



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES**

**Factores intervinientes en el efecto del abuso sexual
infantil en la etapa adulta**

Autora: Andrea Dóniz Aza

Directora: María Arantzazu Yubero Fernández

Madrid

2020/2021

ÍNDICE

1. Introducción.....	3
2. ¿Qué es el abuso sexual infantil?.....	3
2.1 Tipificación en el Código Penal	4
2.2 Agresores y tipos de abuso	5
2.3 Datos estadísticos sobre el abuso sexual	7
3. Factores intervinientes en el abuso sexual en la infancia	9
3.1 Agresor	10
3.2 El sexo del menor	11
3.3 Edad del menor.....	12
3.4 Ocultación y revelación del abuso.....	14
3.5 Contexto del menor y procesos judiciales	16
4. Construcción del trauma.....	18
4.1 Efectos cognitivos, emocionales y conductuales.....	19
4.2 Efectos en el apego	21
4.3 Efectos en la sexualidad	21
5. Discusión	23
6. Conclusiones.....	26
7. Referencias bibliográficas	28

1. INTRODUCCIÓN

El abuso sexual en la infancia (ASI) es un delito que ocurre más a menudo de lo que la población general cree. Está extremadamente silenciado y, en muchas ocasiones, se pasa por alto, llegando a revelarse únicamente un pequeño porcentaje de todos los casos que se dan. Esto se debe al estigma social que supone tanto para la víctima, como para el agresor, como para la familia.

Es un abuso que transgrede la intimidad y confianza del menor, pudiendo generar en él una cantidad muy diversa de síntomas a nivel global. Aquí reside la dificultad para el ámbito psicológico de este tipo de abuso, al haber tanta variabilidad de síntomas se hace prácticamente imposible concretar una sintomatología propia del ASI. Por lo tanto, no se puede determinar que, porque un menor haya sufrido abuso sexual, va a presentar ciertos síntomas al cien por cien. De la misma manera que no podremos achacar la presencia de una sintomatología a un posible abuso sexual en el pasado.

En esta revisión bibliográfica vamos a tratar definiciones de abuso sexual infantil de algunos autores, cómo se encuentra tipificado en el Código Penal español, describir los diferentes tipos de abuso y de abusadores sexuales, así como exponer diversos datos estadísticos que nos ayuden a ponernos en contexto y entender un poco mejor esta realidad del ASI.

No obstante, el objetivo principal de este trabajo es determinar los factores que influyen en el efecto del abuso sexual en la infancia. Establecer qué variables del abuso, ya sea por presencia o por ausencia, van a influir en los efectos de este abuso haciendo que estos sean más o menos graves. El matiz de este trabajo está en no quedarnos con los efectos más inmediatos o los que se dan durante la infancia, sino ver cómo estos factores llevan a las víctimas a desarrollar ciertos patrones de personalidad, de apego, de sexualidad, etc. en la etapa adulta.

2. ¿QUÉ ES EL ABUSO SEXUAL INFANTIL?

Save the Children (2001) concibe el abuso sexual infantil como una cuestión de poder. Determinan que el ASI se produce cuando “el agresor es significativamente mayor que la víctima, no necesariamente mayor de edad, y utiliza la situación de poder que tiene para interactuar sexualmente con el menor” (p. 17).

Finkelhor y Krugman elaboran un modelo a partir de lo que consideran las cuatro condiciones que deben darse para que se produzca el abuso sexual en la infancia (Deza, 2005). En primer lugar, se encuentra la motivación del agresor a cometer el abuso, es decir, que haya un deseo o un impulso de cometer este acto. En segundo lugar y en relación a esto, debe haber una dificultad inhibitoria y de control de impulsos, de forma que no pueda contenerse. Esta desinhibición puede darse por psicosis, por demencia, por ingesta de alcohol u otras drogas, etc. Después, el agresor no solo debe superar sus propias barreras, sino las del menor y su entorno, siendo mucho más sencillo cometer un abuso en familias disfuncionales, padres ausentes, cuyos hijos tienen carencias afectivas y se encuentran faltos de vigilancia. Por último, la incapacidad del menor para defenderse, resistirse o evitar que se produzca el abuso es un factor de riesgo por el que estos acaban convirtiéndose en víctimas, siendo más fácil para el agresor ejercer esta violencia y ocultarlo. Por esta razón los menores más vulnerables al abuso son los más pequeños, los más aislados o retraídos, aquellos con algún tipo de discapacidad, etc. (Horno, 2018, p.351; Cit en Guerrero, 2018).

2.1. Tipificación en el Código Penal

Antes de profundizar en la investigación de los efectos del abuso sexual infantil y sus repercusiones en la edad adulta, y dado que este constituye un delito, conviene saber cómo está tipificado en el Código Penal. Según el artículo 181, es abuso sexual:

Cuando sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento, una persona realizare actos que atenten contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona y será castigado, como responsable de abuso sexual, con la pena de prisión de uno a tres años o multa de dieciocho a veinticuatro meses (Ley Orgánica 10/1995, 1996, art. 181).

Sin embargo, en el artículo 183 se especifica que cualquiera que realizara estos actos sexuales a un menor de dieciséis años se enfrentaría a una pena de prisión de dos a seis años (Ley Orgánica 10/1995, 1996, art. 183). Este artículo señala el límite en la edad legal de consentimiento sexual en España, por lo que la pena no solo se agravaría si se cometiera cualquier abuso sexual a un menor, sino más si es menor de dieciséis años.

En el apartado 3 del Artículo 183 se especifica que el delito se agrava y, por tanto, la pena de prisión se alarga, “cuando el ataque consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías” (Ley Orgánica 10/1995, 1996, art. 183). Además, hay agravantes como que la víctima posea cualquier discapacidad física o intelectual que le coloque en una posición de indefensión, que el abuso sexual lo lleven a cabo dos o más personas, que se haya puesto la salud o vida de la víctima en peligro, o que sea una organización criminal con este fin.

Por último, el Código Penal también recoge dentro del delito de abuso sexual lo que comúnmente llamamos Grooming:

El que, a través de internet, del teléfono o de cualquier otra tecnología de la información y la comunicación contacte con un menor de dieciséis años y proponga concertar un encuentro con el mismo a fin de cometer cualquiera de los delitos descritos en los artículos 183 y 189, siempre que tal propuesta se acompañe de actos materiales encaminados al acercamiento. (Ley Orgánica 10/1995, 1996, art. 183 ter).

Si cualquier variante de este delito es cometida con violencia o intimidación pasará de ser abuso sexual a ser un delito por agresión sexual.

2.2. Agresores y tipos de abuso

Si pensamos en aquellas personas que abusan sexualmente de un menor nos vienen a la cabeza los términos “pederasta” y “pedófilo”. Sin embargo, muchas personas no conocen la diferencia y las utilizan indistintamente para referirse a alguien que “le gustan los niños”, cuando realmente hay numerosas razones por las que una persona acaba cometiendo este hecho tan atroz.

La pedofilia es un tipo de parafilia que implica “excitación sexual intensa y recurrente derivada de fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos que implican la actividad sexual con uno o más niños prepúberes (generalmente menores de 13 años)” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 697).

No obstante, cabe diferenciar el término pedofilia del de pederastia, el cual no es una orientación sexual como la pedofilia, sino que implica un abuso sexual real sobre un menor. Por lo tanto, puede haber pedófilos que jamás abusen de un menor, y hay pederastas que no sienten atracción sexual hacia menores, pero sí abusan de ellos. Estos últimos se explicarían sobre todo por encontrarse en situaciones de estrés o aislamiento y utilizar el sexo como regulador emocional (Echeburúa y Redondo, 2010), e incluso por hipersexualidad o deseos sexuales insatisfechos.

