



Facultad de Psicología



TESIS DOCTORAL

**MALESTAR PSICOLÓGICO
EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS
VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL
Y OTROS ESTRESORES**

NOEMÍ PEREDA BELTRAN

Barcelona, abril de 2006

MARCO TEÓRICO

1. INTRODUCCIÓN: EL ABUSO SEXUAL INFANTIL COMO TIPOLOGÍA DE MALTRATO INFANTIL

1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El abuso sexual infantil no es un problema reciente. En mayor o menor medida, los malos tratos a la infancia son una constante histórica, que se produce en todas las culturas y sociedades y en cualquier estrato social (Casado, Díaz y Martínez, 1997; Walker, Bonner y Kaufman, 1988). No nos encontramos ante hechos aislados, esporádicos o lejanos, sino ante un problema universal y complejo, resultante de una interacción de factores individuales, familiares, sociales y culturales (Inglés, 1991; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000) que puede, incluso, llegar a desembocar en la muerte del niño (Finkelhor y Ormrod, 2001).

Si consideramos los diversos momentos históricos transcurridos en la sociedad occidental observamos que, ya desde la Antigüedad, cuando se sacrificaban niños y niñas con carácter ritual, o durante la Revolución Industrial, cuando niños y niñas trabajaban muy duramente largos períodos de tiempo, la vida y el bienestar del menor han estado muy poco valorados. La mayoría de datos históricos que poseemos sobre el respeto a la infancia y a sus necesidades, corroboran esta afirmación (Arruabarrena y De Paúl, 1999; Walker et al., 1988).

El primer caso documentado a nivel judicial de maltrato infantil es el de Mary Ellen Wilson, en los Estados Unidos, a finales del siglo XIX. Mary Ellen fue una niña de nueve años sometida a graves malos tratos por parte de su madre, y descubierta por una trabajadora de caridad. Este caso representó un conflicto legal en los Estados Unidos, debido a que no existía ninguna legislación aplicable que permitiera proteger a la infancia. Fue la Sociedad Protectora de Animales la que inició el proceso, recurriendo a la «Ley contra la crueldad hacia los animales», y amparándose en el argumento que la niña, como parte del reino animal, merecía tanta protección como uno de éstos (Díaz, Casado, García, Ruiz y Esteban, 1999; Simón, López y Linaza, 2000).

Hasta ese momento, el maltrato infantil era un problema desconocido por los profesionales, con las únicas aportaciones al respecto del médico forense Ambroise Tardieu (1860) y su descripción, basada en sus descubrimientos tanatológicos, de múltiples casos de malos tratos físicos, abuso sexual y negligencia (en Roche, Fortin, Labbé, Brown y Chadwick, 2005). Si bien existen publicaciones anteriores a Tardieu, en los primeros textos de pediatría, que describen lesiones en niños y niñas ocasionadas intencionadamente por sus cuidadores u otros adultos



(véase Labbé, 2005), la importancia de su trabajo fue su reconocimiento de la elevada frecuencia de situaciones de malos tratos en niños y niñas por parte de sus cuidadores, su descripción de las posibles consecuencias físicas y psicológicas de estas situaciones, así como su intento, en vano, de advertir a la comunidad médica de lo que él consideró, ya en su momento, un importante problema de salud pública.

Algunos años más tarde, el radiólogo pediátrico John Caffey (1946) publica su descubrimiento de niños con múltiples fracturas óseas y otras lesiones a nivel subdural, sin aparentes problemas de salud que las pudieran ocasionar, y lo relaciona con un posible origen traumático, a pesar de la negación de los padres. En 1953, otro radiólogo, Frederic N. Silverman, atribuye las fracturas denominadas «*espontáneas*», en menores con una estructura ósea normal, a traumatismos no accidentales causados por agresiones deliberadas o negligencia por parte de sus cuidadores. La deliberación en la comisión de estas lesiones forma parte de la definición actual de maltrato infantil.

No obstante, no es hasta 1962, con la aparición del artículo de Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller y Silver, «*The battered child syndrome*» cuando por primera vez en la historia se presenta el problema de la violencia hacia los niños bajo el término «*malos tratos*». El impacto de esta publicación contribuyó a la creación de leyes protectoras de la infancia y a importantes cambios en la visión profesional, y social, que existía sobre este tema. Hasta ese momento la violencia familiar era considerada un fenómeno poco frecuente, anormal y atribuido a personas con trastornos psicopatológicos o de una clase social determinada (Corsi, 1995).

Y no será hasta casi dos décadas después, en 1978, cuando Kempe vuelva a publicar un artículo revelador «*Sexual abuse, another hidden pediatric problem*», destacando el gran desconocimiento social y profesional sobre este problema.

Sigmund Freud, años antes (trad. 1981), ya había introducido en la etiología de la histeria, dentro de su teoría de la seducción, la experiencia de abuso sexual en la infancia, destacando la alta frecuencia con la que parecía producirse («*me parece indudable que nuestros hijos se hallan más expuestos a ataques sexuales de lo que la escasa previsión de los padres hace suponer*», p. 308), así como sus posteriores efectos negativos. Parece ser que el propio Freud se basó en las publicaciones de Tardieu para desarrollar este tema (en Labbé, 2005), anticipando las dudas que estas afirmaciones podían producir en la sociedad y asegurando que, en muchos casos, los incrédulos justificarían tales afirmaciones como sugerencias inducidas por el médico o puras fantasías e invenciones de la víctima, así como afirmarían que por tratarse de sujetos cuya sexualidad aún no estaba desarrollada, los sucesos no presentarían efecto alguno sobre su persona.

Sin embargo, posteriormente (en Breger, 2001), Freud abandona la teoría de la seducción y atribuye, en la teoría de los impulsos y la sexualidad infantil así como, especialmente, en la concepción del complejo de Edipo, el relato de estas experiencias a la fantasía destinada a



encubrir la actividad autoerótica y los propios impulsos sexuales de los niños. Algunos autores, no obstante, relacionan este cambio de pensamiento con las críticas que la teoría de la seducción suscitó en sus colegas y en la sociedad de la época (en Browning y Lauman, 2001) e incluso con la relación de Freud con sus propios padres (Supino-Viterbo, 2001).

Esta visión del menor como seductor e iniciador de la relación sexual con el adulto es corroborada por otros estudios de la época como el presentado por Bender y Blau (1937), quienes, tras su observación de un grupo de menores que habían mantenido relaciones sexuales con adultos, concluyen que estos niños y niñas presentaban un rol activo en la relación sexual con el adulto y que, en ningún caso, desarrollaban psicopatología, sino una gran satisfacción y enriquecimiento como resultado de esa relación.

Años más tarde, Kinsey, Pomeroy, Martin y Gebhard (1953) publicarían una investigación presentando unos elevados porcentajes de prevalencia de este problema en las mujeres norteamericanas; si bien, algunas de sus ideas y conclusiones minusvaloraron los posibles efectos de los abusos sexuales en la infancia.

Una de las razones del tardío reconocimiento del maltrato infantil y, dentro de éste, del abuso sexual infantil, como problema es que el concepto de la infancia como un período de la vida diferenciado, con derechos propios, ha sido consecuencia de una evolución lenta y progresiva respecto a los valores acerca de lo que es y debe ser el niño, sus características y necesidades. La consideración de los hijos como propiedad y posesión de los padres, e incluso la disposición de la persona del menor por parte de otras personas o instituciones, han llevado a justificar las agresiones hacia la infancia como métodos aceptables de disciplina (Díaz et al., 1999; Simón et al., 2000; Walker et al., 1988).

Esta evolución culmina en el siglo XX con el desarrollo de diversas legislaciones referentes a los derechos de los niños, tanto a nivel nacional como internacional, incluyendo el concepto de maltrato y su tratamiento como problema. Entre ellas, destaca la Convención de los Derechos de los Niños de las Naciones Unidas de 1989, ratificada por España y publicada en el B.O.E. n° 313 de 31 de diciembre de 1991.

La Convención reconoce a todos los niños y niñas como sujetos de derecho, definiendo la infancia como *«todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad»* (Art. 1). La Convención ampara y defiende el derecho a ser niño, basándose en la necesidad de poder disfrutar la infancia cuando corresponde para poder llegar a ser un buen adulto (Cots, 1993).

El artículo 19 considera malos tratos *«toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo»*, así como establece la obligación que asumen los Estados que ratifiquen la Convención de proteger a los niños de estos malos tratos.



Más específicamente relacionado con la agresión sexual a la infancia, el artículo 34 establece que «*todos los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abusos sexuales*», e incluye la explotación del niño en la prostitución, espectáculos o materiales pornográficos u otras prácticas sexuales ilegales. El artículo 39, por su parte, exige la adopción de las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica, así como la reintegración social, de todo niño y niña víctima de abandono, explotación o abuso (Cots, 1993).

A nivel estatal, actualmente tanto la Constitución española como el Código Civil mencionan de forma explícita la protección a la infancia, así como la obligación de comunicar a la autoridad competente aquellos casos de malos tratos de los que se tenga conocimiento (Díaz, Casado, García, Ruiz y Esteban, 2000a).

El abuso sexual infantil ha sido una de las tipologías de maltrato más tardíamente estudiada. La investigación sobre maltrato infantil se inició focalizándose en el análisis de los malos tratos de tipo físico (Arrubarrena y De Paúl, 1999; Cots, 1993). No obstante, cuando se abusa sexualmente de un niño no sólo hay un daño físico, sino que generalmente existe también una secuela psicológica. Debido a la ausencia, en numerosas ocasiones, de un daño físico visible, así como a la no existencia de un conjunto de síntomas psicológicos que permitan su detección y diagnóstico unívoco, el abuso sexual infantil ha sido una tipología difícil de estudiar (Simón et al., 2000). Por otro lado, se añaden las dificultades relacionadas con el tabú del sexo y, en especial, al relacionar éste con infancia, así como el escándalo social que implica su reconocimiento (Brilleslijper y Baartman, 2000; Díaz, Casado, García, Ruiz y Esteban, 2000b).

El descubrimiento del abuso sexual infantil como maltrato frecuente y con importantes y perdurables efectos psicológicos, tanto a corto como a largo plazo, ha dado lugar en la última década a un notable crecimiento de los estudios sobre este tema tanto a nivel nacional como internacional (Cerezo, 1992; López, Carpintero, Hernández, Martín y Fuertes, 1995; López, Hernández, y Carpintero, 1995). Si bien en países como Estados Unidos el estudio de este tema se inició hace ya algunos años (Finkelhor, 1994; Kempe, 1978; Wolfe y Birt, 1997), en nuestro país, el aislamiento sociopolítico y el escaso desarrollo de los sistemas de protección social durante el período de la dictadura, han producido un retraso en el estudio de este tema y, sobre todo, en el conocimiento y la sensibilización social al respecto (Arrubarrena y De Paúl, 1999). No obstante, durante la última década han surgido importantes estudios que han favorecido el avance del conocimiento sobre este problema, así como el establecimiento de datos nacionales que han permitido la comparación con el resto de países occidentales. Este creciente interés tanto a nivel profesional como en los medios de comunicación, ha provocado un mayor conocimiento del problema y una mayor sensibilidad social al respecto (Casado et al., 1997; Cerezo, 1992; Díaz et al., 2000b; De Paúl, 1988; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

2. DEFINICIÓN Y TIPOLOGÍA: MALTRATO Y ABUSO SEXUAL INFANTIL

2.1. MALTRATO INFANTIL

2.1.1 Definición

Una de las cuestiones a resaltar en el estudio del maltrato y, específicamente, del abuso infantil, es la dificultad de su definición (Bradley y Lindsay, 1987; Palacios, Moreno y Jiménez, 1995). No existe una definición unificada y reconocida de malos tratos y por tanto los investigadores suelen acogerse, e incluso, en muchos casos, llegan a establecer, aquella que mejor les funciona para los objetivos de sus estudios (para una revisión de este tema véase Manly, 2005).

Esta multiplicidad de definiciones influye en todas las áreas de estudio del maltrato e imposibilita un entendimiento entre los diversos investigadores, así como realizar comparaciones entre diferentes estudios (Shelley, 2001). Las variadas áreas profesionales desde las que se ha considerado el problema (e.g., médica, psicológica, jurídica), así como los diversos intereses de aplicación de los conceptos adoptados (Inglés, 2000), han sido algunas de las causas que han generado esta diversidad de definiciones. Por otro lado, en la definición de maltrato infantil intervienen factores de índole cultural que inciden en la consideración y evaluación de la magnitud de determinadas conductas (Arruabarrena y De Paúl, 1999; Simón et al., 2000). Es muy difícil establecer los límites o la línea divisoria que separa el maltrato del trato adecuado, ya que esta división se basa en un continuum de conductas y no en categorías independientes (Alonso, Creus, Domingo, Estany, Lema, Martínez et al. 1996; Straus, Larzelere y Rosemond, 1994; Whipple y Richey, 1997).

Para Costa, Morales y Juste (1995) el *juicio social* que se establece para valorar una determinada práctica de crianza como maltratante se configura a partir de dos variables dinámicas y en constante relación:

- los conocimientos científicos respecto al crecimiento, desarrollo y necesidades evolutivas de la infancia
- las creencias, valores y criterios sociales que se expresan a través de normas explícitas e implícitas en relación a lo que han de ser los cuidados y la atención que deben proporcionarse a los menores.

En este aspecto, cuanto más avanza la investigación respecto a las necesidades de la infancia, más se desarrolla una cultura que valora y tiene en cuenta las necesidades y derechos de los niños y niñas. Al mismo tiempo, cuanto más se difunde una cultura que valora



positivamente y respeta los derechos de los niños y niñas, más se impulsa la investigación y el estudio sobre las necesidades de la infancia.

La Figura 2.1. ilustra esta doble perspectiva.

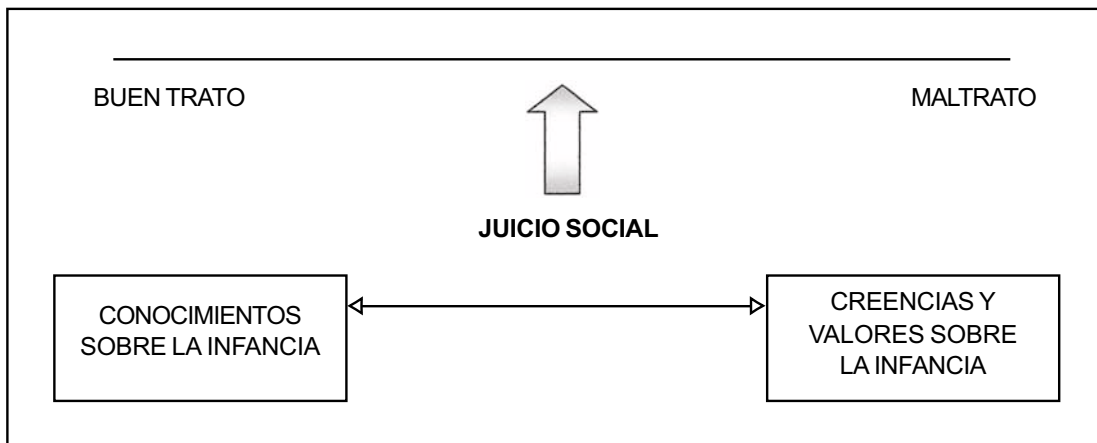


Figura 2.1. Perspectiva histórico-cultural del maltrato (adaptado de Costa et al., 1995).

Por su parte, Bradley y Lindsay (1987) indican que algunos estudios se han centrado en la existencia de lesiones físicas o psicológicas observables en el menor como criterio para considerar una situación como malos tratos. Sin embargo, son diversos los autores que sugieren que es preferible utilizar un continuum, que incluya también posibles conductas o situaciones de riesgo, que una categorización dicotómica, con el fin de poder intervenir preventivamente sobre estos contextos de riesgo (Wolfe y McEachran, 1997). Diversos autores han remarcado la necesidad de alcanzar unos criterios nosológicos claros que permitan el correcto diagnóstico y la clasificación de las víctimas de maltrato de una forma similar al sistema establecido por el DSM para las entidades psicopatológicas (Jiménez, Moreno, Oliva, Palacios y Saldaña, 1995).

Kempe y colaboradores, en 1962 inician la definición del maltrato infantil considerándolo «*una condición clínica de aquellos niños que han sido maltratados físicamente de forma severa, generalmente por sus padres o cuidadores*». Estos autores únicamente se centraron en el estudio del maltrato físico e intrafamiliar, excluyendo de su definición otras tipologías.

Posteriormente, el National Center of Child Abuse and Neglect (1981) considera que «*un niño maltratado es aquél al que se le ha dañado el bienestar físico o mental, o existe la amenaza de hacerlo, con actos u omisiones de sus padres u otras personas responsables de su atención*». Esta definición se centra en las consecuencias del maltrato (el propio daño causado), e incluye todas sus posibles tipologías, así como añade el criterio de riesgo o amenaza (en Inglés, 2000).

Finkelhor y Korbin (1988), teniendo en cuenta las discrepancias en las definiciones de maltrato infantil existentes entre los diversos países, presentan diversos factores de índole cultural que pueden influir en estas diferencias. No obstante, defienden que el maltrato infantil, pese a verse influido por variaciones culturales, no es un problema relativo culturalmente, sino que existen estándares absolutos a nivel internacional, independientemente de las normas culturales locales. Ellos definen el maltrato infantil como *«el daño causado a un niño que resulta de una acción humana proscrita, próxima y evitable»*. Con esta definición excluyen de la definición de maltrato todo aquel daño causado a un niño por causas naturales (no por acciones humanas), aprobadas socialmente (como una intervención quirúrgica) o ante las cuales no hay otra solución posible (por ejemplo, no atender al niño médicamente cuando no existen los medios para atender esa enfermedad en su cultura). La proximidad se refiere a que el maltrato se caracteriza por su realización cercana y directa sobre el niño (agresión física, abuso sexual), si bien algunos actos no tan próximos al menor pueden ocasionarle un daño directo (por ejemplo, la ausencia de leyes que impidan la explotación laboral del niño en un determinado país) y ser también considerados malos tratos.

En nuestro país, Palacios y colaboradores (1995) defienden que las dificultades en la conceptualización del maltrato se deben, básicamente, a la heterogeneidad del problema. Esta heterogeneidad se refiere tanto al concepto (bajo éste se incluye una variedad de tipos y subtipos de malos tratos sobre los que no existe unanimidad), como a los criterios de clasificación (los malos tratos pueden considerarse en función de las intenciones, las consecuencias, el grado de certeza, etc.), a los enfoques profesionales relacionados (entre los que destacan el médico, legal, sociológico, psicológico, de investigación, entre otros), y a las causas y consecuencias, que han ido ampliándose a lo largo de las investigaciones. De este análisis, los autores extraen una definición sobre la que consideran existe un amplio consenso *«toda acción u omisión no accidental que amenaza o impide la seguridad de los menores de 18 años y la satisfacción de sus necesidades físicas y psicológicas básicas»* (Jiménez et al., 1995; Palacios et al., 1995). No obstante, otros autores (Inglés, 2000) han criticado esta definición por no ser suficientemente explícita con relación a los posibles agresores, y manifestando que su aplicación a situaciones reales es difícilmente objetivable.

De Paúl (1988), refiriéndose únicamente a los maltratos dentro del ámbito familiar, los define como *«cualquier acción u omisión, no accidental, por parte de los padres o cuidadores que compromete la satisfacción de las necesidades básicas (primarias físicas: alimentación, abrigo y protección contra el peligro) y socioemocionales (interacción, afecto, atención, estimulación, etc.)»*.

Otra definición desarrollada en nuestro país es la propuesta por la Associació Catalana per l'Infant Maltractat (en Inglés, 1995) que considera que *«un niño será maltratado cuando es objeto de violencia física, psíquica y/o sexual. También si sufre por la falta de atenciones por parte de*



las personas o instituciones de las que depende para su desarrollo». Recientemente, el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (Sanmartín, 2002) ha definido el maltrato infantil como «cualquier acción voluntariamente realizada (es decir, no accidental) que dañe o pueda dañar física, psíquica o sexualmente a un menor; o cualquier omisión de una acción que prive a un menor de la supervisión o de la atención necesarias para su bienestar o desarrollo». No obstante ambas definiciones vuelven a obviar la mención a los posibles agresores.

Una de las definiciones de maltrato más completa y utilizada en nuestro país es la propuesta por el Centre International de l'Enfance de París que considera maltrato infantil *«cualquier acto por acción, omisión o trato negligente, no accidental, realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto, y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo»*. Esta definición incluye tanto lo que se hace al niño (acción), como lo que no se le hace (omisión), o lo que se le hace de forma inadecuada (negligencia), incluyendo la privación de libertad y de derechos como posibles maltratos, así como la inclusión de las instituciones y la sociedad como posibles agresores (Díaz et al., 1999; Inglés, 2000).

Durante la última década diversos autores se han centrado en la perspectiva de la psicopatología del desarrollo, según la cual el desconocimiento del nivel de desarrollo del menor, por parte de la figura maltratadora, es el requisito básico para definir el maltrato infantil (Cicchetti y Toth, 1995). El cuidador debe adaptarse a las necesidades que requiere el nivel evolutivo del menor, y es en el incumplimiento de estas necesidades cuando se produce el maltrato. Por ejemplo, la vigilancia continua y la proximidad física son conductas que requiere un recién nacido, sin embargo el uso de esas mismas conductas con un adolescente sería considerado inadecuado e incluso, en casos extremos, podría definirse como maltrato.

De entre todas las definiciones expuestas se extraen aquellos referentes que debe tener la definición de maltrato infantil y que, resumidos, son:

- Forma que adoptan los malos tratos: es necesario referirse tanto a las acciones, como a las omisiones de conducta, o negligencia.*
- Víctima menor de 18 años, con la excepción que haya conseguido antes, en virtud de la ley que le sea aplicable, la mayoría de edad legal.*
- Posibles agresores (deben incluir todos los casos): padres, cuidadores o cualquier otro individuo, instituciones, y normas y reglas sociales.*
- Intencionalidad del maltrato: aquellas acciones no intencionadas, accidentales, deben excluirse.*
- Consecuencias del maltrato para la víctima, incluyendo tanto el daño real como el potencial: reducción del bienestar infantil, amenaza a las necesidades físicas y psicológicas, interferencia en el óptimo desarrollo del niño, posibles secuelas a largo plazo (véase Figura 2.2).*

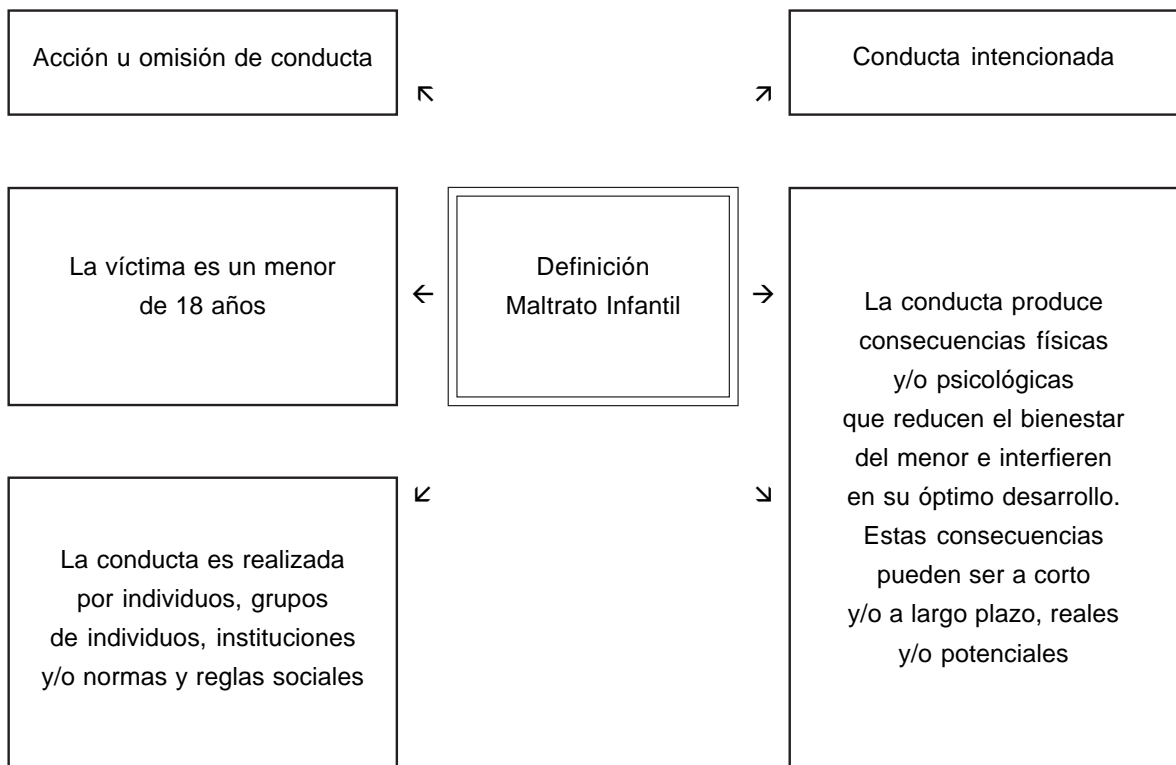


Figura 2.2. Definición de maltrato infantil

2.1.2. Tipología

No existe una única tipología de malos tratos infantiles. Según la definición que tomemos como referente, obtendremos unas u otras tipologías, más o menos amplias. En todas ellas encontramos similitudes en lo referente a las tipologías principales, sin embargo, las múltiples diferencias en las subtipologías y la inclusión o no de unas u otras conductas como malos tratos según los autores, dificultan enormemente la detección de los casos, así como imposibilitan planes de actuación preventiva aplicables a nivel nacional. Destaca, no obstante, la importancia de la diferenciación entre tipos de malos tratos puesto que algunos estudios constatan la existencia de diferentes consecuencias psicológicas asociadas a cada uno de ellos (Desbiens y Gagné, 2001).

Una de las tipologías más utilizada es aquella que organiza los malos tratos infantiles en torno a dos grandes dimensiones: activo-pasivo y físico-emocional (Arrubarrena y De Paúl, 1999; Arrubarrena, De Paúl y Torres, 1996; De Paúl, 1988; Gómez, 1997; Simón et al., 2000). Como aparecía en el apartado anterior, el maltrato activo implica una acción del agresor (física o psicológica), que causa un daño al menor, o lo coloca en situación de grave riesgo de padecerlo. Por otro lado, el maltrato pasivo-negligencia se refiere a la omisión de acciones necesarias para el bienestar del menor.



Tabla 2.1. Tipologías de malos tratos infantiles

MALTRATO	ACTIVO	PASIVO
FÍSICO	Abuso físico Abuso sexual	Abandono físico (o negligencia física)
EMOCIONAL	Abuso emocional	Abandono emocional (o negligencia emocional)

En este esquema, el abuso físico es definido como *«cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo»*. Por su parte, el abandono o negligencia física se define como *«aquella situación donde las necesidades físicas (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados médicos) y cognitivas básicas del menor no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño»*.

El abuso sexual, por su parte, se define como *«cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el niño»*. Éste, a su vez, puede dividirse en intrafamiliar, cuando el abusador es parte de la familia de la víctima y extrafamiliar, cuando el abuso es perpetrado por alguien ajeno a la familia de la víctima, pudiendo ser un conocido o un desconocido (Corsi, 1995).

El abuso emocional se refiere a la *«hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar»*. Finalmente, el abandono emocional es definido como la *«falta persistente de respuesta a las señales (llanto, sonrisa), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño y la falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable»*.

Díaz y colaboradores (1999), ampliando la tipología de malos tratos, añaden el maltrato prenatal (también denominado abuso fetal por otros autores; Kent, Laidlaw y Brockington, 1997), ya sea por acción u omisión, *«aquellas circunstancias de la vida de la madre, siempre que exista voluntariedad o negligencia, que influyan negativa y patológicamente en el embarazo y repercutan en el feto»* y el maltrato laboral activo *«utilización de niños para obtener beneficio económico, que implique explotación y el desempeño de cualquier trabajo que pueda*

entorpecer su educación o ser nocivo para su salud o desarrollo físico, mental, espiritual o social» o pasivo «no atender a las necesidades educativas del niño y de formación para la vida laboral». Finalmente, también añaden el maltrato institucional como tipología, si bien otros autores consideran las instituciones como posible agresor y no como tipología de malos tratos «cualquier legislación, programa, procedimiento, o actuación o negligencia de los poderes públicos o derivada de la actuación individual profesional que comporte abuso, detrimento de la salud, seguridad, estado emocional, bienestar físico, correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño y/o la infancia».

Otros autores han añadido otras tipologías, como Inglés (1991, 2000) y Jiménez y colaboradores (1995), quienes definen la corrupción como *«aquellas conductas de las personas que promueven en el niño pautas de conducta antisocial o desviada, particularmente en las áreas de la agresividad, la apropiación indebida, la sexualidad o el tráfico o el consumo de drogas»*. Inglés (1991, 2000) también incluye el sometimiento a drogas o fármacos, o Síndrome de Münchhausen por Poderes que, en muchos casos es incluido como subtipología de maltrato físico *«cuando se somete al niño a cualquier tipo de drogas o fármacos sin necesidad médica, que lo incapacita para el desarrollo de la autonomía, la resistencia, el control o perjudica a su salud»* (véase Meadow, 1977, 1982). Por otro lado, Inglés (1991, 2000) añade un tipo de maltrato infantil que suele formar parte de la tipología referida al abuso sexual o a la explotación laboral en otros autores, como es la explotación sexual cuando *«el niño es obligado o inducido al sometimiento sexual, como medio de explotación laboral. El sometimiento sexual también puede ser indirecto, como es el caso de la pornografía»*.

Jiménez y colaboradores (1995) consideran la diferenciación entre explotación laboral y mendicidad, refiriéndose esta última categoría a *«aquellas situaciones en las que el niño es utilizado habitual o esporádicamente para mendigar, o bien el niño ejerce la mendicidad por iniciativa propia»*.

López (1995) añade dos tipologías más de maltrato, el retraso no orgánico en el desarrollo, frecuentemente considerado una subtipología del maltrato emocional, activo o pasivo, y definido como *«aquellos casos en los que existen alteraciones en el desarrollo del niño sin que existan enfermedades orgánicas que las ocasionen. Estas alteraciones pueden manifestarse con un peso o estatura bajos o un retraso de la pubertad durante la infancia y en la adolescencia, que se recuperan en un ambiente con la atención y los cuidados adecuados»* (Casado et al., 1997; Simón et al., 2000); y la incapacidad para controlar y manejar de manera adaptativa la conducta del menor, también incluida por otros autores (De Paúl, Arrubarrena, Torres y Muñoz, 1995). Por otro lado, López (1995) relaciona las diversas tipologías de malos tratos basándose en las necesidades de la infancia, como se observa en la Tabla 2.2.



Tabla 2.2. Relación entre necesidades infantiles y maltrato (Simón et al., 2000)

Necesidades Físico-Biológicas:	Maltrato Físico
	Abandono o Negligencia Física
Necesidades Cognitivas:	Abandono o Negligencia Física
	Retraso No Orgánico en el Desarrollo
Necesidades Emocionales y Sociales:	Maltrato Emocional
	Abandono o Negligencia Emocional
	Abuso Sexual
	Explotación Laboral
	Corrupción
	Incapacidad para Controlar la Conducta del Menor

Además de la multiplicidad de tipologías presentadas, cada autor las suele dividir en subtipologías, como por ejemplo en el caso del maltrato físico y el síndrome del niño zarandeado (*shaken baby syndrome*) el cual se produce en bebés de pocos meses, al zarandearles la cabeza bruscamente hacia delante y hacia atrás, golpeando el cerebro contra las paredes del cráneo y provocando hemorragias y múltiples lesiones cerebrales (Casado et al., 1997; Díaz et al, 1999; Díaz et al., 2000a; Alonso et al., 1996); o bien el caso del abuso sexual, que puede ser categorizado como abuso sin contacto físico, con contacto físico, intrafamiliar, extrafamiliar, etc. (Díaz et al., 1999; Díaz et al., 2000b; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

Cabe añadir una categoría de maltrato recientemente considerada como es el *niño testigo de violencia doméstica*, definido como aquellos menores que presencian de forma habitual las agresiones de un progenitor, en la gran mayoría de casos el padre, hacia el otro. Son diversos los estudios que están investigando los efectos de este tipo de violencia o maltrato sobre el estado psicológico de los menores, destacando la sintomatología depresiva, la baja autoestima, el bajo rendimiento académico o la escasa competencia social como consecuencias frecuentes (Skopp, Jouriles, McDonald y Buzy, 2001; Street, Keehn, King, y King, 2001).

Cabe destacar, no obstante, que las víctimas de un único maltrato son muy poco frecuentes, siendo lo más común la combinación de diversos malos tratos como maltrato físico y sexual, maltrato emocional y negligencia física, etc. (Alonso et al., 1996; Inglés, 2000; Saldaña, Jiménez y Oliva, 1995). Este hecho también ha sido una de las causas que ha dificultado el poder establecer tipologías consensuadas, así como las secuelas específicas ocasionadas por uno u otro tipo de maltrato. Es por ello, que las tipologías no son, ni deben ser, mutuamente excluyentes, permitiendo la incidencia de más de un tipo de maltrato en cada caso individual.

En suma, en la Figura 2.3, se ofrece una clasificación de las diversas tipologías de malos tratos, elaborada a partir de la bibliografía precedente. Se ha dividido el maltrato infantil en tres grandes grupos, a diferencia de la clasificación tradicional entre maltrato físico y maltrato emocional. Se ha incluido el maltrato sexual debido a las conductas y consecuencias que implica, que pueden ser tanto físicas, como emocionales, y, especialmente, a la introducción del componente sexual como maltrato.

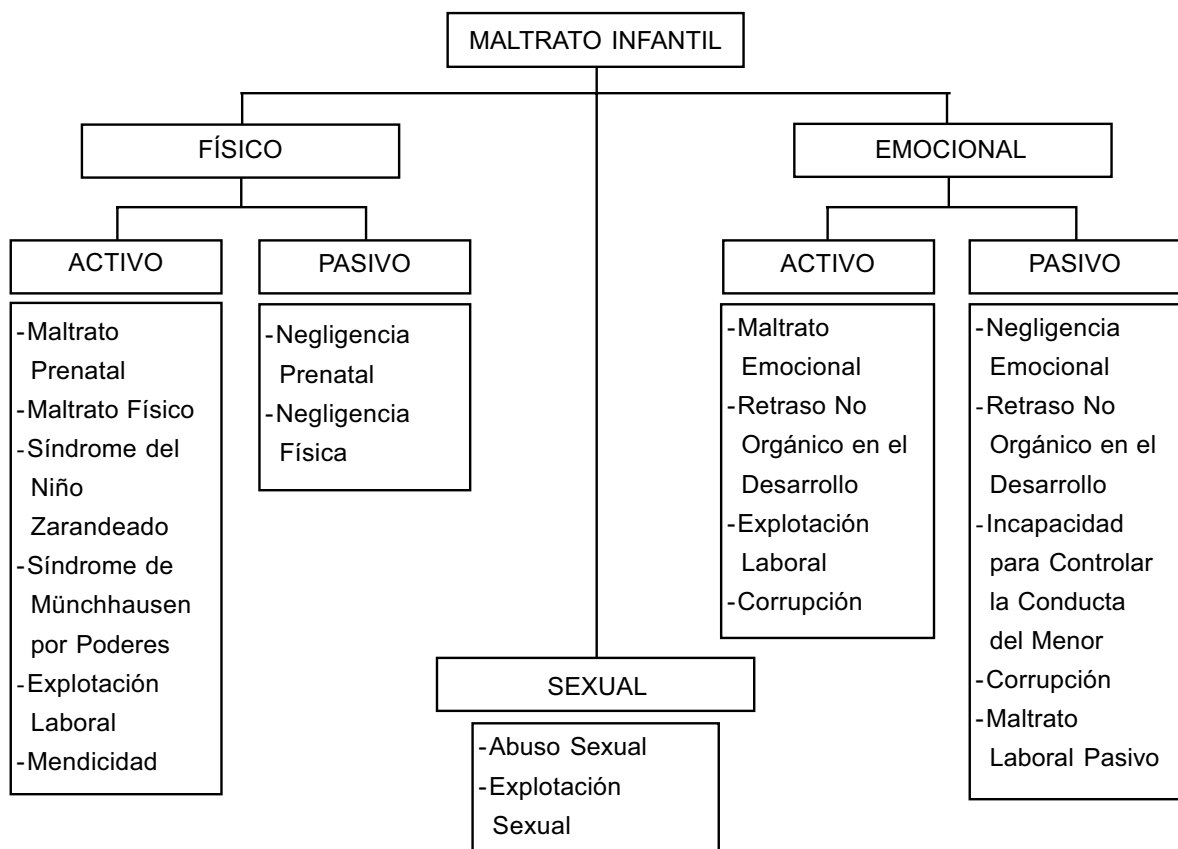


Figura 2.3. Tipologías de maltrato infantil



2.2. ABUSO SEXUAL INFANTIL

2.2.1. Definición y tipología

Las mismas dificultades que encontramos al definir el maltrato infantil se encuentran presentes al intentar elaborar una definición que unifique los diversos criterios utilizados por los autores para considerar una conducta o situación como abuso sexual infantil. Los autores discrepan en múltiples criterios como la edad límite del agresor, de la víctima, las conductas que pueden considerarse abuso sexual, etc. Por otro lado, según el sector profesional que tratemos se establecerán definiciones más amplias (profesionales de la salud) o más restrictivas (profesionales de la justicia). Además, desde el inicio de su estudio, la definición de abuso sexual ha ido variando y, en muchos casos, ampliándose para añadir nuevas conductas anteriormente no incluidas. Cabe añadir el efecto de la cultura en la definición de abuso sexual infantil, especialmente en países que no pertenecen a la corriente de pensamiento occidental (Stainton Rogers, Stainton, Musitu, 1994).

No obstante, encontrar una definición adecuada de abuso sexual resulta trascendente, ya que de dicha definición dependerán cuestiones de tanta importancia como la detección de los casos y las estimaciones estadísticas del problema, entre otros (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Wyatt y Peters, 1986).

2.2.1.1. *Ámbito Clínico y de Investigación*

Desde los profesionales de la salud, el primer autor en definir el abuso sexual fue Kempe (1978), considerándolo *«la participación de niños y/o adolescentes dependientes e inmaduros, en actividades sexuales que no están en condiciones de comprender, que son inapropiadas para su edad y su desarrollo psicosexual, para las que son incapaces de dar su consentimiento y que transgreden los tabúes y reglas familiares y sociales»*. Esta definición es únicamente una aproximación al problema y su capacidad para aplicarse a situaciones de abuso sexual real como método de detección es prácticamente nula. Sin embargo, propone como criterio para definir abuso sexual infantil, el hecho que la víctima no comprende totalmente el acto en el que está participando y, por lo tanto, no puede dar su consentimiento libremente. Este criterio se relaciona con la madurez evolutiva de la víctima y, posteriormente, ha sido delimitado por otros autores de forma más objetiva y cuantificable (Sosa y Capafons, 1996).

En nuestro país, la mayoría de autores siguen los criterios propuestos por Finkelhor y Hotaling (1984), y seguidos por López (1994) para definir el abuso sexual infantil. Los autores consideran que los abusos sexuales a menores deben ser definidos a partir de dos grandes conceptos, la coerción y la asimetría de edad.

La coerción se refiere al contacto sexual mantenido con un menor mediante el uso de la fuerza física, la amenaza, la presión, la autoridad o el engaño, y ha de ser considerada

criterio suficiente para etiquetar una conducta de abuso sexual, independientemente de la edad del agresor. Por su parte, la asimetría de edad impide la verdadera libertad de decisión del niño e imposibilita una actividad sexual compartida, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas muy diferentes (Cantón y Cortés, 2000; Casado et al., 1997; López, Carpintero et al., 1995). En este sentido, siempre que exista coerción, o asimetría de edad, o se den ambas condiciones entre una persona menor de edad y otro individuo, las conductas sexuales resultantes deberán ser consideradas abusivas. Por otra parte, la adopción de estos criterios tiene la ventaja de incluir las agresiones sexuales que cometen unos menores sobre otros y que en los últimos años parecen ser un problema frecuente (Sperry y Gilbert, 2005).

No obstante, aparecen dificultades al delimitar la diferencia de edad entre participantes, aunque la mayoría de especialistas, siguiendo las recomendaciones de Finkelhor y Hotaling (1984) consideran una diferencia de edad de cinco años cuando el menor tenga menos de 12, y de diez años si éste tiene entre 13 y 16 años (Díaz, et al., 2000a; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; López, 1994). Algunos autores, no obstante, consideran más relevante señalar la desigualdad madurativa entre el menor y una persona de mayor edad que la diferencia de edad en si misma (Díaz et al., 2000a; Sosa y Capafons, 1996).

Debido a estas dificultades, algunos autores añaden un tercer criterio para intentar definir el abuso sexual de forma completa y es el que considera el tipo de conductas sexuales realizadas (Jiménez et al., 1995; López, Hernández, et al., 1995). No obstante, las conductas que se consideran abuso sexual también han sido objeto de controversia. En ciertos estudios se incluyen tanto las conductas que implican contacto físico (caricias, masturbación, penetración), como aquellas que no implican directamente ese contacto (exhibicionismo, obligar al menor a presenciar actividades sexuales de otras personas, utilizar al menor para la producción de pornografía, etc.).

Sin embargo, otros estudios más restrictivos, únicamente definen abuso sexual como aquellas conductas que implican un contacto físico directo entre agresor y víctima.

Estudios recientes incluyen una nueva categoría dentro del abuso sexual sin contacto físico, como es la exposición involuntaria a material sexual en Internet (Mitchell, Finkelhor y Wolak, 2001). En este caso no existiría un agresor directo, sino que el menor, por sí solo, al utilizar Internet para chatear, buscar información o jugar, es expuesto de forma involuntaria a un material con escenas sexuales explícitas. Investigaciones realizadas por estos y otros autores (ECPAT, 2001) confirman su frecuencia, así como el malestar psicológico que esta exposición provoca en los menores analizados. Los autores abogan por el uso de software que bloquee o filtre este tipo de contenidos y por el control parental como métodos de prevención ante estas situaciones. No obstante, la eficacia de estos métodos no es total, defendiéndose la



necesidad de políticas reguladoras que permitan controlar la aparición espontánea de este tipo de materiales ante usuarios que no buscan esos contenidos.

En esta línea, otros estudios, como el reciente trabajo de Leander, Granhag y Christianson (2005), han analizado las características y efectos psicológicos de las llamadas telefónicas obscenas. Esta tipología de abuso sexual sin contacto físico parece conllevar un importante malestar psicológico en los menores, así como una tendencia a ocultar esta experiencia por sentimientos de incomodidad y vergüenza.

También es importante destacar la diferenciación existente entre abuso sexual infantil y explotación sexual (Inglés, 2000), refiriéndose esta última a aquellas situaciones en las que el menor es forzado, ya sea física o psicológicamente, a realizar actividades sexuales con adultos, implicando una utilización del niño en términos laborales, en la que interviene un móvil económico. Tradicionalmente, la explotación sexual infantil se ha estudiado en relación a aquellos países menos desarrollados pertenecientes a África, Asia y Centro y Sur América. Sin embargo, actualmente, se ha hecho patente la necesidad de tratar el tema también desde Europa y Norte América, puesto que en muchos casos son los ciudadanos de estos continentes los que, acuñando el término «*turismo sexual*», acuden a esos países a mantener relaciones sexuales con menores. Por otro lado, si bien en menor medida y con mayores dificultades para detectarlo, este tipo de explotación sexual también parece producirse en los países más desarrollados (ECPAT, 2004).

Por otro lado, algunos autores diferencian si el abuso sexual es intrafamiliar, también denominado incesto, y que se produce cuando «*el contacto físico sexual o el acto sexual es realizado por un pariente de consanguinidad (padre/madre, abuelo/abuela) o por un hermano/a, tío/a, sobrino/a. Se incluye también el contacto físico sexual con figuras adultas que estén cubriendo de manera estable el papel de figuras parentales*»; del abuso extrafamiliar, que se produce cuando hay contacto sexual entre un adulto y un niño exceptuando los casos señalados para el incesto (Arrubarrena et al., 1996; Fischer y McDonald, 1998).

En este sentido, a pesar de las divergencias que puedan encontrarse en las definiciones, existe un consenso general en los dos criterios necesarios para que una situación o conducta sea definida como abuso sexual infantil: la desigualdad entre agresor y víctima, ya sea en cuanto a edad, madurez o poder, y la utilización del menor como objeto sexual (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; López, Hernández, et al., 1995).

En línea con estas ideas, el National Center of Child Abuse and Neglect propuso, ya en 1978 la siguiente definición, considerando que se da abuso sexual «*en los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otras personas. El abuso sexual puede también ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando*

está (el agresor) en una posición de poder o control sobre otro menor» (en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000). Esta definición es ampliamente utilizada ya que permite incluir dentro del concepto de abuso sexual infantil, además de los contactos sexuales, las formas de explotación sexual (pornografía, prostitución infantil, etc.) y la presencia de conductas exhibicionistas (Casado et al., 1997).

2.2.1.2. *Ámbito Jurídico*

Dentro del ámbito jurídico, en el actual Código Penal (actualizado a septiembre de 1999) el abuso sexual se incluye dentro del libro segundo, título VIII, referido a los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales que, a su vez, se dividen en:

- agresiones sexuales (Art. 178-180): cuando en la realización de los actos contra la libertad o la indemnidad sexuales se produce violencia o intimidación, es decir, amenaza para la propia víctima o para otra persona vinculada a ella.

- abusos sexuales (Art. 181-183): cuando no se produce violencia ni intimidación, pero sí falta de consentimiento.

- acoso sexual (Art. 184): referido a las conductas de solicitud de favores sexuales, continuados o habituales, prevaleciendo de la superioridad en el ámbito de una relación laboral, docente o de prestación de servicios.

- exhibicionismo y provocación sexual (Art. 185-186): cuando se ejecutan o se hacen ejecutar a otra persona actos de exhibición obscena ante menores de edad o incapaces, o cuando se exhibe, vende o difunde material pornográfico ante éstos.

- prostitución y corrupción de menores (Art. 187-190): la inducción a la prostitución a menores o adultos, así como la utilización de menores o incapaces en espectáculos pornográficos y la posesión o difusión de material pornográfico que incluya a menores de edad o incapaces.

Dentro de las agresiones sexuales, el código reconoce como tipología diferenciada la violación (Art. 179), referida al acceso carnal en el que existe penetración vaginal, anal, bucal, o introducción de objetos. Por otro lado, se subrayan otros agravantes (incluidos en el Art. 180) que pueden ir variando las penas de prisión al agresor, como por ejemplo: cuando la violencia o intimidación ejercidas sean particularmente degradantes o vejatorias; cuando los hechos sean realizados por dos o más personas; cuando exista un relación de superioridad o parentesco entre la víctima y su agresor; o cuando el agresor utilice armas u otros medios susceptibles de producir heridas graves o la muerte. En relación específica a la agresión sexual a menores, uno de los agravantes penales considerados es el hecho que la víctima tenga menos de 13 años de edad en el momento de la agresión sexual.



Respecto a los abusos sexuales, la violación (Art. 182), entre otros, también se considera un agravante penal, así como cuando el consentimiento se obtenga prevaliéndose de una situación de superioridad o de engaño (Art. 181), especialmente en menores de entre 13 y 16 años (Art. 183). Sin embargo, se remarca que los actos sexuales cometidos bajo ninguna circunstancia se considerarán consentidos en menores de 13 años de edad (Art. 181 apdo. 2).

Por otra parte, la edad vulnerable de la víctima es también un agravante en el acoso sexual (Art. 184 apdo. 3). En relación con el exhibicionismo y la provocación sexual estos son únicamente delitos cuando se producen en menores de edad o incapaces. Finalmente, respecto a la prostitución y corrupción de menores, pese a incluir la posibilidad de estos delitos en adultos; se refuerza la gravedad de los actos cuando la víctima es un menor de edad (Art. 187, apdo. 1; Art. 188, apdo. 4; Art. 189).

Las dificultades, en muchos casos, de demostrar a nivel penal la existencia de este tipo de delitos sexuales a un menor hace que frecuentemente no exista una correspondencia entre el concepto clínico y el jurídico de este problema.

En la Figura 2.4 se describen las tipologías de maltrato sexual infantil, elaboradas a partir de la literatura revisada.

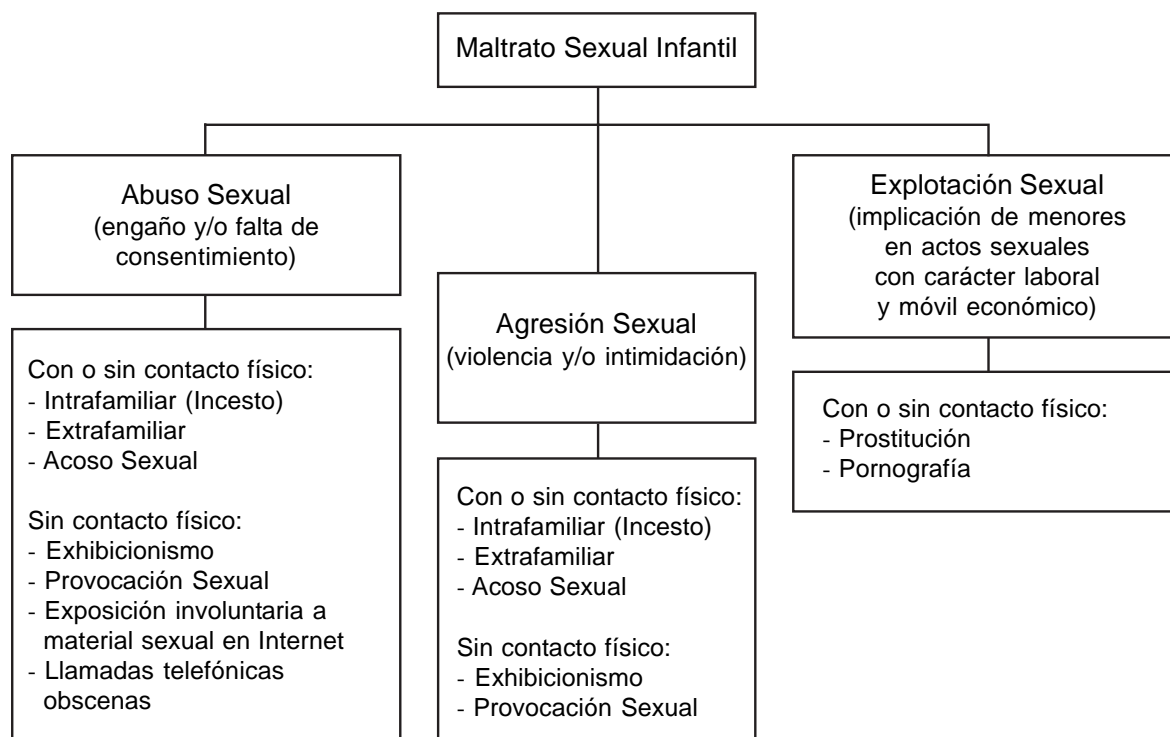


Figura 2.4. Tipología del maltrato sexual infantil

3. CREENCIAS ERRÓNEAS RESPECTO AL ABUSO SEXUAL INFANTIL

El tardío reconocimiento del abuso sexual infantil como problema, así como la ocultación de este tipo de situaciones y la falta de información sobre el tema, han provocado la existencia de múltiples falsas creencias o creencias erróneas respecto a la experiencia de abuso sexual en la infancia (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

3.1. ESTUDIO DE LÓPEZ (1994)

López en 1991 (López, 1994) realizó un estudio sobre abuso sexual infantil con una muestra representativa de la población española mediante muestreo aleatorio estratificado ($n = 1.821$) por comunidades autónomas y sexo. Uno de los objetivos de su trabajo era conocer las opiniones, creencias e información que la población española presentaba respecto al abuso sexual infantil. Como se observa en la Tabla 3.1, el estudio de López (1994) demostró que existían diversas falsas creencias respecto a este tema en nuestra sociedad. Los datos indicaron que hombres y mujeres difieren en sus creencias y opiniones al respecto, siendo en unos casos más realistas las mujeres y en otros los hombres.

El estudio constató que una gran parte de la sociedad española atribuye una grave patología a los agresores (aproximadamente un 72% de los entrevistados), la creencia de que si ocurriera en su entorno se enterarían (72,6%), así como suponer que si la madre de la víctima supiera lo que ocurre, lo denunciaría (76%). Tal como establecen López, Hernández y colaboradores (1995), sorprende la distancia existente entre la opinión de que estos casos deben denunciarse (mantenida por el 92,6% de la muestra), y la conducta real de denuncia (únicamente fueron denunciados el 12,3% de los casos detectados en el estudio). Los autores, no obstante, concluyen que la sociedad española presenta una visión bastante realista del abuso sexual infantil, sus dimensiones y sus efectos (López, Carpintero et al., 1995).

Las creencias erróneas referidas a que las víctimas pertenecen únicamente al sexo femenino, generalmente provenientes de clases sociales desfavorecidas, así como que sus abusadores acostumbran a ser desconocidos, y que el abuso causa siempre un daño irremediable, o, por el contrario, insignificante, en su estado psicológico, también se han constatado en otros estudios (Mannarino y Cohen, 1986).



Tabla 3.1. Falsas creencias sobre los abusos sexuales infantiles
(adaptación de López, Hernández et al., 1995)

<i>Falsas creencias</i>		<i>Datos al respecto</i>
Son infrecuentes. Las víctimas siempre pertenecen al sexo femenino.	→	En España, el último estudio realizado a nivel nacional (López, 1994) establece que el 22,5% de mujeres y el 15,2% de hombres han sido víctimas de algún tipo de abuso sexual en la infancia, antes de los 18 años.
Actualmente se producen más que en épocas anteriores.	→	No existen estudios comparativos con épocas anteriores que permitan mantener esta afirmación; sin embargo, ahora existe un mayor conocimiento del problema, antes ni se estudiaban ni se denunciaban.
El abusador o abusadora es un enfermo psiquiátrico.	→	Exceptuando los casos de abusadores sexuales infantiles primarios (pedófilos), la mayoría suelen ser personas socialmente integradas y considerarse normales, si bien pueden caracterizarse por ciertos rasgos como la falta de empatía, la baja autoestima y el escaso control de los impulsos.
Los abusadores o abusadoras son siempre familiares. Los abusadores o abusadoras son siempre desconocidos.	→	En la mayoría de casos el abusador o abusadora suele ser un conocido (familiar o no), si bien también existe un porcentaje de casos en los que éste es un desconocido para la víctima.
Sólo se dan en determinadas clases sociales.	→	Los estudios constatan que el abuso sexual infantil puede producirse en cualquier nivel socioeconómico y cultural.
Los niños y niñas no dicen la verdad cuando revelan un abuso sexual.	→	Los niños y niñas no suelen mentir ni fantasear cuando revelan una experiencia de abuso sexual. Los menores son culpables de que les ocurra.
Algunos niños y niñas se lo buscan.	→	La responsabilidad única de los abusos es del agresor o agresora que, desde una posición de mayor maduración, desarrollo y experiencia, se aprovecha de la ingenuidad, inmadurez e inexperiencia del niño o niña.



<i>Falsas creencias</i>		<i>Datos al respecto</i>
Los menores pueden evitarlos.	→	Los niños y niñas pueden aprender a evitarlo, mediante programas de prevención y amplia información sobre el tema, adecuada a su edad y nivel de desarrollo. Sin embargo, es muy difícil evitarlos cuando un adulto les engaña, aprovechándose de su autoridad y confianza, o cuando les amenaza.
Si ocurriera en nuestro entorno, nos enteraríamos. La madre los denuncia cuando se entera.	→	Según los estudios realizados, únicamente un porcentaje aproximado del 2% de los casos de abuso sexual infantil se conocen al tiempo que ocurren. Por otro lado, en muchos casos la madre, pese a tener sospechas, no denuncia por múltiples motivos (miedo a perder el estatus económico actual, miedo a la opinión de los demás, falsas creencias respecto a los efectos del abuso sexual en la víctima, etc.).
Los efectos son siempre muy traumáticos. Los efectos no suelen tener importancia.	→	Los estudios actuales sobre el efecto de las variables mediadoras establecen que un elevado número de víctimas no presenta un cuadro clínico a corto plazo, y un porcentaje aún mayor no lo presenta a largo plazo.
Van casi siempre asociados a violencia física.	→	Los abusos no suelen ir acompañados de violencia física, especialmente cuando son cometidos por familiares o conocidos del niño. El sistema que suelen utilizar los agresores se encuentra más relacionado con el chantaje emocional, así como ofreciendo atención, amor e incluso regalos y dinero al niño.
Es un asunto privado y no es obligatorio notificarlo. Si se denuncian, se pierde la buena relación educativa o terapéutica.	→	Es un delito no notificar a una autoridad competente un caso de abuso sexual (especialmente en profesionales: pediatras, psicólogos, profesores).



3.2. OTROS ESTUDIOS

Otros autores han estudiado la existencia de creencias erróneas respecto al abuso sexual infantil en distintas poblaciones.

Maynard y Wiederman (1997) analizaron las percepciones de grupo de estudiantes universitarios sobre la experiencia de abuso sexual infantil. Los autores observaron que el abuso sexual experimentado por víctimas de 15 años de edad era percibido como mucho menos estresante y menos traumático que esa misma experiencia de abuso en víctimas de siete años. Las víctimas de 15 años eran también consideradas más responsables y culpables de la experiencia de abuso. Los autores destacan el riesgo que estas víctimas tienen de ser culpabilizadas ante una revelación de abuso sexual. Por otro lado, los estudiantes puntuaron como mucho más traumático el abuso sexual infantil cometido por un agresor del mismo sexo que la víctima. Sin embargo, los autores no observaron diferencias significativas entre el sexo del estudiante y las creencias sobre abuso sexual infantil, siendo estas creencias similares tanto en varones como en mujeres.

Por su parte, Back y Lips (1998) se centraron en las diferencias de género en la atribución de responsabilidad a víctimas de abuso sexual infantil. Los autores observaron que cuando el evaluador era un hombre, era más probable que la víctima, independientemente de su edad, fuese culpabilizada. También si la víctima de abuso sexual infantil era mayor (13 años) *versus* joven (seis años). El último factor que aumentaba el riesgo de atribución de culpabilidad a la víctima era que el evaluador percibiera a ésta como distinta, respecto a determinadas características personales, a él o ella mismo. Los autores plantean la cuestión de la posible existencia de sesgos judiciales en casos de abuso sexual infantil, en relación con estas variables.

Con una muestra de profesionales pertenecientes a servicios sociales y a la policía, Hetherton y Beardsall (1998) observaron un sesgo a favor de las mujeres abusadoras en casos de abuso sexual infantil. Los profesionales presentaban una tendencia significativa a registrar una sospecha como caso de abuso sexual infantil, a solicitar prisión para el agresor y a implicar a servicios sociales para proteger al menor, en los casos en que el agresor era un hombre. Los casos con agresores de sexo femenino eran considerados menos graves y menos traumáticos para las víctimas, con una menor tendencia a solicitar prisión para la agresora y a considerar que el menor requería protección. Según los autores estas creencias erróneas sobre agresoras sexuales infantiles pueden estar contribuyendo a los bajos porcentajes existentes sobre este tipo de casos y a que sean considerados infrecuentes y de escasa gravedad para la víctima.

4. EPIDEMIOLOGÍA: INCIDENCIA Y PREVALENCIA DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

El abuso sexual infantil ha sido considerado uno de los problemas de salud pública más graves que tiene que afrontar la sociedad y, especialmente, los niños y jóvenes (MacMillan, 1998). Los datos hallados en los trabajos realizados hasta el momento así lo demuestran. Sin embargo, los estudios de epidemiología sobre el tema siguen siendo escasos, poco rigurosos metodológicamente y, en su mayoría, presentan resultados discrepantes que imposibilitan una unificación y la presentación de unas cifras claras que permitan ilustrar el problema.

Cabe añadir la escasez de estudios con muestras específicas, como aquellas que presentan algún tipo de disminución física o psíquica (Ammerman, Van Hasselt y Hersen, 1988; Westcott y Jones, 1999). En España destaca el trabajo realizado por Verdugo, Gutiérrez, Fuertes y Elices (1993) sobre este tema, si bien el abuso sexual infantil únicamente se incluye como una tipología más de los malos tratos estudiados.

Los trabajos constatan una mayor vulnerabilidad de este tipo de muestras ante el maltrato infantil, si bien los escasos estudios realizados impiden establecer la fiabilidad de los datos obtenidos.

En este epígrafe se abordará la epidemiología del abuso sexual infantil, analizando la literatura que ha estudiado la incidencia y prevalencia de este problema.

4.1 INCIDENCIA DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Son muy pocos los estudios de incidencia publicados respecto al abuso sexual infantil, tanto a nivel nacional como internacional; siendo muy inferiores en cantidad a los estudios de prevalencia sobre el mismo problema.

Se entiende por incidencia el número de casos denunciados o detectados por autoridades oficiales (hospitales, servicios sociales, justicia) en un periodo de tiempo determinado, habitualmente un año (Runyan, 1998; Wynkoop, Capps y Priest, 1995).

Es necesario subrayar la subestimación que este método de estudio representa en casos de abuso sexual infantil. La incidencia no establece, en ningún caso, la ocurrencia real del abuso sexual infantil (Leventhal, 1998). Como indican Jiménez y colaboradores (1995), lo único que puede afirmarse con cierta seguridad en estudios de incidencia es que los casos detectados son en su mayoría reales, pero no es posible conocer la proporción de datos reales de abuso sexual que reflejan.

Para de Paúl (2004) si bien el sistema de protección infantil español ha avanzado en la detección



y notificación del maltrato, el abuso sexual infantil sigue infradetectándose.

Factores como el secretismo que caracteriza la situación de abuso, la vergüenza que experimenta la víctima al relatar lo sucedido, las sanciones criminales que implica la denuncia de estos casos, así como la joven edad y la dependencia del adulto que caracterizan a estas víctimas, provocan que únicamente un escaso número de víctimas relaten lo sucedido en el momento en que ocurre, siendo muy probable que las estadísticas oficiales subestimen la dimensión real del problema (Finkelhor, 1994; Goldman y Padayachi, 2000; Widom y Morris, 1997).

En relación a esta subestimación, algunos estudios retrospectivos han encontrado que únicamente un pequeño porcentaje de casos de abuso sexual fueron denunciados a un servicio oficial al tiempo en que se producían (entre un 3 y un 5% según Finkelhor y Hotaling, 1984; menos de un 10%, según Fleming, 1997; un 12,3% según López, 1994).

