



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**Impacto del abuso sexual infantil: consecuencias
y estrategias de intervención**

Autor/a: Carolina García Sánchez

Director/a: Luis De Sebastián Quetglas

Madrid

2024/2025

Resumen

El abuso sexual infantil supone graves consecuencias psicológicas y físicas para la persona que lo sufre como para su entorno y, estos efectos son duraderos, afectando de esta manera al bienestar psicológico y al desarrollo social. El impacto de este abuso se ve agravado cuando el agresor es una persona del círculo de la víctima, pudiendo ser este un familiar o un conocido cercano. Se planteó que aquellas víctimas que habían sufrido acoso por parte de un conocido tenían mayor riesgo de desarrollar un trastorno psicológico, se ha demostrado la correlación entre ambos factores. También se plantea que los menores que crecen en entornos desfavorecidos, tanto económicamente como afectivamente, se ha comprobado cuanto mayor sea la vulnerabilidad socioeconómica de la familia, mayor será la vulnerabilidad de la víctima de sufrir este tipo de abuso. Es crucial la implementación de intervenciones tempranas, así como la involucración activa de la familia para mitigar las secuelas del abuso. Asimismo, es imperativo que se lleven a cabo políticas y programas de sensibilización tanto educativas como sociales porque de esta manera se podrán detectar los signos del abuso a fin de prevenirlo de manera temprana, y, apoyando a las víctimas durante todo el proceso de su recuperación.

Palabras clave: abuso sexual infantil, Trastorno de Estrés Postraumático, intervención temprana, consecuencias y programas de intervención.

Abstract

Child sexual abuse has serious psychological and physical consequences for the person who suffers it as well as for their environment, and these effects are long-lasting, thus affecting psychological well-being and social development. The impact of this abuse is aggravated when the perpetrator is a member of the victim's circle, who may be a family member or close acquaintance. It was suggested that victims who had been bullied by an acquaintance were at greater risk of developing a psychological disorder, and a correlation between the two factors has been demonstrated. It has also been suggested that children who grow up in disadvantaged environments, both economically and emotionally, the greater the socio-economic vulnerability of the family, the greater the vulnerability of the victim to suffer this type of abuse. Early interventions and active family involvement are crucial to mitigate the aftermath of abuse. It is also imperative that educational and social awareness-raising policies and programmes are put in place to detect the signs of abuse in order to prevent it at an early stage, and to support victims throughout the recovery process.

Key Words: child sexual abuse, Post Traumatic Stress Disorder, early intervention, consequences, intervention programmes.

	4
Introducción	5
Conceptualización y Contextualización del Abuso Sexual Infantil	7
Estadísticas y Prevalencia del Abuso Sexual Infantil	8
Características de los Agresores	8
Factores de Riesgo y Vulnerabilidad en las Víctimas	10
Impacto Psicológico del Abuso Sexual Infantil	13
Consecuencias Psicológicas del Abuso Sexual Infantil	13
Trastorno de Estrés Postraumático en Víctimas de Abuso Sexual Infantil	16
Impacto en el Comportamiento y Desarrollo de las Víctimas	18
Conductas Sexualizadas y Desarrollo de Enfermedades Psicósomáticas	18
Problemas de Socialización y Relaciones Interpersonales	20
Impacto en el Rendimiento Académico y Desarrollo Social	22
Intervención y Tratamiento en Víctimas de Abuso Sexual Infantil	24
Abordajes Terapéuticos Basados en el Trauma	24
Intervenciones Psicológicas y Psicosociales para Víctimas de Abuso Sexual Infantil	26
Programas de Prevención e Intervención Temprana en Contextos Educativos y Comunitarios	29
Conclusiones	32
Referencias	36

Introducción

El abuso sexual infantil constituye una de las experiencias más destructivas y perjudiciales que puede sufrir un menor, ya que genera profundas secuelas tanto a nivel psicológico como físico. Estas agresiones se pueden manifestar de diversas formas, desde el contacto físico no deseado hasta la penetración. Según UNICEF (2024), el abuso sexual infantil se define como aquellas situaciones en las que un adulto ejerce poder sobre un menor con el fin de obtener satisfacción sexual, sin que medie ningún tipo de compensación a la víctima. Mientras que la explotación sexual implica algún tipo de intercambio, ya sea económico o material. A lo largo de este documento, cuando se haga referencia al abuso sexual infantil, se hará teniendo en cuenta la definición establecida por UNICEF. Esto permitirá tener un mayor enfoque sobre las consecuencias lo que permite desarrollar estrategias de intervención más efectivas.

Cuando el abuso es perpetrado por una persona cercana a la víctima, como un familiar o conocido, su impacto se intensifica considerablemente (Echeburúa y Corral, 2006). Este trabajo tiene como objetivo profundizar en las consecuencias de estas experiencias traumáticas respecto al bienestar y desarrollo de las víctimas, además de explorar la prevalencia e incidencia de los casos que se producen durante la infancia. Asimismo, busca examinar los factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de los menores frente al abuso sexual y analizar las características del agresor, tanto a nivel psicológico como contextual.

Las secuelas del abuso sexual infantil no se limitan a la infancia, sino que suelen persistir a lo largo de la vida, pudiendo llegar a causar trastornos graves como el Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT), depresión, ansiedad y conductas autolesivas. Estos síntomas a menudo se manifiestan debido a que la víctima es incapaz de expresar lo sucedido, así como por la manipulación a la que ha sido sometida de manera constante por parte de los agresores y las emociones implicadas en estas situaciones. Una hipótesis que se plantea es que, en ciertos contextos se observa que aquellos menores que, desde edades tempranas, han sido expuestos a una cultura hipersexualizada, bien sea porque normalizan conductas inapropiadas o bien por la exposición a contenido sexual a través de diferentes medios, como, por ejemplo, páginas web, películas, juegos, etc., desarrollan dificultades para identificar aquellas situaciones que constituyen un abuso. Este fenómeno hace que la vulnerabilidad de la víctima aumente, debido a que tiene una

visión distorsionada de los límites interpersonales haciéndola más propensa a que desarrolle conductas de riesgo extremo, tales como el consumo de sustancias, conductas sexuales en exceso y sin protección, y autolesiones. Debido a esto, es común que los menores no denuncien los abusos debido a la confusión y normalización de las conductas sexuales inapropiadas en las que se han visto envueltas.

Es necesario entender que, para hacer una intervención adecuada, es fundamental conocer el contexto en el que se encuentra la víctima, concretamente los factores de riesgo a los que se enfrenta. Otra hipótesis que se plantea para este trabajo y, la principal, es que aquellos que han sido víctimas de abusos recurrentes dentro del entorno familiar presentan mayor riesgo de desarrollar trastornos psicológicos graves, como el Trastorno de Estrés Postraumático. Esto se debe a la intensidad emocional y psicológica a la que se encuentran sometidos. De igual manera, se plantea que los menores que crecen en entornos con recursos económicos limitados y en familias disfuncionales son más vulnerables a sufrir abusos sexuales.

En este sentido, es necesario considerar que las personas con discapacidad intelectual tienen mayor probabilidad de ser víctimas de abuso sexual debido al constante estado de vulnerabilidad en el que se encuentran. Generalmente, estas personas suelen depender de otras para su cuidado, y los cuidadores se aprovechan de esta situación. Además, a esto se le suma la dificultad que presenta la persona para entender los hechos, ya que, casi siempre, las agresiones suelen darse como “juegos” donde ambos son participes, complicando aún más la comunicación de situaciones de riesgo por parte de la víctima.

Al igual que conocer las características de las víctimas es importante, también lo es conocer las características de los agresores. Se plantea que personas que tienen Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) tienen más probabilidades de agredir sexualmente a un menor debido a la impulsividad que experimentan, como consecuencia de la inestabilidad emocional y la falta de control de impulsos, que lleva a la persona a tener comportamientos destructivos.

Si las secuelas no se abordan de manera adecuada, estas pueden prolongarse hasta la edad adulta, afectando gravemente el desarrollo y la capacidad de interactuar con su entorno. Para poder identificar los signos del abuso con mayor precisión y de manera anticipada, es necesario desarrollar estrategias eficaces que no solo ayuden en la intervención, sino que también

contribuyan a la prevención del abuso. Para ello, es imprescindible realizar un abordaje interdisciplinar, ya que de esa manera se comprenden en mayor profundidad las experiencias traumáticas. Espacios como la escuela, la familia y la comunidad deben promover entornos donde se garantice la libertad, el bienestar y el desarrollo de los menores, es decir, deben fomentar que los espacios estén libres de cualquier tipo de violencia.

Conceptualización y Contextualización del Abuso Sexual Infantil

En el abuso sexual infantil, el agresor se aprovecha de la relación de poder o desigualdad para obligar a la víctima a realizar prácticas de índole sexual sin su consentimiento. Save the Children (2012) sostiene que estos actos se llevan a cabo mediante manipulación, fuerza o mentiras. Aunque el abuso sexual suele asociarse con el contacto físico, también puede ocurrir sin necesidad de este, como en el caso de la exposición a material pornográfico, actos exhibicionistas, sexting (implica establecer contacto a través de dispositivos electrónicos con el fin de enviar y recibir mensajes o imágenes de carácter sexual) o grooming (un adulto se hace pasar por un menor, en redes sociales, con el propósito de reunirse con el menor para coaccionarlo a realizar actividades sexuales). En estas situaciones, suele haber manipulaciones destinadas a silenciar a la víctima, incrementando el daño infligido, dado que la víctima confía en el agresor y este se aprovecha de esa relación.

En el Título VIII del Código Penal Español (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, 1995) se recogen los delitos que atentan contra la integridad sexual, diferenciando entre la libertad e indemnidad sexual. En este sentido, se considera que, a partir de los 16 años, se posee suficiente madurez psicológica para consentir mantener relaciones sexuales. Por lo tanto, la libertad sexual se aplica a mayores de 16 años, mientras que la indemnidad sexual protege a los menores de esa edad, quienes no pueden otorgar un consentimiento pleno, lo que conlleva penas más severas que aquellos cometidos contra la libertad sexual. Los artículos del Código Penal que regulan esta protección son el artículo 181, el artículo 182 y el artículo 183. Dado que se considera que el menor no tiene la capacidad necesaria para entender los hechos ni consentir, tampoco es necesario que se medie violencia para considerarlo agresión sexual.

Estadísticas y Prevalencia del Abuso Sexual Infantil

Los datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística (2023) muestran que, durante el año 2022 en España, se registraron un total de 762 agresiones sexuales cometidas por adultos a menores de 16 años. A esto se le suman 389 casos perpetrados por menores. Este último dato representa un aumento del 14.1% en comparación con el año anterior, cuando se reportaron 738 casos de agresiones sexuales contra menores.