Con todo esto, sabemos que el abuso sexual infantil puede ser producido por un completo desconocido, ocurriendo normalmente en ocasiones aisladas, pero con más probabilidad de conllevar amenazas y violencia; y por un miembro de la familia o un conocido de esta, los cuales tienden a mantenerse en el tiempo y darse con más frecuencia, aunque de forma más progresiva y menos violenta (Echeburúa y Redondo, 2010). Lo que les impulsa a cometer el abuso puede ser tanto la orientación sexual como una simple forma de regularse y satisfacer sus deseos, en los dos casos (pederastia y pedofilia) podrían ser por ambas, por lo que no es un factor determinante.

El incesto madre-hijo o madre-hija es muy poco frecuente, y únicamente se suele dar en mujeres que no tienen una relación de pareja o esta es dañina para ella, que abusan del alcohol u otras sustancias, o que han sido también víctimas de abuso sexual en la infancia (Echeburúa y Redondo, 2010).

Como describen Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) (citado en Echeburúa y Redondo, 2010), el abusador puede tener características muy diversas que le hacen más probable cometer este delito. Puede ser alguien que abusa del alcohol o de otras drogas, alguien aislado socialmente, con baja autoestima o problemas psicopatológicos, alguien sobreprotector del menor, o incluso propia víctima de abuso sexual en su infancia. Finkelhor (2000) (citado en Deza, 2005) afirma que una mayoría de los abusadores son menores varones que han sufrido de ASI e imitan esta conducta.

Estos actos sexuales pueden darse entre el agresor y la víctima, entre la víctima y una tercera persona, ya sea también víctima o agresor, o realizarlos el propio menor sobre sí mismo. Los abusos que se producen en la infancia no son casos aislados como podría suceder en la edad adulta. Suelen darse de forma continuada en el tiempo, muchas veces sin contacto físico (exhibicionismo, pornografía, etc.) o si lo hay, puede ser tanto con

penetración como sin penetración, suele depender de la edad de la víctima. Además, suelen ser llevados a cabo por adultos con algún tipo de poder o influencia sobre el menor, siendo la mayoría de veces un familiar que persuade a la víctima para mantenerlo en “secreto” (Echeburúa y Redondo, 2010).

Por último, la depravación sexual ha abierto un cómodo camino hacia los niños y adolescentes a través de las redes sociales con delitos como el grooming. Estos sujetos aprovechan su confianza, su ilusión y deseo de conocer gente a través de internet y la falta de control parental durante su uso, para utilizar un perfil falso en redes haciéndose pasar por otro menor (catfishing) y seducirles. Así logran acordar un encuentro con ellos en un lugar privado, sin haber avisado a nadie de a dónde van. Son infinitos los casos de abusos sexuales, violaciones propiamente dichas, e incluso secuestros, torturas y asesinatos, que han sucedido por esta razón.

Con el tiempo y la experiencia, la sociedad ha ido aprendiendo el peligro de internet y ciertas páginas web, y del uso que algunos usuarios hacen de ellas, concienciando a la población sobre un uso responsable. Todo para evitar que las atrocidades que han sucedido no vuelvan a suceder, aunque desgraciadamente sigan ocurriendo.

2.3. Datos estadísticos sobre el abuso sexual

Establecer datos estadísticos sobre el abuso sexual infantil es especialmente difícil. Según Echeburúa y de Corral (2006), el abuso es únicamente revelado por el 50% de las víctimas, llegando a denunciar un 15% y realmente acabar envueltos en procesos judiciales un 5%. Esta “Ley del silencio” (Mujeres para la Salud, 2019), la privacidad en la que normalmente se producen los abusos por alguien conocido y el miedo de romper la familia tanto por parte del menor como de los adultos relacionados, hacen que no se pueda determinar del todo la incidencia de este delito.

Por esta razón, la prevalencia del ASI es realmente una estimación, no sabemos la cantidad de abusos sexuales que no se han notificado a las autoridades, o que directamente se han producido y no se han revelado. Además, dependiendo del año, del país, de la muestra que se coja y de si ha sido un estudio retrospectivo o no, los números van a variar inmensamente.

Echeburúa y de Corral (2006) reflejan que alrededor de un 80% de las víctimas de ASI muestra síntomas negativos a corto plazo. No obstante, solamente un 30% de los menores víctimas presentan secuelas importantes en la edad adulta.

Según Finkelhor (1999) (citado en Echeburúa y de Corral, 2006), en Estados Unidos el ASI es vivido por aproximadamente un 27% de mujeres y un 16% de hombres. Echeburúa y Redondo (2010) exponen que, en España, el abuso sexual infantil ha podido llegar a ser sufrido por un 20% de la población, especialmente las niñas en un 58,9% frente a un 40,1% de varones. Además, estos autores afirmaron que alrededor del 25% de los niños abusados sexualmente acaban siendo agresores sexuales de adultos.

En Mujeres para la Salud (2019) estiman que entre el 20 y el 30% de las mujeres ha sufrido un abuso sexual en algún punto de su infancia o adolescencia. En uno de los estudios más recientes, la Fundación ANAR (2020) determina que del total de casos de abusos sexuales que atendieron diariamente entre 2009 y 2019 en España, un 78,3% fueron chicas. En esta última década, 4 de cada 5 víctimas de ASI que llamaban al teléfono eran mujeres.

Vázquez Mezquita (1995) (citado en Echeburúa y de Corral, 2006) determinó que la edad de los menores víctimas de abuso sexual se encontraba entre los 6 y 12 años. Un par de décadas después, la Fundación ANAR (2020) recoge que la media de edad se encuentra en los 11,6 años; sin embargo, la mayoría de los casos se sitúan en el rango de edad entre los 13 y los 18 años. También se vieron diferencias en la edad con respecto al género, siendo víctimas las mujeres más comúnmente en la adolescencia, de los 13 a los 18 años, y los varones en el periodo de la infancia, con 12 años o menos. Sin duda el dato más significativo en este estudio sería que el 16% de las víctimas tiene 5 años o menos.

Se sabe que los efectos a largo plazo del ASI afectan al menos al 30% de las víctimas (Echeburúa y Redondo, 2010), dejando graves secuelas en estas personas, ya sean físicas, conductuales, emocionales, sociales o sexuales. Según la Organización Mundial de la Salud (2006) (citado en de Manuel, 2017) un abuso sexual en la infancia “explica aproximadamente un 6% de los casos de depresión, un 6% de las adicciones a sustancias, un 8% de los intentos de suicidio, un 10% de los trastornos de pánico y un 27% de los casos de estrés postraumático” (p. 40).

En cuanto al tipo de abuso y abusador, Pereda y Fons (2007) realizaron un estudio con 1.033 estudiantes universitarios españoles, más concretamente de Barcelona, a los que se les aplicó el cuestionario *Traumatic Life Event Questionnaire (TLEQ)*. Se vio que un 17,9% de ellos había sufrido abuso sexual con contacto antes de los 18 años, siendo un 14,9% de estos víctimas antes de los 13 años. Por otro lado, estudiaron el tipo de agresor que llevó a cabo los abusos sexuales en este último grupo, clasificándolos en: Desconocido, Padre, madre o cuidador, Amigo o conocido y Familiar. En varones, el 65,8% del abuso había sido cometido por un amigo o conocido; mientras que, en mujeres, un 45,7% de ellas fueron abusadas por un familiar.

Por lo tanto, se ha determinado que entre el 65 y el 85% son cometidos por una persona del entorno cercano al menor, ya sea un familiar, conllevando una relación incestuosa, u otra persona con relación con la víctima como un vecino, un profesor, etc. (Echeburúa y Redondo, 2010).

Igualmente, aunque el punto de mira se encuentre en los agresores adultos debido a la gravedad del delito, cabe destacar que en torno al 20% de los agresores son también menores de edad (Echeburúa y Redondo, 2010). Además, según el Instituto Nacional de Estadística (2019), del total de abusos y agresiones sexuales cometidas a menores de 16 años en 2019, 245, 241 fueron hombres. Por esta razón, a lo largo de este trabajo haremos referencia a los “abusadores” con el género masculino.