Una de las primeras revisiones realizadas sobre estudios con víctimas de abuso sexual infantil, establece que únicamente entre un 20 y un 50% de los casos llegan a ser conocidos por las autoridades (Bachman, Moeller y Benett, 1988). Para Kempe (1978) la incidencia del abuso sexual infantil únicamente muestra una décima parte de los casos reales. La reciente revisión de Ullman (2001) confirma que la gran mayoría de víctimas espera a la edad adulta para revelar el abuso sexual (42-75%) o no llega nunca a explicarlo a nadie (28-60%). El miedo a las reacciones negativas del entorno, el deseo de proteger a la familia y el temor a las amenazas del agresor son, entre otros, los motivos que hacen que la víctima permanezca en silencio.

Otros autores han establecido el relativo escaso número de casos en los que el niño o niña presenta una denuncia falsa (Oates, Jones, Denson, Sirotnak, Gary y Kraugman, 2000). Para estos autores, el problema principal de los estudios de incidencia es el enorme número de falsos negativos y nunca el de falsos positivos (que establecen en un 2,5% del total de 551 denuncias por abuso sexual infantil presentadas al *Department of Social Services* de Denver, Estados Unidos; Oates et al., 2000).

4.1.1. Incidencia del abuso sexual infantil en España

4.1.1.1. Estudios nacionales

En nuestro país, existen diversos estudios sobre maltrato infantil llevados a cabo a nivel nacional y en diferentes comunidades autónomas que han incluido el abuso sexual como categoría de maltrato (Palacios, 1995) (Tabla 4.1).

Prácticamente la totalidad de los estudios realizados sobre incidencia del abuso sexual infantil en España se han llevado a cabo con los datos provenientes de los Servicios Sociales de las diversas Comunidades Autónomas (Moreno, 2002).

Uno de los escasos estudios de incidencia realizado a nivel nacional que ha permitido cuantificar este problema es el realizado por Saldaña y colaboradores (1995). Estos autores revisaron la totalidad (32.483) de los expedientes de menores abiertos por los servicios de protección de la infancia de las distintas administraciones autonómicas en los años 1991 y 1992. El número total de niños y niñas en los que se apreció alguna forma de maltrato fue de 8.565, lo cual representa una media anual de 0,44% respecto de la población infantil española. Respecto al abuso sexual infantil, el número de niños y niñas afectados fue 359, un 4,2% del total de niños y niñas maltratados, no incluyéndose la definición de abuso sexual infantil utilizada. Las diferencias de género vuelven a estar presentes, con un 78,8% de niñas y un 21,2% de niños víctimas de abuso sexual infantil. El abuso sexual con penetración supuso el 27,3% del total de casos de este tipo, mientras que el 22,3% fueron abusos de tipo verbal. Los autores afirman que el abuso sexual se incrementa con la edad de la muestra, afectando al 0,6% de los niños maltratados menores de 2 años y al 14,2% de los mayores de 13 años.

Más recientemente, el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (Sanmartín, 2002) ha establecido la incidencia del maltrato infantil intrafamiliar en España. Siguiendo la metodología del estudio de Saldaña y colaboradores (1995) esta investigación analizó los expedientes de protección al menor (32.741) de todas las comunidades autónomas españolas entre 1997 y 1998. En este estudio, de un total de 16.189 casos detectados de maltrato infantil (un 0,71% del total de la población española menor de 18 años), un 2,4% (396) habían sufrido abuso sexual, definido como cualquier comportamiento en que el menor es utilizado como medio para obtener estimulación o gratificación sexual. A su vez, de estas víctimas, aproximadamente un 81% eran niñas y un 19% niños. En este estudio, el mayor porcentaje de abuso sexual se produjo a los 14 años (con el 9,6% del total de las víctimas de abuso), y el menor en los casos que aún no habían cumplido un año de edad (con el 0,50%). Las prevalencias más altas se dan en intervalos de edad, sobre todo entre los 3 y los 8 años, y los 12 y los 15 años. Debido a que los autores seleccionaron para su estudio el maltrato intrafamiliar, en este caso todos los agresores eran miembros de la familia de la víctima siendo, en la mayoría de casos, los padres biológicos (54,28%), seguidos por los figuras paternas no biológicas (18,47%). En aquellos casos en los que se conocía el sexo del agresor, éste era mayoritariamente hombre (86,2% vs. 13,8% mujeres).

4.1.1.2. Estudios provinciales

Algunas provincias y comunidades autónomas también han publicado estudios de incidencia del maltrato infantil y, dentro de éste, del abuso sexual.

Gipuzkoa

En 1989 en Gipuzkoa (De Paúl, Arrubarrena et al., 1995) se realizó el análisis y estudio de los expedientes del Departamento de Bienestar Social (278 expedientes) para establecer la incidencia



del maltrato infantil en esta provincia. Del total de expedientes, 189 fueron categorizados como maltrato, cualquiera de sus categorías. De estos casos, 3 (un 1,6%) se consideraron abuso sexual infantil, definido como cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el niño.

Dentro del mismo estudio, se requirió a pediatras, escuelas infantiles y colegios públicos y privados, ikastolas y servicios sociales municipales, que registraran el número de casos que reunían las condiciones objetivas para ser categorizados como maltrato. El número total de casos que afirmaron conocer los profesionales ascendía a 884, con 17 casos víctimas de abuso sexual infantil (1,9%).

El estudio muestra que únicamente un pequeño porcentaje de víctimas de maltrato llegan al Departamento de Bienestar Social, si bien los autores afirman que hay que ser prudentes en la interpretación de los datos ya que, en muchos casos, una misma víctima puede haber sido etiquetada como maltratada por profesionales de diferentes ámbitos. Por otro lado, los autores (De Paúl, Arruabarrena et al., 1995) también remarcan que el reducido porcentaje de abuso sexual infantil se debe, muy probablemente, a que en 1989 aún no se había iniciado ni en el País Vasco ni en España el proceso de sensibilización hacia este tema, mucho más patente en la actualidad.

Finalmente, los autores, haciendo una extrapolación conservadora del supuesto total de casos que hubieran sido señalados como maltrato si todos los profesionales del ámbito escolar hubieran sido encuestados y todos los profesionales de los ámbitos incluidos en el estudio hubieran respondido, establecen que la tasa de incidencia del maltrato infantil para el total de sujetos menores de 15 años residentes en la provincia de Gipuzkoa en 1989 (150.000) sería del 15‰.

Andalucía

Unos años más tarde Jiménez y colaboradores (1995) estudiaron la incidencia del maltrato infantil en la Comunidad Autónoma Andaluza mediante la información obtenida de los expedientes de ámbitos diversos como las Delegaciones Provinciales de la Dirección General de Atención al Niño correspondientes al año 1992 (2.599 expedientes), los centros públicos y privados de preescolar y enseñanza general básica (180 centros y 1.712 docentes), los servicios sociales comunitarios (120 zonas de trabajo social) y los servicios sanitarios (centros de salud, hospitales, equipos de salud mental). Estos autores encontraron que 4.714 niños y niñas estaban sufriendo algún tipo de maltrato (un 15‰ aproximadamente de la población andaluza menor de 18 años), con 8.627 casos detectados, indicando esta discrepancia en las cifras que un elevado número de víctimas sufren más de un tipo de maltrato. De estos casos 171 eran víctimas de abuso sexual infantil (3,6%), y la mayoría eran niñas (79,5%). Los autores remarcan, no obstante, que el abuso sexual es el tipo de maltrato que mayores dificultades presenta en cuanto a su detección, y por

ello, el bajo porcentaje de casos registrados. En este estudio vuelve a observarse un incremento del abuso sexual con la edad de la víctima hasta los 15 años (el 53,8% de los casos detectados se situaban entre los 10 y los 15 años), definiendo abuso sexual como la utilización que un adulto hace de un menor de 18 años para satisfacer sus deseos sexuales (Jiménez et al., 1995). Respecto a los agresores, la mayoría de las veces los abusos fueron cometidos por los padres biológicos (59,8%) u otros familiares de sexo masculino (21,5%).

Badajoz

Recientemente se han publicado los resultados referidos al estudio realizado sobre la incidencia del maltrato infantil en la ciudad de Badajoz, según notificación del Servicio de Protección a la Infancia en el período de noviembre de 1996 a marzo de 1999 (Moreno, 2002). A lo largo de este período fueron notificados 256 casos (107 expedientes familiares) de menores en situación de maltrato, siendo el abandono o negligencia física la tipología de mayor incidencia (65,6% de los casos) y la explotación laboral la menos frecuente (0,4%). El abuso sexual infantil, por su parte, fue la segunda categoría menos frecuente, produciéndose únicamente en cuatro casos (1,5% del total de los casos). La valoración del abuso sexual se realizó en base a unos indicadores físicos (heridas en los genitales, enfermedades de transmisión sexual, embarazo, entre otras) y comportamentales (aislamiento social, acciones delictivas y huidas del hogar, conocimientos sexuales inapropiados para la edad, etc.) del niño e indicadores conductuales del cuidador (extremadamente celoso o protector, víctima de abuso sexual en su infancia, abuso de sustancias, etc.). Respecto al sexo, la mayoría de víctimas de malos tratos fueron varones (54%), con la excepción de la categoría de abuso sexual infantil, cuyas principales víctimas fueron niñas.

Catalunya

En Catalunya, Inglés (1991) estableció la incidencia del maltrato infantil a través de la información obtenida por los profesionales de servicios sociales, hospitales y pediatras, escuelas y los expedientes pertenecientes a la Dirección General de Atención a la Infancia. Mediante esta metodología se obtuvo que 7.590 niños y niñas catalanes de entre cero y 16 años fueron maltratados durante 1988, correspondiéndose al 5,09% de la población estudiada. De éstos, aproximadamente 212 casos (un 2,8% del total de víctimas de maltrato) habrían sufrido abuso sexual infantil, definiéndose como aquellas situaciones en las que se obliga al niño o niña, se le induce o se tolera, habitual o coyunturalmente, a satisfacer el deseo sexual de otra persona. La definición también incluye la aceptación pasiva de este maltrato cuando es realizado por una tercera persona. La explotación sexual, que se produce cuando el niño o niña es obligado o inducido al sometimiento sexual (que puede ser indirecto, como en el caso de la pornografía) como medio de explotación laboral, también es una categoría utilizada en el estudio. Destaca la existencia de una mayoría de niñas víctimas tanto de abuso sexual (71,2%), como de explotación sexual (76,9%).



Unos años más tarde, Inglés (2000) obtuvo información durante los 12 meses que van del 1 de septiembre de 1997 y el 31 de agosto de 1998 sobre el estatus de maltrato de los niños y niñas catalanes, de ámbitos como el sanitario (195 centros), el educativo (884 centros) y los servicios sociales de cada comarca (450 centros), así como los expedientes anuales pertenecientes a la Dirección General de Atención a la Infancia (388), respetando las categorías de abuso sexual y explotación sexual del estudio anterior. Inglés (2000) obtuvo que un 18,04% (20.825 casos) de la población catalana menor de 18 años (1.153.978 menores) era víctima de algún tipo de maltrato. De estas cifras un 6,3% de los niños y niñas maltratados habían sufrido abuso sexual infantil (1.312 casos), incluyendo las conductas sexuales entre un niño o niña y otra persona (adulto, niño o adolescente) con y sin contacto físico, y un 0,34% habían sido víctimas de explotación sexual. Un 20,6% de las víctimas de abuso sexual infantil habían sufrido penetración o intento de penetración, con una mayoría de niñas víctimas (73,6% en los casos de abuso sexual y 54,5% en los casos de explotación sexual). El abuso sexual infantil presentaba una concentración máxima en la franja de mayor edad del estudio (de 15 a 17 años) (25,2%). Si a esta cifra se añadía el porcentaje de la franja anterior (de 9 a 11 años), la cifra ascendía al 47,4% de los niños y niñas abusados, indicando que el abuso sexual es un tipo de maltrato que parece estar estrechamente ligado a la preadolescencia y la adolescencia. La explotación sexual refuerza esta hipótesis, con un 73,9% de los casos situados en la franja de edad de los 12 a los 17 años. Respecto a los agresores, tanto el abuso sexual como la explotación sexual presentaban una mayoría de padres biológicos (47,6 y 47,8% respectivamente), seguido, no obstante por porcentajes elevados de figuras externas al núcleo familiar (vecinos, amigos, desconocidos, etc.), en un 29,1% y un 39,1% respectivamente. El abuso sexual fue cometido mayoritariamente por hombres (67,1%), seguido por un 25,6% en que los agresores pertenecían a ambos sexos y un 7,3% en que el agresor era una mujer. La explotación sexual también fue cometida mayoritariamente por hombres (52,6%), con un 36,8% en que los agresores pertenecían a ambos sexos y un 10,5% en que el agresor era una mujer. La edad mayoritaria de los agresores se encontraba, según el estudio de Inglés (2000), entre los 31 y 40 años, si bien el autor destaca la importante cifra de agresores muy jóvenes (un 30,8% tenían menos de 30 años y un 15,4% tenían menos de 20 años).

Las diferencias en las cifras de incidencia de sus estudios de 1991 y 2001 son atribuidas por Inglés (2000) no a un incremento en los casos de maltrato en nuestra sociedad, sino una mejor información sobre este tema por parte de los profesionales consultados, que permite detectar estos casos con más facilidad.

Otro estudio reciente es el llevado a cabo por Pou, Comas, Petitbó, Ibáñez y Macias (2002) desde uno de los hospitales de referencia para las derivaciones de casos con sospecha de abuso sexual de la provincia de Barcelona. Los autores estudiaron el número de historias clínicas y las características de los pacientes menores de 18 años con sospechas de abuso sexual infantil atendidos en el hospital entre el 1 de enero de 1999 y el 31 de diciembre de 2001. De los 600

expedientes analizados, se obtuvo un diagnóstico de abuso sexual infantil muy probable o seguro en 203 (un 33,8%). Los casos diagnosticados eran mayoritariamente de sexo femenino (71%), y sus edades, pese a mostrar una incidencia casi uniforme entre los 4 y los 18 años, presentaban un discreto aumento en la edad puberal. En un 74% de los casos se produjo penetración (oral, anal o vaginal), y el abuso se prolongó, en gran parte de los casos, entre 1 y 6 meses (56%). Respecto a los agresores, éstos fueron mayoritariamente hombres solos (93%) o en compañía de una mujer (5%). Por otro lado, en un 94% de los casos el agresor fue un familiar o alguien conocido. Un dato a destacar de este estudio es el modo en que el abuso se puso de manifiesto y llegó a conocimiento del hospital. Según los expedientes analizados en un 49% de los casos fue la propia víctima la que explicó a alguien lo sucedido.

Minusvalías

El único estudio publicado hasta el momento sobre maltrato infantil, y dentro de éste, abuso sexual infantil, en muestra española con discapacidad es el realizado por Verdugo y colaboradores (1993).

Los autores aplicaron un cuestionario, elaborado específicamente para la detección y evaluación del maltrato en la muestra de estudio, a los cuidadores de 445 niños y adolescentes discapacitados, de entre 0 y 19 años, y 403 niños y adolescentes sin discapacidad, de entre 6 y 14 años. La incidencia del maltrato infantil se situó en el 11,5% en menores discapacitados (51 menores; 32 víctimas de sexo masculino y 19 de sexo femenino) y 1,5% en menores sin discapacidad. Del total de la muestra con discapacidad, un 0,2% (1 caso) presentó abuso sexual infantil y se detectaron sospechas de abuso sexual en otro 0,2%. Los autores no establecen el sexo y edad de estos casos. El abuso sexual infantil se definió incluyendo conductas con (tocamientos y penetración) y sin contacto físico (solicitudes sexuales y exhibicionismo).

Los autores concluyen que la población con discapacidad constituye un colectivo especialmente vulnerable al maltrato y que el bajo índice encontrado para el abuso sexual infantil puede ser debido al procedimiento de detección (grado extremo de los ítems que evaluaban este aspecto en el cuestionario), e incluso a la tendencia de los profesionales a informar únicamente de los casos claramente comprobados.

4.1.2. Incidencia del abuso sexual infantil en otros países

Estados Unidos

Uno de los primeros estudios epidemiológicos sobre incidencia del abuso sexual infantil es el realizado por Jaffe, Dynneson, y ten Bensel (1975), mostrando una cifra de aproximadamente 300 denuncias anuales por ofensas sexuales contra menores de 16 años en el *Police Department* de Minneapolis entre 1964 y 1971. En este estudio el abuso sexual infantil incluía en su definición



tanto las conductas sexuales con contacto físico (caricias, masturbaciones, penetración) como aquellas sin contacto físico (exhibicionismo, proposiciones), pero únicamente las consideradas delitos legales. Las cifras varían, indiscutiblemente, si únicamente se considera abuso sexual la penetración (oral, anal o vaginal) (31 casos anuales), o las conductas sin contacto físico (248 casos anuales). Se observa en este estudio que la gran mayoría de víctimas de abuso sexual infantil eran mujeres (88%), así como que la totalidad de agresores eran hombres. La media de edad de las víctimas se situaba en los 10,7 años, con un rango de edad de entre 2 y 15 años. Por otro lado, el rango de edad del agresor se encontraba entre los 12 y los 74 años, con una media de edad de 28 años.

Una revisión de las cifras de incidencia detectadas en 1980, 1986 y 1990 es la realizada por Wynkoop y colaboradores (1995). Estos autores recogieron las estimaciones nacionales provenientes del *U.S. Department of Health and Human Services*, de la *American Human Association* y del *National Center on Child Abuse Prevention Research*, y mostraron la disparidad de cifras que se produce según la definición de abuso sexual infantil que se utilice, según se usen datos de diferentes agencias, por el solapamiento de casos entre diversas agencias, e incluso debido a posibles errores en los análisis.

Según estos autores en 1980 las cifras de incidencia del abuso sexual infantil en Estados Unidos variaron entre un 6 y un 7%, según las agencias analizadas. En 1986, se produjo un cambio en el concepto de abuso sexual infantil, no siendo ya necesario que se produjera una lesión física en la víctima para que una conducta sexual fuera etiquetada de abusiva. En ese año la incidencia de abuso sexual infantil se incrementó, situándose entre un 21 y un 25%, según la fuente consultada. Finalmente, en 1990, las cifras de incidencia variaron entre un 22 y un 59%. No se ofrecen datos respecto a las características de las víctimas o los agresores.

En 1994 Finkelhor y Dziuba-Leatherman realizaron un estudio epidemiológico estableciendo la incidencia y prevalencia nacional del abuso sexual infantil en Estados Unidos mediante un método no utilizado hasta el momento. Los autores obtuvieron sus datos directamente de 2.000 niños y niñas de entre 10 y 16 años, a través de una entrevista telefónica. Según los resultados de este estudio, un 15,2% de niñas y un 5,9% de niños habrían sufrido abuso sexual en algún momento de su vida; mientras que un 10,2% de niñas y un 3,4% de niños habrían sufrido abuso sexual en el último año (incluyendo como abuso sexual infantil, las conductas sexuales entre un adulto y un menor, o entre dos menores mediante el uso de fuerza, coerción y/o amenazas, con contacto físico, sin contacto físico o los intentos de realización de esas conductas). Como en todo estudio de abuso sexual infantil, las cifras descienden enormemente si únicamente se considera la penetración (oral, anal o vaginal) como abuso sexual (únicamente un 1,3% de niñas habrían sufrido abuso sexual durante su vida, mientras que un 1,0% de niñas habrían sufrido abuso sexual durante el último año). Como indican los datos, las niñas son las víctimas más frecuentes

de abuso sexual infantil. La mayoría de agresores eran mayores de 18 años (59%), si bien un alto porcentaje eran menores de edad (41%). Otro de los datos obtenidos en este estudio se relaciona con la infradetección que presentan los estudios de incidencia realizados sobre denuncias oficiales o conocimiento del abuso por parte de profesionales, y es que un 60% del total de víctimas de abuso sexual infantil no explicaron lo sucedido a nadie y sólo un 3% llegaron a relatarlo a la policía.

En otros casos, se ha establecido la incidencia del abuso sexual infantil en grupos específicos, como la armada norteamericana. En el estudio de Raiha y Soma (1997), un 17% de las 8.422 denuncias presentadas entre 1992 y 1993 sobre maltrato infantil en menores de 18 años miembros de familias pertenecientes a la armada norteamericana, se referían a abuso sexual infantil. La mayoría de las víctimas fueron niñas (77,6%), situadas entre los 12 y los 15 años (34%).

Canadá

Trocmé y Wolfe (2001) han publicado recientemente el primer estudio nacional sobre la incidencia del maltrato infantil en Canadá, en base a la detección e investigación de los Servicios Sociales. El estudio realizado incluye 22 formas de maltrato infantil, categorizadas en cuatro grandes grupos: maltrato físico, negligencia, maltrato emocional y abuso sexual. Se utilizó una muestra aleatoria de 7.672 investigaciones de malos tratos en menores de 15 años, iniciadas por 51 centros de bienestar infantil pertenecientes a los Servicios Sociales, también seleccionados aleatoriamente, de un total de 135.573 investigaciones realizadas en esos centros entre los meses de octubre y diciembre de 1998.

En base a los resultados obtenidos, los autores establecen una incidencia de 9,71‰ casos anuales confirmados por la investigación de Servicios Sociales de maltrato infantil en Canadá. La negligencia fue el tipo de maltrato más frecuente (3,66‰), seguido por el maltrato físico (2,25‰), el emocional (2,20‰) y, finalmente, el abuso sexual (0,86‰). La mayoría de víctimas de malos tratos fueron varones (51% vs. 49% de los casos de malos tratos), a excepción de los casos de abuso sexual con una mayoría de víctimas mujeres (69% vs. 31% de estos casos).

Respecto a esta última categoría, su definición incluía el abuso con contacto físico (tocamientos y penetración oral, anal o vaginal), el abuso sin contacto físico (exhibicionismo, voyeurismo, proposiciones sexuales), así como la prostitución o la utilización del menor para la producción de material pornográfico. Se confirmó uno de cada tres casos de las investigaciones sobre abuso sexual iniciadas por los Servicios Sociales. Los tocamientos fueron el tipo de abuso sexual más habitual (68%), seguido de la penetración anal o vaginal (21%) y el intento de penetración (14%). El exhibicionismo se produjo en un 12% de los casos, seguido por la explotación sexual del menor (prostitución o material pornográfico) en un 6% de los casos y el acoso sexual en un 4%. Los porcentajes suman más de 100 debido a que un mismo caso podía estar sufriendo más de



un tipo de abuso sexual. La mayoría de víctimas de abuso sexual fueron niñas de entre cuatro y siete años o de entre 12 y 15.

Los autores constatan que, a diferencia de las otras categorías de malos tratos (cuyos principales agresores fueron los progenitores del menor), en el abuso sexual los agresores fueron habitualmente otros familiares del menor (44%) o conocidos no familiares (29%). Únicamente en un 2% de los casos el agresor fue un desconocido. Los autores remarcan las limitaciones de este estudio debido a que los casos de malos tratos se corresponden únicamente con aquellos detectados y confirmados por la investigación realizada por Servicios Sociales.

Reino Unido

En 1997 Morris, Scott, Mortimer y Barker publicaron un estudio de incidencia del abuso sexual y el maltrato físico infantil en el Reino Unido (West Midlands), a través de los expedientes judiciales de estas víctimas. Los autores detectaron 517 víctimas de abuso sexual infantil. De los 400 agresores sexuales, un 97,5% eran hombres y un 2,5% fueron mujeres. La mayoría de agresores fueron conocidos del niño, con únicamente 19 agresores sexuales completamente desconocidos para la víctima y su familia. Gran parte de las víctimas de abuso sexual infantil se encontraban en etapas evolutivas prepuberales y puberales (entre los 9 y los 14 años).

Dinamarca

Recientemente Helweg-Larsen y Larsen (2005), han establecido la incidencia del abuso sexual en menores de 15 años conocido por las autoridades oficiales o por el sistema de salud danés entre 1990 y 1998. La tasa de abuso sexual infantil anual en 1998 se situó aproximadamente en el 0,6‰ (entre un 0,5‰ y un 0,7‰ de casos de incesto, según las fuentes de obtención de datos, definido como el abuso sexual llevado a cabo por un padre biológico, hermano mayor o abuelo). Los autores subrayan las diferencias encontradas entre los estudios de prevalencia y las cifras de incidencia, estimando que la frecuencia real de abuso sexual en Dinamarca debe ser al menos cinco veces mayor que la establecida a partir de estadísticas criminales, informes policiales y archivos del sistema de salud.

Minorías étnicas

Entre 1981 y 1986 Haffejee (1991) estudió la incidencia del abuso sexual infantil en niños y niñas indios (asiáticos) residentes en una ciudad sudafricana. En los cinco años que duró el estudio se detectaron 37 casos de abuso sexual infantil, según confirmaba el análisis médico realizado. El 27% de estos casos tenían cinco años o menos. En la mayoría de las víctimas (81%) se había producido penetración oral, anal o vaginal. Respecto a los agresores, el 65,7% fueron familiares directos. En el 40% de los casos fue la figura paterna, biológica (57,1%) o adoptiva (42,9%). La mayoría de agresores fueron hombres (99%). Un 17,1% de los agresores fueron menores de 16 años.



Posteriormente, entre 1985 y 1993, Moghal, Nota y Hobbs (1995), estudiaron la incidencia del abuso sexual infantil detectado por los hospitales en la minoría asiática (Pakistán, Bangladesh e India) residente en una ciudad del Reino Unido.

En los ocho años que duró el estudio, se confirmaron 37 víctimas de abuso sexual menores de 15 años, lo que indica un 0,05% del total de niños asiáticos censados en ese período. La mayoría de víctimas eran niñas (67,5%), encontrándose, en gran parte de éstas (73%), muestras físicas de abuso sexual en los genitales y el ano. Respecto al agresor, éste fue un hombre en la totalidad de casos, mayoritariamente un conocido (62,5% padre biológico o figura paterna no biológica), con sólo un 18,75% de agresores desconocidos.

Los autores, mediante este estudio, pretenden corregir la creencia errónea extendida referente a la no existencia de abuso sexual infantil en las familias asiáticas debido a su estructura familiar, religión y cultura. Moghal y colaboradores (1995) afirman que la pequeña tasa de incidencia encontrada en comparación con otros estudios se debe a que, muy probablemente, los casos que llegaron a conocimiento de los hospitales representan los casos más graves (lo cual se confirma, en parte, por la presencia de lesiones físicas que permitieron una confirmación médica del abuso sexual), y son únicamente la punta del iceberg del abuso sexual infantil en esta comunidad.


Tabla 4.1. Estudios españoles sobre la incidencia del maltrato y el abuso sexual infantil

Autores y año de publicación	Características de la muestra			Maltrato General		Porcentaje casos abuso sexual respecto a los casos de maltrato
	Área	Población	n	Núm. casos	Porcentaje	
Saldaña et al. (1995)	Nacional	Expedientes servicios sociales	32.483	8.565	0,44% respecto de la población española menor de 18 años	4,19%
Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (Sanmartín, 2002)	Nacional	Expedientes servicios sociales	32.741	16.189	0,71% respecto de la población española menor de 18 años	2,45%
De Paúl, Arrabarrena et al. (1995)	Gipuzkoa	Expedientes servicios sociales	278	189	1,5% respecto de la población gipuzkoana menor de 15 años	1,59%
Jiménez et al. (1995)	Andalucía	Cuestionarios a ámbitos sanitario, escolar y servicios sociales Expedientes y cuestionarios a ámbitos sanitario, escolar y servicios sociales	Ámbito: -sanitario: 28 centros -escolar: 188 centros -servicios sociales: 42 Expedientes: 2.599 Ámbito: -sanitario: 63 centros -escolar: 180 centros -servicios sociales: 120	884	1,5% respecto de la población andaluza menor de 18 años	1,98%
Moreno (2002)	Badajoz	Expedientes, observación de los casos detectados y entrevistas semiestructuradas a las familias	Expedientes: 107	256	-	1,5%
Inglés (1991)	Catalunya	Expedientes y cuestionarios a ámbitos sanitario, escolar y servicios sociales	Expedientes: 738 Ámbito: -sanitario: 495 centros -escolar: 135 centros -servicios sociales: 142	7.590	0,51% respecto de la población catalana menor de 16 años	2,79%
Inglés (2000)	Catalunya	Expedientes y cuestionarios a ámbitos sanitario, escolar y servicios sociales	Expedientes: 388 Ámbito: -sanitario: 195 centros -escolar: 884 centros -servicios sociales: 450	20.825	1,8% respecto de la población catalana menor de 18 años	6,30%
Pou et al. (2002)	Catalunya	Expedientes ámbito sanitario	600	-	-	-

4.1.3. Declive en la Incidencia del Abuso Sexual Infantil

Actualmente parece ser que en Estados Unidos se está produciendo un fenómeno de declive en las cifras de incidencia del abuso sexual infantil.

Según Jones y Finkelhor (2001), y Jones, Finkelhor y Kopiec (2001), desde 1977 hasta 1992 el número de víctimas de abuso sexual infantil se ha ido incrementando cada año. Sin embargo, desde los inicios de los años noventa, la cifra de incidencia ha ido reduciéndose substantivamente en la gran mayoría de estados norteamericanos. Este declive (situado aproximadamente en un 39%; Jones et al., 2001) se ha producido tanto en el número de casos detectados por los servicios de protección infantil, como en el número de casos denunciados a estos servicios. Como posibles explicaciones a este hecho, destacan:

- un declive real en el número de víctimas de abuso sexual infantil
- un cambio en las actitudes o en la política interna de los servicios de protección infantil, que ha resultado en menos detecciones y denuncias.

Según los autores, una de las razones que podrían haber producido un declive real en el número de víctimas, podría ser el éxito en los programas y estrategias de prevención que se han desarrollado en los últimos 20 años. Sin embargo, otros autores (Leventhal, 2001) recuerdan que las cifras de incidencia no muestran el número de casos reales de abuso sexual infantil, y, por tanto, antes de considerar este declive una buena noticia, deberían interpretarse las cifras con mucha precaución. Por otro lado, en otros países como Canadá, el Reino Unido o Nueva Zelanda, también se han llevado a cabo programas de prevención para reducir el número de casos de abuso sexual infantil en la comunidad y, sin embargo, no se conocen datos de estos países que permitan confirmar un declive general en las cifras de incidencia (Jones y Finkelhor, 2003).

No obstante, Jones y colaboradores (2001) también consideran que el declive puede deberse a otras razones diferentes a una menor tasa de incidencia real, como por ejemplo que debido al importante incremento en las denuncias de los últimos años y a la alarma social originada por las múltiples denuncias relacionadas con la Iglesia (Finkelhor, 2003), ahora se esté produciendo un efecto contrario en la sociedad y los profesionales. Los autores destacan como posibles motivos: que exista una menor vigilancia de la infancia respecto a este problema, un mayor escepticismo ante la denuncia, una mejor distinción entre casos reales y casos falsos (menos falsos positivos), criterios más conservadores para denunciar un posible caso de abuso sexual infantil, etc.

Hasta el momento el estudio de Jones y Finkelhor (2001) es el único llevado a cabo sobre este patrón en las cifras de incidencia, no existiendo estudios en otros países que permitan establecer si el declive es un hecho generalizado o cuáles son las causas que lo producen. Es, por tanto, como afirma Leventhal (2001) una cuestión de optimismo, si se opta por la explicación del declive real de casos, o de pesimismo, si optamos por la explicación que defiende que el declive se produce por la existencia de un mayor escepticismo ante estos casos y una menor voluntad de denunciar.



4.2. PREVALENCIA DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Los estudios sobre prevalencia del abuso sexual infantil son más frecuentes, especialmente desde finales de los años setenta, y principalmente por la contribución de estudios norteamericanos (Edgardh y Ormstad, 2000), si bien en los últimos años se encuentran estudios referidos a países en vías de desarrollo como Costa Rica (Krugman, Mata y Krugman, 1992), El Salvador (Barthauer y Leventhal, 1999) o Sur África (Madu y Peltzer, 2001). Por prevalencia se entiende el número de individuos que han sido víctimas a lo largo de su infancia (habitualmente considerada hasta los 18 años, si bien este criterio depende del estudio), y que son detectados mediante estudios retrospectivos (Runyan, 1998; Wynkoop et al., 1995).

Los investigadores, no obstante, varían en los procedimientos de selección de muestra, el tipo de cuestionario o entrevista utilizados, así como, y especialmente, en la definición que permita determinar cuándo una conducta será etiquetada de abuso sexual infantil. Este hecho provoca que las cifras difieran enormemente entre estudios, considerando que las diferencias entre cifras de prevalencia se deben a diferencias metodológicas, más que a diferencias reales entre distintas poblaciones (Finkelhor, 1994). Otros autores también añaden que la facilidad o dificultad con que los participantes a un estudio explican sus experiencias sexuales y, especialmente aquellas referidas a abuso sexual, varía dramáticamente entre culturas (Runyan, 1998).

La importancia de la metodología aplicada para la obtención de cifras de prevalencia ha sido constatada en otros estudios, destacando que las cifras suelen ser más elevadas cuando se aplica una entrevista personal vs. un cuestionario de lápiz y papel, así como cuando se preguntan diferentes cuestiones detalladas sobre la experiencia de abuso vs. una única cuestión sobre la vivencia o no del acontecimiento (Starr, Dubowitz y Bush, 1990).

Pese a ello, todos los estudios realizados confirman que el abuso sexual infantil es un problema mucho más extendido de lo previamente estimado (Tschumper, Narring, Meier y Michaud, 1998) e incluso hasta las tasas de prevalencia más bajas incluyen a un gran número de víctimas que debe tenerse en cuenta (Edgardh y Ormstad, 2000).

4.2.1. Estudio de Kinsey 1938-1949

Alfred Kinsey y colaboradores (1953) realizaron durante la década de los cuarenta uno de los primeros y más extensos estudios sobre conductas sexuales en adultos norteamericanos, y el primero a nivel nacional sobre prevalencia del abuso sexual infantil. Los autores obtuvieron información sobre las conductas sexuales de 5.940 mujeres nacidas entre 1900 y 1929 de 48 estados norteamericanos distintos. Si bien estas mujeres no representaban a la población norteamericana (había una escasa representación de mujeres ancianas, con un bajo nivel educativo, protestantes y de las zonas urbanas), sí formaron un extenso grupo que permitía indicar, entre otros temas, la prevalencia aproximada de abuso sexual infantil en Norteamérica.

De un total de 4.441 mujeres que respondieron a las preguntas sobre abuso sexual infantil, un 24% afirmaron haber sufrido esta experiencia entre los 4 y los 13 años. Kinsey definió al agresor como un hombre mayor de 15 años y con una diferencia de edad entre éste y la víctima de cinco años como mínimo. Gran parte de las víctimas relataron haber sufrido abuso sexual infantil sin contacto físico, relacionado con el exhibicionismo (50% de las víctimas de abuso sexual). Cuando estas víctimas fueron excluidas de los análisis, tomando una definición de abuso sexual más limitada, la prevalencia se redujo a un 12%. De este 12% únicamente un 8% habían sufrido el intento o la consumación de la penetración (oral o vaginal).

El estudio de Kinsey y colaboradores (1953) muestra la prevalencia de un problema que parecía prácticamente inexistente hasta el momento. Sin embargo, y pese a la gran importancia que el estudio representó en su momento, Kinsey y colaboradores (1953), quizás debido a que su orientación se dirigía más a la biología de la conducta sexual humana que a la clínica infantil, no reflejaron el concepto de abuso sexual al hablar de contacto sexual entre un niño o niña y un adulto, minimizando las consecuencias que esta experiencia conllevaba para la infancia.

4.2.2. Estudios internacionales de prevalencia: la revisión de Finkelhor (1994)

En 1994 Finkelhor presenta un resumen de la prevalencia del abuso sexual infantil encontrada desde finales de los años setenta a principios de los noventa en 21 países, incluyendo España. En este estudio, las diferencias metodológicas entre distintos países quedan patentes, con unas tasas de prevalencia que varían entre el 7 y el 36% en mujeres y entre el 3 y el 29% en hombres. Sin embargo, en general los resultados obtenidos son similares y confirman la elevada frecuencia del abuso sexual infantil en los distintos países estudiados, mucho más alta que la establecida en estudios de incidencia, así como la consideración del abuso sexual infantil como problema internacional. La mayoría de estos estudios, por otra parte, muestran que gran parte de las víctimas son de sexo femenino, así como que éstas sufren en mayor porcentaje abuso sexual intrafamiliar. Respecto a los agresores, también gran parte de los estudios confirman que son mayoritariamente hombres, especialmente cuando las víctimas son niñas (90%).

Por otro lado, las diferencias en las cifras de prevalencia encontradas no parecen deberse a diferencias reales en los casos de abuso sexual infantil que pueden encontrarse en unos u otros países, sino a diferencias en la metodología utilizada (tipo y características de la muestra, definición de abuso sexual infantil, uso de autoinformes o entrevistas personales, etc.) (Finkelhor, 1994).

La Tabla 4.2 presenta un resumen de los datos referentes a los estudios revisados por Finkelhor (1994), donde aparecen los países analizados en los estudios, las principales características de la muestra, el método de obtención de datos y la definición de abuso sexual infantil utilizados, así como el porcentaje de abuso sexual infantil encontrado para mujeres y hombres (siempre que la diferenciación por sexos fuese posible) y la proporción de abuso sexual infantil intrafamiliar.



Tabla 4.2. Prevalencia del abuso sexual infantil: estudio de revisión de Finlkehor (1994)

PAÍS	Características de la muestra			Método de obtención de datos	Definición de abuso sexual	Porcentaje		Proporción abuso sexual intrafamiliar	
	N	Género	Población			Área	Hombres	Mujeres	Hombres
Australia	991	Hombres/Mujeres	Estudiantes	Local	Con y sin contacto	9	28	17	35
Austria	1.125	Hombres/Mujeres	Estudiantes	Local	Con y sin contacto	19	36	9	26
Bélgica	956	Mujeres	General	Nacional	Con y sin contacto	-	19	-	34
Canadá	2.008	Hombres/Mujeres	General	Nacional	Con contacto	8	18	6	44
Costa Rica	497	Hombres/Mujeres	Estudiantes	Local	Con y sin contacto	13	32	19	43
Dinamarca	1.280	Hombres/Mujeres	General	Nacional	Con y sin contacto	7	14	25	42
Rep. Dominicana	893	Hombres/Mujeres	Estudiantes	Local	?	33		39	
Finlandia	7.435	Hombres/Mujeres	Estudiantes	Nacional	Con contacto	4	7	?	?
Francia	1.511	Hombres/Mujeres	General	Local	Con y sin contacto	5	8	6	23
Alemania	1.018	Hombres/Mujeres	Estudiantes	Local	Pregunta única	4	10	50	
Grecia	746	Hombres/Mujeres	Estudiantes	Local	Con y sin contacto	6	16	23	33
Reino Unido	2.019	Hombres/Mujeres	General	Nacional	Pregunta única	8	12	13	14
Irlanda	500	Hombres/Mujeres	General	Local	Pregunta única	5	7	37	
Países Bajos	1.054	Mujeres	General	Nacional	Entrevista	-	33	-	46
Nueva Zelanda	1.376	Mujeres	General	Local	Cuest. y Entrev.	9	19	24	
Noruega	1.017	Hombres/Mujeres	General	Nacional	Pregunta única	-	32	-	38
Sur África	967	Hombres/Mujeres	Estudiantes	Local	Con y sin contacto	29	34	17	30
España	1.821	Hombres/Mujeres	General	Nacional	Cuest. y Entrev.	15	23	4	16
Suecia	938	Hombres/Mujeres	General	Nacional	Con y sin contacto	3	9	0	18
Suiza	421	Hombres/Mujeres	General	Local	Pregunta única	3	11	0	56
Estados Unidos	2.626	Hombres/Mujeres	General	Nacional	Con y sin contacto	16	27	11	29

4.2.3. Prevalencia del abuso sexual infantil en Estados Unidos y Canadá

En 1990 Finkelhor, Hotaling, Lewis y Smith, realizan el primer estudio publicado de prevalencia del abuso sexual infantil en Estados Unidos a nivel nacional, incluido en la revisión de Finkelhor (1994). El estudio se llevó a cabo en 1985 con 1.145 hombres y 1.481 mujeres norteamericanos mayores de 18 años a través de un cuestionario telefónico sobre abuso sexual infantil. Del total de la muestra, un 27% de mujeres y un 16% de hombres manifestaron haber sufrido abuso sexual antes de cumplir los 18 años. Un 14,7% del total de las mujeres de la muestra manifestaron haber sufrido penetración (oral, anal o vaginal), mientras que un 9,5% de los hombres afirmaron haber realizado el coito o haber sufrido penetración oral o anal (0,4%). Los porcentajes descienden si se considera el abuso sexual sin contacto físico (exhibicionismo, fotos de desnudos, etc.), con un 1,6% de hombres y un 3,7% de mujeres víctimas de estas conductas. Un 22% de hombres y un 23% de mujeres habían sufrido abuso sexual infantil antes de los dieciocho años, con una media de edad al sufrir el abuso sexual de 9,9 años y 9,6 años, respectivamente. Si bien la mayoría de participantes afirmaron que la experiencia de abuso únicamente se produjo una vez, un 8% de hombres y un 11% de mujeres manifestaron haber sufrido abuso sexual infantil durante más de un año.

Respecto a las características de los agresores, éste fue un hombre en un 98% de las víctimas niñas y en un 83% de los niños. Los agresores de víctimas de sexo masculino fueron mayoritariamente desconocidos (40%), mientras que los de víctimas de sexo femenino fueron en mayor porcentaje conocidos (33%) y familiares (29%). Por otro lado, en gran parte de los casos la diferencia de edad entre agresores y víctimas fue de 10 años o más (61% en víctimas varones y 72% en víctimas mujeres); sin embargo, un grupo importante de los agresores de víctimas de sexo masculino fueron jóvenes adolescentes (37%).

A finales del mismo año (noviembre de 1990 a marzo de 1991), MacMillan, Fleming, Trocmé, Boyle, Wong, Racine y colaboradores (1997) realizaron un extenso estudio nacional que pretendía establecer la prevalencia del maltrato físico y el abuso sexual infantil en Canadá. La muestra final se compuso de 9.953 hombres y mujeres mayores de 15 años a los que se les administraron diversos cuestionarios. Los autores obtuvieron que un 12,8% de mujeres y un 4,3% de hombres habían sufrido abuso sexual infantil, según la definición tomada en el estudio, que incluía conductas con y sin contacto físico, si bien la edad de víctima y agresor no se especifica. Al excluir de la definición las conductas sin contacto físico, un 11,1% de mujeres y un 3,9% de hombres manifestaron haber sufrido abuso sexual. La mayoría de agresores fueron conocidos y familiares de la víctima, no encontrándose relación entre el nivel educativo de la familia o el lugar de residencia (urbana vs. rural) y las cifras de abuso sexual infantil.

En 1991, Vogeltanz, Wilsnack, Harris, Wilsnack, Wonderlich y Kristjanson (1999), establecieron la prevalencia del abuso sexual infantil en una muestra nacional de mujeres estadounidenses



mayores de 21 años, mediante una entrevista personal. Los autores establecieron dos criterios distintos para definir el abuso sexual infantil:

- Criterio 1: cualquier actividad sexual intrafamiliar antes de los 18 años, no deseada o que involucrara a un miembro al menos cinco años mayor que la víctima; o cualquier actividad sexual extrafamiliar antes de los 18 años, no deseada, o antes de los 13 años con alguien al menos cinco años mayor que la víctima.

- Criterio 2: cualquier actividad sexual intrafamiliar antes de los 18 años, no deseada o que involucrara a un miembro al menos cinco años mayor que la víctima; cualquier actividad sexual extrafamiliar que ocurriera antes de los 14 años, o cualquier actividad sexual que incluyera el coito y que ocurriera entre los 14 y los 17 años.

Aplicando el criterio 1, y excluyendo los casos que no presentaban suficiente información para poder ser incluidos en la categoría de abuso sexual infantil, un 24% de las mujeres de la muestra manifestaron haber sufrido abuso sexual. Sin embargo, aplicando el criterio 2, un 17,3% de las mujeres de la muestra habrían sufrido abuso sexual infantil. Estas cifras ilustran la importancia de la definición al realizar estudios epidemiológicos del abuso sexual infantil.

En la mayoría de los casos el abuso sexual se produjo entre los 6 y los 11 años (40,7% según el criterio 1 y 47,7% según el criterio 2) y entre los 12 y los 17 años (48,5% según el criterio 1 y 38,7% según el criterio 2) de las víctimas. Según el criterio 1 en un 69,3% del total de casos el abuso sexual se produjo entre los 9 y los 17 años; por otro lado, según el criterio 2 en un 72% de los casos el abuso sexual se produjo entre los 6 y los 14 años de la víctima. Se produjo abuso sexual con contacto físico en un 73,8% de las víctimas de abuso sexual según el criterio 1 y un 72,9% según el criterio 2. Aproximadamente 1 de cada 5 mujeres víctimas habían sufrido penetración anal o vaginal (18,7% según el criterio 1 y 23,8% según el criterio 2). Tanto el abuso sexual intrafamiliar (41,3% según el criterio 1 y 56,2% según el criterio 2), como el extrafamiliar (67,3% según el criterio 1 y 50,7% según el criterio 2) se produjeron en porcentajes similares. Los autores no especifican los porcentajes de abuso sexual intrafamiliar y extrafamiliar basándose en categorías excluyentes. Respecto al abuso sexual extrafamiliar, la mayoría de agresores fueron las propias parejas (29,5% según el criterio 1 y 18,4% según el criterio 2) u hombres adultos desconocidos (26,2% según el criterio 1 y 19,9% según el criterio 2). La mayoría de agresores intrafamiliares fueron primos varones (12,5% según el criterio 1 y 16,6% según el criterio 2) y los padres biológicos de las víctimas (9,2% según el criterio 1 y 12,8% según el criterio 2). No se especifica el porcentaje de agresores sexuales infantiles de sexo femenino basándose en categorías excluyentes.

En 1999, Wyatt, Loeb, Solis, Vargas y Romero presentan un estudio que compara los datos de prevalencia obtenidos en mujeres afroamericanas y norteamericanas con un estudio anterior (Wyatt, 1985) realizado en el condado de Los Ángeles.

Mediante una entrevista, los autores obtuvieron que un 34% de las 338 participantes había sufrido abuso sexual antes de los 18 años, definido como el contacto sexual entre un menor y alguien cinco años mayor, o de edad similar pero mediante el uso de coerción. En el estudio se obtuvieron diferencias étnicas significativas, con una mayoría de víctimas norteamericanas (39% del total de la muestra) en comparación con afroamericanas (29%). La media de edad de las víctimas fue de 12 años en las norteamericanas y 11 años en las afroamericanas, con la mayoría de incidentes ocurriendo a partir de los 12 años tanto en norteamericanas (62%) como en afroamericanas (45%). Respecto al tipo de abuso sufrido, las mujeres norteamericanas (66%) presentaban un mayor porcentaje de penetración vaginal que las afroamericanas (34%).

La mayoría de agresores fueron hombres (94% en afroamericanas y 100% en norteamericanas), extrafamiliares (60% en afroamericanas y 69% en norteamericanas) y menores de 25 años (66% en afroamericanas y 70% en norteamericanas). Muchas de las víctimas nunca explicaron lo sucedido (53% afroamericanas y 60% norteamericanas).

En comparación con el estudio de 1984 (Wyatt, 1985) la prevalencia de abuso sexual en mujeres fue menor (45% de 248 participantes en el estudio anterior), y no existieron diferencias étnicas significativas. Las diferencias en las tasas de prevalencia entre 1984 y 1994 tampoco fueron significativas. Los autores, por otro lado, concluyen que las participantes en el estudio de 1994 sufrieron abusos más severos (penetración oral, anal o vaginal), especialmente penetración vaginal en norteamericanas (33% en 1984 vs. 67% en 1994). Los agresores fueron más jóvenes en las norteamericanas y éstas fueron menos proclives a explicar el abuso a algún miembro de la familia en los datos de 1994.

La Tabla 4.3 presenta el resumen de estos estudios, incluyéndose las principales características de la muestra, el método de obtención de datos, la definición de abuso sexual infantil y el porcentaje de víctimas varones y mujeres.

En la Tabla 4.4 se presentan las características del abuso sexual recogidas en los estudios de prevalencia. Algunos de los datos presentados en la tabla han sido obtenidos directamente de los resultados de los estudios. Otros de los datos han debido calcularse, según los resultados que presentaban los estudios revisados.



Tabla 4.3. Resumen de los estudios sobre prevalencia del abuso sexual infantil (se excluyen los revisados por Finkelhor, 1994)

País y Autores	Características de la muestra				Método de obtención de datos	Definición de abuso sexual	Hombres	Mujeres
	n	Género	Edad	Población				
1. Canadá MacMillan et al. (1997)	9.953	Hombres/Mujeres	Mayores de 15 años	General	Nacional	Cuestionario	Con y sin contacto	4,3% 12,8%
2. Estados Unidos Vogelanz et al. (1999)	1.099	Mujeres	Mayores de 21 años	General	Nacional	Entrevista	Con y sin contacto	- 24% criterio 1 17,3% criterio 2
3. Estados Unidos Wyatt et al. (1999)	338	Mujeres	18 a 36 años	General	Local	Entrevista	Con contacto	- 34% antes de los 18 años
4. Suiza Halperin et al. (1996)	1.116	Hombres/Mujeres	13 a 17 años	Estudiantes	Local	Cuestionario	Con y sin contacto	10,9% antes de los 17 años 33,8% antes de los 17 años
5. Suiza Tschumper et al. (1998)	3.993	Mujeres	15 a 20 años	Estudiantes	Nacional	Cuestionario	Con y sin contacto	- 18,3% antes de los 20 años
6. Suiza Edgardh y Ormstad (2000)	2.153	Hombres/Mujeres	17 años	Estudiantes y general	Nacional	Cuestionario	Con y sin contacto	3,1% antes de los 17 años 11,2% antes de los 17 años
7. Noruega Bendixen et al. (1994)	996	Hombres/Mujeres	16 a 58 años	Estudiantes	Local	Cuestionario	Con y sin contacto	3,5% antes de los 18 años 19,4% antes de los 18 años
8. Finlandia Sariola y Uutela (1996)	7.435	Hombres/Mujeres	15 a 16 años	Estudiantes	Nacional	Cuestionario	Con y sin contacto	0,03% antes de los 16 años 0,5% antes de los 16 años
9. Reino Unido Oaksford y Frude (2000)	213	Mujeres	18 a 41 años	Estudiantes	Local	Cuestionario	Con y sin contacto	- 13,14% antes de los 16 años
10. Reino Unido Coxell et al. (1999)	2.474	Hombres	Mayores de 18 años	Pacientes centros de salud general	Local	Entrevista computerizada	Con y sin contacto	12,6% antes de los 16 años -
11. Reino Unido May-Chahal y Cawson (2005)	2.869	Hombres/Mujeres	18 a 24 años	General	Nacional	Entrevista	Con y sin contacto	11% antes de los 16 años 21% antes de los 16 años
12. Portugal Figueiredo et al. (2001)	903	Hombres/Mujeres	Mayores de 18 años	Progenitores de niños/as en primaria	Local	Cuestionario	-	1,70% antes de los 13 años 1,85% antes de los 13 años



País y Autores	Características de la muestra				Método de obtención de datos	Definición de abuso sexual	Hombres	Mujeres
	n	Género	Edad	Población				
13. España De Paúl, Milner et al. (1995)	403	Hombres/Mujeres	Media de edad 20,6	Estudiantes	Local	Con y sin contacto	9,7% antes de los 18 años	14,8% antes de los 18 años
14. Nueva Zelanda Fergusson, Lynskey, et al. (1996)	1.019	Hombres/Mujeres	18 años	General	Local	Con y sin contacto	3,4% antes de los 16 años	17,3% antes de los 16 años
15. Australia Goldman y Padayachi (1997)	427	Hombres/Mujeres	17 a 52 años	Estudiantes	Local	Con y sin contacto	18,6% antes de los 17 años	44,6% antes de los 17 años
16. Australia Fleming (1997)	710	Mujeres	Mayores de 18 años	General	Nacional	Con y sin contacto	-	35% antes de los 16 años
17. El Salvador Barthauer y Leventhal (1999)	83	Mujeres	18 a 70 años	General	Local	Con y sin contacto	-	17% antes de los 18 años
18. Malasia Singh et al. (1996)	616	Hombres/Mujeres	20 a 24 años	Estudiantes	Local	Con y sin contacto	2,1% antes de los 18 años	8,3% antes de los 17 años
19. Singapur Back et al. (2003)	88	Mujeres	18 a 21 años	Estudiantes	Local	Con contacto	-	4,5% antes de los 13 años
20. Hong Kong Tang (2002)	2.147	Hombres/Mujeres	18 a 25 años	Estudiantes	Local	Con y sin contacto	4,3% antes de los 17 años	7,4% antes de los 17 años
21. Sur África Collings (1997)	640	Mujeres	17 a 50 años	Estudiantes	Local	Con contacto	-	34,8% antes de los 18 años
22. Sur África Madu y Peltzer (2001)	414	Hombres/Mujeres	14 a 30 años	Estudiantes	Local	Con contacto	55,9% antes de los 17 años	53,2% antes de los 17 años
23. Palestina Haj-Yahia y Tamish (2001)	652	Hombres/Mujeres	18 a 37 años	Estudiantes	Local	Con y sin contacto	-	-
24. Tribu Indios Americanos Robin et al. (1997a)	582	Hombres/Mujeres	21 a 91 años	General	Local	Con contacto	14%	44%



Tabla 4.4. Resumen de los estudios sobre prevalencia del abuso sexual infantil: porcentajes sobre el grupo de víctimas de abuso sexual

País y Autores	Abuso sexual		Penetración:		Edad al sufrir el		Sexo del agresor		Relación del agresor con la	
	sin contacto físico ^a		Oral, anal o vaginal		abuso				víctima	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1. Canadá MacMillan et al. (1997)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Conocido
2. Estados Unidos Vogeltanz et al. (1999)	-	-	-	-	9 a 17 ^b	-	-	-	-	Conocido
3. Estados Unidos Wyatt et al. (1999)	-	-	-	-	11 ^d y 12 ^e	-	-	94 ^d y 100 ^e % hombre	-	60 ^d y 69 ^e % extrafamiliar
4. Suiza Halperin et al. (1996)	7,7%	13,4%	1,1%	5,6%	≥ 12	≥ 12	66,7% hombre	93,5% hombre	61,1% conocido	53,6% conocido
5. Suiza Tschumper et al. (1998)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6. Suiza Edgarth y Ormstad (2000)	0,8%	4,1%	1,2%	3,1%	9,1	9,0	50% hombre	99% hombre	53% amigo	41% amigo
7. Noruega Bendixen et al. (1994)	-	-	0,4%	3,7%	-	-	86% hombre	99% hombre	81% conocido	77,6% conocido
8. Finlandia Sarioja y Utela (1996)	-	-	-	0,03	-	10	-	100% hombre	-	100% figura paterna
9. Reino Unido Oaksford y Frude (2000)	-	2,8%	-	1,4%	-	≥ 10	-	100% hombre	-	47% conocido

^a Únicamente se han considerado los datos obtenidos de los artículos con categorías de abuso excluyentes y ordenadas por el grado de gravedad.

^b Porcentajes obtenidos según el Criterio 1.

^c Porcentajes obtenidos según el Criterio 2.

^d Mujeres afroamericanas.

^e Mujeres norteamericanas.

Pais y Autores	Abuso sexual		Penetración:		Edad al sufrir el		Sexo del agresor		Relación del agresor con la		
	sin contacto físico		Oral, anal o vaginal		abuso				víctima		
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
10. Reino Unido Coxell et al. (1999)	0,3%	-	7%	-	11 ¹ y 14 ⁹	-	81% hombre y 91% mujer	-	-	-	-
11. Reino Unido May-Chahal y Cawson (2005)	4%	7%	-	-	> 16	> 16	-	-	-	-	-
12. Portugal Figueiredo et al. (2001)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13. España De Paúl, Milner et al. (1995)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37,5% familiar
14. Nueva Zelanda Fergusson, Lynskey, et al. (1996)	-	-	1,4%	5,6%	-	-	93,9% hombre	-	47,7% conocido	-	-
15. Australia Goldman y Padayachi (1997)	5%	5%	4,2%	19,5%	9,0	9,9	-	-	-	-	-
16. Australia Fleming (1997)	-	-	-	2%	-	10	-	98,6% hombre	-	-	41% familiar
17. El Salvador Barthauer y Leventhal (1999)	-	3,6%	-	3,6%	-	13,9	-	100% hombre	-	-	57% amigo o conocido

¹ Hombres que han experimentado conductas definidas como abuso sexual infantil y que se sienten víctimas.

⁹ Hombres que han experimentado conductas definidas como abuso sexual infantil y que no se sienten víctimas.



Pais y Autores	Abuso sexual		Penetración:		Edad al sufrir el abuso		Sexo del agresor		Relación del agresor con la víctima	
	sin contacto físico (respecto a la muestra general)		Oral, anal o vaginal (respecto a la muestra general)		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
18. Malasia Singh et al. (1996)	0%	2,3%	0%	0,8%	15 - 17	5 - 10	-	-	100% amigo o conocido	48,7% familiar
19. Singapur Back et al. (2003)	-	-	-	0%	-	8	-	-	-	100% extrafamiliar
20. Hong Kong Tang (2002)	1,9%	3,7%	1,3%	1,7%	15 - 17	10 - 14	88%	88% hombre	50% amigo	32% desconocido
21. Sur África Collings (1997)	-	-	-	8,1%	-	9 - 14	-	93,3% hombre	-	63,1% conocido o familiar
22. Sur África Madu y Peltzer (2001)	-	-	-	15,7%	-	-	-	-	-	51% amigo
23. Palestina Haj-Yahia y Tamish (2001)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45,6% desconocido
24. Tribu Indios Americanos Robin et al. (1997a)	-	-	-	-	6 - 12	6 - 12	63,6% hombre	78% hombre	59% familiar	83% familiar

4.2.4. Prevalencia del abuso sexual infantil en Europa

Otros estudios no revisados por Finkelhor (1994), realizados en diversos países europeos, también establecen unas cifras de prevalencia similares a las presentadas (véanse Tablas 4.3 y 4.4).

Suiza

Halperin, Bouvier, Jaffe, Mounoud, Pawlak, Laederach y colaboradores (1996) estudiaron la prevalencia del abuso sexual infantil mediante un cuestionario en una muestra de 1.116 estudiantes de entre 13 y 17 años. de la ciudad de Ginebra. Un 10,9% de los varones y un 33,8% de las mujeres respondieron haber sufrido abuso sexual infantil. No se incluyó información sobre la definición utilizada, si bien las categorías incluían conductas sexuales con y sin contacto físico. Un 7,7% del total de varones de la muestra y un 13,4% del total de mujeres manifestaron haber sufrido abuso sexual infantil sin contacto físico (observar al agresor masturbarse, mostrar los genitales al agresor, proposiciones sexuales, etc.). Por otro lado, un 1,1% del total de varones de la muestra y un 5,6% del total de mujeres sufrieron penetración. La edad de las víctimas al sufrir el abuso se situó, en gran parte de los casos, a partir de los 12 años (41,2% en chicos y 61,2% chicas). Respecto al abuso sexual con contacto físico, el agresor fue un hombre en el 66,7% de las víctimas de sexo masculino y en el 93,5% de las víctimas de sexo femenino. En gran parte de los casos el agresor fue también un conocido de la familia, tanto en varones (61,1%), como en mujeres (53,6%). Sin embargo se obtuvieron diferencias respecto a la edad del agresor y al género de las víctimas, con una gran parte de agresores menores de 18 años en víctimas de sexo femenino (39,6%), y de entre 18 y 34 años en víctimas de sexo masculino (44,4%). En este estudio, un 51% de los varones y un 74,3% de las mujeres habían revelado el abuso sexual sufrido a alguien antes de la investigación.

Unos años más tarde Tschumper y colaboradores (1998), volvieron a estudiar la prevalencia del abuso sexual infantil, esta vez en ámbito nacional. De una muestra de 3.993 mujeres estudiantes de entre 15 y 20 años, un 18,6% manifestaron haber sufrido abuso sexual infantil mediante las respuestas a un cuestionario, incluyendo conductas con y sin contacto físico. Los autores consideran que los datos obtenidos subestiman la dimensión real del abuso sexual en Suiza por diversos motivos entre los que destacan: problemas en el vocabulario utilizado en las preguntas que puede dificultar su comprensión, problemas para recordar la experiencia sufrida en las jóvenes, así como la posibilidad que la aplicación grupal del cuestionario produzca una mayor dificultad para responder afirmativamente a estas preguntas.

Siguiendo en la línea de estos estudios, Edgardh y Ormstad (2000) volvieron a establecer la tasa de prevalencia del abuso sexual infantil en una muestra nacional de 1.943 estudiantes y 210 no estudiantes, ambos grupos nacidos en 1973.



Del total de estudiantes encuestados, un 3,1% de los varones y un 11,2% de las mujeres manifestaron haber sufrido abuso sexual infantil, incluyendo conductas con y sin contacto físico y manteniendo el criterio de superioridad de edad del agresor sobre la víctima, si bien no se incluye en el estudio cuántos años establecen los autores de diferencia entre agresor y víctima para definir una conducta como abuso sexual. Cuando se excluyó el exhibicionismo de las tasas de prevalencia se obtuvo que un 2,3% de los varones y un 7,1% de las mujeres estudiantes habían sufrido abuso sexual. En la mayoría de casos el abuso sexual únicamente ocurrió una vez (61% de chicos y 53% de chicas). La media de edad de inicio del abuso fueron los nueve años, independientemente del sexo de la víctima. En un 1,2% de los varones y un 3,1% de las mujeres de la muestra total de estudiantes se produjeron actos que incluyeron penetración (oral, anal o vaginal). Un 44% de los varones y un 20,6% de las mujeres no habían explicado el abuso sexual a nadie anteriormente. En relación con los agresores, en un 50% de los varones y un 99% de las mujeres el agresor fue un hombre, amigo propio o amigo de la familia (53% de los varones y 41% de las mujeres), si bien también hubo un alto porcentaje de agresores desconocidos (21% de los varones y 29% de las mujeres).

La muestra de 257 no estudiantes presentó unas cifras de prevalencia del abuso sexual del 4% en varones y el 28% en mujeres (2% de varones y 27% de mujeres al excluir el exhibicionismo). En un 18% del total de chicas no estudiantes se produjo penetración (oral, anal o vaginal). La media de edad del inicio del abuso sexual fueron los 12,8 años para los varones y los 10,6 años para las mujeres. El 56% de las mujeres sufrieron abuso sexual en más de una ocasión.

De los datos obtenidos se extrae que los agresores fueron mujeres en la totalidad de casos de víctimas de sexo masculino y hombres en los casos de víctimas de sexo femenino. El 50% de los varones y el 28% de las mujeres no explicaron el abuso sexual a nadie antes del estudio. Los autores consideran que los resultados obtenidos en esta investigación deben interpretarse como una prevalencia mínima del abuso sexual infantil en Suiza (Edgardh y Ormstad, 2000).