Según un informe de Save the Children (2021), solo el 12.2% de los agresores contaba con antecedentes penales. Existe la creencia común de que los abusos sexuales infantiles ocurren exclusivamente en el ámbito familiar; sin embargo, estos también pueden manifestarse en otros contextos, como por conocidos de la familia (8.6%) o de la propia víctima (9.7%). Adicionalmente, se registran casos en el ámbito educativo (6%). No obstante, la mayoría de los casos documentados se producen en el entorno familiar, representando el 49.5% del total. Dentro de estos casos, un 24.9% de los abusos fueron perpetrados por el padre, un 18.8% por la pareja de la madre, y un 18.8% y un 12.2% por el abuelo y el tío, respectivamente. Finalmente, el 19.7% de los casos corresponde a familiares no especificados.

Características de los Agresores

Según un estudio de la Fundación ANAR (2023), el 94.3% de los agresores sexuales son hombres, y el 76.6% de ellos son mayores de edad, con una tasa de reincidencia del 10%. Un 43.9% de los agresores se encontraba bajo los efectos de sustancias estupefacientes al momento de cometer la agresión, lo que sugiere una posible relación entre el consumo de estas sustancias y las agresiones sexuales. El grupo de iguales juega un papel determinante, ya que en algunos casos el abuso puede deberse a la presión de grupo. El mismo estudio expone que ha habido un aumento del 8.8% desde 2008 hasta 2023 en los casos de agresiones sexuales grupales.

Para asegurarse de que la víctima no denuncia el abuso, los agresores optan por tácticas psicológicas como la manipulación, coacción y seducción. Asimismo, también se aseguran de no dejar ningún tipo de evidencia física, ya que recurrir a la violencia física visible podría alertar a otras personas sobre el abuso, lo que supondría una denuncia.

Según Echeburúa y Guerricaechevarría (2021), hay dos categorías en las que se pueden clasificar a los agresores: los abusadores primarios o pedófilos y los abusadores secundarios o

situacionales. Los primeros presentan algún tipo de distorsión cognitiva, considerando los actos como apropiados, y sus prácticas suelen involucrar a menores, por lo que suelen estar planificadas. Por otro lado, los abusadores secundarios suelen actuar de manera impulsiva, motivados por situaciones de estrés, soledad o bajo la influencia de sustancias; a menudo, después de haber cometido el abuso, sienten vergüenza o culpa. Aunque algunos agresores de menores tienen una vida sexual activa con adultos, prefieren mantener relaciones con menores. En situaciones de alta tensión, donde sienten que su autoestima está amenazada, reaccionan de manera impulsiva y perciben a los menores como el medio perfecto para descargar su frustración y rabia (Rodríguez Cely, 2003).

Los abusos pueden clasificarse como intrafamiliares, que ocurren dentro de la familia, o extrafamiliares, donde el agresor suele ser alguien cercano a la víctima, como un amigo de la familia, vecino o incluso un profesor. Intebi (1998) estimó que entre el 22% y el 82% de los agresores habían sufrido abusos durante su niñez, lo que evidencia una agresión transgeneracional. Esto es significativo, ya que refleja que, si no se interviene de manera temprana, el trauma podría perpetuarse, convirtiéndose en un factor de riesgo para que la persona se convierta en un potencial agresor en el futuro. Por otro lado, las agresiones pueden deberse a que la persona, al haber crecido en un ambiente cargado de violencia, considere la situación como algo normal y reproduzca el comportamiento aprendido.

De acuerdo con Perrone y Nannini (1997), existen dos perfiles de padres abusadores. El primero suele ser percibido como un hombre reservado, que puede llegar a inspirar lástima y simpatía. La relación con la víctima en este caso suele involucrar actos cargados de ternura, en los que el menor es visto como un ser lleno de inocencia. El segundo perfil corresponde a un agresor violento y despreciativo, que recurre a la violencia física y psicológica, obteniendo placer a través del control y el poder que ejerce sobre la víctima. Este tipo de agresor presenta una falta de remordimiento y su comportamiento es temerario.

Grossman y Mesterman (1992, citado en Villanueva Sarmiento, 2013) defienden la presencia de un modelo sociocultural que sostiene que las causas del abuso están vinculadas con la estructura de la sociedad. El agresor es visto como una persona con bajos recursos económicos, aislada de la sociedad y con bajo nivel educativo, quien considera que tiene el derecho de ejercer control sobre la víctima. Por otro lado, Germes (2000, citado en Villanueva Sarmiento, 2013)

explica el abuso en familias donde la privacidad está minimizada, lo que lleva a que los hijos presencien las relaciones sexuales de sus padres, debilitando el tabú del incesto y posibilitando relaciones de tipo marital entre padres e hijos, siendo esto el modelo psicosocial. Estos dos modelos interpersonales podrían explicar el abuso sexual infantil.

En algunos países, los derechos de los niños no son adecuadamente respetados, como ocurre en Guinea Ecuatorial, Sudán del Sur, Madagascar y El Salvador, entre otros (KidsRights Foundation, 2024). Esto evidencia que el entorno social influye en la comisión de las agresiones, ya que los agresores no perciben estas acciones como algo malo; además, en caso de que se enfrenten a consecuencias penales, éstas suelen ser mínimas.

Factores de Riesgo y Vulnerabilidad en las Víctimas

Las agresiones sexuales son un problema que afecta a todos los países del mundo. En la Base de Datos Internacional sobre Explotación Sexual de Menores (INTERPOL, 2018) se recoge que más del 60% de las víctimas no identificadas no habían alcanzado la adolescencia, y se estima que el 62% de ellas eran niñas. Se observó que cuanto más joven era la víctima, más graves eran los abusos. Esto puede deberse a que los agresores suelen iniciar los abusos cuando las víctimas son muy jóvenes, ya que a esa edad no comprenden la licitud de los hechos, disfrazando los actos como "juegos" que, según los agresores, son normales en otros contextos. Esto facilita que el abuso se perpetúe en el tiempo, especialmente cuando existe una relación de confianza con el agresor.

El 32.01% de los casos registrados involucran a víctimas cuyas edades estaban comprendidas entre los 11 y 14 años. Se observaron diferencias significativas en función del género de las víctimas. Por ejemplo, en niñas es más frecuente que el abuso sea intrafamiliar y físico, mientras que en niños es más común el abuso extrafamiliar (Ministerio de Sanidad, 2024; Juárez López y Álvarez Ramos, 2018).

Existen factores personales que aumentan la probabilidad de ser víctima, como la introversión, algún tipo de discapacidad intelectual o la falta de relaciones de confianza profundas, es decir, estar aisladas tanto social como afectivamente (Álvarez Lister y Andrés Pueyo, 2013). Cuando el abuso es intrafamiliar, las consecuencias suelen ser más traumáticas, puesto que se rompe el vínculo afectivo que mantenía unidas a esas personas y desaparece la sensación de protección respecto a las figuras que debían protegerlas.

Otro factor relevante es la ausencia o presencia de figuras parentales en el hogar. Cuando los padres no están en casa o no prestan la atención necesaria a los hijos, se considera que tienen un estilo de crianza negligente, que coloca al menor en situaciones de riesgo al carecer de supervisión adulta. En estos casos, el menor puede buscar afecto y atención en otras personas que aparentan ofrecer el apoyo que no recibe por parte de sus padres. Cuando una persona asume la figura de autoridad en el hogar, se fomenta una dinámica de poder que facilita la comisión del abuso y la sumisión de los demás miembros de la familia. Esto hace referencia a los estilos de crianza autoritarios, en los que los menores deben obedecer sin cuestionar lo que dicen los adultos, lo que los hace más vulnerables a abusos debido a una deficiencia en la capacidad de resistir o negarse.

Rodríguez Cely (2003) señala que las madres que adoptan una actitud pasiva son dependientes y sumisas, con inhibiciones sexuales y una capacidad limitada para proteger a sus hijos. En muchos casos, estas madres también fueron víctimas de abuso sexual o maltrato en su infancia, perpetuando un ciclo de vulnerabilidad y falta de protección. Este tipo de familias tienden a estar socialmente aisladas, careciendo de apoyo emocional para los menores, lo que acarrea graves consecuencias psicológicas, ya que genera una profunda desorientación en la víctima ante la contradicción entre el deber de protección de los adultos y el daño que infligen. La presencia de dificultades económicas lleva a algunas familias a compartir habitación o cama con algún familiar, como hermanos o incluso padres, lo que facilita la oportunidad para que se produzca el abuso.

El absentismo escolar también se considera un factor de riesgo, ya que los menores suelen carecer de información adecuada sobre sexualidad. Los menores pueden imitar los comportamientos que ven en los medios de comunicación, los cuales a menudo no son fieles a la realidad. Además, al no acudir al colegio, no cuentan con una red de apoyo ni un entorno que los proteja, siendo estos uno de los lugares donde los niños pasan más tiempo.

Otro criterio para valorar en los factores de riesgo de las víctimas es la vulnerabilidad que sienten y a la que están expuestas debido a las redes sociales y dispositivos electrónicos. Esto es importante tenerlo en cuenta, ya que se pone en riesgo la seguridad y privacidad de los menores. En España, un 12.1% de los adolescentes entre 14 y 17 años han sido víctimas de abuso sexual de manera electrónica (Troya, 2024). Cada vez es más frecuente ver a jóvenes con dispositivos electrónicos desde edades más tempranas, lo que los coloca en una situación de peligro, pues no

poseen los conocimientos necesarios para protegerse ni saben cómo actuar ante este tipo de abusos. El aumento de estos casos se atribuye al anonimato que ofrecen estas plataformas, facilitando el contacto por parte de los agresores con los menores. Saben que para que sean identificados es necesario que haya una denuncia interpuesta y que el esfuerzo para poder reconocerlos será mucho mayor que de manera tradicional, debido a que el anonimato genera mayor sensación de impunidad. Los actos de abuso sexual más comunes en este contexto son el sexting y el grooming.

Tal como se ha expuesto anteriormente, el grooming es una técnica en la que una persona adulta intenta ganarse la confianza de los menores con el fin de obtener algún tipo de beneficio sexual. Los agresores suelen utilizar las aplicaciones más populares entre los menores, como redes sociales y juegos en línea, vulnerando más la privacidad y seguridad de las víctimas, ya que los dispositivos electrónicos son donde los menores pasan más tiempo, incluso más que en los centros educativos, porque se los llevan a estos lugares. Cada vez es más frecuente que menores, desde edades muy tempranas, utilicen dispositivos electrónicos debido a diversos factores: bien porque desde pequeños se les enseña a utilizar este medio para distraerse, porque lo necesitan para el colegio, los padres utilizan este medio para poder relajarse en diferentes eventos como en restaurantes, etc. Esto aumenta su vulnerabilidad debido a que no se les enseña a hacer un uso responsable, las limitaciones ni los peligros de las redes. Save the Children (2023) estima que, en España, la media con la que acceden a internet es de 7 años, pero no es hasta los 13 años donde se producen las agresiones sexuales a través de internet. De las víctimas un 57.4% son niñas, mientras que un 42.6% son niños. Al establecer el contacto, el agresor utiliza información que la víctima ha revelado, bien a través de las conversaciones que han mantenido o de las publicaciones en sus redes sociales, para acercarse a ella y establecer un vínculo cercano.

