre abusivo/a.

Una de las razones por las que se afirma esta teoría es la repetición de la conducta abusiva debido a la adquisición de un patrón repetitivo, ya que el agresor/a del adulto/a en su infancia fue en su momento un modelo de imitación. Lo comentado se basa en la teoría del aprendizaje de Bandura (1977) expuesta en las consecuencias conductuales anteriormente.

Pereda (2010) presenta que aparecen dificultades en la crianza de los hijos, con estilos parentales más permisivos en víctimas de abuso sexual.

Cantón y Cortés (1996) tratan los mecanismos psicológicos y conductuales responsables de la transmisión basándose en diferentes estudios que hablan sobre los procesos mediadores en juego.

Otra de las teorías relacionadas con la temática es la teoría del apego, utilizando el modelo interno de trabajo desarrollado por el niño. Es decir, los menores siguen y contemplan a sus modelos, de los que se espera que las personas encargadas de cuidar y de quererles, sean hostiles y lleven a cabo conductas agresivas, de rechazo, de no disponibilidad ni atención. El hecho de adquirir este modelo interno provoca que las relaciones que formen lo confirmen y reafirmen.

Si se lleva a cabo una internalización de lo expuesto, los adultos/as asumen el papel de verdugo cuando cuidan de sus hijos/as (Cantón y Cortés, 1996 citado en Powell, Cheng y Egeledad, 1995).

Por otro lado, también Simons et. al (1991) citado en Cantón y Cortés (1996) expone que la creencia en la legitimidad de este tipo de disciplina es una variable mediadora entre haber experimentado este tipo de disciplina y su utilización al ser padre/madre. Añadir también las consecuencias emocionales expuestas en los puntos anteriores como son los problemas de regulación emocional, agresión y desarrollo de empatía, estos pueden desarrollar una personalidad hostil que sea la causa del abuso.

Otra de las teorías que respaldan la transmisión está relacionada con las consecuencias emocionales, exponiendo que las dificultades de gestión emocional y del significado de la expresión emocional facilitan la espiral de la violencia, ya que se encuentran con dificultades a la hora de reconocer las primeras señales propias o las del/la menor.

Aun y todo al tener en cuenta los datos ofrecidos, hay que destacar que no es una causa directa, ya que se puede romper el ciclo del abuso y así sucede en muchas ocasiones. Por eso mismo, es importante analizar los factores que protegen y actúan como amortiguadores para la no ejecución del ciclo.

Los teóricos del apego exponen que muchas veces las experiencias negativas tempranas no se recuerdan ni integran en modelos internos. Por otro lado, otra de los factores de protección es la presencia de un apoyo emocional de un adulto importante durante la infancia, ofreciendo el establecimiento de relaciones alternativas positivas que modelen los modelos internos de trabajo hacia unos positivos, que codifican sus sentimientos y expectativas- si no es posible la presencia de una figura adulta, pueden ser también relaciones de apoyo positivas externas a la familia y la calidad de las relaciones sanas. También se destaca la asistencia a terapia como herramienta para elaborar las experiencias infantiles, entenderlas y encontrar una forma de apoyo.

En oposición a estos factores de protección, las experiencias vitales en ambientes caóticos e inestables, sufrir niveles de estrés muy elevados, puntuaciones de ansiedad y

depresión, presencia de cociente intelectual bajo, son factores que promueven la continuidad del ciclo.

Encontramos entonces que la presencia de relaciones de apoyo emocional, asistencia a terapia y también características sociales y personales positivas, son un conjunto de factores de protección que pueden provocar la ruptura del ciclo.

Cantón y Cortés (1996) relacionan el abuso sexual por parte de los progenitores con la presencia de trastornos del ánimo o de la personalidad. Como hemos visto en el apartado anterior, la relación entre la presencia de estos trastornos y la presencia de abuso sexuales en la infancia es directa.

5. Conclusiones

El proceso de elaboración de la búsqueda bibliográfica se ha centrado en la consecución de los objetivos expuestos, los cuáles han guiado la línea de búsqueda en todo momento, con el fin de conocer los efectos a largo plazo que tiene el ASI. A raíz del análisis de los distintos documentos se han podido concluir diferentes aspectos sobre ello.