Noruega

En 1994 Bendixen, Muus y Schei realizaron un estudio de prevalencia en Noruega con 996 estudiantes universitarios, definiendo el abuso sexual infantil como cualquier conducta sexual realizada por un adulto contra la voluntad del estudiante cuando éste era menor de 18 años. Los autores obtuvieron que un 11,7% de los universitarios noruegos (19,4% de las mujeres y 3,5% de los varones) habían sufrido abuso sexual infantil, según la definición utilizada. Del total de la muestra, un 3,7% de las mujeres y un 0,4% de los varones habían sufrido penetración oral, anal o vaginal. Únicamente un 22,4% de los agresores de las mujeres fueron desconocidos y sólo uno de ellos fue una mujer. En cuatro casos (3,4%) el agresor fue la figura paterna de la víctima (padre biológico o adoptivo). En el caso de los varones, únicamente un 19% de los agresores fueron desconocidos y tres de ellos fueron mujeres. En ningún caso el agresor fue la figura paterna o materna de la víctima.

Finlandia

Unos años más tarde, en 1996, Sariola y Uutela determinaron la prevalencia del incesto padre o padrastro – hija en Finlandia. Los autores, preguntaron mediante un cuestionario escrito a 3.769 mujeres y 3.666 varones finlandeses de entre 16 y 17 años, si habían mantenido relaciones de tipo sexual con alguien cinco años mayor que ellos (con o sin contacto físico). De este amplio estudio sobre las conductas sexuales de los jóvenes finlandeses, los autores obtuvieron que un 0,2% de las mujeres (8 casos) afirmaban haber mantenido relaciones de tipo sexual con su padre biológico y un 0,3% (9 casos) con su figura paterna no biológica. Del total de estudiantes que manifestaron convivir con una figura paterna no biológica, 3,7% afirmaron haber sido víctimas de alguna conducta de tipo sexual por su parte. Únicamente se obtuvo un caso de incesto entre uno de los estudiantes varones y su figura materna no biológica (0,03%). La edad media de inicio del abuso fueron los 10 años. Las conductas sexuales más habituales fueron los tocamientos (en un 82,3% de los casos, tanto en víctimas de padre biológico o no biológico). Únicamente en un caso de abuso sexual, por parte de padre biológico, se produjo penetración vaginal (0,03).

Reino Unido

En Gales, Oaksford y Frude (2000) estudiaron la prevalencia del abuso sexual infantil mediante un cuestionario aplicado a una muestra de 213 estudiantes universitarias. Un 13,14% de las participantes respondieron haber sufrido abuso sexual infantil, incluyendo conductas con y sin contacto físico. En un 2,8% del total de la muestra, las estudiantes manifestaron haber sufrido abuso sexual sin contacto físico, y en otro 1,4% haber sufrido penetración vaginal. El 61% de las víctimas tenían 10 años o más al sufrir el abuso sexual, y en un 50% de los casos el abuso únicamente ocurrió una vez. Respecto a los agresores (100% hombres), en un 47% de los casos éste era un conocido no familiar, con una media de edad de 26 años. Destaca que un 32% de las víctimas fueron agredidas por alguien menor de 18 años. Por otro lado, un 46% de las víctimas no habían revelado a nadie lo sucedido antes de la investigación.

Si bien la mayoría de estudios presentan muestras formadas por ambos sexos, o por participantes de sexo femenino, algunos autores como Coxell, King, Mezey y Gordon (1999), se han centrado en el estudio del abuso sexual infantil únicamente en varones. Coxell y colaboradores (1999) establecieron la prevalencia del abuso sexual infantil en 2.474 hombres, pacientes de medicina general, de distintas ciudades y pueblos de Inglaterra, definiendo el abuso sexual infantil como el contacto físico sexual entre un menor de 16 años y otro individuo cinco años mayor (según las leyes inglesas un individuo menor de 16 años es legalmente incapaz de dar su consentimiento para mantener relaciones sexuales). Los autores categorizaron las experiencias de abuso sexual en dos grupos: aquellos adultos que manifestaron haber sufrido abuso sexual infantil (5,3%) y aquellos adultos que manifestaron haber mantenido relaciones sexuales consentidas en su infancia pero que, en base a la definición, también habrían sufrido abuso sexual (7,7%). Dentro del grupo



que manifestó haber sido víctima de abuso sexual infantil un 7% de los participantes sufrieron penetración anal y la media de edad de inicio del abuso se situó en los 11 años. Respecto a los agresores, éstos fueron mayoritariamente hombres (81%). Dentro del grupo de individuos que manifestaron haber vivido las experiencias establecidas en la definición pero no sentirse víctimas de abuso sexual, la media de edad de inicio del abuso fueron los 14 años. Y el agresor fue mayoritariamente una mujer (91%).

Este trabajo plantea un problema importante dentro del estudio del abuso sexual infantil y es la percepción de abuso que tenga la persona que responde al cuestionario. La definición que utilicen los autores para preguntar a los participantes si sufrieron abuso sexual infantil puede hacer que alguno de ellos responda haber vivido esas experiencias pero que no se sienta víctima de abuso. Para clarificar este punto, es importante tener en cuenta que los estudios de prevalencia no van dirigidos a establecer los efectos del abuso sexual infantil, que incluirían si la persona se siente víctima o no, y su percepción de las experiencias vividas. Los estudios de prevalencia pretenden ilustrar el número de individuos de una población que manifiesta haber experimentado determinadas conductas que, bajo la definición utilizada, y que en la mayoría de ocasiones se encuentra amparada bajo las leyes penales del país, pueden ser consideradas abuso sexual infantil. Por otro lado, los datos ejemplifican los estereotipos sexuales que presenta la población y que hacen que los hombres menores de 16 años que mantienen relaciones sexuales con mujeres mayores que ellos en un mínimo de cinco años, no sean considerados víctimas de abuso sexual. Este hecho puede estar protegiendo a los hombres que experimentan estas vivencias y, provocar que ellos mismos no se sientan víctimas. O, en el peor de los casos, puede estar haciendo que estos hombres no se vean capaces de reconocer que son víctimas, pese a sentirse como tales.

El estudio reciente de May-Chahl y Cawson (2005) muestra la prevalencia nacional del abuso sexual con inicio anterior a los 16 años por un agresor al menos cinco mayor que la víctima en el Reino Unido. Los autores analizaron la prevalencia del maltrato infantil en 2,869 jóvenes, de entre 18 y 24 años, seleccionados aleatoriamente usando los archivos del código postal. Un 10% de los jóvenes encuestados manifestaron haber experimentado abuso sexual con contacto físico antes de los 16 años (6% de los varones y 15% de las mujeres), mientras que otro 6% indicó haber experimentado abuso sexual sin contacto físico antes de esa edad (4% de los varones y 7% de las mujeres). Otro 6% de los jóvenes encuestados afirmaron haber mantenido relaciones sexuales consentidas a la edad de 13-15 años con un individuo al menos cinco años mayor. Los autores subrayan que, si bien la percepción del joven fue de consentimiento, en la mayoría de casos estas experiencias serían consideradas abusivas por las leyes británicas. Respecto al tipo de abuso experimentado, en la mayoría de casos los jóvenes manifestaron haber sido sometidos a tocamientos, besos y exhibición de los órganos sexuales. La mayoría de encuestados fueron abusados por conocidos, no familiares, de los jóvenes (11%).

Portugal

En Portugal destaca el estudio realizado por Figueiredo, Maia, Fernandes, Matos, Ribeiro y Paiva (2001). Estos autores analizaron la prevalencia del abuso sexual infantil y otros malos tratos en una muestra de 903 padres pertenecientes a la población general, encontrando que este tipo de maltrato era muy poco frecuente (únicamente un 2,56% de la muestra manifestó haber sufrido abuso sexual, con un 2,46% de las madres y un 2,67% de los padres). Un 1,78% de la muestra habría sufrido abusos sexuales antes de los 13 años de edad (1,85% de las madres y 1,70% de los padres), mientras que un 1,42% manifestó haber sufrido abusos después de los 13 años (1,55% de las madres y 1,28% de los padres). Figueiredo y colaboradores (2001) justifican la escasa prevalencia de abuso sexual encontrado en la muestra de estudio, en parte, por la reticencia a responder con sinceridad a ese tipo de preguntas que podían manifestar los padres debido al método de recogida de datos –los profesores de cinco escuelas primarias entregaban a sus alumnos un cuestionario y éstos tenían que dárselo a sus padres y retornarlo al profesor cuando estuviera cumplimentado–.

4.2.4.1. Prevalencia del abuso sexual infantil en España

Los datos de prevalencia obtenidos en nuestro país pertenecen al único estudio nacional realizado hasta el momento por López (López, 1994; López, Carpintero et al., 1995), ya recogido por Finkelhor (1994) en su revisión. Los objetivos de este trabajo fueron conocer las opiniones e información que presentaba la población española mayor de 18 años sobre el abuso sexual infantil (tal como se ha comentado en el capítulo sobre creencias erróneas del abuso sexual), así como establecer su prevalencia, las características de víctimas y agresores, y sus efectos psicopatológicos a corto y largo plazo. Durante los meses de septiembre, octubre y noviembre de 1991, mediante muestreo aleatorio estratificado por sexos y comunidades autónomas, la información requerida se obtuvo mediante la aplicación de una entrevista estructurada individual a cada participante ($n = 1.821$) y un cuestionario específico para aquellas personas que afirmaban haber sufrido abuso sexual infantil antes de los 17 años. López, Hernández y colaboradores (1995) utilizan el término infancia para referirse a los menores de 17 años debido a que, independientemente de que la mayoría de edad jurídica se sitúe en España en los 18 años, sociológicamente la media de acceso a la actividad sexual coital se encuentra entre los 17 y los 18 años.

El 18,9% de las personas entrevistadas manifestaron haber sufrido abuso sexual en algún momento de su infancia. En los varones este porcentaje fue del 15,2% y en las mujeres del 22,5%, con una edad situada entre los 12 y los 13 años, en un 25,2% de los casos. Si se excluyen las conductas sin contacto físico se observa que un 13,1% de los varones y un 16,4% de las mujeres manifiestan haber sufrido abuso sexual antes de los 17 años, un 14,8% del total de la muestra. Estas frecuencias, si bien similares a las obtenidas en otros países, mostraron una



diferencia en el elevado porcentaje de víctimas varones. López (1994) justifica estos datos debido al alto porcentaje de víctimas varones que sufrieron abuso sexual infantil por parte de educadores y religiosos (10% del total de abusos sufridos por varones) durante el período situado entre 1939 y 1977. Utilizando categorías no excluyentes, los autores observaron que las conductas más frecuentes fueron las caricias por debajo (58%) y por encima de la cintura (59%), seguidas por las proposiciones de actividad sexual y el exhibicionismo (33% para ambas). Se constata, no obstante, que lo más habitual fue que durante la experiencia de abuso si incluyera más de una conducta sexual, simultánea o sucesivamente, si bien teniendo en cuenta únicamente la experiencia más grave de todas las ocurridas, la tendencia general seguía siendo la misma. Un 16% de hombres y un 15% de mujeres manifestaron haber sufrido, en algún momento durante el abuso, penetración oral, anal o vaginal. En poco más de la mitad de los casos (56%), el abuso sexual se produjo una única vez, si bien en el resto de casos los abusos se repitieron entre 1 y 25 veces. Estas cifras se observan también en otros estudios (Finkelhor et al., 1990).

La Tabla 4.5 ofrece un resumen de las categorías de abuso sexual infantil sufridas por las víctimas, considerando aquellas que se produjeron simultáneamente o consecutivamente durante la experiencia de abuso (no excluyentes) o mostrando únicamente la conducta más grave (según asignación del propio autor) de todas aquellas ocurridas durante el abuso sexual. Respecto a los agresores, éstos (mayoritariamente varones, 87%) fueron tanto desconocidos (45% en las víctimas varones y 27% en las víctimas mujeres), como conocidos (31% en varones y 42% en mujeres), si bien en las mujeres aparecieron como agresores más habituales los amigos de la familia (27% vs. 6% en los varones). A diferencia de otros estudios, el abuso sexual infantil intrafamiliar se produjo porcentualmente más en varones (12% vs. 4% en mujeres); existiendo también una categoría de agresor no considerada en otras investigaciones (religioso y educador), que se produjo en un 6% de las víctimas varones. Por otro lado, la mayor parte de los agresores eran adultos de mediana edad (de entre 31 y 50 años), tanto en víctimas hombres (44%) como mujeres (45%); si bien también se encontraron casos de abuso sexual infantil cometidos por agresores menores de 20 años (15% de víctimas hombres y 10% de víctimas mujeres).

Tabla 4.5. Resumen de los resultados obtenidos por López (1994)

	Categorías No excluyentes ^a			Categorías Excluyentes ^b		
	Hombres (%) (n = 134; 15,25%)	Mujeres (%) (n = 203; 22,54%)	Total (%) (n = 337; 18,91%)	Hombres (%) (n = 134; 15,25%)	Mujeres (%) (n = 203; 22,54%)	Total (%) (n = 337; 18,91%)
<i>Sin contacto físico</i>						
- Proposiciones	41	27,1	32,6	9	4,4	6,2
- Exhibicionismo	24,6	37,9	32,6	5,2	23	15,7
<i>Con contacto físico</i>						
- Caricias por encima de la cintura	59	43,8	49,8	11,9	11,8	12
- Caricias por debajo de la cintura	66,4	51,7	57,6	47	35	39,7
- Intento de coito anal	7,5	3	4,7	1,5	1	1,2
- Intento de coito vaginal	0	13,8	0	0	5,9	3,6
- Masturbación	16	10,4	12,5	11,9	8,4	10
- Sexo oral	11,9	8,4	9,8	8,2	4,9	6,2
- Coito anal	4,5	1,5	2,7	3,7	0,5	1,8
- Coito vaginal	0	4,9	0	0	4,9	3
<i>No sabe/ No contesta</i>	1,5	8,4	5,6	1,5	0,5	0,9
Total conductas sin contacto				14	27	22
Total conductas con contacto				86	73	78

^a Referido al formato original de los datos. Las conductas expuestas pueden haber ocurrido simultánea o consecutivamente durante la experiencia de abuso.

^b Se refiere a la transformación de los datos originales. A cada víctima se le asignó la conducta más grave de todas aquellas ocurridas durante el abuso.



Otro de los escasos estudios de prevalencia del maltrato infantil realizados en España es el llevado a cabo por De Paúl, Milner y Múgica (1995). Estos autores realizaron una réplica del estudio anterior de Milner, Robertson y Rogers (1990) con universitarios norteamericanos, comparando la prevalencia de maltrato infantil y, dentro de éste, de abuso sexual con y sin contacto físico, encontrada en un grupo de 403 estudiantes universitarios del País Vasco con aquella encontrada anteriormente por Milner y colaboradores (1990).

Los autores observaron que un 13,4% de los estudiantes (un 9,7% de los varones y un 14,9% de las mujeres) manifestaban haber sufrido abuso sexual infantil (un 3,9% de los varones y un 6,4% de las mujeres antes de los 13 años; un 2,9% de los varones y un 3,7% de las mujeres después de los 13 años; y un 2,9% de los varones y un 4,7% de las mujeres antes y después de los 13 años). En el caso del abuso sexual antes de los 13 años, el 62% de los casos manifestaron haber sido víctimas de un agresor intrafamiliar. Estas cifras se reducían en los casos de abuso sexual después de los 13 años (únicamente un 9% de los agresores era un familiar) y en aquellos casos en los que el abuso ocurría antes y después de los 13 años (con un 33% de agresores intrafamiliares). El estudio de Milner y colaboradores (1990) presentó unos datos similares en mujeres (con una prevalencia de abuso sexual infantil del 15,7%) pero inferiores en estudiantes varones (con una prevalencia de abuso sexual infantil del 4,3%).

4.2.5. Prevalencia del abuso sexual infantil en Nueva Zelanda y Australia

Estudios australianos recientes, siguen indicando que el abuso sexual infantil es un problema universal y de gran magnitud (véanse Tablas 4.3 y 4.4).

Uno de los primeros estudios de prevalencia en Nueva Zelanda, revisado ya por Finkelhor (1994), ha sido el presentado por Anderson, Martin, Muller, Romans y Herbison (1993). Los autores estudiaron la prevalencia del abuso sexual en 3.000 mujeres de Dunedin seleccionadas aleatoriamente. Mediante un cuestionario enviado por correo, las mujeres respondían si habían sufrido alguna experiencia de abuso sexual antes de los 16 años, definido como conductas sexuales con o sin contacto físico entre la víctima y un adulto cinco años mayor o de similar edad pero mediante el uso de fuerza o amenazas. Posteriormente se localizaba a las mujeres que habían respondido afirmativamente y se las entrevistaba personalmente. De las 1.660 mujeres que participaron en el estudio, se obtuvo que un 26% habían sufrido abuso sexual antes de los 12 años y un 32% antes de los 16 años (sin contacto físico en un 6,8% del total de la muestra). Se produjo penetración (oral, anal o vaginal) en un 3,8% del total de la muestra. Las edades de mayor riesgo se situaron entre los ocho y los 12 años, con la máxima tasa de abuso centrada en los 11 años. La prevalencia del abuso sexual aumentó anualmente de los cuatro a los ocho años y decreció a partir de los 12 años, indicando una máxima prevalencia del abuso sexual en víctimas prepúberes. En relación con el agresor, la mayoría fueron conocidos de la víctima, con un 38,3% de agresores intrafamiliares y un 15% de agresores desconocidos.

Un 28% de las víctimas no explicaron nunca antes lo sucedido y únicamente un 7,5% explicaron el abuso sexual a un trabajador social o a la policía. En esta investigación se preguntó a las víctimas porqué no habían explicado antes el abuso, dando como respuestas: temer ser culpada (29%), sentir vergüenza (25%), no querer entristecer a nadie (24%), pensar que no la iban a creer (23%), desear proteger al agresor (14%), temer al agresor (11%), querer obedecer a los adultos (3%) y no sentirse mal por el abuso (18%).

Fergusson, Lynskey y Horwood (1996) realizaron uno de los escasos estudios longitudinales sobre abuso sexual infantil, desde 1977 hasta 1995 en Nueva Zelanda. Estos autores observaron a una cohorte de 1.265 niños y niñas desde su nacimiento hasta los 18 años. Al cumplir 18 años 1.019 participantes fueron entrevistados para evaluar temas relacionados con la salud mental, siendo uno de ellos el abuso sexual infantil. Un 10,4% de los participantes manifestaron haber sufrido abuso sexual antes de cumplir 16 años (17,3% mujeres y 3,4% hombres), incluyendo conductas sexuales con (98,2% de los hombres y 88% de las mujeres víctimas) y sin contacto físico (1,8% de los hombres y 12% de las mujeres víctimas). Se produjo penetración (oral, anal o vaginal) en un 1,4% de los hombres y un 5,6% de las mujeres entrevistadas. En relación con los agresores, la mayoría fueron hombres (93,9%). Únicamente ocho de las víctimas de abuso sexual manifestaron haber sido agredidas por una mujer. Un 23,5% de los agresores fueron miembros de la familia de la víctima, mientras que un 47,7% fueron conocidos no familiares y un 28,8% desconocidos. Los autores encontraron una fuerte asociación entre la severidad del abuso y el tipo de agresor con abusos más severos (intentos de penetración o penetración) y más duraderos en agresores familiares (un 61,3% de los agresores intrafamiliares realizaron intentos de penetración o penetración y en un 71% el abuso ocurrió más de una vez).

Uno de los resultados que no sigue la línea de estudios anteriores es que, en esta muestra, la gran mayoría de víctimas (86,8%) habían explicado la experiencia de abuso a algún miembro de la familia o amigo antes de los 18 años. Se encontraron diferencias significativas entre varones y mujeres, con una mayor frecuencia de revelación del abuso por parte de las mujeres (un 80% de las víctimas que habían revelado la experiencia de abuso anteriormente).

En 1997 Goldman y Padayachi realizan uno de los primeros estudios publicados sobre la prevalencia del abuso sexual infantil en Queensland. Mediante una muestra estatal de 427 estudiantes universitarios, con una media de edad de 21,2 años, los autores obtuvieron que un 18,6% de los hombres y un 44,6% de las mujeres habían sufrido abuso sexual antes de los 17 años, incluyendo conductas sexuales con y sin contacto físico. Al excluir las experiencias sin contacto físico, la tasa de prevalencia descendió a un 13,6% de varones y un 39,6% de mujeres, aproximadamente. La edad media a la que se produjo el abuso se situó alrededor de los 9 años tanto en los varones como en las mujeres, indicando un mayor porcentaje de víctimas prepúberes (79,2% de víctimas hombres, y 59,6% de víctimas mujeres entre los siete y los 12 años). Un 4,3%



de los estudiantes varones de la muestra y un 19,5% de las mujeres, manifestaron haber sufrido penetración (anal o vaginal). Aproximadamente un 35% de las víctimas varones y un 26% de las mujeres únicamente sufrieron una experiencia de abuso sexual. Las mujeres, no obstante, experimentaron frecuentemente más de un tipo de abuso, con una cuarta parte de los casos (25,7%) experimentando seis o más situaciones de abuso.

En el mismo año, Fleming (1997) presenta la prevalencia nacional del abuso sexual infantil en Australia, mediante un cuestionario aplicado a una muestra de 710 mujeres seleccionada aleatoriamente de los censos electorales australianos. De la muestra se obtuvo que un 35% de las mujeres afirmaban haber sufrido abuso sexual antes de los 16 años, incluyendo conductas con y sin contacto físico realizadas por alguien al menos cinco años mayor. Los autores únicamente incluyeron en posteriores análisis las conductas sexuales con contacto físico, descendiendo la tasa de prevalencia al 20,3%. Del total de la muestra, un 2% sufrió penetración anal o vaginal. La media de edad de las víctimas se situó en los 10 años, y en un 51,3% éstas fueron abusadas en más de una ocasión. En relación con los agresores, en un 98,6% de los casos fueron hombres, con una media de edad de 33,5 años y, en gran parte de ellos, miembros de la familia (41%). Los abusos realizados por miembros de la familia fueron más duraderos, con un 56% de estos casos produciéndose a diario o semanalmente. Únicamente un 8% de los agresores fueron desconocidos y, en estos casos (70%), el abuso sólo ocurrió una vez.

Las víctimas revelaron el abuso en un 52% de los casos, sin embargo solamente en un 8,75% de los casos las víctimas notificaron lo sucedido a algún organismo oficial (policía, médicos, o agencias de ayuda a las víctimas). Cuando se preguntó a las víctimas por qué no habían explicado el abuso, un 46% adujeron vergüenza, un 23% consideraron que nadie podía ayudarlas y un 18% manifestaron temor a ser culpadas o castigadas por el abuso.

4.2.6. Prevalencia del abuso sexual infantil en países latinoamericanos

Algunos autores han investigado la prevalencia del abuso sexual infantil en países latinoamericanos como Costa Rica (Krugman et al., 1992) y El Salvador (Barthauer y Leventhal, 1999) (véanse Tablas 4.3 y 4.4).

En 1992, Krugman y colaboradores, establecieron la prevalencia del maltrato físico y el abuso sexual infantil en una muestra de 497 estudiantes universitarios de entre 17 y 71 años de Costa Rica. Este es el primer estudio publicado en Costa Rica sobre prevalencia, y los autores consideran preliminares las cifras obtenidas. Del total de la muestra, un 32,2% de las mujeres y un 12,8% de los hombres habían sufrido abuso sexual infantil, incluyendo en la definición conductas con y sin contacto físico, y sin establecer una diferencia de edad entre víctima y agresor. La media de edad de las víctimas fueron los siete años para los hombres y los ocho para las mujeres. Respecto al agresor, éste fue un hombre en la mayoría de los casos (63,2% en víctimas varones y 92% en

víctimas mujeres). El agresor fue el padrastro o uno de los padres biológicos en 11,6% de los casos de víctimas mujeres y ninguno en víctimas varones. En los varones, el agresor fue mayoritariamente un vecino (53,4%), y en las mujeres un familiar (30,5%) distinto a los padres o padrastros. El abuso se produjo en una única ocasión en gran parte de los casos (69,6% en víctimas varones y 65,2% en víctimas mujeres).

Mediante una entrevista administrada a 83 mujeres mayores de 18 años residentes en una céntrica comunidad rural de El Salvador, Barthauer y Leventhal (1999), establecieron la prevalencia del abuso sexual infantil en un 17% para esta población. La definición de abuso sexual incluía aquellas conductas sexuales con o sin contacto físico sufridas antes de los 18 años y consideradas abuso por las entrevistadas. Un 3,6% del total de mujeres de la muestra habían sufrido un coito completo, y un 8,4% intento de coito. Un 3,6% de las víctimas habían sufrido abuso sexual sin contacto físico (exhibicionismo). La media de edad al sufrir el abuso fueron los 13,9 años, y en un 76% de los casos el abuso sexual sólo ocurrió una única vez. Todos los agresores fueron hombres y la mayoría fueron vecinos o amigos (57%), con únicamente un 9,5% de agresores familiares.

4.2.7. Prevalencia del abuso sexual infantil en países asiáticos

Malasia (Back, Jackson, Fitzgerald, Shaffer, Salstrom y Osman, 2003; Singh, Yiing y Nurani, 1996) y China (Tang, 2002) han sido los países asiáticos revisados (véanse Tablas 4.3 y 4.4).

En 1996, Singh y colaboradores, realizan el primer estudio de prevalencia en Malasia. Estos autores administraron un cuestionario autoaplicado a 616 estudiantes de enfermería de entre 20 y 24 años (76,5% mujeres, 22,9% hombres y 0,6% no especificaron su género), obteniendo una tasa de prevalencia del abuso sexual infantil del 6,8% (2,1% en varones y 8,3% en mujeres), definido como las conductas sexuales con o sin contacto físico entre un adulto y un menor de 18 años. Respecto a las diferencias étnicas, los autores encontraron que un 5,8% de las víctimas de abuso sexual infantil eran malasios, un 5,4% indios y un 25% chinos. Si bien la tasa de prevalencia es menor a la encontrada en la mayoría de estudios, los autores remarcan que un 4,9% de los estudiantes no quisieron responder a las preguntas del cuestionario referidas a este tema, sugiriendo este dato que probablemente la tasa real de prevalencia fuese mucho mayor. En relación con las diferencias étnicas, los autores consideran que pueden deberse a tabúes socioculturales en determinadas etnias que impiden a los participantes en el estudio manifestar haber sufrido abuso sexual infantil incluso en un contexto anónimo. En gran parte de los casos el abuso sexual se produjo entre los 5 y los 10 años (33,3%) en las mujeres y entre los 15 y los 17 años en los varones (100%). Un 2,3% de las estudiantes manifestaron haber sufrido abuso sexual infantil sin contacto físico; y en un 0,8% de mujeres del total de la muestra se produjo penetración anal o vaginal. En la totalidad de los casos de víctimas de sexo masculino, el abuso sexual consistió en tocamientos. El abuso se repitió en más de la mitad de los casos (59,5%), y en la gran mayoría el agresor fue un conocido (79,5% de las mujeres y 100% de los varones). Aunque



ningún caso refirió haber sufrido abuso sexual por parte de sus padres naturales, el 48,7% de las víctimas mujeres manifestaron haber sufrido abuso sexual por familiares (hermanos, hermanastros, tíos, entre otros). En el total de los casos el agresor de los varones fue un amigo propio o de la familia. Ninguna víctima notificó lo ocurrido a autoridades oficiales.

Siguiendo la línea de estudio anterior, recientemente Back y colaboradores (2003) han establecido la prevalencia del abuso sexual infantil en estudiantes universitarias de Malasia, comparándolo con la prevalencia en estudiantes universitarias norteamericanas.

Los autores aplicaron un cuestionario anónimo a 88 estudiantes de Singapur, obteniendo una prevalencia de abuso sexual infantil con contacto físico antes de los 13 años, por un agresor al menos cinco años mayor, del 4,5%. Al mismo tiempo, los autores aplicaron el mismo cuestionario a una muestra de 65 estudiantes norteamericanas, obteniendo una prevalencia del 15,4%. Como explicación de los resultados obtenidos, los autores sugieren la posible existencia de diferencias reales en el comportamiento sexual de los habitantes de Singapur en comparación con los estadounidenses, así como también la presencia de tabúes culturales en los estudiantes malasios respecto a la sexualidad y la revelación del abuso sexual.

Tang (2002), por su parte, estableció la prevalencia del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios de Hong Kong (China). La muestra se compuso de 887 varones, 1151 mujeres y 109 estudiantes que no especificaron su sexo. La autora incluyó en la definición de abuso sexual conductas sin contacto físico, poco frecuentes en la muestra estudiada (1,9% de los estudiantes varones y 3,7% de las estudiantes mujeres), y conductas con contacto físico (3% en varones y 5,8% en mujeres), concluyendo que un 6% de los estudiantes universitarios habían sufrido algún tipo de abuso sexual antes de los 17 años. La media de edad al sufrir los abusos fue de 11 años, situándose rango de edad más frecuente para sufrir abuso en los varones entre los 15 y los 17 años y en las mujeres entre los 10 y los 14 años. Respecto a los agresores, éstos eran hombres en un 88% de los casos, con únicamente un 28% de los agresores desconocidos para la víctima. Los varones presentaron una mayor frecuencia de abusos cometidos por amigos (50% vs. 15% de agresores amigos en víctimas mujeres) y las mujeres de abusos cometidos por desconocidos (32% vs. 15% de agresores desconocidos en víctimas varones). En relación con este resultado, los estudiantes varones sufrieron con mayor frecuencia abusos repetidos, si bien en un 45% del total de la muestra el abuso únicamente se cometió en una ocasión.

El resultado más comentado por la autora es, sin embargo, la escasa revelación de los abusos en la muestra, al comparar esta variable con estudios referidos a sociedades occidentales. En un 62% de los casos (60% en mujeres y 68% en víctimas varones), los estudiantes no habían explicado a nadie anteriormente el abuso sufrido, en comparación con los porcentajes de revelación obtenidos en estudios occidentales (Edgardh y Ormstad, 2000; Fergusson, Lynskey et al., 1996; Halperin et al., 1996; Oaksford y Frude, 2000). La autora explica estos resultados en base a las

tradiciones y principios morales de la cultura china. En primer lugar, Tang (2002) destaca la importancia del tabú del sexo en la sociedad tradicional asiática, que dificulta enormemente que los jóvenes hablen de sus relaciones e, incluso, de los posibles abusos sufridos. La autora también menciona la rígida norma existente en esta sociedad de proteger a la familia de actos que supondrían una vergüenza, como es el abuso sexual de uno de sus miembros. Cabe añadir, que los hijos son considerados propiedades de sus padres, debiéndolos obedecer sin realizar preguntas lo cual, además de ser un factor de riesgo para el abuso sexual infantil, impide que los jóvenes sean capaces de revelar un abuso cometido dentro de la familia. Finalmente, el fuerte rechazo a la homosexualidad presente en esta cultura dificulta que los jóvenes que han sufrido abusos sexuales por parte de un agresor del mismo sexo expliquen lo sucedido. Todos estos factores son destacados por la autora, a su vez, como condiciones que han podido influir en la baja tasa de prevalencia del abuso sexual infantil obtenida en el estudio y que pueden haber sesgado los resultados.

4.2.8. Prevalencia del abuso sexual infantil en países africanos

Dentro del continente africano, únicamente ha sido posible encontrar estudios publicados en Sur África (Collings, 1997; Madu y Peltzer, 2001) (véanse Tablas 4.3 y 4.4), si bien existen referencias a estudios realizados en otros países del continente no publicados a nivel internacional (Lalor, 2004).

Collings (1997) estableció una elevada tasa de conductas sexuales no deseadas con contacto físico en menores de 18 años sudafricanos. Mediante un estudio retrospectivo aplicando un cuestionario a 640 estudiantes universitarias de entre 17 y 50 años, Collings (1997) obtuvo una tasa de prevalencia del abuso sexual infantil de 34,8%. La edad de las víctimas al sufrir el abuso se situó, en gran parte de los casos (42,2%), entre los nueve y los 14 años. En un 8,1% del total de la muestra se produjo penetración (oral o vaginal) y la mayoría de abusos ocurrieron una sola vez (56,1% de los casos), si bien en un 12,1% de los casos el abuso continuó durante un año o más. Respecto al agresor, éste fue un menor de 25 años en la mayoría de los casos (64,1%), con un 34,5% de estos agresores menor de 17 años. La relación que mantenía el agresor con la víctima fue principalmente un conocido (40,4%) o un familiar distinto a las figuras paterna o materna (22,7%). El agresor fue mayoritariamente un hombre (93,3%).

En un 45,9% de los casos la víctima no había revelado a nadie lo que había sucedido hasta el momento de responder al cuestionario de la investigación.

Posteriormente, Madu y Peltzer (2001) confirmaron los resultados obtenidos por Collings (1997), estableciendo una elevada tasa de abuso sexual con contacto físico en menores de 17 años y por un agresor al menos cinco años mayor, mediante un cuestionario administrado a 414 estudiantes sudafricanos de educación secundaria. Estos autores encontraron que un 54% de los estudiantes (55,9% varones y 53,2% mujeres) manifestaban haber sufrido abuso sexual según la definición



tomada en el estudio. Del total de víctimas, la mayoría fueron varones, en contraste con el resto de estudios revisados hasta el momento. Sin embargo, al preguntar a los participantes si se sentían víctimas de abuso sexual infantil, únicamente un 6,5% de los varones y un 11,35% de las mujeres afirmaron sentirse así, siendo estos datos más similares a los hallados en otros estudios. En un 15,7% del total de la muestra los estudiantes sufrieron penetración (anal, oral o vaginal). En más de la mitad de los casos (51%) el agresor fue alguien considerado un amigo por la víctima.

Lalor (2004) ha presentado recientemente una revisión de diversos estudios, publicados a nivel local, sobre la prevalencia del abuso sexual infantil en Tanzania y Kenya. Si bien, la metodología, escasamente controlada en estos estudios, impide establecer conclusiones cuantitativas al respecto, Lalor (2004) concluye que el abuso sexual infantil se ha incrementado en estos países por diversos posibles motivos, entre los que destacan:

- la extendida creencia de que mantener relaciones sexuales con vírgenes o niñas muy jóvenes cura el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) y otras enfermedades de transmisión sexual.
- la pérdida de los valores tradicionales basados en la crianza de los hijos a nivel comunitario, lo que permitía a los vecinos observar y corregir cualquier maltrato o abuso por parte de los progenitores.
- la influencia de otras culturas, especialmente en relación con el turismo sexual.
- la pobreza, que estimula a las chicas más jóvenes a prostituirse y a sus progenitores a apoyarlas en esa decisión.
- la posición de la mujer en estas sociedades, siempre inferior al hombre y mucho menos valorada.

El autor concluye que los gobiernos de Tanzania y Kenya están centrando su trabajo en la prevención de la explotación sexual infantil pero han obviado de sus estudios el más frecuente abuso sexual cometido por familiares y conocidos del menor.

4.2.9. Prevalencia del abuso sexual infantil en países árabes

Uno de los escasos estudios existentes sobre prevalencia del abuso sexual infantil en países árabes es el realizado por Haj-Yahia y Tamish (2001) en Palestina, con una muestra de 652 estudiantes universitarios (391 mujeres y 263 varones) de entre 18 y 37 años (véanse Tablas 4.3 y 4.4). Los autores constatan la dificultad de realizar un estudio sobre este tema en la sociedad árabe, debido a la culpabilidad que se atribuye a las mujeres víctimas de abuso sexual y otros delitos sexuales, así como a la consideración del hombre víctima de esta experiencia como débil, incapaz de defender sus derechos e, incluso, afeminado. Cabe añadir la tendencia de las familias

árabes a solventar sus problemas dentro del círculo familiar, intentando mantener la familia intacta y prevaleciendo en todos los casos la defensa del honor familiar.

Haj-Yahia y Tamish (2001) categorizaron las edades de las víctimas en tres grupos (menores de 12 años, entre 12 y 16 años, y mayores de 16 años). Los autores obtienen que un 18,6%, un 36,2% y un 45,6% de los estudiantes manifestaron haber sufrido algunos de los actos de tipo sexual listados (incluyendo conductas con y sin contacto físico) por un miembro de la familia nuclear, un familiar, o un desconocido, respectivamente. La ausencia de los datos brutos en el artículo impide establecer el número total de estudiantes de la muestra que manifiestan haber sufrido abuso sexual infantil, así como la existencia de posibles diferencias de género. Por otro lado, la presencia de una mayoría de agresores desconocidos para la víctima, en vez de agresores conocidos o familiares, puede ser real o relacionarse con características propias de la sociedad árabe y de sus normas de respeto al honor familiar.

4.2.10. Prevalencia del abuso sexual infantil en minorías étnicas

Robin, Chester, Rasmussen, Jaranson y Goldman (1997a) realizaron un estudio sobre el abuso sexual infantil en una tribu, no especificada, de indios americanos (véanse Tablas 4.3 y 4.4).

Las cifras en el estudio de Robin y colaboradores (1997a) son similares a las halladas en otras sociedades, con un 44% de mujeres (de un total de 375) y un 14% de varones (de un total de 217) víctimas de abuso sexual con contacto físico por un agresor al menos cinco años mayor, antes de los 16 años, si bien la definición de abuso sexual infantil es mucho más restrictiva que la utilizada en otros estudios. Las edades en las que se produjeron más casos de abuso sexual, tanto en varones (83%) como en mujeres (72%), fueron entre los 6 y los 12 años. Por otro lado, la mayoría de víctimas, varones (67%) y mujeres (56%), sufrieron abusos de tipo severo, con penetración (oral, anal o vaginal). El estudio indica que el agresor fue un varón en la mayoría de los casos, tanto en víctimas de sexo femenino (78%) como masculino (63,6%). El agresor fue un conocido o familiar en la práctica totalidad de los casos, con sólo un 2% de casos de agresores desconocidos en mujeres y ninguno en varones. En un 59% de las víctimas hombres y en el 83% de las víctimas mujeres, el agresor fue un familiar. En la mitad de los casos hubo únicamente un agresor (50% en los hombres y 51% en las mujeres), si bien en un 14% de los hombres y un 15% de las mujeres el abuso fue cometido por tres o más personas.

4.2.11. Prevalencia del abuso sexual infantil en individuos con disminuciones físicas y/o psíquicas

Son escasos los estudios dirigidos a determinar la prevalencia del abuso sexual infantil en individuos con disminuciones físicas y/o psíquicas.

Una de las revisiones más actuales del tema es la realizada por Westcott y Jones (1999), quienes establecen una cronología de los estudios de prevalencia existentes con este tipo de muestras.



Los autores destacan que, en un principio (durante la década de los setenta), los estudios se centraron en la disminución como una consecuencia del maltrato y del abuso, pero no se estudiaba la prevalencia del maltrato en víctimas que ya presentaran previamente algún tipo de disminución. No es hasta mediados de los años ochenta cuando se acepta la idea que el abuso sexual infantil también se produce en víctimas con disminuciones (como ceguera, parálisis cerebral o autismo), y con unos elevados porcentajes, que varían entre el 9% y el 83%, según las muestras estudiadas. Durante los años noventa los autores centraron sus estudios en la disminución como factor de riesgo para el abuso sexual infantil, defendiendo la vulnerabilidad de estos individuos por diversos motivos, entre los que destacan, un mayor aislamiento social y físico, falta de control sobre sus vidas y sus cuerpos, gran dependencia de los demás y, sobre todo, problemas de comunicación que impiden revelar el abuso en caso que se produzca, o ser creídos en caso de poder revelarlo. Los autores de esta última década establecen que los niños y niñas con algún tipo de disminución, presentan entre un 1,8 y un 2,2% más de posibilidades de sufrir abuso sexual infantil.

4.3. CAMBIOS EN LA PREVALENCIA DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL DURANTE LOS SIGLOS XX Y XXI

En 1988 Leventhal realizó un estudio que pretendía observar los cambios en la epidemiología del abuso sexual infantil durante el siglo XX. Para ello, Leventhal (1988) comparó los estudios de prevalencia de Kinsey y colaboradores (1953) y el estudio de Russell (1983), ambos realizados con población norteamericana. Si bien los estudios presentaban diferencias metodológicas importantes en tamaño muestral, composición y origen de la muestra, y definición de abuso sexual infantil, Leventhal (1988) concluye que las tres mayores diferencias no se deben únicamente a estos problemas metodológicos sino a un cambio real en la prevalencia del abuso sexual.

Para Leventhal (1988), las principales diferencias fueron la mayor prevalencia de abuso sexual infantil encontrada en el estudio de Russell (1983) (48% vs. 24% para la definición incluyendo conductas con y sin contacto físico; 28% vs. 12% cuando la definición únicamente incluye conductas con contacto físico); la mayor proporción de agresores conocidos o familiares de la víctima en el estudio de Russell (1983) (89% vs. 52%; 11% de agresores desconocidos vs. 49% en el estudio de Kinsey y colaboradores, 1953); y la mayor proporción de abuso sexual infantil severo en el estudio de Russell (1983), definido como el intento o la consumación del coito oral o vaginal (23% vs. 85% en el estudio de Kinsey y colaboradores, 1953).

Según Leventhal (1988) estas diferencias parecen indicar un aumento del abuso sexual infantil entre los años cincuenta y ochenta, con abusos más severos en las últimas décadas. No obstante, las características del abuso sexual infantil y del agresor encontradas en el estudio de Russell también pueden estar indicando una mayor voluntad de responder sinceramente a este tipo de preguntas por parte de las víctimas, debido a un menor temor social a manifestar haber sufrido penetración o a haber sido víctima de un agresor conocido o familiar, que en los años cincuenta.

En relación con los estudios sobre un declive en la incidencia del abuso sexual infantil realizados por Jones y Finkelhor (2001) y Jones y colaboradores (2001), muy recientemente, desde Australia, Dunne, Purdie, Cook, Boyle y Najman (2003), han mostrado un declive en las cifras de prevalencia establecidas en su país. Mediante un estudio de cohortes a través de una entrevista telefónica, los autores determinaron la prevalencia del abuso sexual infantil en adultos de entre 18 y 59 años. Aproximadamente un 12% de mujeres y un 4% de hombres manifestaron haber sufrido abuso sexual en la infancia, una cifra muy similar a las ya comentadas. Sin embargo, los autores observan que las cifras de prevalencia descienden significativamente y de forma lineal entre los adultos de entre 18 y 29 años y el resto de grupos de edad.

El trabajo de Dunne y colaboradores (2003) presenta una visión más optimista que el estudio de Leventhal (1988), así como los estudios de incidencia realizados por Jones y Finkelhor (2001) y Jones y colaboradores (2001) ya que, en este caso, al ser un estudio retrospectivo y preguntas directamente a las posibles víctimas, las cifras muestran los casos reales de abuso sexual infantil producidos en la comunidad y no existe la posibilidad que el declive se deba a un peor funcionamiento en la detección del abuso sexual por parte de los servicios de protección infantil.

4.4. RESUMEN DE LOS ESTUDIOS

En este apartado se realiza una síntesis crítica de aquellas variables relacionadas con el abuso sexual infantil en los estudios revisados.

Los estudios presentados en el apartado anterior permiten extraer diversas conclusiones sobre la información referida a:

- el sexo de las víctimas
- la edad de las víctimas
- el sexo del agresor
- la edad del agresor
- el tipo de agresor
- el tipo de agresión
- el silencio de las víctimas.

4.4.1. Con relación al sexo de las víctimas

El mayor número de mujeres en los estudios sobre incidencia y prevalencia del abuso sexual infantil, permite inferir que la mayoría de víctimas de abuso sexual infantil son niñas, si bien existe un porcentaje importante de víctimas de sexo masculino que no debe ser olvidado (Dhaliwal, Gauzas, Antonowicz y Ross, 1996) y que, en muchos casos, es muy poco reconocido y muy poco



tratado (Holmes y Slap, 1998). La ratio de prevalencia del abuso sexual infantil se sitúa, habitualmente, en un hombre cada tres mujeres (Finkelhor, 1994). La ausencia de estudios con muestras de sexo masculino ha sido también planteada en otros tipos de maltrato infantil, como el maltrato físico (Haskett, Marziano y Dover, 1996).

Únicamente uno de los estudios revisados (Madu y Peltzer, 2001) ha obtenido una mayoría de víctimas de sexo masculino. No obstante, esta diferencia podría deberse a particularidades culturales, con una mayoría real de víctimas hombres en África, o a las características específicas de la metodología utilizada. Por otro lado, la diferencia entre sexos encontrada en este estudio no se mantenía al considerar únicamente aquellos participantes que manifestaban sentirse víctimas de abuso sexual en su infancia.

Las escasas cifras de prevalencia en víctimas de sexo masculino del abuso sexual infantil han sido discutidas por diversos autores (Dhaliwal et al., 1996; Holmes, Offen y Waller, 1997; Romano y De Luca, 2001; Violato y Genuis, 1993), quienes consideran que uno de los problemas más importantes es la metodología utilizada en muchos estudios, ya que las experiencias vividas por los hombres no parecen incluirse en la definición o el tipo de preguntas realizadas.

Según Violato y Genuis (1993) y Widom y Morris (1997), las definiciones habitualmente utilizadas, así como las actitudes sociales respecto al sexo y los roles de hombre y mujer, pueden llegar a impedir que los hombres expliquen lo sucedido o incluso que no reconozcan la situación sufrida como abuso sexual infantil. Por el contrario, debido a los estereotipos sociales referentes al sexo presentes en la sociedad, los hombres consideran que el mantener relaciones sexuales con adultos, especialmente con mujeres, es una forma de hombría y masculinidad (Coxell et al., 1999; Holmes et al., 1997).

También es habitualmente tomado como explicación de las inferiores cifras de prevalencia en hombres, el hecho que éstos sufren una mayor vergüenza y temor a ser etiquetados de homosexuales (si el agresor fue un hombre) o de poco masculinos (si el agresor fue una mujer y buscan ayuda), así como también son más frecuentemente acusados de haber provocado el abuso (Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta y Akman, 1991; Holmes y Slap, 1998; Romano y De Luca, 2001).

Así pues, a parte de considerar que existe una mayoría de víctima mujeres, existirían dos razones fundamentales por las que los hombres no manifestaran en tanta medida haber sufrido abuso sexual infantil:

- en caso de agresoras mujeres: debido a los estereotipos sociales respecto al sexo, los hombres no consideran haber sufrido abuso sexual infantil y por tanto, no indican haberlo sufrido ante cuestionarios o entrevistas, pudiendo o no sentirse víctimas.

- en caso de agresores hombres: los hombres, en caso de sentirse víctimas de abuso sexual infantil, no manifiestan haberlo sufrido por vergüenza y temores principalmente relacionados con su hombría y tendencia sexual.

Estos factores parecen incidir en la baja tasa de respuestas que los hombres, según la mayoría de autores, dan ante un estudio sobre abuso sexual infantil (Dhaliwal et al., 1996; Holmes et al., 1997; Holmes y Slap, 1998; Romano y De Luca, 2001; Violato y Genuis, 1993).

4.4.2. Con relación a la edad de las víctimas

La mayoría de autores establecen que las edades en las que se producen más casos de abuso sexual infantil son las prepúberes¹, aunque no todos los estudios revisados confirman esta relación (Krugman et al., 1992).

Algunos autores (Fleming, 1997) consideran que existe una subestimación de las experiencias anteriores a los cinco años, probablemente porque éstas no son recordadas por las víctimas y, por tanto, no se reflejan en los estudios retrospectivos.

En relación con este tema, otros autores (Chu, Frey, Ganzel y Matthews, 1999) han mostrado que el abuso sexual sufrido antes de los cinco años, así como aquél que se produce más frecuentemente, provoca más amnesia y síntomas disociativos que el que se inicia en edades más tardías o es menos frecuente, lo que implicaría su subestimación. Sin embargo, otros estudios no han encontrado diferencias en las revelaciones realizadas antes o después de los cinco años (Widom y Shepard, 1996).

Por otro lado, el abuso sexual experimentado a edades tan tempranas como los tres años o menos, presenta enormes dificultades para ser detectado, debido a que es prácticamente imposible que las víctimas puedan revelarlo por sí mismas en ese momento (Becker y Hayez, 2003).

4.4.3. Con relación al sexo del agresor

Los agresores sexuales infantiles son mayoritariamente hombres, especialmente cuando la víctima pertenece al sexo femenino, si bien existe un pequeño porcentaje de agresoras mujeres. Por otro lado, en muchos casos, los hombres víctimas de agresoras sexuales no consideran haber sufrido abuso sexual y, por tanto, estos casos aparecerían con menor frecuencia en los estudios.

En relación con este tema, Faller (1995) presentó un estudio descriptivo basado en las características de las mujeres agresoras sexuales infantiles. En los casos analizados, las agresoras

¹ Siguiendo los cinco estadios del desarrollo de las características físicas sexuales propuestos por Tanner (1962), las edades que los diversos estudios al respecto han considerado prepuberal se sitúan entre los ocho y los 12 años (véase también Coleman y Coleman, 2002).



solían abusar sexualmente de sus víctimas en colaboración con un hombre, así como presentaban en su mayoría algún trastorno psicológico diagnosticado o un importante retraso mental. La autora mantiene que existe la posibilidad que estas mujeres agresoras hubieran sido coaccionadas o presionadas por los hombres para abusar sexualmente de sus víctimas. Sin embargo, la autora afirma que no se debe eximir de la responsabilidad de sus actos a estas mujeres, indicando que muy pocas de ellas sufrieron serias consecuencias legales tras el abuso sexual cometido y continuaron accediendo a sus víctimas o a víctimas potenciales. Faller (1995) considera que estos hechos son un importante indicador de la negación extendida, entre la sociedad y los profesionales, de que las mujeres puedan ser agresoras sexuales infantiles.

Recientemente, otros autores (Grayston y De Luca, 1999) han realizado una revisión sobre los casos existentes de agresoras sexuales infantiles en la literatura. Según los estudios revisados, suele estimarse el número de agresoras sexuales infantiles en menos de un 5%, caracterizándose por ser mujeres jóvenes, que provienen de familias de origen disfuncionales y que, en muchos casos, han sido víctimas, a su vez, de malos tratos, emocionales, físicos o sexuales. Suelen pertenecer a estratos socioeconómicos bajos y ocupar roles femeninos estereotipados. Suelen ser mujeres aisladas socialmente y pueden sufrir una gran variedad de trastornos mentales. En contra de lo que en un principio podría suponerse, los estudios indican que sus víctimas suelen ser de sexo femenino y mantener con la agresora una relación familiar o de conocimiento duradero. Estas agresoras suelen cometer sus actos con la colaboración de otro adulto (habitualmente un hombre) y no suelen usar la violencia ni las amenazas para abusar de sus víctimas.

4.4.4. Con relación a la edad del agresor

Existe un importante grupo de agresores jóvenes, con escasa diferencia de edad entre ellos y sus víctimas, tal como indican diversos estudios (Finkelhor et al., 1990; Halperin et al., 1996; Oaksford y Frude, 2001; Sperry y Gilbert, 2005; Wyatt et al., 1999).

El estudio realizado en nuestro país por López, Hernández y colaboradores (1995), pese a encontrar una mayoría de agresores de mediana edad, destaca también el preocupante elevado número de agresores adolescentes, así como un interés cada vez mayor por estos agresores. Según el análisis de Redondo (2005), un 40% de los delitos de abuso sexual son cometidos por jóvenes adolescentes. Según estos autores, muchos de los adultos que sienten inclinaciones sexuales hacia la infancia, aseguran haberla sentido antes de la adolescencia (Wolfe y Birt, 1997). Es por ello, que los autores refuerzan la idea de realizar programas de prevención del abuso sexual infantil en escuelas, considerando a los adolescentes no sólo posibles víctimas, sino también posibles agresores.

En relación con este tema, Allard-Dansereau, Haley, Hamane y Bonnin (1997) establecieron un perfil de los abusos sexuales cometidos por agresores adolescentes menores de 19 años,

encontrando que en estos casos existían abusos más severos, con mayor índice de penetración y un mayor número de pruebas físicas, debido a la violencia del acto.

Posteriormente, otros autores (Shaw, Lewis, Loeb, Rosado y Rodríguez, 2000) realizaron un estudio comparativo entre víctimas de agresores adultos (diferencia de edad entre víctima y agresor de 30 años) y víctimas de agresores jóvenes de similar edad (diferencia de edad entre víctima y agresor de tres años), confirmando el incremento de los agresores sexuales infantiles más jóvenes. Sin embargo, los autores no encontraron diferencias significativas en la severidad o frecuencia del abuso y el tipo de agresor. Los autores únicamente observaron que las víctimas de agresores sexuales jóvenes eran, a su vez, más jóvenes que las de agresores adultos, así como solían ser hermanos o hermanas del agresor. Por otro lado, estos agresores eran mujeres con mayor frecuencia que en el caso de agresores adultos.

4.4.5. Con relación al tipo de agresor

4.4.5.1. Tipo de agresor y sexo de la víctima

Algunos autores defienden la existencia de diferencias significativas en los estudios en cuanto al sexo de la víctima y al tipo de agresor, con determinados estudios que presentan un mayor porcentaje de agresores conocidos y familiares en niñas y desconocidos en niños (Finkelhor, 1994; Finkelhor et al., 1990)

En relación con este aspecto, Levesque (1994), analizó específicamente las diferencias en la experiencia de abuso de las víctimas de sexo masculino y femenino, confirmando que las mujeres presentaban un mayor riesgo de haber sufrido abuso sexual intrafamiliar, especialmente causado por su padrastro y los hombres de haber sufrido abuso sexual por desconocidos.

Otros autores, como Gold, Elhai, Lucenko, Swingle y Hughes (1998), también constataron la existencia de ciertas diferencias en las experiencias de abuso sexual infantil vividas por víctimas de sexo masculino y femenino, en tratamiento psicológico. Los autores obtuvieron una mayor frecuencia de agresores intrafamiliares en víctimas de sexo femenino, así como más experiencias de sexo oral en víctimas de sexo masculino, si bien estas fueron las únicas diferencias encontradas.

Sin embargo, otros estudios revisados no confirman esta relación diferencial según el sexo de la víctima (Edgardh y Ormstad, 2000; Halperin et al., 1996; Krugman et al., 1992; López, 1996; Madu y Peltzer, 2001; Singh et al., 1996).

4.4.5.2. Relación del agresor con la víctima

Algunos de los estudios de prevalencia revisados constatan que los abusos más severos y más duraderos suelen ser los realizados por miembros de la familia de la víctima (Fergusson, Lynskey, et al., 1996; Goldman y Padayachi, 1997). Estos datos son confirmados por los estudios de incidencia que suelen presentar los casos de abuso sexual más graves y que, en su mayoría,



tanto en el ámbito de los estudios españoles (Inglés, 1991, 2000; Jiménez et al., 1995; Pou et al., 2002; Sanmartín, 2002) como en los estudios internacionales (Haffejee, 1991; Moghal et al., 1995), constatan una mayoría de agresores sexuales intrafamiliares.

Respecto a este tema, Fischer y McDonald (1998) realizaron un estudio comparativo entre casos judiciales de víctimas de abuso sexual intrafamiliar y extrafamiliar, destacando que las víctimas de abuso intrafamiliar solían ser más jóvenes, y sufrían abusos más graves, que incluían en muchos casos la penetración y la violencia física o verbal, así como solían ser más duraderos. Sin embargo, estos autores encontraron que el sexo de la víctima no estaba relacionado significativamente con el tipo de agresor, y que tanto niños como niñas eran abusados indiferentemente por agresores intrafamiliares o extrafamiliares.

Mian, Marton y LeBaron (1996), no obstante, en su trabajo con una muestra de niñas de entre tres y cinco años, no han encontrado diferencias en la gravedad o el tipo de problemas que presentan las víctimas de abuso sexual intrafamiliar o extrafamiliar.

Por otro lado, Margolin (1992) estudió el abuso sexual infantil cometido por los abuelos de las víctimas, confirmando la violencia perpetrada por los agresores intrafamiliares. Según la autora, es importante desechar la idea que el abuso sexual infantil causado por los abuelos es un abuso «amable», sin violencia ni uso de la fuerza. Margolin (1992) constata en su estudio que el abuso sexual infantil con agresores abuelos, siguiendo la línea de los estudios con agresores intrafamiliares, se caracteriza por su severidad, con agresiones físicas y amenazas.

4.4.6. Con relación al tipo de agresión

Existen múltiples conductas que forman parte de las definiciones de abuso sexual, siendo el tipo más invasivo la penetración (oral, anal o vaginal). Este tipo de agresión sexual, si bien no se produce en la mayoría de casos de abuso sexual infantil, sí aparece en un importante porcentaje de víctimas y debe tenerse en cuenta debido al riesgo de graves efectos psicológicos que suele acompañar (Fergusson, Lynskey et al., 1996; Halperin et al., 1996). Los estudios revisados no constatan diferencias entre sexos respecto a esta conducta de abuso, aunque parece producirse más frecuentemente en víctimas de abuso sexual intrafamiliar, como se ha comentado en el apartado anterior.

4.4.7. Con relación al silencio de las víctimas

En gran parte de los estudios revisados, las víctimas manifiestan no haber explicado el abuso sexual sufrido a nadie (Anderson et al., 1993; Edgardh y Ormstad, 2000; Fleming, 1997; Oaksford y Frude, 2001; Singh et al., 1996), si bien suelen ser las víctimas de sexo femenino las que acostumbran a explicar lo sucedido en mayor medida (Edgardh y Ormstad, 2000; Tang, 2002; Widom y Morris, 1997). La mayoría de niños y niñas víctimas de abuso sexual infantil no revelan



lo sucedido de forma espontánea, siendo éste uno de los mayores problemas en la estimación del abuso sexual infantil (Berliner y Conte, 1995; Oates et al., 2000; Wolfe y Birt, 1997), mucho mayor que el relativo escaso número de víctimas que presentan falsas alegaciones (Brown, Frederico, Hewitt y Sheehan, 2001; Fergusson, Horwood y Woodward, 2000).

Los estudios realizados al respecto establecen que únicamente un pequeño porcentaje de casos de abuso sexual son denunciados a un servicio oficial al tiempo en que se producen (Bachman et al., 1988; Finkelhor y Hotaling, 1984; Fleming, 1997; Kempe, 1978; López, 1994), siendo esta escasa revelación aún más destacable en países no pertenecientes a la cultura occidental (Tang, 2002).

Con relación a este punto, las retractaciones son uno de los problemas principales en aquellos casos en que la víctima revela lo sucedido. Las retractaciones pueden producirse tras una notificación falsa de abuso sexual por parte de la víctima; sin embargo deben ser investigadas por su elevada frecuencia en casos reales de abuso sexual e incluso ser consideradas una prueba más de que el abuso se ha producido (Summit, 1983; Tully, 2002).

Existen diversos estudios recientes que se han centrado específicamente en el estudio de los factores que dificultan la revelación del abuso sexual infantil (para una revisión de este tema véase Ullman, 2001).

En 1999, Hanson, Resnick, Saunders, Kilpatrick y Best estudiaron los factores relacionados con la revelación del abuso sexual en un grupo de 4.008 mujeres adultas norteamericanas. Estos autores encontraron que, de los 341 casos de abuso sexual infantil detectados, únicamente un 11,9% habían denunciado lo ocurrido a las autoridades en algún momento anterior a la investigación. Los casos denunciados presentaban como características diferenciales que el abuso había supuesto una amenaza para la vida de la víctima y/o le había causado heridas físicas graves, así como que el agresor era, en la mayoría de los casos, un desconocido.

Otro de los estudios a destacar es el realizado por Goodman-Brown, Edelstein, Goodman, Jones y Gordon (2003), quienes mediante el estudio de 218 casos de abuso sexual infantil establecieron diferentes factores que dificultan que la víctima explique lo sucedido. Los autores encontraron que la edad de la víctima es un factor muy importante, ya que a mayor edad existe una menor revelación del abuso. Este hecho se relaciona con otros de los factores dificultadores como son la percepción que presente la víctima de consecuencias negativas para ella misma, su familia e incluso el propio agresor, así como la autoatribución de responsabilidad y culpa. Parece ser que en las víctimas más jóvenes existen menos posibilidades que se desarrollen estas percepciones y atribuciones, permitiendo que éstas presenten un menor temor a explicar lo sucedido. Finalmente, otro de los factores influyentes y que en muchos casos impide la revelación del abuso sexual, es que el agresor sea un miembro de la familia.



Fergusson y colaboradores (2000) establecieron, mediante un estudio longitudinal con 1.265 niños y niñas neozelandeses, la inconsistencia en las revelaciones de abuso sexual infantil que las víctimas manifiestan. Los autores preguntaron a los jóvenes de la muestra si habían sufrido abuso sexual infantil, cuando éstos contaban con 18 años y, posteriormente, a los 21 años. Aproximadamente la mitad que afirmaban haber sufrido abuso sexual infantil a los 18 años, lo negaban a los 21, y viceversa, destacando que la gran mayoría de estas inconsistencias se debía a la existencia de falsos negativos. Los autores, por otro lado, confirmaron que la inconsistencia en las revelaciones no se debía al estatus psiquiátrico de los individuos entrevistados, sino que se encontraba relacionada con procesos naturales de olvido, así como con la evitación consciente y deseada de hablar del tema.

Recientemente, otros autores (Sjöberg y Lindblad, 2002) han confirmado la infrecuencia de revelaciones en casos de abuso sexual infantil. Los autores estudiaron diez casos de abuso sexual confirmados por la existencia de vídeos en los que participaban las víctimas y el agresor. Cuando se entrevistó a los niños y niñas victimados, éstos mostraban una tendencia significativa a negar o minimizar lo ocurrido. Los autores establecen como posibles causas de esta negación el desconocimiento de los niños del aspecto abusivo de la experiencia sufrida, motivos de tipo emocional (como la acomodación al abuso), amnesia real o deseos de olvidar lo sucedido y no hablar de ello.

Sin embargo los datos no son concluyentes ya que otros estudios (Fergusson, Lynskey et al., 1996; Halperin et al., 1996), constatan que un importante grupo de niños y niñas revelan la experiencia sufrida, e incluso, en algunos casos, acuden a los organismos oficiales a notificar lo sucedido, no existiendo, además, diferencias de género al respecto (Goodman-Brown et al., 2003; Levesque, 1994).

4.5. VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LOS ESTUDIOS DE INCIDENCIA Y PREVALENCIA

4.5.1. Incidencia

Teóricamente, los estudios de incidencia presentan como ventaja fundamental el permitir observar cuántos casos de abuso sexual infantil existen en un momento determinado; cuántos niños y niñas han sufrido abuso sexual en un período específico. Sin embargo, estos índices de incidencia deben ser tomados con cautela ya que serían ciertos si todos los casos de abuso sexual infantil fueran denunciados, no existieran falsos positivos ni, sobre todo, falsos negativos y todos los niños y niñas a los que se les preguntara si están sufriendo abuso sexual respondieran con total sinceridad.

