



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y

SECUELAS DELABUSO SEXUAL INFANTIL

¿VÍCTIMAS O SUPERVIVIENTES?

Autor: Teresa de Lossada Bustamante

Director: María José Carrasco Galán

Madrid,

2018

ÍNDICE

1. Introducción	3
1.1. Definición y tipos de Abuso Sexual Infantil	3
1.2. Prevalencia e impacto del ASI	4
2. Factores de riesgo	6
3. Consecuencias a largo plazo del ASI	8
3.1. Factores agravantes	13
3.1.1. <i>Características del abuso</i>	13
3.1.2. <i>Factores sociales y ambientales</i>	14
3.1.3. <i>Características de la víctima</i>	15
4. De víctimas a supervivientes	16
4.1. Variables internas de los supervivientes	17
4.2. El papel de las relaciones	22
5. Discusión y conclusiones	23
6. Referencias	28

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Definición y tipos de Abuso Sexual Infantil

Generalmente se entiende como Abuso Sexual Infantil (ASI) cualquier tipo de actividad o contacto sexual entre un adulto y un menor de edad. Sin embargo, también se incluye la interacción sexual entre dos menores, cuando entre ellos exista una diferencia de edad de al menos cinco años, o en caso de que ésta no se dé, cuando uno de ellos ostente una posición de poder o coerción sobre el otro (Cortés, Cantón-Cortés y Cantón, 2011; Pereda y Forns, 2007).

Aunque en España, el Código Penal sitúa la edad de consentimiento en los 16 años, se consideran *menores* a todos aquellos chicos y chicas por debajo de los 18 años de edad. Es decir, se sigue entendiendo como ASI al tipo de relaciones anteriormente descritas, siempre y cuando, al menos uno de los involucrados sea menor de 18 años.

Además del factor edad, sin duda muy relevante, la mayoría de autores toman en consideración otras variables para conceptualizar esta problemática. Entre ellas, las más frecuentes son la desigualdad de poder entre el abusador y la víctima, la presencia de coacción o coerción, así como la inmadurez o grado de desarrollo evolutivo (ya sea biológico, psicológico o social) de la víctima en comparación con el agresor (Echeburúa y de Corral, 2006; García-Piña, Loredó-Abdalá y Gómez-Jiménez, 2009; Rodríguez-Cely, 2003). Es decir, además de que, en la mayoría de ocasiones, estas variables impiden que el menor sea capaz de comprender los hechos, la convergencia de todas ellas imposibilita y/o incapacita que se dé consentimiento alguno en este tipo de relaciones (Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Mebarak, Martínez, Sánchez-Herrera y Lozano, 2010).

Por otro lado, existen distintos tipos de abuso sexual que pueden sufrirse en la niñez. En función del agresor, se suele distinguir entre abuso sexual intrafamiliar o incesto (cuando el abuso lo comete algún miembro de la familia) o extrafamiliar (cuando el agresor no pertenece a la familia, pudiendo ser tanto un conocido como un desconocido de la víctima). En el 90% de los casos, el abuso es cometido por personas que tienen un estrecho vínculo con la víctima, ya sean familiares o conocidos (García-Piña et al., 2009).

Atendiendo al rango de actividades, se suele diferenciar entre ASI con y sin contacto físico. Por lo general, el abuso con contacto incluye tocamientos, coito, intento de penetración, así como contacto bucal, anal o vaginal (entre otras acciones). El ASI sin dicho contacto suele consistir en seducir o insinuarse al menor, observar al niño o niña desnudo, exhibirse cuando la víctima y el agresor se encuentran solos y exponer al menor a actividades sexuales, masturbaciones o pornografía (García-Piña et al., 2009; Rodríguez-Cely, 2003; Singh, Parsekar y Nair, 2014). Con esto se pretende resaltar que el ASI no se limita únicamente a aquellas acciones que conllevan un contacto físico entre el abusador y la víctima, sino a toda manifestación de carácter sexual que pueda dañar al menor en distintos ámbitos, ya sea físico, psicológico o social (Mebarak et al., 2010).

1.2. Prevalencia e impacto del ASI

El abuso sexual infantil no es un asunto reciente, sino que ha estado presente *siempre*, en todas las sociedades y culturas, a lo largo de la historia. De hecho, muchos autores afirman que se trata de un problema extendido a nivel mundial, así como uno de los más graves a los que han de enfrentarse los distintos países (Barth, Bermetz, Heim, Trelle y Tonia, 2013; Pereda, Polo, Grau, Navales y Martínez, 2007).

En 2002, la Organización Mundial de la Salud estimó que, en el mundo, aproximadamente 73 millones de niños y 150 millones de niñas habían experimentado alguna forma de abuso sexual antes de los 18 años (Singh et al., 2014). Un meta-análisis realizado por Stoltenborgh, van Ijzendoorn, Euser y Bakermans-Kranenburg (2011), basado en estudios publicados en distintos países entre 1982 y 2008, situó la prevalencia global del abuso sexual infantil alrededor del 11.8%. Si bien es cierto que existen diferencias en cuanto a las tasas de prevalencia de esta problemática, cabe destacar que, incluso los índices más bajos comprenden un gran número de víctimas que necesitan ser consideradas, lo que hace necesario otorgar una importancia especial a este problema (Singh et al., 2014).

Por otro lado, resulta muy difícil estimar con exactitud la verdadera incidencia del ASI, ya que la mayoría de abusos no son revelados, y muy pocos, reportados a las autoridades (Rodríguez-Cely, 2003). De hecho, según Echeburúa y de Corral (2006), sólo la mitad de los casos de abuso sexual en menores son desvelados y únicamente el 15% denunciados a las instituciones, de los cuales, tan sólo el 5% derivan en juicios. En definitiva, se podría afirmar que se dan muchos más casos de los que realmente se conocen.

En este sentido, existen numerosas variables que contribuyen a que este problema sea una cuestión oculta. En primer lugar, destacan las dificultades en cuanto a su detección y diagnóstico, pues en la gran mayoría de los casos, el agresor no suele dejar secuelas físicas evidentes, lo que dificulta la demostración de los hechos (García-Piña et al., 2009; Singh et al., 2014). Por otro lado, tanto las víctimas como sus familiares, suelen presentar grandes dificultades a la hora de desvelar lo ocurrido, especialmente cuando se trata de abusos cometidos por alguno de los progenitores. Algunas de éstas suelen ser el temor a las represalias por parte del agresor o a que la familia se rompa y se desvincule (Chavez-Ayala et al., 2009; Echeburúa y de Corral, 2006). En el caso concreto de las víctimas, puede que les cueste revelar lo ocurrido debido a la falta de comunicación con sus familiares. También pueden tener miedo a no ser creídas o a ser acusadas de seductoras. Quizá reciban ciertas ventajas adicionales, o, por el contrario, amenazas e intimidaciones por parte del agresor que dificulten la comunicación de los hechos (Singh et al., 2014).

Por otra parte, la sociedad juega un importante papel en la revelación del ASI. Por ejemplo, el hecho de que el sexo sea un tema tabú en la mayoría de comunidades, unido a la estigmatización y el escándalo social que suele conllevar el descubrimiento de este tipo de acontecimientos, son algunos ejemplos de respuestas sociales que contribuirían a la escasa comunicación de los abusos (Echeburúa y de Corral, 2006; Pereda et al., 2007; Phanichrat y Townshend, 2010; Singh et al., 2014). En este sentido, la revisión llevada a cabo por Rodríguez- Cely en 2003, habla de una serie de mitos y creencias sobre el ASI que denotan cierto desconocimiento por parte de la población, y que, a su vez, fomentan su ocultamiento. Algunos de éstos son: “los casos de ASI ocurren de manera excepcional y sólo se dan en familias sin educación o en sociedades subdesarrolladas”, “los agresores son personas que tienen que estar enfermas mentalmente, o presentar algún tipo de patología”, “la mayoría de casos de ASI son falsos” o que “los niños y adolescentes tienen parte de responsabilidad en la ocurrencia de los abusos, y si no lo denuncian es porque disfrutan y sienten cierto placer”, entre otros muchos.

Otras investigaciones también señalan el elevado número de respuestas negativas y de culpabilización que muestra el ambiente cercano de la víctima ante la revelación de su experiencia abusiva. Una de las más frecuentes es la negación de lo ocurrido (no creer a la víctima), lo que incrementa aún más su malestar (Pereda y Sicilia, 2017; Rodríguez-Cely, 2003). En general, todas estas actitudes sociales no hacen más que alimentar el silencio ante un acontecimiento tan grave como es el abusar sexualmente de un menor.

En el caso concreto de España, parece que, a pesar de seguir existiendo ciertas opiniones erróneas sobre esta problemática, cada vez hay una mayor concienciación acerca del ASI y sus enormes implicaciones. Sin embargo, la realidad muestra que aún queda mucho trabajo por hacer. Una investigación desarrollada por González, Orgaz y López (2012), realizada sobre una muestra de profesionales cuyos trabajos estaban vinculados con casos de ASI, puso de manifiesto que la proporción que informaría a las instituciones sobre la posible existencia de abusos en la infancia, fue menor en comparación con la proporción de profesionales que sospechaba de dicha posibilidad. Es decir, muchos necesitaban tener la total certeza y seguridad de encontrarse ante un caso de ASI antes de reportarlo a las autoridades.