En cambio, el sexting implica el intercambio de mensajes de contenido sexual, incluyendo imágenes y videos, a través de medios electrónicos. Para este intercambio, también es necesaria la construcción de confianza con la víctima. Aunque pueda parecer consensuado, es importante considerar la regulación española, la cual establece que el consentimiento de los menores de 16 años en materia sexual, independientemente de su tipología, está viciado. Un 12% de las niñas adolescentes entre 12 y 17 años han sido víctimas de sexting (Patchin y Hinduja, 2020).

En el caso del abuso sexual intrafamiliar, la víctima puede asumir una doble posición. Por un lado, se convierte en la "sacrificada" para proteger la unidad familiar y, para ello, debe mantener

silencio. Por otro lado, se convierte en la "privilegiada" respecto al padre, al recibir su atención exclusiva y regalos, lo que genera una relación ambigua (Villanueva Sarmiento, 2013).

El síndrome de acomodación al abuso sexual infantil, propuesto por Summit (1983, citado en Losada, 2011), es un modelo explicativo que ofrece una mayor comprensión respecto a cómo las víctimas de abuso sexual infantil reaccionan y sobreviven, especialmente cuando el abuso ocurre dentro de la familia. El modelo se articula en cinco etapas clave. La primera es el secreto, donde el menor es manipulado para que mantenga silencio mediante intimidación y aislamiento, generando temor y culpa. La segunda etapa es el desamparo, en la que se espera que el menor no se defienda, ya que se le ha enseñado a confiar en los adultos y respetar su autoridad sin cuestionar. Esto lo deja en una situación de extrema vulnerabilidad. Posteriormente, se presenta la fase de entrapamiento y acomodación, en la que el abuso tiende a repetirse. Si no se interviene adecuadamente, el menor se ve obligado a aceptar y adaptarse a la situación abusiva, aprendiendo a convivir con el trauma. Luego surge la revelación tardía y conflictiva, cuando la víctima revela el abuso después de varios años, lo que provoca incredulidad en su entorno y agrava el trauma. Finalmente, se da la etapa de retracción, en la que, debido a la culpa y la necesidad de mantener la unidad familiar, decide no denunciar o retirar la denuncia, instaurando el silencio y perpetuando la dinámica abusiva.

Impacto Psicológico del Abuso Sexual Infantil

El abuso sexual infantil deja profundas secuelas que pueden manifestarse de manera inmediata y/o prolongarse a lo largo del tiempo, afectando la calidad de vida de las personas en su adultez. Estas consecuencias abarcan desde problemas inmediatos hasta el desarrollo de trastornos crónicos que interfieren en todas las áreas de la vida de la persona, como la personal, social y profesional.

Consecuencias Psicológicas del Abuso Sexual Infantil

Las víctimas que han sufrido abusos durante la infancia suelen presentar miedo intenso y persistente, tanto a personas como a situaciones, lo que genera que la persona realice conductas evitativas, sobre todo cuando es necesario que haya una interacción constante o íntima, a fin de no revivir la experiencia traumática. Esto se debe a que su percepción de seguridad está alterada, así como una elevada sensación de desconfianza, lo que conlleva a que la persona se encuentre en un

estado de vulnerabilidad constante, en especial cuando la agresión ha sido cometida por una persona conocida para la víctima.

Una manifestación más habitual en las personas que han sido agredidas es la ansiedad, que se manifiesta a través de nerviosismo persistente, preocupación desmedida y episodios de pánico, donde la persona siente que le falta el aire. Según American Psychiatric Association (2014) la ansiedad es un trastorno que se da debido a la convergencia de diversos factores que afectan al bienestar de la persona; dichos factores son: cambio en la percepción respecto a su propia seguridad, sensación de pérdida de dominio sobre lo que sucede en su vida generando una vigilancia extrema debido a que la persona intenta anticipar todo lo que va a suceder en su vida. Estas acciones son desplegadas por el organismo de manera involuntaria, para poder protegerse del trauma y dolor que las acciones le han ocasionado, pero estas acciones lejos de proteger lo que genera es que la persona no esté regulada emocionalmente debido a que perpetúan el temor de la persona afectada. Además, las víctimas suelen internalizar sus emociones, en especial cuando estas son negativas como, por ejemplo, la culpa y la vergüenza, aumentando los niveles de ansiedad, pudiendo generar otro tipo de trastornos como el trastorno del sueño que se manifiesta a través de pesadillas y problemas para conciliar el sueño, afectando de esta manera, el estado psicológico y físico de las personas debido a que no pueden descansar de manera adecuada y apropiada.

Otro efecto psicológico presente en las víctimas de abuso sexual infantil es la depresión, debido a que tienen una percepción distorsionada de los demás y de ellos mismos. También presentan una baja percepción de sí mismos y en sus relaciones interpersonales. Todo esto es una consecuencia directa del temor constante que sienten ante la posibilidad de volver a ser rechazadas, agredidas o utilizadas por otras personas. Todas las víctimas de agresiones se enfrentan a una estigmatización social, en especial cuando la agresión es de carácter sexual, debido a que se enfrentan a una culpabilización, y esto, sumado a una falta de tratamiento, hace que la sintomatología, como la depresiva, aumente, derivando en una desmotivación intensa para la persona. Si la depresión no se trata de manera adecuada y temprana, esta puede volverse crónica (American Psychiatric Association, 2014), generando una sensación de tristeza y vacío que dificulta la efectividad del tratamiento debido a la resistencia psicológica que presentará el paciente en el momento en el que acude a las sesiones.

Es común que los hombres, que han sufrido abuso sexual durante la infancia, desarrollen trastornos antisociales que se puede manifestar a través de diferentes maneras como, por ejemplo, comportamientos delictivos, manipulación y desprecio por los derechos de los demás (Pereda et al., 2011), con esto se hace referencia a que violan las normas sociales y derechos de los demás constantemente. Asimismo, el abuso sexual infantil, también aumenta la probabilidad de desarrollar trastorno límite de personalidad, que se caracteriza por una inestabilidad en las relaciones interpersonales debido a la imagen negativa que tienen de sí mismos y para controlar sus propios impulsos.

La disociación es un mecanismo de defensa que las víctimas de abuso sexual suelen enfrentar con bastante frecuencia. Este proceso consiste en que las víctimas “desconectan” de la realidad con el propósito de protegerse de aquellas emociones intensas y abrumadoras como el terror o impotencia que experimentan. Puede haber dos tipos de disociación, despersonalización o desrealización. La despersonalización hace referencia a la sensación de desapego o desconexión entre el propio cuerpo o los procesos mentales, mientras que la desrealización se refiere a que la persona tiene una percepción distorsionada del mundo exterior y este es percibido como algo extraño o irreal (Restrepo, 2010).

Si bien la disociación puede ser útil a corto plazo, a largo plazo es un proceso que dificulta la integración del trauma en conciencia complicando el procesamiento del trauma, así como su recuperación emocional (Herman, 2004). Ante esta dificultad para manejar el trauma, las víctimas suelen recurrir a sustancias, abusando de ellas, como mecanismo para manejar los recuerdos traumáticos y el dolor emocional (Pérez del Río y Mestre Guardiola, 2013). Si una persona abusa de sustancias y no ha integrado de manera adecuada el trauma, estos comportamientos lo que hacen es agravar las dificultades, ya existentes, respecto a la salud mental de las personas perpetuando, de esta manera, el ciclo del dolor y del deterioro en todas las áreas de la vida de la persona, así como en su bienestar.

Las víctimas de abuso sexual infantil muestran mayor incidencia en cuanto a la ideación de pensamientos suicidas, presentando el doble de probabilidades de presentar este tipo de pensamientos, en comparación con aquellos individuos que no han sido victimizados (Ballester y Gil, 2019). Los comportamientos suicidas son una forma de lidiar con el dolor y la desesperanza que sienten debido al trauma no resuelto. Estas conductas, aunque lesivas, proporcionan a las

víctimas, una sensación de control sobre sus cuerpos, el dolor emocional que están experimentando y todo lo que sucede en su vida. A consecuencia del trauma no procesado, las víctimas suelen tener comportamientos disruptivos en otras áreas como, por ejemplo, una inadaptación en el ámbito escolar, debido al aislamiento social al que se enfrentan, afectando a su desarrollo educativo y, consecuentemente, personal debido a las limitaciones a las que tiene que hacer frente, cuando intenta integrarse en, diferentes, grupos sociales.

Trastorno de Estrés Postraumático en Víctimas de Abuso Sexual Infantil

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) surge tras la exposición a eventos traumáticos y estresantes de manera repetida. Este trastorno tiene un impacto significativo en la vida de quienes lo padecen, afectando la capacidad para desenvolverse en distintas áreas, tales como el ámbito personal, laboral, académico y social. Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), los síntomas más comunes incluyen la reexperimentación constante e involuntaria del trauma, que se manifiesta a través de pesadillas y pensamientos intrusivos, acompañados de una sensación de angustia. En el caso del abuso infantil, estos síntomas no solo derivan del trauma, sino que también están influidos por las emociones relacionadas con el evento traumático, como la traición y la pérdida de confianza. Cuando el agresor es una persona cercana a la víctima, los síntomas se agravan.

Una conducta frecuente en muchas víctimas que padecen TEPT es la evitación de cualquier estímulo que les recuerde el trauma, como no hablar del tema o evitar lugares o personas relacionados con los hechos. Si bien a corto plazo puede ser eficaz, a largo plazo agrava las secuelas y el sufrimiento psicológico, complicando la recuperación. A pesar de que algunos reviven el trauma mientras otros lo evitan, todos los afectados por TEPT presentan conductas de hiperactivación e hipervigilancia.

Estas personas viven en un estado de alerta constante, queriendo anticiparse a posibles amenazas futuras. Las reacciones exageradas a estímulos externos provocan un estado de irritabilidad constante, lo que les impide alcanzar un estado de calma por un tiempo prolongado, afectando su capacidad de conciliar el sueño y de concentrarse. Esto ocurre tanto en niños como en adultos. En algunos casos, las víctimas experimentan indefensión, que es la incapacidad de controlar una situación traumática, llevándolas a un estado de pasividad y resignación. De esta manera, se incrementan los sentimientos de desesperanza y aumenta el riesgo de revictimización.