En el momento actual, los estudios de incidencia únicamente muestran aquellos casos que han sido identificados o denunciados por organismos oficiales (Leventhal, 1998) y que suelen ser

los casos más graves e intrusivos (Finkelhor, 1993; Goldman y Padayachi, 2000), sesgando las características del abuso sexual infantil (Finklehor y Hotaling, 1984) y subestimando de forma notable, como ha podido observarse, la cifra real de casos de abuso sexual infantil en la población (Wynkoop et al., 1995). Para López, Hernández y colaboradores (1995), los estudios de incidencia son más indicativos de cómo funcionan los profesionales y servicios sociales de un país que del número de casos reales que se producen en un período determinado. Finkelhor y Hotaling (1984), analizando el estudio nacional de incidencia realizado en Estados Unidos, entre 1979 y 1980, consideran que este tipo de estudios reflejan los casos que llegan a ser conocidos por los profesionales de diversos ámbitos, pero nunca la realidad del problema que pretenden evaluar. Los estudios de incidencia no pueden llegar a detectar, por ejemplo, los casos conocidos por familiares o vecinos, y, menos aún, aquellos que sólo conocen el agresor y la víctima (Finkelhor y Hotaling, 1984). Respecto a los casos de abuso sexual desconocidos incluso por el propio agresor, éstos se relacionarían con las distorsiones cognitivas que presentan en muchas ocasiones este tipo de delincuentes y que les impiden catalogar su conducta como un abuso (Redondo, 1994; 2002). Por todas estas dificultades, muchos autores consideran que los estudios de incidencia únicamente muestran la «punta del iceberg» del abuso sexual infantil (Leventhal, 1998; Wynkoop et al. 1995) (véase Figura 4.1.).

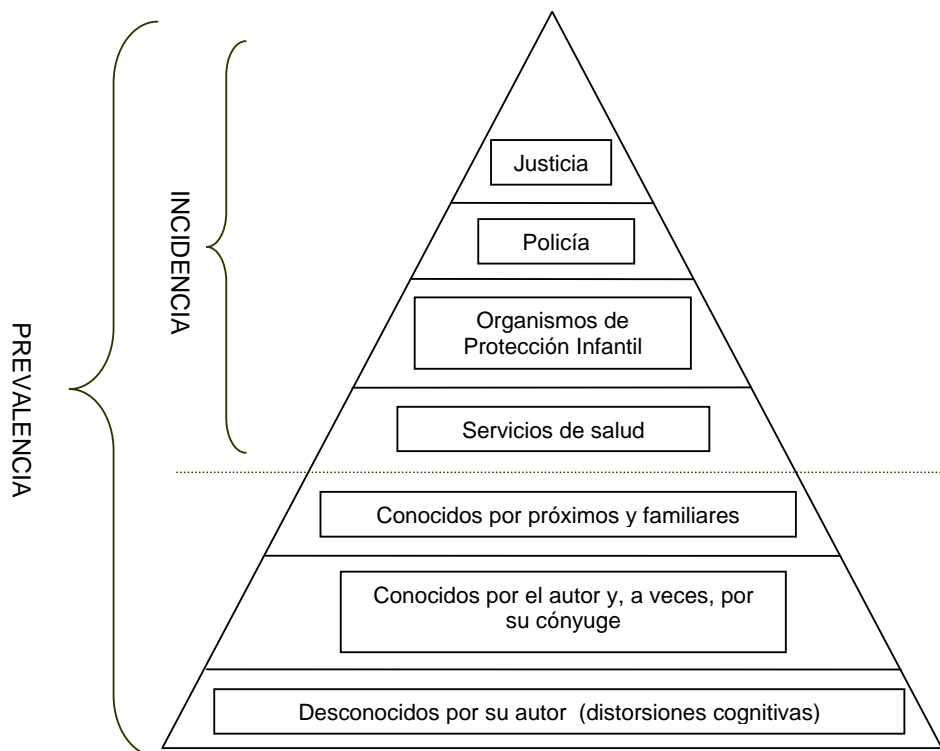


Figura 4.1. Iceberg del abuso sexual infantil



4.5.2. Prevalencia

Las tasas de prevalencia, basadas en estudios retrospectivos, presentan también un importante riesgo de subestimar los casos reales de abuso sexual existentes, concluyéndose que existe un mayor número de falsos negativos que de falsos positivos. Estos estudios se basan en la memoria retrospectiva de los participantes, la cual se encuentra sujeta a errores, como la percepción distorsionada de lo que ocurrió, la reinterpretación con el paso del tiempo de la experiencia de abuso, la amnesia total debido a la negación y la disociación de lo ocurrido e, incluso, el deseo consciente de no responder con sinceridad a las preguntas del cuestionario (Briere, 1992; Goldman y Padayachi, 2000; McMillen y Zuravin, 1998; Prescott, Bank, Reid, Knutson, Burraston y Eddy, 2000).

Para Finkelhor (1993), uno de los problemas principales de los estudios retrospectivos es que, al ser estudios realizados con adultos, sus resultados no pueden ser generalizados a la actual generación de niños y niñas, para los que los índices y circunstancias de la victimización pueden ser muy distintos.

Por otro lado, autores como Briere (1992), López, Hernández y colaboradores (1995) o Waterman y Lusk (1993), indican que el uso de cuestionarios anónimos a amplias muestras de adultos (el método más comúnmente utilizado en estudios retrospectivos) presenta otros problemas añadidos, como son principalmente la validez y fiabilidad de los instrumentos (que en muchos casos son creados exclusivamente para una investigación específica) y la interpretación que realicen los participantes del estudio de las preguntas planteadas.

Otras críticas han sido las realizadas por Briere (1992) o Henry, Moffitt, Caspi, Langley y Silva (1994) centradas en la imposibilidad de evaluar con estudios retrospectivos determinadas variables psicosociales durante la experiencia de abuso en la infancia (como los problemas económicos familiares, la psicopatología parental o la propia sintomatología del sujeto), que pueden tener un efecto en el estado psicológico actual del individuo y sesgar la posible relación entre abuso sexual y malestar psicológico.

No obstante, existen diversos trabajos que minimizan los supuestos riesgos del uso de estudios retrospectivos para establecer la prevalencia de acontecimientos traumáticos, como el abuso sexual.

En relación a la posible amnesia ante acontecimientos traumáticos sucedidos en la infancia, como el abuso sexual, autores como Briere y Conte (1993), Loftus, Polonsky y Fullilove (1994) o Herman y Harvey (1997) confirman la existencia de un porcentaje de víctimas que parecen olvidar la experiencia completamente, así como un porcentaje mayor que únicamente manifiesta recordar ciertas partes. Factores como la edad temprana de la víctima en el momento de inicio del abuso y el hecho que el agresor fuese un conocido parecen aumentar el riesgo de amnesia en la edad

adulta (Williams, 1994), así como también la duración del abuso sexual, la existencia de un mayor número de agresores o el sentimiento de terror durante el abuso debido a las amenazas del agresor (Briere y Conte, 1993). Sin embargo, la mayor parte de las víctimas recordaría la experiencia completa de abuso sexual, pudiendo revelarla en estudios retrospectivos (Pope y Hudson, 1995a).

La revisión realizada por Ceci y Bruck (1993) sugiere que, si bien debe considerarse que las capacidades mnemónicas mejoran con la edad, incluso los niños y niñas preescolares parecen recordar acontecimientos con gran significado para ellos y que han experimentado directamente. Otros estudios como el de Usher y Neisser (1993) confirman que incluso aquellos acontecimientos experimentados en edades preescolares pueden recordarse en la edad adulta, especialmente si son inusuales para el menor. El relato del menor preescolar ante este tipo de acontecimientos será más o menos preciso según las sugerencias a las que haya estado sometido (Bruck y Ceci, 1999; Loftus, 1993).

Por otro lado, la existencia de recuerdos reprimidos en la infancia que, al llegar a la edad adulta y de forma involuntaria, podrían emerger en la consciencia del individuo no ha sido confirmada existiendo una cierta polémica al respecto entre distintas escuelas de pensamiento (Loftus, 1993; Zaragoza y Mitchell, 1995). En relación con este aspecto, la existencia de un *false memory syndrome* habitualmente relacionado con el uso de determinadas técnicas en psicoterapia que podrían sugestionar al cliente y crearle falsos recuerdos de abuso sexual también ha sido investigada, advirtiéndose del riesgo existente al respecto (Capafons y Mazzoni, 2005; Freyd, 1996).

Otros autores como Krinsley, Gallagher, Weathers, Kutter y Kaloupek (2003) muestran la elevada consistencia existente en las revelaciones de víctimas adultas de abuso sexual infantil, al ser entrevistadas en un intervalo de siete días. Los autores, sin embargo, constatan la existencia de un ligero aumento en las revelaciones entre una y otra entrevista, relacionándolo con el posible proceso reactivo que producen este tipo de preguntas en la memoria del individuo.

Meyer, Muenzenmaier, Cancienne y Struening (1996) observaron que incluso en poblaciones clínicas, diagnosticadas de trastornos psicológicos graves, el uso de un instrumento adecuadamente validado permitía encontrar una alta consistencia en las revelaciones de víctimas de abuso sexual respecto a su experiencia en un intervalo de un año.

En esta línea, Aalsma, Zimet, Fortenberry, Blythe y Orr (2002) también analizaron la consistencia de las revelaciones de abuso sexual en un período de siete meses en muestras de jóvenes pertenecientes a la población general, según el tipo de preguntas realizadas. Los autores observaron que la revelación de abuso sexual se mantiene de forma mayoritaria a lo largo del tiempo siempre que se realice al individuo más de una pregunta al respecto de esa experiencia.



Por otro lado, diversos estudios afirman que el uso de cuestionarios anónimos facilita enormemente la revelación del abuso sexual, como demuestra el hecho que muchos de los casos detectados por los estudios de prevalencia no han revelado anteriormente la experiencia sufrida a nadie (Dill, Chu, Grob y Eisen, 1991).

Respecto al tipo de muestras utilizadas para la realización de los estudios, el uso de muestras pertenecientes a poblaciones clínicas en los estudios de prevalencia ha sido criticada, debido a la posible existencia de un sesgo por el cual aquellos individuos con trastornos psicológicos tiendan a justificar su situación en base a experiencias pasadas, como el abuso sexual infantil (Pope y Hudson, 1995b). No obstante, los escasos trabajos publicados que han analizado este posible sesgo no han demostrado su existencia ni su influencia significativa en la revelación de abuso sexual (Edwards, Anda, Nordenberg, Felitti, Williamson y Wright, 2001; Lakey y Heller, 1985).

La utilización de muestras formadas por estudiantes universitarios, no obstante, también se ha criticado, principalmente debido a que se supone que estos individuos se encuentran funcionando a un nivel cognitivo superior a la media y, por tanto, probablemente no incluyen demasiados casos de abuso sexual infantil grave (Dhaliwal et al., 1996). No obstante, los estudios realizados con este tipo de muestras demuestran que las cifras no son de ningún modo bajas y que, en muchos casos contienen abusos sexuales severos como la penetración (e.g., Goldman y Padayachi, 1997; Krugman et al., 1992; Singh et al., 1996). Uno de los estudios centrados en la comparación entre resultados obtenidos con población general y muestras universitarias respecto a la experiencia de abuso sexual infantil es el de Rind, Tromovich y Bauserman (1998). Estos autores confirman la existencia de abusos sexuales igual de severos e igual de frecuentes en muestras universitarias que en población general, si bien los agresores no suelen ser familiares cercanos al estudiante, como los progenitores. Los autores, no obstante, advierten que aquellos casos extremadamente graves de abuso sexual es posible que no sean capaces de acceder a estudios superiores o de permanecer en la universidad si hubieran accedido a ésta, debido a la posible relación de esta experiencia con múltiples y serios problemas psicológicos.

Sin embargo, como afirman Anderson y colaboradores (1993), pese a que los estudios retrospectivos se encuentran sujetos a distorsiones en los recuerdos, son el único método que muchos investigadores encuentran accesible debido a las importantes restricciones éticas y legales de realizar estudios transversales o prospectivos con niños. Algunos autores (Halperin et al., 1996) plantean como solución, al menos parcial, utilizar muestras de jóvenes, y así evitar las distorsiones y problemas al recordar que puedan presentar los adultos mayores.

Aunque los datos epidemiológicos obtenidos no permiten establecer unas cifras de incidencia o prevalencia unívocas, las cifras muestran que el problema es de suficiente magnitud como para significar un factor de riesgo para la salud y el desarrollo infantil.

5. CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

El abuso sexual infantil es, en la mayoría de los casos, una experiencia traumática, que interfiere en el adecuado desarrollo de la víctima que lo sufre y repercute negativamente en su estado físico y psicológico (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

Las consecuencias psicológicas que suelen acompañar a la vivencia del abuso sexual infantil son frecuentes y diversas, tanto aquellas que se producen en la infancia como las que, en muchas ocasiones, perduran hasta la edad adulta. La práctica totalidad de los estudios realizados sobre consecuencias psicológicas en víctimas de abuso sexual infantil, constatan su elevada frecuencia y diversidad, dependiendo de múltiples variables relacionadas con la víctima y su entorno, así como características del agresor y de la situación de abuso, como se expone en siguientes capítulos.

El abuso sexual infantil puede considerarse una situación *extrema* que, tal como exponen Lazarus y Folkman (1984), suele resultar en un elevado nivel de estrés y malestar en la gran mayoría de individuos.

Los estudios constatan consecuencias que afectan a todas las áreas de la vida de la víctima, y que impiden hablar de un síndrome del abuso sexual infantil (Beitchman et al., 1991; Browne y Finkelhor, 1986; Runtz y Schallow, 1997). Los trabajos publicados al respecto demuestran la no existencia de un patrón de síntomas único, así como la existencia de una extensa variedad de síntomas en estas víctimas, e incluso la ausencia total de síntomas que presentan algunas de ellas, impidiendo establecer un síndrome que defina y englobe los problemas emocionales, cognitivos y sociales que se relacionan con la experiencia de abuso sexual (Kendall-Tackett, Meyer y Finkelhor, 1993).

Como afirma López (1994) en su estudio, únicamente un 20 o 30% de las víctimas de abuso sexual infantil permanecerían estables emocionalmente tras esta experiencia. Son diversos los autores que constatan la existencia de víctimas asintomáticas, sin embargo, estas víctimas podrían llegar a presentar problemas posteriormente, configurando los llamados efectos latentes del abuso sexual infantil (Kendall-Tackett et al., 1993).

En el siguiente apartado se tratarán las consecuencias físicas, psicológicas, iniciales y a largo plazo del abuso sexual infantil. La revisión realizada se refiere a estudios con muestras pertenecientes a la población general y, en caso de presentar características especiales (grupos clínicos, grupos pertenecientes a etnias diferentes, entre otros), éstas se especifican.



5.1. CONSECUENCIAS FÍSICAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

5.1.1. Consecuencias físicas iniciales: indicadores

Las consecuencias físicas del abuso sexual infantil son poco frecuentes, extraordinariamente variables y, en muchos casos, compatibles con otro tipo de lesiones no relacionadas con la experiencia de abuso sexual, provocando que sea muy difícil detectar estos casos a partir de hallazgos físicos. Algunas dermatopatías, lesiones congénitas, traumatismos e infecciones, e incluso fisuras anales por estreñimiento crónico, pueden ser confundidos con signos de abuso sexual y viceversa (Casado et al., 1997). En la mayor parte de casos los hallazgos físicos son nulos en estas víctimas (Pou et al., 2002) y, por tanto, un examen normal no debe excluir la posibilidad de que un abuso sexual haya tenido lugar. Cabe recordar que muchos tipos de abuso sexual no incluyen penetración y no producen lesiones físicas, e incluso si se produce penetración pueden no aparecer lesiones que confirmen el abuso sexual. Incluso debe tenerse en cuenta que muchos casos de abuso sexual infantil no incluyen contacto físico entre agresor y víctima y, por tanto, no existen lesiones físicas que permitan confirmarlos.

Sin embargo, algunas víctimas de abuso sexual infantil sí presentan lesiones genitales y anales que son claros indicadores de esta experiencia, así como lo es la presencia de esperma y, sobre todo, las infecciones, enfermedades de transmisión sexual (gonococia, condilomas acuminados, sífilis) antes de la pubertad y, en ciertos casos, el embarazo (García y Mur, 2001; Haffejee 1991; Pou et al., 2002). Una dificultad añadida es que, en la mayoría de los casos, estos indicadores únicamente son visibles durante un breve período de tiempo tras el abuso (presencia de esperma y/o vello púbico, abertura anormal del ano, entre otros) y no es habitual que la víctima sea atendida inmediatamente, sino que lo más frecuente es que transcurran meses, e incluso años, antes de que alguien descubra el abuso o éste sea revelado (Atabaki y Paradise, 1999).

Autores como Johnson (2004) subrayan el escaso conocimiento que los profesionales de la salud tienen sobre la normalidad anatómica genital y anal, las técnicas de examen ante posibles casos de abuso sexual, así como sobre aquellas enfermedades que pueden conducir a error ante una sospecha de abuso. Según este autor, si bien es difícil que el menor víctima de abuso sexual presente lesiones o signos físicos del abuso, es imposible que reconozcamos esos signos si no los conocemos «*we see what we look for; we look for what we know*» (p. 463).

5.1.2. Consecuencias físicas a largo plazo

Existen escasos estudios sobre las consecuencias físicas a largo plazo, también denominadas consecuencias médicas (Berkowitz, 1998), del abuso sexual infantil.

Los dolores físicos sin razón médica que los justifique (McCauley, Kern, Kolodner, Dill, Schroeder, DeChant, et al., 1997; Walker, Gelfand, Katon, Koss, Von Korff, Bernstein et al., 1999), el trastorno de conversión (Roelofs, Keijsers, Hoogduin, Näring y Moene, 2002), que incluye la afectación de

alguna de las funciones motoras o sensoriales de la víctima (American Psychiatric Association, 2000) y el trastorno de somatización (Berkowitz, 1998; Walker, Wayne, Hansom, Harrop-Griffiths, Holm, Jones et al., 1992), definido como la presencia de síntomas somáticos que requieren tratamiento médico y que no pueden explicarse totalmente por la presencia de alguna enfermedad conocida, ni por los efectos directos de una sustancia (American Psychiatric Association, 2000), son algunos de los problemas físicos más estudiados, debido a su frecuente aparición en estas víctimas.

Los estudios también muestran una relación significativa entre la experiencia de abuso sexual infantil y un peor estado de salud general (Walker et al., 1999). Recientemente, Swanston, Plunkett, O'Toole, Shrimpton, Parkinson, y Oates (2003) detectaron una mayor percepción de problemas de salud en víctimas de abuso sexual infantil nueve años después de la experiencia de abuso, al compararlas con un grupo control. Sin embargo, la existencia de diferencias entre ambos grupos en el funcionamiento familiar (más cambios en las figuras parentales, más abuso de alcohol y otras sustancias en las figuras parentales, entre otros), imposibilita conocer la influencia de esta variable sobre la sintomatología presentada por las víctimas.

Destacan, por otro lado, los estudios sobre desórdenes ginecológicos, particularmente dolores pélvicos crónicos (Berkowitz, 1998; Walker et al., 1992), así como también un inicio significativamente temprano de la menopausia (Allsworth, Zierler, Krieger y Harlow, 2001).

5.2. CONSECUENCIAS NEUROBIOLÓGICAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Una de las áreas de estudio actual más importante en casos de abuso sexual infantil es la relacionada con las consecuencias neurobiológicas de esta experiencia, centrándose en el estudio del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal debido a su función de respuesta al estrés (Penza, Heim y Nemeroff, 2003), si bien otros sistemas neurofuncionales también pueden encontrarse implicados (McEwen, 2000).

Los resultados de diversos estudios sugieren que existe un período crítico en el desarrollo del individuo en el que la experiencia de estrés puede conllevar cambios neurobiológicos permanentes o muy duraderos, que aumentan la probabilidad de desarrollar trastornos del estado de ánimo y de ansiedad como respuesta a la experiencia de otros estresores posteriores en la vida del individuo (Nemeroff, 2004). Esta perspectiva se relaciona con el concepto de *alostasis*, definido como la habilidad de conseguir estabilidad a través del cambio y referido a la respuesta que los sistemas nervioso e hipotalámico-hipofisario-adrenal del individuo proporcionan ante un estresor y que tiene como finalidad el retorno a la estabilidad fisiológica. No obstante, si el estresor perdura durante largos períodos de tiempo y la respuesta de los sistemas implicados resulta infructífera para estabilizar al individuo, se produce una sobrereactividad crónica que puede conllevar consecuencias patofisiológicas (McEwen, 1998).



5.2.1. Consecuencias neurobiológicas iniciales: indicadores

Los estudios realizados con víctimas prepúberes de maltrato infantil (incluyendo el abuso sexual infantil) constatan un mayor nivel de cortisol en estas víctimas, al compararlas con controles de la misma edad, etnia, estatus socioeconómico y estructura familiar (De Bellis y Putnam, 1994). En un estudio paralelo pero con una muestra específica de víctimas de abuso sexual infantil de entre 7 y 15 años, De Bellis, Chrousos, Dorn, Burke, Helmers, Klin y colaboradores (1994) obtienen unos resultados similares, sugiriendo la existencia de una disregulación del sistema hipotalámico-hipofisario-adrenal en estas víctimas al compararlas con grupos control de similares características físicas y sociodemográficas.

Los resultados se repiten en un estudio posterior con una muestra de víctimas prepúberes maltratadas y diagnosticadas de trastorno por estrés postraumático (De Bellis, Baum, Birmaher, Keshavan, Eccard, Boring et al., 1999), obteniendo mayores concentraciones urinarias de dopamina, noradrenalina, adrenalina y cortisol en estas víctimas al compararlas con un grupo similar en edad, sexo, desarrollo físico, altura y peso, sin historia de maltrato y sin diagnóstico de trastorno. Los autores, en base a los resultados obtenidos, confirman la existencia de una alteración en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal en víctimas de maltrato infantil.

Si bien estudios realizados por otros autores (King, Mandansky, King, Fletcher y Brewer, 2001) con muestras similares han obtenido, opuestamente, un menor nivel de cortisol en estas víctimas, parece confirmarse la existencia de una alteración en la regulación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal en este tipo de víctimas.

Otros estudios han obtenido que la experiencia de maltrato infantil (incluyendo el abuso sexual), en combinación con la vivencia de otros estresores en la actualidad (testigo de violencia familiar, maltrato emocional, entre otros) y con la ausencia de apoyo social, es un importante factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones en este sistema (Kaufman, Birmaher, Perel, Dahl, Moreci, Nelson et al., 1997).

Otra área de estudio dentro de las consecuencias neurobiológicas es la referida a la posible influencia de la experiencia de maltrato infantil en el tamaño del hipocampo de las víctimas, si bien los trabajos se han centrado, principalmente, en víctimas adultas.

El estudio de De Bellis, Keshavan, Clark, Casey, Giedd, Boring y colaboradores (1999) es uno de los escasos trabajos sobre este tema realizados con víctimas infantiles. Los autores no encontraron diferencias en el volumen del hipocampo entre una muestra de niños y adolescentes maltratados (incluyendo víctimas de abuso sexual) pero médicamente sanos y diagnosticados de trastorno por estrés postraumático y un grupo control sin historia de maltrato y sin diagnóstico de trastorno. Sin embargo, se apreció un menor tamaño intracraneal (7%) y cerebral (8%) en estas víctimas que en el grupo control. Los resultados indicaron que el volumen intracraneal

correlacionaba positivamente y de forma significativa con la edad de inicio del maltrato (con un menor tamaño craneal en aquellas víctimas de malos tratos más jóvenes), así como negativamente con la duración de este maltrato (con un menor tamaño intracraneal en aquellas víctimas de malos tratos más duraderos), concluyendo que el maltrato infantil parece influir de forma adversa en el desarrollo cerebral de las víctimas.

5.2.2. Consecuencias neurobiológicas a largo plazo

Las disfunciones en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal en muestras de víctimas de abuso sexual infantil ya adultas (Heim, Newport, Heit, Graham, Wilcox, Bonsall et al., 2000) también parece confirmarse. Diversos autores sugieren una sensibilización de este eje y de la respuesta autónoma al estrés, que aumenta el riesgo de desarrollar determinados trastornos psiquiátricos, como trastornos de ansiedad, depresión o trastorno por estrés postraumático (Heim y Nemeroff, 1999; Heim, Newport, Bonsall, Miller y Nemeroff, 2001) especialmente tras la vivencia de otros estresores añadidos en la edad adulta (Heim, Newport, Wagner, Wilcox, Miller y Nemeroff, 2002).

En línea con estos estudios, Bremner, Narayan, Staib, Southwick, McGlashan y Charney (1999) utilizaron la tomografía por emisión de positrones (PET) en su trabajo y observaron que, en un grupo de mujeres víctimas de abuso sexual infantil con y sin diagnóstico de trastorno por estrés postraumático, ante la presentación de una breve historia relacionada con el recuerdo del abuso sexual, se producía una respuesta neuronal generalizada, con una activación del cerebelo, el polo temporal, el giro frontal inferior izquierdo y el tálamo, independientemente del estatus psiquiátrico que presentaran.

Respecto a una posible influencia de la experiencia de maltrato infantil en el tamaño del hipocampo de estas víctimas, Bremner, Randall, Vermetten, Staib, Bronen, Mazure y colaboradores (1997) constataron, mediante volumetría por resonancia magnética, un volumen del hipocampo izquierdo 12% menor en 17 víctimas adultas de abuso sexual infantil diagnosticadas de trastorno por estrés postraumático, al compararlas con un grupo control similar en variables sociodemográficas, sin historia de abuso sexual infantil y sin diagnóstico de trastorno.

Estos resultados han sido obtenidos por otros autores como Stein, Koverola, Hanna, Torchia y McClarty (1997) quienes, también con estudios de resonancia magnética estructural, obtuvieron un tamaño del hipocampo izquierdo 5% menor en 21 víctimas de abuso sexual infantil que un grupo control sociodemográficamente comparativo de 21 mujeres sin historia de abuso sexual en la infancia. Los autores encontraron una relación significativa entre el tamaño del hipocampo y la presencia de síntomas disociativos (presentes en un 71,4% de la muestra de abuso sexual infantil) y referidos al trastorno por estrés postraumático (presentes también en un 71,4%) severos, pero no encontraron relación entre el tamaño del hipocampo y otras características como la edad al inicio del abuso, la duración o el número de agresores. Los autores abogan en su trabajo por la



existencia de una relación entre la disfunción del hipocampo y síntomas psiquiátricos postraumáticos.

Recientemente, Vythilingam, Heim, Newport, Miller, Anderson, Bronen y colaboradores (2002), confirman estos resultados obteniendo un tamaño del hipocampo izquierdo mediante resonancia magnética 18% menor en 22 mujeres víctimas de abuso sexual infantil diagnosticadas de depresión, en comparación con un grupo control de 11 mujeres diagnosticadas de depresión pero sin historia de abuso sexual infantil y un tamaño 15% menor al compararlas con otro grupo control de 14 mujeres sin diagnóstico de depresión y sin historia de abuso sexual infantil.

Si bien, un estudio reciente (Pederson, Maurer, Kaminski, Zander, Peters, Stokes-Crowe y Osborn, 2004) no encuentra diferencias significativas respecto al tamaño del hipocampo o la afectación de la memoria comparando un grupo de mujeres víctimas de abuso sexual infantil y diagnosticadas de trastorno por estrés postraumático, un grupo de mujeres víctimas de abuso sexual infantil y sin diagnóstico de trastorno y un grupo control sin abuso y sin trastorno, los propios autores sugieren que este resultado discrepante puede deberse a la levedad de los síntomas de trastorno por estrés postraumático presentado por el grupo de estudio o, incluso, a otras variables interferidoras, como la personalidad de las víctimas estudiadas.

5.2.3. Revisiones de los estudios

Penza y colaboradores (2003), relacionando los resultados obtenidos en los diversos estudios, sugieren que la vivencia de una experiencia fuertemente estresante en la infancia, un período de alta plasticidad neuronal, puede provocar lesiones duraderas en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal que, a su vez, aumentarían el nivel de cortisol secretado y ocasionarían un menor volumen del hipocampo.

Por otro lado, Heim y Nemeroff (2001) han revisado los trabajos realizados hasta el momento sobre la influencia del estrés infantil en la neurobiología de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Los autores han encontrado que los estudios confirman la existencia de una relación entre estrés infantil e hiperactividad, así como una sensibilización del sistema hipotalámico-hipofisario-adrenal que, juntamente con la vivencia de otros estresores en la edad adulta, conduce a una mayor vulnerabilidad en el desarrollo de síntomas depresivos, ansiedad y otras anomalías fisiológicas, como un menor tamaño del hipocampo.

Otras revisiones, como la de Kaufman, Plotsky, Nemeroff y Charney (2000) han obtenido resultados similares, constatando el efecto mediador de la disfunción en el sistema hipotalámico-hipofisario-adrenal entre la vivencia de estrés y el posterior desarrollo de trastornos del estado de ánimo y ansiedad.

5.3. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS INICIALES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL: INDICADORES

Los indicadores psicológicos del abuso sexual infantil o consecuencias iniciales, son aquellos efectos que suelen situarse en los dos años siguientes al abuso (Browne y Finkelhor, 1986; López, 1993) y que, por tanto, suelen encontrarse presentes en la infancia y la adolescencia. Siguiendo la recomendación de Browne y Finkelhor (1986), deben denominarse efectos *iniciales*, en lugar de *a corto plazo*, debido a que a corto plazo puede dar a entender que los síntomas no persisten, cuando en muchos casos, no es así.

Los autores que examinan las consecuencias iniciales del abuso sexual infantil sitúan éstas siempre en menores de edad, ya sean preescolares, escolares, preadolescentes o adolescentes. Sin embargo, son pocos los estudios que, basándose en teorías del desarrollo, realizan una diferenciación de la sintomatología presentada por los diversos grupos de edad, si bien diversos autores defienden la necesidad de esta diferenciación (Alessandri, 1991; Beitchman et al., 1991; Black, Dubowitz y Harrington, 1994; Cerezo, 1995; Cicchetti y Toth, 1995). Finkelhor (1995) propone como campo de estudio a desarrollar, la denominada *developmental victimology* o *victimología del desarrollo*, considerando el riesgo y el impacto de la victimización según los diferentes estadios del desarrollo.

Por otro lado, si bien muchos de los efectos iniciales del abuso sexual infantil pueden perdurar a lo largo del ciclo evolutivo (Swanston, Tebbutt, O'Toole y Oates, 1997; Tebutt, Swanston, Oates y O'Toole, 1997), algunos de ellos se minimizan o desaparecen (Oates, O'Toole, Lynch, Stern y Cooney, 1994), especialmente al llegar a la edad adulta, e incluso pueden desarrollarse exclusivamente en determinados periodos evolutivos (Kendall-Tackett et al., 1993).

Cabe destacar la importancia de considerar el efecto causado por la fuente que se utilice para obtener información sobre estos síntomas, como demuestran los estudios realizados por Kinard (1995a, 1998a). Al evaluar la presencia de síntomas depresivos en víctimas de abuso sexual infantil, se observa que padres, cuidadores y educadores escolares tienden a puntuar a las víctimas como más deprimidas de lo que ellas mismas manifiestan, existiendo muy bajas correlaciones entre informantes. Es importante remarcar que la presencia de síntomas depresivos en la madre de la víctima tiene un efecto significativo sobre la valoración que ésta haga del estado depresivo de su hijo o hija, tendiendo a evaluarlo de forma más negativa. Si bien la propia autora defiende la necesidad de multiinformantes, aludiendo a la importancia de considerar diferentes perspectivas con el fin de obtener una visión completa del funcionamiento de la víctima de abuso sexual en diversos contextos, es importante tener en cuenta estos resultados, debido a que la mayoría de estudios realizados sobre consecuencias a corto plazo en víctimas de abuso sexual infantil se centran únicamente en la valoración realizada por los padres o cuidadores, o los educadores escolares.



Como se obtiene de los estudios presentados seguidamente, el abuso sexual infantil se relaciona con sintomatología que afecta a distintas áreas de la vida de la víctima. Si bien establecer una clasificación de las múltiples dificultades que las víctimas parecen desarrollar no es una tarea sencilla, se presenta a continuación una propuesta basada en la sintomatología más frecuente indicada en los estudios revisados. No obstante, la limitación de intentar clasificar los diversos efectos psicológicos en categorías teóricas debe tenerse en cuenta.

5.3.1. Problemas emocionales

Dentro de este apartado se encuentran algunos de los problemas internalizantes más frecuentemente observados en víctimas de abuso sexual infantil, referidos a la presencia habitual de miedos y fobias (Mannarino y Cohen, 1986); síntomas depresivos y ansiedad (Briere y Elliott, 1994; Cohen y Mannarino, 1988; Cosentino, Meyer-Bahlburg, Alpert, Weinberg y Gaines, 1995; Dykman, McPherson, Ackerman, Newton, Mooney, Wherry, et al., 1997; Kaufman, 1996; Mannarino y Cohen, 1986; Mian et al., 1996; Oates et al., 1994; Putnam, 2003; Swanston et al., 1997; Tebutt et al., 1997; Wolfe y Birt, 1997); así como baja autoestima y sentimientos de culpa y estigmatización (Black et al., 1994; Briere y Elliott, 1994; Cerezo, 1995; Oates, Forrest y Peacock, 1985; Oates et al., 1994; Swanston et al., 1997; Tebutt et al., 1997) en estas víctimas.

Uno de los estudios que ha comparado la existencia de problemas emocionales en víctimas de abuso sexual infantil no clínicas, de entre 6 y 16 años, con grupos provenientes tanto del ámbito clínico, como de la población general ha sido el realizado por McLeer, Dixon, Henry, Ruggiero, Escovitz, Niedda y colaboradores (1998). Uno de los trastornos diagnosticados más frecuentemente en el grupo de víctimas de abuso sexual, en comparación con los otros dos grupos, fue el trastorno por estrés postraumático, así como también síntomas de depresión, ideación suicida y ansiedad rasgo. Otros estudios de revisión constatan la frecuente presencia de sintomatología postraumática en estas víctimas (Briere y Elliott, 1994)

En estudios específicos con víctimas en edad adolescente también aparecen frecuentes intentos y conductas suicidas y autolesivas, así como una menor autoestima tanto en muestras de víctimas provenientes de clínicas psiquiátricas (Brand, King, Olson, Ghaziuddin y Naylor, 1996), como en víctimas de población general (Swanston et al., 1997) y en revisiones de diversos estudios (Briere y Elliott, 1994).

5.3.2. Problemas cognitivos y de rendimiento académico

Si bien las revisiones realizadas suelen considerar los datos obtenidos al respecto poco concluyentes (Trickett y McBride-Chang, 1995), diversos autores han encontrado problemas a corto plazo dentro del área cognitiva en víctimas de abuso sexual infantil.

Entre estos problemas destacan, como más frecuentes, las conductas hiperactivas (Cohen y Mannarino, 1988; Dykman et al., 1997); problemas de atención y concentración y un peor

funcionamiento cognitivo y rendimiento académico que grupos control (Einbender y Friedrich, 1989; Kinard, 2001a, 2001b; Shonk y Cicchetti, 2001); síntomas disociativos (Briere y Elliott, 1994; Kaufman, 1996; Wolfe y Birt, 1997), así como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Kaufman, 1996; Weinstein, Staffelbach y Biaggio, 2000; Wolfe y Birt, 1997).

Estudios de laboratorio, constatan una menor respuesta ante estímulos nuevos en víctimas de abuso sexual infantil (menores cambios en pulso y respuestas electrodérmicas) que en no víctimas, así como inferiores cocientes de inteligencia verbal, relacionados con una inhibición en la respuesta fisiológica y verbal debido a la ansiedad experimentada durante la infancia, que influye en la capacidad de atención, la memoria a corto plazo y la capacidad de razonamiento abstracto, que median en la formación del lenguaje (Carrey, Butter, Persinger y Bialik, 1995).

Sin embargo, otros autores no han encontrado diferencias significativas en el funcionamiento cognitivo de víctimas de abuso sexual infantil comparándolas con víctimas de otros tipos de maltrato, como el maltrato físico o la negligencia física (Eckenrode, Laird y Doris, 1993).

5.3.3. Problemas de relación

Una de las áreas que suele quedar más afectada en víctimas de abuso sexual infantil es la relación social con iguales y adultos, ya sean pertenecientes a la familia o desconocidos.

Los autores han constatado más problemas de relación en víctimas de abuso sexual infantil (Alessandri, 1991; Briere y Elliott, 1994; Einbender y Friedrich, 1989); la existencia de menos amigos y un menor tiempo jugando con iguales (Alessandri, 1991; Oates et al., 1985); así como un elevado aislamiento social (Cohen y Mannarino, 1988), ya en víctimas muy jóvenes, menores de cinco años (Mian et al., 1996).

5.3.3.1. *Conformidad compulsiva*

Crittenden y DiLalla (1988) propusieron la existencia de un patrón de conducta específico, denominado de conformidad compulsiva, utilizado por algunas víctimas de malos tratos para acomodarse a su situación. Los autores definen esta estrategia como la presencia de un comportamiento conformista y vigilante en los niños y niñas víctimas de malos tratos, que reduce el riesgo de comportamientos hostiles y violentos por parte de sus agresores y aumenta la probabilidad de interacciones agradables con ellos.

No obstante, si bien los autores inicialmente abogan por el efecto adaptativo de esta estrategia, también alertan del riesgo que implica si se generaliza al resto de relaciones interpersonales de la víctima.

5.3.4. Problemas funcionales

Dentro de este grupo se encuentran aquellas consecuencias del abuso sexual infantil que representan dificultades en las funciones vitales de la víctima.



Como problemas funcionales los diversos autores destacan los problemas de sueño, particularmente las pesadillas (Mannarino y Cohen, 1986); las pérdidas del control de esfínteres (enuresis en Mannarino y Cohen, 1986; y encopresis en Morrow, Yeager y Lewis, 1997); los trastornos de la conducta alimentaria (Briere y Elliott, 1994; Swanston et al., 1997) y las quejas somáticas (Cohen y Mannarino, 1988).

5.3.5. Problemas de conducta

Dentro de este apartado se han incluido los problemas más relacionados con la externalización del malestar provocado por el abuso sexual, destacando las conductas sexualizadas y la conducta disruptiva y agresiva.

5.3.5.1. Conducta sexualizada

La presencia de conductas sexualizadas es uno de los problemas más frecuentes en víctimas de abuso sexual infantil, siendo tomado habitualmente como un indicador de marcada fiabilidad para su detección, si bien estas conductas no son exclusivas de las víctimas de abuso sexual y pueden producirse por otros motivos diferentes a la experiencia de abuso como son la vivencia de otras experiencias de carácter violento (ser víctima de maltrato físico o testigo de violencia familiar) o las actitudes familiares respecto al sexo, entre otras (Friedrich, Fisher, Broughton, Houston y Shafran, 1998). Las conductas sexualizadas se han definido en los estudios revisados como el uso de la masturbación de forma compulsiva y/o en público, la imitación de actos sexuales y el uso de vocabulario sexual inadecuados al periodo evolutivo de la víctima, la existencia de una curiosidad sexual excesiva y la presencia de conductas exhibicionistas, entre otras (Cohen y Mannarino, 1996a; Friedrich, Grambsch, Damon, Hewitt, Koverola, Lang et al., 1992).

Diversos autores han estudiado aquellas conductas sexuales que pueden considerarse normativas según la edad (Brilleslijper-Kater, 2001; Brilleslijper-Kater y Baartman, 2000; Friedrich et al., 1998) y el género (Sandnabba, Santtila, Wannäs y Krook, 2003) y las han comparado con las que presentan la mayoría de víctimas de abuso sexual infantil, ilustrando la elevada frecuencia de conductas sexualizadas y no normativas en estas víctimas (Cohen y Mannarino, 1988; Einbender y Friedrich, 1989; Mannarino y Cohen, 1986), incluso en edades muy tempranas (Mian et al., 1996). También se ha constatado la presencia significativa de este tipo de conductas al comparar a víctimas de abuso sexual infantil con muestras clínicas objeto de abandono físico, malos tratos físicos y trastornos psiquiátricos (Cosentino et al., 1995; Feiring, Taska y Lewis, 1998a; Kendall-Tackett et al., 1993), así como en las revisiones realizadas sobre consecuencias a corto plazo del abuso sexual infantil (Beitchman et al., 1991; Briere y Elliott, 1994; Bromberg y Johnson, 2001; Kaufman, 1996; Kendall-Tackett et al., 1993; Putnam, 2003; Wolfe y Birt, 1997).

La revisión de este tema realizada por Friedrich (1993), muestra que la elevada presencia de conductas sexualizadas en víctimas de abuso sexual infantil se obtiene consistentemente tanto

mediante los informes proporcionados por padres y cuidadores, como mediante la observación directa de las víctimas, la interpretación de sus dibujos y otras técnicas proyectivas o la aplicación de cuestionarios, si bien los resultados difieren según el método utilizado.

Por otro lado, las conductas sexualizadas en la infancia parecen relacionarse con conductas promiscuas y embarazos no deseados en la adolescencia (Fiscella, Kitzman, Cole, Sidora y Olds, 1998). En el estudio realizado por Fiscella y colaboradores (1998) con una muestra de adolescentes embarazadas, los autores constataron una mayor precocidad en la edad de inicio de las relaciones sexuales en víctimas de abuso sexual infantil (siete meses antes que el grupo control), así como una mayor precocidad en el primer embarazo (diez meses antes que el grupo control). Los autores manifiestan que el abuso sexual infantil parece tener unos efectos importantes y duraderos en la conducta sexual de las víctimas.

La prostitución en víctimas de abuso sexual infantil menores de edad es también uno de los problemas relacionado con el área de la sexualidad encontrado por algunos autores (Cusick, 2002).

Destaca, como afirma Barudy (1993), el rápido y prematuro crecimiento con que las víctimas de abuso sexual infantil se desarrollan a nivel de su sexualidad, contrastando con las dificultades que presentan para crecer en el plano psicoafectivo y relacional.

5.3.5.2. *Conducta disruptiva y disocial*

Algunos autores han obtenido una elevada frecuencia de conductas de carácter disruptivo y disocial en víctimas de abuso sexual infantil. Entre estas conductas destacan la hostilidad, la agresividad y la rabia (Alessandri, 1991; Briere y Elliott, 1994; Kaufman, 1996; Wolfe y Birt, 1997), así como los síntomas característicos del trastorno oposicionista desafiante (Cohen y Mannarino, 1988; Dykman et al., 1997; Tebutt et al., 1997; Swanston et al., 1997), si bien los estudios destacan una mayor presencia de estas conductas en víctimas de sexo masculino (Romano y De Luca, 2001).

Estudios realizados con muestras de adolescentes hospitalizados en centros psiquiátricos constatan estos resultados, con mayor frecuencia de agresividad, conductas impulsivas y problemas de abuso de sustancias en víctimas de abuso sexual infantil, muy relacionados con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (Grilo, Sanislow, Fehon, Martino y McGlashan, 1999).

Sin embargo, otros autores no han constatado diferencias significativas en la presencia de conductas disruptivas y agresivas en víctimas de abuso sexual, al compararlas con víctimas de otro tipo de maltrato, como el maltrato físico y la negligencia física (Eckenrode et al., 1993).



5.3.6. Problemas internalizantes y externalizantes

Algunos autores se han centrado en la evaluación de las puntuaciones de las víctimas de abuso sexual en las escalas globales Internalizante y Externalizante de los cuestionarios de Achenbach *Child Behavior Checklist* (Achenbach, 1991a), *Teacher Report Form* (Achenbach, 1991b) y *Youth Self-Report* (Achenbach, 1991c).

Estos estudios obtienen, de forma mayoritaria, diferencias significativas entre las elevadas puntuaciones en ambas escalas que presentan las víctimas de abuso sexual infantil cuando se las compara con grupos control (Black et al., 1994; Cohen y Mannarino, 1988; Shonk y Cicchetti, 2001; Swanston et al., 1997; Swanston et al., 2003); sin embargo, las víctimas de abuso sexual infantil no presentan diferencias significativas en su puntuación a las escalas internalizantes y externalizantes cuando son comparadas con muestras psiquiátricas, con la excepción de una mayor puntuación relacionada con la presencia de conductas sexualizadas (Cosentino et al., 1995). Las revisiones realizadas sobre este tema constatan estos resultados (Kaufman, 1996; Wolfe y Birt, 1997),

5.3.7. Revisiones críticas a los estudios sobre consecuencias psicológicas iniciales

Una de las primeras revisiones críticas sobre las consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil es la realizada por Browne y Finkelhor (1986), quienes analizaron los estudios publicados sobre el impacto psicológico del abuso sexual entre 1956 y 1985.

De los 26 estudios revisados, los autores únicamente pudieron encontrar seis estudios publicados sobre consecuencias iniciales o a corto plazo, destacando su escasa frecuencia. Por otro lado, la revisión de Browne y Finkelhor (1986) se centró exclusivamente en aquellos estudios realizados con víctimas de sexo femenino, debido a las enormes dificultades existentes para encontrar estudios realizados con víctimas de sexo masculino.

Browne y Finkelhor (1986) consideran que los importantes problemas metodológicos presentes en los estudios revisados (como la inexistencia de grupos control en parte de ellos, la utilización de muestras de abuso sexual infantil en tratamiento psicológico o en proceso judicial, o la falta de instrumentos estandarizados para evaluar a las víctimas) imposibilitan establecer si los síntomas observados son representativos de todas las víctimas de abuso sexual infantil o únicamente muestran la sintomatología presente en aquellos casos más graves.

Posteriormente, Beitchman y colaboradores (1991) revisaron 42 estudios con muestras infantiles y adolescentes concluyendo que únicamente podía considerarse una consecuencia propia del abuso sexual infantil la conducta sexualizada, ya que el resto de problemas mencionados también se encontraban presentes en la mayoría de muestras clínicas. Los autores destacaron que los múltiples problemas metodológicos encontrados en los estudios revisados, como las distintas

definiciones de abuso sexual infantil y de agresor y víctima utilizadas en los estudios revisados, el uso mayoritario de aquellos casos detectados por los servicios de salud como representativos de todas las víctimas de abuso sexual infantil y la falta de grupos control en muchos de los estudios publicados, impiden establecer con seguridad la relación existente entre el abuso sexual infantil y el desarrollo de sintomatología psicológica.

Sin embargo, y pese a la gravedad de los errores metodológicos encontrados en gran parte de los estudios, aquellas revisiones centradas en estudios metodológicamente correctos confirman la relación existente entre la experiencia de abuso sexual infantil y el desarrollo de sintomatología psicológica.

Uno de los ejemplos es la revisión realizada por Trickett y McBride-Chang (1995) sobre el impacto psicológico del maltrato infantil, incluyendo el abuso sexual. En este trabajo se consideraron únicamente artículos con apropiados grupos control (definidos como aquellos que no han sufrido malos tratos ni negligencia física o emocional y no pertenecen a grupos clínicos) y comparables al grupo de estudio en características sociodemográficas. Los autores clasificaron los estudios revisados hasta 1995 según las edades de las muestras, obteniendo dos artículos publicados sobre las consecuencias psicológicas del abuso sexual en niños y niñas de hasta seis años, 15 artículos sobre niños y niñas en edad escolar (entre los seis y los once años) y 12 artículos sobre adolescentes.

Como síntomas frecuentes en víctimas hasta los seis años de edad destacan los problemas de tipo internalizante, especialmente la ansiedad, así como la presencia de conductas sexualizadas. También son frecuentes las quejas somáticas, enuresis y dificultades cognitivas y de rendimiento académico, si bien los estudios publicados al respecto son muy escasos.

Respecto a la edad escolar, la revisión constata problemas de relación social, aislamiento y retraimiento, así como síntomas internalizantes (especialmente ansiedad, depresión y sintomatología postraumática) y externalizantes (agresividad, hostilidad y conducta sexualizada). Los autores mencionan también síntomas disociativos y déficit de atención e hiperactividad en estas víctimas, si bien los estudios al respecto son insuficientes para confirmar estas consecuencias.

Finalmente, la revisión sobre adolescencia establece la presencia de sintomatología internalizante y externalizante, también disociación, actos delictivos, conductas sexuales promiscuas, intentos de suicidio, suicidios consumados y autolesiones.

El trabajo de Trickett y McBride-Chang (1995) confirma un cierto patrón evolutivo para la sintomatología presentada por víctimas de abuso sexual infantil, con más problemas internalizantes en la edad preescolar (especialmente enuresis, ansiedad y quejas somáticas) y la aparición de problemas externalizantes en períodos posteriores (como conductas disruptivas y delincuencia),



así como una mayor influencia en las víctimas mayores de los síntomas disociativos y la aparición de la depresión como principal síntoma internalizante.

En nuestro país, las revisiones realizadas continúan constatando que las víctimas de abuso sexual infantil presentan una mayor frecuencia y un mayor nivel de síntomas relacionados con las áreas emocionales, sociales, cognitivas, conductuales y funcionales, que los grupos comparativos utilizados, si bien subrayan los problemas que presentan los diversos estudios para comparar sus resultados, debido a las distintas definiciones de abuso y metodologías utilizadas (Cantón y Cortés, 2000; Casado et al., 1997; Cerezo, 1995; Díaz et al., 1999; Díaz et al., 2000a, 2000b; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Jiménez et al., 1995; Simón et al., 2000).

5.4. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS A LARGO PLAZO DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

En muchos casos, las consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil perduran hasta la edad adulta, configurando los llamados efectos a largo plazo del abuso sexual. Se habla de efectos a largo plazo cuando éstos se encuentran a partir de los dos años siguientes a la experiencia de abuso (Browne y Finkelhor, 1986), presentándose aproximadamente en un 20% de las víctimas de abuso sexual infantil (López, 1994).

Las consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual pueden perdurar desde el inicio del abuso o, por el contrario, aparecer como problemas nuevos en la edad adulta (Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta, Akman y Cassavia, 1992).

Los efectos a largo plazo son, comparativamente, menos frecuentes, sin embargo el abuso sexual infantil constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de una gran diversidad de trastornos psicopatológicos en la edad adulta (Flitter, Elhai y Gold, 2003). La información actualmente disponible tampoco permite establecer en esta etapa un único síndrome específico asociado a la experiencia de abuso sexual, afectando éste a diferentes áreas de la vida de la víctima; así como no permite confirmar la existencia de una relación determinística entre la experiencia de abuso sexual infantil y la presencia de problemas psicológicos en la edad adulta (Browning y Laumann, 2001). Por otro lado, es importante destacar la dificultad que entraña el estudio de estos efectos, principalmente por su interacción con otro tipo de factores relacionados con el paso del tiempo (López, 1993). Uno de los factores que los autores consideran determina el desarrollo de problemas psicológicos a largo plazo en víctimas de abuso sexual infantil es el ambiente familiar disfuncional (Nash, Hulsey, Sexton, Harralson y Lambert, 1993), si bien la mayoría de estudios que controlan esta variable siguen constatando una relación directa entre la experiencia de abuso sexual y el posterior desarrollo de problemas psicológicos, independientemente de la influencia de otras variables (Boudewyn y Liem, 1995; Dinwiddie, Heath, Dunne, Bucholz, Madden, Slutske et al., 2000; Fleming, Mullen, Sibthorpe y Bammer, 1999; Hill,

Davis, Byatt, Burnside, Rollinson y Fear, 2000; Johnson, Cohen, Brown, Smailes y Bernstein, 1999; Fergusson, Horwood y Lynskey, 1996; Kendler, Bulik, Silberg, Hettrema, Myers y Prescott, 2000; Nelson, Heath, Madden, Cooper, Dinwiddie, Bucholz et al., 2002).

De forma similar al apartado referido a las consecuencias psicológicas iniciales, se presenta a continuación una propuesta de clasificación de los efectos psicológicos a largo plazo basada en la sintomatología más frecuente indicada en los estudios revisados. Como ya se ha comentado, la limitación de intentar clasificar los diversos efectos psicológicos en categorías teóricas debe tenerse en cuenta.

5.4.1. Problemas emocionales

Dentro de este apartado destacan, por su elevada frecuencia, los trastornos depresivos en víctimas de abuso sexual infantil pertenecientes a la población general (Alexander, Anderson, Brand, Schaeffer, Grelling y Kretz, 1998; Bifulco, Brown y Adler, 1991; Fergusson, Horwood, et al., 1996; Hill et al., 2000; Liem y Boudewyn, 1999; Nelson et al., 2002; Silverman, Reinherz y Giaconia, 1996; Swanston et al., 2003), población clínica (Zlotnick, Mattia y Zimmerman, 2001) y estudiantes universitarios (Boudewyn y Liem, 1995; Briere y Runtz, 1988); los síntomas y trastornos de ansiedad, tanto en población general (Abdulrehman y De Luca, 2001; Fergusson, Horwood, et al., 1996; Swanston et al., 2003), como en muestras universitarias (Briere y Runtz, 1988) y clínicas (Stein, Walker, Anderson, Hazen, Ross, Eldridge et al., 1996; Walker et al., 1992); el trastorno por estrés postraumático (Alexander et al., 1998; Silverman et al., 1996); así como las conductas autodestructivas (negligencia en las obligaciones, conductas de riesgo, ausencia de autoprotección entre otras) en estudiantes universitarios (Boudewyn y Liem, 1995) y población general Liem y Boudewyn, 1999); las conductas autolesivas en población general (Romans, Martin, Anderson, Herbison y Mullen, 1995a); las ideas suicidas e intentos de suicidio, tanto en población general (Bryer, Nelson y Miller, 1987; Brown, Cohen, Johnson y Smailes, 1999; Fergusson, Horwood, et al., 1996; Nelson et al., 2002; Oates, 2004; Silverman et al., 1996), como en estudiantes universitarios (Boudewyn y Liem, 1995; Chelf y Ellis, 2002; Nilsen y Conner, 2002; Peters y Range, 1995; Thakkar, Gutierrez, Kuczen y McCanne, 2000) y muestras clínicas (Brown y Anderson, 1991); y la baja autoestima en población general (Abdulrehman y De Luca, 2001; Fleming et al., 1999; Liem y Boudewyn, 1999; McCauley et al., 1997; Mullen, Martin, Anderson, Romans y Herbison, 1994; Swanston et al., 2003).

Respecto a este tema, el estudio de Statham, Heath, Madden, Bierut, Dinwiddie, Slutske y colaboradores (1998) sobre factores predisponentes de la ideación y conducta suicida en parejas de gemelos monozigóticos y dizigóticos pertenecientes a la población general establece que, si bien estas ideas y conductas están determinadas por una compleja interacción entre variables referidas a la historia psiquiátrica del sujeto, un elevado neuroticismo, la existencia de una vulnerabilidad genética específica para la conducta suicida, la experiencia de acontecimientos



traumáticos y otros factores socioculturales como la religión, el abuso sexual infantil aumenta significativamente el riesgo de ideación y conducta suicida, incluso al controlar la historia psiquiátrica del sujeto y su vulnerabilidad genética.

5.4.2. Problemas de relación

El área de las relaciones interpersonales es una de las que suele quedar más afectada, tanto inicialmente como a largo plazo, en víctimas de abuso sexual infantil.

En muestras de estudiantes universitarios, destaca la presencia de un mayor aislamiento social (Abdulrehman y De Luca, 2001; Harter, Alexander y Neimeyer, 1988), menor cantidad de amigos y de interacciones sociales, así como bajos niveles de participación en actividades comunitarias (Abdulrehman y De Luca, 2001) y desajuste en una variedad de áreas sociales, como la crianza de los hijos o las relaciones de pareja, entre otras (Harter et al., 1988). En población general también se encuentran dificultades en las relaciones de pareja, con relaciones de pareja inestables y una evaluación negativa de las mismas (Fleming et al., 1999; Mullen et al., 1994), así como elevados índices de ansiedad social y divorcios en mujeres (Nelson et al., 2002).

Ruscio (2001) al comparar el estilo parental de padres víctimas de abuso sexual infantil, padres hijos de alcohólicos y un grupo control, todos ellos en tratamiento psiquiátrico, destaca la presencia de un estilo parental más permisivo y menos autoritario en los padres víctimas de abuso sexual (especialmente en aquellos casos en los que se produjo penetración) y en los padres hijos de alcohólicos, que en el grupo control.

Banyard (1997), por su parte, confirma el efecto negativo del abuso sexual infantil en el estilo parental de mujeres víctimas de abuso sexual provenientes de servicios sociales, incluso controlando el posible efecto de variables familiares en esta relación. Las víctimas de abuso sexual infantil presentaban una visión más negativa de ellas mismas como madres, así como un más frecuente uso del castigo físico ante conflictos con los hijos que las víctimas de maltrato físico o las mujeres del grupo control.

Estos datos se repiten en muestras pertenecientes a la población general, con mayores dificultades en las relaciones maternofiliales y una depreciación del rol maternal en víctimas de abuso sexual infantil, así como más problemas psicológicos en los hijos e hijas de estas víctimas que en el grupo control (Roberts, O'Connor, Dunn, Golding y ALSPAC, 2004).

5.4.3. Problemas funcionales

Son diversos los estudios que demuestran la frecuente presencia de trastornos de la conducta alimentaria en víctimas de abuso sexual infantil (Briere y Elliott, 1994; Owens y Chard, 2003; Polivy y Herman, 2002; Putnam, 2003; Waller, 1991), especialmente de bulimia nerviosa (Waller, 1992; Welch y Fairburn, 1996).

El trastorno de somatización es otro de los problemas funcionales más frecuente en víctimas de abuso sexual infantil, como constatan diversos estudios (Berkowitz, 1998; Briere y Runtz, 1988, Walker et al., 1992).

Los trastornos relacionados con el abuso de sustancias también aparecen frecuentemente en estudios sobre consecuencias del abuso sexual infantil (Kendler et al., 2000; Walker et al., 1992).

Otros estudios han mostrado la relación existente entre la experiencia de abuso sexual infantil y un peor estado de salud general, tanto mediante síntomas físicos reales como según la percepción de salud subjetiva de las víctimas (Walker et al., 1999; Swanston et al., 2003).

5.4.4. Problemas de adaptación social

Con muestras universitarias se observan mayores niveles de hostilidad en víctimas de abuso sexual infantil que en grupos control (Abdulrehman y De Luca, 2001), así como una mayor presencia de conductas antisociales y trastornos de conducta en víctimas de abuso sexual pertenecientes a población general (Fergusson, Horwood, et al., 1996; Nelson et al., 2002; Silverman et al., 1996).

Kaufman y Widom (1999), por su parte, constataron, mediante un estudio longitudinal (1989-1995), el mayor riesgo de huida del hogar que presentaban las víctimas de maltrato infantil, entre ellas, de abuso sexual infantil, en comparación con un grupo control. A su vez, la conducta de huida del hogar, así como el haber sufrido abuso sexual infantil, incrementaban el riesgo de delinquir y ser arrestado por delitos diversos.

5.4.5. Problemas sexuales

Browning y Lauman (2001), desde una perspectiva psicogénica y con una extensa muestra de hombres y mujeres norteamericanos, afroamericanos e hispanoamericanos, defienden que la sexualidad desadaptativa es la consecuencia más extendida del abuso sexual infantil y la que se relaciona con posteriores patrones de conducta, que conforman las consecuencias a largo plazo del abuso sexual.

Los autores consideran que las conductas sexuales desadaptativas ocasionan, ya desde la infancia, importantes conflictos entre la víctima y sus padres, compañeros, profesores escolares, entre otros. Estos conflictos reducen las fuentes de apoyo social de la víctima, así como la posible influencia de estas fuentes en su conducta, lo cual actúa como factor de riesgo para el desarrollo de comportamientos desviados, incluyendo el abuso de sustancias y la delincuencia, así como de importantes problemas de relación. Browning y Lauman (2001), no obstante, destacan la no existencia de una relación causal entre la experiencia de abuso sexual infantil y el desarrollo de estos problemas, si bien el abuso sexual infantil actúa como un importante factor de riesgo.



Otros estudios también han confirmado la frecuente presencia de problemas de tipo sexual en víctimas de abuso sexual infantil, como una sexualidad insatisfactoria y disfuncional (Fleming et al., 1999; Mullen et al., 1994; Sarwer y Durlak, 1996), el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección, un mayor número de parejas, y una mayor presencia de enfermedades de transmisión sexual (Fergusson, Horwood y Lynskey, 1997) y de riesgo de VIH (Parillo, Freeman, Collier y Young, 2001) que grupos control. Derivados de estos problemas de tipo sexual y, particularmente de las conductas sexuales promiscuas y el precoz inicio a la sexualidad que presentan estas víctimas (Fergusson et al., 1997), destaca también la maternidad temprana (Mullen et al., 1994; Swanston et al., 2003).

Por su parte, Widom y Kuhns (1996) observaron que el abuso sexual infantil, así como la experiencia de maltrato físico y negligencia física, era un factor de riesgo para la prostitución, especialmente cuando la víctima también había huido de casa. Sin embargo, la experiencia de maltrato y abuso no predecía promiscuidad sexual ni embarazo temprano en la muestra de víctimas estudiada.

5.4.5.1. *Revictimización*

La revictimización es una de las consecuencias del abuso sexual infantil relacionadas con el área sexual que supone una mayor gravedad. Por revictimización se entiende la experiencia posterior de violencia física y/o sexual en víctimas de abuso sexual infantil por agresores distintos al causante del abuso en la infancia (Maker, Kemmelmeier y Peterson, 2001).

Diversos estudios han mostrado el riesgo de revictimización que presentan las víctimas de abuso sexual infantil. La revisión realizada por Messman y Long (1996) sobre 23 estudios de revictimización en víctimas de abuso sexual infantil desde 1977 a 1993, confirma que la experiencia de abuso sexual infantil es un factor de riesgo para la posterior revictimización física y/o sexual, tanto en muestras de estudiantes universitarios, como en muestras clínicas o población general. Sin embargo, los autores destacan las enormes diferencias existentes entre los porcentajes de revictimización obtenidos por los diversos estudios, oscilando entre un 16% y un 72%, según las definiciones y las muestras utilizadas.

Uno de los estudios más importantes es el de Fergusson y colaboradores (1997) quienes realizaron el seguimiento de una cohorte de 520 niños y niñas neozelandeses en intervalos regulares desde el nacimiento hasta los 18 años. Los autores observaron que los casos que manifestaban haber sufrido abuso sexual infantil antes de los 16 años, incluyendo conductas con y sin contacto físico, presentaban un inicio precoz a la actividad sexual consentida, elevados porcentajes de embarazos en edades tempranas, mayores índices de enfermedades de transmisión sexual, un mayor número de parejas sexuales, así como una mayor frecuencia de abusos y agresiones sexuales o intentos de abusos y agresiones a partir de esa edad.

Maker y colaboradores (2001) analizaron la experiencia de abuso sexual en estudiantes universitarias diferenciando entre aquellos abusos cometidos por un agresor como mínimo cinco años mayor que la víctima y aquellos cometidos por alguien de similar edad. Un 66% de los casos de abuso sexual cometidos por un agresor significativamente mayor que la víctima y un 58% de los casos de abuso sexual cometidos por un agresor de similar edad a la víctima presentaban agresiones sexuales en la edad adulta. Sin embargo, al analizar los datos en profundidad, los autores observaron que haber sufrido abuso sexual por un agresor significativamente mayor era el único predictor de revictimización sexual posterior, independientemente de la severidad del abuso, del número de agresores y de la edad de la víctima en su inicio.