En primer lugar, se debe tratar también a la aparición de consecuencias en las etapas anteriores a la adulta, ya que estas se convertirán en indicadores de diferentes tipos de consecuencias que perdurarán o se agravarán en la edad adulta, afectando ello al bienestar integral de los individuos. Los indicadores que se pueden presentar en la infancia y en la adolescencia son diversos y mucho más notables y coherentemente relacionables con la presencia de algún episodio de ASI.

Cuando estos efectos a largo plazo se dan en la vida adulta es muy difícil encontrar una relación directa entre el ASI y ello, ya que muchas veces estos efectos están relacionados con otro tipo de episodios traumáticos. Por otro lado, hay variables a tener en cuenta como el nivel de vulnerabilidad y capacidad de resiliencia, la etapa del ciclo vital en el que se diera el ASI y en el que se encuentre el individuo, el grado de gravedad de las experiencias, las características del agresor y el sexo de la víctima.

Debemos destacar la presencia de la teoría del apego y del aprendizaje con el fin de entender los efectos expuestos; las conductas, pensamientos y reacciones que pueden tener y las problemáticas que se pueden desarrollar a través de una experiencia traumática como es el ASI.

Las consecuencias emocionales están relacionadas con el desarrollo de trastornos del humor/afectivos, de personalidad o de estrés debido a las emociones y pensamientos surgidos a raíz de la experiencia. Muchas veces, se mezclan sentimientos de ira, rabia con sentimientos de vergüenza, desesperanza o distorsiones cognitivas, presentando de esta manera problemas de regulación emocional.

Hay que destacar que la experiencia del ASI es vivida como una traición, afectando esta al desarrollo socioemocional y en la percepción de uno mismo/a. En la

dinámica de este se genera una manipulación de los lazos afectivos que provoca también sentimientos de culpa debido a ello, afectando esto al desarrollo de una autoestima positiva y la creación de una relación sana con las personas ajenas. Sobre el apego, se ha destacado la prevalencia de un apego inseguro, de resistencia o evitativo, dependiendo del autor y de la muestra utilizada para el estudio.

Sobre las consecuencias que se pueden observar en las conductas de los individuos, se concluye que la presencia de conductas inadaptadas dirigidas al consumo de drogas, delincuencia o agresividad prevalecen en la mayoría de las investigaciones relacionándolas con la falta de herramientas de gestión de emociones desadaptativas o el aprendizaje de esta salida ante situaciones de estrés.

Así mismo, también se destacan conductas de carácter autolesivo o suicida debido a los sentimientos de vergüenza, aislamiento y de baja autoestima, esto se debe a que el foco del trauma sexual es el cuerpo.

En cuanto a cómo afecta la presencia del ASI a la esfera de las relaciones afectivas de las personas que lo han sufrido, encontramos muchos aspectos a comentar basándonos en el apego desarrollado.

Hay que tener en cuenta que la presencia del ASI contempla, como se ha dicho, una traición, en la que el menor experimenta emociones contradictorias en cuanto a su cuidador/a que también se convierte en abusador/a.

Esta dinámica provoca desconfianza en las relaciones futuras, uniéndose muchas veces al sentimiento de bajo autoestima que provoca relaciones basadas en la dependencia y necesidad de aprobación constante, aunque también puede generar falta de red de apoyo debido al aislamiento y falta de confianza, dependiendo del apego desarrollado y los factores de protección presentes.

Se debe destacar que también se exponen dificultades de gestionar situaciones sociales o la erotización, llegando a tener un bajo nivel de interacciones sociales llevando a cabo conductas antisociales.

Sobre las consecuencias sexuales se señalan sobre todo consecuencias físicas o biológicas, relacionadas con dolores o falta de generación de libido en el cuerpo. En cuanto a las conductas, encontramos mucha diversidad y extremos muy diferentes, destacando también las dudas sobre la sexualidad moral y la identidad sexual o la confusión entre el sexo y el amor.

Por un lado, pueden presentar conductas de promiscuidad, sexualización temprana, de búsqueda de poder en las relaciones sexuales, presencia de comportamientos sexuales autodestructivos.

Por otro lado, pueden generarse fobias, aversiones sexuales, incapacidad del orgasmo o falta de satisfacción sexual, falta de apetito/motivación, frigidez. Estas son debido a los recuerdos reiterados de la experiencia sexual traumática sufrida.

Finalmente, comentar la prevalencia de relación entre el ASI y el desarrollo de psicopatologías en la vida adulta. En la documentación encontrada se ha observado el predominio de trastornos de humor o afectivos (depresión y ansiedad), el trastorno de estrés postraumático y el trastorno disociativo. Los dos últimos trastornos están relacionados con los mecanismos de adaptación que utilice la persona para gestionar el episodio traumático vivido y las experiencias que haya vivido el individuo.