En definitiva, todos estos datos enfatizan que el alcance del ASI es mucho mayor del que realmente se conoce (Pereda y Forns, 2007). Además, su impacto no se limita únicamente a las víctimas, pudiendo perjudicar su desarrollo y posterior ajuste, sino que se extiende a las familias, amigos, parejas y, en general, a las sociedades en las que tiene lugar dicho acontecimiento (Filipas y Ullman, 2006; Rodríguez-Cely, 2003). Por este motivo, y entre otros muchos, resulta fundamental seguir investigando y profundizando en el problema del abuso sexual infantil, así como dedicarle una atención especial.

2. FACTORES DE RIESGO

Como ya se ha dicho anteriormente, el ASI es un problema de salud pública, extendido a nivel mundial, que afecta a todos los países y sociedades (Singh et al. 2014; Stoltenborgh et al., 2011). Sin embargo, parece que pudiese haber determinados colectivos más vulnerables a sufrir este tipo de acontecimiento tan traumático. Algunos autores se han dedicado a investigar los posibles factores de riesgo que podrían estar relacionados con el incremento en las posibilidades de sufrir abusos sexuales durante la niñez (Mebarak et al., 2010).

Gran parte de la literatura coincide en que el sexo femenino corre más riesgo de sufrir una experiencia de abuso sexual durante su infancia, pues el porcentaje de víctimas conocido suele ser mayor en las mujeres que en los hombres (Dube et al., 2005; Mebarak et al., 2010; Rodríguez-Cely, 2003). De hecho, Barth et al., (2013) sugieren que el riesgo de padecer ASI, es dos o tres veces mayor para las mujeres que para los hombres, y que, aproximadamente una de cada diez mujeres se enfrenta a dicha experiencia.

Sin embargo, se trata de un tema bastante controvertido: un estudio realizado por Dube et al., (2005) muestra que determinados tipos de abuso tienen una mayor incidencia en los hombres, como aquel en el que es perpetrado el acto sexual completo (coito), que fue reportado por el 42% de los hombres, frente a un 23% de las mujeres. En esta misma línea, Pereda y Forns (2007) encuentran que el ASI en niños es más frecuente cuando la víctima es menor de 13 años y es cometido por alguien de su misma edad o similar. La utilización de la fuerza y amenazas por parte del agresor, así como la penetración, fueron también más frecuentes en los hombres, según los resultados hallados en este estudio.

En este sentido, cabe mencionar algunas hipótesis que se han planteado acerca del menor conocimiento que se tiene sobre los casos de ASI en víctimas masculinas. Pereda y Sicilia (2017) sugieren que, quizá, se deba a que los hombres sufren reacciones más negativas por parte de la sociedad ante la revelación del abuso. Asimismo, esto podría relacionarse con el doble estigma que conllevaría su descubrimiento: debido al miedo o la vergüenza ante la posibilidad de ser categorizados de homosexuales (si el agresor fue un hombre) o de poco masculinos (si la agresión fue cometida por una mujer) (Barth et al., 2013; Chavez-Ayala et al., 2009; Pereda et al., 2007). Stoltenborgh et al. (2011) plantean que, tal vez, las menores tasas de prevalencia de ASI en hombres se deban a que éstos comunican los abusos mucho más tarde que las mujeres. Esto explicaría los mayores porcentajes de prevalencia encontrados en el grupo de hombres adultos que en el de niños (resultados que no fueron hallados en el caso de las mujeres).

En definitiva, el estudio de las diferencias de sexo en cuanto a la prevalencia e impacto del abuso sexual infantil es un tema polémico, pues, mientras que algunos sugieren que las chicas corren más riesgo de sufrir dicha experiencia, otros mantienen que esta forma de maltrato infantil afecta a hombres y mujeres en proporciones similares (Dube et al., 2005). En cualquier caso, aún queda mucho por investigar en lo que se refiere a cuestiones de género en relación con el ASI.

La edad de las víctimas también supone un importante factor de riesgo para sufrir ASI. Aunque la franja de edad considerada de mayor vulnerabilidad varía mucho de unos autores a otros, la mayoría coincide en que la pubertad es el periodo en el que los niños son más susceptibles de ser abusados sexualmente (Chavez-Ayala et al., 2009; Mebarak et al., 2010).

Ciertas características del contexto social y familiar también parecen guardar relación con una mayor susceptibilidad a padecer abusos sexuales durante la infancia. Por ejemplo, se suele asociar con un mayor riesgo de ASI a las familias desestructuradas o que mantienen dinámicas disfuncionales (conflictos, padres ausentes, violencia intra-familiar, etc.) (Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Chavez-Ayala et al., 2009; Cortés et al., 2011). Al mismo tiempo, el ASI parece ser más frecuente en las familias que están aisladas de la sociedad, que viven en situaciones de hacinamiento, presentan déficits en la comunicación o cuyos vínculos entre los miembros son frágiles y escasos. El consumo de sustancias también parece ser un factor que potencia el riesgo de cometer abusos sexuales contra los menores edad. Por ello, las familias caracterizadas por consumir drogas, se suelen asociar con un mayor riesgo de ASI (Mebarak et al., 2010; Rodríguez-Cely, 2003). Asimismo, haber sido víctima de abusos durante la infancia constituye un factor de riesgo para cometerlos en la adultez (Dube et al., 2005; Wilcox, Richards y O’Keeffe, 2004).

Finalmente, cabe mencionar las características particulares de las víctimas. Éstas consisten en ciertos aspectos, físicos o psicológicos, que ejercen un determinado poder de atracción sobre el agresor (Mebarak et al, 2010). Factores como la disponibilidad del niño o su vulnerabilidad (por ejemplo, padecer algún tipo de discapacidad física o mental), también se asocian con un mayor riesgo de sufrir abusos sexuales (Maniglio, 2009; Rodríguez-Cely, 2003; Singh, et al., 2014).

Resulta conveniente volver a enfatizar que, a pesar de existir determinados grupos o circunstancias en las que parece darse una mayor vulnerabilidad a sufrir ASI, este acontecimiento puede ocurrir en todas las poblaciones, independientemente de la cultura, nivel de desarrollo o progreso de las mismas (Barth et al, 2013; Mebarak et al., 2010).

3. CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO DEL ASI

Muchas investigaciones se han centrado en el estudio de las devastadoras consecuencias que el abuso sexual infantil tiene sobre sus víctimas, tanto a corto como a largo plazo. Sin embargo, este trabajo se centra en los efectos del ASI en la adultez, pues, como ya se ha dicho, la mayoría de abusos no son revelados hasta años más tarde trascurridos los hechos (Mebarak et al., 2010). Los motivos pueden ser distintos en cada caso particular, pero al final, la realidad es que la mayoría de personas no informan de los abusos ni piden ayuda a las instituciones durante la infancia, por lo que, en ocasiones,

sólo queda el trabajo con las secuelas que les siguen afectando a lo largo de sus vidas (Pereda y Sicilia, 2017).

Se consideran consecuencias a largo plazo a aquellas que están presentes a partir de los dos años posteriores al abuso, aunque muchas permanecen hasta la edad adulta (Pereda, 2010). Algunos hablan de “efectos durmientes” para referirse a los casos en que los menores no presentan consecuencias psicológicas significativas inmediatas a la experiencia del abuso, pero éstas terminan apareciendo aproximadamente un año después, o incluso mucho más tarde, ya en la edad adulta (Cantón-Cortés y Cortés, 2015)

Estas secuelas son de muy diversa índole, y puede afectar a las áreas psicológica, conductual y relacional de las personas (Cantón-Cortés y Cortés, 2015). Sin embargo, no todas manifiestan los mismos efectos tras el abuso, lo que hace necesario señalar la inexistencia de un único síndrome o conjunto de síntomas específicamente ligado a esta experiencia (Mebarak et al., 2010; Pereda, 2010). Dichas diferencias pueden deberse a la influencia de variables, tales como las características del abuso, factores ambientales, o determinados aspectos psicológicos de las víctimas, entre otras (Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Maniglio, 2009). Pero, además, el paso del tiempo o la presencia de otras formas de maltrato durante la infancia (pues muy pocas veces aparece el ASI aisladamente), también afectan a la manifestación de los síntomas (Maniglio, 2009; Pereda, 2010). Por ello, es importante enfatizar la imposibilidad de establecer una clara relación causa-efecto entre el ASI y el desarrollo posterior de una determinada sintomatología. Es decir, el abuso sexual infantil debería ser considerado como un importante factor de riesgo para el desarrollo de determinados problemas en la edad adulta, pero no como como él único y específico (Maniglio, 2009; Wilcox et al., 2004).

Por otro lado, conocer y entender las posibles consecuencias (a corto y largo plazo) que pueden desarrollar los niños y niñas que han sido abusados sexualmente durante su infancia, permite, no sólo anticiparse a las necesidades de salud física y mental que puedan precisar más adelante, sino también ayudar a identificar víctimas de abusos que no han sido detectados (Hornor, 2010).