3. FACTORES INTERVINIENTES EN LOS EFECTOS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Los estudios que investigan los diferentes efectos del abuso sexual en la infancia en la población general siempre son retrospectivos, es decir, observan qué síntomas presentan los participantes en el momento del estudio y lo relacionan con las vivencias que tuvieron entonces. En primer lugar, estas investigaciones cuentan con un elevado riesgo en la validez de los resultados, ya que las vivencias que tuvimos en la infancia han podido verse distorsionadas con los años, sobre todo una tan traumática que a veces nuestra mente prefiere reprimir (Paredes y Bustos, 2018). No se puede, por tanto, garantizar la precisión real de estas vivencias y su relación con los síntomas actuales. Por otro lado, Cantón-Cortés, Cantón, Justicia y Cortés (2011), desarrollaron un modelo predictivo de la

sintomatología de las personas víctimas de ASI. Con este modelo únicamente podemos determinar qué factores intervienen en el abuso sexual y llevan unos potenciales efectos de mayor gravedad. Cabe añadir que, en el estudio anteriormente mencionado, Cantón-Cortés, Cantón, Justicia y Cortés (2011) expresan numerosas veces que en sus descubrimientos hay inconsistencias con otros estudios del mismo estilo.

Hasta el momento, no se ha llegado a un acuerdo sobre un “síndrome post-abuso” (Cantón-Cortés, 2013; como se citó en Cantón Cortés y Cortés, 2015) que recoja todos los síntomas característicos de una vivencia traumática de ASI. Puede darse un abuso sexual en el que esperemos que se desarrollen unos síntomas en concreto y no lo hagan; incluso que la presencia de un síntoma propio de un abuso sexual no sea explicada por la presencia de este en el pasado. Es aquí donde reside la dificultad para desarrollar un “síndrome post-abuso”, en la inmensa variabilidad de síntomas que presentan las víctimas a largo plazo, habiendo tantas combinaciones de síntomas como personas que los padecen.

Por nuestra parte, nos acercaremos a este tema de forma parecida a como lo hicieron Cantón-Cortés, Cantón, Justicia y Cortés (2011) en su modelo predictivo, centrándonos en todos los factores y variables intervinientes en el efecto del ASI que determinan el ajuste de la persona a lo largo del tiempo. Estas van desde las propias características de la víctima, hasta su entorno y la experiencia de abuso (Pereda y Sicilia, 2017).

3.1. Agresor

Alrededor del 20% de los abusos sexuales a menores son cometidos por otros menores (Echeburúa y Redondo, 2010), sin embargo, como queda reflejado en un estudio realizado por Sperry y Gilbert (2005) (citado en Cortés y Cortés, 2015), resultaban más traumatizantes para las víctimas los abusos cometidos por adultos que los cometidos por adolescentes.

Cuanto más estrecho sea el vínculo con el agresor, mayor impacto negativo tendrá el abuso sobre la víctima, sobre todo si se produce por parte de los progenitores. El hecho de que quien lleva a cabo el abuso sea una persona en la que el menor confiaba, que tenía cierta autoridad sobre él, provoca un trauma relacional, “el sentido emocional o físico de seguridad de un niño ha sido quebrado o violado por las conductas de los adultos a cargo

del cuidado personal” (Sheinberg y True, 2008; como se citó en Paredes y Bustos, 2018, p. 70).

Supondrá una traición para el menor (Finkelhor y Browne, 1985; como se citó en Cantón-Cortés y Cortés, 2015), provocando decepción, rabia e incluso vergüenza. Además de indefensión, incitada por invadir repetidas veces el espacio personal del menor en contra de su voluntad. Al final, una figura de seguridad al que le había dado su confianza y respeto le ha utilizado y le ha hecho daño. Esto puede tener un impacto más a largo plazo si se traslada al resto de sus relaciones interpersonales, provocando desconfianza hacia las personas (Cantón-Cortés y Cortés, 2015). Además, el efecto tendrá peor pronóstico si el menor ya había desarrollado un tipo de apego inseguro previo al abuso sexual. Esta vivencia traumática incentivaría ese patrón de percibir las relaciones y comportarse hacia ellas con desconfianza.

3.2. El sexo del menor

La incidencia del abuso sexual infantil es mucho mayor en mujeres en comparación con los hombres. Esto significa que, aunque siendo hombre cabe la posibilidad de sufrirlo, ser mujer supone un factor de riesgo para el ASI (Echeburúa y Redondo, 2010). Como señalan Cortés, Cantón y Cantón-Cortés (2011) el sexo del menor únicamente influye en el riesgo, no en el tipo de abuso que se sufre.

Sin embargo, la gran mayoría de varones fueron víctimas de este tipo de abuso en la infancia, mientras que las mujeres lo fueron en torno a la etapa de la adolescencia (Fundación ANAR, 2020). Esto presenta una posible diferencia en el tipo de abuso sufrido por cada grupo, ya que dependiendo de la edad el agresor lleva a cabo diferentes conductas abusivas, como veremos más adelante. Cada edad tiene sus riesgos y tiene sus “beneficios”, pero en todas el impacto del abuso sexual es significativo.

Las mujeres adultas que sufrieron un abuso sexual en la infancia tienden a presentar síntomas internalizantes como depresión, ansiedad y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Los hombres, por otro lado, muestran síntomas externalizantes como diagnósticos de Trastorno Antisocial de la personalidad, abuso de sustancias y de alcohol (Gault-Sherman, Silver y Sigfúsdóttir, 2009; como se citó en Cantón-Cortés y Cortés,

2015). Además, suelen presentar mayor ideación suicida e intentos de suicidio que las mujeres (Luster y Small, 1997; como se citó en Cantón-Cortés y Cortés, 2015).

Por otro lado, Mujeres para la Salud (2019) indaga un poco más en cómo son estos síntomas que presentan las mujeres. Este TEPT implica en muchas ocasiones un alejamiento de cualquier interacción sexual por miedo y desconfianza a que vuelva a suceder lo mismo, llegando a tener pesadillas o recuerdos y pensamientos intrusivos. A veces este aislamiento no es solo sexual, sino que se generaliza al resto de relaciones sociales, pudiendo llegar a mantenerlas de una forma dañina con dinámicas abusivas. En resumen, una parte significativa de los varones abusados cometerán un abuso sexual en el futuro (Echeburúa y Redondo, 2010), pero gran parte de las mujeres víctimas de ASI acaban siendo mujeres maltratadas y abusadas de nuevo.

Por último, un hándicap que tienen los varones es que, en prácticamente el 100% de los casos (Instituto Nacional de Estadística, 2021) los agresores eran hombres, suponiendo en ellos una interacción sexual con alguien de su mismo sexo. Por lo tanto, este abuso sexual no solo tendrá el impacto propio del abuso, sino que puede suponer un conflicto en el futuro del menor sobre su orientación sexual (Fundación ANAR, 2020).

3.3. Edad del menor

La edad en la que se produce el abuso sexual es una variable clave en el efecto de este, ya que implica diferencias en el desarrollo físico, cognitivo, el tipo de abuso que se produce, las diferentes estrategias de afrontamiento que han desarrollado, etc. determinando, por tanto, un mejor o peor pronóstico.

Los menores con mayor riesgo de victimización son aquellos con menos probabilidad de resistirse o revelar el abuso, como los que aún no hablan, niños en edad prepuberal (entre los 6 y los 12 años), aquellos con retraso en el desarrollo, discapacidad física o intelectual, niños en contextos familiares con falta de afecto o negligentes y aquellos que ya están sufriendo otro tipo de maltrato psicológico o físico (Echeburúa y Redondo, 2010).