En conclusión, es necesario contemplar la profesión de los educadores/as sociales en este ámbito y la formación sobre la temática para conseguir acompañar a los individuos en el desarrollo de su bienestar integral. Por ello mismo, debemos tener presente la importancia de, por un lado, la prevención que será útil para promover la imposición de límites sobre el propio cuerpo, el desarrollo de una autoestima positiva y habilidades comunicativas para, si se da el caso, comunicar la situación vivida y empezar a gestionarla desde un principio.

También se cree necesario destacar que es útil para promover la información relacionada con el tema, la detección de indicadores y maneras de actuar ante sospecha de ASI. Por otro lado, la intervención debe servir para paliar los efectos adversos que deja la experiencia traumática, es importante tener presente toda la información expuesta e ir

recogiendo más de ella para lograr el desarrollo positivo de los individuos en todas sus esferas vitales, afectadas y no afectadas.

6. Referencias bibliográficas

- Aguilar, M. (2009). Abusos sexuales en la infancia. *Digitum*, 27. Universidad de Murcia. Recuperado de: <https://revistas.um.es/analesderecho/article/view/118031>
- Almendro, M. T., Eimil, B., García, R. y Sánchez, P. (2013) Abuso sexual en la infancia: consecuencias psicopatológicas a largo plazo. Fundación Orienta *Psicopatología Salud Mental*, (22), 36-51. Recuperado de: <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Almendro-Maria-22.pdf>
- Alonso, L.M. (2015) *El abuso sexual infantil como factor de riesgo en el desarrollo de la psicosis*. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de: https://recercat.cat/bitstream/handle/2072/289451/leonardo_mikael_alonso_castellotti_tfm.pdf?sequence=1
- Amores, A. y Mateos-Mateos, R. (2017) Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abuso en la infancia. *Psicología Educativa* (23), 81-88. Recuperado de: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1135755X17300234?token=CA0159CA91BDD7F00E471C9F5EBE771740D428935961A80818E47DD9F01CDF24524C815117EB19B52E51D2BD D7386DDF>
- Baita, S. y Moreno, P. (2015). Capítulo 11. La necesidad de entender el abuso sexual como un evento traumático. UNICEF. *Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en justicia*. Montevideo. 214-239. Recuperado de: https://www.academia.edu/40056532/Abuso_sexual_infantil_cuestiones_relevantes_para_su_tratamiento_en_la_justicia-UNICEF
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., and Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* (16), 101–118. Recuperado de: <https://asianbeacon.org/wp-content/uploads/2018/05/A-Review-of-The-Long-term-effects-of-Child-Sexual-Abuse.pdf>
- 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. (dirs.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*, 55-78. Thousand Oaks, CA: Sage. Recuperado de [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=5LohmJRW2DwC&oi=fnd&pg=PA55&dq=Berliner,+L.+y+Elliott,+D.+M.+\(2002\).+Sexual+abuse+of+children&ots=ONwmZNjxOV&sig=zU4coesvyq-zveNPgKQVogtHkFo#v=onepage&q=Berliner%2C%20L.%20y%20Elliott%2C%20D.%20M.%20\(2002\).%20Sexual%20abuse%20of%20children&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=5LohmJRW2DwC&oi=fnd&pg=PA55&dq=Berliner,+L.+y+Elliott,+D.+M.+(2002).+Sexual+abuse+of+children&ots=ONwmZNjxOV&sig=zU4coesvyq-zveNPgKQVogtHkFo#v=onepage&q=Berliner%2C%20L.%20y%20Elliott%2C%20D.%20M.%20(2002).%20Sexual%20abuse%20of%20children&f=false)