Posteriormente, Swanston, Parkinson, Oates, O'Toole, Plunkett y Shrimpton (2002), también constataron la elevada frecuencia de revictimización en víctimas de abuso sexual infantil, según las notificaciones de los servicios hospitalarios a lo largo de tres años de seguimiento longitudinal. De las 183 víctimas de abuso sexual detectadas por los servicios hospitalarios, un 33% notificaron haber sufrido algún otro tipo de maltrato distinto al abuso sexual, y un 16% notificaron haber sufrido abuso sexual infantil en los tres años posteriores a la detección inicial. En línea con los resultados obtenidos, en un estudio posterior, Swanston y colaboradores (2003) observaron, tras un seguimiento de nueve años a un grupo de víctimas de abuso sexual infantil, la existencia de un mayor número de acontecimientos vitales negativos, entre ellos la revictimización sexual, en estas víctimas que en el grupo control.

Otros estudios transversales con muestras de población general (Fleming et al., 1999), con estudiantes universitarios (Jankowski, Leitenberg, Henning y Coffey, 2002; Liem y Boudewyn, 1999), con población clínica (Walker et al., 1992), así como estudios realizados con gemelos controlando posibles variables familiares confusoras (Nelson et al., 2002) también confirman este mayor riesgo; así como las revisiones realizadas por otros autores sobre las consecuencias del abuso sexual infantil (Beitchman et al., 1992; Browne y Finkelhor, 1986; DiLillo, 2001).

Sin embargo algunos estudios (Gagné, Lavoie y Hébert, 2001), no encuentran que la violencia familiar, y dentro de ella el abuso sexual infantil, tenga un efecto de incremento directo sobre el riesgo de revictimización. Schaaf y McCanne (1998), por ejemplo, encontraron que el abuso sexual infantil no era un factor de riesgo para la revictimización física o sexual posterior, si bien el maltrato físico y, especialmente el abuso sexual infantil junto con el maltrato físico sí incrementaban ese riesgo. Los autores, no obstante, constatan que estos resultados pueden haberse visto influidos en dirección contraria a lo establecido por la literatura debido a la composición universitaria de la muestra.



5.4.5.2. *Transmisión intergeneracional*

La posible transmisión intergeneracional de las prácticas parentales, así como del maltrato y el abuso sexual infantil sigue siendo un tema de estudio controvertido y con resultados contradictorios.

En 1992, Van Ijzendoorn revisa los estudios publicados entre 1977 y 1989 sobre la transmisión entre generaciones de las pautas parentales proponiendo la existencia de esta transmisión, si bien los estudios realizados hasta ese momento no presentaban una metodología adecuada para establecer una relación causal.

Otras revisiones específicas sobre la hipótesis de la transmisión intergeneracional del maltrato, es decir, la hipótesis de la reproducción del maltrato de padres a hijos, confirman su posible existencia (Powell, Cheng y Egeland, 1995; Green, 1998), aunque los autores constatan la enorme variabilidad en los porcentajes entre diversos estudios (entre un 20 y un 30% de las víctimas de maltrato agredirían posteriormente a sus propios hijos, según la revisión de Widom, 1989; entre un 10 y un 100% cumplirían la hipótesis de transmisión intergeneracional del maltrato, según la revisión de Oliver, 1993, si bien el autor concluye, en base al análisis de los estudios, que un tercio de las víctimas de maltrato se convertiría en un futuro agresor, otro tercio presentaría una vulnerabilidad que, junto con otros estresores podrían conducirlo a maltratar y el resto no maltrataría). Los autores, sin embargo, abogan por considerar el maltrato infantil un factor de riesgo para que el individuo se convierta en posterior agresor, si bien defienden que, por el momento, no puede establecerse una relación directa o causal.

Newcomb y Locke (2001) estudiaron el estilo parental de una muestra comunitaria de padres y madres norteamericanos. Los autores concluyen que existe una relación entre la experiencia de maltrato y abuso sexual infantil y el posterior estilo parental de las víctimas. Específicamente, el abuso sexual infantil se relacionaba con un estilo parental agresivo, en el caso de las madres y de rechazo, en el caso de los padres, confirmando una cierta transmisión intergeneracional del maltrato infantil.

Centrado en el tema del abuso sexual infantil, Glasser, Kolvin, Campbell, Glasser, Leitch y Farrelly (2001), mediante un estudio retrospectivo con una muestra clínica de agresores sexuales de sexo femenino y masculino, obtuvieron confirmación de la existencia de transmisión intergeneracional en un 35% de los agresores de sexo masculino, pero sólo en un caso de las agresoras de sexo femenino. Los autores confirman la existencia de un mayor riesgo de convertirse en agresor en varones víctimas de abuso sexual en la infancia, si bien defienden que múltiples factores personales, familiares y sociales pueden llegar a mitigar ese riesgo.

Briggs y Hawkins (1996) estudiando dos grupos de víctimas de abuso sexual infantil (agresores sexuales y no agresores), observaron que los agresores sexuales tendían significativamente a considerar el abuso sexual infantil experimentado como una vivencia

normal, manifestando haber disfrutado durante el abuso y considerando que la experiencia había tenido poco o ningún impacto en su vida. Green (1998), por su parte, en un trabajo similar considera que identificarse con el agresor o con el progenitor no protector, asumir el rol de víctima, sufrir revictimización, utilizar la disociación y otros mecanismos de defensa como la negación o la proyección, como estrategias de afrontamiento, mantener el secreto del abuso y la ausencia de apoyo social, son los factores que contribuyen a la transmisión intergeneracional del maltrato y del abuso sexual infantil.

Sin embargo, en otro estudio de Skuse, Bentovim, Hodges, Stevenson, Andreou, Lanyado y colaboradores (1998) realizado con agresores sexuales de entre 11 y 15 años víctimas de abuso sexual infantil, se obtuvo que convertirse en un agresor sexual se encontraba asociado con la vivencia de otras experiencias violentas durante la infancia, particularmente dentro del ámbito familiar (como ser testigo de violencia familiar, negligencia en el cuidado y la atención por parte de los progenitores, entre otras) independientes de la victimización sexual. Para estos autores, sería la vivencia de múltiples estresores además del abuso sexual, durante la infancia, la que conduciría a la repetición del abuso sexual en la edad adulta.

Oates, Tebutt, Swanston, Lynch y O'Toole (1998) destacaron que las madres de niños y niñas abusados sexualmente presentaban, a su vez, un mayor porcentaje de abuso sexual infantil. Un 34% de las madres de víctimas de abuso sexual habían sufrido abuso sexual infantil, *versus* un 12% de las madres de un grupo control sin historia de abuso. Los autores concluyen, en base a los resultados, que el riesgo de transmisión intergeneracional parece existir.

Por su parte, Clarke, Stein, Sobota, Marisi y Hanna (1999) confirmaron, en una muestra de 439 drogodependientes, el riesgo de transmisión intergeneracional que presentaban las víctimas de maltrato físico y/o abuso sexual infantil. Un 28% de los drogodependientes maltratados en su infancia presentaban, a su vez, violencia intergeneracional, *versus* un 10% de los drogodependientes sin historia de malos tratos.

5.4.5.2.1. *Críticas a los estudios*

Una de las críticas más frecuente a estos estudios es que se basan en datos retrospectivos, especialmente de agresores sexuales o adultos en tratamiento psiquiátrico, destacando su cuestionable naturaleza y apuntando a que pueden conducir a una sobrevaloración de los porcentajes de maltrato (Oliver, 1993).

La crítica principal a la obtención de información por parte de agresores sexuales es que los agresores pueden manifestar haber sufrido maltrato o abuso sexual infantil como medio para explicar su propio comportamiento violento e incluso para ganar la simpatía del terapeuta o del jurado, en caso de agresores en proceso penal (Cannon, 2001).



5.4.6. Otros trastornos psiquiátricos

Una de las consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil es el desarrollo de trastornos psiquiátricos diagnosticados. Algunos autores constatan una peor salud mental general en víctimas de abuso sexual infantil (Silverman et al., 1996), con una mayor presencia de síntomas y trastornos psiquiátricos (Fleming et al., 1999; Walker et al., 1992). Otros estudios, comparando víctimas de maltrato infantil, abuso sexual infantil y negligencia física, confirman una probabilidad cuatro veces mayor de desarrollar trastornos de personalidad en estas víctimas que en población general (Johnson et al., 1999).

Bushnell, Wells y Oakley-Browne (1992) realizaron un estudio con mujeres adultas de la población general, víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar. Los autores constataron la relación existente entre la experiencia de abuso y la aparición de un amplio rango de síntomas y trastornos psicológicos, entre los que destacaba la frecuente presencia de trastornos depresivos, trastornos bipolares, bulimia nerviosa, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno antisocial de la personalidad y trastorno de somatización.

Kendler y colaboradores (2000), mediante un estudio realizado con mujeres gemelas, observaron que el abuso sexual infantil se relaciona con un mayor riesgo general de trastornos psiquiátricos en la edad adulta, especialmente aquellos trastornos relacionados con el abuso de sustancias, siendo este riesgo independiente de factores familiares. Otros estudios confirman el mayor riesgo de abuso de sustancias presente en víctimas de abuso sexual infantil en población general (Fergusson, Horwood, et al., 1996; Nelson et al., 2002; Owens y Chard, 2003; Swanston et al., 2003), y muestras clínicas (Brown y Anderson, 1991).

Diversos autores han constatado la frecuente presencia de trastornos disociativos en víctimas de abuso sexual infantil, definidos como aquellas situaciones en las que existe una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno (American Psychiatric Association, 2000). Sin embargo, en algunos casos pueden observarse síntomas disociativos sin la existencia del trastorno, especialmente cuando la víctima presenta trastorno por estrés postraumático. La elevada frecuencia de trastornos disociativos en víctimas de abuso sexual infantil ha sido constatada tanto en población general (Egeland y Susman-Stillman, 1996), como en muestras universitarias (Briere y Runtz, 1988; Irwin, 1994; Startup, 1999) y clínicas (Vanderlinden y Vandereycken, 1999).

Otro de los trastornos frecuentemente relacionados con la experiencia de abuso sexual infantil es el trastorno límite de la personalidad, definido como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, así como una elevada impulsividad, que puede reflejarse en la existencia en abuso de sustancias, desórdenes alimenticios caracterizados por atracones y conductas sexuales promiscuas, entre otros (American Psychiatric

Association, 2000). Diversos estudios han confirmado esta relación en población general (Bryer et al., 1987; Cole y Putnam, 1992; Grilo et al., 1999; Johnson et al., 1999) y muestras clínicas (Brown y Anderson, 1991; Waller, 1994).

Un estudio realizado por Gladstone, Parker, Wilhelm, Mitchell y Austin (1999), considera el abuso sexual infantil un importante factor de riesgo para el desarrollo de trastorno límite de la personalidad lo que, a su vez, se relaciona con un mayor riesgo de depresión, actuando el diagnóstico de trastorno límite como mediador entre el estatus de abuso sexual y la depresión.

Sin embargo, algunos autores (Beitchman et al., 1992; Owens y Chard, 2003; Zanarini, Williams, Lewis, Reich, Vera, Marino et al., 1997) han minusvalorado la supuesta relación existente entre la experiencia de abuso sexual infantil y el desarrollo de trastorno límite de la personalidad, considerando que el abuso sexual infantil no es un requisito necesario ni suficiente para el desarrollo de este trastorno, existiendo otras experiencias infantiles, como la negligencia parental o los problemas de relación padres-hijos, relacionadas con su etiología.

5.4.7. Consecuencias psicológicas a largo plazo en muestra española: López (1994)

El estudio retrospectivo realizado por López (1994) en 1991, describe las consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil en línea con los resultados obtenidos en los estudios realizados en otros países.

El autor encontró diferencias significativas entre las víctimas de abuso sexual infantil y el grupo control en la presencia de conductas externalizantes, como las huidas del hogar, el abuso de sustancias; problemas de rendimiento académico, como el fracaso escolar; problemas de relación, como sentimientos de hostilidad hacia el otro sexo; trastornos psiquiátricos diagnosticados, como la depresión; problemas emocionales, como elevados sentimientos de ansiedad y angustia; y problemas relacionados con el área sexual, como embarazos no deseados a lo largo de la vida, y enfermedades de transmisión sexual.

López (1994) considera que, independientemente de la existencia de una relación causal entre la experiencia de abuso sexual infantil y la aparición de determinados problemas como los comentados, gran parte de las investigaciones realizadas obtienen, sistemáticamente, una mayor presencia de estos problemas en víctimas de abuso sexual infantil. Estos resultados conducen a la idea que la experiencia de abuso sexual realmente juega un papel en el proceso de aparición de los diversos problemas analizados, independientemente de las variables familiares que puedan influir.

5.4.8. Estudios de revisión de las consecuencias psicológicas a largo plazo

El estudio realizado por Browne y Finkelhor (1986) revisa los trabajos publicados entre 1956 y 1985 sobre consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil en víctimas de sexo femenino.



Los autores destacan la depresión como el síntoma más frecuentemente presentado por víctimas adultas de abuso sexual. También son habituales las ideas y conductas suicidas, así como elevados niveles de ansiedad, baja autoestima y aislamiento social. Respecto al área de las relaciones sociales, las víctimas de abuso sexual infantil presentan diversos problemas, como dificultades para confiar en los demás y para establecer intimidad. También destacan dificultades en su rol parental, con importantes problemas de relación con sus hijos.

Otra de las consecuencias a largo plazo frecuentemente encontrada en los estudios revisados es la revictimización de estas víctimas. Según indica la revisión realizada por Browne y Finkelhor (1986), las víctimas de abuso sexual infantil presentan un mayor riesgo de sufrir agresiones sexuales posteriores al abuso, así como de ser maltratadas físicamente. Los estudios también muestran problemas en el funcionamiento sexual de estas víctimas, destacando las conductas promiscuas y el riesgo de homosexualidad, si bien existe escasa evidencia empírica respecto a esta última consecuencia. También se ha constatado en algunos de los estudios revisados la existencia de una relación entre la experiencia de abuso sexual infantil y la prostitución, así como el abuso de sustancias.

Bachmann y colaboradores (1988) también se centraron en la revisión de estudios sobre víctimas de abuso sexual infantil de sexo femenino, si bien no especifican el número de estudios ni el período de tiempo revisados. Los autores destacan la existencia de problemas de tipo sexual, dificultades de sueño (fatiga, pesadillas, dificultad para conciliar el sueño, entre otras), quejas somáticas crónicas sin razón médica identificable (malestar abdominal, dolores de cabeza y de espalda), signos físicos de ansiedad y agitación (sobresaltos, movimientos corporales rápidos), así como una baja autoestima, síntomas de depresión y conductas autolesivas.

Años más tarde, Beitchman y colaboradores (1992) realizaron una revisión de los estudios publicados entre 1977 y 1988 sobre consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. Los autores confirman la frecuente presencia en estas víctimas de problemas de tipo sexual, homosexualidad, elevados niveles de ansiedad, síntomas depresivos y miedos, pensamientos y actos suicidas, así como revictimización física y/o sexual. Sin embargo, no encuentran suficiente justificación para la relación encontrada en algunos estudios entre la experiencia de abuso sexual infantil y el desarrollo de trastornos de personalidad, como el trastorno de identidad disociativo (antes personalidad múltiple; American Psychiatric Association, 2002) o el trastorno límite de la personalidad. Los autores indican que es importante que los estudios se centren en el estudio de variables mediadoras como las características de la experiencia de abuso, del agresor, de la víctima y de la familia de ésta, ya que de ellas dependerá, en gran parte, la gravedad de los efectos del abuso sexual.

Briere y Elliott (1994) también constatan en su revisión, la frecuente presencia de trastorno por estrés postraumático, o síntomas de este trastorno, en víctimas de abuso sexual infantil; así

como distorsiones cognitivas relacionadas con sentimientos de culpa y baja autoestima; síntomas de depresión, ansiedad, irritabilidad y rabia; dificultades de relación interpersonal, como problemas para desarrollar relaciones íntimas, menos habilidades sociales y dificultades en el mantenimiento de relaciones sexuales; así como conductas evitativas, relacionadas con síntomas disociativos (amnesia sobre los recuerdos del abuso, trastorno de identidad disociativo, despersonalización), abuso de sustancias y adicciones, ideas e intentos de suicidio y conductas de reducción de la ansiedad (promiscuidad sexual, episodios de atracones y purgas, automutilaciones).

Un año más tarde, Jumper (1995) realiza un estudio metaanalítico de 26 trabajos sobre consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil con los trabajos publicados entre 1978 y 1991. El autor confirma la existencia de una relación significativa entre la experiencia de abuso sexual y la presencia de problemas psicológicos en la edad adulta, especialmente consistente en depresión y baja autoestima, independientemente de la definición de abuso y de la muestra de estudio utilizadas, fecha de publicación o sexo de los sujetos de estudio.

La revisión realizada por Trickett y McBride-Chang (1995) sobre los estudios publicados desde una perspectiva evolutiva, destaca la presencia de problemas internalizantes y externalizantes en víctimas adultas, relacionados con síntomas depresivos y ansiosos (especialmente en mujeres) y conductas antisociales y agresivas (tanto en hombres como en mujeres). Los estudios revisados también indican la frecuente presencia de abuso de sustancias en estas víctimas, independientemente del sexo, y de problemas de parentalidad en la relación con los hijos en víctimas de sexo femenino.

Recientemente, Rumstein-McKean y Hunsley (2001), y DiLillo (2001), han revisado los problemas interpersonales y de relación familiar que presentan las mujeres víctimas de abuso sexual infantil.

Rumstein-McKean y Hunsley (2001), revisando los estudios publicados entre 1978 y 1999, confirman la presencia de frecuentes problemas de relación social y familiar, así como de funcionamiento sexual en víctimas de abuso sexual infantil, tanto con muestras comunitarias como con muestras clínicas.

DiLillo (2001), por su parte, en su revisión de los estudios publicados entre 1978 y 1999, constata que el abuso sexual infantil es un importante factor de riesgo para el funcionamiento social y familiar de las víctimas y destaca la existencia en éstas de una menor competencia social, una pobre comunicación y confianza interpersonales, una mayor insatisfacción con las relaciones de pareja, importantes dificultades de vinculación con los hijos, así como problemas de tipo sexual. A su vez, los estudios revisados confirman el riesgo de revictimización física y/o sexual que presentan las víctimas de abuso sexual infantil.

Recientemente, Putnam (2003) en su revisión de los estudios publicados durante la última década sobre consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil destaca la gran variedad de



condiciones psiquiátricas que se han asociado de forma consistente con la experiencia de abuso, como los trastornos depresivos, el trastorno límite de la personalidad, el trastorno de somatización, los trastornos relacionados con sustancias, el trastorno por estrés postraumático, los trastornos disociativos y la bulimia nerviosa. A parte de estos trastornos, los estudios también han constatado problemas relacionados con la sexualidad, como las conductas sexuales promiscuas, la prostitución y los arrestos por delitos sexuales, o los embarazos a edades tempranas. Otra de las áreas de funcionamiento revisadas, y más recientemente estudiada, es la referida a las secuelas neurobiológicas del abuso sexual infantil, destacando la disregulación del sistema hipotalámico-hipofisario-adrenal, así como del sistema nervioso simpático, y, probablemente, del sistema inmunológico, en víctimas de abuso sexual infantil.

Otras revisiones siguen destacando el frecuente diagnóstico de trastornos psicopatológicos, así como las dificultades, tanto a corto como a largo plazo, a nivel de funcionamiento físico, conductual, emocional, social y sexual, en víctimas de abuso sexual infantil (Cole y Putnam, 1992; Taylor, 1999; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Sosa y Capafons, 1996; Walker, 2002).

5.5. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL EN VÍCTIMAS CON DISMINUCIONES PSÍQUICAS Y/O FÍSICAS

La reciente revisión de Sequeira y Hollins (2003) sobre consecuencias psicológicas en víctimas de abuso sexual infantil con disminuciones psíquicas y/o físicas constata la, ya comentada en apartados anteriores, escasez de estos estudios. Los autores revisaron los 25 estudios publicados sobre este tema desde 1974 a 2001. La mayoría de estos estudios confirman la similitud en las consecuencias psicológicas presentadas por víctimas de abuso sexual infantil con disminuciones y aquellas sin disminuciones, destacando la presencia de conductas sexualizadas, baja autoestima, depresión, trastorno por estrés postraumático, síntomas disociativos y abuso de sustancias, entre otros.

5.6. DIFERENCIAS ÉTNICAS EN LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Algunos autores han estudiado la posible existencia de diferencias étnicas en los efectos psicológicos del abuso sexual infantil.

En 1995 Mennen estudió estas posibles diferencias en cinco grupos de jóvenes (norteamericanas anglosajonas, latinas, afroamericanas, asiáticas y un pequeño grupo que incluía otras étnias). El autor no encontró diferencias significativas en las consecuencias del abuso sexual según el grupo étnico estudiado, si bien existía una tendencia en las chicas latinas que habían sufrido penetración vaginal a presentar más sintomatología depresiva,



ansiedad y baja autoestima. Mennen (1995) relaciona este resultado con la importancia que se otorga a la virginidad en grupos culturales latinos, debiéndose tener en cuenta a nivel de intervención y tratamiento.

Si bien el estudio de Mennen (1995) ha sido criticado debido a que los diversos grupos de la muestra de estudio, aunque de origen étnico diverso, residían en Estados Unidos, unos años más tarde Tsun-Yin, Echo y Luo (1998), estudiaron la existencia de posibles diferencias en la vivencia del abuso sexual infantil en víctimas chinas residentes en Taiwan y los resultados obtenidos en otros estudios con víctimas norteamericanas residentes en Estados Unidos. Los autores no encontraron diferencias significativas en las consecuencias psicológicas del abuso sexual entre étnias, si bien parece existir una mayor incidencia de problemas sexuales en víctimas chinas, debido a la importancia que recibe la virginidad en esa cultura.

Unos años más tarde, Shaw, Lewis, Loeb, Rosado y Rodríguez (2001) estudiaron los posibles efectos diferenciales del abuso sexual infantil en jóvenes norteamericanas anglosajonas, afroamericanas e hispanas. Estos autores encontraron que las víctimas hispanas de abuso sexual infantil presentaban más problemas emocionales y conductuales, si bien también encontraron que los agresores solían ser con mayor frecuencia las figuras paternas, así como que el abuso sexual solía producirse de forma más frecuente que en víctimas afroamericanas.

De forma similar a Mennen (1995), los autores consideran que la importancia del valor de la virginidad en la cultura hispana puede estar influyendo en la mayor presencia de problemas emocionales y conductuales en estas víctimas. Sin embargo, las diferentes experiencias de abuso experimentadas por chicas hispanas y afroamericanas, y las características propias de las familias de las víctimas, según los autores podían estar influyendo en mayor medida que las diferencias étnicas.

Recientemente, Back y colaboradores (2003), compararon la sintomatología psicológica presente en víctimas de abuso sexual infantil norteamericanas y residentes en Singapur. Los autores obtuvieron que, pese a que las víctimas norteamericanas relataban experiencias de abuso más severas (incluyendo la penetración), las víctimas residentes en Singapur presentaban un mayor malestar psicológico general. Los autores atribuyen estos resultados a posibles diferencias culturales, si bien sugieren que también pueden deberse a los limitados recursos de salud mental a los que estas víctimas tienen acceso, así como a la poca frecuencia de uso de estos servicios en Singapur.

Estudios realizados con adultos en muestras suizas (Edgardh y Ormstad, 2000; Tschumper et al., 1998) noruegas (Bendixen et al., 1994), españolas (López, 1994), salvadoreñas (Barthauer y Leventhal, 1999), sudafricanas (Collings, 1997) e indias americanas (Robin et al., 1997a), confirman la similitud de las consecuencias del abuso sexual infantil en diferentes grupos étnicos.



5.7. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

La mayoría de estudios no ha obtenido diferencias significativas en el tipo de síntomas presentados por víctimas de sexo masculino o femenino, ni en la infancia y la adolescencia, ni en la edad adulta, (Briere y Elliot, 1994; Finkelhor et al., 1990; Gold Elhai, Lucenko, Swingle, y Hughes, 1998; Levesque, 1994); sin embargo, algunos autores (Ackerman, Newton, McPherson, Jones y Dykman, 1998; Chandy, Blum y Resnick, 1996; Fontanella, Harrington y Zuravin, 2000) han detectado diferencias relacionadas con el tipo de sintomatología presentada, con más problemas de tipo externalizante en varones y de tipo internalizante en mujeres (para una revisión de este tema véase Romano y De Luca, 2001), si bien estos resultados no se han obtenido en otros estudios.

Rind y colaboradores (1998), en su metaanálisis sobre estudios con víctimas de abuso sexual infantil en muestras universitarias, obtienen resultados similares. Los autores indican que las mujeres presentan problemas psicológicos más graves que los hombres y relacionan estos resultados con diversas posibles explicaciones entre las que destaca la reacción negativa que las mujeres parecen manifestar ante su primera experiencia sexual (con sentimientos de miedo, culpa, sentirse usada) al ser comparadas con las manifestadas por los varones (excitación, felicidad, madurez).

Sin embargo, autores como Mendelsohn y Sewell (2004) constatan que el rechazo social observado ante la revelación de un acontecimiento traumático como el abuso sexual por parte de víctimas de sexo masculino, puede provocar una mayor reticencia en estas víctimas a mostrar síntomas de malestar psicológico y, por tanto, parecer que este tipo de acontecimientos les afecta en menor medida.

Boudewyn y Liem (1995), en su estudio sobre depresión y conductas autodestructivas, observaron que las víctimas de sexo femenino presentaban una mayor frecuencia de conductas autolesivas, si bien los autores consideran que las formas de expresar el malestar causado por la experiencia de abuso son muy similares en víctimas de ambos sexos.

Peters y Range (1995), por su parte, encontraron que víctimas de sexo femenino y masculino no diferían significativamente en la frecuencia de ideación y conducta suicida; sin embargo, las víctimas de sexo femenino presentaban mayores creencias de supervivencia y afrontamiento al intento de suicidio, así como un mayor temor al suicidio consumado que las víctimas de sexo masculino.

La relación entre la experiencia de abuso sexual y la ideación y conducta suicida en adolescentes también ha sido estudiada en el trabajo recientemente presentado por Martin, Bergen, Richardson, Roeger y Allison (2004). Según estos autores existe una estrecha relación entre abuso sexual

infantil y el desarrollo de ideas y conductas suicidas, especialmente importante en víctimas de sexo masculino. En víctimas de sexo femenino la relación entre abuso sexual y suicidio parece estar mediada por variables como la presencia de síntomas depresivos, sentimientos de desesperanza y disfunción familiar. Sin embargo, en víctimas de sexo masculino la relación es directa y mucho más fuerte, confirmando que los efectos del abuso sexual infantil no son menos graves en estas víctimas, debiéndose incluir siempre en programas de tratamiento.

Garnefski y Diekstra (1997) y Garnefski y Arends (1998) observaron, en un extenso grupo de jóvenes adolescentes, que tanto varones como mujeres víctimas de abuso sexual manifestaban de forma similar un mayor grado de problemas emocionales, problemas conductuales (especialmente conductas agresivas, delictivas y abuso de sustancias) e ideas e intentos suicidas, al compararlos con un grupo de jóvenes no víctimas. Sin embargo, la relación entre la experiencia del abuso sexual infantil y los problemas manifestados era mucho más fuerte en el grupo de varones que en el de mujeres. Las víctimas de sexo masculino presentaban más problemas de conducta, así como una mayor frecuencia de ideación y conducta suicida. Los autores relacionan este resultado con la mayor frecuencia de violencia y agresiones físicas en el abuso sexual sufrido por los varones, así como por la existencia de un mayor porcentaje de agresores del mismo sexo en este grupo.

5.8. CRÍTICAS A LOS ESTUDIOS SOBRE CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Las diversas revisiones realizadas sobre las consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil constatan la dificultad que implica el estudio de este tema, así como los múltiples problemas que estos estudios suelen presentar y que han provocado que los resultados obtenidos por muchos de ellos deban ser interpretados con precaución (Beitchman et al., 1991; Briere, 1992; Browne y Finkelhor, 1986; Kendall-Tackett et al., 1993).

En primer lugar, los autores destacan los problemas existentes para conseguir una amplia muestra de víctimas, especialmente en estudios con menores de edad, que provocan, en muchos casos, que el tamaño muestral no sea suficiente para poder extraer conclusiones robustas y definitivas sobre las consecuencias psicológicas a corto plazo del abuso sexual infantil (Briere, 1992; Briere y Elliott, 1993; Trickett y McBride-Chang, 1995).

La ausencia de grupos de control adecuados en muchos estudios, e incluso la ausencia total de grupos control, es otro de los problemas más graves destacados por los autores (Beitchman et al., 1991; Briere, 1992; Browne y Finkelhor, 1986). Cabe añadir un problema intrínseco al estudio de este tema y es la posible inclusión de víctimas de abuso sexual no detectadas en los grupos control y que pueden provocar la minimización de las diferencias entre los grupos y, por tanto, de las consecuencias iniciales del abuso sexual infantil (Briere, 1992; Kinard, 1994).



Por otro lado, la frecuente inclusión de víctimas que han experimentado múltiples tipos de maltrato además del abuso sexual, es un importante sesgo en la obtención de resultados, ya que agrava las consecuencias psicológicas del abuso sexual y no permite establecer una sintomatología diferenciada y específica para estas víctimas (Briere, 1992; Higgins y McCabe, 2000). Autores como Mullen, Martin, Anderson, Romans y Herbison (1996), sin embargo defienden que cualquier tipo de maltrato produce una disrupción general y no específica en el desarrollo del menor, en contra de la hipótesis que considera que cada tipo de maltrato presenta unas secuelas propias. Los autores, no obstante confirman en su estudio que la experiencia de múltiples tipologías de malos tratos agrava de forma significativa las consecuencias psicológicas, debiéndose diferenciar entre víctimas de abuso sexual infantil y aquellas víctimas que han experimentado abuso junto con otros malos tratos. Walker y colaboradores (1999), por su parte confirman la gravedad de la experiencia de múltiples tipologías de maltrato en relación con la aparición de síntomas físicos, como un peor estado de salud general en las víctimas de maltratos múltiples.

Centrándose en la conducta suicida, otros autores, sin embargo, no han obtenido un mayor riesgo en víctimas de múltiples tipologías de malos tratos (Bryant y Range, 1997).

Otra dificultad implícita en este tema, y ya comentada en capítulos anteriores, es la definición de abuso sexual infantil que se haya seleccionado para el estudio y que determinará el tipo de muestra seleccionada y, por tanto, las consecuencias psicológicas que puedan evaluarse, así como los instrumentos de evaluación utilizados (Briere, 1992). Por otro lado, es importante tener en cuenta la fuente de la que se obtiene la muestra de estudio ya que, en muchos casos, las muestras provienen de servicios psiquiátricos o agencias de protección infantil, que suelen incluir los casos más graves, sobrestimando la severidad de los síntomas del abuso sexual infantil. Browne y Finkelhor (1986) proponen la utilización de muestras provenientes de la población general (escuelas, centros de actividades infantiles, etc.), si bien constatan la dificultad que la aplicación de esta propuesta implica, especialmente en las víctimas más jóvenes.

Respecto a las características de la muestra, es importante señalar que la mayoría de estudios se centran en la evaluación de víctimas de sexo femenino, si bien algunos estudios utilizan grupos de ambos sexos, no realizando, en muchos casos, comparaciones de género, e imposibilitando la clarificación de los síntomas que puedan presentar las víctimas de abuso sexual de sexo masculino (Browne y Finkelhor, 1986).

También ha sido criticado el uso de muestras pertenecientes a poblaciones clínicas en estudios transversales de prevalencia, puesto que estos individuos podrían justificar su situación de malestar psicológico actual en base a una pasada experiencia de abuso, produciéndose un falso incremento de la sintomatología presente en estas víctimas (Pope y Hudson, 1995b). Sin embargo, y como se comentaba en el capítulo introductorio sobre epidemiología, los escasos trabajos publicados que han analizado este posible sesgo no confirman su existencia (Edwards et al., 2001; Lakey y Heller, 1985).



Una de las críticas a destacar es la realizada a los estudios sobre consecuencias psicológicas con muestras de estudiantes universitarios. Según Rind y colaboradores (1998) al comparar el nivel de sintomatología de las víctimas de abuso sexual de este tipo de estudios con los resultados pertenecientes a víctimas de población general, su malestar psicológico parece ser muy inferior y menos perdurable. Sin embargo, los autores defienden la utilización de este tipo de muestras puesto que las diferencias encontradas, si bien deben tenerse en cuenta, no llegan a ser significativas y es una de las formas de evitar las distorsiones y los problemas de memoria que pueden presentar los adultos mayores en estudios retrospectivos (Halperin et al., 1996).

En relación con la evaluación psicológica a corto plazo de las víctimas de abuso sexual, la mayoría de estudios utilizan únicamente una fuente de obtención de información (el cuidador no agresor, habitualmente la madre) con el sesgo que, en muchos casos, este método puede llegar a implicar (Kinard, 1998a; McGee, Wolfe, Yuen, Wilson y Carnochan, 1995). Otros autores defienden el grave problema que implica el uso de un único informante en casos de abuso sexual infantil, sin embargo consideran que los cuidadores son aquellos que mejor pueden evaluar el estado de las víctimas, incluso mejor que ellas mismas (Kendall-Tackett et al., 1993).

Finalmente, las revisiones destacan también la falta de control de variables que pueden interferir en el estado de la víctima (como la existencia de problemas familiares) y ser la causa de los síntomas observados, independientemente de la experiencia de abuso sexual infantil (Bromberg y Johnson, 2001; Lakey y Heller, 1985).

Respecto a este problema, la mayoría de autores realizan estudios transversales que impiden demostrar que los síntomas evaluados son consecuencias del abuso sexual y que estos mismos síntomas no existían anteriormente a la experiencia de abuso (Reece, 1998). El uso de análisis estadísticos inadecuados para establecer relaciones causales también ha sido una de las críticas metodológicas más frecuentemente dirigidas a estos estudios (Briere, 1992; Briere y Elliott, 1993).



6. ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS Y TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

6.1. INTRODUCCIÓN

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) es una de las consecuencias psicológicas más frecuente en víctimas de abuso sexual infantil, tanto en la infancia y la adolescencia (Avery, Massat y Lundy, 2000; Kiser, Heston, Millsap y Pruitt, 1991; Wolfe, Sas y Wekerle, 1994) como en la edad adulta (Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk y Mandel, 1997; Rowan, Foy, Rodríguez y Ryan, 1994; Widom, 1999).

Si bien tras la vivencia de una experiencia fuertemente estresante o traumática los individuos han presentado problemas conductuales y emocionales en todas las épocas (véase por ejemplo Rado, 1942), no es hasta 1980 cuando el TEPT se incluye por primera vez, como categoría de diagnóstico específica, en el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), dentro de los denominados trastornos de ansiedad.

El TEPT se caracteriza por la presencia de unos síntomas específicos, que suelen aparecer en los tres primeros meses tras la exposición del individuo a un acontecimiento o situación estresante y extremadamente traumática. El trastorno es considerado una reacción patológica del individuo al trauma (Jones y Barlow, 1990).

En un principio, el suceso precipitante del trastorno se describió como «*un acontecimiento psicológicamente desagradable, que se encuentra fuera del marco normal de la experiencia habitual*» (DSM-III y DSMII-R; American Psychiatric Association, 1980, 1987), clarificándose este concepto en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y conceptualizándose como «*un acontecimiento estresante y extremadamente traumático*». La definición del estresor ha llegado a ser progresivamente más amplia y, de la exigencia de que el suceso debería encontrarse fuera de la experiencia humana habitual, se pasa en la actualidad a incluir sucesos que no necesariamente revisten esta característica de anormalidad y que no tienen porqué haber sido experimentados por el individuo propiamente, pero que deben producir reacciones emocionales intensas (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994). Como destaca Báguena (2001), estas especificaciones han conducido a una ampliación de los estresores y, por tanto, de los colectivos vulnerables a desarrollar sintomatología postraumática.

Los síntomas del TEPT abarcan tres áreas principales:

- la *reexperimentación* persistente del acontecimiento, a través de imágenes y pensamientos intrusivos y recurrentes, flashbacks y alucinaciones, respuestas fisiológicas ante estímulos que recuerdan el acontecimiento, sueños y pesadillas, entre otros.

- la *evitación* conductual y cognitiva de aquellos estímulos asociados al acontecimiento traumático y/o el *embotamiento-paralización* de la reactividad general del individuo.

- así como, la *hiperactivación psicofisiológica*, con dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad y ataques de ira, un estado de alerta constante, respuestas exageradas de sobresalto, entre otros (American Psychiatric Association, 2002) (véase Figura 6.1).



Figura 6.1. Componentes del TEPT

Si bien la tríada de síntomas se mantiene desde la primera descripción del trastorno, en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) se especifica que el sujeto debe haber respondido al acontecimiento traumático con intenso terror, horror o desesperanza. El énfasis en la reacción del individuo y no tanto en el tipo de acontecimiento traumático fue el cambio fundamental introducido por la nueva versión del DSM (Echeburúa, de Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997).

En relación con este aspecto, no todos los individuos presentan TEPT tras la vivencia de una experiencia traumática. Si bien el factor de estrés es necesario para el desarrollo del trastorno, no parece ser suficiente para explicarlo (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994), destacando la reacción del sujeto a la experiencia traumática como una de las variables implicadas en su desarrollo. Como indica el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), el impacto del estresor depende tanto de la objetividad de la experiencia traumática como de la percepción de amenaza o trauma



por parte del individuo. Esta acentuación en la respuesta emocional del individuo al suceso traumático es una de las diferencias principales del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) con la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE-10; World Health Organization, 1992, 1993) que, a semejanza del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) y del DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), pone el énfasis en el suceso traumático, cuya naturaleza resultaría perturbadora para la mayoría de los individuos (Báguena, 2001; Peters, Slade y Andrews, 1999).

Por otro lado, en la última década se ha propuesto la existencia de un posible diagnóstico del *TEPT parcial*, referido a aquellos casos que presentan el mínimo número de síntomas requeridos para el criterio de reexperimentación y cumplen el criterio de evitación o el de hiperactivación propuestos por el DSM para el diagnóstico del TEPT (Schützwohl y Maercker, 1999; Stein, Walker, Hazen y Forde, 1997). La inclusión de este diagnóstico permite el reconocimiento de un conjunto de individuos que, tras la experiencia de un acontecimiento traumático presentan una cierta sintomatología postraumática, si bien no llegan a cumplir todos los criterios para ser diagnosticados de TEPT (Báguena, 2001).

Como se observa en la Figura 6.1 y como ilustran diversos estudios epidemiológicos (Breslau, Davis, Andreski y Peterson, 1991; Davidson, Hughes, Blazer y George, 1991; Helzer, Robins y McEvoy, 1987; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson, 1995), en los individuos con TEPT destaca la elevada frecuencia de otros trastornos psiquiátricos, entre los que aparecen el abuso del alcohol y otras sustancias tóxicas, trastornos de ansiedad como el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico y las fobias, y trastornos del estado de ánimo, como la depresión.

Si bien el tipo de muestra utilizado y los instrumentos aplicados dificultan las comparaciones entre estudios, la comorbilidad del TEPT con distintos trastornos del eje I, especialmente con la depresión mayor y el trastorno de ansiedad generalizada, es más una norma establecida que una excepción (Hubbard, Realmuto, Northwood y Masten, 1995).

Por otro lado, algunos estudios también indican la relación existente entre el TEPT y la experiencia de diversos acontecimientos traumáticos a lo largo de la vida de la víctima o lo que ha venido llamándose *revictimización*, cuando se compara a estos individuos con otros sin trastorno (Davidson et al., 1991; Helzer et al., 1987). Esta comorbilidad y victimización múltiple provoca que el tratamiento del trastorno sea difícil y que requiera de una especial sensibilidad clínica así como de una intervención multimodal (Foa, Keane y Friedman, 2000).

6.2. ETIOLOGÍA

Si bien el TEPT es la única categoría diagnóstica que incluye una variable etiológica entre sus criterios, «*la exposición del individuo a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático*» (American Psychiatric Association, 1994), el origen de este trastorno sigue sin establecerse.



Existen diversos modelos etiológicos que hipotetizan las causas del desarrollo del TEPT, siendo gran parte de ellos compatibles entre sí. La finalidad principal de estos modelos es explicar la ausencia de síntomas en determinados individuos expuestos a condiciones traumáticas similares, destacando entre ellos:

- los *modelos biológicos*, centrados en los cambios neuroquímicos tras la experiencia traumática y en las estructuras funcionales implicadas en estas experiencias. Destacan los ya comentados en el capítulo referido a las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil y relacionados con el sistema hipotalámico-hipofisario-adrenal (Bremner, Licinio, Darnell, Krystal, Owens, Southwick et al., 1997). Para una revisión de estos modelos véanse Brewin (2001), Charney, Deutch, Krystal, Southwick y Davis, (1993), Hageman, Andersen y Jorgensen (2001), Newport y Nemeroff (2000).

- y los *modelos psicológicos*, basados en las teorías del condicionamiento, del procesamiento de la información y cognitivo sociales, entre otras (véanse las revisiones de Brewin y Holmes, 2003; Buckley, Blanchard y Neill, 2000; Jones y Barlow, 1990). Entre ellos, destacan por su aceptación y actualidad, la teoría del procesamiento emocional de Foa y Rothbaum (1998), basada en la teoría inicial de Foa, Steketee y Rothbaum (1989); la teoría de la representación dual del acontecimiento traumático de Brewin, Dalgleish y Joseph (1996); y el modelo cognitivo de Ehlers y Clark (2000).

Estos modelos intentan explicar el desarrollo y posterior mantenimiento de los síntomas de estrés postraumático por la presencia de determinadas variables y distorsiones cognitivas en las víctimas. Entre las variables implicadas en el desarrollo y mantenimiento de la sintomatología postraumática cabe considerar el uso de estrategias disociativas durante el acontecimiento traumático que impiden un adecuado procesamiento del acontecimiento y, posteriormente, un inadecuado recuerdo del mismo, dando lugar a una percepción de amenaza constante (Brewin et al., 1996); una evaluación excesivamente negativa del trauma y de sus consecuencias; una valoración negativa de las emociones y los síntomas experimentados durante y tras el acontecimiento; la percepción de escaso o nulo apoyo social (Dunmore, Clark y Ehlers, 1999); así como la insensibilidad emocional o *emotional numbing* tras el acontecimiento, caracterizada por una pérdida de interés en las actividades que anteriormente atraían al individuo, un marcado aislamiento social y alejamiento de los demás y una importante restricción de la afectividad (Feeny, Zoellner, Fitzgibbons y Foa, 2000).

Uno de los modelos psicológicos del TEPT aplicado a víctimas de abuso sexual infantil ha sido el modelo cognitivo conductual de Joseph, Williams y Yule (1995).

El modelo incluye tres componentes principales:

- variables moderadoras, tales como estímulos relacionados con el acontecimiento, referidos a



características como la duración, la frecuencia o el tipo de abuso sexual; la personalidad de la víctima, destacando la importancia del neuroticismo como factor de vulnerabilidad ante el estrés; y el apoyo social, incluyéndose la disponibilidad de éste tras la experiencia traumática y las reacciones de los demás tras el conocimiento del trauma.

- variables mediadoras, que incluyen la valoración del acontecimiento, destacando como factor de riesgo la atribución del acontecimiento a una causa interna que conduzca al desarrollo de sentimientos de culpa; y las estrategias de afrontamiento de la víctima.

- variables sintomáticas o variables resultado, entre las que destacan las cogniciones del evento, como sueños recurrentes y *flashbacks*, equiparables a los síntomas intrusivos identificados en el TEPT; y estados emocionales, frecuentemente referidos como las consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil: depresión, ansiedad, etc.

Barker-Collo, Melnyk y McDonald-Miszczak (2000) presentan una versión modificada del modelo de Joseph y colaboradores (1995) aplicable a víctimas de abuso sexual infantil. Los autores confirman la idoneidad del modelo para explicar la sintomatología presente en estas víctimas y destacan la violencia del acto y la frecuencia del abuso sexual infantil (estímulos relacionados con el acontecimiento) como las variables más relacionadas con su desarrollo (véase Figura 6.2). La personalidad del individuo y la valoración del acontecimiento que realice la víctima son otras variables que median de forma muy significativa entre la experiencia de abuso y el desarrollo de psicopatología, siendo menor la influencia del apoyo social y las cogniciones del evento.

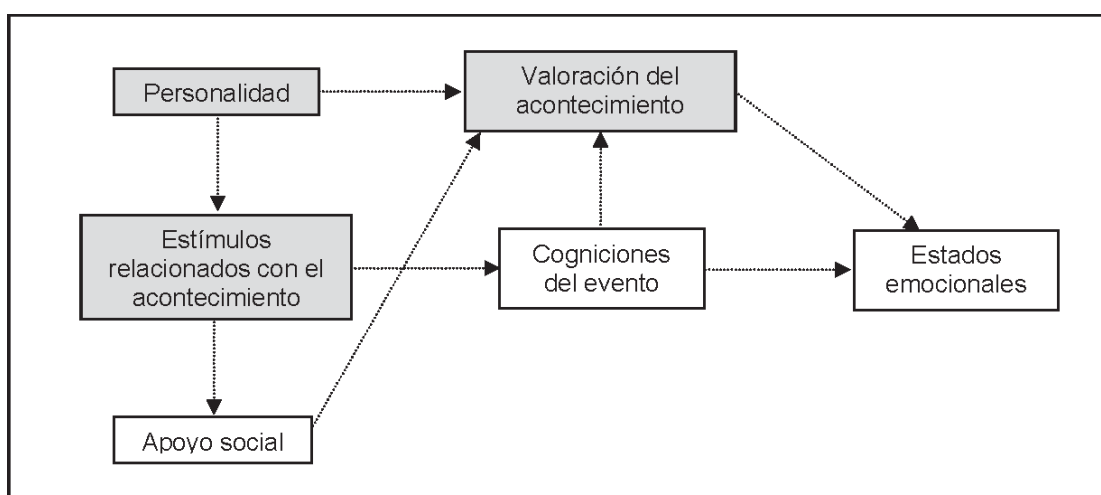


Figura 6.2. Versión modificada del modelo cognitivo conductual de Joseph y colaboradores (1995) aplicado a víctimas de abuso sexual infantil

6.3. EPIDEMIOLOGÍA

La presencia de TEPT en víctimas de países y acontecimientos traumáticos diversos ha sido publicada en múltiples estudios.

Uno de los primeros estudios sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos tras la vivencia de acontecimientos traumáticos es el de Shore, Tatum y Vollmer (1986), quienes observaron la elevada presencia de sintomatología postraumática en las comunidades más cercanas a la erupción del volcán Santa Helena en 1980, al compararlas con otras comunidades control. Los autores, en este trabajo, no obstante, engloban esta sintomatología bajo el nombre de *trastornos psiquiátricos relacionados con el desastre*, incluyendo ansiedad, depresión y los síntomas propios del actual TEPT.

Otros estudios frecuentemente publicados son los referidos a accidentes de tráfico (Ehlers, Mayou y Bryant, 1998; Taylor y Koch, 1995); desastres naturales (Basoglu, Kiliç, Salcioglu y Livanou, 2004; Goenjian, Steinberg, Najarian, Fairbanks, Tashjian y Pynoos, 2000; Tobin y Ollenburger, 1996); atentados terroristas (Baca, Cabanas y Baca-García, 2002), destacando los atentados del 11 de septiembre de 2001 en Estados Unidos (DeLisi, Maurizio, Yost, Papparozi, Fulchino, Katz, et al., 2003; Galea, Ahern, Resnick, Kilpatrick, Bucuvalas, Gold et al., 2002; Marshall y Galea, 2004; Silver, Holman, McIntosh, Poulin y Gil-Rivas, 2002; Stein, Elliott, Jaycox, Collins, Berry, Klein y Schuster, 2004) y del 11 de marzo en España (Muñoz, Vázquez, Crespo, Pérez-Santos, Panadero, Guillén et al., 2004); soldados en misión de paz (Michel, Lundin y Larsson, 2003); pertenecer al cuerpo policial (Gilaberte y Baca, 2000); exposición a violencia familiar y comunitaria (Margolin y Gordis, 2000); acoso sexual (McDermut, Haaga y Kirk, 2000; Walker, 2002; Welsh, 1999); violación y agresión sexual (Dancu, Riggs, Hearst-Ikeda, Shoyer y Foa, 1996; Layman, Gidycz y Lynn, 1996; Walker, 2002); violencia doméstica (Golding, 1999; Kubany y Watson, 2002; McCall y Resick, 2003) y otros delitos violentos (Brewin, Andrews, Rose y Kirk, 1999; Echeburúa, de Corral y Amor, 2002), así como, especialmente los referidos a los soldados veteranos de la guerra del Vietnam (Kubany, Gino, Denny y Torigoe, 1994; por Schnurr, Lunney y Sengupta, 2004), entre otros.

6.3.1. Población general

La prevalencia de TEPT en población general ha sido escasamente establecida y los trabajos al respecto se centran, de forma mayoritaria, en población estadounidense (American Psychiatric Association, 2002). Excepciones a esta afirmación son los estudios de Stein, Walker y colaboradores (1997), en Canadá y Flett, Kazantzis, Long, MacDonald y Millar (2002) en Nueva Zelanda. Sin embargo, los diversos estudios publicados con poblaciones víctimas de acontecimientos traumáticos demuestran que el TEPT se encuentra presente en todas las sociedades y contextos culturales (McCall y Resick, 2003), siendo necesarios estudios con resultados obtenidos de la población general que permitan comparar la prevalencia entre distintos países.



6.3.1.1. Estudios con población adulta

6.3.1.1.1. Estados Unidos

Uno de los primeros estudios publicados sobre sintomatología postraumática en población general estadounidense es el de Helzer y colaboradores (1987). Los autores mostraron en su estudio una prevalencia de 1% en población general, 3,5% en individuos expuestos a agresiones físicas y veteranos del Vietnam no heridos en combate y 20% en veteranos del Vietnam heridos en combate a lo largo de toda su vida. Los autores concluyen que el TEPT es una patología poco común en población general, excepto para aquellos pocos individuos que han experimentado algún acontecimiento traumático.

Años más tarde, Davidson y colaboradores (1991) obtuvieron una cifra similar, con un 1,3% de prevalencia del trastorno en población general, si bien en un 6,6% más de los casos se apreciaban síntomas significativos de trastorno sin llegar a los criterios requeridos para su diagnóstico.

Los autores también observaron la relación entre este trastorno y la presencia de dificultades en la infancia (como son problemas de conducta, malos tratos, separación parental y existencia de trastornos psiquiátricos en los familiares cercanos) que actuarían como variables de riesgo para su desarrollo.

Otros estudios, no obstante, indican que la vivencia de acontecimientos traumáticos y la presencia de sintomatología postraumática son más prevalentes en población general que lo inicialmente sugerido (Breslau et al., 1991).

Breslau y colaboradores obtuvieron que un 39,1% de la población había experimentado algún acontecimiento traumático a lo largo de su vida. La mayoría de sujetos (67,3%) había vivido un único acontecimiento que pudiera definirse como traumático y eran los hombres aquellos que manifestaban haber estado expuestos a este tipo de acontecimientos con mayor frecuencia. Entre las variables que aumentaban el riesgo de experimentar un acontecimiento traumático, los autores obtuvieron la presencia de problemas de conducta y trastornos psiquiátricos anteriores, pertenecer a un nivel educativo bajo, tener personalidad extravertida y la existencia de trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias en la familia de origen. Respecto al tipo de acontecimientos más frecuentes destacaron ser herido en un accidente grave, ser atacado físicamente, ver a alguien gravemente herido o muerto y la muerte inesperada de un ser querido. Tanto varones como mujeres presentaron el mismo tipo de acontecimientos excepto en el caso de la violación en la edad adulta, que fue únicamente explicitada por las mujeres de la muestra. De entre los sujetos expuestos a algún acontecimiento traumático, un 23,6% presentaba TEPT, estableciéndose una prevalencia en población general del 9,2%. La violación fue el tipo de acontecimiento que más se relacionaba con el desarrollo de sintomatología postraumática (un 80% de los casos que manifestaron haber vivido ese acontecimiento). En referencia a las variables de riesgo para el desarrollo de TEPT, los autores subrayaron el pertenecer al sexo femenino, la separación temprana

de los padres y la inestabilidad familiar, la presencia de trastornos de ansiedad anteriores al acontecimiento traumático y la existencia de trastornos de ansiedad en la familia de origen. Los autores concluyen que el TEPT no se encuentra distribuido azarosamente en la población, sino que algunos individuos presentan un mayor riesgo que otros. Por otro lado, no todos los individuos presentan las mismas probabilidades de exposición a un acontecimiento traumático, sino que ciertas variables pueden aumentar la vulnerabilidad del individuo a vivir acontecimientos de este tipo.

De forma similar Kessler y colaboradores (1995), dentro del *National Comorbidity Survey*, concluyen que un 7,8% de la población estadounidense habría sufrido TEPT en algún momento de su vida y constatan la mayor frecuencia de este trastorno en mujeres, al compararlas con varones (10,4% vs. 5,0%). Respecto a la presencia de acontecimientos traumáticos, un 60,7% de los hombres y un 51,2% de las mujeres manifestaron haber experimentado alguno de esos acontecimientos, entre los que destacan por su frecuencia: ver a una persona muerta o gravemente herida, haber sufrido un desastre natural y haber sufrido un accidente que implicara una amenaza para la propia vida. Significativamente los hombres presentaron una mayor frecuencia de agresiones físicas, exposición en combate y amenazas con un arma. De estos acontecimientos, los más relacionados con TEPT fueron la exposición en combate y ver a alguien muerto o gravemente herido. Las mujeres, por su parte, presentaron una mayor frecuencia de violaciones en la edad adulta y abuso sexual infantil que, a su vez, fueron los acontecimientos más relacionados con la presencia de TEPT en este sexo.

Unos años más tarde, Breslau, Kessler, Chilcoat, Schultz, Davis y Andreski (1998) siguen indicando la elevada frecuencia de acontecimientos traumáticos en población general, así como su relación con el desarrollo de TEPT. Los autores obtienen que un 89,6% de la población estadounidense ha sufrido algún acontecimiento traumático a lo largo de su vida, siendo la muerte inesperada de un amigo o ser querido el acontecimiento más prevalente (60% de la muestra). Los acontecimientos traumáticos más frecuentes en mujeres fueron la violación y cualquier otro tipo de agresión o abuso sexual. Los varones, por su parte, presentaron una mayor frecuencia de acontecimientos tales como ser amenazado con un arma, sufrir una agresión física y ser disparado o apuñalado. La media de acontecimientos experimentados fue de 4,8, con una mayor presencia de este tipo de acontecimientos en hombres que en mujeres (5,3 vs. 4,3 respectivamente). La probabilidad condicional de sufrir TEPT tras la experiencia traumática se situó en un 9,2% (13% en mujeres y 6,2% en varones). Incluso tras el control de posibles factores sociodemográficos influyentes en los resultados, fueron las mujeres aquellas que presentaron un mayor riesgo de TEPT. Cabe añadir que el TEPT se prolongó durante más tiempo de forma significativa en mujeres, con una media de 48,1 meses (12,0 meses en varones).



6.3.1.1.2. Otras étnias

Robin, Chester, Rasmussen, Jaranson y Goldman (1997b) analizaron la prevalencia de acontecimientos traumáticos y sintomatología postraumática en una tribu de indios americanos. Los autores observaron que un 81,4% de los individuos habían estado expuestos a algún tipo de acontecimiento traumático, siendo los más frecuentes los accidentes de tráfico, y la existencia de enfermedades, heridas graves o la muerte inesperada de un ser querido. Haber estado expuesto a combate, ser testigo de actos violentos y haber sufrido un accidente de tráfico fueron los acontecimientos más traumáticos experimentados por los varones. En el caso de las mujeres, ser víctima de una agresión (física o sexual), ser testigo de actos violentos, así como la existencia de enfermedades, heridas graves o la muerte inesperada de un ser querido fueron aquellos acontecimientos más traumáticos. Aproximadamente uno de cada cuatro individuos expuestos a un acontecimiento traumático (un 26,9%) presentaron un diagnóstico de TEPT a lo largo de su vida, un 21,9% del total de la muestra. El riesgo de trastorno se relacionaba en mujeres con la experiencia de agresiones físicas o sexuales, y en varones con la exposición en combate y con haber vivido más de 10 acontecimientos traumáticos. Los autores defienden que el elevado porcentaje de sintomatología postraumática presente en la muestra, al compararlo con la prevalencia obtenida en población general estadounidense, puede relacionarse con la elevada frecuencia de acontecimientos traumáticos en esta comunidad, más que con una vulnerabilidad específica al trastorno.

En Canadá, Stein, Walker y colaboradores (1997), obtuvieron que un 74,2% de las mujeres y un 81,3% de los varones habían experimentado algún acontecimiento que podría incluirse dentro de los denominados traumáticos a lo largo de su vida, si bien la prevalencia de TEPT, referido a la presencia de síntomas en el último mes, era de un 2,7% en las mujeres y un 1,2% en los varones. Los autores, no obstante, refuerzan la existencia de un TEPT parcial en el que el individuo no llegaría a presentar todos los síntomas requeridos por el DSM para su diagnóstico pero sí una frecuencia más elevada de síntomas que los grupos control, presentando esta forma parcial del trastorno un 3,4% de las mujeres y un 0,3% de los varones de su muestra de estudio. Los acontecimientos traumáticos más frecuentes, tanto en varones como en mujeres, fueron la muerte inesperada y violenta de un ser querido, así como haber sido víctima de una agresión física. Sin embargo, el estudio indicó diferencias respecto al sexo con una mayor frecuencia de violaciones y abuso sexual antes de los 18 años en mujeres y haber visto a alguien muerto o gravemente herido, haber sufrido un accidente de tráfico grave y ser amenazado con un arma en hombres. La experiencia de acontecimientos traumáticos múltiples (dos o más) se produjo en un 45,8% de las mujeres y un 55,4% de los varones.

Flett y colaboradores (2002) encontraron que un 51% de los neozelandeses descendientes de anglosajones y maories encuestados habían estado expuestos a algún tipo de acontecimiento traumático en el pasado y un 9% en los últimos 12 meses. Los autores categorizaron los

acontecimientos en *crímenes* (violación, atraco con violencia, agresiones físicas, entre otros), *desastres naturales* y *accidentes* (de tráfico u otros tipos), observando que las mujeres presentaban con mayor frecuencia acontecimientos relacionados con crímenes y accidentes que los hombres. Los autores, en este estudio, no analizaron la presencia de sintomatología postraumática en las víctimas de acontecimientos traumáticos sino su salud física, obteniendo una relación entre la exposición a estos acontecimientos y una mayor presencia de síntomas de enfermedad. Cabe añadir que la submuestra étnica de maories presentaba significativamente un mayor riesgo de sintomatología tras la exposición de acontecimientos traumáticos, en línea con otros estudios que han obtenido un mayor impacto de este tipo de acontecimientos en minorías étnicas (véase apartado 6.5).

6.3.1.2. Estudios con población infantil y adolescente

Si los estudios sobre prevalencia de acontecimientos traumáticos y TEPT son escasos en población adulta, aún lo son más en población infantil y adolescente (Montt y Hermosilla, 2001). Estudios como la revisión realizada por Angold y Costello (1995) constatan la elevada prevalencia de experiencias traumáticas y trastornos de ansiedad en niños y jóvenes, así como su olvido por parte de la comunidad científica durante largos años. De este modo, los estudios realizados sobre prevalencia de acontecimientos traumáticos en infancia y adolescencia se han centrado, de forma predominante, en determinados colectivos como aquellas poblaciones víctimas de malos tratos y abuso sexual infantil (Leventhal, 1998).

Una excepción a esta línea general es el estudio de Jones, Dauphinais, Sack y Somervell (1997) realizado con una muestra de jóvenes indios estadounidenses. Basándose en sus respuestas a una entrevista estructurada, los autores obtuvieron que un 61% de los adolescentes había experimentado algún tipo de acontecimiento traumático, siendo los más frecuentes los accidentes de tráfico y la muerte o el suicidio de un ser querido. La mayoría de jóvenes (62%) había experimentado dos o más acontecimientos traumáticos a lo largo de su vida y un 5% de éstos (3% del total de la muestra) presentaban síntomas suficientes para el diagnóstico de TEPT. En este caso, no se encontraron diferencias entre varones y mujeres respecto a la prevalencia de acontecimientos traumáticos o de TEPT, pero sí una relación entre este diagnóstico y la presencia de problemas de conducta y abuso de sustancias.

Otro de los pocos estudios llevado a cabo con muestras adolescentes es el de Cuffe, Addy, Garrison, Waller, Jackson, McKeown y colaboradores (1998). Los autores obtuvieron que un 16,3% de los jóvenes entrevistados habían estado expuestos a al menos un acontecimiento traumático. Cuffe y colaboradores (1998) observaron que las mujeres de la muestra notificaban haber experimentado más acontecimientos traumáticos que los varones, siendo éste un resultado contradictorio con los obtenidos por estudios anteriores quienes no han obtenido diferencias entre



sexos (Jones et al., 1997) o han obtenido una mayor exposición de los varones a este tipo de acontecimientos (Kessler et al., 1995; Breslau et al., 1998). Respecto a la prevalencia de sintomatología postraumática, aproximadamente un 28,8% de las mujeres y un 7,1% de los varones expuestos a acontecimientos traumáticos (3% y 0,4% del total de la muestra, respectivamente) presentaban un diagnóstico de trastorno. Pertenecer al sexo femenino, haber sufrido abuso sexual infantil o una agresión sexual y haber sido testigo de un accidente o urgencia médica se encontraron significativamente relacionados con el desarrollo de sintomatología postraumática.

Años más tarde, Costello, Erkanli, Fairbank y Angold (2002), centrándose en las entrevistas realizadas a niños, niñas y adolescentes pertenecientes a la población general estadounidense establecen que un 14% habría sufrido algún tipo de acontecimiento considerado de elevada magnitud de estrés, un 18% de baja magnitud de estrés y un 11% de ambos tipos. Respecto a los acontecimientos de elevado estrés más frecuentes destacan, para ambos sexos, la muerte de un ser querido, ser testigo de algún acontecimiento de elevado estrés y el abuso sexual infantil. Sin embargo, las mujeres presentaron más frecuentemente agresiones y abusos sexuales y coerción. Los varones, por su parte, notificaron en más ocasiones haber causado heridas graves o la muerte a alguna otra persona. Por otro lado, los acontecimientos de baja magnitud de estrés más frecuentes fueron trasladarse a vivir a otro lugar, cambiar de escuela, terminar una relación sentimental y un descenso drástico en el estatus socioeconómico de la familia. Las mujeres indicaron de forma frecuente el embarazo como acontecimiento de baja magnitud, así como la separación de los padres y el terminar con una amistad o relación de pareja.