Al existir tanta variabilidad en la sintomatología, se han seleccionado aquellas secuelas que, por ser las más habituales, graves y/o incapacitantes, aparecen con mayor frecuencia en la bibliografía revisada. Además, para explicar estas diferencias se ha adoptado el Modelo Traumatogénico del abuso sexual propuesto por Finkelhor y Browne (1985), el

cual establece que, a la base de la sintomatología producida por el ASI se encuentran cuatro dinámicas que afectan al desarrollo del niño, alterando su autoconcepto, visión del mundo y capacidades afectivas. Dichas dinámicas son: los sentimientos de traición, de indefensión, la estigmatización y la sexualización traumática, y a través de ellas se podría explicar el impacto producido por los abusos (Cantón-Cortés y Justicia, 2008; Davis y Petretic-Jackson, 200; Pool, 2006).

Los sentimientos de traición se dan cuando el menor descubre que aquellas personas que deberían protegerle, le han causado daño. Estos sentimientos no se dan únicamente hacia el agresor, sino que, a veces, también se dirigen hacia los familiares de la víctima, si, por ejemplo, no se ha sentido creída al desvelar lo ocurrido o considera que no han hecho nada por defenderla y apoyarla (Cantón-Cortés y Cortés, 2015). Estos sentimientos, unidos a la pérdida de confianza que experimenta el niño, pueden tener diferentes repercusiones en la edad adulta.

Por un lado, explicarían el desarrollo de la sintomatología depresiva, que parece ser una de las más frecuentes en casos de ASI, destacando especialmente síntomas como tristeza, llanto, desesperación, desilusión y desencanto (Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Mebarak et al., 2010; Pereda y Sicilia, 2017; Pool, 2006).

A su vez, esta dinámica se relaciona con las dificultades en el plano de las relaciones sociales. La mayoría de autores hablan de un menor ajuste social, mayor aislamiento y problemas a la hora de establecer y mantener relaciones interpersonales (López et al., 2017; Pereda, 2010). Estas dificultades podrían entenderse desde esa falta de confianza en los demás, que puede darse incluso con las personas más cercanas, algo muy habitual entre las víctimas de tan traumático acontecimiento (Crete y Singh, 2015). También son frecuentes los sentimientos de hostilidad hacia el sexo opuesto, dificultando el establecimiento de relaciones interpersonales adecuadas entre ambos sexos (Cantón-Cortés y Cortés, 2015). Asimismo, la confianza en la pareja puede verse muy disminuida, siendo comunes los problemas en la comunicación y las dificultades a la hora de expresar abiertamente los sentimientos, en especial los relacionados con el abuso (Crete y Singh, 2015; López et al., 2017).

La estigmatización hace referencia a las connotaciones negativas (maldad, vergüenza y culpa, entre otras) relacionadas con la experiencia del abuso y que el niño o niña incorpora a su autoconcepto. Éstas pueden ser impuestas por el propio abusador, o a

consecuencia de las creencias y actitudes de familiares, allegados y/o de la sociedad ante el conocimiento de lo ocurrido (Davis y Petretic-Jackson, 2000; Pool, 2006). La estigmatización parece estar estrechamente vinculada con los sentimientos de culpa y vergüenza, la baja autoestima y el control inadecuado de la ira, que han sido hallados por diferentes investigaciones (Cantón-Cortés y Justicia, 2008; Pereda y Sicilia, 2017; Phanichrat y Townshend, 2010).

Por otro lado, también parece explicar secuelas como el consumo de drogas y alcohol, así como las conductas autolesivas e intentos de suicidio (Hornor, 2010; Mebarak et al., 2010; Singh et al., 2014). En lo referente al consumo de sustancias, diversos autores comparten la idea de que se trata de un intento desadaptativo para tratar de hacer frente a la experiencia del abuso, el cual, podría provocar un efecto contrario al deseado: mayor malestar y agravamiento de los síntomas (Filipas y Ullman, 2006; Marriot et al., 2014; Phanichrat y Townshend, 2010).

La indefensión es el proceso por el cual, la voluntad, deseos y el sentido de eficacia del menor son continuamente vulnerados a consecuencia de la fuerte invasión que conllevan los abusos (Cantón-Cortés y Cortés, 2015). Esto genera una sensación de pérdida de control de la situación, que puede extenderse hasta la adultez (Davis y Petretic-Jackson, 2000). Fruto de dicha sensación, se derivan sentimientos como el miedo y la ansiedad (Pool, 2006). De esta forma, sintomatología propia del Trastorno de Estrés Postraumático (TEP), frecuentemente hallada en casos de ASI, puede vincularse con esta dinámica. Cabe destacar que, dicha sintomatología ha sido constatada empíricamente, ya que el abuso constituye una experiencia que, sin duda, puede considerarse potencialmente traumática (Steine et al., 2017). Por ejemplo, Marty y Carvajal (2005) estudian la relación entre el maltrato infantil como concepto general y el desarrollo de síntomas propios del estrés postraumático. Los resultados ponen de manifiesto que el ASI es la forma de maltrato infantil que parece estar más fuertemente relacionada con dichos síntomas. Otros trastornos de ansiedad (como el trastorno de pánico o las fobias), también son manifestaciones comunes en víctimas de ASI (Pereda, 2010; Singh et al., 2014). En general, puede decirse que la ansiedad es uno de los síntomas más frecuentes entre las personas que han sido abusadas sexualmente en su infancia (Pereda y Sicilia, 2017).

El ciclo víctima-ofensor, que se da cuando las víctimas de ASI se convierten en agresoras, también parece explicarse por esta dinámica: ante la pérdida de control experimentada durante los abusos, las víctimas podrían percibir cierto alivio o desahogo al invertir los roles, siendo ellas quienes dominan a la otra persona (Wilcox et al., 2004).

Sin embargo, la consecuencia que parece tener mayor relación con esta dinámica es el riesgo de revictimización, especialmente alto para las mujeres (Hornor, 2010; Maniglio, 2009). Se entiende por revictimización a una mayor probabilidad de volver a sufrir un abuso sexual o violencia física en la adultez (Filipas y Ullman, 2006; Pool, 2006). Esto podría explicarse apelando a estos sentimientos de indefensión: la percepción de no poder hacer nada, de no tener control sobre uno mismo y las situaciones a las que uno se enfrenta, podría extenderse a otros ámbitos de la vida, dificultando que las víctimas de ASI sean asertivas en futuras interacciones, e incrementándose así el riesgo de ser revictimizadas (Davis y Petretic-Jackson, 2000). Algunos estudios han investigado la relación entre haber sufrido abuso sexual en la infancia y el posterior riesgo de revictimización: Walsh, Blaustein, Grant, Spinazzola y van der Kolk (2007), muestran que las mujeres con historia de abuso sexual infantil, presentaban más probabilidad de sufrir, al menos, una experiencia de carácter sexual sin consentimiento en la adultez que aquellas que no habían sufrido ASI (un 75% frente a un 11% de la muestra). A su vez, esta parece ser una de las consecuencias más graves y con más repercusiones sociales para las personas, pudiendo fomentar los efectos y secuelas que, ya de por sí, acarrea una experiencia como el ASI. Por ejemplo, Filipas y Ullman (2006) observaron un peor ajuste en aquellas víctimas de abusos sexuales en la infancia posteriormente revictimizadas (con más probabilidades de consumir drogas y alcohol, retraerse socialmente, presentar sintomatología propia del trastorno de estrés postraumático y culparse a sí mismos por los abusos) que aquellos que únicamente sufrieron abuso sexual en su infancia.

Finalmente, se encuentra la sexualización traumática, proceso por el cual, la sexualidad del menor se ve modulada de forma inapropiada y disfuncional debido a la experiencia del abuso (Davis y Petretic-Jackson, 2000). A partir de de esta dinámica se entienden la gran mayoría de problemas relacionados con la esfera sexual, quizá, el grupo de secuelas más distintivo (Pereda, 2010). En la edad adulta, haber sido víctima ASI, se asocia con la presencia de disfunciones sexuales, especialmente en las mujeres (Echeburúa y de Corral, 2006). De hecho, según un estudio desarrollado por López et al. (2017), aquellas mujeres que habían sufrido una experiencia de abuso sexual durante su infancia, presentaban

menor satisfacción y deseo hacia la vida sexual, así como mayor rechazo y dolor en las relaciones sexuales, que aquellas que no habían sido víctimas de dicho suceso. Estos autores resaltan la importancia de investigar una posible historia de ASI en aquellas mujeres que acuden a consulta por problemas en el ámbito de la sexualidad o de pareja, aunque no descartan la posible incidencia de otros factores.

Cabe señalar que, aunque cada grupo de síntomas se asocia con una determinada dinámica, determinados síntomas pueden explicarse por la acción conjunta de dos o más de estas dinámicas. A su vez, estas cuatro dinámicas no son exclusivas del abuso sexual infantil, pero la convergencia de todas ellas es lo que hace característico al impacto que dicha experiencia tiene sobre sus víctimas (Pool, 2006).