- Bru, M., Cobo, J., Coronas, R., y Santamaria, M. (2009). Trastorno disociativo y acontecimientos traumáticos. Un estudio de población española. *Corporación Sanitaria Parc Tauli Sabadell. Actas Esp*, 37 (4), 200–220. Recuperado de <https://bit.ly/39JcB3n>
- Cantón, J. y Cortés M. R. (1996) *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores
- Cantón-Cortés, D., y Cortés, M. R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Universidad de Murcia*, 31(2). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282015000200024
- Cantón, D. y Justicia, F. (2008) Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. Universidad de Granada. *Psicothema*. 20 (4), 509-515. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3515.pdf>
- Connors, M. E. (2001). Relationship of sexual abuse to body image and eating problems. In J. K. Thompson & L. Smolak (Eds.), *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment* (p. 149–167). American Psychological Association. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/2001-00925-006>
- Cortés, M. R., Cantón, J., y Cantón-Cortés, D. (2011). Consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil: papel de la naturaleza y continuidad del abuso y del ambiente familiar. *Behavioral Psychology*, 19(1), 14–56. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/profile/David-Canton-Cortes/publication/233741008-Consecuencias-a-largo-plazo-del-abuso-sexual-infantil-Papel-de-la-naturaleza-y-continuidad-del-abuso-y-del-ambiente-familiar/links/566af3e908ae430ab4f93a3a/Consecuencias-a-largo-plazo-del-abuso-sexual-infantil-Papel-de-la-naturaleza-y-continuidad-del-abuso-y-del-ambiente-familiar.pdf>
- Cortés, M. R., Cantón, J., y Cantón-Cortés, D. (2011) Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. Universidad de Granada. *Gaceta Sanitaria*. 25 (2), 165-517 Recuperado de: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213911110002943?token=D815266ABD1596B6CECE7285793BB13BBB1DD5CC80FF7F39F28BD7CA19FC6F232E536999E992F9CDC97F19A668AB9F01>
- Courtois C. A, Ford J. D. *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. 2009; New York, NY: Guilford Press. Recuperado de: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=D64qDQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&ots=pnidwnSItb&sig=eT_MHBwF5nNHdXLBs7FIOWgZ8zs&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Coyle, E., Karatzias T., Summers A., y Power, M. (2014) Emotions and emotion regulation in survivors of childhood sexual abuse: the importance of “disgust” in traumatic stress and psychopathology, *European Journal of Psychotraumatology*, 5 (1) Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/ejpt.v5.23306>

- Crempien, C. y Martínez, V. (2010) El sentimiento de vergüenza en Mujeres Sobrevivientes de Abuso Sexual Infantil: Implicancias clínicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 13 (3) Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921798005.pdf>
- Dalgleish T, Power M. J. (2004) Emotion-specific and emotion-non-specific components of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): Implications for a taxonomy of related psychopathology. *Behaviour Research and Therapy* 42. 1069–1088. Recuperado de: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796704001147?casa_token=KALHZi-IjHEAAAAA:f0tq94ovOZY-CKthD1ZSs538WdhGH-EVjxeImozOgjtSN2Kfsn7PU_OU0nUWmnR4URcSLPsQ4
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998) *Manual de violencia familiar*. Madrid. Ed. Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Jiménez, R., y Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 43(44), 75–82. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/06.pdf>
- Fernández, P., Alcaide, R. y Ramos, N. (1998) Evaluación cognitiva de las víctimas de violación. Universidad de Málaga. Ponencia de las I Jornadas Andaluzas sobre abusos y violencia sexual. Sevilla.
- Fuentes, G. (2012). “Abuso sexual infantil intrafamiliar”. El abordaje desde el Trabajo social y la necesidad de una mirada interdisciplinaria. *Margen*, (64). Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen64/fuentes.pdf>
- García-Vesga, M. C. & Domínguez-de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (1), pp. 63-77. Recuperado de: <https://bit.ly/2WKexVG>
- González, J. y Pardo, E. (2007) El daño psíquico en las víctimas de agresión sexual. VII Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis*. Recuperado de: <https://www.uv.es/crim/cas/Secuelas.Psiquicas.pdf>
- Gracie, A., Freeman, D., Green, S., Garety, P.A, Kuipers E., Hardy, A., Ray, K., Dunn, G., Bebbington, P., Fowler, D. (2007) The association between traumatic experience, para-noia and hallucinations: a test of the predictions of psychological models. *Acta Psychiatr Scand*. 116 (4) Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1600-0447.2007.01011.x>
- Guerrero, P. (2018) Educación emocional y apego. *Pautas prácticas para gestionar las emociones en casa y en el aula*. Ed. Cupula
- Hernández, N., Ortega, M., Barreto, D. (2012). Reflexiones en torno al abuso sexual. *Revista Psicoespacios*, 9 (6) 157-182. Disponible en <http://www.iue.edu.co/revistas/psicoespacios/article/view/115>
- Herrero, M. (1994) El niño ante la agresión doméstica: malos tratos y abuso sexual. Recuperado de: <http://revistas.ucsc.cl/index.php/revistadederecho/article/view/526/581>