Estas alteraciones interfieren en su bienestar, en sus interacciones sociales y en su desarrollo psicológico, emocional y social.

Hay emociones asociadas al TEPT, como la culpa, la vergüenza y la baja autoestima, que alteran profundamente la percepción que las víctimas tienen de sí mismas y del mundo. Estas emociones afectan sus interacciones sociales, conduciéndolas al aislamiento y dificultando la formación de relaciones saludables. Además, el TEPT suele presentar comorbilidad con otros trastornos, como la ansiedad y la depresión, complicando aún más el cuadro clínico.

El TEPT en menores es especialmente difícil de identificar, ya que los niños y adolescentes a menudo no son capaces de verbalizar lo que sienten. En lugar de manifestar los síntomas comúnmente asociados al trastorno en adultos, los menores muestran problemas de conducta, dificultades escolares, comportamiento desorganizado o agitado, y retraimiento social sin causa aparente (National Center for PTSD, s.f.). Estos síntomas suelen malinterpretarse como señales de timidez o como parte de las conductas propias del desarrollo, como los asociados a los cambios comportamentales en la adolescencia, retrasando el diagnóstico y, por consiguiente, proporcionando una intervención adecuada y temprana.

El Modelo de Dinámica Traumatogénica de Finkelhor (Finkelhor, 2006, citado en Plaza Villarroel et al., 2014) ofrece un marco teórico para comprender cómo el abuso sexual infantil altera las cogniciones y emociones de las víctimas. Este modelo identifica cuatro esquemas principales que explican la respuesta psicológica al trauma: la sexualización traumática, la estigmatización, la pérdida de confianza y la indefensión. La sexualización traumática implica que las víctimas desarrollen comportamientos y preocupaciones sexuales inapropiados para su nivel de desarrollo, debido a las distorsiones provocadas por el abuso. La estigmatización se refiere a los sentimientos de culpa y vergüenza que experimentan las víctimas como resultado de la percepción negativa que la sociedad tiene sobre el abuso, lo que afecta su autoestima y autopercepción.

La pérdida de confianza es otro aspecto clave del modelo de Finkelhor. Las víctimas, especialmente cuando el agresor es una persona cercana, desarrollan una profunda desconfianza hacia los demás, lo que afecta su capacidad para establecer relaciones seguras. Esta desconfianza puede generar dos tipos de respuestas: una dependencia extrema hacia figuras protectoras, generando relaciones asimétricas, o un rechazo total a las relaciones interpersonales, especialmente

las íntimas, evitando establecer vínculos emocionales. Este rechazo a menudo está acompañado de agresividad o aislamiento.

Si el trauma se da de manera prolongada y el TEPT no es abordado de manera temprana y/o adecuada, este puede evolucionar a un trauma complejo. Aunque este tipo de trauma no está recogido en los principales diagnósticos como el DSM-5 o el CIE-10, autores como López-Soler (2008) afirman que se caracteriza por la dificultad para regular los impulsos y emociones, episodios de amnesia y disociación causados por problemas de memoria, concentración y atención, y una percepción negativa de uno mismo y de los demás, lo que puede derivar en conductas autolesivas. Debido a la sintomatología, esto afecta profundamente la capacidad de establecer relaciones saludables con los demás y consigo mismos.

Estudios como el de McLeer et al. (1998, citado en Rincón et al., 2010) realizados en menores de entre 6 y 16 años, encontraron una alta prevalencia del 36.6% de TEPT en víctimas de abuso sexual. Estos sujetos presentaban síntomas como malestar psicológico intenso al recordar el trauma (38.7%), evitación de pensamientos relacionados con el abuso (36%), irritabilidad e insomnio (34.6%) y sobresaltos exagerados (30.7%). Estos resultados destacan la importancia de una intervención temprana y un tratamiento adecuado para prevenir la cronificación de este trastorno, lo que acabaría afectando profundamente a la víctima en todas las áreas de su vida.

Impacto en el Comportamiento y Desarrollo de las Víctimas

Conductas Sexualizadas y Desarrollo de Enfermedades Psicosomáticas

El impacto que deja el acoso no solo se limita al ámbito psicológico, sino que también afecta significativamente al área emocional de la persona debido a los diversos mecanismos de defensa que despliega para hacer frente al impacto de los abusos. Las conductas que suelen realizar para mitigar este impacto son: conductas sexualizadas y el desarrollo de enfermedades psicosomáticas, lo que supone que la persona tenga que hacer frente a una doble consecuencia, debido a que se suman consecuencias físicas, psicológicas y emocionales relacionadas, las dos últimas con el abuso.

Cuando se menciona que una persona tiene comportamientos sexualizados, se alude a aquellas conductas de carácter sexual que no corresponden a la etapa evolutiva en la que se halla la persona. Dichos comportamientos, tanto físicos como verbales, pueden ser gestos, acciones o

actitudes los cuales ha adquirido o aprendido cuando se daban los abusos. Estos comportamientos suelen ser una imitación de aquellas conductas que han observado o vivido cuando se daban las agresiones, porque piensan que estas son “juegos”, como, por ejemplo, exponer sus propios genitales o autoestimularse en presencia de terceros (Cohen et al., 2017). Estos comportamientos son habituales cuando la persona no ha integrado de manera adecuada las consecuencias de las experiencias traumáticas (agresiones sexuales); también pueden darse cuando la persona no conoce cuáles son sus límites intra e interpersonales ni sexuales, tanto los suyos como los de otras personas.

Otra manera en la que podría interpretarse que la persona está intentando replicar las vivencias durante el lapso en el que se dieron las violaciones, son comportamientos como una afectividad desmedida o comportarse de manera “seductora” hacia los demás. Claro ejemplo de que, ha habido una alteración en la capacidad para comprender los límites interpersonales y sexuales, debido a que carecen de madurez cognitiva y emocional para comprender la ilicitud de los hechos. Aunque pueden estos comportamientos pueden parecer alarmantes, en realidad son una manera de exteriorizar el trauma y, están intentando dar significado a lo que han vivido (Cantón-Cortés y Cortés, 2015).

Las enfermedades psicosomáticas son manifestación física y clara de la sintomatología del abuso, así como, evidenciando el desequilibrio que hay entre el cuerpo y la mente. Esta sintomatología aparece cuando los abusos se producen en el periodo vital en el que la persona está aprendiendo qué son los límites, cuáles son los suyos propios y el de los demás, y está adquiriendo conocimientos respecto a la sexualidad. Además, este desequilibrio indica que la persona está sometida a un estrés emocional elevado y no es capaz de procesarlo de manera adecuada o que no ha recibido el tratamiento necesario para integrarlo en su vida (Nisar y Srivastava, 2017). Los síntomas físicos que más suelen darse en estos casos son: dolores de cabeza crónicos sin causa neurobiológica evidente, problemas estomacales y digestivos, en el que aparece el síndrome del intestino irritable, diarrea o vómitos. El Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social (s.f.) reveló que la sintomatología aumenta cuando la persona se encuentra en un estado de estrés elevado debido a que no ha procesado el trauma psicológico, proveniente de las agresiones le han dejado.

En conjunto, tanto las conductas sexualizadas como las somáticas son indicadores de que el trauma no se ha integrado o abordado de manera adecuada. Si no se interviene a tiempo o de

manera adecuada, dichas manifestaciones se cronificarán y se agravará, de esta manera, el sufrimiento de la víctima, afectando de manera negativa su calidad de vida. Estas manifestaciones no son unas simples secuelas del trauma acontecido, sino que reflejan el dolor emocional y continuo, que aún persiste, al que están sometidas las víctimas de este tipo de agresiones.

Ambas respuestas son visibles, tanto para la persona como para los demás y, estas refuerzan la estigmatización social a la que se ve sometida la persona; por un lado, por la agresión a la que se han visto sometidas y, por otro lado, las respuestas que están dando como consecuencia del trauma. Siendo necesario que se haga un doble trabajo, abordando tanto la sintomatología observada como la que no. Si bien, estos comportamientos son mecanismos de defensa que despliega la persona, por los demás, dichos comportamientos son percibidos como problemáticos o provocadores, aumentando de esta manera la estigmatización de la víctima. En cierto modo, la persona desarrolla estos comportamientos como una forma de procesar y dar sentido a lo vivido, y lo hace en función de sus capacidades y herramientas disponibles en ese momento.

Para poder ayudar a las víctimas y proteger a futuras víctimas, es necesario ofrecer las herramientas necesarias para identificar los signos del abuso, proporcionar una asistencia psicológica y adecuada a las necesidades del tipo del abuso y características de la persona y, poder acceder a profesionales que ayuden a prevenir la aparición de enfermedades de carácter sexuales, somáticas o conductas hipersexualizadas. Cuando esto no se lleva a cabo, los síntomas psicológicos, conductuales y físicos aumentan, intensificando el dolor y sufrimiento de la persona afectada, así como, la de su entorno, dificultando futuras intervenciones porque los problemas que se deberán abordar serán mayores.

Problemas de Socialización y Relaciones Interpersonales

Cuando una persona ha sido víctima de este tipo de agresiones, suele desconfiar en los demás e incluso de sí misma. Este sentimiento se agrava cuando el agresor es una persona cercana a la víctima o a la familia. Esta desconfianza genera dificultades para mantener y crear relaciones saludables y duraderas, así como establecer sólidas conexiones y socializar en diversos entornos, especialmente aquellos entornos en los que la víctima no puede controlar la reacción de los demás o que no conoce a las personas con las que va a compartir espacio. En muchos casos, el sentimiento de desconfianza actúa como mecanismo de defensa, generalizándose a nuevas relaciones, ya que pretende evitar posibles situaciones en las que pueda salir dañada, emocional y físicamente. Un

ejemplo que evidencia esta problemática es la tendencia a rechazar el contacto con nuevas personas o evitar aquellos lugares donde la persona perciba que puede ser más vulnerable, lo que supone problemas para mantener y crear relaciones interpersonales sanas y duraderas.

La persona siente que es diferente o que está en una posición de desventaja respecto a las demás, lo que crea una barrera psicológica entre la víctima y los demás, dificultando la creación de vínculos significativos, así como su integración en diferentes redes sociales (Pereda, 2010). La sensación de vulnerabilidad, al igual que la de desconfianza, se ve agravada cuando el agresor es alguien cercano a la víctima, debido a que tienen miedo de que la agresión vuelva a darse.