3.1. Factores agravantes

Como ya se ha comentado anteriormente, la sintomatología presente en las víctimas de ASI es muy heterogénea. En un intento por explicar este hecho, algunos autores han investigado aquellos factores que podrían estar relacionados con dicha variabilidad. Éstos suelen agruparse en función de las características del abuso, variables de las víctimas y factores sociales y ambientales (Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Hornor, 2010). A continuación, se expondrán los elementos más frecuentemente comentados por la bibliografía revisada:

3.1.1. Características del abuso

Por lo general, cuanto mayor es la gravedad o severidad del ASI, peor es el ajuste psicológico de las víctimas: los abusos de mayor frecuencia y duración, así como aquellos en los que se han llevado a cabo actos más intrusivos (como la penetración o coito), se relacionan con un impacto más negativo en la adultez (Dube et al., 2005).

A su vez, cuanto más próxima es la relación con el agresor, más graves parecen las secuelas. En este sentido, Filipas y Ullman (2006) encuentran una mayor presencia de sintomatología de estrés postraumático en las víctimas que habían sido abusadas por conocidos, que en aquellas cuyos agresores eran desconocidos. Asimismo, el empleo de la fuerza, amenazas o el maltrato físico, podrían estar relacionados con un agravamiento de la sintomatología (Cantón-Cortés et al., 2011; Cantón-Cortés y Cortés, 2008; Steine et al., 2017).

Por otra parte, algunos autores han estudiado la posible influencia de la edad (tanto del agresor como de la víctima) en el momento del abuso. Según una revisión de estudios realizada por Cantón-Cortés y Cortés (2015), parece que los abusos cometidos por agresores más jóvenes podrían ser menos traumatizantes que aquellos perpetrados por adultos. En cuanto a la edad de las víctimas, las opiniones son más dispares: por un lado, los abusos realizados a niños de edades más tempranas podrían relacionarse con un mayor impacto psicológico posterior, ya que éstos presentan menos recursos (tanto cognitivos como conductuales) para poder hacer frente a dicho suceso (Marriot, Hamilton-Giachritsis y Harrop, 2014). Resultados opuestos han sido encontrados por otras investigaciones (Walsh, Fortier y DiLillo, 2010). Un estudio realizado por Zinzow, Seth, Jackson, Niehaus y Fitzgerald, (2010) muestra que cuanto más edad presentaba la víctima en el momento del abuso, más responsable se sentía y más se auto-culpaba de lo ocurrido, lo que conllevaba un peor ajuste. Una posible explicación es que las personas asociaban su edad más avanzada con una menor ingenuidad en lo referente a la esfera sexual y mayor cantidad de recursos para poder enfrentarse y defenderse del suceso, y, sin embargo, no fueron capaces de salir de esa situación.

Por otro lado, aunque muchos estudios confirman estas asociaciones, otros no han encontrado ninguna relación (Maniglio, 2009; Marriot et al., 2014). Aun así, estos factores sólo servirían para comprender, en parte, las variaciones en la sintomatología que presentan las víctimas de ASI, pues al ser elementos que tuvieron lugar en el pasado, no se puede actuar sobre ellos (Cantón et al., 2011; Cantón-Cortés y Cortés, 2015).

3.1.2. Factores sociales y ambientales

Algunas características del contexto social, también influyen en la variabilidad sintomatológica de las víctimas de abuso sexual infantil. Por ejemplo, Cortés et al., (2011) estudian el posible efecto del ambiente familiar en la posterior adaptación de un grupo de víctimas de ASI. Los resultados muestran que un clima familiar disfuncional (desorganizado, conflictivo, con poca cohesión entre sus miembros y una baja expresividad de sentimientos positivos) se relacionaban con las diferencias en cuanto a los efectos derivados del ASI, agravándolos. Otros estudios apoyan estas conclusiones al sugerir que, variables como la falta de apoyo y protección familiar podrían potenciar las secuelas del ASI (Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Rodríguez-Cely, 2003).

Por otra parte, la sociedad tiene una enorme influencia a la hora de mitigar, o, por el contrario, acrecentar, los efectos a largo plazo de los abusos (Cantón-Cortés y Cortés, 2015). En este sentido, Pereda y Sicilia (2017) hablan de distintos tipos de reacciones sociales ante la revelación del abuso que pueden fomentar el malestar psicológico de las víctimas. Algunas de éstas son las respuestas de culpabilización, de negación, de distracción (evitar hablar de lo ocurrido, incluso cuando la víctima lo desea), tratar a la víctima de una forma distinta (ya sea con rechazo y distancia, o como si fuese frágil y hubiera que protegerla de cualquier cosa), reacciones egocéntricas (fuertes sentimientos de ira, rabia y venganza que experimenta la figura de apoyo) y reacciones de control (la figura de apoyo asume todo el control de la situación y se hace cargo de las decisiones sin tener en cuenta a la víctima). Todas estas respuestas tienen en común el hecho de que dejan en un segundo plano las necesidades de la víctima. A su vez, Steine et al., (2017) encuentran una fuerte relación entre la falta de apoyo social percibido por las víctimas de ASI y la presencia sintomatología más severa, concretamente del trastorno de estrés postraumático.

La intervención del sistema y de los profesionales designados para este tipo de situaciones, también parecen tener cierto poder sobre la sintomatología desarrollada por las víctimas, en ocasiones, agravándola. Algunos ejemplos serían el tener que repetir numerosas veces los hechos o el no sentirse creído por los profesionales encargados del caso. Estos efectos derivados de la práctica profesional se conocen como victimización secundaria (Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Echeburúa y de Corral, 2006; Rodríguez-Cely, 2003).

3.1.3. Características de la víctima

Finalmente, ciertas características de las víctimas, podrían mediar en el desarrollo de su sintomatología (Pereda, 2010). Generalmente, los distintos estudios hacen referencia a las variables intrapsíquicas y otros recursos utilizan para enfrentarse a un acontecimiento tan traumático (Cantón-Cortés y Justicia, 2008). Por ejemplo, las atribuciones de culpa hacia uno mismo se relacionan con un peor ajuste psicológico (Filipas y Ullman, 2006). A continuación, se comentarán algunas de las variables que han ayudado a los supervivientes de ASI a lograr un buen ajuste y adaptación psicológica en la adultez.

4. DE VÍCTIMAS A SUPERVIVIENTES

Ya se ha visto cómo, el abuso sexual infantil, constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de gran variedad de secuelas, muchas de ellas devastadoras, que pueden afectar a la salud y desarrollo de las personas. Sin embargo, ésta no es la única salida para aquellos que han atravesado una experiencia de ASI: existen evidencias y testimonios de gente que, tras haber padecido dicho acontecimiento, han logrado una buena adaptación y ajuste psicológico posteriores (Marriot et al., 2014; Walsh et al., 2010). Por esta razón, diversos investigadores se han centrado en el estudio de las posibles variables y factores que parecen haber ayudado, a aquellos que han sobrevivido a este suceso, a lograr un buen funcionamiento en su día a día, a ser capaces de reconducir sus vidas, y a vivirlas de la forma más positiva y satisfactoria posible (Ben-David y Jonson-Reid, 2017; Bogar y Hullse-Killacky, 2006; Cantón-Cortés et al., 2011; Pereda y Sicilia, 2017).

Algunos autores hablan de resiliencia, concepto que ha sido definido de muy diversas formas (Bogar y Hullse-Killacky, 2006; Marriot et al., 2014; Kayke-Tzadok y Davison-Arad, 2016). Aunque en ocasiones se emplea para hacer referencia únicamente a las personas que no presentan ningún tipo de sintomatología, y cuyo funcionamiento es similar al de aquellos que no han pasado por una determinada experiencia traumática (en este caso, el ASI), este término va más allá (Marriot et al., 2014; Walsh et al., 2010). Por lo general, se refiere a la capacidad que tienen los individuos de enfrentarse, recuperarse y adaptarse ante situaciones adversas o traumáticas (Bogar y Hullse-Killacky, 2006; Quiceno, Mateus, Cardenas, Villareal y Vinaccia, 2013). En algunos casos, también se utiliza para hacer referencia a la capacidad de crecer y desarrollarse tras el trauma (Crete y Singh, 2015; Hitter, Adams y Cahill, 2017).

Más que como una característica de los sujetos, la resiliencia es vista como algo dinámico, como un proceso en el que intervienen múltiples dimensiones (biológica, psicológica, social y ambiental) y que permite a los individuos seguir adelante con sus vidas, sin que el hecho de haber sufrido un acontecimiento traumático, les impida llevar la vida que desean (Bogar y Hullse-Killacky, 2006; Kayke-Tzadok y Davison-Arad, 2016). Algunos supervivientes de ASI hablan de una voluntad decisiva y una fuerte determinación que les ayudó a superar su pasado abusivo (Ben-David y Johnson-Reid, 2017).

Entender la resiliencia como un proceso no lineal y susceptible de desarrollarse a lo largo del tiempo, en lugar de considerarlo como algo que se es o no, resalta la importancia de estudiar aquellos factores y variables que podrían ayudar a impulsarla y potenciarla en aquellos individuos que han sido víctimas de abusos sexuales durante su infancia (Crete y Singh, 2015; Hitter et al., 2017).

Este trabajo se centra en el estudio de la resiliencia en adultos, ya que, si se asume que se trata de un proceso variable a lo largo de los años, aquellos elementos que pudieron resultar adaptativos en la infancia, podrían no serlo en la adultez. Además, las consecuencias del ASI no son las mismas a corto que a largo plazo, por lo que las variables que contribuyen al desarrollo de la resiliencia, podrían también ser distintas (Ben-David y Jonson-Reid, 2017). Tal y como señalan algunos supervivientes de abuso sexual infantil, su proceso de recuperación no ha finalizado, sino que se desarrollará y continuará a lo largo de toda su vida (Phanichrat y Townshend, 2010).