- Horno, P. (2012) *Mapa del mundo afectivo*. Ed. Boira
- Jimeno, M. V. (2015) Experiencias traumáticas en la infancia y su influencia sobre el desarrollo afectivo-emocional y la memoria autobiográfica en adolescentes institucionalizados. Comparación con un grupo de control. Universidad de Castilla de la Mancha. Recuperado de: <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/8674/TESIS%20Jimeno%20Jimenez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Laguna, M. (2014) Transmisión transgeneracional y situaciones traumáticas. *Temas de psicoanálisis*.7. Recuperado de: <http://www.temasdepsicoanalisis.org/wpcontent/uploads/2017/05/Maria-del-Valle-Laguna.pdf>
- López, D. (2018) El efecto del abuso infantil en el funcionamiento social de los trastornos del espectro esquizofrénico. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/665660/dlm1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- López, S., Faro, C., Lopetegui, L., Pujol-Ribera, E., Monteagudo, M., Cobo, J., & Fernández, M. I. (2017). Impacto del abuso sexual durante la infancia-adolescencia en las relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 210-219. Recuperado de: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213911116301005?token=5799CA7B934EC8043CBDCD1ABB2C64BBBC23938EB0E90C03FF545F6C122E56D24104AC69B252D15512874CB9C905C733>
- Losada, A. V., y Saboya, D. (2013). Abuso sexual infantil, trastornos de la conducta alimentaria y su tratamiento. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 201–229. Universidad de la República de Montevideo. Uruguay. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4758/475847410006.pdf>
- Marrone, M. (2001) *La teoría del apego*. Un enfoque actual. Madrid: Editorial Psimática.
- National Center of Child Abuse and Neglect (1978) *Child Sexual Abuse. Incest, Assault and Sexual Exploitation*. Recuperado de: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/Digitization/57111NCJRS.pdf>
- Observatorio de la Infancia (2018) Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. *Boletín n.21* Informe, estudios e investigación 2019. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recuperado de: <https://bit.ly/39jeKS4>
- Organización Mundial de la Salud (2016) Maltrato Infantil. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles de Psicólogo*, 31 (2), 191–202. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, Madrid. España. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1846.pdf>
- Pérez, F. y Mestre, M. (2013) Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta. *Papeles de psicólogo* 34 (2), 144-149. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2237.pdf>

- Perrone, R. y Nannini, M. (2010). Violencia y abusos sexuales en la familia: una visión sistémica de las conductas sociales violentas. Buenos Aires: Paidós. Recuperado de: <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFP/Intervenciones-Psicologico-Forenses-en-Disfunciones-y-Patologias-Familiares-Puhl/Perrone%20y%20Nannini%20-%20Violencia%20y%20abusos%20sexuales%20en%20la%20familia.pdf>
- Power M. J, Dalgleish T. (2008) Cognition and emotion: From order to disorder. Hove. *Psychology Press*. Recuperado de: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=j7FmCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=twZRUvco9K&sig=HFNHQPLSqCqA9KXydDBDt-p0-ic&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Ramírez, C. y Fernández, A. (2001) Abuso sexual Infantil: una revisión con base en pruebas empíricas. *Psicología Conductual*, 19 (1) pp. 7-39 Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/296845818_Child_sexual_abuse_an_evidence-based_review
- Read, J., Van Os, J., Morrisson, A.P, Ross, C.A. (2015) Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretic-al and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand*. 112 (5) Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x>
- Requena, E. (2020) *Bases conceptuales i sistemes de classificació de la psicopatologia*. Universitat Oberta de Catalunya
- Riveria, T. (2005) Abuso sexual Intanil. Medwave. *Revista Biomédica Revisada por Pares*, 5 (6) <https://bit.ly/2JksZLT>
- Rodríguez, Y. (2012) Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil. *Eureka* 9 (1) Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eureka/v9n1/a07.pdf>
- Unikel-Santoncini C, Ramos-Lira L, Juárez-García F. (2011) Asociación entre abuso sexual infantil y conducta alimentaria de riesgo en una muestra de adolescentes mexicanas. *Rev Invest Clin.*; 63 (5):475-483. Recuerdo de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2011/nn115f.pdf>
- Villarroel, A. (2008) El abuso infantil y su relación con sintomatología alimentaria. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de: <https://www.tdx.cat/handle/10803/5494#page=27>