Como consecuencia de estos problemas sociales, las víctimas suelen realizar conductas que conllevan al aislamiento social, como, por ejemplo, evitar relacionarse con personas que tienen su misma edad, evitar situaciones o eventos donde tengan que interactuar con varias personas y por un tiempo prolongado, y no asistir a eventos donde no conoce, en profundidad, a las personas o quiénes van a acudir. Este aislamiento puede darse en cualquier momento evolutivo de la persona, así como en cualquier área de su vida, como, por ejemplo, laboral, escolar y/o social. Aunque se puede dar en cualquier momento, en la adolescencia es donde más tiene impacto, debido a que esta es una etapa clave donde la persona empieza a definir su identidad, imagen, metas personales y, la manera en la que quiere ser percibida por los demás. Si, durante esta etapa, la adolescencia, la persona tiene problemas en sus relaciones sociales, otros aspectos de su vida como el académico, familia y personal también se verán afectados, debido a que están interrelacionados los unos con los otros.

Como se ha mencionado, las víctimas de agresión sexual infantil presentan ansiedad social siendo las manifestaciones más comunes el nerviosismo y la inseguridad. Los niveles de ansiedad aumentan cuando la persona se enfrenta a situaciones que siente que no puede controlar o que no conoce, con certeza, las personas con las que va a relacionarse. Debido al malestar que experimenta, la víctima tiende a realizar conductas de manera inconsciente, como, por ejemplo, evitar el contacto visual, lo que dificulta las interacciones sociales debido a que este es un componente esencial en este tipo de intercambios. Asimismo, las víctimas tienen dificultades para comprender y expresar sus propias emociones y la de los demás, limitando así su interacción con terceros (Castro Sáez et. al., 2019).

Otro síntoma común, es la aparición de trastornos del sueño, como pesadillas e insomnio, que afecta de manera negativa al bienestar físico y emocional de la persona, debido a que esta no descansa de manera adecuada y está en un estado de alerta constante. Esto genera un cansancio crónico en la persona, conllevando otro tipo de enfermedades como problemas dermatológicos, irritación en la piel o urticaria (Somer y Szwarcberg, 2001), lo que agrava aún más los problemas de la víctima. Esto se debe a que hacen frente a una doble problemática: por un lado, experimentan las consecuencias psicológicas y, por otro lado, los problemas físicos que padecen. La acumulación que ambas dificultades suponen afecta al bienestar y la recuperación de la persona, puesto que tiene que lidiar con ambos problemas al mismo tiempo, retrasando su proceso de sanación.

Aquellas personas que han sido agredidas suelen tener problemas para mantener relaciones, consigo mismas y con los demás, de manera sana y estable. De hecho, suelen estar involucradas en relaciones tóxicas debido a su baja autoestima, los mecanismos de defensa y problemas emocionales como la desconfianza, ansiedad y depresión. Las características que subyacen a dichos factores hacen que la persona crea que no merece respeto por parte de los demás o que debe ser tratada de la misma manera que fueron durante su infancia, perpetuando, de esta manera, el ciclo de la violencia y aislamiento.

Impacto en el Rendimiento Académico y Desarrollo Social

Puesto que los abusos se dan durante la infancia, es crucial considerar el impacto que el abuso sexual infantil tiene en el rendimiento académico y en el desarrollo social de los menores, ya que las consecuencias son significativas. Dado que estos efectos se producen en una etapa clave para el desarrollo personal, pueden afectar la evolución del individuo en diversas áreas, condicionando su capacidad para relacionarse con los demás.

El rendimiento académico de las víctimas suele verse gravemente afectado, reduciendo su capacidad para participar activamente en las actividades educativas. Además, se observa una limitación en la capacidad de aprender y concentrarse en las tareas escolares. Esta dificultad para concentrarse está relacionada con varios síntomas, destacando la hipervigilancia, propia del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), síntoma directo de la activación emocional y cerebral que experimentan. Especialmente durante las noches, por la reexperimentación del trauma, las víctimas llegan al centro educativo agotadas porque suelen tener dificultades para conciliar el sueño. Este bajo rendimiento con frecuencia provoca problemas entre el profesorado y el

alumnado, lo que impulsa al absentismo escolar. No solo el bajo rendimiento influye en este comportamiento, sino también el temor a estar en espacios públicos y los problemas emocionales derivados del trauma, que se presentan en cualquier momento.

Debido a la confusión que sienten respecto a qué figuras deben confiar, suelen presentar un comportamiento disruptivo que se muestra en el aula. Estas conductas incluyen la negativa a seguir las instrucciones del profesorado y la rebeldía hacia las figuras de autoridad en general (Pereda, 2010). Factores como la intensidad emocional y la disociación afectan el proceso de aprendizaje, y son claves para entender el motivo del comportamiento, ya que los menores se desconectan de la realidad, disminuyendo su capacidad para prestar atención y retener información, es decir, problemas de memoria, agravando los problemas de rendimiento académico.

Para los menores, el ámbito académico es importante porque es donde se forjan las primeras relaciones de amistad, y un problema en este ámbito supone también que otras áreas, como el desarrollo social, están afectadas. Como consecuencia, la víctima evita cualquier tipo de interacción social, aumentando su sensación y percepción de soledad. Las emociones negativas vinculadas al abuso, como desconfianza, miedo, vergüenza, culpa y aislamiento social, dificultan el desarrollo de estas habilidades sociales. Esta exclusión y desconexión del grupo de iguales contribuye de manera negativa a su autoestima y a la imagen que tienen de ellos mismos, lo que puede derivar en un comportamiento agresivo como mecanismo de defensa, así como en el rechazo a integrarse en grupos de iguales. Estos comportamientos, en realidad, reflejan la vulnerabilidad experimentada durante la infancia porque no ha tenido ninguna persona que le proteja ni que le diga que el comportamiento que está presentando no es el adecuado. En entornos escolares, suelen demostrarlo a través de peleas con sus compañeros, desafiando a los profesores y adoptando una actitud defensiva frente a cualquier intento de ayuda, bien sea de sus compañeros o de un personal del centro escolar. Aunque esta agresividad pueda parecer destructiva, es una forma en que el menor intenta expresar su necesidad de control y protección frente al trauma vivido; por ello, es necesario acompañar emocional y psicológicamente a la persona mientras está pasando por este proceso.

Perry et. al. (1995) argumentan que el abuso sexual infantil altera significativamente la capacidad de los menores para reconocer y responder adecuadamente a las emociones, tanto propias como ajenas. Las víctimas suelen tener dificultades para regular sus emociones, lo que

provoca cambios repentinos de humor, que van desde la tristeza hasta la agresividad, o de la indiferencia a la ansiedad. Esta falta de regulación emocional, sumada a la incapacidad para desarrollar empatía, contribuye a una dificultad para establecer relaciones duraderas y saludables.

La falta de habilidades sociales, la desconfianza hacia los demás y la dificultad para regular sus emociones crean una barrera que impide su integración plena en la sociedad y limita su capacidad para prosperar en diferentes áreas de su vida, corriendo el riesgo de no desarrollar las habilidades necesarias para establecer relaciones duraderas, lo que afecta no solo sus relaciones interpersonales, sino también su desarrollo intrapersonal y profesional.

Intervención y Tratamiento en Víctimas de Abuso Sexual Infantil

La prevención del abuso sexual infantil es crucial y se puede lograr mediante la educación, el conocimiento del propio cuerpo y las emociones, así como mediante la comprensión de qué situaciones son inapropiadas y los pasos a seguir cuando esto suceda. Es esencial enseñar a los niños a diferenciar entre el contacto físico agradable y aquel que genera incomodidad o miedo, y esto debe aplicarse en todos los aspectos en los que el menor se desenvuelve, como el entorno educativo y social. Además, sería beneficioso instaurar una comunicación abierta y libre, en la que la persona pueda expresar cómo se siente o lo que ha sucedido sin temor a posibles represalias, tanto sociales, como el estigma o el temor a perder amistades, como legales. La prevención y la intervención oportuna dependen de la concienciación social y del compromiso de los adultos para crear entornos seguros.

Abordajes Terapéuticos Basados en el Trauma

Las víctimas de abuso sexual infantil se enfrentan a diversas y profundas consecuencias que afectan a su bienestar emocional, cognitivo y psicológico. A través de los años, se han elaborado diversos enfoques terapéuticos, que tiene como objetivo mitigar el trauma que estas agresiones dejan en la persona. Entre las terapias más empleadas se encuentran la Terapia Cognitivo-Conductual centrada en el trauma (TCC-T), la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR), la Terapia de Exposición Prolongada, la Terapia de Procesamiento Cognitivo (CPT), la Terapia de Juego centrada en el trauma, la Terapia Basada en la Mentalización (MBT) y las Terapias Somáticas. Diversos estudios han validado la

efectividad de estas técnicas en la mejora del bienestar de las víctimas, mostrando una relación positiva entre su aplicación y la recuperación del trauma.

La Terapia Cognitivo-Conductual centrada en el trauma (TCC-T) tiene como objetivo ayudar a las víctimas a modificar su patrón de pensamientos, los cuales, son distorsionados, debido al abuso, así como los efectos emocionales y conductuales resultantes de este. Esta terapia pretende que la persona se exponga gradualmente a los recuerdos traumáticos, reduciendo la carga emocional y conductual que estos conllevan y que impide, a la persona, avanzar hacia un bienestar óptimo para su rendimiento y desarrollo. Además, esta terapia, se enfoca en la reestructuración de creencias disfuncionales, modificando la percepción, generalmente negativa, que tiene la persona de sí misma y de los demás. Al intentar cambiar dicha percepción, también se trabajaría, de manera indirecta, con el cambio de emociones que experimenta la persona como la vergüenza y la culpa. Cohen et al. (2017) afirman que este enfoque tiene un impacto positivo, puesto que se trabaja con las distorsiones cognitivas, así como el manejo de emociones, mejorando el bienestar general de las personas agredidas. Un estudio realizado por Mannarino et al. (2012) observó que los pacientes que recibieron TCC-T vieron reducidos, de manera significativa, los niveles de ansiedad, depresión y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), lo que resultó en una mejora en su autoestima y habilidades para afrontar el trauma.

Por otro lado, la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) también ha demostrado ser efectiva para el tratamiento del TEPT. Según Rodenburg et al. (2009), la finalidad de esta terapia es ayudar a que la persona procese los recuerdos traumáticos que aún no ha podido resolver y, se hace a través de movimientos oculares bilaterales. Esta técnica se diferencia de las demás en cuanto permite a las víctimas procesar el recuerdo traumático de una manera mucho menos angustiante para ellas, facilitando un proceso de recuperación temprano y duradero (Van der Kolk, 2014).

La Terapia de Exposición Prolongada es otra intervención eficaz para tratar el TEPT. Ha demostrado su eficacia en población adolescente en el momento en el que se someten a terapia, pero también puede usarse en población adulta. Esta técnica promueve una reducción en la carga psicológica de los recuerdos traumáticos, lo cual se consigue a través de una regulación emocional adecuada y eficaz. De esta manera, la persona afectada podrá procesar el trauma de manera adecuada y eficaz (Foa et al., 2013).