De forma similar al estudio de Jones y colaboradores (1997) y como resultado opuesto a los estudios realizados con población general adulta, los autores no observaron diferencias intersexos ni en el número de acontecimientos traumáticos, ni en el número de acontecimientos estresantes experimentados. No obstante, y en línea con los estudios realizados con población adulta, el trabajo de Costello y colaboradores (2002) defiende que la vivencia de determinados acontecimientos estresantes y/o traumáticos no se encuentra distribuida de forma azarosa en la población, sino que algunos individuos presentan más probabilidades de experimentar ese tipo de acontecimientos. Acontecimientos como el abuso sexual y todos aquellos que tienen alguna relación con el grupo de individuos más cercano al niño o niña son más frecuentes en menores cuyos familiares directos sufren algún trastorno psicopatológico y en aquellas niñas que provienen de un hogar desorganizado y caótico y cuyos padres presentan antecedentes policiales. Los autores, sin embargo, constatan que, incluso ante la ausencia de factores de riesgo en el grupo de jóvenes más afortunado, la vivencia de acontecimientos traumáticos en estos jóvenes sigue siendo muy elevada.

6.3.2. Población universitaria

El estudio de Vrana y Lauterbach (1994) con estudiantes universitarios estadounidenses sigue la línea de los realizados con población general.

Los autores observaron que un 84% de los estudiantes había vivido algún acontecimiento traumático, siendo aquellos más frecuentes la muerte inesperada de un ser querido, un accidente (de tráfico u otros), una situación que implicara una amenaza para la vida del individuo y un desastre natural. Los varones presentaban un mayor porcentaje de acontecimientos traumáticos que las mujeres (2,98 vs. 2,52 en chicas), así como experimentaban más acontecimientos traumáticos relacionados con accidentes, situaciones de amenaza vital y actuación en campos de combate. Las mujeres presentaban con mayor frecuencia acontecimientos como la violación o el maltrato por parte de la pareja. Tanto varones como mujeres consideraron, de forma mayoritaria, el abuso sexual infantil, la violación y la muerte de un ser querido como aquellos acontecimientos más traumáticos y causantes de un mayor malestar. El abuso sexual infantil, la experiencia de violación en la edad adulta y el maltrato por parte de la pareja fueron, por otro lado, los acontecimientos más asociados con un elevado nivel de sintomatología postraumática, si bien no se especificaron casos de diagnóstico completo de TEPT. Cabe añadir que los individuos expuestos a acontecimientos traumáticos también presentaban más síntomas de depresión y ansiedad, al compararlos con individuos no expuestos. Los autores concluyen que si bien la muestra de estudio es joven, predominantemente de clase media y con un nivel educativo elevado, no parece encontrarse protegida de la vivencia de acontecimientos traumáticos ni, por tanto, del desarrollo de sintomatología postraumática, según los resultados obtenidos.

Años más tarde, Bernat, Ronfeldt, Calhoun y Arias (1998) obtuvieron unas cifras similares. En su estudio, los autores observaron que un 67% de los estudiantes estadounidenses encuestados habían experimentado algún acontecimiento traumático a lo largo de su vida. El tipo de acontecimiento traumático más frecuente en varones fue haber sufrido heridas físicas graves, accidentes graves (de tráfico u otros), atracos con y sin arma y ver a alguien gravemente herido o muerto. En mujeres, los acontecimientos más frecuentes fueron las agresiones sexuales durante la adolescencia y la edad adulta. Un 4% de la muestra total (12% de la muestra con vivencia de acontecimiento traumático) cumplía los criterios diagnósticos de TEPT, al preguntarles por la presencia de sintomatología durante la semana anterior. Los análisis realizados indicaron un mayor riesgo de sintomatología postraumática en estudiantes de sexo femenino y en aquellos que habían experimentado más acontecimientos traumáticos. La percepción de peligro vital durante el acontecimiento traumático y el haber visto a alguien muerto o gravemente también aparecían relacionados con una mayor frecuencia de sintomatología postraumática, así como aquellas reacciones más negativas, la presencia de síntomas físicos (como la hiperventilación) y la disociación durante el acontecimiento.



En un estudio de prevalencia realizado con estudiantes universitarios israelíes, Amir y Sol (1999) obtuvieron que un 67% de éstos había experimentado algún tipo de acontecimiento traumático. El porcentaje de estudiantes de sexo masculino que manifestaron haber experimentado algún tipo de acontecimiento traumático fue mayor que el de estudiantes de sexo femenino, así como fueron éstos los que presentaron más acontecimientos traumáticos múltiples. Respecto al tipo de acontecimiento traumático, los varones presentaron significativamente más acontecimientos relacionados con guerras, la exposición a ataques terroristas durante el servicio militar, la participación en la Intifada y en operaciones militares, accidentes durante el entrenamiento militar y accidentes de tráfico. Las mujeres, por su parte, notificaron más violaciones y agresiones sexuales, que, a su vez, fueron los acontecimientos traumáticos más relacionados con el desarrollo de sintomatología postraumática. De los estudiantes expuestos a acontecimientos traumáticos, un 6% presentó síntomas suficientes para diagnosticar TEPT (un 4% del total de la muestra). En un 75% de los casos, los estudiantes presentaron sintomatología postraumática tras el acontecimiento, si bien no cumplían todos los criterios para realizar un diagnóstico completo. Uno de los resultados inesperados por los autores es que la presencia de más de un acontecimiento traumático en los estudiantes se relacionaba con la presencia de un menor nivel de sintomatología. Los autores abogan por la hipótesis que defiende que haber afrontado con éxito un acontecimiento traumático permite afrontar con menor dificultad y con un menor estrés acontecimientos traumáticos posteriores. Esta teoría se ve parcialmente apoyada por las características de la muestra que, al ser estudiantes universitarios y requerir un elevado nivel de funcionamiento, han debido superar con un cierto éxito los acontecimientos traumáticos que notifican.

Los autores concluyen que, si bien Israel es considerado un país con un estrés elevado en su sociedad, sus estudiantes no presentan un porcentaje de acontecimientos traumáticos mayor que los estadounidenses existiendo, no obstante, importantes diferencias en el tipo de acontecimientos experimentados en ambos países. Los estudiantes israelíes no notifican haber estado expuestos a desastres naturales, ni a crímenes como agresiones físicas o atracos con o sin arma, siendo también la prevalencia de violaciones y agresiones sexuales muy inferior a la estadounidense. Sin embargo, en los estudiantes de sexo masculino israelíes las acciones militares y los atentados terroristas son acontecimientos traumáticos frecuentes.

Otro de los estudios realizados es el presentado por Lauterbach y Vrana (2001), quienes analizaron la influencia de variables de personalidad en la exposición a acontecimientos traumáticos y en la gravedad de sintomatología postraumática presente en estudiantes estadounidenses. Un 80% de la muestra de estudiantes universitarios encuestados había vivido algún acontecimiento de suficiente intensidad como para considerarse traumático. De éstos, un 4% presentaba síntomas suficientes para ser diagnosticado de TEPT y un 6,2% mostraba síntomas postraumáticos significativos, si bien no llegaba a cumplir todos los criterios para el diagnóstico del trastorno. Los autores observaron que determinados rasgos de personalidad, básicamente el componente hostil

de la personalidad antisocial y también la personalidad límite, aumentaban el riesgo de exposición a acontecimientos traumáticos. Por otro lado, la experiencia de más de un acontecimiento traumático y la presencia de rasgos de personalidad neuróticos, aumentaban significativamente la sintomatología postraumática. Los autores concluyen que debe considerarse la existencia de variables que influyen en la exposición de los individuos a acontecimientos traumáticos y, en consecuencia, en el desarrollo de sintomatología postraumática y diagnóstico del trastorno.

6.3.3. Población clínica

Existen diversos estudios epidemiológicos realizados con muestras psiquiátricas, respecto a la prevalencia de acontecimientos traumáticos y sintomatología postraumática en estas poblaciones.

Escalona, Tupler, Saur, Krishnan y Davidson (1997) obtuvieron que un 84% de los pacientes psiquiátricos estadounidenses de su estudio habían sufrido algún tipo de acontecimiento traumático a lo largo de su vida, con una media de aproximadamente tres acontecimientos distintos por paciente. El acontecimiento traumático más frecuente fue la muerte inesperada de un ser querido, seguido de haber sufrido un accidente de coche, tren o avión. Si bien hombres y mujeres no difirieron en el número de acontecimientos traumáticos experimentados (2,52 vs. 2,84, respectivamente), sí lo hicieron en el tipo de acontecimientos. Los hombres manifestaron haber vivido más acontecimientos relacionados con accidentes laborales, ver a una persona muerta o gravemente herida y haber participado en combates militares. Las mujeres, por su parte, presentaban con mayor frecuencia acontecimientos relacionados con enfermedades o accidentes que hubieran supuesto una amenaza vital para seres queridos, la muerte repentina de un ser querido, el maltrato físico infantil y el incesto.

En un 83% del total de la muestra se detectó una presencia significativa de sintomatología postraumática, con un mayor nivel de síntomas en mujeres que en hombres.

En el estudio de McFarlane, Bookless y Air (2001) realizado en Australia se obtuvo que un 61% de los pacientes psiquiátricos analizados había sufrido algún acontecimiento de suficiente gravedad a lo largo de su vida como para ser considerado traumático. De éstos, un 28% podía ser diagnosticado de TEPT y otro 22% presentaba sintomatología postraumática a nivel significativo, si bien no cumplía todos los criterios del trastorno. Los autores indican que, en un 50% de la muestra, el TEPT fue el causante del ingreso del paciente, así como constatan la relación de este trastorno con una variedad de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en los pacientes de la muestra.

6.3.4. Víctimas de abuso sexual infantil

Los estudios de prevalencia de sintomatología postraumática en víctimas de abuso sexual infantil señalan el TEPT como uno de los diagnósticos psiquiátricos más frecuente, tanto en



muestras infantiles como adultas. No obstante, las cifras de prevalencia varían según el estudio, la muestra y la metodología utilizada.

Entre los estudios realizados con muestras infantiles víctimas de abuso sexual se obtienen cifras de prevalencia que oscilan entre el 55% presentado por Kiser y colaboradores (1991) con muestra clínica, el 48,9% obtenido por Wolfe y colaboradores (1994) con muestra judicial o el más reciente y elevado 90% de Avery y colaboradores (2000) realizado con víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar. Los estudios ilustran la variabilidad en la prevalencia obtenida, si bien todos ellos muestran la importante y significativa frecuencia de sintomatología postraumática en estas víctimas. No obstante, las características particulares de las muestras de estudio pueden sesgar la realidad de las víctimas de abuso sexual infantil, debido a que los estudios presentados se componen de aquellas víctimas con abusos sexuales más graves (víctimas en proceso judicial y víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar) o las que presentan mayores problemas psicológicos (víctimas clínicas).

Los autores también destacan la influencia de determinadas variables en el desarrollo de sintomatología postraumática tras la experiencia de abuso sexual, como son la duración del abuso sexual (Kiser et al., 1991) y la relación con el agresor o el uso de violencia por parte de éste (Wolfe et al., 1994), así como la existencia de síntomas ansiosos y depresivos, somatización y otros problemas psicopatológicos en las víctimas con sintomatología postraumática (Avery et al., 2000).

Los estudios de prevalencia con víctimas adultas muestran unas cifras muy similares.

Rowan y colaboradores (1994) obtuvieron unos porcentajes de prevalencia de TEPT en víctimas de abuso sexual infantil pertenecientes a muestras clínicas de entre el 64-69%, según el instrumento utilizado para diagnosticar el trastorno. Años más tarde, los mismos autores (Rodríguez, Ryan, Rowan y Foy, 1996) indicaron que un 72% de los sujetos clínicos víctimas de abuso sexual infantil analizados podían ser diagnosticados de TEPT en la actualidad y el 86% en algún momento de su vida. Los autores observaron que la duración y la severidad del abuso, así como haber sufrido también maltrato físico infantil o haber sido testigo de violencia familiar influían en el desarrollo de TEPT tras la experiencia de abuso.

En una muestra combinada, clínica y perteneciente a población general, Roth y colaboradores (1997) obtuvieron que un 56% de la muestra total manifestaba haber sufrido abuso sexual en la infancia y un 16% abuso sexual y maltrato físico infantil. En un 20% de los casos de abuso sexual infantil, las víctimas presentaban TEPT. A este porcentaje se le añadía un 13% en aquellas víctimas que manifestaban haber sufrido también malos tratos físicos durante su infancia. Los autores incluyeron el concepto de *TEPT complejo* en su estudio, definiéndolo como aquellas experiencias traumáticas que causan un profundo impacto en el autoconcepto, las relaciones interpersonales y el estilo adaptativo de la víctima. Según Roth y colaboradores (1997), estas secuelas psicológicas

no quedan completamente caracterizadas en el TEPT y deben considerarse un trastorno específico, muy relacionado con la experiencia de abuso sexual infantil. Los autores obtuvieron que un 1% de las víctimas de abuso sexual infantil presentaba este tipo de trastorno. Sin embargo, al considerar la presencia de ambos trastornos (TEPT y TEPT complejo), un 53% de las víctimas presentaban TEPT juntamente con TEPT complejo. En casos de víctimas de abuso sexual y maltrato físico infantil, el porcentaje ascendía hasta el 74%. Los autores concluyen que la combinación de ambos trastornos es aquella que mejor describe la sintomatología presente en víctimas de abuso sexual infantil.

Epstein, Saunders y Kilpatrick (1997) mediante un estudio realizado con mujeres pertenecientes a población general obtuvieron que un 8,9% había sufrido abuso sexual con penetración durante su infancia. De éstas, un 25,7% presentaban un diagnóstico de TEPT crónico y un 17,4% lo presentaban desde hacía seis meses. En conjunto, un 43% presentaban TEPT. Los autores, no obstante, destacan la influencia de determinadas variables que parecen mediar entre la experiencia de abuso sexual infantil y el desarrollo de sintomatología postraumática, entre las que destacan, como variables más influyentes, la percepción de amenaza vital por parte de la víctima durante el abuso, la presencia de heridas físicas como resultado del abuso, la penetración anal y la duración del abuso sexual. La implicación en un proceso judicial y la testificación durante el mismo, también aparecían como variables que aumentaban el riesgo de sintomatología.

Destaca el estudio longitudinal de Widom (1999) con víctimas que sufrieron maltrato infantil, incluyendo abuso sexual, a principios de los años setenta y que veinte años después fueron estudiadas y comparadas con un grupo control respecto a la existencia de sintomatología postraumática. Un 17,8% de los sujetos de la muestra de maltrato fueron diagnosticados de TEPT en el momento del estudio y un 30,9% presentaron un diagnóstico del trastorno en algún momento de su vida, en comparación con los resultados obtenidos con el grupo control (10,4% en el momento del estudio y 20,4% en un momento de su vida). El grupo víctima de abuso sexual infantil era aquél que presentaba una mayor prevalencia del trastorno, con un 22,9% de diagnósticos en el momento del estudio y un 37,5% en algún momento de su vida. Controlando el efecto de otras variables, como los problemas familiares en la infancia del individuo, el riesgo de sintomatología postraumática seguía siendo mayor en víctimas de malos tratos infantiles, si bien disminuía el riesgo de diagnóstico completo del trastorno. Sin embargo, las víctimas de maltrato presentaban también, de forma significativa, una elevada presencia de otros acontecimientos traumáticos (63,9% de las víctimas maltratadas vs. 54% del grupo control). Un 74% de las víctimas de abuso sexual infantil habían experimentado otros acontecimientos traumáticos a lo largo de su vida, entre los que destacaron la agresión sexual en la edad adulta en un 29,2% de los casos. La autora subraya la dificultad que implica conocer en víctimas adultas si el TEPT se relaciona realmente con la victimización infantil o con la vivencia de otros acontecimientos traumáticos más recientes.



6.4. VARIABLES IMPLICADAS EN EL DESARROLLO DE SINTOMATOLOGÍA POSTRAUMÁTICA

Algunos estudios han sugerido la existencia de determinadas variables que parecen aumentar el riesgo de exposición a acontecimientos traumáticos, así como el desarrollo de estrés postraumático tras esa exposición. Los estudios epidemiológicos revisados constatan la existencia de estas variables y la distribución no azarosa del trastorno en la población (Breslau et al., 1991; Breslau et al., 1998; Costello et al., 2002; Davidson et al., 1991). La existencia de traumas anteriores, la percepción del acontecimiento traumático como extremadamente grave y la intensidad de la respuesta emocional al mismo son algunas de las variables que parecen influir en el desarrollo de TEPT. Estudios biológicos recientes, por otro lado, parecen indicar que la alteración de regiones específicas del cerebro, especialmente aquellas relacionadas con el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal y la presencia de respuestas neuroquímicas atípicas ante el acontecimiento traumático, como un bajo nivel de cortisol y una elevada aceleración cardíaca, pueden facilitar el desarrollo de este trastorno (véase la revisión de Yehuda, 2004).

Centrándose en este tema, Bromet, Sonnega y Kessler (1998) describieron diversas variables de riesgo para la vivencia de acontecimientos traumáticos y el desarrollo de TEPT, diferenciando entre sexos.

El riesgo de experimentar acontecimientos traumáticos se incrementaba significativamente en aquellas mujeres con trastornos afectivos, de ansiedad y abuso de sustancias anteriores al acontecimiento traumático y con trastornos psiquiátricos, abuso de sustancias y conductas agresivas en sus familias de origen. En varones, sin embargo, el riesgo de sufrir acontecimientos traumáticos se relacionaba con la presencia de trastornos de ansiedad anteriores al acontecimiento traumático, así como con el divorcio de los padres y la existencia de abuso de sustancias en la familia de origen. Por otro lado, el riesgo de desarrollar síntomas de estrés postraumático se relacionaba en mujeres con la vivencia de otros acontecimientos traumáticos anteriores, la presencia de trastornos afectivos y de ansiedad anteriores, la existencia de trastornos psiquiátricos y conductas agresivas en la familia de origen, así como una relación distante y de escasa confianza con la madre. En hombres este riesgo aumentaba con la presencia de trastornos afectivos y de ansiedad anteriores, así como la existencia de trastornos psiquiátricos en la familia de origen. Los autores destacan el elevado porcentaje de víctimas de malos tratos infantiles que presentaba sintomatología postraumática (38,6% de las mujeres y 22,6% de los hombres del grupo de estudio). Como conclusión el estudio subraya que, si bien las variables descritas presentan una importante asociación con la presencia de TEPT, el riesgo parece relacionarse principalmente con la exposición al trauma.

En nuestro país, Coronas, Santos, Escoté y García (2001) analizaron aquellos factores que parecen estar asociados al desarrollo de TEPT en víctimas de accidentes de tráfico. Los autores

encontraron una relación significativa entre la existencia de psicopatología previa y la presencia de TEPT, correspondiéndose la mayoría de diagnósticos previos a trastornos del estado de ánimo. Otra de las variables significativas fue el sexo, con un 76% de mujeres con diagnóstico de TEPT, siendo la población víctima de accidente de tráfico mayoritariamente masculina (62%). Los autores no encontraron relación entre la gravedad y aparatosidad del accidente y la aparición de TEPT, si bien destacan que el escaso tamaño muestral puede encontrarse influyendo en estos resultados.

Por su parte, Martín y de Paúl (2004) analizaron las características de una muestra de estudiantes universitarios españoles víctimas de diversos acontecimientos traumáticos. Pertenecer al sexo femenino era una de las variables que influía en el desarrollo de sintomatología, con un 32% de las mujeres y un 20,8% de los varones presentando el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático. La vivencia de determinadas situaciones traumáticas, principalmente los malos tratos infantiles y las agresiones y abusos sexuales, también aumentaban el riesgo de psicopatología en la muestra analizada. Finalmente, la edad de la víctima durante la ocurrencia del acontecimiento también parecía influir, con una mayor presencia de malestar psicológico en aquellas víctimas de acontecimientos ocurridos entre los 12 y los 15 años de edad.

Uno de los estudios más recientes sobre variables implicadas en el desarrollo de sintomatología postraumática en veteranos del Vietnam es el presentado por Schnurr, y colaboradores (2004). Estos autores defienden que las variables que precipitan el desarrollo de TEPT y su mantenimiento se encuentran tanto antes del acontecimiento, como durante y después de éste. Los sujetos que compusieron la muestra fueron entrevistados entre 10 y 20 años tras su estancia en Vietnam. Un 50,6% nunca había desarrollado TEPT, un 25,5% había presentado TEPT en el pasado y un 23,9% presentaba TEPT en la actualidad. Como variables de riesgo para el desarrollo de sintomatología postraumática los autores destacaron la existencia de un estatus socioeconómico bajo anterior al diagnóstico, la percepción de amenaza de muerte y el uso de estrategias disociativas durante la estancia en Vietnam, así como la ausencia de apoyo emocional y la vivencia de otros acontecimientos traumáticos tras esa estancia. Un diagnóstico de depresión antes, durante o después de la estancia en Vietnam también aparecía como un importante factor de riesgo para el desarrollo del trastorno. Sin embargo, las variables de riesgo que influían en el mantenimiento del trastorno fueron distintas, relacionándose con el sexo masculino y la raza hispana, la exposición a actos extremadamente violentos y atroces durante la estancia en Vietnam y la ausencia de apoyo emocional.

6.4.1. Víctimas de abuso sexual infantil

En víctimas de abuso sexual infantil también se ha observado la influencia de diversas variables que parecen moderar la relación existente entre esta experiencia y el desarrollo de sintomatología postraumática.



Entre estas variables destacan características del propio abuso sexual como su frecuencia y duración (Epstein et al., 1997; Kiser et al., 1991; Rowan et al., 1994), la severidad (Epstein et al., 1997; Rowan et al., 1994), la violencia y las heridas físicas como resultado del abuso (Epstein et al., 1997; Wolfe, et al., 1994) y la relación con el agresor (Wolfe, et al., 1994); así como la implicación en un proceso judicial resultado del abuso y la testificación durante el mismo (Epstein et al., 1997); y haber sufrido otras experiencias traumáticas durante la niñez (como el maltrato físico o ser testigo de violencia familiar, Rowan et al., 1994) y la edad adulta (Widom, 1999).

La severidad del abuso sexual, entendiéndose como abusos severos aquellos que incluyen penetración oral, anal o vaginal, es una de las variables más estudiada y que más parece influir en el desarrollo de sintomatología postraumática. Briggs y Joyce (1997) centrándose en el análisis de esta variable observaron que, incluso al controlar otras posibles variables confusoras como el nivel de psicopatología general de la víctima, haber sufrido abusos sexuales repetidos con penetración vaginal aumentaba significativamente el riesgo de desarrollar TEPT.

6.5. DIFERENCIAS ÉTNICAS EN EL DESARROLLO DE SINTOMATOLOGÍA POSTRAUMÁTICA

La ausencia de estudios epidemiológicos con población general de países distintos a Estados Unidos impide comparar la prevalencia de sintomatología postraumática, sin embargo los estudios realizados con poblaciones víctimas de acontecimientos traumáticos demuestran que el TETP es frecuente en todas las culturas. Los trabajos realizados con población estadounidense de etnias distintas permiten observar algunas diferencias en el desarrollo de este trastorno.

Diversos estudios, entre los que destacan los recientes de Galea y colaboradores (2002) y Pole, Best, Weiss, Metzler, Liberman, Fagan y colaboradores (2001), indican un mayor riesgo de sintomatología postraumática en población hispanoamericana víctima de acontecimientos traumáticos diversos, al compararla con norteamericanos anglosajones y afroamericanos.

Estudios epidemiológicos como el de Breslau y colaboradores (1998) y Kessler y colaboradores (1995) también obtienen un mayor riesgo de sintomatología postraumática en minorías étnicas, si bien tras controlar variables demográficas como la edad, el estado civil y el nivel socioeconómico estas diferencias desaparecen.

Otros estudios, como el de Ortega y Rosenheck (2000), tras controlar variables demográficas como el nivel cultural, mantienen la existencia de un mayor riesgo de TEPT y una mayor gravedad de sus síntomas en hispanoamericanos, si bien sugieren que esas diferencias se deben más a diferencias culturales en la expresión de malestar que a un mayor riesgo de trastorno real. El hecho que en este y otros estudios (Pole et al., 2001) no se observe una mayor prevalencia de otros trastornos psiquiátricos en hispanos parece confirmar la existencia de un sesgo referido a que la expresión de malestar en este grupo étnico puede confundirse con determinados síntomas que aparecen como criterios diagnósticos del TEPT.

Por otro lado, Robin y colaboradores (1997b) obtienen en su estudio una elevada prevalencia de TEPT en una muestra de indios americanos, si bien justifican el elevado porcentaje de sintomatología postraumática con la elevada frecuencia de acontecimientos traumáticos en esa muestra al compararla con muestras estadounidenses, más que con una vulnerabilidad específica al trastorno.

6.6. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL DESARROLLO DE SINTOMATOLOGÍA POSTRAUMÁTICA

Si bien la mayoría de estudios constatan una elevada prevalencia de sintomatología postraumática en víctimas de acontecimientos traumáticos de sexo femenino (Bapođlu et al., 2004; Breslau et al., 1998; Coronas et al., 2001; Kessler et al., 1995), ésta no ha sido observada en otros trabajos (Ehlers et al., 1998; Tobin y Ollenburger, 1996). Estudios realizados con muestras pertenecientes al ámbito policial y militar tampoco han obtenido diferencias de género en el desarrollo de sintomatología postraumática, sin embargo los autores justifican esta ausencia de diferencias en base a las características particulares de las mujeres de la muestra y que, muy probablemente, no se correspondían con las muestras utilizadas en otros estudios que sí obtuvieron esa relación (Pole et al., 2001; Schnurr et al., 2004; Sutker, Davis, Uddo y Ditta, 1995).

Tampoco son concluyentes los trabajos referidos a la exposición a acontecimientos traumáticos, con estudios que indican que son los hombres aquellos que experimentan más acontecimientos de este tipo a lo largo de su vida (Breslau et al., 1991; Kessler et al., 1995), estudios que defienden una mayor exposición de acontecimientos traumáticos en mujeres (Robin et al., 1997b) y estudios que no encuentran diferencias entre sexos (Costello et al., 2002; Jones et al., 1997).

Son diversos los trabajos que han ofrecido hipótesis acerca de la posible existencia de un mayor riesgo en las mujeres de sintomatología postraumática tras la experiencia de un acontecimiento traumático.

Una de las explicaciones más frecuente es la existencia de un sesgo en la notificación de síntomas por parte de las mujeres, con una mayor tendencia en éstas para detectar y expresar la presencia de esos síntomas (Stein, Walker et al., 1997). Los hombres presentarían mayores dificultades para notificar la presencia de síntomas, especialmente en aquellas culturas con un rol masculino más tradicional, como sugieren Norris, Perilla, Ibañez y Murphy (2001) en su estudio.

Otra de las posibles explicaciones es que las mujeres sean *víctimas vulnerables* al desarrollo de TEPT tras la exposición a un acontecimiento traumático (Echeburúa et al., 2002), por ejemplo debido a su percepción de las situaciones amenazantes como más estresantes (Ptacek, Smith y Zanas, 1992) o debido a una atribución de significado a la situación distinta a los hombres y mucho más culpabilizadora (Freedman, Gluck, Tuval-Mashiach, Brandes, Peri y Shalev, 2002).



Finalmente, también se ha considerado que el tipo de acontecimientos experimentados por las mujeres presenten una mayor probabilidad de desarrollar sintomatología postraumática en la víctima (Stein, Walker et al., 1997), como los abusos y agresiones sexuales (Kessler et al., 1995). No obstante, ciertos estudios (Stein, Walker y Forde, 2000) muestran que las diferencias de género persisten incluso cuando se controla el tipo de experiencia traumática vivida por varones y mujeres.

Con relación a este aspecto, Turner, Wheaton y Lloyd (1995), en su estudio sobre la epidemiología del estrés social, muestran que son las mujeres y no los hombres aquellas que presentan una mayor prevalencia de este tipo de estrés que, si bien no llega a ser considerado traumático, influye de forma muy significativa en el desarrollo de psicopatología. El *estrés social* es considerado por los autores aquél que el individuo experimenta al conocer las dificultades y situaciones críticas por las que pasan otras personas. El hecho que las mujeres presenten una mayor prevalencia de este tipo de estrés y que éste, en su mayoría, no se vea reflejado en los estudios sobre TEPT, parece ser una explicación de porqué las mujeres presentan más sintomatología psiquiátrica ya que este tipo de estrés puede estar influyendo, además de la experiencia de acontecimientos traumáticos más directos, en el desarrollo del trastorno. Un estudio reciente de Matud, Bethencourt, Andueza, Marrero, Caballeira y López (2002) confirma la existencia de este tipo de estrés, relacionado con una mayor implicación en las redes familiares y sociales y que parece suponer una elevada inversión de recursos psicológicos en las mujeres respecto a los hombres.

En síntesis, si bien la mayoría de estudios parecen confirmar la existencia de un mayor riesgo en mujeres para el desarrollo de sintomatología postraumática, la causa de las diferencias de género sigue sin establecerse y sin ser ratificada por la totalidad de estudios realizados al respecto.

6.7. SÍNTESIS DE LOS ESTUDIOS

Los diversos estudios revisados constatan la elevada frecuencia, en población general, universitaria y clínica, de acontecimientos que pueden definirse como traumáticos, así como la relación existente entre la vivencia de estos acontecimientos y el desarrollo de sintomatología postraumática que, en determinados casos, cumple los criterios para el diagnóstico del trastorno. La frecuencia de acontecimientos traumáticos en población general y universitaria, no clínica, parece contradecir la idea defendida por estudios pioneros como el de Tennant y Andrews (1978), quienes sugerían que el desarrollo de trastornos psiquiátricos se encontraba tan determinado por la vivencia de acontecimientos traumáticos, como la vivencia de este tipo de acontecimientos por la presencia de trastornos psiquiátricos. Los estudios realizados hasta el momento constatan que incluso en poblaciones no psiquiátricas, la vivencia de acontecimientos traumáticos es elevada.

Respecto al porcentaje de TEPT, en población general adulta estadounidense éste se sitúa aproximadamente en el 8%, sin embargo estas cifras ascienden en individuos expuestos a



acontecimientos traumáticos específicos, variando según el tipo de acontecimiento experimentado y las características de éste.

En víctimas de abuso sexual infantil los porcentajes oscilan en función de los estudios, si bien todos ellos coinciden en que aproximadamente la mitad de estas víctimas presentaría sintomatología postraumática en algún momento de sus vidas.

Cabe destacar que los estudios revisados muestran la influencia que determinadas variables relacionadas con el propio individuo y con el acontecimiento traumático pueden tener en el desarrollo del trastorno, así como la existencia de otros síntomas y trastornos psiquiátricos en víctimas con sintomatología postraumática.



7. MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS EFECTOS PSICOLÓGICOS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

7.1. ANTECEDENTES EXPLICATIVOS (BURGESS Y HOLMSTROM, 1975)

Los primeros autores en intentar explicar porqué la experiencia de abuso sexual infantil conduce a gran parte de las víctimas a desarrollar una diversidad de problemas psicológicos fueron Burgess y Holmstrom (1975).

El trabajo de estos autores, si bien no presenta propiamente un modelo explicativo, sugiere que son la presión del adulto para mantener relaciones sexuales con el menor y el mantenimiento del secreto las variables que conducen a la víctima al desarrollo de psicopatología.

Según Burgess y Holmstrom (1975) la presión del adulto sobre el menor se produce a través de tres medios fundamentales:

- *Bienes materiales*: el adulto, en algunos casos, puede ofrecer al menor algún objeto material como dulces, pequeños obsequios o incluso dinero, a cambio del mantenimiento de relaciones sexuales.

- *Tergiversar los valores morales*: el adulto puede confundir los valores morales del menor diciéndole que lo que hacen está bien y que es correcto. Los autores advierten que la infancia se encuentra aleccionada para aceptar lo que el adulto dice, influyendo este hecho en el poco frecuente enfrentamiento de los menores víctimas con el adulto abusador:

«... *the reason why a lot of kids don't do anything, don't tell anybody, is because an adult is an authority figure and somehow they have been forced to do something wrong by an authority, and therefore it must have been right*» (p. 551).

- *Necesidad de contacto humano*: es frecuente que el adulto se acerque a menores social o emocionalmente aislados y necesitados de afecto y atención. En estos casos, el agresor intercambiará afecto por relaciones sexuales.

En segundo lugar, el agresor consigue el mantenimiento del secreto por parte de la víctima a través de distintas estrategias:

- *Temor al castigo*: en muchos casos el menor es atemorizado con lo que el adulto agresor le hará si explica lo que ha sucedido. Castigos físicos, pérdida de afecto o la muerte son amenazas frecuentemente utilizadas por los agresores.

- *Temor a las repercusiones derivadas de la revelación*: es frecuente que el agresor agrave en la víctima el temor a las reacciones de los demás si explica lo sucedido. El miedo más frecuente, y en ocasiones confirmado, es no ser creído y ser culpado por lo sucedido.

- *Temor al abandono y/o el rechazo*: la víctima puede ser inducida a creer que si revela lo sucedido destruirá a su familia y será separada de sus seres queridos, abandonada y rechazada.

- *Barreras comunicativas*: en algunos casos, el agresor puede asegurarse el mantenimiento del secreto abusando de menores que no pueden explicar lo sucedido debido a su nivel de desarrollo o a sus dificultades comunicativas.

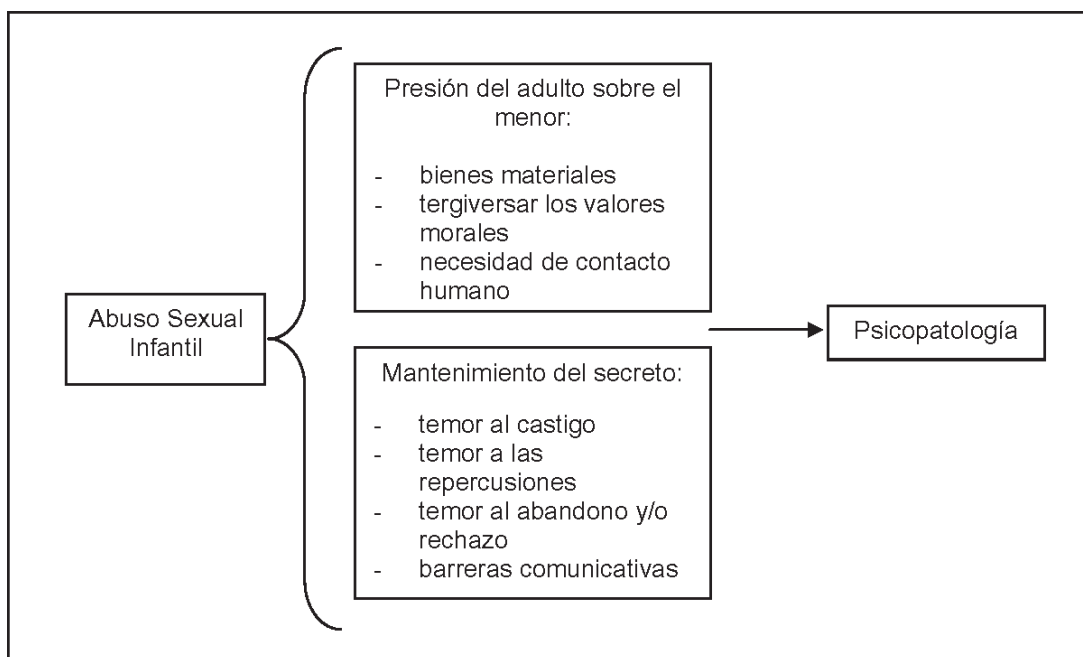


Figura 7.1. Modelo de Burgess y Holmstrom (1975)

Burgess y Holmstrom (1975), ante una sospecha de abuso sexual infantil, aconsejan a los profesionales crear un clima de confianza en el que el menor pueda expresarse y explicar lo sucedido, verbal o gráficamente, así como observar la presencia de cambios de conducta y otros síntomas físicos y/o psicológicos que permitan detectar este tipo de situaciones.

Los autores también constatan la importancia de la reacción que presente el adulto ante la revelación de abuso como variable que puede actuar aumentando o disminuyendo la posible sintomatología resultante.



7.2. SÍNDROME DE ACOMODACIÓN AL ABUSO SEXUAL INFANTIL (SUMMIT, 1983)

Summit (1983), basándose en el estudio inicial de Burgess y Holmstrom (1975), describe un modelo explicativo centrado en los efectos psicológicos del abuso sexual infantil intrafamiliar.

El autor presenta su modelo con la intención de proporcionar un tratamiento, psicológico y judicial, más sensibilizado hacia las víctimas de abuso sexual infantil. Para Summit (1983), las víctimas de abuso sexual infantil reaccionan de formas muy distintas y, en muchos casos, incomprensibles para observadores externos. Con este modelo, el autor pretende facilitar la comprensión de estas conductas y reacciones.

El síndrome se compone de cinco categorías:

1. *Secreto*: es frecuente que el agresor presione a la víctima para que ésta mantenga el secreto de su relación. El secreto es impuesto por la manipulación emocional, la amenaza o incluso la violencia siendo, al mismo tiempo, la fuente de temor y la promesa de salvación. Por un lado, las amenazas atemorizan a la víctima pero, por otro lado, si mantiene el secreto podrá proteger a sus hermanos o hermanas (ya que el agresor se compromete a no abusar sexualmente de ellos), proteger a su madre (el agresor no le hará daño físico ni emocional), en definitiva, proteger su hogar ya que una declaración de abuso sexual infantil desintegraría a su familia y ella sería la completa responsable. El agresor hace creer a la víctima que ésta tiene el poder para destruir a su familia y la responsabilidad de mantenerla unida. Los valores morales tradicionales se encuentran, en este caso, completamente alterados ya que mentir y mantener el secreto es una gran virtud para la víctima mientras que explicar lo que sucede es el mayor pecado.

El mantenimiento de este secreto, según el autor, aísla a la víctima y le impide buscar ayuda así como, al mismo tiempo, le confirma lo inadecuado de esa situación. No es únicamente la conducta sexual la que estigmatiza y avergüenza al menor, sino el secreto de esta relación que el niño percibe como peligrosa e incorrecta.

2. *Indefensión*: Summit (1983) propone que la educación impartida a la infancia por nuestra sociedad conduce a los menores a evitar a personas desconocidas y a obedecer, ser amables y cariñosos con las personas cercanas, constituyendo un factor de riesgo para el abuso sexual infantil y, a la vez, para el desarrollo de sentimientos de indefensión en estas víctimas. El menor confía plenamente en las personas cercanas y no espera recibir de ellas una conducta inadecuada, sino protección. Si un adulto cercano al niño o niña mantiene con él o ella una conducta inadecuada, como el abuso sexual, el menor se sentirá traicionado en su confianza y completamente desprotegido.

Este abuso provoca en la víctima el desarrollo de sentimientos de impotencia, vulnerabilidad e indefensión, que pueden perdurar hasta la edad adulta y generalizarse al resto de sus relaciones interpersonales.

Por otro lado, Summit (1983) remarca la idea que el menor se encuentra realmente indefenso ante la conducta del agresor; no existe responsabilidad ni culpa en la víctima de abuso sexual infantil. En opinión del autor, los profesionales deben ser conscientes de este hecho y reforzar esta idea, anulando el posible sentimiento de culpa que la víctima puede desarrollar respecto al abuso y que se encuentra relacionado con la aparición de múltiples problemas psicológicos.

3. *Atrapamiento y acomodo*: según el autor, el abuso sexual infantil cometido por personas conocidas y cercanas al menor es habitualmente una experiencia recurrente, que se produce en más de una ocasión. Debido a la muy frecuente imposibilidad de la víctima de parar el abuso, ésta tiende a acomodarse a la situación como método de supervivencia. La víctima se encuentra atrapada por el secreto y la responsabilidad de proteger a su familia de la desintegración y el dolor con los que el agresor amenaza. El mantenimiento del secreto del abuso sexual y la continuidad de las actividades cotidianas, que en muchos casos implican al agresor, conducen a importantes problemas psicológicos en la víctima como trastornos disociativos, conductas agresivas, síntomas depresivos y ansiosos, entre otros, como forma de afrontar esta situación.

4. *Revelación retardada, conflictiva y no convincente*: en esta categoría el autor se refiere a que en gran parte de los casos la víctima no revela el abuso. Gran parte de casos de abuso sexual infantil nunca son descubiertos.

La víctima de abuso sexual intrafamiliar suele mantener el silencio hasta que llega a la adolescencia y se siente capaz de explicar el abuso a alguien cercano, pero entonces es demasiado tarde y esa persona acostumbra a dudar y a preguntarse porqué la víctima no ha hablado antes. En casos de desconfianza y negación ante la revelación del abuso por parte de la figura materna de la víctima, debe tenerse en cuenta que reconocer la existencia de abuso sexual implica que ella ha sido una mala madre que no ha sabido proteger a sus hijos e/o hijas, así como la destrucción de su familia y, en gran parte, de su propia identidad. Esta desconfianza es percibida por la víctima y provoca, en muchos casos, que no vuelva a referirse a este tema y que el abuso permanezca como un secreto entre ella y su agresor.

5. *Retractación*: según el autor, si la víctima no percibe apoyo ante la revelación del abuso sexual, es habitual que se retracte de su declaración. La víctima, ante la desconfianza, puede afirmar que el abuso sexual infantil no ha ocurrido y que es una invención, asumiendo el rol de perversa y/o desequilibrada pero manteniendo la aparente armonía y estabilidad de su familia. Negar el abuso comporta una mayor confianza y credibilidad que mantener que ese abuso realmente sucedió.

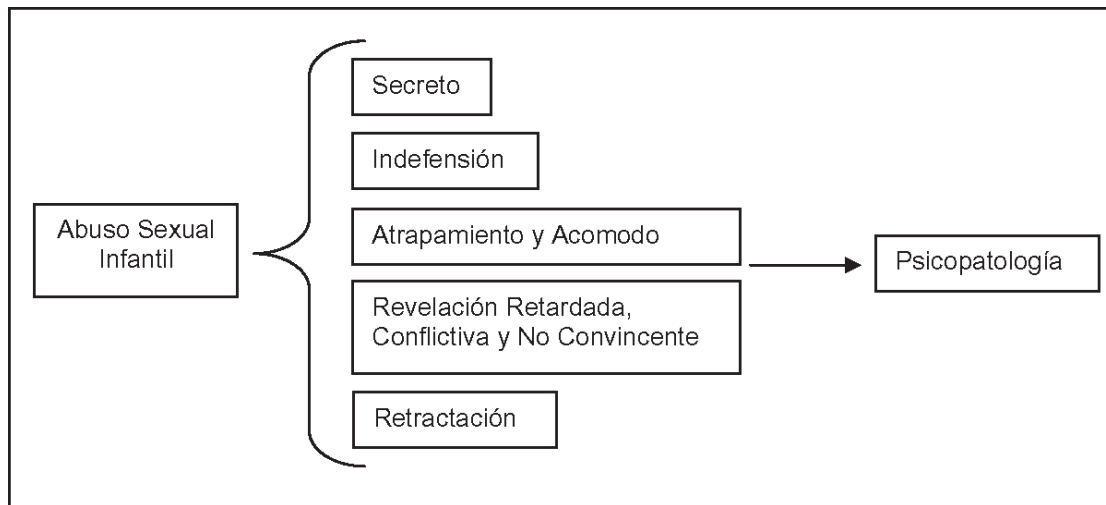


Figura 7.2. Síndrome de Acomodación al abuso sexual infantil (Summit, 1983)

Summit (1983) sostiene que la interrupción del síndrome de acomodación comporta un importante efecto de prevención ante las secuelas psicológicas del abuso sexual infantil. La descripción de este síndrome, por otro lado, permite un acercamiento de los profesionales hacia el conocimiento de las variables que influyen en el desarrollo de sintomatología en estas víctimas.

7.3. MODELO DE LA DINÁMICA TRAUMATOGÉNICA (FINKELHOR Y BROWNE, 1985)

El modelo de la dinámica traumatogénica es uno de los más aceptados entre los profesionales del abuso sexual y ha sido aplicado en diversos estudios (Coffey, Leitenberg, Henning, Turner y Bennet, 1996a).

Para Finkelhor y Browne (1985) las razones explicativas del impacto psicológico del abuso sexual infantil son la sexualización traumática, la pérdida de confianza, la indefensión y la estigmatización. Estas cuatro variables constituyen la causa principal del impacto psicológico de la experiencia de abuso sexual, ya que distorsionan el autoconcepto, la visión sobre el mundo y las capacidades afectivas de la víctima, relacionándose con el desarrollo de variados problemas psicológicos.

1. *Sexualización traumática*: se refiere a la interferencia que provoca el abuso en el desarrollo sexual normal del menor. La víctima experimenta una conducta sexual inapropiada para su nivel de desarrollo, alterando su evolución sexual normativa.

Como destacan Lazarus y Folkman (1984) la vivencia de un determinado acontecimiento en un inadecuado período del desarrollo del individuo, reduce la posibilidad de recepción de apoyo de los iguales, impide al individuo preparar estrategias de afrontamiento adecuadas, así como elimina

la posible satisfacción que acompañaría a esa experiencia si ésta hubiera ocurrido en un *timing* apropiado.

Las experiencias sexuales que la víctima puede experimentar varían enormemente, así como la sexualización traumática que pueden provocar esas experiencias. Aquellas situaciones en las que el agresor pretende que el menor participe activamente en la relación sexual son, según los autores, más traumáticas que aquellas en las que la víctima es utilizada de forma pasiva; el grado de entendimiento del menor respecto a la sexualidad y la conducta sexual en las que está implicado también es una variable importante, con un mayor trauma en aquellos menores que presentan un mayor entendimiento. La víctima de abuso sexual, por tanto, crece presentando repertorios inapropiados de conductas sexuales como estrategias para obtener beneficios o manipular a los demás; con importantes confusiones y concepciones erróneas respecto al sexo, su importancia y su significado; así como con asociaciones emocionales inusuales respecto a la actividad sexual, presentando dificultades para integrar las dimensiones afectivas y sexuales, tal como confirman los hallazgos de los estudios respecto a los frecuentes problemas en el área sexual que presentan estas víctimas, tanto en la infancia como en la edad adulta.

2. *Traición o pérdida de confianza*: referida a la dinámica por la que el menor descubre que alguien de quien era completamente dependiente y que debía protegerlo ha traicionado su confianza y le ha hecho daño. La traición es mucho mayor en el caso de abusos sexuales intrafamiliares, si bien también puede darse en abusos cometidos por personas ajenas al grupo familiar. Por otro lado, esta pérdida de confianza puede no únicamente centrarse en la relación con el agresor, sino generalizarse al resto de familiares (que no la protegieron o que no la creyeron) e incluso ampliarse a la relación de la víctima con otras personas.

3. *Impotencia*: se refiere a la dinámica por la que la voluntad de la víctima, sus deseos y su sentido de autoeficacia son anulados, traduciéndose en la creencia de no saber cómo reaccionar ante las diversas situaciones planteadas en la vida cotidiana y de tener poco control sobre sí misma y sobre lo que le sucede.

El sentimiento de impotencia parece desarrollarse principalmente por la continua invasión de la intimidad, el afecto y el cuerpo del menor por parte del agresor. La coerción y la manipulación pueden agravar el sentimiento de impotencia, sin embargo no es necesario que el agresor utilice las amenazas o la violencia, para que la víctima desarrolle este sentimiento. Obviamente, una situación en la que la víctima explique el abuso y no sea creída también generará impotencia.

Esta dinámica se relaciona estrechamente con la categoría de indefensión que establece el síndrome de acomodación al abuso sexual propuesto por Summit (1983).

4. *Estigmatización*: referida a las connotaciones negativas (maldad, vergüenza, culpa) que son incorporadas por la víctima a su autoconcepto, ejerciendo una profunda influencia en su autoestima.



Estas connotaciones negativas pueden provenir directamente del agresor, quien en muchos casos culpabiliza a la víctima y la hace sentir perversa, pero también pueden ser reforzadas por comentarios o actitudes que la víctima percibe o infiere de sus familiares y personas cercanas al revelar la experiencia de abuso. Por otro lado, el mantenimiento del secreto del abuso aumenta el sentimiento de estigmatización ya que refuerza en la víctima la creencia de ser diferente.

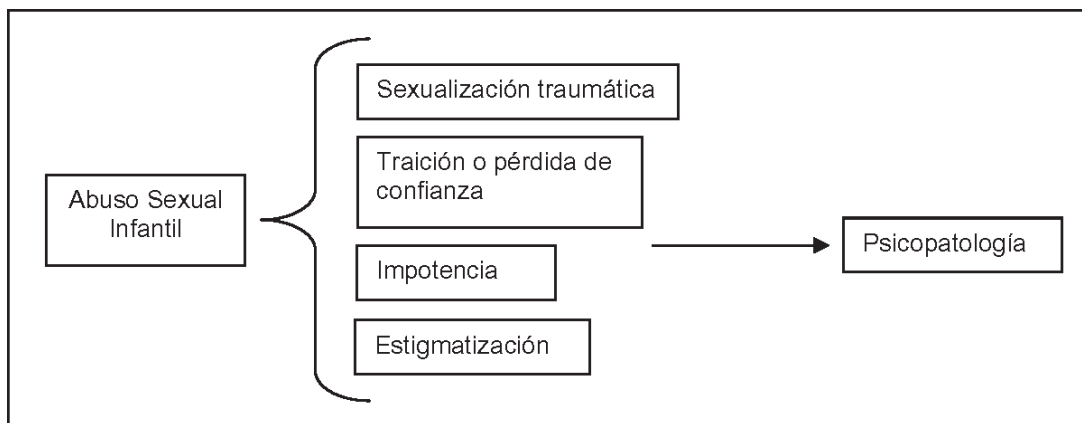


Figura 7.3. Modelo de la Dinámica Traumatogénica (Finkelhor y Browne, 1985)

Finkelhor y Browne (1985) reconocen, no obstante, la existencia de otras variables distintas a las dinámicas propuestas que también pueden influir en el desarrollo de problemas psicológicos, como por ejemplo el estado psicológico de la víctima antes de la experiencia de abuso. Los autores sugieren que las dinámicas propuestas sean consideradas amplias categorías, útiles para organizar los conocimientos adquiridos en los diversos estudios sobre las consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil y para la evaluación e intervención en estos casos. Los profesionales deben evaluar aquellas dinámicas en las que la víctima parece presentar una mayor disfunción y dirigir las intervenciones hacia esas áreas.

Los autores defienden que determinados efectos psicológicos pueden asociarse con alguna dinámica en particular, sin embargo, la correspondencia entre las consecuencias psicológicas del abuso sexual y las categorías propuestas no es exacta. Por ejemplo, los problemas en el área de la sexualidad se relacionan con el desarrollo en la víctima de una sexualización traumática. El sentimiento de estigmatización, por su parte, parece encontrarse más relacionado con el desarrollo de culpa y baja autoestima, así como con problemas de abuso de sustancias, prostitución y conducta delictiva, ideas e intentos de suicidio y conductas autodestructivas. La traición implica una generalización de la pérdida de confianza que influye en las relaciones sociales de la víctima, así como puede relacionarse con la aparición de síntomas depresivos. Finalmente, la impotencia se relaciona con el desarrollo de síntomas ansiosos, temores y fobias, así como con un mayor riesgo en estas víctimas de ser revictimizadas debido a su incapacidad para controlar su vida y

protegerse. Por el contrario, la impotencia también puede conducir a reacciones hostiles y agresivas en la víctima, con la intención de satisfacer una necesidad disfuncional de control y dominación de los demás.

Por otro lado, las dinámicas pueden ser desarrolladas posteriormente al abuso sexual, principalmente mediante la reacción familiar y la respuesta social e institucional ante la revelación del abuso. Por ejemplo, los autores constatan que gran parte de la estigmatización que presentan estas víctimas suele estar más relacionada con las reacciones de las personas cercanas ante la revelación del abuso que con la experiencia de abuso en sí misma. Por otro lado, el sentimiento de impotencia se relaciona con algunos de los métodos habitualmente utilizados por los profesionales implicados en el proceso de evaluación de la víctima (como forzar a la víctima a declarar en un juicio o hacerle repetir la declaración de abuso ante distintos profesionales).

Finkelhor y Browne (1985) sugieren que las dinámicas traumatogénicas sean consideradas un vínculo entre la experiencia de abuso sexual y las secuelas psicológicas frecuentemente enumeradas en la literatura, ubicando estas secuelas en cuatro grandes áreas:

- la sexualidad (sexualización traumática)
- la confianza (traición)
- la autoestima (estigmatización)
- la autoeficacia y la autonomía (impotencia).

7.4. MODELO DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (WOLFE, GENTILE Y WOLFE, 1989)

Wolfe y colaboradores (1989) conceptualizan las consecuencias psicológicas negativas del abuso sexual infantil como una forma de trastorno por estrés postraumático. Los autores basan su modelo en tres premisas:

- el abuso sexual infantil cumple los criterios de experiencia traumática establecidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 1987).
- las descripciones clínicas de las víctimas de abuso sexual infantil indican que una gran parte de estas víctimas presentan síntomas de trastorno por estrés postraumático.
- los estudios actuales sobre adultos víctimas de abuso sexual infantil sugieren la existencia de diferencias individuales relacionadas con tres variables mediadoras: la severidad del abuso, la percepción de apoyo social y el estilo atributivo del individuo ante acontecimientos negativos. Estas tres variables, por su parte, también han demostrado mediar en el impacto psicológico de otros acontecimientos traumáticos.

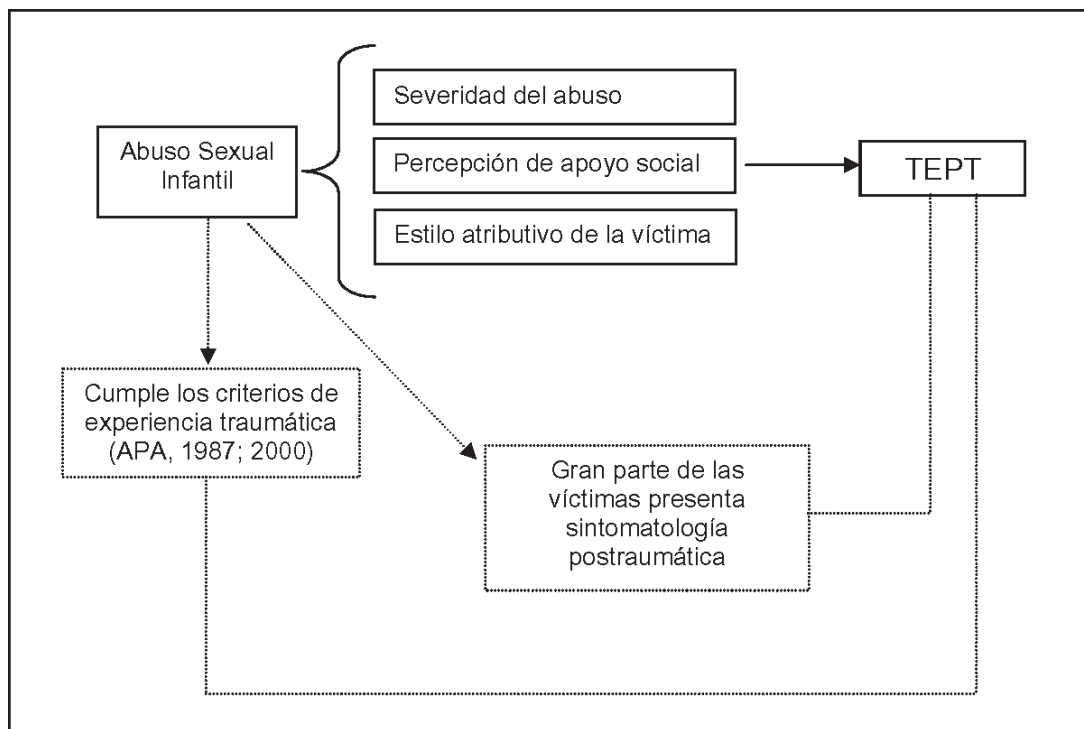


Figura 7.4. Modelo del Trastorno por Estrés Postraumático (Wolfe et al., 1989)

El modelo propuesto por Wolfe y colaboradores (1989) presenta como ventajas principales el facilitar una descripción operativa de los síntomas derivados del abuso sexual y permitir un diagnóstico que puede ser comprendido por todos los profesionales. Sin embargo, otros autores, entre los que destaca principalmente Finkelhor (1990), critican esta perspectiva debido a que sólo es aplicable a algunas víctimas y no incluye todos los posibles efectos psicológicos del abuso sexual infantil, especialmente los relacionados con las dimensiones cognitivas y atencionales, pero también la culpa y los problemas relacionados con la sexualidad.

Autores como Rowan y Foy (1993), no obstante, defienden el modelo y consideran que las críticas que se le pueden hacer son mucho más débiles que los beneficios que conlleva incluso para las víctimas, como la localización de la causa de las dificultades psicológicas en el acontecimiento traumático y no en supuestas deficiencias caracterológicas de éstas.

Sin embargo, los autores del modelo han constatado la limitación de éste y abogan por el desarrollo de nuevas perspectivas que permitan la inclusión de otros síntomas no considerados en la propuesta original (Wolfe y Birt, 1997).

7.5. MODELO DEL ATTACHMENT O APEGO (ALEXANDER, 1992)

Alexander (1992) basa su modelo en la importancia de las relaciones familiares como mediadoras entre la experiencia de abuso sexual infantil y el desarrollo de problemas psicológicos a largo

plazo. El modelo puede ser aplicado tanto a víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar como extrafamiliar, si bien su aplicación en este último tipo de víctimas ha sido criticada por otros autores (Spaccarelli, 1994).

Tomando el concepto de apego, definido por Bowlby (1977) como una vinculación del niño con su cuidador de base biológica, que asegura la proximidad con éste y tiene

una función de protección y supervivencia para el niño, Alexander (1992) considera que el abuso sexual conduce a la víctima a desarrollar una vinculación afectiva insegura (evitativa, resistente y desorganizada) con su cuidador que, a su vez, conlleva la sintomatología a largo plazo constatada en la bibliografía.

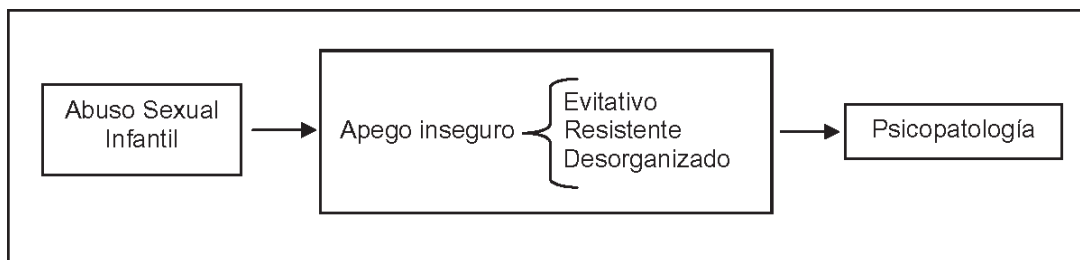


Figura 7.5. Modelo del Apego (Alexander, 1992)

Siguiendo la perspectiva de Alexander (1992) es la percepción de insensibilidad o rechazo por parte de la figura de apego, relacionada con ser agredido por ésta o con su reacción ante la revelación o el descubrimiento del abuso sexual, la causa principal del posterior desarrollo de psicopatología.

Para la autora, uno de los efectos del abuso sexual infantil más relacionados con un apego inseguro es la presencia de múltiples dificultades en la relación de estas víctimas con sus parejas íntimas y, especialmente, con sus propios hijos e hijas. La experiencia de abuso sexual infantil por parte de uno de los progenitores conduce a una representación interna de la figura de apego como insegura lo que, a largo plazo, imposibilita construir relaciones seguras con los demás. También son frecuentes en estas víctimas la baja autoestima, los síntomas depresivos y la ansiedad.

La autora, no obstante, hipotetiza una posible relación entre los diferentes subtipos de apego inseguro y el desarrollo de distintos problemas psicológicos, lo que explicaría la diversidad de sintomatología observada en víctimas de abuso sexual infantil. Por ejemplo, Alexander (1992) sugiere que un apego inseguro evitativo se relacionará en mayor medida con el desarrollo de estrategias de afrontamiento basadas en la negación y la evitación de recuerdos sobre la experiencia de abuso, así como el aislamiento social y la dificultad para expresar las propias



emociones y desarrollar vínculos con otros. Los individuos con un apego inseguro resistente tenderán a idealizar a sus parejas, adoptando una visión negativa de sí mismos. Estas víctimas presentarán en mayor medida síntomas de ansiedad y depresión, así como trastorno límite de la personalidad. Finalmente, un apego inseguro desorganizado conducirá a la víctima a estrategias de afrontamiento de tipo disociativo, así como a un mayor riesgo de sintomatología postraumática, trastorno límite de la personalidad y el trastorno de identidad disociativo.

Por otro lado, Alexander (1992) expone el riesgo de transmisión intergeneracional que supone el abuso sexual. La autora defiende la existencia de una repetición intergeneracional no de la experiencia de abuso sexual en sí, sino del apego inseguro y desorganizado que la víctima ha desarrollado con sus propias figuras paternas.

Otros estudios, en línea con este modelo, han constatado la presencia de un apego inseguro en víctimas de malos tratos infantiles que conduce a una visión negativa de uno mismo, relacionándolo con el desarrollo de múltiples problemas psicológicos (Morton y Browne, 1998), entre los que destaca el trastorno por estrés postraumático (Muller, Sicoli y Lemieux, 2000).

7.6. MODELO TRANSACCIONAL (SPACCARELLI, 1994)

Spaccarelli (1994) critica los modelos de Finkelhor y Browne (1985) y Wolfe y colaboradores (1989), aduciendo la ausencia de consideración que estos modelos han dirigido hacia la posible existencia de factores protectores, que puedan mitigar, o incluso anular, el desarrollo de psicopatología en víctimas de abuso sexual infantil. El autor también critica el modelo presentado por Alexander (1992) ya que, si bien la autora considera que el modelo es aplicable tanto a víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar como extrafamiliar, el desarrollo de un apego inseguro en este último tipo de víctimas es cuestionable.

El modelo de Spaccarelli (1994) conceptualiza el abuso sexual infantil como un estresor que puede producir un impacto psicológico de mayor o menor intensidad dependiendo de las transacciones de la víctima con su entorno.

El abuso sexual infantil es un acontecimiento estresante que puede conducir a la vivencia de otros acontecimientos estresantes relacionados. El modelo predice que el riesgo de psicopatología en víctimas de abuso sexual infantil aumenta como resultado del estrés total causado por las características del abuso, por los acontecimientos relacionados con el abuso y por los acontecimientos relacionados con la revelación del abuso ante autoridades públicas y el proceso judicial subsiguiente.