Los niños de menor edad son especialmente vulnerables, se les puede seducir con regalos, trato especial, juegos, etc. de forma que vayan poco a poco metiéndose en la dinámica del abuso sexual sin que nadie llegue a conocerlo (Echeburúa y Redondo, 2010). El único

aspecto que puede aminorar el efecto de este abuso en el menor es la falta de conciencia del verdadero alcance del abuso, desconociendo en muchas ocasiones qué es realmente el sexo. Los síntomas más típicos en menores que han sufrido este abuso en la infancia son somatizaciones (enuresis, dolores de cabeza y estómago), problemas internalizantes como la ansiedad o la depresión, y conductas hipersexualizadas como masturbación excesiva o en público, entre otros (Mellon, Whiteside y Friedrich, 2006; como se citó en Cantón-Cortés y Cortés, 2015).

Si el abuso se produce en la prepubertad, entre los 9 y los 14 años aproximadamente, empiezan a darse problemas externalizantes como trastornos disociativos, problemas de habilidades sociales y rendimiento escolar, y desregulación del cortisol y otras hormonas. Es decir, el efecto del abuso alcanza a más áreas de la vida del menor (Trickett et al., 2001; Trickett et al., 2010; como se citó en Cantón-Cortés y Cortés, 2015).

En la adolescencia, las víctimas suelen tener más estrategias de afrontamiento, tienen emociones más complejas y más contextos en los que se pueden apoyar. Habitualmente, no solo son más conscientes de la gravedad del abuso sexual, sino que ya están experimentando los cambios físicos que pueden animar al agresor a llevar a cabo una relación sexual completa con penetración, es decir, una violación. Incluso usar amenazas y violencia, pues es más probable que se resistan al tener consciencia (Echeburúa y Redondo, 2010). El pronóstico de la persona que sufre el abuso en la adolescencia es peor que el que lo vive en la infancia. Además, si se producen estas violaciones, las adolescentes corren el riesgo de quedarse embarazadas, por lo que la gravedad es aún mayor.

Cuando estos abusos se producen por un familiar o alguien cercano, vivirían esa traición y culpa igual que las víctimas de menor edad, pero tendrían pleno conocimiento de lo que está ocurriendo y afectaría a muchas más áreas de su vida al moverse por más contextos. Los síntomas que experimentarían serían los mismos que los anteriormente nombrados, sumándoles conductas delictivas, consumo de sustancias, trastornos alimenticios, conductas sexuales tempranas y de riesgo, ideación suicida y conductas autolesivas, etc. (Feiring, Miller-Johnson y Cleland, 2007; como se citó en Cantón-Cortés y Cortés, 2015).

3.4. Ocultación y revelación del abuso

En el abuso sexual a menores llevado a cabo por alguien de su entorno cercano, es muy común el uso de la “Ley del silencio” (Mujeres para la Salud, 2019). Al ser relaciones de poder, el agresor emplea esta autoridad y respeto para lograr este secretismo en el que él se refugia, creando un “pacto” con el menor para no contarle a nadie lo que está ocurriendo. Por un lado, le permite seguir realizando este tipo de abusos e, incluso, abusar de otros menores de su alrededor. Por otro lado, evita una posible ruptura de la familia, el rechazo social y las consecuencias legales evidentes (Echeburúa y Redondo, 2010).

Este secreto empeora los efectos del abuso sexual en la víctima, dado que muchas veces el discurso del agresor va en la línea de transmitirle al menor que este abuso es la forma de expresar su amor, que nadie más lo va a entender y que si se enteran van a querer separarles. Creando como resultado un sentimiento de miedo y culpa, si revela el secreto, de romper la familia, de la visión que van a tener de él y de las represalias del agresor si lo hace (Echeburúa y Redondo, 2010). Por esta razón, va a ser especialmente importante la red social y de apoyo que tiene el menor en el momento que revela el abuso sexual.

Sin duda, uno de los factores que más intervienen en el efecto del ASI en la víctima es la reacción del entorno una vez se revela, y las consecuencias en el menor y el agresor. Hay que tener en cuenta que la mayoría de las veces la revelación del abuso se produce muy posterior al suceso, ya sea porque el menor ha decidido revelarlo, o porque se descubre alguna conducta sexual sospechosa por parte del agresor (Echeburúa y de Corral, 2006). Sin embargo, la revelación normalmente sucede ya en la edad adulta (Pereda y Sicila, 2017).

El papel fundamental en la revelación del abuso es el de la madre, como muestran numerosos artículos. En los peores casos la madre puede conocer este abuso, pero por miedo al abusador, a las consecuencias legales para este, a romper la familia, o incluso al estigma social que supone un abuso sexual en la familia, no hacer nada o tener una reacción negativa hacia el menor (Echeburúa y de Corral, 2006). Esto es lo que más va a dificultar la mejora de este a lo largo del tiempo, pues ya no solo ha sido traicionado por el abusador, sino también por aquella persona a la que confió su “secreto”.

En una gran mayoría de casos se pone en duda la revelación del menor con verbalizaciones como: “es una llamada de atención”, “se lo ha inventado/imaginado”, o

directamente “es mentira”. Sin embargo, cuando un niño está sufriendo cualquier tipo de daño, su respuesta natural es decir la verdad. Además, es cierto que tienen un tipo de pensamiento mágico que tiende a la elaboración de historias fantásticas, pero la posibilidad de que un niño pueda crear una de estas fantasías como un incidente en el que se ha producido un abuso sexual es ínfima. Por esta razón, cuando un niño nos relata un episodio que consideramos un abuso sexual, debemos prestar mucha atención (Paicabí, 2002).

Las reacciones negativas ante el abuso tienen implicaciones nefastas para las víctimas. La negación es de las más comunes, el creer directamente que el relato que cuenta el menor es falso; o incluso actuar de esta manera confiando en que, si no se le da importancia, no tendrá tanto efecto en la víctima (Pereda y Sicila, 2017). Con esta distracción no permitimos que el niño se exprese, pudiendo darle la sensación de que lo que ha ocurrido o lo que siente es exagerado.

Otra muy recurrente es la estigmatización (Finkelhor y Browne, 1985; como se citó en Cantón-Cortés y Cortés, 2015), transmitiendo al menor ideas negativas sobre el abuso del que ha sido víctima (culpa, vergüenza, rechazo), más aún si ha sido una relación incestuosa. El menor hace suyas estas actuaciones y las integra en su identidad, provocando baja autoestima, conductas suicidas o autolesivas, y una tendencia a formar parte de otros colectivos marginados por la sociedad, como serían drogadictos o prostitutas. Este último se hace especialmente probable en mujeres por los efectos en la sexualidad, convirtiéndola en disfuncional e incluso una manera de relacionarse con el otro. De todas formas, se ha visto que las atribuciones de culpa van a tener un efecto u otro en el menor dependiendo de las estrategias de afrontamiento que posea (Cantón-Cortés, Cantón, Justicia y Cortés, 2011). Estas atribuciones van a depender muchas veces de la edad que tenga, teniendo más y mejores cuanto más mayor sea la víctima.

En muchas ocasiones, y con la intención de ayudar al menor, se le da un trato diferente al del resto o al anterior que tenía, tratándole como una persona frágil y vulnerable, pudiendo dar la sensación de rechazo y distancia. Además, puede sentir que no le ven capaz de superar el trauma, promoviendo, por tanto, la indefensión, la estigmatización (Pereda y Sicila, 2017) y las estrategias de afrontamiento por evitación. Lo contrario a esto, e igual de perjudicial, sería una reacción egocéntrica por parte del entorno. Consiste en preocupaciones legítimas que dejan en un segundo plano la experiencia del menor,

muchas veces relacionadas con reacciones de ira y venganza hacia el agresor. Este descontrol emocional del entorno puede aumentar en el menor la sensación de miedo y culpa por la revelación del abuso, pudiendo llegar a querer tranquilizar y ayudar a esta persona, excluyendo completamente su vivencia y responsabilizándole de más.