La Terapia de Procesamiento Cognitivo (CPT), como señalan Resick et al. (2017), facilita que las víctimas reevalúen los pensamientos negativos que tienen sobre sí mismas y su entorno, mejorando el proceso por el que pasa la persona para percibirse a sí misma de manera positiva y favoreciendo su capacidad para afrontar cualquier tipo de situación, tanto cotidianas como extraordinarias.

La Terapia Basada en la Mentalización (MBT), según Bateman y Fonagy (2016) ha demostrado su eficacia en casos donde la persona se ha visto expuesta a un trauma de manera prolongada. Esta terapia ayuda a que la persona tenga relaciones saludables con los demás, ya que ayuda a las víctimas a comprender y regular sus emociones.

Las víctimas de abuso sexual infantil también presentan problemas somáticos, lo que ha llevado al desarrollo de Terapias Somáticas, como la propuesta por Levine (2010). Estas terapias permiten que la persona sea más consciente de las señales físicas que su cuerpo está emitiendo, gracias a que se centra en la conexión entre las emociones y el cuerpo. Además, las personas que acuden a esta terapia aprenden a regular sus emociones de manera positiva, lo cual contribuye al bienestar general de la persona.

En el caso de los niños, no procesan de manera adecuada o completa el trauma debido a sus limitaciones cognitivas. La Terapia de Juego es una opción terapéutica eficaz, puesto que pretende que los niños, a través del juego puedan expresar y comprender sus emociones en relación con el abuso, lo que facilitaría la integración del trauma (Bratton et al., 2013).

Todas las terapias mencionadas han demostrado su eficacia para tratar los efectos del abuso sexual infantil, ayudando a las víctimas a reducir la sintomatología, mejorar su autoestima y desarrollar las habilidades necesarias para manejar sus pensamientos y emociones. Sin embargo, es fundamental que las intervenciones terapéuticas se adapten a las características y necesidades específicas de cada persona y tipo de agresión, garantizando así una recuperación completa, duradera y sostenible.

Intervenciones Psicológicas y Psicosociales para Víctimas de Abuso Sexual Infantil

El abuso infantil tiene repercusiones que trascienden a la víctima y afectan profundamente a la familia, el entorno social y la comunidad. Para abordar eficazmente este problema, es esencial adoptar un enfoque integral que no solo se centre en la víctima, sino que también involucre a los

diversos aspectos de su vida, especialmente la familia. Si no se considera este abordaje global, se corre el riesgo de generar victimización secundaria, es decir, que la víctima experimente un daño emocional adicional debido a la falta de sensibilidad o apoyo por parte de su entorno cercano. Con un enfoque integral, se busca reducir los efectos psicológicos del abuso, a la vez que se fomenta la creación de redes de apoyo seguras y estables para la persona afectada.

El papel de la familia en la recuperación es crucial. Se considera fundamental que, para una recuperación completa, se involucre activamente a la familia en el proceso terapéutico. Los programas de terapia familiar basados en el trauma están diseñados para mejorar las dinámicas familiares y fortalecer las relaciones entre los miembros, asegurando que la víctima reciba apoyo emocional y protección en dicho entorno. Evidentemente, en los casos en los que el agresor pertenece al núcleo familiar, su participación en la terapia no está permitida, ya que el objetivo es salvaguardar el bienestar y la seguridad de la víctima. En los casos en los que un familiar ha permitido que se perpetúen los abusos, su participación en la terapia familiar será mejor determinada por un profesional, después de valorar la dinámica familiar, la involucración de la persona en la familia y si la presencia de esa persona beneficia o afecta a la víctima. Si la participación de esa persona resulta negativa o perjudicial, no se le permitirá participar en las sesiones, al menos no hasta que la víctima se encuentre preparada para hacerlo.

El modelo de intervención familiar propuesto por Swenson et al. (2010) se centra en equipar a las familias con las herramientas necesarias para proporcionar apoyo adecuado. En este enfoque, se enseña a los padres a manejar situaciones estresantes de manera constructiva, a establecer límites claros y a fomentar una comunicación abierta y honesta con sus hijos. La meta es que la familia se convierta en una fuente de apoyo y protección, promoviendo la seguridad emocional de la víctima. También es importante que tanto hijos como padres participen de manera activa en la terapia, ya que cuando los padres están informados sobre lo que le ocurre a su hijo, su sintomatología y cómo actuar en caso de que se presenten señales de esta, se crea un ambiente de protección y seguridad para el menor, lo que mejora su rendimiento terapéutico y la relación familiar.

El rol de la comunidad en la prevención y tratamiento del abuso sexual infantil es igualmente relevante. A menudo se piensa que la comunidad no tiene un impacto directo en la mejora de la víctima, pero en realidad juega un papel importante. Martínez (2000) demostró que

los programas comunitarios que brindan educación y formación a los adultos para identificar signos de abuso sexual son fundamentales para la prevención y reducción de casos de abuso. Estos programas permiten a los adultos desarrollar las habilidades necesarias para detectar comportamientos sospechosos y actuar de manera proactiva para proteger a los menores. Además, este tipo de intervenciones fomenta una cultura de cuidado y apoyo en la comunidad, disminuyendo la estigmatización de las víctimas y facilitando su reintegración social. Es decir, los programas comunitarios están diseñados para ofrecer un apoyo continuo a las víctimas y sus familias, involucrando a diversas entidades como escuelas, servicios de salud y organizaciones comunitarias. La colaboración entre estos actores permite una intervención más efectiva y coordinada.

En el ámbito escolar, los profesores y el personal educativo también desempeñan un papel decisivo en la prevención del abuso sexual infantil. Dado que los niños pasan una gran cantidad de tiempo en la escuela, es fundamental que los profesores tengan los conocimientos necesarios para identificar los signos de abuso y sepan cómo proceder de manera apropiada. Las escuelas que implementan programas de sensibilización y formación para su personal no solo crean un entorno más seguro para los menores, sino que también contribuyen a la recuperación de las víctimas al ofrecer un espacio seguro y protegido fuera del hogar. Aquellos profesores que están capacitados en esta área pueden proporcionar una red de apoyo emocional que facilite el proceso de sanación, así como ofrecer un entorno seguro de prevención y recuperación.

Además del papel de la familia y la comunidad, la creación de nuevas redes de apoyo para la víctima es esencial para su recuperación. Estas redes, que incluyen amigos, compañeros y otras figuras significativas en la vida del niño, proporcionan un sentido de pertenencia y seguridad. La participación activa en estas redes permite a las víctimas superar el aislamiento y la exclusión social, ofreciendo una sensación de empoderamiento al proporcionarles el apoyo necesario para superar las adversidades, así como fortalecer la resiliencia mientras construyen su autoestima y confianza en sí mismas y en su entorno.

En muchos casos, los abordajes interdisciplinarios resultan ser la solución más efectiva para el tratamiento del abuso sexual infantil. Estos enfoques combinan los esfuerzos de profesionales de diversas disciplinas, como trabajadores sociales, educadores y especialistas en salud mental, para ofrecer una respuesta coordinada y completa. Los Centros de Defensa Infantil

(Children's Advocacy Centers), implementados en Estados Unidos, son un ejemplo claro de esta estrategia interdisciplinaria. En estos centros, se ofrece a las víctimas acceso a atención médica, asesoramiento psicológico y apoyo legal en un solo lugar. Esta integración de servicios minimiza el estrés de la víctima al evitar que tenga que repetir su historia a diferentes profesionales y proporciona un entorno más seguro y confiable que facilita su proceso de recuperación (Children's Advocacy Centers of Washington, s.f.), además de reducir el proceso de victimización.

En España, aunque no existe un equivalente exacto a estos centros, sería beneficioso implementar un modelo similar que permita la colaboración efectiva entre los distintos actores involucrados en la protección y recuperación de las víctimas de abuso sexual infantil. La creación de espacios seguros y multidisciplinarios, donde los niños puedan recibir atención integral, mejoraría significativamente la calidad del apoyo que reciben y aumentaría sus posibilidades de recuperación.

El tratamiento del abuso sexual infantil no puede limitarse exclusivamente a la atención de la víctima. Es vital adoptar un enfoque integral que involucre a la familia, la comunidad y las instituciones educativas en el proceso de recuperación. Los programas de intervención familiar, la creación de redes de apoyo comunitario, la formación de profesionales en entornos educativos y los abordajes interdisciplinarios son fundamentales para garantizar una recuperación completa y reducir la victimización secundaria. A través de este enfoque integral, es posible crear un entorno más seguro y protector para las víctimas, brindándoles las herramientas necesarias para superar el trauma y reconstruir sus vidas en un entorno de apoyo y cuidado.

Programas de Prevención e Intervención Temprana en Contextos Educativos y Comunitarios

La intervención temprana es fundamental para mitigar los efectos del abuso sexual infantil, y reconocer los signos de abuso en sus primeras etapas es clave para lograrlo. Los menores pasan la mayor parte de su tiempo en los centros educativos, donde los docentes tienen un contacto continuo con ellos, lo que convierte a estos profesionales en figuras esenciales para la detección de señales tempranas de abuso. Entre los comportamientos que pueden alertar a los educadores se incluyen la presencia de actitudes disruptivas, un descenso notable en el rendimiento académico o cambios abruptos en la conducta del menor. Ante esta realidad, es necesario crear espacios seguros dentro de los centros educativos, donde los estudiantes puedan acudir en busca de orientación o

apoyo emocional, tales como tutorías, servicios de orientación educativa o la presencia de expertos en salud mental.

El acceso a estos recursos dentro de los centros educativos no solo facilita la detección precoz del abuso, sino que también permite una intervención más rápida y eficaz, reduciendo así las consecuencias a largo plazo del trauma. Los programas de prevención e intervención temprana que se implementan en estos contextos deben estar diseñados para educar tanto a los menores como al personal docente. Es imprescindible que los estudiantes aprendan a identificar las señales de abuso y conozcan las medidas de protección que deben tomar en caso de encontrarse en una situación de riesgo. De igual modo, el personal educativo debe recibir formación específica para detectar signos tempranos de abuso y actuar de manera adecuada. La capacidad del personal docente para identificar estas señales a tiempo puede marcar una gran diferencia en la protección de los niños, ya que les ofrece un entorno seguro donde pueden expresar lo que han vivido y cómo se sienten.

Uno de los programas más reconocidos a nivel internacional es el llamado "Safe Touch", impulsado por Walsh et al. (2015), cuyo objetivo principal es enseñar a los niños a identificar situaciones inseguras y a comunicarlas de forma adecuada. Los estudios realizados han demostrado que los niños que participaron en este programa desarrollaron una mayor capacidad para identificar y comunicar las situaciones de riesgo, lo que les permitió protegerse de manera efectiva. Este tipo de programas no solo fortalece la capacidad de los menores para protegerse, sino que también crea una cultura de comunicación abierta en la que las víctimas potenciales se sienten más seguras al revelar situaciones de abuso.