4.1. Variables internas de los supervivientes

Los autores que han investigado la resiliencia en casos de abuso sexual infantil, destacan el importante papel que juegan las variables cognitivas en la posterior adaptación de los sujetos. Desde hace tiempo se sabe que un determinado suceso puede impactar de forma distinta en las personas en función de cómo lo perciban, procesen y evalúen (Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Kaye-Tzadok y Davison-Arad, 2016). Es la percepción que se tiene del abuso lo que determina el grado en que una persona es afectada por éste (Lambie et al. (2002), como se citó en Wilcox et al., 2004).

Entre éstas, las más estudiadas han sido las habilidades de afrontamiento, generalmente definidas como la forma en que los individuos intentan manejar el estrés y las demandas generadas tras una situación que supera los recursos de una persona para hacerla frente (en este caso, el ASI), las cuales median entre ésta y sus posibles consecuencias (Folkman y Lazarus, (1980) como se citó en Walsh et al., 2010). Aunque existen distintos estilos y estrategias de afrontamiento empleadas por los supervivientes de abuso sexual infantil, las más analizadas han sido las de aproximación (actuaciones y/o cogniciones dirigidas hacia la amenaza, así como los intentos para integrar el material doloroso) y evitación (acciones y/o cogniciones que suponen intentos de alejarse y protegerse de la misma) (Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Walsh et al., 2010).

Por lo general, la mayoría de estudios coinciden en que las estrategias aproximativas se asocian con un mejor ajuste psicológico entre las víctimas, mientras que las de evitación se relacionan con una mayor presencia de problemas psicológicos, tales como la depresión o síntomas de estrés postraumático (Phanichrat y Townshend, 2010; Walsh et al., 2010). Sin embargo, la forma que tienen las personas a la hora de enfrentarse a los efectos y demandas generadas tras el ASI, varía mucho de unas a otras y, además, pueden ser distintas en función de factores, como el momento evolutivo o las características del acto abusivo, entre otras (Cantón-Cortés y Justicia, 2008). De hecho, parece que, en los momentos más inmediatos al abuso, se suelen emplear estrategias de evitación, siendo éstas las más adaptativas, mientras que, a largo plazo, predominan las aproximativas (Ben-David y Jonson-Reid, 2017; Walsh et al., 2010). Por ejemplo, los participantes del estudio desarrollado por Phanichrat y Townshend (2010), describen su proceso de recuperación como gradual: en un primer momento utilizaron estrategias de evitación (supresión de sentimientos y pensamientos, escapismo y disociación) sin embargo, con el tiempo fueron capaces de adoptar estrategias de aproximación, que resultaron ser más beneficiosas a largo plazo (búsqueda de apoyo, aceptación, búsqueda de significado y reencuadre cognitivo). A continuación, se expondrán algunas estrategias de afrontamiento que parecen promover el bienestar y la salud de las personas:

En su estudio, Bogar y Hullse-Killacky, (2006), recogieron el testimonio de un grupo de mujeres abusadas sexualmente en su infancia y encontraron que el papel del auto-diálogo cognitivo (cambiar los pensamientos y mensajes negativos hacia ellas mismas, que habían internalizado a raíz del abuso, por otros positivos) contribuyó a mejorar su autoestima, siendo útil tanto a corto como a largo plazo.

Dar un sentido y significado a la experiencia del abuso también parece desempeñar un rol fundamental en el proceso de resiliencia de los sujetos: los individuos que perciben la posibilidad de extraer algo positivo, de crecer tras un acontecimiento tan doloroso como el ASI, presentan un funcionamiento más adaptativo que los que no encuentran dicho sentido a su experiencia abusiva (Marriot et al., 2014; Walsh et al., 2010). Por ejemplo, el estudio llevado a cabo por Crete y Singh (2015) en una muestra de hombres que habían sufrido abusos durante su infancia, resalta lo importante que fue para su proceso de recuperación, el deseo de ayudar a otros que estaban atravesando circunstancias similares, a manejar su pasado abusivo. Por lo general, las formas en que las personas dan sentido a su experiencia, consisten en la oportunidad de proteger a otros niños de sufrir

ASI, desarrollar habilidades para protegerse a uno mismo, aumentar el conocimiento sobre esta problemática y desarrollar una personalidad más fuerte (Ben-David y Jonson-Reid, 2017; Crete y Singh, 2015). Esto se asemeja a realizar una reevaluación positiva del trauma, entendiéndolo como vía de crecimiento y desarrollo personal, como la oportunidad de transformar una experiencia tan negativa en algo positivo, especialmente a través de actividades altruistas como ayudar a otros supervivientes de ASI (Phanichrat y Townshend, 2010).

En consonancia con lo anterior, parece que focalizar y redirigir la energía (física, emocional y/o mental), a otros aspectos de la vida no relacionados con el abuso (como pueden ser el deporte, los estudios, formar una familia, u otros intereses particulares), disminuye la influencia y el poder que éste tiene sobre sus víctimas. Esto es de gran ayuda a la hora de superar un acontecimiento tan traumático como el ASI y poder seguir adelante con sus vidas (Bogar y Hullse-Killacky, 2006).

En este sentido, la creatividad y todas sus formas de expresión (como tocar un instrumento, pintar, cantar, etc.), así como el hecho de tener algún hobby (como, por ejemplo, el atletismo), aparecen como una constante entre el grupo de mujeres víctimas de ASI entrevistadas en el estudio de Bogar y Hullse-Killacky, 2006. Estos autores encuentran que tales actividades fueron útiles para el proceso de recuperación de estas mujeres (tanto a corto, como a largo plazo), al suponer una vía de escape y desconexión de sus problemas. En general, sentirse competentes en distintos ámbitos de sus vidas, y darse cuenta de que la vida es algo más que el abuso, puede favorecer el desarrollo de una actitud positiva (“yo puedo”), contribuyendo al incremento de la confianza en uno mismo y sus capacidades (Wilcox et al., 2004). Otros estudios presentan hallazgos similares: la *educación y competencia* académica también aparecen relacionadas con el proceso de resiliencia entre los supervivientes de ASI, ya que, por un lado, contribuyen al desarrollo de una orientación positiva y realista hacia el futuro, y por otro, podrían suponer un respiro, la posibilidad de desconectar de la realidad del abuso, y centrarse en otros aspectos de sus vidas, en los que, además, son buenos y destacan (Marriot et al., 2014).

Aceptar la experiencia del abuso también supone una parte importante de la recuperación de los sujetos. Hace referencia al hecho de ser conscientes de su pasado abusivo, sin negarlo, pero integrándolo en su historia de tal forma que éste no eclipse y se apodere de toda la vida de las personas (Bogar y Hullse-Killacky, 2006; Phanichrat y Townshend, 2010)

Resulta relevante destacar que, el hecho de utilizar aquellas estrategias de afrontamiento que se han relacionado con una mejor adaptación en los supervivientes de ASI, no implica que vayan a ser siempre eficaces. Como se ha dicho anteriormente, no se deben dejar de lado variables como el contexto, el momento en que se usan o las características de la persona y del abuso, ya que éstas van a influir tanto en la selección como en los resultados de dichas estrategias (Ben-David y Jonson-Reid, 2017; Cantón-Cortés y Justicia, 2008; Walsh et al., 2010).

Otro factor muy relacionado con el impacto del ASI son las atribuciones de culpa (Marriot et al., 2014; Zinzow et al., 2010). En este sentido, los individuos más resilientes parecen ser aquellos que colocan la responsabilidad del abuso sobre sus agresores y no en ellos mismos (Phanichrat y Townshend, 2010; Wilcox et al., 2004). De hecho, las personas que perciben esta clase de acontecimientos tan negativos como externos a ellos, susceptibles de modificarse y limitados a un único ámbito de su vida (sin generalizarlos), se relacionan con respuestas más adaptativas (Marriot et al., 2014). Por el contrario, se ha visto que aquellas personas que se atribuyen las causas del abuso a sí mismas, presentan un peor ajuste psicológico. Sin embargo, es curioso cómo muchos de los supervivientes, a pesar de ser conscientes de que aquello que vivieron en su infancia estuvo mal, encuentran razones para seguir culpándose a sí mismos. Esto podría ser un intento de adquirir cierto control sobre su experiencia pasada para, tratar de evitar situaciones similares en un futuro. Sin embargo, aunque asumir la responsabilidad en cierto tipo de acontecimientos puede ser adaptativo, no lo es en casos de abuso sexual, en los que se suele asociar la auto-inculpación con mayor malestar psicológico (Filipas y Ullman, 2006).

Estrechamente vinculado con lo anterior, se encuentra el locus de control: la sensación de auto-gobierno, de dirigir la propia vida, así como asumir la responsabilidad del proceso de recuperación, dejando de lado el rol de víctima, también se relacionan con un mejor funcionamiento posterior (Bogar y Hullse-Killacky, 2006; Kaye-Tzadok y Davison-Arad, 2016). De hecho, el empleo del término supervivientes para referirse a las personas que han sufrido una experiencia de ASI, no sólo es importante, sino también conveniente, pues hace alusión a la capacidad de superar esta clase de situaciones, en lugar de referirnos a ellas como víctimas pasivas de las circunstancias (Mebarak et al., 2010).