Estas y otras muchas reacciones que pueden llegar a tener las personas responsables del menor tienen en común que desatienden las necesidades del menor de una manera o de otra, incluso habiendo buenas intenciones. Por lo tanto, el mejor predictor de mejoría en un menor víctima de ASI es el que sea creído por su entorno, validando sus sentimientos y su experiencia, ofreciendo ayuda, información y apoyo emocional (Pereda y Sicila, 2017) y llevando a cabo los pasos necesarios para garantizar su seguridad.

3.5. Contexto del menor y procesos judiciales

Un factor de riesgo es que el menor, aparte de sufrir el abuso sexual, viva en un entorno abusivo de por sí. Cuando hay problemas de pareja, abuso de sustancias o de alcohol, violencia de género, etc. el menor se encuentra en un mayor riesgo de sufrir abuso sexual por alguien cercano a él. El abandono o la ausencia de los padres dejan de lado las necesidades afectivas del menor, por lo que este terminará siendo especialmente vulnerable a cualquier muestra de cariño y atención por parte de otras personas, incluso de las formas más dañinas para él. Aquí es donde esta figura de autoridad o de seguridad abusaría de la confianza de la víctima para cubrir sus necesidades sexuales (Echeburúa y Redondo, 2010).

Por otro lado, dado que el abuso sexual constituye un delito y, por lo tanto, es denunciable, tiene una gran variedad de implicaciones legales, emocionales y familiares. Todo con el fin de ayudar al menor y cesar el abuso, pero es en todo este proceso donde se puede producir la denominada *victimización secundaria*. Beristan (1996) (citado en Gutiérrez, Coronel y Pérez, 2009) define este término como “la mala o inadecuada atención que recibe la víctima una vez entra en contacto con el sistema de justicia” (p. 50). Básicamente, hace referencia a todas las consecuencias negativas que se dan en el menor al involucrarse con las instituciones sociales y comenzar todo el proceso judicial, causándole una retraumatización. Puede suceder en diferentes momentos del proceso, como por ejemplo en el arresto, en la toma de declaración, en la exploración del médico forense, en el juicio, etc.

Uno muy común es en la toma de declaración ya que, al tratarse de menores de edad, la fiscalía, el perito psicológico y otros muchos profesionales hacen a la víctima repetir una y otra vez lo sucedido con el objetivo de garantizar la validez del testimonio y descartar cualquier tipo de fabulación, distorsión, etc. (Echeburúa y Redondo, 2010). Sin embargo, en muchas ocasiones es el propio sistema el que compromete la credibilidad del menor por una mala praxis, presionando a las víctimas para cambiar el relato, haciéndoles recuperar el recuerdo de forma interrogativa, con preguntas directivas y sugestivas (Gutiérrez, Coronel y Pérez, 2009).

Muchos profesionales ya se muestran escépticos desde el primer momento, poniendo en duda al menor y suponiéndole una mayor carga cognitiva y emocional. Revivir tantas veces la experiencia de abuso puede llegar a tener un efecto muy traumático para el menor, pudiendo experimentar culpa, miedo a enfrentarse al agresor, incertidumbre sobre los cambios posteriores en su vida y en la de su familia, etc. Esto último complica aún más la situación, ya que puede llevar a la víctima a retractarse y decidir quitar la denuncia, viendo el sistema al menor como culpable. De hecho, de Manuel (2017) asegura que precisamente el retractarse es una señal de que se ha producido ese abuso.

Aguar, Correira y Vala (2002) (citado en Gutiérrez, Coronel y Pérez, 2009) encontraron que el hecho de percibir a una víctima como inocente, es decir, creer que no pudo controlar y prever el abuso sexual, hace que el trato de los profesionales sea con compasión y con más apoyo. De lo contrario, responsabilizan al menor de lo sucedido ya que podrían haber evitado el abuso sexual si hubieran modificado su conducta (Buzawa y Schlesinger, 1996; Pérez-Sales y Navarro, 2007; citado en Gutiérrez, Coronel y Pérez, 2009).

De esta forma, la victimización secundaria agrava y prolonga el trauma derivado del abuso sexual (Kreuter, 2006; citado en Gutiérrez, Coronel y Pérez, 2009). Es un verdadero reto para el sistema judicial reducir el impacto de su funcionamiento en la vida de las víctimas. De no ser así, cada vez menos gente denunciará y estaremos contribuyendo a la ocultación del abuso sexual en la infancia o, por lo menos, a que aquellas personas que cometen este delito no reciban el castigo que merecen.

4. CONSTRUCCIÓN DEL TRAUMA

Como hemos visto anteriormente, prácticamente todos los menores víctimas de ASI presentan síntomas negativos a corto plazo en diversas áreas, de tipo cognitivo, físico, psicológico, sexual y social (de Manuel, 2017). Estas consecuencias de abuso serían, por ejemplo, conductas hipersexualizadas en el menor, impulsividad o retraimiento, conductas autodestructivas, desconfianza y aislamiento social, trastornos del sueño, conductas regresivas, enuresis o encopresis, etc. Sin embargo, solo el 30% arrastran estas secuelas hasta la vida adulta (Echeburúa y de Corral, 2006). No todos los menores viven la misma experiencia de abuso, tienen el mismo entorno y son de la misma manera. Al final, el efecto del abuso sexual en la infancia es multifactorial y, dependiendo de cada menor y de su vivencia, este acabará suponiendo un trauma o no.

Topper (1988) (citado en Deza, 2005), explica que no todas las víctimas necesitarían terapia. Como sabemos, muchos menores no saben qué es el sexo y qué implicaciones tiene el abuso sexual que han sufrido y, por tanto, no supone para ellos un trauma. En muchas ocasiones el trauma se crea posteriormente cuando el entorno del menor le transmite el horror de este hecho. Incluso ya en la edad adulta cuando vuelve a tener la víctima una interacción sexual con otra persona y resignifica aquel suceso que vivió (Echeburúa y de Corral, 2006).

Según Finkelhor y Browne (1985) (citado en Deza, 2005), la *dinámica traumática* es “aquella que altera el desarrollo cognitivo y emocional de la víctima, distorsionando su autoconcepto, la vista del mundo y las habilidades afectivas” (p. 20). El trauma se da después de un acontecimiento que la persona no puede integrar, para el cual no encuentra un significado y que experimenta con mucho sufrimiento, sin esperanza de superarlo. Paredes y Bustos (2018) ven el abuso sexual como un “proceso traumático” y no tanto como un suceso que lleva al trauma directamente. Sí, el dolor y el sufrimiento de un menor víctima de ASI es inmensurable, pero el abuso es un elemento más en la cadena de sucesos que le llevan realmente a vivir esta experiencia de forma traumática. Intervienen las reacciones del entorno, el trato por parte de los familiares y profesionales, la realidad posterior del menor, etc. Es lo que se denomina polivictimización (Pereda, 2009; Finkelhor, 1997; citado en Paredes y Bustos, 2018).

Numerosos artículos reflejan que el abuso sexual en la infancia afecta al desarrollo de la persona de una forma global (Paredes y Bustos, 2018). Por lo tanto, las diferentes

consecuencias del abuso presentes en la edad adulta van más allá que cualquier clasificación que se pueda hacer, pues es un proceso multicausal y multifactorial, y las combinaciones de síntomas son tantas como personas lo han vivido. No obstante, nos centraremos principalmente en los siguiente: efectos cognitivos, emocionales y conductuales, efectos en el apego y efectos en la esfera sexual.