Respecto a las características del abuso sexual, Spaccarelli (1994) destaca la frecuencia, duración y severidad de éste; el uso de coerción física o verbal por parte del agresor; la estigmatización ocasionada por el mantenimiento del secreto y por el conocimiento por parte de la víctima de que su relación con el agresor es inadecuada y desaprobada socialmente; así

como, la violación de la confianza de la víctima al ser abusada por alguien conocido y, especialmente, por figuras parentales. Los principales acontecimientos relacionados con el abuso propuestos por el autor son la disfunción familiar ocasionada por la revelación o el descubrimiento del abuso sexual; la separación o el divorcio de los progenitores de la víctima; la pérdida de contactos sociales, puesto que el aislamiento de la víctima es una estrategia utilizada por el agresor para reducir la probabilidad de revelación del abuso; así como, una reacción negativa del confidente ante la revelación. Finalmente, la revelación del abuso ante autoridades públicas y el proceso judicial en el que la víctima se ve involucrada, dan lugar a nuevos acontecimientos (como las reiteradas testificaciones o la confrontación con el agresor) que también tienen un efecto en el ajuste psicológico de la víctima (véase Figura 7.6).

El modelo, por otro lado, hipotetiza que las valoraciones cognitivas negativas (por ejemplo, la percepción de haber sido dañado física o mentalmente, el sentimiento de culpa y la pérdida de confianza), así como el uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas (por ejemplo, el pensamiento ilusorio o la evitación cognitiva) son variables mediadoras entre la experiencia de abuso sexual infantil y el posterior desarrollo de sintomatología psicológica. Las valoraciones cognitivas y las estrategias de afrontamiento se ven influidas por la experiencia de abuso sexual infantil pero, a su vez, influyen en el estrés que esta experiencia supone para la víctima. Sin embargo, el abuso sexual no causa necesariamente valoraciones cognitivas negativas ni estrategias de afrontamiento inadecuadas, sino que éstas se ven afectadas, a su vez, por otras variables ambientales (como el apoyo social recibido por la víctima) e individuales (como factores de personalidad, el sexo, la edad o el nivel de desarrollo de la víctima), así como por la propia sintomatología psicológica.

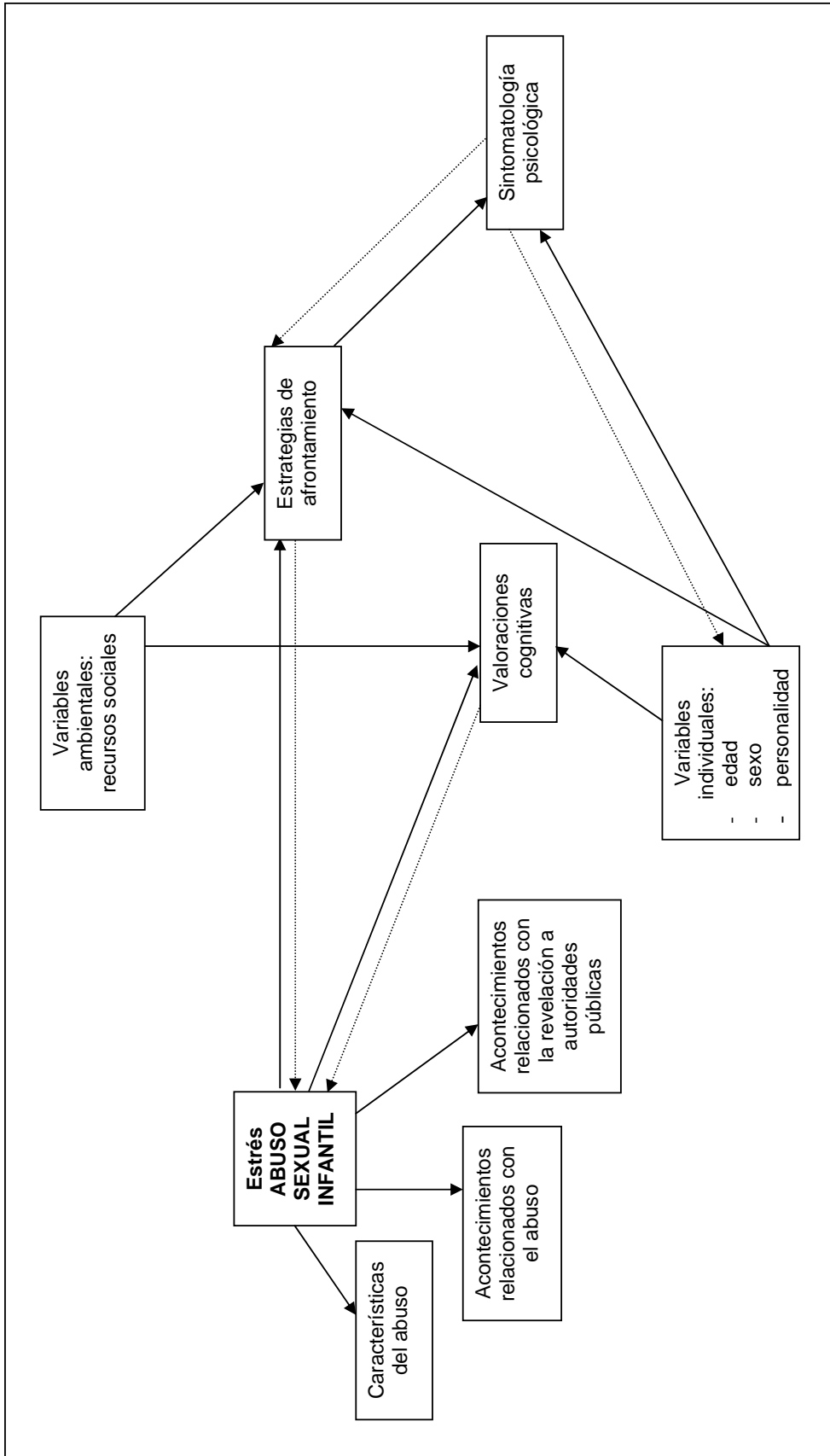


Figura 7.6. Modelo Transaccional (Spaccarelli, 1994)

7.7. MODELO DE LA ESTIGMATIZACIÓN (FEIRING, TASKA Y LEWIS, 1996)

Basándose en los mismos supuestos que el Modelo Transaccional de Spaccarelli (1994) y derivado del Modelo Traumatogénico de Finkelhor y Browne (1986), Feiring y colaboradores (1996) presentan un modelo centrado en la estigmatización como aquella variable que más parece influir en el desarrollo de sintomatología psicológica en víctimas de abuso sexual infantil. La estigmatización se refiere a los sentimientos y valoraciones negativas sobre uno mismo que pueden aparecer tras la experiencia de abuso sexual, relacionados principalmente con el sentimiento de culpa y la baja autoestima.

Los autores defienden que el uso de atribuciones internas, estables y globales para acontecimientos negativos influye sobre el desarrollo de sentimientos de vergüenza en la víctima y, en consecuencia, sobre el desarrollo posterior de sintomatología psicológica (véase Figura 7.7). Para éstos, la vergüenza no viene totalmente determinada por la situación de abuso, siendo la interpretación de la situación que realice el individuo aquella variable que media entre la experiencia y el posterior ajuste psicológico de la víctima. La creencia que alguna característica personal es la causa del abuso, que la razón por la que el abuso ocurrió permanece estable a lo largo del tiempo y que esa razón afecta a la totalidad del individuo y a cada cosa que haga (por ejemplo «*el abuso ocurrió porque soy una mala persona*») conduce a la víctima a desarrollar vergüenza y, por tanto, sintomatología psicopatológica.

Sin embargo, los autores subrayan, a su vez, el efecto directo que el abuso tiene sobre el desarrollo de sentimientos de vergüenza y de psicopatología, especialmente cuando es llevado a cabo por un agresor intrafamiliar (sobre todo una figura parental), presenta una larga duración y frecuencia, se basa en contactos físicos (destacando la penetración) y es descubierto, en lugar de ser revelado por parte de la víctima.

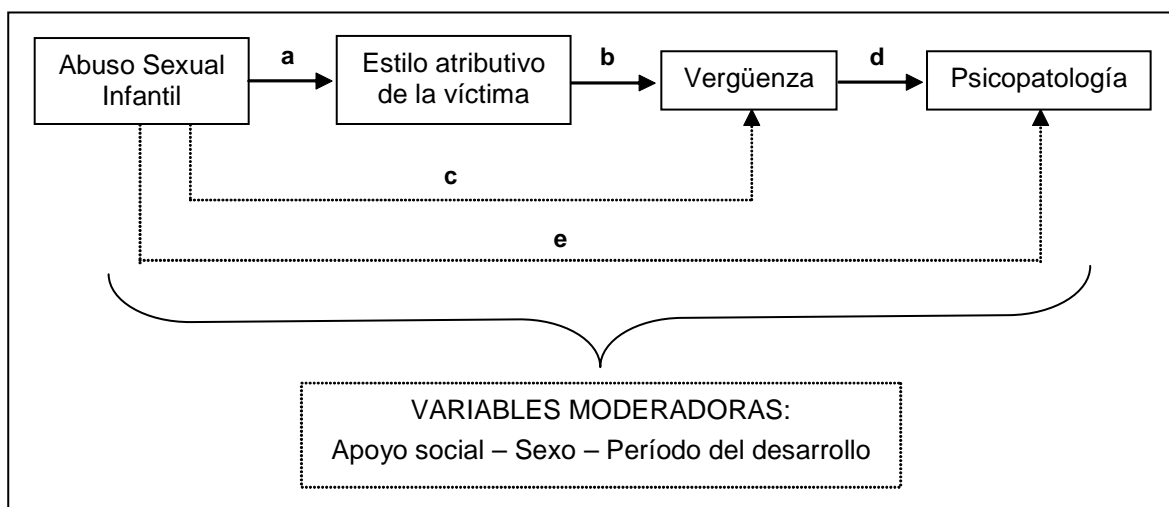


Figura 7.7. Modelo de la Estigmatización (Feiring et al., 1996)



Cabe añadir que Feiring y colaboradores (1996) también establecen la influencia de tres variables moderadoras en este proceso, como son el apoyo social, el sexo de la víctima y su período de desarrollo al producirse el abuso.

- *Apoyo social*: el apoyo emocional que perciba la víctima de sus personas más cercanas es una variable que parece mitigar los efectos negativos del abuso sexual infantil, como constatan diversos estudios (e.g., Luster y Small, 1997; Morrison y Clavenna-Valleroy, 1998; Runtz y Schallow, 1997; Taussig, 2002). En primer lugar, el apoyo emocional puede moderar las atribuciones que presenta la víctima sobre el abuso sexual, reduciendo la probabilidad de desarrollar atribuciones internas, estables y globales. El apoyo emocional, por otro lado, también puede actuar moderando el sentimiento de vergüenza y disminuyendo éste. Finalmente, el apoyo emocional puede tener un efecto directo sobre el desarrollo de sintomatología psicológica tras el abuso, disminuyendo el riesgo de psicopatología.

- *Sexo*: el sexo de la víctima, por su parte, parece encontrarse relacionado con la incidencia del abuso (la ratio de prevalencia del abuso sexual infantil se sitúa, habitualmente, en un hombre cada tres mujeres; Finkelhor, 1994) y con el tipo de efectos psicológicos que ésta desarrolla (para una revisión de este tema véase Romano y De Luca, 2001). Destaca el sexo femenino como aquél que presenta una mayor probabilidad de experimentar vergüenza ante situaciones en las que considera que ha incumplido una norma o que no ha actuado según las expectativas (Tangney, 1991) y, a su vez, aquél que presenta una mayor incidencia de abuso sexual. Las mujeres son también aquellas con una mayor tendencia a realizar atribuciones internas, estables y globales ante acontecimientos negativos, favoreciendo de este modo el desarrollo de sentimientos de vergüenza.

- *Período de desarrollo*: basándose en las teorías de la psicopatología del desarrollo, los autores consideran la influencia de la edad a la que se produce el abuso como moderadora en el proceso de estigmatización y destacan la especial vulnerabilidad del período prepuberal al compararlo con la infancia y la adolescencia (Feiring, Taska y Lewis, 1999). Los jóvenes prepúberes parecen presentar un mayor riesgo de atribuciones globales para el éxito y el fracaso, favoreciendo el sentimiento de vergüenza y, por tanto, el desarrollo de sintomatología psicológica, si bien los resultados de los diversos estudios no son concluyentes.

Los autores destacan la importancia de esclarecer el proceso y las circunstancias por las que la experiencia de abuso sexual infantil conduce a gran parte de las víctimas al desarrollo de psicopatología, mientras que otras permanecen estables, para poder crear programas de intervención efectivos con estas víctimas.

El modelo de la estigmatización sigue esta línea y los autores ha demostrado en diversos estudios la influencia del estilo atributivo y el sentimiento de vergüenza en el desarrollo de psicopatología (Feiring et al., 1998a).

7.8. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA REVICTIMIZACIÓN

Diversos autores se han centrado en la construcción de modelos que expliquen la existencia de revictimización en víctimas de abuso sexual infantil.

7.8.1. Modelo Ecológico de Grauerholz (2000)

Grauerholz (2000) ha aplicado el modelo ecológico a la relación existente entre la experiencia de abuso sexual infantil y la revictimización.

En su estudio, Grauerholz (2000) constata la existencia de múltiples factores relacionados con el abuso sexual infantil que aumentarían el riesgo de revictimización. Si bien en su trabajo el autor describe alguno de ellos, constata la imposibilidad de explicarlos todos debido a que, en muchos casos, éstos aún son desconocidos.

Desde una *perspectiva ontogenética*, definida como aquella que integra factores relacionados con la historia personal del individuo, destacan la victimización inicial (el abuso sexual infantil) y las experiencias familiares tempranas. El abuso sexual infantil influye en la personalidad del individuo, así como en sus interacciones con los demás y con su entorno (destacando el frecuente desarrollo en estas víctimas de problemas en el área sexual, abuso de sustancias, trastornos disociativos, baja autoestima, huidas del hogar, la presencia de sentimientos de impotencia y estigmatización, embarazos tempranos no deseados, indefensión aprendida y aislamiento social) de modo que la revictimización se hace más probable. Por otro lado, las experiencias familiares (familia disfuncional, ausencia de apoyo parental, problemas entre los progenitores) también producen una profunda influencia en el individuo y pueden aumentar el riesgo de revictimización, si bien el estado actual de la literatura no permite confirmar si la disfunción familiar es una causa o una consecuencia del abuso sexual infantil.

El *microsistema* se refiere a aquellos factores relacionados con el contexto inmediato en el que se sitúa la víctima. En términos generales, haber sido víctima de abuso sexual infantil incrementa el riesgo de contacto con posibles agresores (a través de conductas sexuales promiscuas, e incluso la prostitución; déficits cognitivos, especialmente relacionados con trastornos disociativos y el abuso de sustancias, que impiden a la víctima evaluar el riesgo ante determinadas situaciones y personas; el sentimiento de estigmatización y la baja autoestima, por el cual la víctima tiende a relacionarse con grupos estigmatizados socialmente e incrementar el riesgo de abuso de sustancias, entre otros), así como aumenta el riesgo de que posibles agresores actúen de forma abusiva con ella (debido, entre otros factores, a la visible vulnerabilidad social y psicológica de la víctima; la escasa habilidad de la víctima para actuar asertivamente y comunicar al posible agresor sus deseos, así como responder ante una situación que inicialmente no lo es pero puede tornarse abusiva; la falta de contactos y apoyo social que presenta la víctima y que es detectada por el posible agresor, etc.).



Los factores relacionados con el *exosistema* son aquellos referidos a las estructuras sociales formales e informales que rodean a la víctima. La ausencia de apoyo social y la existencia de recursos económicos escasos que pueden derivar de la experiencia de abuso sexual infantil definen a la víctima como vulnerable y actúan como factores de riesgo para la revictimización.

Finalmente, el *macrosistema*, definido como los valores y creencias pertenecientes al contexto cultural en el que se encuentra la víctima, también presenta dos importantes factores de riesgo, como son la tendencia social de culpabilizar a la víctima, definiéndola como seductora y deseosa de la relación sexual y la creencia referida a que los abusos sexuales infantiles únicamente les suceden a cierto tipo de personas, que no se comportan de la forma socialmente establecida (construcción social de la chica buena/chica mala). Estos factores, ampliamente extendidos, provocan que el posible agresor crea que su conducta no tiene nada de incorrecto o reprochable, ya que la víctima desea la relación sexual igual que él; así como que su conducta no va a tener consecuencias negativas para él, ya que la víctima no es una persona socialmente respetada.

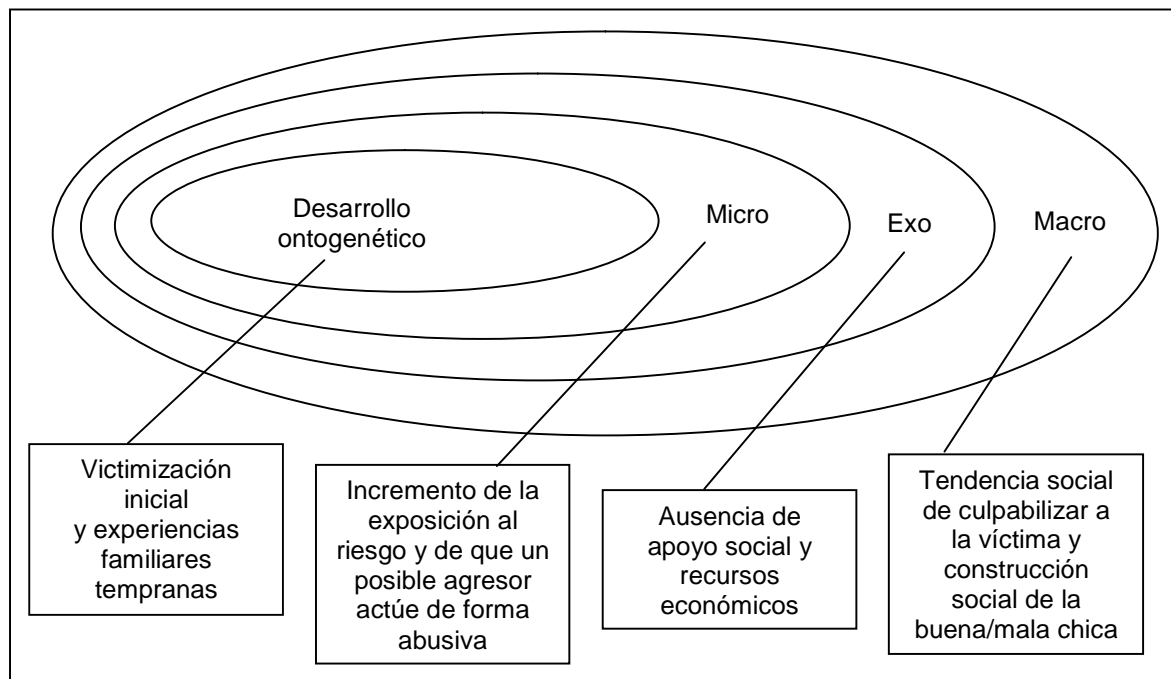


Figura 7.8. Modelo Ecológico de Grauerholz (2000)

7.8.2. Otros modelos explicativos de la revictimización

El modelo propuesto por Arata (2000) constata la importancia de las características de la propia experiencia de abuso sexual en el incremento del riesgo de revictimización (como es la severidad física del abuso sufrido), así como aquellas relacionadas con la situación posterior al abuso sexual (como el sentimiento de culpa y su relación con una mayor dificultad para detectar señales de riesgo ante determinadas situaciones y personas; así como el trastorno por estrés postraumático

y los síntomas disociativos presentes frecuentemente en estas víctimas y que aumentan ciertas conductas de riesgo como la promiscuidad sexual, así como disminuyen la capacidad de protección de la víctima).

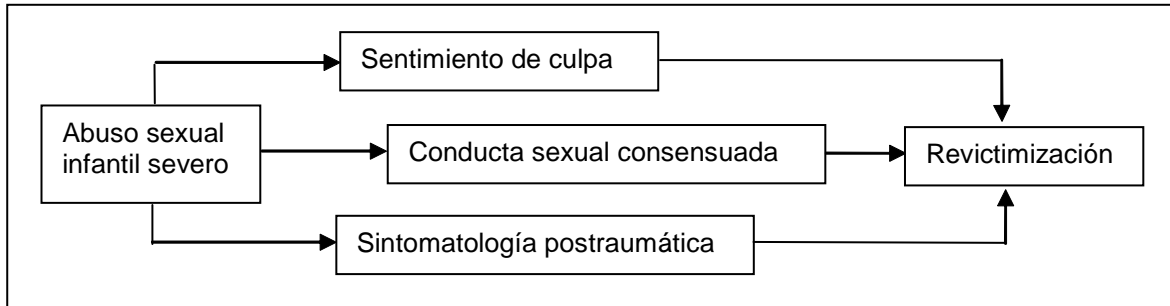


Figura 7.9. Modelo de la revictimización de Arata (2000)

Otros estudios, como el de Krahé, Scheinberger-Olwig, Waizenhöfer y Kolpin (1999), siguiendo la línea de los ya comentados, consideran que son la baja autoestima, y la promiscuidad sexual que presentan las víctimas de abuso sexual infantil aquellas variables que incrementan el riesgo de revictimización.

7.9. SÍNTESIS DE LOS MODELOS EXPLICATIVOS

Si bien las distintas perspectivas teóricas de los autores influyen en el desarrollo de sus modelos y conducen a un mayor o menor énfasis en algunas variables, así como a describir un proceso más o menos similar, todos ellos defienden la profunda alteración que supone la experiencia de abuso sexual infantil en el desarrollo psicosocial de la víctima y la existencia de variables que pueden llegar a mitigar e incluso anular, esta alteración. En síntesis, los modelos presentados constatan el desarrollo de múltiples consecuencias psicológicas relacionadas con la experiencia de abuso sexual infantil, si bien la forma de explicar el desarrollo de estas consecuencias es ligeramente distinta.



8. VARIABLES MODERADORAS Y MEDIADORAS: *RESILIENCE*

8.1. FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN: VULNERABILIDAD Y *RESILIENCE*

8.1.1. Factores de riesgo y factores de protección

El estudio de los factores de riesgo y, especialmente el relativo a los factores de protección y al concepto de *resilience* es reciente, situándose su principal desarrollo en la década de los ochenta (Rutter, 1990). La identificación de los factores de riesgo y de protección, así como de los conceptos relacionados (*resilience*, vulnerabilidad y compensación) se encuentra aún hoy en fase de desarrollo, definiéndose como una tarea de gran complejidad metodológica (Kirchner y Forns, 2000).

Por factor de riesgo se entiende la exposición a determinadas circunstancias que se asocian a un incremento de la probabilidad (riesgo) de obtener unos resultados negativos o indeseables como la adopción de conductas inadecuadas en una medida superior al nivel esperado en la población general (no expuesta), que pueden comprometer la salud, el bienestar y, en resumen, el adecuado desarrollo de la persona (Jessor, Van den Bos, Vanderryn, Costa y Turbin, 1995; Kazdin, Kraemer, Kessler, Kupfer y Offord, 1997). De acuerdo con esta definición, la experiencia clínica y los resultados de la investigación indican que, entre otros estresores, el abuso sexual infantil es un factor de riesgo para el adecuado desarrollo del individuo, si bien la mayoría de sus resultados, obtenidos a partir de estudios transversales y retrospectivos, impiden añadir a este riesgo un carácter causal (Kazdin et al., 1997).

Sin embargo, la observación de determinados individuos que, pese a su exposición a situaciones consideradas de alto riesgo, no parecen desarrollar los problemas que podrían suponerse de tales experiencias impulsó el estudio de los factores denominados de protección (Jessor, 1992). Dentro de esta perspectiva, los factores de protección se definen como aquellos que actúan inhibiendo o amortiguando el impacto de los acontecimientos que producen riesgo, de manera que estos acontecimientos pueden controlarse o manejarse con más facilidad (Jessor et al., 1995; Rutter, 1990).

Si bien existe un menor consenso respecto a la definición de los factores de protección, considerándose inicialmente ambos conceptos, riesgo y protección, los polos opuestos de una misma variable, autores como Rutter (1990) abogan por diferenciar ambos factores, e incluso por defender, en determinados casos, el efecto directo de los factores de protección sobre la conducta.

8.1.2. Vulnerabilidad y *resilience*

En un primer momento la investigación se centró en la identificación de determinadas características, circunstancias o acontecimientos que podían considerarse de riesgo para el individuo (como el tener unos determinados rasgos de personalidad, el pertenecer a un entorno social empobrecido o la psicopatología parental, entre otros) y otras que eran designadas de protección (como una elevada autoestima o la presencia de apoyo social). No obstante, la investigación ha señalado que una misma circunstancia puede actuar como factor de riesgo o de protección dependiendo del individuo y de su trayectoria. Los factores de riesgo y de protección no son acontecimientos o características estáticas y diferenciadas que pueden ser identificados o clasificados en categorías (Kazdin et al., 1997).

Desde esta perspectiva se habla de mecanismos de riesgo o vulnerabilidad y mecanismos de protección, compensación o *resilience* (Rutter, 1990), refiriéndose a la interacción entre las características del individuo y de su entorno con la situación y dando lugar a un efecto de riesgo o a un efecto protector (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000a). Es el proceso o mecanismo de interacción entre el individuo y la situación, no la variable en sí, aquello que conlleva un riesgo o una protección para el individuo, constituyéndose en un punto de inflexión o *turning point* en la vida de éste (Rutter, 1990).

Dentro de esta línea de investigación, la vulnerabilidad se refiere a aquellos individuos que intensifican la reacción desadaptativa frente a un factor de riesgo y no desarrollan mecanismos de protección (Rutter, 1990), dando lugar a un mecanismo de riesgo. La vulnerabilidad se ha definido como la predisposición de un individuo a presentar resultados negativos, referidos al desarrollo de un particular trastorno o a una susceptibilidad general al estrés (Compas y Phares, 1991).

Frente al concepto de vulnerabilidad, aquellas variaciones individuales existentes en el mantenimiento de un funcionamiento adaptativo pese a la presencia de factores de riesgo son denominadas *resilience* (Rutter, 1990). La *resilience* o resistencia al estrés designa la capacidad del individuo para hacer frente a una determinada situación logrando una adaptación exitosa e incluso utilizar la superación de ese estrés para el crecimiento psicológico (Lemos, 1996). Por tanto, la protección no se relaciona únicamente con acontecimientos positivos o agradables sino que, en ciertos casos, puede referirse a acontecimientos negativos que, en interacción con el individuo, resultan en mecanismos compensadores (Luthar et al., 2000a; Rutter, 1993).

Diversos autores, no obstante, han constatado las dificultades existentes en la definición de *resilience*, que siguen siendo centro de importantes discusiones teóricas (Heller, Larrieu, D'Imperio y Boris, 1999; Kinard, 1998b; Luthar et al., 2000a).



Una de estas dificultades es la confusión existente entre la *resilience* y la invulnerabilidad. El concepto de invulnerabilidad, ampliamente utilizado durante los años setenta (Mrazek y Mrazek, 1987), se refiere a una capacidad *intrínseca* y *permanente* del individuo que le permite resistir *toda situación* de riesgo *sin verse afectado*. La resistencia, sin embargo, no implica inmunidad al estrés (Garmezy, 1991).

Por un lado, la investigación ha demostrado que la capacidad de resistencia o *resilience* puede residir tanto en características del individuo como en circunstancias de su entorno, así como ha ilustrado su carácter no permanente, viéndose influida por el propio desarrollo del sujeto. El concepto de *resilience*, por otro lado, niega la posibilidad de que el individuo pueda resistir toda situación de riesgo sin verse afectado, sugiriendo la existencia de una susceptibilidad gradual al estrés y defendiendo que, si bien algunos individuos pueden resistir más estresores que otros, todo el mundo tiene un límite (Rutter, 1993).

Otra de las dificultades teóricas en la definición de *resilience* es su doble acepción, pudiéndose considerar un *proceso* o un *resultado* (Kinard, 1998b).

La mayoría de definiciones revisadas resumen el concepto de *resilience* como un proceso dinámico de adaptación al riesgo, que implica la interacción entre factores de riesgo y factores de protección, del propio individuo y de su entorno. Diversas variables se han relacionado con la capacidad de resistencia al estrés o *resilience*, como son la presencia de buenas habilidades comunicativas y de solución de problemas, un locus de control interno para acontecimientos positivos o contar con el apoyo emocional de personas significativas (Heller et al., 1999; Moran y Eckenrode, 1992; Werner, 1995). En el caso de las víctimas de maltrato infantil, a estas variables se añaden otros aspectos distintos, como una rápida respuesta al peligro (ilustrándose en conductas como la hipervigilancia), disociación temporal del afecto, proyección positiva (fantasear con un futuro mejor), idealización de las competencias del agresor e identificación con esas competencias, entre otros (Crittenden, 1985; Mrazek y Mrazek, 1987).

Sin embargo, el mismo concepto se ha utilizado para establecer un resultado, referido al estado de un individuo (como por ejemplo una adecuada salud mental, capacidad de funcionamiento y competencia social) tras la experiencia de un acontecimiento de riesgo. Una elevada autoestima ha sido considerada por diversos autores un factor protector o variable que promueve la *resilience* (Werner, 1995; Milgram y Palti, 1993; Moran y Eckenrode, 1992) pero también un criterio para definir una adecuada adaptación al estrés, por ejemplo tras acontecimientos como el abuso sexual (Mennen y Meadow, 1994; Rosenthal, Feiring y Taska, 2003). La importante confusión que se deriva de la utilización indistinta de ambas acepciones dificulta la comparación de resultados entre estudios (Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodick y Sawyer, 2003).

En relación con este aspecto, definir la resistencia al estrés como la obtención de resultados positivos, implica que los diversos autores definan y acuerden qué consideran *resultados positivos*.

Tanto la ausencia de psicopatología como la existencia de un funcionamiento por encima de la media en determinadas áreas de la vida del individuo han sido considerados indicadores de *resilience*, no existiendo acuerdo entre los diversos estudios, especialmente si pertenecen a ámbitos profesionales distintos (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000b). Este desacuerdo provoca que existan variaciones en los resultados sobre individuos resistentes al estrés según la definición de resistencia utilizada (Kaufman, Cook, Arny, Jones y Pittinsky, 1994).

Otras dificultades metodológicas intrínsecas al estudio de la *resilience* en casos de maltrato infantil han sido constatadas por Kinard (1998b). Respecto a la utilización del concepto de *resilience* como respuesta o resultado, la autora subraya la importancia de establecer las áreas de funcionamiento del sujeto que son utilizadas como criterio (ausencia de psicopatología, buen rendimiento cognitivo, competencia social, entre otras), ya que la no existencia de esta diferenciación favorece resultados contradictorios entre estudios (Heller et al., 1999). Siguiendo esta línea, autores como Luthar (1993) abogan por el uso de términos referidos a áreas específicas de funcionamiento del individuo (como *resilience* académica, *resilience* social y *resilience* emocional), defendiendo que la existencia de un concepto de *resilience* global es de cuestionable utilidad.

Kinard (1998b) también destaca la importancia de evaluar más de un área de funcionamiento del sujeto y de utilizar más de una medida de evaluación o más de un evaluador. De no ser así, un individuo puede ser etiquetado como resistente aunque únicamente muestre un buen funcionamiento en un área de su vida, y múltiples dificultades en otra (Kaufman et al., 1994; Luthar et al., 2000a). La *resilience* es un fenómeno complejo que no puede reducirse a un único indicador, sino que debe evaluarse de forma multidimensional (Luthar, 1993; Rutter, 1993; Spaccarelli y Kim, 1995), si bien otros trabajos consideran que el concepto de resistencia no debe ser definido teóricamente de forma tan estricta puesto que de ser así sería muy difícil de alcanzar en la investigación clínica (Robinson, 2000).

Sin embargo, la no existencia de información sobre el funcionamiento del individuo antes de la vivencia del estresor es también una dificultad a tener en cuenta al considerar la evaluación del funcionamiento actual del individuo como criterio de *resilience*. Así como también el nivel de riesgo experimentado por el individuo, evitando que aquellos considerados resistentes puedan haber experimentado un menor nivel de riesgo. Finalmente, cabe considerar que el momento en el que se evalúe al individuo puede enmascarar los posibles efectos negativos asociados con la experiencia de riesgo, siendo considerado resistente cuando, en realidad, los posibles efectos latentes aún no se han manifestado (Luthar et al., 2000a).

La influencia que estos posibles efectos interactivos pueden tener sobre la evaluación de la resistencia al estrés ha sido ilustrada estadísticamente por diversos estudios (véase von Eye y Schuster, 2000; Roosa, 2000).



8.2. VARIABLES MODERADORAS Y MEDIADORAS

Siguiendo la perspectiva teórica de la *resilience*, las orientaciones más actuales han relacionado los conceptos de riesgo y protección y han sugerido la existencia de una función moderadora o mediadora de estas variables ante situaciones de estrés. Según Briere y Elliot (1994) «*only a second wave of research focusing on potential ameliorating or exacerbating variables in the genesis of abuse effects – can provide a more complete picture of the complexities of childhood sexual victimization and its psychological impacts*» (p. 64).

No obstante, la influencia de determinadas variables para atenuar o acentuar el riesgo de desarrollar problemas psicológicos ante situaciones adversas o estresantes, ha sido sugerida en las orientaciones más clásicas del estrés, como el modelo propuesto por Lazarus (1966) y Lazarus y Folkman (1984), Garmezy (1985) o Garrity y Marx (1985). Dentro de esta perspectiva, la presencia o ausencia de ciertas variables no únicamente relacionadas con las características objetivas del estresor sino también con factores individuales y psicosociales, de manera consistente, facilitarían la aparición de trastornos psicopatológicos en situaciones de estrés, mientras que la presencia o ausencia de otras variables minimizaría o anularía los posibles efectos psicológicos relacionados con esa situación y proporcionaría al individuo la capacidad de resistencia frente a ese estresor (Compas y Phares, 1991; Lazarus y Folkman, 1984). En palabras de Lazarus (1999) «*Trauma can never be adequately defined as an external event. To be traumatized depends on the specifics of the connection between the event and the person who is responding to it – in other words, on the person-environment relationship*».

En términos generales, la *función moderadora* se refiere a una variable, cualitativa (e.g. sexo, raza) o cuantitativa (e.g. nivel de refuerzo), que afecta la dirección y/o la fuerza de la relación entre una variable independiente o predictora y una variable dependiente o criterio. La relación causal entre la variable predictora y el criterio varía como función de la variable moderadora (Baron y Kenny, 1986; Holmbeck, 1997).

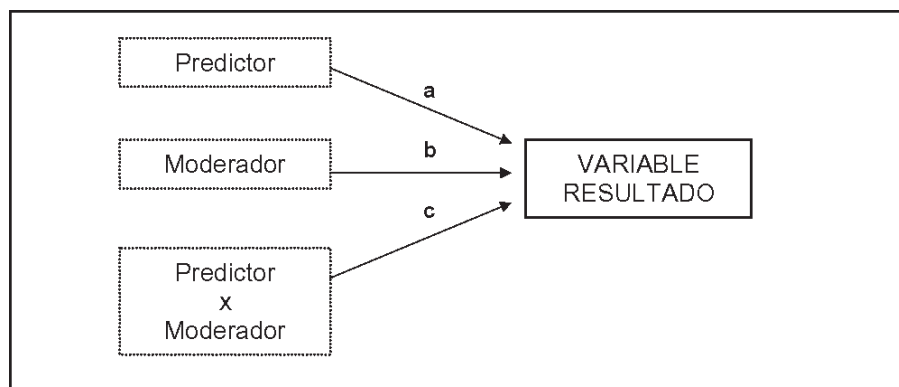


Figura 8.1. Modelo moderador

Como ilustra la Figura 8.1, el efecto moderador se cumple si la interacción (*relación c*) es significativa. Por otro lado, los efectos principales del predictor y del moderador sobre la variable resultado (*relaciones a* y *b*) también deben ser significativos, si bien esta significación no es conceptualmente relevante en la evaluación de la hipótesis moderadora. Cabe añadir que para probar la existencia de la interacción es deseable que la variable moderadora no correlacione con el predictor ni con el criterio o variable resultado. Debe considerarse también que predictor y moderador se encuentran al mismo nivel respecto a su rol causal sobre la variable criterio, funcionando el moderador como variable independiente.

Respecto al *modelo mediador*, su idea central es que el efecto de los estímulos en la conducta se encuentra mediado por procesos de transformación internos al organismo. Las variables mediadoras explican cómo acontecimientos externos al individuo toman una importante significación psicológica (Baron y Kenny, 1986). En pocas palabras, la variable independiente causa la variable mediadora que, a su vez, causa la variable respuesta (Holmbeck, 1997).

Como se observa en la Figura 8.2, el modelo asume un sistema de tres variables con dos efectos incidiendo en la variable resultado: el impacto directo de la variable independiente (*relación c*) y el impacto del mediador (*relación b*), y un efecto de la variable independiente sobre el mediador (*relación a*).

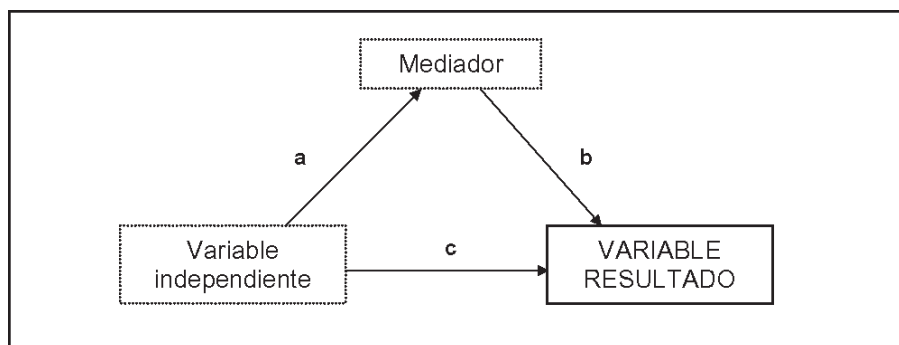


Figura 8.2. Modelo mediador

Para que una variable pueda ser considerada mediador debe cumplir una serie de condiciones, entre las que destacan, según Baron y Kenny (1986):

(a) variaciones en el nivel de la variable independiente explican de forma significativa variaciones en la variable mediadora (*relación a*),

(b) variaciones en la variable mediadora explican de forma significativa variaciones en la variable dependiente o resultado (*relación b*) y



(c) cuando se controlan las *relaciones a y b*, la relación existente entre la variable independiente y la dependiente o resultado deja de ser significativa, demostrándose la mediación más significativa cuando la *relación c* es igual a cero.

Para Grant, Compas, Stuhlmacher, Thurm, McMahon y Halpert (2003) la diferencia entre mediador y moderador se encuentra en su existencia, anterior o posterior, al acontecimiento estresante. Estos autores mantienen que las variables moderadoras hacen referencia a características *preexistentes* en el individuo antes de la exposición al estresor, que aumentan o disminuyen la relación de éste con la presencia de psicopatología. El sexo, la edad y el apoyo social serían ejemplos de moderadores. Sin embargo, las variables mediadoras son activadas, establecidas o causadas por la experiencia traumática, explicando la relación existente entre el estresor y la psicopatología. Serían características del individuo y/o de su entorno en respuesta al estresor. Variables como las atribuciones cognitivas del acontecimiento o determinados procesos familiares son ejemplos de mediadoras.

No obstante, si bien la diferencia teórica entre moderador y mediador se encuentra establecida, la mayoría de estudios parecen utilizar ambos conceptos de forma indistinta. Este hecho, junto con la existencia de una metodología estadística específica para cada tipo de variable, hace que en muchas ocasiones los resultados obtenidos por los estudios sean confusos y no queden rigurosamente demostrados (Holmbeck, 1997).

8.3. VARIABLES MODERADORAS Y MEDIADORAS EN VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

Los estudios realizados al respecto parecen confirmar que un importante porcentaje de víctimas de abuso sexual infantil no presenta repercusiones psicológicas tras esa experiencia. Autores como Echeburúa (2004) sitúan ese porcentaje de resistencia en un 30% de las víctimas a corto plazo y en un 70% a la largo plazo.

Es conveniente determinar, por tanto, las variables que se han asociado con la presencia o ausencia de sintomatología psicológica en víctimas de abuso sexual infantil en los diversos trabajos publicados.

Uno de los primeros autores en conceptualizar la existencia de estas variables fue Spaccarelli (1994), quien desarrolló el modelo transaccional como marco teórico explicativo de su influencia (véase capítulo 7, modelos explicativos). Spaccarelli y Kim (1995) proponen que aquellas víctimas de abuso sexual infantil resistentes al estrés, definiéndose esta resistencia como la ausencia de niveles clínicos de sintomatología psicológica (ansiedad, depresión y conducta agresiva) y el mantenimiento de un nivel de competencia social normativo para la edad, son las que presentan un mayor nivel de apoyo parental y la ausencia de variables estresantes relacionadas con el abuso (más de un agresor, coerción durante abuso) y con los hechos posteriores al abuso

(conflictos parentales, múltiples entrevistas con profesionales distintos, entre otros). Los autores abogan por una definición de *resilience* centrada en la ausencia de sintomatología ya que, en gran parte de los casos, si bien las víctimas podían mantener un nivel de competencia social adecuado, sus niveles de sintomatología psicológica eran muy elevados. Spaccarelli y Kim (1995) también destacan la importancia de tener en cuenta la posible existencia de efectos latentes en las víctimas consideradas resistentes que, aunque no visibles en un primer momento, pueden desarrollarse con el paso del tiempo.

Los estudios sobre variables moderadoras y mediadoras en casos de abuso sexual infantil suelen agruparse en aquellos relacionados con características de la víctima, con características del abuso y del agresor, así como con las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso respecto a la familia y al entorno de la víctima (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Wolfe y Birt, 1995). No obstante, los estudios revisados no se centran únicamente en una de ellas sino que tienden a analizar los efectos de diversas variables que, además, suelen influirse entre sí (Runtz y Schallow, 1997).

El trabajo de Wyatt y Newcomb (1990) ilustra esta interacción. Los autores analizaron el efecto directo y mediador de diversas variables en el funcionamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil ya adultas (véase Figura 8.3).

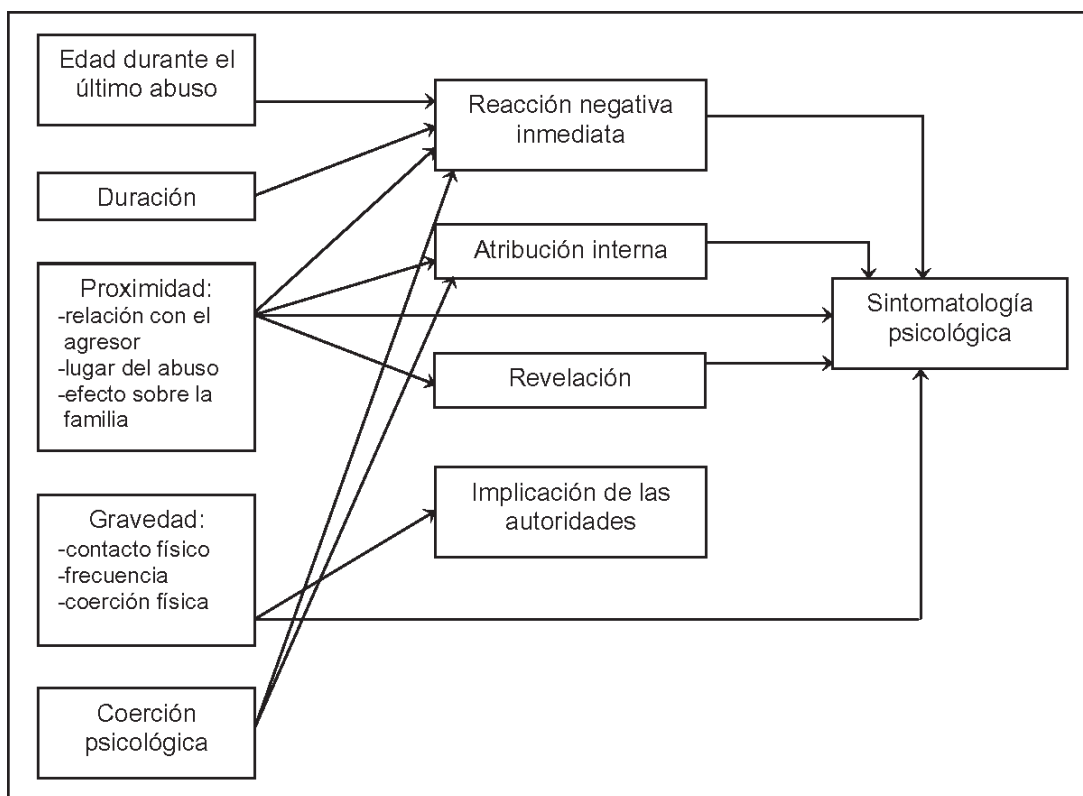


Figura 8.3. Estudio de Wyatt y Newcomb (1990)



Wyatt y Newcomb (1990) obtuvieron en su estudio un efecto directo de las variables gravedad del abuso (caracterizado por el contacto físico, la frecuencia del abuso y la coerción física por parte del agresor) y proximidad (formada por relación con el agresor, lugar en el que se produjo el abuso y efecto del abuso en la familia de la víctima) en el malestar psicológico experimentado por los adultos analizados. El impacto de las variables duración del abuso, edad durante el último abuso experimentado y uso de coerción psicológica por parte del agresor, fue mediado por la reacción negativa inmediata de la víctima y por las atribuciones internas del abuso. Los autores observaron que la implicación de las autoridades en el caso no influía en el posterior desarrollo de sintomatología. Sin embargo, la proximidad del abuso, especialmente el componente de relación con el agresor, se encontraba relacionado con la revelación del abuso, de forma que el abuso por parte de agresores intrafamiliares reducía de forma significativa la probabilidad de revelación (véase Figura 8.3).

Si bien es imposible intervenir sobre las variables relacionadas con el agresor y con el abuso tras la vivencia de éste, otras variables referidas a la víctima y a su entorno pueden cambiarse, abriéndose un importante campo de trabajo de prevención terciaria (Roche, Runtz y Hunter, 1999). Un mejor conocimiento de las variables mediadoras relacionadas con la experiencia de abuso sexual infantil permitirá un mejor tratamiento de estas víctimas, así como la prevención de problemas psicológicos posteriores (Conte y Schuerman, 1987).

La mayoría de estudios se centran en analizar el efecto de variables relacionadas con el abuso y con la situación posterior al abuso, sin embargo, autores como Mannarino, Cohen y Berman (1994) muestran la necesidad de estudiar también las variables anteriores al abuso como posibles causantes del estado emocional de la víctima tras esta experiencia e incluso, como causantes de la propia experiencia. Siguiendo este planteamiento, los autores observaron que el grupo víctima de abuso sexual infantil presentaba más problemas psicológicos y de desarrollo antes del abuso que el grupo control, así como más problemas conductuales, emocionales, síntomas depresivos y baja autoestima tras el abuso. Los autores defienden, en base a su experiencia clínica, la relación existente entre la experiencia de abuso sexual y el desarrollo de sintomatología psicopatológica, si bien mantienen la influencia de las variables previas al abuso como importantes contribuyentes a esa sintomatología.

8.3.1. Características de la víctima

8.3.1.1. Sexo

Algunos estudios constatan que las víctimas de sexo femenino presentan un mayor riesgo de malestar psicológico tras el abuso sexual, principalmente de síntomas internalizantes y trastorno por estrés postraumático (Feiring et al., 1999).

Como destacan Feiring y colaboradores (1996), basándose en el Modelo de Estigmatización (véase Capítulo 7), las diferencias existentes entre varones y mujeres pueden explicar las

diferencias observadas en la presencia de sintomatología. Según estos autores, las víctimas de sexo femenino presentan una mayor tendencia a desarrollar sentimientos de vergüenza y atribuciones internas, estables y globales para acontecimientos negativos como el abuso sexual, incrementándose de este modo su riesgo de malestar psicológico.

Sin embargo, otros autores han observado un mayor riesgo de intentos de suicidio (Garnefski y Diekstra, 1997) y de ideación suicida (Luster y Small, 1997) en víctimas de abuso sexual infantil de sexo masculino. Los varones también parecen abusar más del alcohol (Luster y Small, 1997) e iniciarse tempranamente en el mantenimiento de relaciones sexuales, así como usar con menor frecuencia métodos de contracepción (Chandy et al., 1996). Estudios como el de Garnefski y Arends (1998) y Garnefski y Diekstra (1997) sugieren una mayor afectación psicológica en víctimas de abuso sexual infantil de sexo masculino, tanto respecto a problemas conductuales como emocionales.

Otros trabajos, no obstante, no han obtenido diferencias en el desarrollo de sintomatología en víctimas de abuso sexual infantil en función del sexo, si bien el tipo de síntomas sí parece diferir según el sexo con una mayor presencia de síntomas externalizantes en varones e internalizantes en mujeres (Chandy et al., 1996; Fontanella et al., 2000). Una revisión de la sintomatología diferencial en varones y mujeres víctimas de abuso sexual infantil puede leerse en el Capítulo 5 sobre consecuencias del abuso sexual.

8.3.1.2. *Edad*

La edad de la víctima también parece ser una variable que modera el desarrollo de psicopatología, si bien los resultados de los diversos estudios no son concluyentes. Algunos estudios consideran que las víctimas más jóvenes al producirse el abuso presentan un mayor riesgo de desarrollar sentimientos de culpa y, por tanto, de presentar psicopatología (Lynskey y Fergusson, 1997). Ese hecho se encuentra justificado desde las teorías del desarrollo debido al egocentrismo y a la dificultad para entender las manipulaciones del agresor presentes en estas víctimas (Hazzard, Celano, Gould, Lawry y Webb, 1995). Otros estudios defienden que los más jóvenes presentan, a su vez, una mayor probabilidad de desarrollar síntomas disociativos tras la experiencia de abuso, debido a que sus estrategias de afrontamiento son más primitivas y poco desarrolladas (Rowan et al., 1994)

Sin embargo, diversos autores consideran que a mayor edad, mayor riesgo de problemas psicológicos en víctimas de abuso sexual (Kendall-Tackett et al., 1993; Ruggiero, McLeer y Dixon, 2000), destacando una mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos y baja autoestima (Feiring et al., 1999; Tebutt et al., 1997). Estos autores defienden que es precisamente la ingenuidad y falta de entendimiento de las víctimas más jóvenes aquello que las protege y favorece un menor impacto (Bendixen et al., 1994). Por otro lado, una mayor edad aumenta el riesgo de



abusos sexuales más invasivos, como la penetración, y que el agresor emplee la violencia física, debido a que la víctima puede presentar una mayor resistencia, así como disminuye el apoyo social recibido y aumenta la percepción de reacciones negativas por parte del entorno, como demuestran diversos estudios (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Feiring et al., 1998a; Feiring et al., 1999).

Cabe destacar que otros autores no han obtenido diferencias significativas en el estado psicológico de la víctima en función de la edad de inicio del abuso (Einbender y Friedrich, 1989; Mennen y Meadow, 1994).

8.3.1.3. *Estrategias de afrontamiento*

Una de las variables mediadoras frecuentemente estudiada en casos de abuso sexual infantil es el *coping* o estrategias de afrontamiento que presente la víctima tras el suceso traumático. Lazarus y Folkman (1984) sugirieron la importancia de las estrategias de afrontamiento ante acontecimientos de tipo estresante, como el abuso sexual infantil, considerándose mediadoras entre el estresor y el desarrollo de sintomatología. Otros autores han constatado, posteriormente, la importancia de las estrategias de afrontamiento como variables mediadoras entre estrés y bienestar psicológico (Billings y Moos, 1981; Compas, 1987; Patterson y McCubbin, 1987; Plancherel, Bolognini y Halfon, 1998).

Sin embargo, el estudio de las estrategias de afrontamiento en víctimas de abuso sexual es un tema complejo, ya que la experiencia de abuso provoca en el individuo reacciones muy diversas que, en algunos casos, desde la perspectiva del afrontamiento habitual y cotidiano, pueden parecer desadaptativas.

Uno de los primeros trabajos al respecto es el de Conte y Schuerman (1987) quienes observaron que tanto el uso de estrategias basadas en el esfuerzo activo de la víctima para evitar el abuso, como la utilización de la reacción pasiva y la aceptación del mismo podían presentarse en aquellas víctimas resistentes al estrés.

Como subrayan diversos autores (Coffey, Leitenberg, Henning, Turner y Benett, 1996b; Steel, Wilson, Cross y Whipple, 1996) el abuso sexual infantil es una experiencia que requiere de estrategias de afrontamiento no habituales y escasamente utilizadas en la vida cotidiana. Es por ello que algunas de las estrategias que pueden ser útiles ante la experiencia de abuso sexual infantil pueden ser consideradas desadaptativas ante otras situaciones e, incluso, aquellas estrategias utilizadas para afrontar el abuso sexual durante la infancia, pueden ser consideradas desadaptativas si se generalizan a otras situaciones y siguen utilizándose en la edad adulta.

Steel y colaboradores (1996) observaron que las víctimas de agresores intrafamiliares presentaban de forma mayoritaria estrategias de afrontamiento que podían etiquetarse como

desadaptativas, entre las que destacaba la aceptación de responsabilidad en el abuso y el posterior desarrollo de sentimientos de culpa. No obstante, el efecto negativo de esta estrategia sobre el estado psicológico de la víctima no ha sido constatado en otros estudios, defendiéndose como una estrategia adaptativa ya que permite otorgar un sentido a la experiencia de abuso, así como disminuir el sentimiento de indefensión y mantener la apariencia de control de la víctima (Conte y Schuerman, 1987; Lamb, 1986).

Lazarus y Folkman (1984) y, posteriormente, Compas (1987) distinguen entre aquellas estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema (que incluyen acciones directas para eliminar o reducir las demandas y/o aumentar los recursos para satisfacer las demandas) y focalizadas en la emoción (dirigidas a manejar la tensión y el malestar que se experimenta como consecuencia del estresor). Dentro de estas últimas, una de las estrategias de afrontamiento que diversos estudios han demostrado se encuentra asociada con mayores niveles de ansiedad y depresión es la evitación cognitiva tras la experiencia de abuso (Spaccarelli y Fuchs, 1997). Un afrontamiento evitativo y centrado en la emoción parece ser la estrategia mayoritariamente utilizada por las víctimas de abuso sexual infantil (Long y Jackson, 1993), independientemente de su sexo (Spaccarelli, 1994; Wolfe y Birt, 1997) y de las estrategias que la víctima utilice con otros estresores distintos al abuso sexual (Coffey et al., 1996b). Sin embargo, este tipo de estrategias parece encontrarse en la base de múltiples problemas psicológicos en población general no víctima (Billings y Moos, 1981; Steiner, Erickson, Hernandez y Pavelski, 2002), así como de sintomatología postraumática, depresión, dificultades sexuales e inestabilidad emocional en víctimas de abuso sexual, como demuestran múltiples estudios (Bal, Van Oost, De Bourdeaudhuij y Crombez, 2003; Kuyken y Brewin, 1999; Runtz y Schallow, 1997; Sigmon, Greene, Rohan y Nichols, 1996).

Otra tipología dentro de las estrategias de afrontamiento utilizada en estudios con víctimas de abuso sexual infantil es aquella que las divide en *engaged* o *comprometidas* y referidas a las respuestas dirigidas a la fuente originaria de estrés o a las propias emociones y pensamientos; y *disengaged* o *evitativas* y definidas como aquellas respuestas orientadas a alejarse de la fuente de estrés o de las propias emociones y pensamientos (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen y Wadsworth, 2001).

En línea con esta categorización, Gibson y Leitenberg (2001) observaron que la experiencia de abuso sexual en la infancia aumentaba la probabilidad de utilizar estrategias de afrontamiento evitativas ante acontecimientos traumáticos posteriores en la edad adulta, como la experiencia de agresión sexual. El uso de este tipo de estrategias, por otro lado, se encontraba relacionado con un mayor nivel de sintomatología postraumática y malestar psicológico general en estas víctimas, así como con que la víctima no hubiera procesado adecuadamente esa experiencia y sus recuerdos al respecto se encontrarán incompletos y distorsionados (Berliner, Hyman, Thomas y Fitzgerald, 2003).



Sin embargo, otros estudios sugieren que el uso de estrategias de afrontamiento evitativas, como la disociación, parece tener un efecto positivo durante la infancia y promover la supervivencia del estado psicológico del menor durante la experiencia de abuso sexual (Narang y Contreras, 2000; Tremblay, Hébert y Piché, 1999). La disociación permite al menor aislar la experiencia traumática y funcionar de forma adecuada en el resto de áreas de su vida. Negar el acontecimiento es otra de las estrategias que favorece, en un primer momento, la adaptación de la víctima, permitiéndole disponer de tiempo para asimilar lo sucedido (Janoff-Bulman, 1989). Sin embargo, si el uso de estas estrategias evitativas se alarga hasta la edad adulta, existe un mayor riesgo de transmisión intergeneracional en estas víctimas, como demuestran algunos autores (Narang y Contreras, 2000).

Himelein y McElrath (1996), por su parte, observaron que aquellas víctimas más resistentes al estrés y con un mejor ajuste psicológico presentaban de forma frecuente estrategias de afrontamiento relacionadas con la revelación del abuso sexual infantil, la minimización de la gravedad del abuso, conseguir una cierta valoración positiva de la experiencia (considerando que les ha servido de forma positiva en algún aspecto) y rechazar el sentimiento de ser víctima y la estigmatización relacionada. Los autores destacan la importancia de la reevaluación cognitiva de la experiencia de abuso sexual infantil en estas víctimas para facilitar su recuperación.

Otros estudios han observado que determinadas características del abuso, especialmente la relación intrafamiliar o extrafamiliar del agresor con la víctima, parecen influir en el uso de uno u otro tipo de estrategias. DiLillo, Long y Russell (1994) obtuvieron que las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar utilizaban más frecuentemente estrategias de afrontamiento focalizadas en la emoción, como la evitación cognitiva, el sentimiento de culpa o el aislamiento social. Sin embargo, estas víctimas también usaban una gran diversidad de estrategias de afrontamiento centradas en el problema. Los autores concluyen que la larga duración de los abusos intrafamiliares y la impotencia de la víctima ante la continuidad de éstos justifican el uso de una mayor diversidad de estrategias, como intentos de afrontar esa experiencia de forma adecuada.

Autores como Perrott, Morris, Martin y Romans (1998) también han observado una mayor presencia de estrategias de afrontamiento evitativas, centradas en la negación del abuso y la represión de los recuerdos relacionados, en víctimas de abuso sexual intrafamiliar, especialmente los cometidos por figuras paternas, con una mayor duración y con la experiencia de penetración. A su vez, el uso de estas estrategias se encontraba asociado con un mayor malestar psicológico, baja autoestima y la vivencia de abuso sexual infantil en los hijos de la víctima.

Siguiendo esta línea, Chaffin, Wherry y Dykman (1997) analizaron las estrategias de afrontamiento utilizadas por un grupo de víctimas de abuso sexual infantil en edad escolar y

observaron su relación con las características del abuso y del entorno de la víctima tras la revelación o al descubrimiento del abuso. Las estrategias utilizadas principalmente por las víctimas fueron el afrontamiento evitativo, el afrontamiento *internalized* o internalizado, el afrontamiento de rabia o enfado y el afrontamiento activo/social.

El afrontamiento evitativo, al contrario que en los estudios realizados con adultos, se asociaba con una menor presencia de sintomatología psicológica aunque con más actitudes negativas y ansiedad respecto a la sexualidad. La ausencia de sintomatología en menores víctimas de acontecimientos traumáticos que utilizan estrategias de afrontamiento evitativas se ha observado en otros trabajos (Canning, Canning y Boyce, 1992). Para estos autores, es posible que el uso de estrategias afrontamiento evitativas proteja al menor del estrés inicial tras el acontecimiento traumático, permitiendo posteriormente el procesamiento cognitivo necesario para resolver el trauma.

El afrontamiento denominado internalizado, y referido al uso de estrategias como la resignación, el asumir la culpa y el aislamiento social, parecía relacionarse con una mayor presencia de sintomatología psicológica y con una reacción negativa por parte del entorno del menor ante la revelación o el descubrimiento del abuso sexual.

El uso de estrategias de afrontamiento relacionadas con enfadarse, culpar a otros y expresar rabia se encontraba presente en aquellas víctimas con un mayor malestar psicológico y problemas conductuales, siendo utilizado, frecuentemente, por víctimas de abuso sexual infantil extrafamiliar.

Finalmente, el afrontamiento activo/social era utilizado principalmente por aquellas víctimas con abusos menos graves, no encontrándose asociado con un mayor o menor nivel de sintomatología y siendo considerada una estrategia sin efectos sobre el estado psicológico de la víctima de abuso sexual. La búsqueda de apoyo social y el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la solución de problemas no parecen presentar, *per se*, un efecto positivo sobre el estado de las víctimas de abuso sexual.

8.3.1.4. *Valoración cognitiva del abuso y de uno mismo: autoestima y autoconcepto*

La valoración que realice el individuo de la situación de estrés ha sido una de las variables más estudiada desde las perspectivas teóricas clásicas. En palabras de Lazarus (1999) «*stress and emotion depend on how an individual evaluates (appraises) transactions with the environment*» (p. 36).

Dentro de la investigación sobre abuso sexual, diversos autores han estudiado el posible efecto mediador de la valoración cognitiva que la víctima realice sobre sí misma y sobre el abuso, tras esta experiencia.



Valoración cognitiva del abuso

Aquellas valoraciones que consideran el abuso un suceso sumamente traumático y con importantes y perdurables efectos negativos se relacionan con un mayor riesgo de sintomatología psicopatológica (Spaccarelli, 1994; Williams, 1993). Este efecto se observa también en otros acontecimientos estresantes distintos. Parece ser que, independientemente del acontecimiento experimentado, si el individuo presenta una valoración negativa de éste y de sus potenciales efectos, su nivel de malestar psicológico será mayor que aquél encontrado en otros individuos que no presentan estos pensamientos negativos (Goodhart, 1985). En relación al abuso sexual, creencias disfuncionales sobre la pérdida de seguridad, confianza, poder e intimidad, también aumentan de forma considerable el riesgo de sintomatología psicológica en estas víctimas (Spaccarelli, 1995; Wenninger y Ehlers, 1998).

Sin embargo, autores como Fondacaro, Holt y Powell (1999) han observado que la no aceptación de la experiencia de abuso también parece aumentar el malestar psicológico de estas víctimas. En su estudio, los autores observaron que aquellos individuos que cumplían los criterios para ser considerados víctimas de abuso sexual infantil, según sus respuestas a las preguntas de un cuestionario, pero no se percibían a sí mismos como tales, presentaban un mayor riesgo de alcoholismo y de abuso de sustancias. Los autores sugieren la posibilidad que la no percepción de abuso sea, en realidad, una negación de la experiencia y el uso de estrategias de afrontamiento evitativas, lo que, a su vez, conllevaría a un mayor abuso del alcohol y otras sustancias.