En este sentido, algunos autores proponen intervenciones basadas en entrenar y fomentar la autonomía, el control o dominio y la auto-determinación entre los individuos que han pasado por una experiencia de ASI (Marriot et al., 2014). Sin embargo, hay que tener en cuenta que, un locus de control interno demasiado fuerte, o excesivo, tampoco es beneficioso, pues podría favorecer el que los sujetos se culpen de lo ocurrido, se atribuyan la responsabilidad del abuso, lo que se relaciona con respuestas más desadaptativas en la adultez (Walsh et al., 2007).

Por otro lado, las creencias espirituales de las personas también aparecen como una de las variables relacionadas con el desarrollo de resiliencia. Estas creencias pueden cumplir distintas funciones: por ejemplo, mientras que, para algunos, su fe en Dios les proporcionó sentimientos de protección y aceptación total e incondicional a pesar de los abusos sufridos, a otros les ayudó a integrarlos y darles significado (Bogar y Hullse-Killacky, 2006). Por otro lado, los grupos religiosos pueden proporcionar una importante fuente de apoyo, haciendo que las personas se sientan parte de una comunidad más amplia, tener un lugar donde sentirse aceptados, comprendidos y escuchados (Marriot et al., 2014). Además, las creencias religiosas parecen motivar el perdón (hacia uno mismo, hacia el agresor y, a veces también hacia la familia), elemento que, según algunos estudios, es fundamental para lograr un cierre al pasado abusivo y poder convertirse en adultos resilientes (Ben-David y Jonson-Reid, 2017; Bogar y Hullse-Killacky, 2006)

Por último, muchos supervivientes de ASI hablan de la importancia de tener esperanza, entendida como la capacidad de mirar hacia delante, hacia el futuro, de percibir la posibilidad de cambio (Ben-David y Jonson-Reid, 2017; Kaye-Tzadok y Davison-Arad, 2016; Phanichrat y Townshend, 2010). En este sentido, un estudio llevado a cabo por Quiceno et al., (2013) encuentra relación entre tener una orientación positiva hacia el futuro y una mejor calidad de vida (bienestar psicológico y autoestima), en una muestra de adolescentes víctimas de abusos sexuales. Estos autores concluyen que el ajuste psicológico de los sujetos se ve influido por el hecho de tener metas y perspectivas a largo plazo, así como una visión optimista del futuro. Cabe añadir que, si bien es necesario que las víctimas tengan esperanza en su proceso de recuperación, también lo es el que los profesionales de la salud mantengan esta visión, para poder transmitirla y potenciarla a través de la práctica terapéutica (Bogar y Hullse-Killacky, 2006; Crete y Singh, 2015).

4.1. El papel de las relaciones

A pesar de la enorme importancia de estudiar y trabajar los recursos internos de la persona, no se deben dejar de lado la influencia de factores externos, desde los cuales también se puede impulsar la resiliencia (Marriot et al., 2014). Muchos estudios hablan de la importancia de las relaciones en el proceso de recuperación de las víctimas de abuso, destacando el papel del apoyo social y familiar (Crete y Singh, 2015; Hitter et al., 2017). Éste suele relacionarse con una mejor adaptación y parece fomentar sentimientos de valía hacia uno mismo, ayudando a aquellos que han atravesado una experiencia de abuso, a percibirse como personas que merecen la pena (Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Walsh et al., 2010). En general, la mera presencia del apoyo social puede considerarse como amortiguador de los efectos de la experiencia abusiva. Al mismo tiempo, constituye una forma activa que tienen los sujetos para afrontar el impacto del ASI:

Como ya se ha comentado, las reacciones sociales ante la revelación del abuso tienen un papel decisivo en la adaptación de los sujetos (Ben-David y Jonson-Reid, 2017; Walsh et al., 2010). Pereda y Sicilia (2017) proponen dos tipos de respuestas que contribuyen al bienestar de los supervivientes de ASI: el apoyo emocional y el ofrecimiento de ayuda e información, ya que los hace sentirse escuchados y tenidos en cuenta.

El ambiente familiar también parece tener gran importancia en el proceso de recuperación del abuso sexual infantil (Marriot et al., 2014). En primer lugar, la estabilidad del entorno familiar, caracterizada por la unión y el apoyo entre los miembros, la presencia consistente de al menos uno de los progenitores o cuidadores, así como pocos cambios (de casa o de colegio, por ejemplo), se asocian con una mejor adaptación de las víctimas de ASI. Además, las familias que fomentan la expresión emocional, la orientación hacia el logro y la participación en actividades de ocio, se relacionan con el bienestar psicológico de las víctimas de abusos sexuales, siendo más resistentes a la ansiedad y presentando mayor autoestima (Cortés et al., 2011; Marriot et al., 2014).

Como estrategia de afrontamiento, la búsqueda de apoyo y soporte emocional, parece ser una de las más eficaces y beneficiosas entre las víctimas de abuso (Ben-David y Jonson-Reid, 2017; Phanichrat y Townshend, 2010). La revisión de estudios llevada a cabo por Marriot et al. (2014) señala que el establecimiento de relaciones sociales de confianza, permite a los individuos compartir y aliviar parte del dolor emocional que soportan a raíz de su experiencia pasada. Por su parte, Crete y Singh (2015) muestran

cómo el hecho de establecer relaciones estables y significativas con sus parejas, permitió a los supervivientes del ASI trabajar aspectos como la confianza interpersonal y la expresión de emociones profundas, teniendo que enfrentarse a miedos como mostrar su vulnerabilidad o la posibilidad de sentirse juzgados. Pero, como en toda relación, el papel del otro es fundamental. Los resultados de este estudio indican que una actitud ante el abuso libre de juicios y críticas y basada en la admiración, más que en la victimización, se relaciona con una mayor resiliencia. Además, el hecho de mostrarse involucrados con la narración del abuso, desde una escucha activa, aceptación y apoyo emocional, parece contribuir al desarrollo de sentimientos de valía en los supervivientes de ASI. En definitiva, el rol de la familia y los amigos y, en general, del apoyo social, parece fundamental a la hora de hacer frente y manejar las demandas generadas tras los abusos que tuvieron lugar en la infancia (Hitter et al., 2017; Wilcox et al., 2004).

En este sentido, las habilidades interpersonales favorecen esta búsqueda y establecimiento de relaciones sociales. Según Bogar y Hullse-Killacky, (2006), las supervivientes de ASI que se definían a sí mismas como capaces de entablar conversaciones con facilidad, de expresar sus emociones, mostrarse asertivas y con una mentalidad independiente, presentaban más facilidad para establecer relaciones e interacciones positivas y efectivas con los demás.

Finalmente, resulta necesario señalar que, al ser prácticamente imposible erradicar un problema como el ASI, es importante seguir investigando sobre aquellas variables y procesos que parecen contribuir al bienestar psicológico de las víctimas, con el objetivo de minimizar y/o evitar las potenciales consecuencias que, un acontecimiento de tan grandes dimensiones, puede llegar a tener sobre todos los que lo sufren (Cantón-Cortés y Justicia, 2008).

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Ya se han comentado algunas cuestiones que destacan la importancia de atender a un asunto tan grave como es el abuso sexual infantil. Su enorme incidencia, el desconocimiento que, por lo general, se tiene sobre el tema y las dificultades en cuanto a su detección y diagnóstico, convierten al ASI en un problema prácticamente imposible de erradicar. Además, a todo esto, se le suma el hecho de que constituye un factor de riesgo para el desarrollo de devastadoras consecuencias que, en el peor de los casos, pueden deteriorar la salud de los individuos para el resto de sus vidas.

Ante la imposibilidad de intervenir sobre la experiencia pasada, sólo quedaría el trabajo con las víctimas y el entorno que las rodea. Ya se han mencionado los beneficios que conlleva conocer las potenciales consecuencias de esta clase de acontecimientos: por un lado, permite a los profesionales de la salud, anticiparse a las necesidades de las personas cuando éstas acuden en busca de ayuda, y por otro, les da herramientas para sospechar de la posibilidad de encontrarse ante casos de ASI que no han sido revelados (Hornor, 2010; López et al., 2017).

Sin embargo, además de intervenir para paliar o eliminar las consecuencias que ya han sido desarrolladas, también es importante investigar y entender cómo aquellos individuos que han sobrevivido a experiencias abusivas durante su infancia, han vivenciado su proceso de recuperación, para poder potenciarlo y promoverlo a través de la práctica clínica: qué ha supuesto para ellos y qué les ha ayudado en su camino para convertirse en adultos resilientes.