4.1. Efectos cognitivos, emocionales y conductuales

La infancia es la etapa de mayor plasticidad cerebral en el ser humano, por eso, cualquier suceso puede suponer un impacto significativo en la vida del menor. Pereda y Gallardo-Pujol (2011) hicieron una revisión sobre las consecuencias neurológicas del abuso sexual en la infancia. Pudieron ver que tras esta experiencia se encuentran disfunciones en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal que implica una dificultad significativa en la alostasis del individuo, suponiendo así mayores concentraciones de hormonas como la dopamina, noradrenalina, adrenalina y cortisol. Esto provoca un fracaso en la regulación emocional y en el control conductual del menor (Putnam, 2006; citado en Pereda y Gallardo-Pujol, 2011), así como problemas en las interacciones sociales. Esta alteración tras el ASI y la presencia de diversos estresores en la vida de la víctima, aumentan el riesgo de padecer trastornos de ansiedad, depresión o de estrés postraumático en la adultez (Heim, Newport, Bonsall et al., 2001; citado en Pereda y Gallardo-Pujol, 2011).

A nivel conductual, las víctimas de ASI van a tener un menor control de la ira, enfocada al exterior en el caso de los varones y hacia uno mismo en mujeres (Mas y Carrasco, 2005; citado en Echeburúa y de Corral, 2006). Esta tendencia puede llegar a manifestarse como estrategias de afrontamiento autodestructivas y de evitación (Cantón-Cortés y Justicia, 2008), haciendo que muchos de estos adultos acaben presentando problemas de abuso de sustancias, alcoholismo o tabaquismo, prostitución, desempleo, embarazado adolescente, mayores tasas de divorcio, etc. (Acuña, 2014). Además de una alta impulsividad (Echeburúa y Redondo, 2010), que pueden manifestarse en trastornos alimentarios y otros como cleptomanía o ludopatía.

Más allá del plano neurológico, hay ocasiones en las que se da la denominada “amnesia disociativa” o “amnesia psicógena”. Se da sin que haya ningún tipo de daño neurológico y funcionaría como un mecanismo de defensa que nos hace olvidar o, mejor dicho,

reprimir esta experiencia que es demasiado dolorosa como para integrarla. Es un síntoma del Trastorno de Estrés Postraumático y dificulta enormemente cualquier proceso terapéutico que se quiera tener con la víctima, tanto en la infancia como en la adultez (Echeburúa y Redondo, 2010).

Por lo tanto, la memoria en las víctimas de abuso sexual en la infancia es un elemento a tener en cuenta. La memoria traumática se activa cuando hay eventos en la vida del menor que no puede integrar en su continuo vital (Paredes y Bustos, 2018). Recordar un trauma es un proceso desorganizado y muchas veces no tiene ningún tipo de coherencia narrativa; sin embargo, se constituyen de elementos más simples como olores, sensaciones, detalles específicos de un lugar o una persona, que activan esta memoria traumática y puede llevar a una re-experimentación intrusiva del trauma (Van der Kolk, 2005; citado en Paredes y Bustos, 2018). Esta última se manifiesta como flashbacks, pesadillas, reacciones fisiológicas, etc. relativos a la experiencia traumática. También pueden estar presentes pensamientos rumiativos sobre el abuso: “¿Por qué no hice nada?”, ¿Por qué a mí?”, etc. Estos pensamientos hacen que la persona se enganche a esta experiencia traumática desde la responsabilidad y la culpa, contribuyendo a mantener toda la sintomatología relacionada con el Trastorno de Estrés Postraumático (Murray, Ehlers y Mayou, 2002; citado en Paredes y Bustos, 2018).

Cabe aclarar que, tanto la re-experimentación intrusiva como los pensamientos rumiativos se dan normalmente tras una experiencia de abuso, sin tener que implicar necesariamente ningún cuadro clínico.

Por otro lado, los síntomas disociativos tras una experiencia de abuso sexual son muy comunes. Síntomas como la despersonalización o la desrealización ayudan a la persona a mantener una distancia con la experiencia de abuso (Paredes y Bustos, 2018), de esta forma no se percibe como algo propio, sino como algo que podría hacer daño y es extraño, pero que está fuera. Cuando se mantiene en el tiempo esta sintomatología la persona puede llegar a perder la noción de sí mismo, pudiendo llegar a generalizar esta sensación de no-yo a otros aspectos de su identidad (White, 2004 y Van der Hart, 2005; citado en Paredes y Bustos, 2018). Si se da la disociación directamente, la persona revive el recuerdo del abuso como si estuviera sucediendo en el presente. En este caso, la víctima presenta un fallo en la memoria auto-noética, la cual es “la capacidad de recordar y experimentar el sí-mismo en el pasado” (Tulving y White, 2004; citado en Paredes y

Bustos, 2018, p. 75). Por lo tanto, aquel evento que ya vivió no lo recuerda como sucedido en el pasado, sino que lo vive en el presente.

4.2. Efectos en el apego

El trauma y todas las implicaciones futuras de este no solo dependen del abuso sexual en sí, sino de otras muchas variables individuales, sociales y ambientales. Por eso, el abuso sexual infantil tiene seguro un efecto en el desarrollo o transformación del apego en el menor, pero hay que tener en cuenta que también puede deberse a otros muchos factores.

Como ya explicamos, un gran porcentaje de la mejoría o empeoramiento del menor tras el ASI dependía del entorno de este y de si tienen figuras de apego seguras y protectoras (Horno, 2018, p.349; Cit en Guerrero, 2018). Cantón-Cortés y Cortés (2015) encontraron en varios artículos que aquellos niños que ya antes del abuso presentaban un apego inseguro (evitativo y ambivalente) conseguían un peor ajuste psicológico en el futuro que los que tenían un apego seguro.

Los niños que sufren el ASI por parte de una figura de apego o alguien muy cercano a ellos experimentan un trauma relacional (Sheinberg y True, 2008; citado en Paredes y Bustos 2018) y el abuso tendrá un peor efecto psicológico, especialmente si se trata de incesto. Por lo tanto, esta traición supondrá un enorme daño en la afectividad del menor y en su sentimiento básico de seguridad, creando un gran trastorno en la forma de interactuar con el mundo y consigo mismo. Desarrollarán, así, un apego desorganizado. (Horno, 2018, p.349; Cit en Guerrero, 2018),

4.3. Efectos en la sexualidad

Al tratarse de un abuso sexual cabe esperar un posterior efecto en el desarrollo de la sexualidad de la víctima. Dependiendo, por un lado, de la edad en la que se sufre el ASI, pues se tiene o no conocimiento de lo que ocurre. Y, por otro, del tipo de abuso, ya que no es igual que le hagan ver pornografía al menor a que cometan una violación directamente (López et.al., 2017). La víctima tendrá un peor pronóstico de mejoría si este abuso fue perpetrado por un familiar, un conocido o un amigo, y el nivel de violencia visualizado o ejercido.

Cantón-Cortés y Cortés (2015) definen la *sexualización traumática* como “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” (p. 559). Como vieron López et al. (2017) esta sexualidad se manifiesta de forma polarizada entre una actitud promiscua, o tener deseo constante, y una aversión al sexo.

En estudio realizado por Zieler et al. (Acuña, 2014) se vio que, para las víctimas de ASI, era cuatro veces más probable que ejercieran como trabajadores sexuales en algún momento de su vida. Un indicador de abuso sexual en menores es la presencia de conductas hipersexualizadas, las cuales pueden mantenerse en la edad adulta con promiscuidad, conductas sexuales de riesgo, inicio más temprano, sexualidad compulsiva, etc. Esto puede explicar que la mayoría de abusadores varones sufrieron ASI en algún punto de su infancia (Finkelhor, 2000; como se citó en Deza, 2005).

La otra posibilidad que podemos encontrar es que las personas que sufrieron abuso sexual en la infancia presentan disfunciones sexuales y menor capacidad de disfrute (Echeburúa y de Corral, 2006). López et al. (2017) realizaron un estudio con 1013 mujeres atendidas en el Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de Cataluña. Encontraron que estas mujeres que habían sido víctimas de ASI presentaban una menor excitación sexual, menor deseo, menor frecuencia del orgasmo e incluso dolor y rechazo durante las relaciones sexuales. Algo muy significativo que hallaron fue que no había diferencias significativas en la confianza, comunicación y satisfacción en las relaciones de pareja entre las mujeres víctimas y las no víctimas.