Valoración cognitiva de uno mismo: autoestima y autoconcepto

Estudios como el de Cicchetti, Rogosch, Lynch y Holt (1993) indican que aquellos menores que mantienen un elevado nivel de autoestima pese a la experiencia de maltrato infantil, son también aquellos que suelen presentar una mayor resistencia al estrés, conceptualizándose la autoestima como un factor que promueve la resistencia. En esta línea, el trabajo de Luster y Small (1997) constata que el éxito escolar en jóvenes adolescentes víctimas de abuso sexual parece reducir el riesgo de problemas psicológicos y relacionarse con un mayor nivel de autoestima. Sin embargo, la frecuente presencia de problemas cognitivos relacionados con la experiencia de abuso sexual infantil suelen influir negativamente en el rendimiento escolar de estas víctimas y, por tanto, reducir la posibilidad de aumentar la autoestima en relación con este aspecto.

Otros autores han estudiado la importancia del autoconcepto o percepción que la víctima tenga de sí misma y de su comportamiento, observando que aquellas víctimas de abuso sexual que no se gustan y manifiestan sentirse peor consigo mismas, a la vez que juzgan su comportamiento como generalmente negativo, presentan más sintomatología psicopatológica (Muller y Lemieux, 2000; Reyes, Kokotovic y Cosden, 1996).

El efecto mediador de las creencias autodenigratorias en víctimas de abuso sexual infantil (sentimientos de estar dañada y/o contaminada) han sido analizadas por Waller y Smith (1994). Los autores observaron una mayor presencia de este tipo de autovaloración en víctimas de abuso sexual en tratamiento psiquiátrico, en comparación con un grupo de víctimas de abuso sexual sin tratamiento. Estas creencias aumentaban significativamente el sentimiento de culpa respecto a la experiencia de abuso sexual y, a su vez, se relacionaban con una mayor presencia de sintomatología psicopatológica.

Spaccarelli (1995) también observó que las víctimas de abuso sexual infantil que valoraban de forma negativa su sexualidad (e.g. considerarse demasiado sexy, anticipar futuros problemas de tipo sexual) o a sí mismas (e.g. considerarse mala persona, culparse por el abuso) presentaban mayores niveles de sintomatología psicológica.

8.3.1.5. *Locus de control y sentimiento de culpa*

Locus de control

Son diversos los autores que establecen que un estilo atributivo interno, estable y global para acontecimientos negativos, muy relacionado con la presencia de sentimientos de culpa, parece encontrarse en aquellas víctimas con un mayor nivel de sintomatología psicológica tras la experiencia de abuso sexual infantil (Feiring, Taska y Lewis, 1998b; Gold, 1986; Wenninger y Ehlers, 1998).

El trabajo de Barker-Collo (2001) con mujeres víctimas de abuso sexual indica que cuando la víctima presenta una relación estrecha, cercana y de confianza con el agresor, es más probable que desarrolle atribuciones internas del abuso sexual y, por tanto, que presente en la edad adulta una mayor sintomatología psicopatológica e ideación e intentos suicidas.

En esta línea, Cohen y Mannarino (2000) observaron que las atribuciones internas para el abuso sexual se relacionaban de forma significativa con el sentimiento de culpa y con el desarrollo de sintomatología psicopatológica, influyendo de forma negativa en el pronóstico del tratamiento psicológico aplicado a estas víctimas.

Anteriormente, Morrow (1991) obtuvo resultados similares, destacando la presencia significativa de baja autoestima y síntomas depresivos en aquellas víctimas que atribuían la experiencia de abuso a una causa interna, en comparación con aquellas que presentaban una atribución externa o que afirmaban no saber porqué el abuso había sucedido.

Sin embargo los trabajos de autores como Lamb (1986) y Ullman (1997) indican que la presencia de un *locus de control* externo, relacionado con la percepción de escaso control tras la experiencia de abuso, también puede influir de forma negativa en el bienestar psicológico de la víctima.



Ullman (1997), en contraposición a lo afirmado por Morrow (1991), añade que el no disponer de una respuesta que explique porqué el individuo ha sido víctima de abuso sexual dificulta el tratamiento e impide la superación del trauma. El elevado malestar psicológico presente en aquellas víctimas que se preguntan constantemente porqué ocurrió ha sido constatado en otros estudios (Frazier y Schauben, 1994)

Son distintos los trabajos que constatan que la presencia de escaso control personal en víctimas de abuso sexual infantil se relaciona de forma significativa con un mayor malestar psicológico general (Porter y Long, 1999), baja autoestima y percepción negativa del mundo en general (Ullman, 1997), así como con problemas específicos, como trastornos de la conducta alimentaria (Waller, 1998).

Cabe destacar, no obstante, que no parecen existir diferencias en el *locus de control* que presentan las víctimas de abuso sexual infantil al compararlas con víctimas de otros acontecimientos traumáticos o con grupos sin experiencia de trauma (Mannarino y Cohen, 1996a). La experiencia de abuso sexual no determina el *locus de control* que presentará la víctima posteriormente, pero el *locus de control* que presenta la víctima antes del abuso sexual sí puede aumentar o disminuir su malestar psicológico tras esta experiencia (Porter y Long, 1999).

Sentimiento de culpa

El desarrollo de sentimientos de culpa tras la experiencia de abuso sexual es una de las variables mediadoras más estudiada y sobre la que existe un mayor acuerdo. La presencia de sentimientos de culpa tras este tipo de experiencias parece producirse en la extensa mayoría de víctimas de abuso sexual infantil, si bien disminuye con el paso de los años (McMillen y Zuravin, 1997) y difiere entre individuos (Kubany y Watson, 2003).

Es importante destacar que el desarrollo de sentimientos de culpa ante un acontecimiento traumático varía enormemente según el acontecimiento experimentado, la percepción de gravedad de ese acontecimiento por parte de la víctima y la duración del mismo, entre otras variables a tener en cuenta (Miller y Porter, 1983). Autores como Miceli (1992) destacan la existencia de diversos medios para hacer sentir culpable a un individuo, independientemente de la responsabilidad objetiva que éste tenga sobre el acontecimiento causante de culpa. La acusación directa responsabilizándolo, los reproches por su conducta antes, durante o tras el acontecimiento, aislar al individuo de afecto y atacar sus posibles excusas y justificaciones, son algunos de los medios que pueden provocar el desarrollo de sentimientos de culpa en víctimas de abuso sexual.

Son diversas las publicaciones que intentan explicar el porqué del sentimiento de culpa, destacando a Janoff-Bulman (1989) y su modelo de los supuestos básicos como uno de los autores que más ha influido en las perspectivas actuales. En su trabajo, el autor defiende la existencia en el individuo de tres supuestos sobre el mundo y sobre sí mismo que producen

equilibrio, estabilidad y coherencia y que, en caso de verse contradecidos, conducirían a sentimientos de vulnerabilidad y culpa. Los tres supuestos básicos son:

- Creencia en un *mundo benevolente*: basada en que el mundo y las personas que lo integran son buenos.

- Creencia en un *mundo con sentido y significado*: este supuesto se encuentra integrado por tres condiciones distintas que un individuo puede adoptar: (a) existe un principio de justicia que distribuye las consecuencias, positivas y negativas, según el mérito del individuo; o (b) las consecuencias son controlables y, a través de la propia conducta, el individuo puede tener control sobre lo que le sucede y minimizar su vulnerabilidad; o, como creencia opuesta a las anteriores, (c) el mundo se rige por el azar, no es posible controlar los acontecimientos y la distribución de consecuencias positivas y negativas es azarosa.

- Creencia en el *valor propio del individuo*: formada por tres supuestos: (a) el individuo tiene una percepción positiva de sí mismo y se considera valioso; (b) el individuo tiene autocontrol y su conducta es precavida, evitando de este modo consecuencias negativas; y (c) el individuo es afortunado y esta suerte le sirve de protección ante acontecimientos negativos.

En general, el modelo presenta ocho postulados: benevolencia del mundo, benevolencia de sus integrantes, principios de justicia, control y azar y dimensiones del individuo como ser valioso, con autocontrol y suerte. Estos postulados no son estáticos y a lo largo de la vida, y en base a las experiencias personales, el individuo puede aumentar o disminuir su creencia en algunos de ellos. Sin embargo, ante un acontecimiento traumático, la información discordante con los supuestos básicos es demasiada y puede llegar a desbordar al individuo puesto que éste no puede afrontar la situación e integrar la nueva información con sus supuestos anteriores. El individuo debe asumir que es vulnerable y que sus supuestos básicos sobre el mundo y sobre sí mismo son erróneos.

Una forma frecuente de afrontar esa nueva información sin variar los supuestos básicos sobre el mundo es culparse por lo sucedido. Para Janoff-Bulman (1979) existen dos tipos de culpa, la conductual –que implica culparse por conductas pasadas o por la ausencia de conductas en el pasado– y la caracterológica –estrechamente relacionada con la autoestima y que implica culparse por rasgos propios y estables, como la personalidad–.

El sentimiento de culpa conductual sería adaptativo y permitiría que la víctima redujera su percepción de vulnerabilidad y maximizara su percepción de control tras el acontecimiento traumático. El hecho de culpar a la propia conducta permitiría que la víctima creyera que cambios en esa conducta evitarían acontecimientos negativos similares en el futuro, manteniéndose los supuestos básicos sobre el mundo. La culpa caracterológica, no obstante, provocaría un cambio en los supuestos del individuo sobre sí mismo, pudiendo conducir al desarrollo de problemas



psicológicos. Estudios realizados al respecto indican que las víctimas de acontecimientos traumáticos suelen presentar, incluso años después del acontecimiento, una visión del mundo con unos supuestos básicos más negativos que los que presentan aquellos individuos que no han experimentado acontecimientos de ese tipo (Frieze y Bookwala, 1996; Janoff-Bulman, 1989).

Basándose en este modelo, estudios como el de Peterson, Schwartz y Seligman (1981) han confirmado la relación existente entre el sentimiento de culpa caracterológico y la sintomatología depresiva, así como la ausencia de relación entre la culpa conductual y este tipo de sintomatología.

Desde la perspectiva de la intervención terapéutica, autores como Lamb (1986) también han sugerido una perspectiva adaptativa de la culpa en víctimas de abuso sexual. La autora considera que manifestar a la víctima que no tuvo ninguna responsabilidad sobre la experiencia de abuso sexual, ocasiona en ésta sentimientos de indefensión, vulnerabilidad e impotencia que perduran hasta la edad adulta y provocan que la víctima piense que carece de control y de poder de decisión sobre su vida. Para la autora, debe aceptarse el sentimiento de culpa que presentan las víctimas de abuso sexual, puesto que es un sentimiento adaptativo que les permite mantener la creencia de control sobre su vida.

Sin embargo, estudios como el realizado por Frazier y Schauben (1994) o Hazzard (1993) no han permitido confirmar la adaptabilidad de este sentimiento para la víctima de acontecimientos traumáticos como el abuso o la agresión sexual (para una revisión, véanse Frieze y Bookwala, 1996).

Otro de los modelos explicativos del sentimiento de culpa es la denominada perspectiva interpersonal de Baumeister, Stillwell y Heatherton (1994).

Estos autores defienden las raíces sociales del sentimiento de culpa y consideran que la culpa aparece, principalmente, por el arousal empático que surge en el individuo ante el sufrimiento de sus congéneres y, en segundo lugar, por el temor a la exclusión social debido a los actos realizados. La perspectiva interpersonal basa sus supuestos en el altruismo y en la capacidad empática del ser humano. En el marco de las relaciones interpersonales, por tanto, la presencia moderada de este sentimiento es positiva y adaptativa para el mantenimiento de la estructura social (Tangney, 1990).

Sin embargo, autores como Lazarus (1999) ponen en duda el efecto protector del sentimiento de culpa para la sociedad, defendiendo que la posible correlación entre *ser culpable* y *sentirse culpable*, si existe, es realmente muy modesta.

En esta línea, otros autores como O'Connor, Berry y Weiss (1999) refuerzan que si el individuo desarrolla sentimientos de culpa basados en distorsiones cognitivas o en creencias erróneas respecto a su actuación ante un determinado acontecimiento, el aspecto adaptativo de la culpa

desaparece, relacionándose con un incremento del malestar y un mayor riesgo de psicopatología. Para estos autores la asociación entre sentimiento de culpa y psicopatología es demasiado frecuente como para defender que la culpa tiene algún efecto positivo.

Siguiendo este enfoque, la víctima de abuso sexual siente culpa al ser culpada, de forma más o menos directa, por su entorno cercano. Cabe añadir, que la víctima también puede sentirse culpable por el dolor que causa a sus seres queridos con la revelación del abuso. Finalmente, la víctima desarrolla culpa por la realización de unos actos y conductas sexuales que, si bien no han sido iniciados por ésta, socialmente, causan rechazo y malestar.

Basándose en las aportaciones anteriores, uno de los modelos explicativos más recientes a destacar es el Modelo Multidimensional de Kubany, Abueg, Owens, Brennan, Kaplan y Watson (1995) y Kubany y Watson (2003).

Estos autores, siguiendo las propuestas de otros trabajos como el de Kugler y Jones (1992), proponen que el sentimiento de culpa se encuentra constituido por un componente emocional o afectivo, así como por una serie de dimensiones cognitivas o conjunto de creencias interrelacionadas sobre la implicación del individuo en un acontecimiento negativo.

Kubany y colaboradores (1995) definen la culpa como «*an unpleasant feeling with accompanying beliefs that one should have thought, felt or acted differently*» (p. 355) y la conceptualizan como un constructo multicomponente formado por cinco factores que determinan su presencia y su magnitud ante un determinado acontecimiento.

Estos factores incluyen el malestar causado por los efectos negativos de un acontecimiento específico y cuatro creencias interrelacionadas sobre el rol del individuo en el acontecimiento y su implicación, denominadas cogniciones de culpa: (a) *responsabilidad percibida* por los resultados negativos, (b) *percepción de insuficiente justificación* por las acciones realizadas, (c) *percepción de violación de valores* y (d) *creencias de previsibilidad* o el grado en que una persona cree que sabía con anterioridad que iba a producirse un resultado negativo y que podía haber prevenido su ocurrencia. Estas creencias de previsibilidad se relacionan con el llamado *hindsight bias* (Fischhoff, 1975) o sesgo por el cual el individuo juzga sus acciones y conductas pasadas en base a su conocimiento actual sobre éstas, creyendo que sabía lo que iba a suceder antes de que el acontecimiento se produjera. El individuo permite que información nueva interfiera en sus recuerdos del pasado, negándose a reconocer que la nueva información está afectando a su valoración (Hawkins y Hastie, 1990). Ante un acontecimiento con resultados negativos, si un individuo cree, de forma errónea, que tenía conocimientos suficientes para saber lo que iba a suceder, también creerá que podría haber actuado de algún modo para prevenirlo o que podía haber evitado sus efectos. Este sesgo se relaciona con el llamado *counterfactual thinking* (Roese, 1997) o representaciones mentales de versiones alternativas del pasado, que pueden presentar



finales mejores al real (en víctimas de abuso sexual en la infancia pueden ser ejemplos «*si no hubiera confiado en esa persona, nada de esto habría sucedido*», «*si hubiera hecho caso a mis padres, el abuso no habría ocurrido*», entre otras) y aumentar el malestar del individuo o presentar consecuencias peores (e.g. «*si lo hubiera explicado en aquél momento, nadie me habría creído*») y disminuir el malestar. Este tipo de pensamiento suele vincularse al uso de estrategias de afrontamiento evitativas y es más probable que se active cuando el individuo presenta emociones negativas (depresión, rabia y enfado) referidas a un acontecimiento que se sale de la normalidad. Sin embargo, el pensamiento *counterfactual* puede ser adaptativo para el individuo puesto que, si bien el pasado no puede cambiarse, la reconstrucción de los hechos y la representación de alternativas de acontecimientos pasados puede facilitar un mejor afrontamiento ante circunstancias similares que pueden producirse en el futuro.

Para que el sentimiento de culpa aparezca, es necesaria la presencia tanto del afecto negativo o malestar, como de al menos una de las cogniciones de culpa. Para Kubany y Watson (2003), cualquier acontecimiento o situación evaluada como negativa por el individuo y que provoque un cierto malestar, relacionado con un resultado negativo y con la presencia de una serie de creencias sobre su implicación en ese resultado, aumenta el riesgo de desarrollar sentimientos de culpa y, según el grado en que se presenten estos componentes, la magnitud de la culpa en el individuo será mayor o menor.

Los autores, desde una perspectiva interpersonal (Baumeister et al., 1994), destacan ocho factores contextuales relacionados con el acontecimiento traumático que contribuyen a desarrollar sentimientos de culpa de forma muy significativa y cuya influencia es mayor que la existencia de diferencias individuales o de tendencias personales:

- *Implicación en acontecimientos causantes de daño o heridas para el individuo*, puesto que la gravedad de las heridas y del daño causado por el acontecimiento correlaciona con el estrés y el malestar asociado a éste (American Psychiatric Association, 2002).

- *Proximidad física o implicación directa en un acontecimiento negativo*, debido al malestar empático que surge al ser testigo del sufrimiento de otro (Baumeister et al., 1994) y a que la proximidad facilita la creencia de que el individuo estuvo implicado en los efectos negativos del acontecimiento.

- *Daño causado a un ser querido cercano*, puesto que siguiendo a Baumeister y colaboradores (1994) el sentimiento de culpa es más probable que se produzca en el contexto de relaciones interpersonales cercanas por la respuesta empática del individuo hacia sus congéneres.

- *Implicación en acontecimientos que causan daño o heridas irreparables*, causantes de una fuerte y crónica culpabilidad. Considerando que el sentimiento de culpa impulsa al individuo a intentar restituir o corregir las consecuencias negativas causadas por una conducta o situación,

en el caso de daños o heridas irreparables el individuo no puede reducir su culpa de ningún modo.

- *Implicación en acontecimientos inesperados que causan daño o heridas irreparables*, puesto que la imprevisibilidad del acontecimiento o los efectos negativos asociados causan un mayor malestar en el individuo y el sesgo de *hindsight* suele aparecer de forma frecuente.

- *Implicación en acontecimientos negativos causados por seres humanos vs. actos divinos*, puesto que los acontecimientos causados por acción divina o fuera del control humano (e.g., terremotos, tornados) presentan una menor probabilidad de activar atribuciones internas en el individuo (como responsabilidad percibida o creencias de previsibilidad) que aquellos causados por seres humanos.

- *Implicación en situaciones en las que todas las posibles acciones conllevan consecuencias negativas*, debido a que el individuo debe actuar de un modo que, *a priori*, sabe conlleva efectos negativos

- *Implicación en acontecimientos negativos que producen consecuencias arbitrarias o injustas*, puesto que la percepción de haberse beneficiado a expensas de otro o de que otro ha sufrido de forma injusta, activa las cogniciones de reparación de esa injusticia. La denominada *culpa del superviviente*, referida a haber sobrevivido a un acontecimiento en el que otros han fallecido, es un síntoma muy frecuente entre supervivientes de una situación traumática (American Psychiatric Association, 2002).

- *Ser culpado por los demás*, ya que la culpabilidad implícita o explícita expresada por el entorno del individuo ante el acontecimiento provoca en éste un importante malestar y puede ocasionar el desarrollo de cogniciones de culpa relacionadas con su implicación en el acontecimiento.

La Figura 8.4 ilustra el modelo multidimensional de Kubany y Watson (2003) explicando el grado de culpa que un individuo experimentará como respuesta a un acontecimiento negativo según la influencia de determinadas variables.

Este modelo ha recibido confirmación empírica de estudios realizados con mujeres maltratadas por sus parejas y veteranos del Vietnam (Kubany et al., 1995; Kubany y Watson, 2002; Kubany, Hill y Owens, 2003; Kubany, Hill, Owens, Iannce-Spencer, McCaig, Tremayne et al., 2004).

En primer lugar, la vivencia de un acontecimiento evaluado como negativo y que afecta al individuo de algún modo, es la causa necesaria que predispone al desarrollo de sentimientos de culpa.

Factores genéticos y/o fisiológicos (X1), como la capacidad de condicionamiento y la reactividad fisiológica, tienen un efecto, si bien escaso, sobre la tendencia a la culpa (X2) y sobre el malestar



del individuo (X6). Factores de aprendizaje anteriores (X3), como la vivencia de otros acontecimientos traumáticos, la educación religiosa y las prácticas parentales de inducción de culpa, pueden tener importantes efectos causales sobre la tendencia a la culpa (X2) y sobre el sesgo de *hindsight* (X5). Esta tendencia a experimentar culpa presenta efectos moderados en la magnitud del malestar (X6) y en las cogniciones de culpa (X7).

Tener conocimiento sobre el resultado del acontecimiento (X4) activa el sesgo de *hindsight* (X5) que, a su vez, puede ejecutar un fuerte efecto causal sobre la magnitud del malestar (X6) y sobre las cogniciones de culpa (X7). Aquellos factores situacionales relacionados con el acontecimiento negativo (X8) también pueden tener un poderoso efecto causal sobre el grado de malestar (X6) y sobre las cogniciones de culpa (X7).

El malestar y, como mínimo, una cognición de culpa, deben estar presentes para que se desarrolle el sentimiento de culpa en el individuo. El malestar, únicamente tiene un efecto directo sobre las cogniciones de culpa si evoca o activa estas cogniciones a través de recuerdos del acontecimiento dependientes del estado emocional del individuo y si el individuo busca una explicación a su malestar a través de atribuciones internas. Las cogniciones de culpa, no obstante, tienen un efecto causal directo sobre el malestar, incrementándolo de forma significativa.

Como se observa en la Figura 8.4, y contrariamente a lo sugerido por Mosher (1968) o Tangney (1991), los valores personales o las características de personalidad del individuo, como la tendencia a la culpa, no parecen tener una gran influencia sobre el desarrollo de ésta siendo los factores contextuales asociados al acontecimiento mayores predictores de este sentimiento.

Destacan como métodos para reducir o eliminar el sentimiento de culpa (X8) (a) intentar enmendar la situación, aunque no siempre resulta posible; (b) perdonarse a uno mismo o ser perdonado; (c) dejar que transcurra el tiempo, principalmente en casos de culpa leve o moderada; y (d) corregir los errores cognitivos que contribuyen al sentimiento de culpa (Janoff-Bulman, 1989).

Sin embargo, el individuo puede intentar evitar y escapar del sentimiento de culpa a través del abuso de sustancias o de estrategias de evitación (X9), provocando que ésta permanezca latente y sujeta a reactivación ante estímulos que recuerden el acontecimiento.

La tendencia a experimentar vergüenza (S1) no contribuye a la culpa, si bien ambas correlacionan puesto que un incremento en las cogniciones de culpa del individuo (X7) aumenta la probabilidad de cogniciones de vergüenza (S2) y, de este modo, de experimentar vergüenza (Y2), especialmente cuando las consecuencias del acontecimiento son graves, como en una experiencia traumática.

Cabe destacar que la culpa y la vergüenza son experiencias afectivas muy relacionadas y en muchas ocasiones, difíciles de diferenciar (Kugler y Jones, 1992; Tangney, 1990). Ambas

emociones suelen aparecer tras experiencias traumáticas y aumentar el malestar psicológico del individuo (Harder, Cutler y Rockart, 1992), así como relacionarse con el desarrollo de sintomatología postraumática (Lee, Scragg y Turner, 2001) siendo necesarios estudios que permitan analizar sus diferencias y avanzar en su conocimiento (Kubany y Haynes, 2003). La diferencia principal, según los trabajos realizados, es que la vergüenza implica la depreciación del individuo como un todo, se corresponde a una evaluación negativa global, mientras que la culpa implica la depreciación ante determinadas acciones o conductas específicas y se encuentra basada en juicios morales (Gilbert, Pehl y Allan, 1994; Tangney, 1991; Tangney, Wagner y Gramzow, 1992). Siguiendo el modelo de Janoff-Bulman (1989), la vergüenza se relacionaría con un sentimiento de culpa más caracterológico, que afectaría al individuo a nivel general. Sin embargo, autores como Lazarus (1999) consideran que, si bien la culpa tiende a relacionarse con una conducta específica, ésta puede extenderse al individuo en general, considerándose «*inmoral*» o «*mala persona*». Cuando esto ocurre, el sentimiento de culpa sería aún más devastador.

Son escasos los estudios centrados en el análisis de la vergüenza como variable mediadora en víctimas de malos tratos infantiles; sin embargo, los resultados obtenidos defienden la existencia de una relación mediadora entre esta variable y el malestar psicológico observado en víctimas de abuso (Feiring et al., 1998b; Klymchuk, 2001).

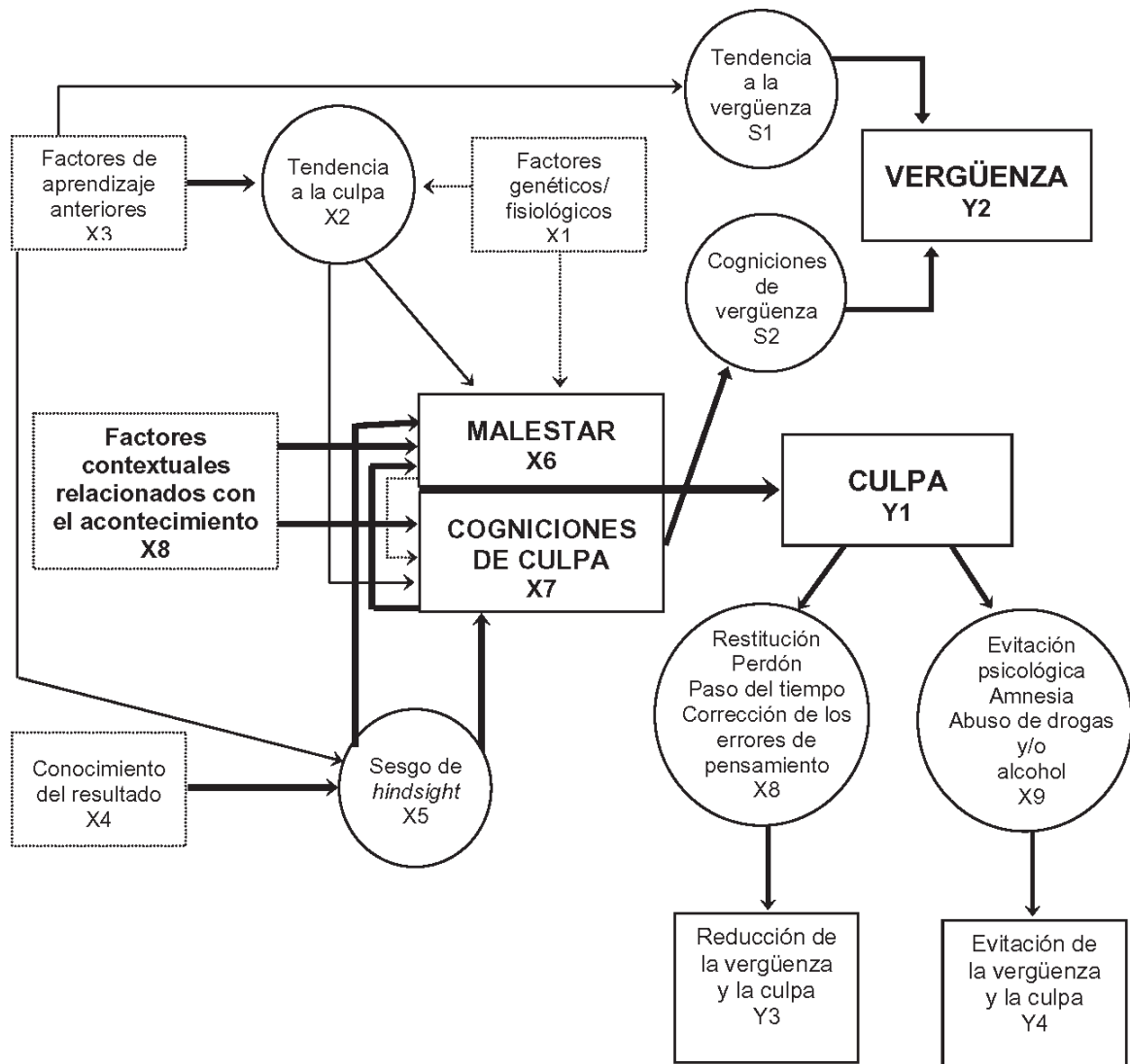


Figura 8.4. Modelo Multidimensional de Kubany y Watson (2003)

El grosor y la dirección de las flechas indica la fuerza y dirección hipotética de la relación.

Las flechas de línea discontinua indican una relación leve.

Las variables causales modificables se encuentran insertadas en círculos.

Las variables causales no modificables se encuentran insertadas en cuadros de línea discontinua.

Todos los factores contextuales presentados en el modelo multidimensional de Kubany y Watson (2003) frecuentemente se encuentran presentes en acontecimientos traumáticos como es la experiencia de abuso sexual infantil.

Siguiendo este modelo, el abuso sexual infantil (a) puede causar daño y heridas a la víctima; (b) frecuentemente su revelación o descubrimiento daña emocionalmente a seres queridos por la víctima; (c) algunas de las heridas (especialmente emocionales) de la víctima son percibidas

como irreparables; (d) es un acontecimiento causado por un ser humano; (e) en muchos casos todas las posibles acciones que realice la víctima conllevan consecuencias negativas, puesto que si revela lo sucedido causa dolor a sus seres queridos y pueden cumplirse las amenazas del agresor (pérdida de afecto, ser rechazada y separada de sus seres queridos, muerte) y, si no lo hace, el abuso continúa; (f) en casos en los que el agresor abusa de otros menores, especialmente cuando se trata de familiares de la víctima, ésta puede sentirse responsable si su abuso ya finalizó y no ha podido evitar que el agresor abusara de otros o culpabilizarse por haber superado mejor el abuso que otras víctimas; y (g) también es muy frecuente que la víctima sea culpada por los demás o que perciba que se le atribuye culpa en palabras y actitudes de personas cercanas.

Basándose en los componentes del Modelo de la Dinámica Traumatogénica de Finkelhor y Browne (1985), Coffey et al. (1996a) analizaron el efecto mediador de la estigmatización, la pérdida de confianza, la indefensión y el sentimiento de culpa en el ajuste psicológico de mujeres víctimas de abuso sexual infantil. Los autores observaron que la percepción de estigmatización y el sentimiento de culpa eran aquellas variables que mediaban entre la experiencia de abuso en la infancia y el malestar psicológico general en la edad adulta.

Aplicando el mismo modelo, Hazzard (1993) obtuvo resultados similares, destacando la relación existente entre la presencia de sentimientos de culpa en un grupo de mujeres víctimas de abuso sexual en la infancia y el desarrollo de problemas interpersonales, síntomas depresivos, baja autoestima y un significativo malestar psicológico general.

Son múltiples los estudios que han observado que el desarrollo de sentimientos de culpa tras la vivencia de un acontecimiento traumático, como es el abuso sexual infantil, se relacionan con un mayor malestar y sintomatología psicológica, tanto en la edad adulta (McMillen y Zuravin, 1997; Perrott et al., 1998), como durante la infancia (Manion, Firestone, Cloutier, Ligezinska, McIntyre y Ensom, 1998; Wolfe et al., 1994).

Sin embargo, el hecho que determinados problemas psicológicos vayan asociados estrechamente e incluso presenten como criterios diagnósticos la presencia de sentimientos de culpa (e.g., depresión, Jarrett y Weissenburger, 1990; Wertheim y Schwartz, 1983) puede encontrarse segundo el posible efecto mediador de esta variable en el malestar psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil.

8.3.1.6. *Genotipo*

Una línea de estudio reciente ha estudiado el rol del genotipo en víctimas de malos tratos infantiles y su actuación mediadora en el desarrollo de conductas agresivas y antisociales en la edad adulta, si bien los resultados obtenidos no pueden considerarse aún concluyentes.

En el trabajo realizado por Caspi, McClay, Moffit, Mill, Martin, Craig y colaboradores (2002) se observó que niveles bajos de activación de la enzima monoamina oxidasa A (MAOA) sumados a



la experiencia de malos tratos (físicos, sexuales y/o emocionales) aumentaban el riesgo de conducta impulsiva y agresiva en la edad adulta. El posterior trabajo de Huang, Cate, Battistuzzi, Oquendo, Brent y Mann (2004) parece confirmar estos resultados, si bien el efecto mediador de la monoamino oxidasa A únicamente actuaba en víctimas de malos tratos de sexo masculino.

8.3.2. Características del abuso

Las variables relacionadas con el abuso, como son su frecuencia (Beitchman et al., 1991; Conte y Schuerman, 1987; Friedrich, 1993; Kendall-Tackett et al., 1993; Mian et al., 1996; Thériault, Cyr y Wright, 2003; Wind y Silvern, 1992) y su duración (Beitchman et al., 1991; Briere y Runtz, 1988; Kendall-Tackett et al., 1993; Thériault et al., 2003; Wind y Silvern, 1992), el hecho que la víctima recibiera algún tipo de recompensa por parte del agresor tras el abuso (Conte y Schuerman, 1987) o la coerción basada en amenazas y/o en la agresión física durante el mismo (Conte y Schuerman, 1987; Spaccarelli, 1995; Spaccarelli y Fuchs, 1997; Williams, 1993), han sido analizadas respecto a su influencia sobre el desarrollo de psicopatología, especialmente relacionada con el área sexual (Wolfe y Birt, 1995), pero también con trastorno por estrés postraumático y malestar psicológico general (Ruggiero et al., 2000). No obstante, los resultados obtenidos en los trabajos publicados hasta el momento son confusos y no permiten establecer una conclusión al respecto (Tyler, 2002).

Una de las variables más estudiada, y que ha constatado su efecto mediador en múltiples estudios, es que la víctima haya experimentado abusos con contacto físico, destacando la penetración oral, anal o vaginal, como una de las experiencias con un efecto más traumático (Beitchman et al., 1991; Black et al., 1994; Finkelhor y Browne, 1985; Cohen y Mannarino, 1988; Friedrich, 1993; Kendall-Tackett et al., 1993; Mennen y Meadow, 1995; Mian et al., 1996; Thériault et al., 2003; Williams, 1993; Wind y Silvern, 1992). Ser víctima de abuso sexual con contacto físico parece aumentar el riesgo de conductas sexualizadas y de otro tipo de problemas sexuales, como por ejemplo los pensamientos reiterados sobre sexo o la insatisfacción con el propio rol sexual (Spaccarelli, 1995).

Por otra parte, Collings (1995), en un estudio realizado con estudiantes universitarios de sexo masculino, observó que aquellas víctimas que manifestaban haber sufrido abuso sexual infantil sin contacto físico no se diferenciaban, respecto a su nivel de malestar psicológico, de aquellos estudiantes que manifestaban no haber experimentado ningún abuso durante su infancia. Las víctimas de abusos sexuales con contacto físico, sin embargo, presentaban un nivel de malestar psicológico muy superior a los otros dos grupos.

No obstante, algunos autores han destacado la interacción que se produce entre las variables mediadoras sobre el bienestar psicológico de la víctima. Mennen y Meadow (1994; 1995) observaron que el uso de fuerza durante el abuso afectaba de forma significativa al estado

psicológico de la víctima únicamente cuando el agresor no era una figura paterna. El hecho que el agresor fuera alguien ajeno al entorno familiar de la víctima y que usara la fuerza aumentaba significativamente el riesgo de desarrollar sintomatología psicológica. La experiencia de penetración por parte de una figura paterna era, a su vez, un importante factor de riesgo para el desarrollo de malestar psicológico. La edad de la víctima al inicio del abuso, la raza de la víctima y la duración del abuso, sin embargo no parecían influir en el estado psicológico.

El estudio de Gregory-Bills y Rhodeback (1995) también constata diferencias en la presencia de sintomatología psicológica en víctimas de abuso sexual infantil intra y extrafamiliar, con un mayor aislamiento en estas últimas. Los autores consideran que el temor que provoca en el menor ser abusado por un desconocido añadido, en ciertos casos, a otras variables mediadoras como la existencia de determinadas circunstancias familiares que impiden a la víctima explicar lo sucedido o que culpabilizan a la víctima, son la razón de un mayor aislamiento y malestar psicológico.

Por otro lado, Calam, Horne, Glasgow y Cox (1998) observaron que la presencia de amenazas verbales por parte del agresor en víctimas varones y el uso de recompensas y sobornos en víctimas de sexo femenino se relacionaban con una diversidad de problemas psicológicos. Los autores, no obstante, no obtuvieron diferencias significativas en la presencia de malestar psicológico en función de las variables edad al inicio del abuso, relación con el agresor, duración y frecuencia del abuso y utilización de fuerza física por parte del agresor. No obstante, Rind y colaboradores (1998), en su metaanálisis sobre estudios con muestras universitarias, sí han indicado la existencia de mayores problemas psicológicos en víctimas de abusos sexuales en los que el agresor ha utilizado la fuerza física.

Cabe destacar que otros estudios no han obtenido diferencias respecto al bienestar psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil en función de las características más objetivas del abuso (Hazard et al., 1995; Manion et al., 1998; Naar-King, Silvern, Ryan y Sebring, 2002; Paradise, Rose, Sleeper y Nathanson, 1994; Perrott et al., 1998; Tebutt et al., 1997; Tremblay et al., 1999), indicando que son los aspectos más subjetivos de la experiencia aquellos que predicen el posterior ajuste de las víctimas.

8.3.2.1. Revictimización

La revictimización se refiere principalmente a la experiencia de más de un acontecimiento traumático posterior al abuso sexual infantil, especialmente aquellos relacionados con agresiones físicas y sexuales, y parece tener un efecto acumulativo y aumentar de forma significativa la sintomatología psicopatológica, principalmente postraumática, presente en estas víctimas, tal como demuestran diversos estudios (Banyard, Williams y Siegel, 2001; Follette, Polusny, Bechtel y Naugle, 1996).



Por otro lado, la vivencia de otros malos tratos paralelamente al abuso sexual infantil también aumenta el riesgo de malestar psicológico (Jankowski et al., 2002; Luster y Small, 1997).

8.3.3. Características del agresor

La existencia de una relación estrecha, de intimidad y confianza entre agresor y víctima antes del abuso y, especialmente que el agresor sea intrafamiliar, destacando por su elevada frecuencia la figura paterna, es una de las variables que también se relaciona con un mayor riesgo de problemas psicológicos posteriores (Beitchman et al., 1991; Black et al., 1994; Browne y Finkelhor, 1986; Conte y Schuerman, 1987; Faust, Runyon y Kenny, 1995; Hazzard et al., 1995; Kendall-Tackett et al., 1993; Mennen y Meadow, 1995; Rind et al., 1998; Tremblay et al., 1999; Wenninger y Ehlers, 1998), así como la existencia de más de un agresor (Briere y Runtz, 1988; Spaccarelli y Fuchs, 1997; Williams, 1993). La edad del agresor al cometer el abuso, sin embargo, no parece ser una variable que influya en el estado psicológico de la víctima (Shaw et al., 2000), si bien algunos autores indican abusos más severos por parte de agresores más jóvenes (Dansererau et al., 1997).

El hecho que muchos de estos estudios utilicen una metodología correlacional y transversal, impiden confirmar los resultados de forma inequívoca, así como saber si las variables estudiadas son antecedentes o consecuentes a la experiencia de abuso sexual (Deblinger, Steer y Lippman, 1999)

8.3.4. Consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso: familia y entorno

8.3.4.1. Reacción del entorno ante la revelación o el descubrimiento del abuso sexual

La revelación o el descubrimiento del abuso sexual suele conllevar una serie de reacciones por parte del entorno de la víctima y, en muchos casos, diferentes situaciones que pueden aumentar el impacto psicológico de la experiencia o facilitar a la víctima su afrontamiento.

El estudio de Nagel, Putnam, Noll y Trickett (1997) indica que el descubrimiento del abuso sexual por parte del entorno suele ser accidental en aquellos menores más jóvenes, puesto que éstos no tienden a revelar el abuso. La revelación suele ser llevada a cabo por jóvenes adolescentes y por niños y niñas que han experimentado abusos más graves y menos duraderos. Destaca que revelar el abuso sexual parece relacionarse con mayores niveles de ansiedad y malestar psicológico, probablemente relacionados, según los autores, con la responsabilidad y sentimiento de culpa que la víctima desarrolla por los acontecimientos que se suceden tras la revelación.

Si bien se ha constatado la existencia de ciertas variables que parecen facilitar la revelación del abuso, como son su gravedad y el hecho que el agresor sea un desconocido (Goodman-Brown et al., 2003), diversos estudios no han obtenido diferencias significativas en el malestar psicológico de las víctimas de abuso sexual en función de la revelación o el descubrimiento del abuso (Hanson

et al., 1999; Ussher y Dewberry, 1995), siendo la reacción del entorno tras esta revelación o descubrimiento aquella variable que influye en el desarrollo de sintomatología psicológica (Everill y Waller, 1995).

Variables mediadoras relacionadas con el entorno familiar de la víctima, como pueden ser la intensidad emocional de la reacción de los progenitores ante la revelación o el descubrimiento del abuso sexual, la presencia de depresión en los progenitores tras la revelación o el descubrimiento del abuso sexual, un estilo parental culpabilizador y causante de ansiedad (especialmente la negación del abuso por parte de la figura materna de la víctima) o un estilo parental hostil y de rechazo, parecen influir en su bienestar psicológico (Cohen y Mannarino, 1996b; Cohen y Mannarino, 2000; Deblinger et al., 1999; Lynskey y Fergusson, 1997; Mannarino y Cohen, 1996b; Thériault et al., 2003).

En este aspecto, destaca el estudio realizado por Davies (1995) quien sugiere aumentar las intervenciones sobre el impacto que la revelación o el descubrimiento del abuso sexual causa en los progenitores no agresores de la víctima, puesto que en caso contrario éstos no podrán ofrecerle su apoyo. En su trabajo con víctimas de abuso sexual infantil extrafamiliar, Davies (1995) muestra el malestar psicológico que presentan estos padres, incluyéndose trastornos del estado de ánimo, ansiedad y sintomatología postraumática, entre otros. Estos problemas, por su parte, les impiden atender adecuadamente las necesidades emocionales de sus hijos e hijas tras el abuso, empeorando sus relaciones familiares significativamente.

La percepción de integración y cohesión familiar tras la experiencia de abuso, independientemente de su carácter intra o extrafamiliar, es otra de las variables del entorno más relacionadas con la resistencia al estrés de la víctima (Mannarino y Cohen, 1996b; Paradise et al., 1994). La existencia de conflictos parentales posteriores a la situación de abuso se ha relacionado de forma destacada con la presencia de síntomas externalizantes, especialmente con conductas agresivas en las víctimas (Spaccarelli y Fuchs, 1997), pero también con malestar psicológico general y sintomatología depresiva (Meyerson, Long, Miranda y Marx, 2002).

Sin embargo, los autores advierten de la importancia de evaluar la existencia de este tipo de problemas familiares antes de la experiencia de abuso, ya que la presencia de problemas anteriores en la familia de la víctima puede encontrarse sesgando la importancia de la reacción del entorno ante el abuso como variable mediadora y del propio abuso como causante de malestar psicológico (Rind et al., 1998).

Si bien es difícil diferenciar el malestar psicológico en los progenitores causado por la revelación o el descubrimiento del abuso sexual del posible malestar psicológico anterior a esta revelación, lo que parecen confirmar los estudios revisados es que la existencia de problemas psicológicos en los progenitores de la víctima dificulta su recuperación (Desbiens y Gagné, 2001). Los estudios



que han controlado este posible sesgo siguen indicando que la presencia de conflictos y la falta de cohesión en las familias de las víctimas como resultado de la revelación o el descubrimiento del abuso sexual aumenta de forma significativa su malestar psicológico (Meyerson et al., 2002).

Debe tenerse en cuenta, sin embargo, el efecto que puede tener la existencia de dificultades anteriores en la familia de origen de la víctima, en su reacción al abuso sexual. Paredes, Leifer y Kilbane (2001) observaron que la existencia de dificultades anteriores en la madre de la víctima, así como un historial de abuso de alcohol y drogas e incluso la propia experiencia de abuso sexual infantil, aumentaba el impacto psicológico del abuso en la víctima. Según los autores, la existencia de un deficiente rol parental y la presencia de dificultades personales y sintomatología psicopatológica en los progenitores no agresores, especialmente en la madre de la víctima, reduce significativamente su capacidad para ayudar al menor a afrontar adecuadamente la experiencia de abuso.

No obstante, otros autores, como Morrison y Clavenna-Valleroy (1998) han obtenido resultados opuestos, observando que aquellas madres que habían sufrido abuso sexual durante su infancia eran percibidas por sus hijos e hijas víctimas de abuso sexual como más facilitadoras de apoyo que las madres sin experiencia de abuso. Los autores justifican los resultados sugiriendo que quizás no es el historial de abuso sexual en la infancia aquello que impide a la madre apoyar a su hijo o hija ante la misma experiencia, sino todas aquellas dificultades asociadas con esa experiencia y no resueltas adecuadamente.

8.3.4.2. *Apoyo social*

El efecto del apoyo social en el bienestar físico y psicológico del individuo ante acontecimientos estresantes ha sido uno de los temas más estudiados en el ámbito, principalmente, de las ciencias sociales desde la década de los setenta (Gracia, García y Musitu, 1995). Como afirman Gracia, Herrero y Musitu (2002) «*su contrastada influencia en la salud física y mental, así como la enormes posibilidades que abre en el ámbito de la intervención, ha hecho del apoyo social uno de los conceptos clave que permite entender no sólo el ajuste de la persona con su medio, sino, más allá de ello, el tipo de transformaciones y reajustes que se producen cuando aquél no está presente*» (p. 14).

En víctimas de un estresor como el abuso sexual infantil, la ausencia o presencia de apoyo social, especialmente el apoyo de los progenitores tras la revelación o el descubrimiento del abuso, es una de las variables del entorno que parece tener una mayor influencia sobre el desarrollo de sintomatología psicopatológica.

En relación al estudio del apoyo social es importante distinguir entre la cantidad de relaciones que tiene un individuo –la denominada *red social*, *apoyo real* o dimensión objetiva del apoyo social– y el apoyo que ese individuo percibe de sus relaciones –*apoyo social percibido* o dimensión

subjetiva del apoyo social– (Lazarus y Folkman, 1984). Si bien pueden existir discrepancias entre el apoyo percibido por el individuo y el apoyo real del que dispone, son diversos los autores que han afirmado que, ante acontecimientos estresantes, parece ser más importante el apoyo percibido que las relaciones de apoyo reales de las que disponga el individuo (Barrera, 1986; Cohen y Wills, 1985; Sarason, Sarason y Pierce, 1990; Stroud, 1999; Wethington y Kessler, 1986).

En relación a la dimensión objetiva y subjetiva del apoyo social, requiere una diferenciación la perspectiva definida como *estructural* y centrada en el análisis cuantitativo de las relaciones del individuo y la perspectiva *funcional*, que se dirige al análisis del tipo de apoyo y cantidad de apoyo que pueden ofrecer las distintas relaciones de las que dispone el individuo. En este último aspecto destacan: el *apoyo emocional*, relacionado principalmente con la expresión de emociones, la importancia de compartir los sentimientos, la confianza, etc; el *apoyo de información, consejo o guía*, referido a la búsqueda de información o consejo que sirva al individuo para afrontar adecuadamente la situación problema; y, finalmente, el *apoyo material, tangible o instrumental*, definido como la prestación de ayuda material directa o de servicios (Gracia et al., 2002).

Por otro lado, son numerosos los trabajos que han intentado establecer la forma en que el apoyo social actúa sobre el bienestar del individuo.

Diversos autores han planteado que el apoyo social tiene un efecto positivo y directo sobre el bienestar físico y psíquico del individuo, independientemente de la presencia de estrés (Aneshensel y Stone, 1982). Según esta hipótesis, el apoyo social tendría un efecto principal, protegiendo al individuo de la *vivencia* de situaciones estresantes y la ausencia de apoyo sería, por sí misma, causa de estrés (Jorgensen y Johnson, 1990) (véase Figura 8.5).

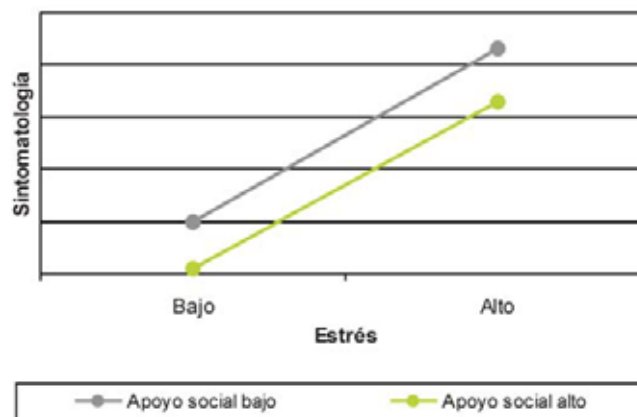


Figura 8.5. Hipótesis del efecto principal del apoyo social: no existe interacción entre estrés y apoyo social



Otros autores, no obstante, plantean un efecto interactivo entre el estrés y el apoyo social, principalmente entre el estrés y la percepción de apoyo (Pierce, Sarason y Sarason, 1996; Wethington y Kessler, 1986). Estos autores defienden que bajo condiciones de estrés o ante acontecimientos vitales críticos, la percepción de apoyo *amortigua* los efectos negativos potenciales de tales situaciones, facilitando la adaptación del individuo y reduciendo el impacto negativo sobre el bienestar y la salud (véanse Figuras 8.6 y 8.7). Esta perspectiva ha sido denominada *buffer* hipótesis (Cassel, 1976; Cobb, 1976) y postula que la percepción de apoyo social tiene un efecto modulador o amortiguador del estrés, si bien los estudios realizados al respecto no siempre han permitido confirmarla (Aneshensel y Stone, 1982; Gracia, Musitu y García, 1994; Jankowski et al., 2002) y en la actualidad se considera que el efecto *buffer* del apoyo depende también de la interacción con otras variables mediadoras, como puede ser el sexo de la víctima (Cohen y Wills, 1985; Matud, Ibáñez, Bethencourt, Marrero y Carballeira, 2003), la edad (Feiring et al., 1998a; Rosenthal et al., 2003) y, especialmente, la fuente de apoyo (e.g., progenitores, otros familiares, amigos o profesionales) (Denkers, 1999; Feiring et al., 1998a; Tremblay et al., 1999).

El efecto de la fuente de apoyo ha sido analizado en diversos estudios, entre los que destaca el realizado por Rosenthal y colaboradores (2003). Estos autores constataron el efecto *buffer* de la percepción de apoyo por parte de los progenitores tras la experiencia de abuso sexual. Las víctimas que percibían un mayor nivel de apoyo por parte de sus progenitores presentaban, a su vez, menores niveles de sintomatología depresiva y una mayor autoestima. La percepción de un mayor apoyo por parte de los iguales, en comparación con el apoyo percibido por parte de los progenitores, aumentaba los síntomas depresivos y disminuía la autoestima de la víctima. El efecto contrario, no obstante, se encontraba en la dimensión de ansiedad sexual, aumentando la ansiedad en aquellas víctimas con un mayor apoyo percibido de sus progenitores. Cabe destacar, que diversos estudios han observado que las víctimas de abuso sexual infantil adolescentes suelen percibir más apoyo y estar más satisfechos con el apoyo recibido por sus amigos; sin embargo, las víctimas más jóvenes suelen apoyarse en mayor medida en sus progenitores (Feiring et al., 1998a; Rosenthal et al., 2003). Este hecho, según los autores, puede estar influyendo en las diferencias encontradas por algunos estudios en el nivel de sintomatología en función de la edad de la víctima de abuso sexual, puesto que para determinadas dimensiones de malestar psicológico la fuente de apoyo puede actuar aumentando o disminuyendo este malestar. Los autores advierten de la importancia de diferenciar la fuente de apoyo al estudiar el posible efecto mediador de esta variable.

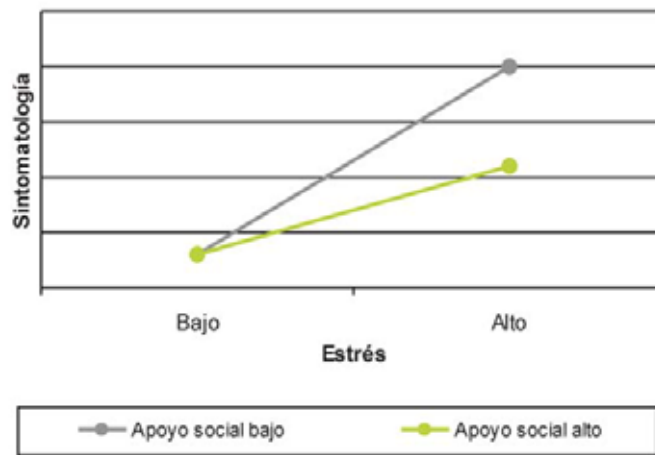


Figura 8.6. Hipótesis del efecto *buffer* del apoyo social (I):

la percepción de apoyo social amortigua parcialmente el efecto del estrés

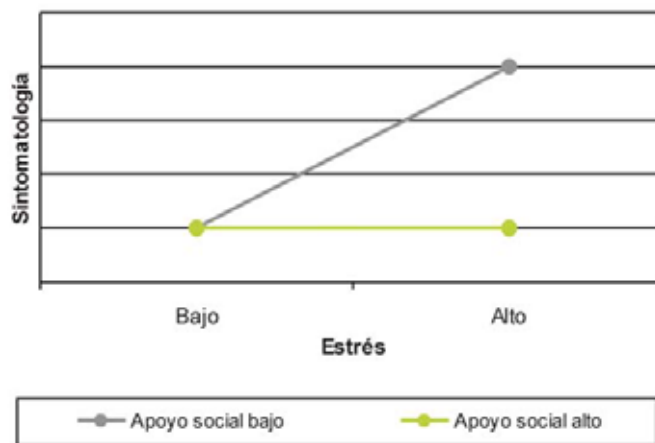


Figura 8.7. Hipótesis del efecto *buffer* del apoyo social (II):

la percepción de apoyo social anula el efecto del estrés

Como resume Turner (1983), los estudios realizados sobre la hipótesis *buffer* parecen confirmar que el apoyo social modula los efectos del estresor independientemente de la gravedad de éste (Figura 8.5), si bien la presencia de apoyo parece tener un mayor efecto modulador cuando el estrés es elevado (Figura 8.6). No obstante, debe tenerse en cuenta que ambas conclusiones anteriores varían según las características de la población estudiada y otras variables relacionadas con la situación.

Autores como Cohen y Wills (1985) mantienen que ambas hipótesis no son excluyentes y que existe evidencia empírica para considerarlas correctas, si bien el proceso que utilizan para influir sobre el bienestar del individuo es distinto.



En casos de abuso sexual infantil, la práctica totalidad de publicaciones parece confirmar la importancia de la percepción de apoyo social para el bienestar psicológico de la víctima, desde la perspectiva mediacional (Conte y Schuerman, 1987; Feiring et al., 1998a; Kinard, 1995b; Luster y Small, 1997; Morrison y Clavenna-Valleroy, 1998; Muller, Goebel-Fabbri, Diamond y Dinklage, 2000; Reyes et al., 1996; Romans, Martin, Anderson, O'Shea y Mullen, 1995b; Rosenthal et al., 2003; Runtz y Schallow, 1997; Taussig, 2002) y también como efecto directo (Tremblay et al., 1999); si bien la mayoría de ellas constatan la elevada frecuencia de reacciones negativas y culpabilizadoras por parte del entorno de la víctima ante la revelación del abuso (para una revisión véase Ullman, 2001), especialmente en víctimas de sexo masculino (Kinard, 1995b; Mendelsohn y Sewell, 2004; Stroud, 1999), en casos de abuso sexual infantil intrafamiliar y por parte de familiares de sexo masculino (Stroud, 1999), así como por las fuentes del denominado *apoyo formal* (e.g. policía, profesionales del ámbito médico) (Ullman, 1999).

Como destacan diversos autores (Frieze y Bookwala, 1996; Gracia et al., 2002) la estigmatización asociada a determinados sucesos traumáticos y, en algunos casos, a las víctimas de estos sucesos, puede explicar la reducción del apoyo social disponible ante la experiencia de abuso sexual. Esta estigmatización puede generar una conducta de evitación social, debido a los sentimientos negativos (ansiedad, impotencia) que puede provocar ofrecer apoyo a estos individuos.

La negación del abuso (Stroud, 1999) y el evitar hablar del tema (Feiring et al., 1998a) son reacciones frecuentes en progenitores y familiares cercanos a las víctimas de abuso sexual. La mayoría de familiares creen que al no tratar el tema, la víctima acabará por olvidarlo. Sin embargo, los estudios realizados al respecto indican que esta estrategia no únicamente no hace olvidar lo sucedido sino que exacerba la sintomatología psicopatológica (Spaccarelli y Fuchs, 1997). Esta falta de apoyo y, especialmente, el hecho que las figuras parentales no agresoras culpabilicen a la víctima, aumenta el riesgo de sintomatología psicológica (Everill y Waller, 1995; Hazzard et al., 1995), especialmente internalizante (Spaccarelli y Fuchs, 1997), así como dificulta la efectividad de los tratamientos aplicados (Cohen y Mannarino, 2000). En el caso contrario, la percepción de apoyo por parte de progenitores y familiares cercanos, disminuye el sentimiento de culpa de la víctima y, a su vez, reduce la presencia de problemas psicológicos (McMillen y Zuravin, 1997).

La percepción de apoyo por parte de las figuras parentales no agresoras parece ser el tipo de apoyo más importante en víctimas de abuso sexual infantil, aumentando su resistencia al estrés (Lynskey y Fergusson, 1997) y reduciendo el riesgo de transmisión intergeneracional del abuso (de Paúl, Milner et al., 1995).

Dentro del apoyo percibido, la supervisión parental, referida al conocimiento por parte de los progenitores de las actividades que realiza la víctima y de sus amistades, y muy relacionado con el interés por su vida cotidiana, se ha mostrado como un factor que protege a la víctima de abuso sexual infantil del desarrollo de problemas psicológicos (Luster y Small, 1997).

No obstante, cabe destacar que la gran mayoría de estudios se centran en la percepción de apoyo de las víctimas de abuso sexual y no en el apoyo objetivo del que realmente disponen. Este hecho, sumado a la realización de estudios retrospectivos y a la ausencia de análisis estadísticos rigurosos, impide dilucidar si el malestar psicológico influye en el nivel de apoyo social que percibe la víctima, y no la percepción de apoyo en el nivel de malestar, produciéndose un sesgo que no permite clarificar el efecto mediacional de esta variable.

Autores como Sarason y colaboradores (1990) consideran la percepción de apoyo social parte de la personalidad del individuo, defendiendo la estabilidad en su percepción de apoyo.

Cabe añadir que otros autores, como Cohen y Wills (1985), sostienen que la interacción entre apoyo social y estrés no es simplemente un artefacto de la correlación entre ambas variables puesto que el efecto *buffering* del apoyo social sigue presente en ausencia de esa correlación, si bien el tipo de conceptualización e instrumentos de medida utilizados determinan en gran medida los diferentes resultados obtenidos en las investigaciones.

8.3.4.3. *Apego*

En relación con la importante influencia del apoyo social sobre el desarrollo de sintomatología psicológica en víctimas de abuso sexual infantil, diversos estudios se han centrado en el estudio del efecto mediador del apego desarrollado por las víctimas de abuso sexual intrafamiliar.

Alexander y colaboradores (1998) observaron que la mayoría de estas víctimas desarrollaban un apego inseguro con sus cuidadores, principalmente de tipo evitativo. Este tipo de apego se relacionaba con la existencia de un mayor malestar psicológico general, destacando el riesgo de trastornos de la personalidad y de sintomatología depresiva.

Otros autores como Muller y Lemieux (2000) indican que el desarrollo de un apego inseguro en casos de malos tratos infantiles y, especialmente de abuso sexual infantil, se encuentra asociado con la aparición de un autoconcepto negativo en la víctima lo que, a su vez, aumenta el riesgo de psicopatología.

8.3.4.4. *Procedimientos judiciales: victimización secundaria*

Siguiendo a Echeburúa (2004), la victimización primaria deriva directamente del acontecimiento traumático, en este caso del abuso sexual; mientras que la victimización secundaria se refiere a la relación posterior establecida entre la víctima y el sistema de apoyo formal (policía, sistema judicial, servicios sociales), pudiendo contribuir a agravar el daño psicológico o a cronificar sus secuelas.

Si bien no existen demasiados estudios respecto a las variables relacionadas con la declaración de abuso ante los profesionales del ámbito policial y judicial, los exámenes médicos o la separación



del menor de su entorno familiar, la mayoría de ellos constatan su influencia sobre el posterior estado psicológico de la víctima. No obstante, los resultados son, en muchos casos, contradictorios.

Los autores parecen observar que un mayor número de entrevistas, exámenes médicos posteriores al abuso y, especialmente, el contacto con múltiples profesionales relacionados con el caso aumenta considerablemente el malestar psicológico de la víctima (Berliner y Conte, 1995). Sin embargo, la confianza en los profesionales que tratan a la víctima reduce el impacto traumático de las entrevistas y de otras variables del entorno judicial (testificar en presencia del agresor, lenguaje y comportamientos de los magistrados, entre otras) (Henry, 1997).

Cabe destacar que la separación de la víctima de su entorno familiar y su posterior acogida con otros familiares o en un centro estatal, no parece relacionarse con un mayor malestar psicológico (Berliner y Conte, 1995; Mennen y Meadow, 1995). Autores como Henry (1997) justifican este resultado basándose en el escaso apoyo que, en muchos casos, los menores víctimas de abuso sexual reciben de sus familias y que parece relacionarse con el hecho que, en su estudio, prácticamente la totalidad de las víctimas manifestaran que volverían a revelar el abuso y a denunciar al agresor, independientemente de haber sido separados de sus familias. Sin embargo, estudios como el de Calam y colaboradores (1998) o Spaccarelli (1995) observan que la separación de la víctima de su entorno familiar, tras la revelación o descubrimiento del abuso, es una variable que aumenta de forma significativa el riesgo de problemas psicológicos en víctimas de abuso sexual.

CONCLUSIÓN

Son múltiples las variables mediadoras analizadas en los estudios revisados si bien, en muchos casos, los confusos y, en ocasiones, contradictorios resultados obtenidos impulsan a la realización de nuevos trabajos que permitan clarificar el efecto de las mismas en el bienestar psicológico de las víctimas de abuso sexual.

La importancia del estudio de las variables mediadoras en estas víctimas radica en la posibilidad de intervenir de forma preventiva puesto que, tal como afirman Roche y colaboradores (1999): *«if we accept that the link between child sexual abuse and later difficulties is direct, we might be unnecessarily pessimistic about the prognosis for survivors of abuse because nothing can be done to change the fact that child sexual abuse has occurred... if mediating variables that are amenable to intervention can be identified, we can be much more hopeful»* (p. 185).

Los estudios revisados confirman que la relación existente entre la experiencia de abuso sexual y el desarrollo de sintomatología psicológica no es directa, abriéndose, por tanto, un camino esperanzador de trabajo e investigación que permita potenciar el efecto de las denominadas variables mediadoras en estas víctimas.