También se ha visto la gran relevancia que los estudios otorgan a las variables cognitivas, en especial a las habilidades de afrontamiento. Sin embargo, llegar a un acuerdo sobre qué estrategias resultan más beneficiosas a largo plazo, es difícil: cada individuo es distinto, como también lo son las circunstancias y experiencias han tenido que atravesar. Esto explicaría, en parte, por qué no todas las estrategias de afrontamiento son igual de eficaces para todos los que las emplean. Por ello, aunque sería conveniente seguir investigando sobre qué estrategias parecen ser más beneficiosas en casos de ASI, y así, tener un marco de referencia desde el que actuar (Ben-David y Jonson-Reid, 2017; Walsh et al., 2017), quizá resultaría más efectivo cambiar aquellas que, se sabe, son claramente perjudiciales para la salud de los individuos, como sería el caso de las estrategias autodestructivas (consumo de sustancias), y buscar los recursos y estrategias que, para ella, puedan ser más útiles y adaptativos.

A pesar de todo, y en base a lo que afirman algunos autores (Ben-David y Jonson-Reid, 2017; Walsh et al., 2010), podría decirse que las estrategias de aproximación promueven una mayor adaptación y ajuste psicológico en la edad adulta: el auto-dialogo cognitivo, la búsqueda de sentido y significado, la aceptación de la experiencia abusiva, así como la búsqueda de apoyo social, mencionadas anteriormente, están orientadas a manejar los sentimientos y cogniciones generadas tras el abuso y parecen tener efectos positivos sobre la salud. Por el contrario, podría pensarse que las estrategias consistentes en focalizar y redirigir la energía a otros aspectos de la vida no relacionados con los

abusos, así como la creatividad, la educación y la competencia académica, se oponen a esta idea, al ser métodos que, a primera vista, parecen proporcionar a los individuos una salida, una forma de escapar del problema y todo lo que éste implica para ellos.

Sin embargo, el hecho de refocalizar la energía, más que una estrategia de afrontamiento, podría considerarse una ayuda paliativa: no está directamente relacionada con la experiencia del abuso, ni aborda de forma directa los problemas relacionados con éste, pero supone un respiro, cierta descarga de emoción y de energía, que permite a los sujetos minimizar la influencia que el abuso tiene sobre ellos. Aunque estas ayudas se suelen emplear en última instancia, quizá en los casos de ASI podría ser útil promoverlas incluso desde el principio. De esta forma, los individuos que han atravesado una experiencia tan devastadora, podrían encontrar otros intereses y aspectos con los que disfrutar, de modo que no estén constantemente contactando con los sentimientos tan negativos y desgastantes generados tras el abuso. Esto les ayudaría adoptar una visión más positiva, expectativas de cambio y cierta actitud de empoderamiento. Al mismo tiempo, podría ayudarles a encontrar un sentido y significado, no sólo a su experiencia pasada, sino a sus vidas en general, pues les permite adoptar una perspectiva del mundo más amplia y no tan centrada en el problema. Además, dependiendo de la forma en que las personas decidan gestionar dicha energía, estas ayudas podrían suponer una oportunidad para ampliar su red de apoyo social (por ejemplo, uniéndose a un equipo deportivo), factor muy importante en los casos de abuso.

Por su parte, la educación y la competencia académica, más que formas de hacer frente a la experiencia abusiva, podrían entenderse como variables protectoras de los efectos del ASI. Es decir, elementos que, si se dan, facilitan el proceso de recuperación de los individuos, ayudándoles a conformar metas a largo plazo y una orientación al futuro más realista. Sin embargo, no parece que haya mucho que hacer, desde un punto de vista clínico, en lo que respecta a las aptitudes o habilidades académicas, más allá de promoverlas y ayudar a mantenerlas.

En definitiva, en lo referente a las estrategias de afrontamiento, conocer y entender cómo los supervivientes de ASI han hecho frente a dicha experiencia, qué estrategias han sido beneficiosas, o por el contrario, perjudiciales, y cómo han logrado alcanzar una buena adaptación y ajuste psicológico en sus vidas, resulta útil a la hora de promover tratamientos más eficaces y adaptados para esta problemática (Filipas y Ullman, 2006; Phanichrat y Townshend, 2010; Wilcox et al., 2004).

Por otro lado, el abuso sexual infantil constituye una situación de la que el menor, a pesar de todos sus esfuerzos, se ve incapaz de escapar, no puede controlarla. Esto puede dar lugar a lo que se conoce como indefensión aprendida, estado que, en muchas ocasiones, se extiende hasta la edad adulta. Los individuos aprenden que no hay nada que puedan hacer para modificar estas situaciones. Es decir, su estilo atribucional se ve modulado de tal forma que perciben este tipo de acontecimientos como internos a ellos, estables en el tiempo y globales (extendidos a todos los ámbitos de sus vidas), imposibilitando cualquier intento por cambiar o salir de posibles situaciones negativas que se den en el futuro. Fruto de estas atribuciones, también se podrían entender mejor los fuertes sentimientos de culpa y vergüenza que experimentan muchas las víctimas de ASI, los cuales surgen cuando éstas se consideran a sí mismas responsables de los abusos. Todo esto hace que sea fundamental trabajar el estilo atribucional de los sujetos, para que aprendan a achacar esta clase de eventos tan negativos a causas externas (desplazando la responsabilidad al agresor), temporales (existe la posibilidad cambio) y limitadas a un único aspecto de sus vidas (el abuso no es toda su vida). A su vez, a partir de esta falta de control experimentada en la infancia, se comprende la relevancia de promover un locus de control interno: conseguir que las personas sean capaces de volver a tomar las riendas de sus vidas, que pasen de ser “víctimas” pasivas de las circunstancias a asumir el control y responsabilidad de su recuperación. A su vez, todo esto, reduciría el riesgo de revictimización.

Por otra parte, atendiendo a las enormes repercusiones que tiene el apoyo social, no sólo sobre los efectos del ASI, sino en general sobre la salud de las personas, y, teniendo en cuenta que es una de las principales áreas afectadas por las secuelas de esta problemática, podrían sugerirse distintas líneas de actuación en este ámbito. Por un lado, el entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en asertividad, ayudaría a estas personas a ampliar su red social (en caso de que fuese necesario), y al mismo tiempo, a que las relaciones que construyan sean positivas y saludables, en las que se vean capaces de poner de manifiesto sus necesidades y se sientan seguros a la hora de compartir y hablar de sus sentimientos. Por otro lado, sería de gran utilidad trabajar el apoyo social percibido de las víctimas de ASI (Steine et al., 2017). En ocasiones, el problema se encuentra en el hecho de no saber pedir ayuda, de no hacer uso de su red social, más que en una falta real de apoyo. Probablemente esto se deba a la gran desconfianza en los demás generada a raíz de los abusos sufridos en la infancia.

Por las razones anteriormente comentadas, y en la línea de lo que sugieren algunos autores (Bogar y Hullse-Killacky, 2006; Crete y Singh, 2015), podría proponerse algún tipo de terapia grupal. El grupo supondría una oportunidad para compartir las experiencias y sentimientos generados tras los abusos en un entorno seguro, donde las personas se sientan apoyadas y acompañadas por otros que han vivido situaciones similares. Además, las experiencias de los demás, así como la forma que han tenido de superarlas, podrían servir de modelado para el resto de participantes. A este respecto, cabe comentar el papel de la espiritualidad en el proceso de recuperación de los supervivientes de ASI, pues, aunque a algunos les ayudó a integrar su experiencia abusiva, lo que muchos destacan es que les proporcionó un grupo, en este caso religioso, en el que sentirse aceptados e integrados. Es decir, las creencias espirituales parecen cumplir una doble función: por un lado, constituyen una forma de afrontar los abusos, y por otro, proporcionan un sentido de pertenencia y un medio para ampliar y/o fortalecer las relaciones sociales.

Como se puede observar, parece que todas estas variables se influyen y favorecen unas a otras (por ejemplo, involucrarse en actividades, puede ayudar a aumentar la red social). Sin embargo, parece importante resaltar la especial relevancia que juega la esperanza en el proceso de recuperación. De hecho, éste no sería posible si no se percibe ninguna posibilidad de cambio, de que las cosas mejoren. Para que haya movilización, ha de haber un mínimo de esperanza, de ilusión en el futuro. Por ello, desde la práctica terapéutica sería importante inculcar y fomentar una actitud positiva, así como motivación para alcanzar las metas que se propongan a largo plazo (Phanichrat y Townshend, 2010).

Finalmente, ya se ha dicho que el abuso sexual infantil es un problema cuyo impacto se extiende, no sólo a aquellos que lo sufren, sino también a sus allegados, y de forma más amplia, a la sociedad (Filipas y Ullman, 2006; Rodríguez-Cely, 2003). Por ello, se sugiere algún tipo de intervención con los familiares de las víctimas, por un lado, con el fin de que se sientan atendidos y escuchados durante el proceso, pero por otro, con el propósito de ayudarles a encontrar la mejor forma de apoyar y atender a las necesidades de las víctimas. Asimismo, esto podría fomentar el apoyo social percibido por las víctimas.

Para lograr una mayor concienciación en la sociedad acerca del ASI, se está implantando programas psicosociales y educativos en las escuelas y comunidades (Filipas y Ullman, 2006; Pereda y Sicilia, 2017). Con esto se pretende prevenir nuevos casos de abusos al dotar a los niños de recursos para poder detectar ciertas conductas anómalas en los adultos, u otros menores, y, de esta manera, oponerse y evitar posibles situaciones de riesgo. También da herramientas a aquellos adultos que están a cargo de menores, para poder identificar posibles señales o indicios de que éstos estén siendo víctimas de abusos sexuales. Además, constituyen una forma de reducir el estigma social que esta clase de sucesos tiene sobre sus implicados, que, además, les afecta de forma muy negativa a las víctimas, haciendo que no desvelen los abusos, y, por tanto, reduciendo las posibilidades de intervenir tempranamente.