Por último, destacar en varones que, como expone la Fundación ANAR (2020), sufrir un abuso sexual por parte de una persona del mismo sexo supone una gran confusión sobre la orientación sexual que puede llegar a darse a lo largo del desarrollo del menor hasta la edad adulta. Además, se ha visto entorno al 25% de aquellos menores que sufriendo ASI acaban cometiendo ellos algún tipo de abuso sexual en el futuro (Echeburúa y Redondo, 2010), tanto siendo menores como ya de adultos. Por último, en las mujeres sucede al contrario, haber sufrido ASI aumenta las probabilidades de que se repita el patrón y sean maltratadas por sus futuras parejas.

5. DISCUSIÓN

La definición de ASI de Save the Children (2001) habla de este como un abuso de poder que nace de una relación de naturaleza asimétrica y que no solamente tiene implicaciones en la sexualidad de la víctima, sino que constituye una transgresión de la intimidad y la confianza del menor, pudiendo suponer un mayor trastorno en las futuras relaciones interpersonales e intrapersonales que en la esfera sexual.

El abuso sexual infantil es una de las formas de violencia con más impacto, tanto en las víctimas como en el entorno, más ocultadas, más estigmatizadas, y más difíciles de detectar. Los diferentes artículos revisados apenas nombran la importante función que desempeña el entorno del menor a la hora de descubrir este abuso. Enfocan la mirada a, una vez el abuso es revelado por el menor, cómo los familiares y personas cercanas gestionan esta noticia. Sin embargo, prácticamente no hacen referencia a la importancia de que el entorno se dé cuenta de que se está produciendo un abuso, antes incluso de que el menor lo verbalice.

Echeburúa y Redondo (2010) recogen una lista de indicadores físicos, comportamentales y relativos a la esfera sexual que pueden estar presentes en menores víctimas de abuso. Estos cambios en el menor encienden las alarmas de algunas personas del entorno de este, empezando las sospechas de que algo está ocurriendo. Dada la naturaleza silenciosa de este tipo de abuso se vuelve difícil encontrar algún indicio que pruebe la existencia de este, a no ser que se haya producido un contacto físico o una grave afectación psicológica demostrables en una exploración médica. Por otro lado, debido a la variabilidad de síntomas que pueden aparecer y, considerando incluso que no presente ninguno, puede ser prácticamente imposible para el entorno detectar este abuso sexual. Que esté presente un determinado síntoma no asegura que el menor esté sufriendo este tipo de violencia.

Por esa razón, es importante que la persona cercana al menor suponga una figura de apoyo y seguridad, se muestre accesible y valide cualquier vivencia y sentimiento que experimente el menor. Facilitando así que este, con tiempo y espacio, se abra y salga a la luz este abuso que se estaba sospechando o se pueda ver realmente qué está ocurriendo.

Conocer los factores que intervienen en el efecto del abuso sexual infantil nos ayuda a actuar de cara a la prevención. Por un lado, se emplearía en una prevención secundaria que cubriría un sector muy reducido de la población general víctima de abuso. El ASI no

entiende de raza, de economía, ni de estatus; sin embargo, estudios han observado que en ciertos contextos de mayor conflicto familiar (ej.: violencia doméstica, violencia de género, fallecimiento de un progenitor, etc.) es más probable que se produzca este tipo de abuso. En esta prevención secundaria se trabaja con “poblaciones de riesgo” (Save the Children, 2001) para evitar que los menores de ese contexto lleguen a sufrir ASI. Sin embargo, las demás poblaciones quedarían desprotegidas, presentándose casi con la misma frecuencia que en los anteriores casos de abuso sexual infantil.

En un plano más general, que abarque a toda la población, se puede llevar a cabo una prevención primaria proporcionando información y recursos tanto a los menores como a su entorno. Enseñar a los menores estrategias de afrontamiento saludables, pautas de comunicación y de autoconocimiento para saber actuar cuando se encuentren en situaciones incómodas o de riesgo, y saber pedir ayuda. Además, educar sobre el estigma, la vergüenza y la culpa que puede llegar a sentir tanto el menor como la familia y saber cómo gestionarla. De forma que se logre poner el foco en este tipo de abuso tan en la sombra, aumentando la posibilidad de evitarlo, detectarlo de forma temprana o crear un entorno de apoyo para el menor que revela el abuso.

“Todas las víctimas de abuso sexual necesitan ayuda y apoyo de su red psicosocial para aprender a integrar la vivencia del abuso en su vida, pero no todas requieren una intervención terapéutica” (Save the Children, 2001, p. 176). Conocer los factores que intervienen en los efectos del ASI también va a ser fundamental de cara al tratamiento, aunque puede resultar algo confuso. Como se expuso anteriormente, no va a tener el mismo efecto en la víctima que abuse de él un desconocido a que lo haga su padre, por ejemplo. No obstante, hay tantas experiencias de abuso como víctimas, por lo que se deberá atender a la vivencia particular de la persona y las circunstancias de su abuso para saber cómo orientar realmente la atención psicológica.

Puede ocurrir que la experiencia de abuso sea vivida y el menor no parezca presentar ninguna sintomatología ni trauma aparente debido a la falta de consciencia de lo sucedido. Sin embargo, en la edad adulta o incluso entrando en la adolescencia se produce una resignificación de esta vivencia, empezando a entender las implicaciones y pudiendo manifestarse así determinada sintomatología en la persona. Incluso puede existir un efecto del abuso, como por ejemplo una emoción desagradable muy intensa, que la persona no es capaz de atribuir a este, el efecto es consciente pero la causa no lo es. Este tipo de casos

pueden llevar a la persona al abuso de sustancias, conductas delictivas, conductas sexuales de riesgo, etc. en un intento de compensar o tapar esa emoción que se encuentra presente y es insoportable. A veces la realidad del abuso se revela a través de sueños, de recuerdos repentinos, de una conversación...

No se puede hacer un plan de tratamiento igual para todas las víctimas de ASI y por eso es tan importante conocer más sobre este tema porque, como psicólogos, aquí reside la dificultad. Es importante saber cómo puede afectar la experiencia de abuso a las personas, teniendo muy en cuenta la gran variabilidad de síntomas y que cada persona y vivencia es única.

Hay algunos temas sobre el abuso sexual en la infancia con escasa investigación. Un ejemplo de esto es el efecto que puede tener el ASI en la orientación sexual de las víctimas. La Fundación ANAR (2020) expone que esta es una consecuencia que se ha observado en varones abusados por personas de su mismo sexo, pero no se indaga en la posibilidad de que un menor también presente una confusión respecto a su orientación sexual tras haber sido abusado por una mujer, puede que por desarrollar una aversión hacia la figura sexualizada de esta. De esta misma manera, no se ha explorado apenas esta misma confusión en mujeres víctimas de ASI, ya haya sido abusada por un sexo o por el otro.

Dado que la gran mayoría de abusadores son hombres, el mínimo porcentaje de mujeres abusadoras pasa desapercibido. Esta falta de investigación es expuesta por Flores y Salinas (2015) como una cuestión cultural en la que esta superioridad de poder en las relaciones asimétricas era atribuida al hombre. Normalmente la mujer tenía una función pasiva en la sexualidad, por lo que concebir que estas cometieran un delito de esta índole era difícil (Abadi, Beovide y Quattrone, 2001; citado en Flores y Salinas, 2015). Estando la función principal de las mujeres ligada a los estereotipos de la feminidad “vinculadas exclusivamente al rol materno y protector” (p. 138) orientado a dar afecto, apoyo y seguridad al menor. Por esta razón, los abusos sexuales cometidos por mujeres son menos investigados y visibilizados.