En el Reino Unido, se han implementado políticas específicas en algunos colegios con el objetivo de proteger a los menores del abuso sexual. Sengupta (2023) señala que estas políticas establecen directrices claras para que los educadores sepan cómo proceder ante casos de sospecha o cuando se revela un abuso. Estas políticas no solo benefician a las víctimas, sino también a todo el entorno escolar, ya que contribuyen a generar una mayor sensación de seguridad entre los estudiantes, los padres y el personal educativo. La existencia de protocolos claros y la formación adecuada permiten que los educadores actúen con mayor confianza y eficacia al enfrentarse a situaciones de posible abuso.

Otro ejemplo destacado de intervención en este ámbito es el programa Stop it Now! (Un enfoque de salud pública para abordar el abuso sexual infantil: Investigación sobre Stop it Now!, 2020), el cual se ha implementado en varios países europeos como el Reino Unido, Irlanda y los Países Bajos. Este programa se centra en la educación sobre los signos de abuso y en la prevención, utilizando herramientas como líneas de ayuda anónimas, campañas de concienciación y programas específicos para educadores. La naturaleza anónima de las líneas de ayuda facilita que las personas compartan información sin temor a represalias, lo que contribuye a una mayor detección de casos de abuso. Además, las campañas de sensibilización ayudan a generar conciencia sobre el abuso sexual infantil en la comunidad, lo que refuerza la capacidad de prevención y protección en el entorno. La participación en estos programas aumenta significativamente la predisposición de las personas a denunciar o actuar ante situaciones sospechosas, lo que tiene un impacto positivo en la prevención del abuso y en la protección de los menores.

En los contextos comunitarios, la intervención temprana resulta esencial debido a que permite abordar el problema desde una perspectiva interdisciplinaria. Estos programas minimizan la exposición de la víctima al trauma al evitar que tenga que repetir su historia en múltiples ocasiones. En lugar de eso, se proporciona un enfoque coordinado y eficaz que garantiza una intervención adecuada desde el primer momento. La colaboración entre diferentes disciplinas, como servicios de salud, organizaciones comunitarias y profesionales de la educación, permite una respuesta más completa y coordinada.

Una tendencia creciente es la integración de los enfoques educativo y comunitario, lo que da lugar a redes de apoyo más amplias y efectivas. Este tipo de colaboración garantiza que se cubran todas las necesidades de la víctima, al tiempo que se proporciona una respuesta rápida y coordinada a cualquier señal de abuso. Una muestra de esta integración es el programa Child Advocacy Studies (CAST), descrito por Vieth et al. (2019), que forma a profesionales educativos y comunitarios para trabajar de manera conjunta en la identificación y respuesta efectiva a los casos de abuso infantil. Esta colaboración garantiza que los menores se sientan más seguros en los entornos en los que se desenvuelven, ya sea la escuela o la comunidad, al tiempo que reduce los factores de riesgo externos.

La implementación de programas de prevención e intervención temprana tanto en contextos educativos como comunitarios es fundamental para proteger a las víctimas de abuso

sexual infantil y para garantizar su bienestar emocional y psicológico. Estos programas no solo enseñan a los niños a identificar situaciones de riesgo y a protegerse, sino que también capacitan al personal docente y a la comunidad para actuar de manera proactiva y eficaz. A través de la creación de entornos seguros y el fortalecimiento de redes de apoyo, se puede reducir significativamente el impacto del abuso sexual en las víctimas y facilitar su recuperación a largo plazo.

Conclusiones

El abuso sexual infantil es una de las experiencias más traumáticas que puede sufrir un menor, y sus consecuencias afectan a todos los niveles de la vida de la persona, como el área cognitiva, emocional, psicológica y conductual. Además, el impacto de los abusos no se limita exclusivamente a la víctima, sino que también afecta a su entorno familiar, escolar y social. Estudios han demostrado que, cuando una persona está expuesta a abusos de manera reiterada, en especial cuando el agresor es una persona cercana a la víctima, la probabilidad de desarrollar problemas psicológicos, como depresión, ansiedad, conductas autolesivas y, concretamente, Trastorno de Estrés Postraumático, aumenta significativamente, corroborando de esta manera una de las hipótesis planteadas. De hecho, aquellos que han sido víctimas de abuso intrafamiliar de manera recurrente presentan un mayor riesgo para desarrollar cualquier tipo de trastorno, concretamente psicológico, debido a la carga emocional y psicológica que estos abusos conllevan, así como el hecho de que estos abusos hayan sido perpetrados alguien de la familia, quien se supone debería velar por el bienestar y seguridad del menor, independientemente de su rol dentro de la familia.

A lo largo del documento, se ha evidenciado que existe una relación entre la vulnerabilidad socioeconómica a la que hace frente la familia y una falta de supervisión hacia el menor con el abuso sexual infantil. Esto se debe a las condiciones mencionadas crean un entorno donde la persona es más susceptible de convertirse en víctima, destacando la importancia de hacer una intervención temprana e integral, y no centrarse exclusivamente en la persona, sino también en ayudar a reducir los factores de riesgo que están relacionados con el entorno familiar. De igual manera, los menores que crecen en entornos disfuncionales debido a las características y dinámicas

de los progenitores o familiar, como abusos o negligencia, o los recursos de estos, son más vulnerables a sufrir abusos sexuales.

En este sentido, se debe reconocer que también hay factores individuales que hacen que la persona sea más propensa a ser víctima de abuso sexual, como la hipótesis planteada de que los menores con discapacidad intelectual se encuentran en un estado de vulnerabilidad inherente y constante, debido a que no entienden la licitud de los hechos, y tienen problemas para comunicar aquellas situaciones de riesgo. Esto está respaldado por el hecho de que indica que aquellas personas, en este caso, menores que se encuentran en una situación de dependencia debido a sus limitaciones intelectuales, son un grupo vulnerable, ya que dependen de otros para satisfacer sus necesidades básicas y diarias, y problemas para expresar de manera adecuada el abuso, puesto que el agresor suele justificar este tipo de abusos como un “juego” en el que ambos consienten y son participes. En ocasiones son los propios cuidadores los que se aprovechan de esta situación de vulnerabilidad y llevan a cabo las agresiones justificándolo que son juegos o que es algo necesario o parte del cuidado del menor. Además, la falta de redes de apoyo con las que cuenta la persona y, su limitada autonomía, dificultan que el abuso sea identificado de manera temprana, retrasando de esta manera su intervención y prolongando los abusos y sus consecuencias.

Otra de las hipótesis que se ha planteado es que los menores que se han visto expuestos desde edades tempranas a una cultura excesivamente sexualizada suelen tener dificultades para identificar los signos del abuso. Esto está influenciado por el hecho de que están expuestos a conductas sexualmente inapropiadas. Aunque no se especifica de manera detallada que haya una relación directa entre la exposición a conductas sexualizadas y la normalización de la violencia sexual, se puede inferir que existe relación, dado que estos fenómenos aumentan la vulnerabilidad de las personas, ya que contribuyen a que la persona tenga una visión distorsionada de los límites interpersonales, lo que las hace más propensas a involucrarse en conductas de riesgo, como el consumo de sustancias, la práctica de relaciones sexuales sin protección y las conductas autolesivas.

Para poder realizar una intervención adecuada, es necesario identificar cuáles son los factores de riesgo que suelen presentar la mayoría de las víctimas. No obstante, es importante no centrarse, únicamente, a estos factores, sino que también han de considerarse los factores

específicos de cada persona, puesto que lo que puede ser un factor de riesgo para una persona no tiene por qué serlo necesariamente para la otra. No basta con conocer las características de las víctimas; por ello, es necesario conocer las características generales de los agresores, ya que gracias a ello se pueden desplegar las conductas oportunas para prevenir el acoso. La hipótesis que se planteó respecto a los agresores es que aquellos que padecían de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) tienen mayor probabilidad de agredir sexualmente a menores debido a sus comportamientos disruptivos derivados de su incapacidad para controlar sus impulsos y su inestabilidad emocional. Si bien no se detalla que haya una relación directa entre los agresores y este trastorno, la impulsividad e inestabilidad emocional hace que la persona asuma más comportamientos de riesgo.

Es fundamental reconocer que el papel de la comunidad es igualmente crucial en la prevención y tratamiento del abuso sexual infantil. Programas comunitarios enfocados en la educación y sensibilización han demostrado ser eficaces en la reducción del abuso sexual al capacitar a los adultos para identificar y actuar ante comportamientos sospechosos. Estos programas no solo ofrecen un apoyo continuo a la víctima, sino que también crean una red de protección comunitaria que facilita la reintegración social de las víctimas, ayudando a disminuir la estigmatización y el aislamiento.

En el contexto educativo, los colegios desempeñan un papel esencial en la prevención del abuso, ya que es en estos espacios donde los menores pasan gran parte de su tiempo. Los educadores, al estar en contacto directo con los niños, están en una posición privilegiada para detectar las señales de abuso, como comportamientos disruptivos o una disminución en el rendimiento académico. Por ello, es imperativo que los docentes reciban formación específica para identificar estos signos tempranos y sepan cómo actuar en caso de sospecha o revelación de abuso. Esto enseña a identificar situaciones de riesgo y cómo comunicar estas situaciones de manera segura.

La intervención temprana en contextos comunitarios, a través de un enfoque interdisciplinario, es esencial para minimizar la exposición al trauma. Este tipo de intervención implica la colaboración entre distintos profesionales, como educadores, trabajadores sociales y

psicólogos, lo que facilita una respuesta rápida y coordinada ante cualquier sospecha de abuso. Esto garantiza una protección efectiva para los menores.

Desde un punto de vista personal, el abuso sexual infantil es una problemática que afecta a todos los niveles de la sociedad y sigue siendo motivo de preocupación en España. Es alarmante que muchos casos de abuso no se denuncien, ya sea por miedo, vergüenza o desconfianza en el sistema. Esto agrava las secuelas del abuso, ya que las víctimas no reciben la atención ni el apoyo necesarios a tiempo, lo que prolonga y profundiza el impacto del trauma.

El abordaje integral del abuso sexual infantil debe incluir no solo a la víctima, sino también a su entorno familiar, social y comunitario. La colaboración entre todos los actores implicados es crucial para garantizar una respuesta efectiva que ayude a las víctimas a recuperarse y, a la vez, prevenga futuros casos de abuso.