En definitiva, a pesar de que el abuso sexual infantil constituye un problema prácticamente imposible de eliminar, existen muchas formas de actuar que permitirían, por un lado, reducir la incidencia de esta problemática, y por otro, contribuir a mejorar la calidad de vida de todas aquellas personas que han vivido una experiencia de tan grandes dimensiones y potencialmente devastadora.

6. REFERENCIAS

- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S. y Tonia, T. (2013). The current prevalence of Child Sexual Abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58, 469-483. doi: 10.1007/s00038-012-0426-1
- Ben-David, V. y Jonson-Reid, M. (2017). Resilience among adult survivors of childhood neglect: a missing piece in the resilience literature. *Children and Youth Services Review*, 78, 93-103. doi: 10.1016/j.chilyouth.2017.05.014
- Bogar, C.B. y Hulse-Killacky, D. (2006). Resiliency determinants and resiliency processes among female adult survivors of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Counseling & Development*, 84, 318-327. doi: 10.1002/j.1556-6678.2006.tb00411.x
- Cantón-Cortés, D., Cantón, J., Justicia, F. y Cortés, M.R. (2011). Un modelo de los efectos del Abuso Sexual Infantil sobre el estrés post-traumático: el rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación. *Psicothema*, 23(1), 66-73. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/727/72717207011.pdf>
- Cantón-Cortés, D. y Cortés, M.R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, 32(2), 552-561. doi: 10.6018/analesps.31.2.180771
- Cantón-Cortés, D. y Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*, 20(4), 509-515. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/727/72720400.pdf>
- Chavez-Ayala, R., Rivera-Rivera, L., Angeles-Llerenas, A., Díaz-Cerón, E., Allen-Leigh, B. y Lazcano-Ponce., E. (2009). Factores del Abuso Sexual en la niñez y la adolescencia en estudiantes de Morelos, México. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 506-514. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2009.v43n3/506-514/es>
- Cortés, M.R., Cantón-Cortés, D. y Cantón, J. (2011). Consecuencias a largo plazo del Abuso Sexual Infantil: papel de la naturaleza y continuidad del abuso y del ambiente familiar. *Psicología conductual*, 19(1), 41-56. Recuperado de: <https://search.proquest.com/openview/246384b40fd5a26c086cb0df76ae5e95/1?pq-origsite=gscholar&cbl=966333>
- Crete, G. y Singh, A. (2015). Resilience strategies of male survivors of Childhood Sexual Abuse and their female partners: a phenomenological inquiry. *Journal of Mental Health Counseling*, 37(4), 341-354. doi: 10.17744/mehc.37.4.05

- Davis, J.L. y Petretic-Jackson, P.A. (2000). The impact of Child Sexual Abuse on adult interpersonal functioning: a review and synthesis of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior*, 5(3), 291-328. doi: 10.1016/S1359-1789(99)00010-5
- Dube, S.R., Anda, R.F., Whitfield, C.L., Brown, D.W., Felitti, V.J., Dong, M., Giles, W.H. (2005). Long-term consequences of Childhood Sexual Abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(5), 430-438. doi: 10.1016/j.amepre.2005.01.015
- 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. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn/n43-44/06.pdf>
- Filipas, H. y Ullman, S. (2006). Child Sexual Abuse, coping responses, self-blame, posttraumatic stress disorder, and adult sexual revictimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(5), 652-672. doi: 10.1177/0886260506286879
- García-Piña, C.A., Loredó-Abdalá, A. y Gómez-Jiménez, M. (2009). Guía para la atención del Abuso Sexual Infantil. *Acta Pediátrica de México*, 30(2), 94-103. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/4236/423640316005.pdf>
- González, E., Orgaz, B. y López, F. (2012). La conducta sexual infantil como indicador de Abusos Sexuales: los criterios y sesgos de los profesionales. *Psicothema*, 24(3), 402-409. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/727/72723439010.pdf>
- Hitter, T., Adams, E.M. y Cahill, E.J. (2017). Positive sexual self-schemas of women survivors of Childhood Sexual Abuse. *The Counselling Psychologist*, 45(2), 266-293. doi: 10.1177/0011000017697194
- Honor, G. (2010). Child Sexual Abuse: consequences and implications. *Journal of Pediatric Health Care*, 24(6), 358-364. doi: 10.1016/j.pedhc.2009.07.003
- Kayke-Tzadok, A. y Davison-Arad, B. (2016). The contribution of cognitive strategies to the resilience of woman Survivors of Childhood Sexual Abuse and non-abused women. *Violence Against Women*, 23, 1-23. doi: 10.1177/1077801216652506
- López, S., Faro, C., Lopetegui, L., Pujol-Ribera, E., Monteagudo, M., Cobo, J., Fernández, M.I., y Grupo de Investigación en salud Sexual y Reproductiva de Cataluña. (2017). Impacto del Abuso Sexual durante la infancia-adolescencia en las relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 210-219. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.05.010

- Maniglio, R. (2009). The impact of Child Sexual Abuse on health: a systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29, 647-657. doi: 10.1016/j.cpr.2009.08.003
- Marriot, C., Hamilton-Giachritsis, C. y Harrop, C. (2014). Factors promoting resilience following Childhood Sexual Abuse: a structured, narrative review of the literature. *Child Abuse Review*, 23, 17-34. doi:10.1002/car.2258
- Marty, C. y Carvajal, C. (2005). Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 43(3), 180-187. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v43n3/art02.pdf>
- Mebarak, M.R., Martínez, M.L., Sánchez-Herrera, A. y Lozano, J.E. (2010). Una revisión acerca de la sintomatología del Abuso Sexual Infantil. *Psicología desde el Caribe*, 25, 128-154. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21315106007>
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201. Recuperado de: file:///C:/Users/gloss_000/Downloads/77813509005.pdf
- Pereda, N. y Forns, M (2007). Prevalencia y características del Abuso Sexual Infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect*, 31, 417-426. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.08.010
- Pereda, N., Polo, P., Grau, N., Navales, N. y Martínez, M. (2007). Víctimas del abuso sexual en la infancia. Estudio descriptivo. *Revista d'estudis de la violència*, 1, 1-18. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/28141419>
- Pereda, N. y Sicilia, L. (2017). Reacciones sociales ante la revelación de Abuso Sexual Infantil y malestar psicológico en mujeres víctimas. *Psychosocial Intervention*, 26, 1131-138. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psi.2017.02.002>
- Phanichrat, T. y Townshend, J.M. (2010). Coping strategies used by survivors of Childhood Sexual Abuse in the journey to recovery. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19, 62-78. doi: 10.1080/10538710903485617
- Pool, A. (2006). Análisis desde el modelo traumatogénico de los indicadores gráficos asociados a agresiones sexuales infantiles en la prueba persona bajo la lluvia. *Psykhé*, 15(1), 45-55. doi: 10.4067/S0718-22282006000100004
- Quiceno, J.M., Mateus, J., Cardenas, M., Villareal, D. y Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(2), 107-117. Recuperado de: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.2.2013.12767>.

- Rodríguez-Cely, A.L. (2003). Intervención interdisciplinaria en casos de abuso sexual infantil. *Universitas Psychologica Bogotá*, 2(1), 57-70. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/647/64720108.pdf>
- Singh, M.M., Parsekar, S.S. y Nair, S.N. (2014). An epidemiological overview of Child Sexual Abuse. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 3(4), 430-43. doi: 10.4103/2249-4863.148139
- Steine, I.M, Winje, D., Skogen, J.C., Krystal, J.H., Milde, A.M., Bjorvatn, B., Nordhus, I.H., Gronli, J. y Pallesen, A. (2017). Posttraumatic symptom profiles among adult survivors of Childhood Sexual Abuse: A longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, 67, 280–293. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.03.002
- Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn, M.H., Euser, E.M. y Bakermans-Kranenburg, J. (2011). A global perspective on Child Sexual Abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101. doi: 10.1177/1077559511403920
- Walsh, K., Blaustein, M., Grant., W., Spinazzola, J. y van der Kolk, B. (2007). Resiliency factors in the relation between Childhood Sexual Abuse and adult sexual assault in college-age women. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16(1), 1-17. doi: 10.1300/J070v16n01_01
- Walsh, K., Fortier, M.A. y DiLillo., D. (2010). Adult coping with Childhood Sexual Abuse: a theoretical and empirical review. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 1-13. doi: 10.1016/j.avb.2009.06.009
- Wilcox, D.T., Richards, F. y O’Keeffe, Z.C. (2004). Resilience and risk factors associated with experiencing Childhood Sexual abuse. *Child Abuse Review*, 13, 338-352. doi: 10.1002/car.862
- Zinzow, H., Seth, P., Jackson, J., Niehaus, A. y Fitzgerald, M. (2010). Abuse and parental characteristics, attributions of blame, and psychological adjustment in adult survivors of Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19, 79-98. doi: 10.1080/10538710903485989