6. CONCLUSIÓN

Esta revisión bibliográfica tenía como objetivo determinar cuáles son los factores dentro de la vivencia de abuso sexual en la infancia que influyen en los efectos de este en la adultez.

Diversos estudios demostraron que la sintomatología de las víctimas tenía una alta variabilidad, es decir, había tantas combinaciones de síntomas como víctimas que los presentaban. Determinaron que no por sufrir ASI la persona desarrollaría con certeza ciertos síntomas, ni que la presencia posterior de una sintomatología podía ser explicada por un abuso sexual en la infancia. Esto se manifestó en las inconsistencias que presentaban los estudios que intentaban concretar una sintomatología, ya que, dependiendo de la muestra, la vivencia de estos, el país, la edad, etc. los síntomas que aparecían eran unos o eran otros. Por esta razón, se estableció que, hasta el momento, no ha sido posible crear un “síndrome post-abuso” (Cantón-Cortés, 2013; como se citó en Cantón Cortés y Cortés, 2015), y aunque se pueden observar ciertos patrones en personas adultas que sufrieron ASI, nos hemos querido centrar en las variables del abuso que proponen un mejor o peor pronóstico, para lograr esbozar la gravedad de este abuso y sus posibles implicaciones en la persona a diferentes niveles.

En primer lugar, la vivencia de abuso es más traumatizante para las víctimas cuando el autor es una persona adulta. Cuanto mayor vínculo afectivo haya entre el menor y el agresor mayor consecuencias a nivel relacional va a presentar la persona, desconfianza de los demás, apego inseguro tanto en las relaciones con los demás como consigo mismo, formas tóxicas de vinculación, etc. Más aún si se trata de un progenitor.

En referencia al sexo del menor, ser mujer aumenta las probabilidades de sufrir el abuso, por lo que es un factor de riesgo. Sin embargo, en ambos los efectos son significativos, existiendo diferencias en la manifestación de los síntomas ya que las mujeres víctimas de ASI tienden a presentar sintomatología internalizante (depresión, ansiedad, TEPT) y los hombres externalizante (Trastorno Antisocial de la personalidad, abuso de sustancias, etc.).

La diferencia más significativa en cuanto a la edad del menor es que dependiendo de esta será más probable que se produzca un tipo de abuso u otro, tendiendo el agresor a ejercer

más violencia según aumenta la edad. Sin embargo, un indicador de mejor pronóstico sería la presencia de más estrategias de afrontamiento en las víctimas de mayor edad.

El contexto del menor es uno de los aspectos más influyentes en los efectos del abuso sexual en la infancia. Por un lado, que el menor se encuentre en un contexto familiar conflictivo, ya sea porque hay cualquier tipo de violencia (doméstica, de género u otro tipo de maltrato), porque han sufrido abandono o porque tienen padres ausentes, es un factor de riesgo para que se dé el ASI. Por otro lado, un entorno así dificulta que haya una red de apoyo que vele por la seguridad del menor si este revela el abuso. Cuestionar al menor, negar o desvalidar su vivencia, actuar llevados por la ira y la venganza, etc. hace que el menor se vea desprotegido, culpable y rechazado. Añadiendo la revictimización y retraumatización que a menudo se da en el menor debido a una mala praxis de los profesionales de los organismos competentes, una resiliencia de la persona en la edad adulta se vuelve muy complicada, y las probabilidades de que este hecho, si no lo era ya antes, se vuelva traumático son muy altas.

En resumen, estos factores mencionados influyen en el efecto que va a tener el abuso sexual infantil en las víctimas posteriormente, en su adultez. Sin embargo, la manifestación de estos efectos va a ser diferente en cada persona. Por un lado, es prácticamente imposible predecir qué síntomas aparecen y cuáles no. Y, por otro, en función del crecimiento de la persona, los contextos con los que vaya interactuando, el proceso terapéutico que viva y otras tantas variables que son difíciles de prever y tener en cuenta, la persona seguirá experimentando esa vivencia como traumática y la expresará con numerosos síntomas, o logrará que un hecho que en un momento fue traumático le lleve a la resiliencia.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acuña, M. J. (2014). Abuso sexual en menores de edad: generalidades, consecuencias y prevención. *Medicina Legal de Costa Rica*, 31(1).
- Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
- Cantón-Cortés, D. & Cortés, M. R. (2015). Consecuencias del abuso infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de psicología*, 31(2), 552-561.
- Cantón-Cortés, D., Cantón, J., Justicia, F., & Cortés, M. R. (2011). Un modelo de los efectos del abuso sexual infantil sobre el estrés post-traumático: el rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación. *Psicothema*, 23(1), 66-73.
- Cantón-Cortés, D. & Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*, 20(4), 509-515.
- Cortés, M. R., Cantón, J. & Cantón-Cortés, D. (2011). Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 157-165.
- Deza, S. (2005). Factores en la prevención del abuso sexual infantil. *Liberabit*, 11(11), 19-24.
- De Manuel Vicente, C. (2017). Detectando el abuso sexual infantil. *Revista de Pedriatría de Atención Primaria*, 19(26), 39-47.
- Echeburúa, E. & De Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuaderno de Medicina Forense*, 12(43-44), 75-82.
- Echeburúa, E. & Redondo, S. (2010). El abuso sexual en la infancia. En *¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino?* (pp. 153-172). Madrid: Pirámide.
- Flores, P. D. y Salinas, M. I. (2015). Delitos sexuales infanto-juveniles perpetrados por mujeres: caracterización y análisis fenomenológico en el contexto chileno. *Universitas Psychologica*, 14(1), 137-148.

- Fundación ANAR (2020). Abuso sexual en la infancia y la adolescencia según los afectados y su evolución en España (2008-2019).
- Gutiérrez, C., Coronel, E. & Pérez, C. A. (2009). Revisión teórica del concepto de victimización secundaria. *Liberabit*, 15(1), 49-58.
- Horno, P. (2018). Apego y abuso sexual infantil. Claves para la protección. En Guerrero, R. *Educación emocional y apego*. (pp. 347-352). Barcelona: Planeta.
- Instituto Nacional de Estadística (2019). Delitos sexuales según sexo. *Cifras INE*. Recuperado de: www.ine.es
- López, S., Faro, C., Lopetegui, L., Pujol-Ribera, E., Monteagudo, M., Cobo, J., Fernández, M. I. & Grupo de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva de Cataluña (2017). Impacto del abuso sexual durante la infancia-adolescencia en las relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 210-219.
- Magaña, I., Ramírez, C. & Menéndez, L. (2014). Abuso Sexual Infantil (ASI): Comprensiones y Representaciones Clínicas desde las prácticas de Salud Mental. *Terapia Psicológica*, 32(2), 133-142.
- Morillo, B., Montero, L. & Colmenares, Z. (2012). Conocimiento de los padres en la prevención del abuso sexual infantil. *Enfermería global*, 11(25), 1-7.
- Mujeres para la Salud (2019). Informe: Efectos y consecuencias del abuso sexual infantil. Recuperado de: <https://www.mujeresparalasalud.org/informe-efectos-y-consecuencias-del-abuso-sexual-infantil/>
- Paredes, F. & Bustos, A. (2018). Memoria traumática y reexperimentación intrusiva: Trabajando con los efectos del abuso sexual infantil. *De Familias y Terapias*, (44).
- Pereda, N. & Fons, M. (2007). Prevalencia del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect*, 31, 417-426.
- Pereda, N. & Gallardo-Pujol, D. (2011). Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. *Gaceta Sanitaria*, 25(3), 233-239.

Pereda, N. & Sicilia, L. (2017). Reacciones sociales ante la revelación de abuso sexual infantil y malestar psicológico en mujeres víctimas. *Psychosocial Intervention*, 26(3), 131-138.

Paicabí (2002). *Guía Básica de Prevención del Abuso Sexual Infantil*.

Save the Children (2001). *Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales*.