Referencias

- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (1995). *Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal*. Boletín Oficial del Estado. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>
- Álvarez Lister, M. S., y Andrés Pueyo, A. (2013). Características de personalidad y vulnerabilidad a la victimización sexual. *IPSE-ds*, 6(1), 9-18.
https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/10835/1/0555289_00006_0001.pdf
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Guía de consulta de los criterios diagnósticos*. American Psychiatric Publishing.
- Ballester, R., y Gil, M. D. (2019). *Libro de Abstracts del Congreso de Sexualidad Internacional de Sexualidad. Expresando la diversidad*. SALUSEX. <https://salusex.uji.es/congreso2021/wp-content/uploads/Libro-Abstracts-Congreso-Sexualidad-2019-SALUSEX-1.pdf>
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide* [Tratamiento Basado en la Mentalización para Trastornos de la Personalidad: Una Guía Práctica]. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001>
- Belleville, G., Dubé-Frenette, M., y Rousseau, A. (2019). Sleep disturbances and nightmares in victims of sexual abuse with post-traumatic stress disorder: an analysis of abuse-related characteristics. *European Journal of Psychotraumatology* 10(1), 1581019
<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1581019>
- Bessel van der Kolk, M.D. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., y Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376-390.
https://www.researchgate.net/publication/232438673_The_Efficacy_of_Play_Therapy_With_Children_A_Meta-Analytic_Review_of_Treatment_Outcomes/link/09e4150a5a429cebf9000000/download

- Cantón-Cortés, D., y Cortés, M. R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, 31(2), 552-561.
<https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>
- Castro Sáez, M., Martínez Pérez, A., López-Soler, C., López-García, J. J., y Alcántara-López, M. (2019). Trastorno por estrés postraumático en niños españoles maltratados. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 378-389. <https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1894>
- Children's Advocacy Centers of Washington. (s.f.). Cómo ayudan los CAC a los niños.
<https://cacwa.org/es/como-ayudan-los-cac-a-los-ninos/>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., y Deblinger, E. (2017). The Impact of Trauma and Grief on Children and Families. En J. A. Cohen, A. P. Mannarino, y E. Deblinger (Eds.), *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents* (pp. 1-20). Guilford Press.
- Echeburúa, E., y de Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12(43-44), 75-82.
<https://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/06.pdf>
- Echeburúa, E., y Guerricaechevarría, C. (2021). *Abuso sexual en la infancia: nuevas perspectivas clínicas y forenses*. Ariel.
- Foa, E. B., McLean, C. P., Capaldi, S., y Rosenfield, D. (2013). Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: A randomized clinical trial. *JAMA*, 310(24), 2650-2657. <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1793800>
- Fundación ANAR. (2023). *II Estudio Agresión sexual: en niñas y adolescentes según su testimonio. evolución en España (2019-2023)*. Fundación ANAR.
https://www.anar.org/wp-content/uploads/2024/04/Resumen_Ejecutivo_Estudio_ANAR_Agresion_Sexual_19-23.pdf
- Herman, J. L. (2004). *Truth and Repair: How Trauma Survivors Envision Justice*. Basic Books.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2023). *Estadística de Condenados: Adultos y Menores (ECA/ECM) Año 2022*. <https://www.ine.es/prensa/ecam2022.pdf>

- Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social. (s.f.). Enfermedades psicosomáticas: El poder de la mente sobre el cuerpo. *Guía hacia el conocimiento*. <https://institutoeuropeo.es/articulos/guia-hacia-el-conocimiento/enfermedades-psicosomaticas-el-poder-de-la-mente-sobre-el-cuerpo/>
- Interbi, I. (1998). *Abuso sexual infantil: en las mejores familias*. Granica S.A.
- INTERPOL. (2018). *Base de datos internacional sobre explotación sexual de menores*. <https://www.interpol.int/es/Delitos/Delitos-contramenores/Base-de-Datos-Internacional-sobre-Explotacion-Sexual-de-Ninos>
- Juárez López, J. R., y Álvarez Ramos, F. (2018). *Guía de buenas prácticas en psicología forense: Evaluación psicológica forense de los abusos y maltratos a niños, niñas y adolescentes*. Asociación de Psicólogos Forenses de la Administración de Justicia.
- KidsRights Foundation. (2024). *The KidsRights Index report 2024*. <https://files.kidsrights.org/wp-content/uploads/2024/08/27144335/The-KidsRights-Index-report-2024.pdf>
- Levine, P. A. (2010). *In an unspoken voice: How the body releases trauma and restores goodness*. North Atlantic Books.
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159-174. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.3.2008.4057>
- Losada, A. V. (2011). *Abuso sexual infantil y patologías alimentarias* [Tesis de Doctorado]. Facultad de Psicología y Psicopedagogía, Universidad Católica Argentina. <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/507/1/doc.pdf>
- Sengupta, R. (2023, agosto 23). *Evaluating the effectiveness of child protection systems: principles, approaches and methods*. <https://www.eval4action.org/post/evaluating-the-effectiveness-of-child-protection-systems-principles-approaches-and-methods>
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Deblinger, E., Runyon, M. K., y Steer, R. A. (2012). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Children: Sustained Impact of Treatment 6 and

12 Months Later. *Child Maltreatment*, 17(3), 231-241. <https://doi.org/10.1177/1077559512451787>

Martínez, J. (2000). Prevención del Abuso Sexual Infantil: Análisis Crítico de los Programas Educativos. *Psykhe*, 9(2), 91-102. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8664602>

Ministerio de Sanidad. (2024). *Informe anual de la Comisión frente a la Violencia en los Niños, Niñas y Adolescentes. 2022-2023*. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/prevencionViolencia/infanciaAdolescencia/docs/Informe_anual_CoViNNA.pdf

National Center for PTSD. (s.f.). *TEPT en niños y adolescentes*. https://www.ptsd.va.gov/spanish/understand/what/teens_ptsd_sp.asp

Nisar, H. y Srivastava, R. (2017). Fundamental concept of psychosomatic disorders: a review. *International Journal of Contemporary Medicine Surgery and Radiology* 3(1):12-18.

Patchin, J. W., y Hinduja, S. (2020). It's time to teach safe sexting. *Journal of Adolescent Health*, 67(2), 127-128. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.10.010>

Pereda Beltrán, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77813509005.pdf>

Pereda Beltrán, N., Gallardo-Pujol, D., y Jiménez Padilla, R. (2011). Personality disorders in child sexual abuse victims. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(2), 131-139. <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/581/848>

Pérez del Río, F., y Mestre Guardiola, M. (2013). Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta. *Papeles del Psicólogo*, 34(2), 144-149. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2237.pdf>

Perrone, R., y Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia: Una visión sistémica de las conductas violentas*. Paidós Terapia Familiar.

Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. L., Baker, W. L., y Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and "use-dependent" development of the brain:

How "states" become "traits." *Infant Mental Health Journal*, 16(4), 271-291. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199524\)16:4<271::AID-IMHJ2280160404>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199524)16:4<271::AID-IMHJ2280160404>3.0.CO;2-B)

Plaza Villarroel, H., Beraud Fernández, C., y Valenzuela Arancibia, C. (2014). Procesamiento traumatógónico del abuso sexual infantil en niñas y su relación con variables victimológicas. *Summa Psicológica UST*, 11(2), 35-44.

Resick, P. A., Monson, C. M., y Chard, K. M. (2017). *Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual*. Guilford Press.

Restrepo, J. E. (2010). Despersonalización y desrealización: Una aproximación filosófica desde el análisis de casos. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(1), 55-70. <https://www.redalyc.org/pdf/798/79815637005.pdf>

Rincón, P. G., Cova, F. S., Bustos, P. T., Aedo, J. S., y Valdivia, M. P. (2010). Estrés postraumático en niños y adolescentes abusados sexualmente. *Revista Chilena de Pediatría*, 81(3), 234-240. <https://scielo.cl/pdf/ped/v81n3/art10.pdf>

Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A. M., y Stams, G. J. J. M. (2009). Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 599-606. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.008>

Rodríguez Cely, L. A. (2003). Intervención interdisciplinaria en casos de abuso sexual infantil. *Universitas Psychologica*, 2(1), 57-70. <https://www.redalyc.org/pdf/647/64720108.pdf>

Save the Children. (2012). *Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Guía de material básico para la formación de profesionales*. https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/violencia_sexual_contra_los_ninos_y_las_ninas.pdf

Save the Children. (2021). *Los abusos sexuales hacia la infancia en España: Principales características, incidencia, análisis de los fallos del sistema y propuestas para la especialización de los Juzgados y la Fiscalía*. https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-11/Los_abusos_sexuales_hacia_la_infancia_en_ESP.pdf

- Save the Children. (2023). *Abusos sexuales a niños y niñas a través de internet: empiezan de media a los 13 años y el 95% de los agresores no tiene antecedentes penales*.
<https://www.savethechildren.es/notasprensa/abusos-sexuales-ninos-y-ninas-traves-de-internet-empiezan-de-media-los-13-anos-y-el-95>
- Swenson, C. C., Schaeffer, C. M., Henggeler, S. W., Faldowski, R., y Mayhew, A. M. (2010). Multisystemic therapy for child abuse and neglect: A randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology*, 24(4), 497-507. <https://doi.org/10.1037/a0020324>
- Troya, M. S. (2024). Una de cada cuatro chicas de 14 a 17 años ha sido víctima de violencia sexual el último año en España. *El País*. <https://elpais.com/sociedad/2024-03-20/una-de-cada-cuatro-chicas-de-14-a-17-anos-ha-sido-victima-de-violencia-sexual-el-ultimo-ano-en-espana.html>
- Un enfoque de salud pública para abordar el abuso sexual infantil: Investigación sobre Stop it Now!* (2020) Reino Unido e Irlanda y Stop it Now! <https://www.stopitnow.org.uk/>
- UNICEF. (2024). *Vivir sin violencia es su derecho y nuestro compromiso. Sistema Integral de Protección a la infancia y a la adolescencia contra la violencia*.
<https://www.unicef.org/uruguay/media/10326/file/Folleto%20SIPIAV%20abuso%20sexual%202024.pdf.pdf>
- Vieth, V. I., Goulet, B., Knox, M., Parker, J., Johnson, L. B., Tye, K. S., y Cross, T. P. (2019). Child Advocacy Studies (CAST): A national movement to improve the undergraduate and graduate training of child protection professionals. *Mitchell Hamline Law Review*, 45(4), 1130-1156. <https://open.mitchellhamline.edu/mhlr/vol45/iss4/5>
- Villanueva Sarmiento, I. (2013). El abuso sexual infantil: Perfil del abusador, la familia, el niño víctima y consecuencias psíquicas del abuso. *Psicogente*, 16(30), 451-470.
<https://doaj.org/article/db77f03c38cc427ab7c69349559f4371>
- Walsh, K., Zwi, K., Woolfenden, S., y Shlonsky, A. (2015). School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.4073/csr.2015.10>