



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



**Universidad de la República**

**Facultad de Psicología**

**Trabajo Final de Grado**

**Monografía**

**Recuerdo y Memoria:**

**Vigencia del abuso sexual infantil en la vida adulta.**

**Estudiante:** Ana Laura Revetria CI: 5.047.001-5

**Tutor:** Asist.Mag.Alfredo Parra

**Revisor:** Prof. Adj.Mag Evelina Kahan

**Octubre 2022, Montevideo, Uruguay**

## Índice

<b>Resumen</b> .....	pág.3
<b>Introducción</b> .....	pág.4
<b>Capítulo 1: Maltrato Infantil</b> .....	pág.6
1.1 Tipos de maltrato en la infancia.....	pág.9
<b>Capítulo 2: Abuso Sexual Infantil (ASI)</b> .....	pág.13
2.2 Factores de riesgo del ASI.....	pág.15
2.3 Tipos de ASI.....	pág.18
2.4 Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil de Roland Summit.....	pág.20
2.5 Repercusiones del Abuso Sexual Infantil.....	pág.21
<b>Capítulo 3: Trauma: un breve recorrido histórico a partir de Freud</b> .....	pág.23
3.1 Perspectiva del trauma a partir de diferentes dimensiones.....	pág.24
3.2 Ferenczi: Confusión de lengua entre los adultos y el niño.....	pág.24
3.3 Benyakar y Lezica: Evento disruptivo y Vivencia traumática.....	pág.26
3.4 Abordaje del trauma desde la Asociación Americana de Psiquiatría.....	pág.28
3.5 Fonagy: Teoría de la Mentalización.....	pág.29
3.6 Trauma y Neurociencias.....	pág.31
<b>Capítulo 4: Manifestaciones sintomáticas en la adultez</b> .....	pág.32
4.1 Secuelas a largo plazo en el área Psicológica.....	pág.33
4.2 Secuelas a largo plazo en el área Física.....	pág.34
4.3 Secuelas a largo plazo en el área Cognitivo-Conductual.....	pág.35
4.4 Secuelas a largo plazo en el área Sexual.....	pág.36
4.5 Secuelas a largo plazo en el área Vincular.....	pág.37
<b>Consideraciones finales</b> .....	pág.39
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	pág.41

## Resumen

El presente trabajo monográfico se enmarca en el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología. El objetivo del mismo es abordar las repercusiones a largo plazo en víctimas adultas que han experimentado un hecho traumático de abuso sexual en la infancia. En este sentido, se busca atender y visibilizar el maltrato infantil, las distintas formas que adopta en la infancia así como los factores de riesgo y sus repercusiones en la vida infantil.

Para ello, se realiza un recorrido conceptual desde de la teoría de Freud con la noción de trauma psíquico, seguido de otros autores psicoanalíticos como Ferenzci, Benyakar y Lezica, Bowlby y Fonagy, realizando aportes de la Asociación Americana de Psiquiatría y finalizando con la participación de los adelantos en las neurociencias.

Por último, se pretende profundizar en los efectos traumáticos generados por el abuso sexual infantil en la vida adulta, intentando realizar una aproximación de su impacto en el área física, psicológica, cognitiva, sexual y vincular.

***Palabras clave:*** Maltrato, Abuso Sexual Infantil, Trauma, Consecuencias largo plazo

## Introducción

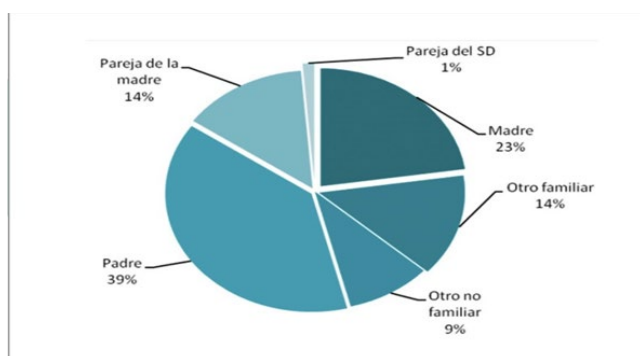
*“Durante años las voces de gran cantidad de víctimas de abuso sexual fueron, y continúan siendo, calladas...”*

(Colombo, J, 2019, pág. 45)

El abuso sexual infantil (ASI) es “una expresión de poder, que implica el sometimiento, y la dominación de un niño, niña y/o adolescente” (González y Tuana, 2009, pág.26) con actos de naturaleza sexual por parte de un adulto (Sgroi, Porter y Blick, 1982). Adjudicando al niño, niña y adolescente (NNA) en un lugar de dependencia frente a éste (Baita, Moreno, Rozanski, Visir y Volnovich, 2008) que repercute tanto en su integridad psíquica, como física y social. Según Intebi (1998) configura una de las formas más graves de maltrato infantil, puesto que, el NNA no cuenta con un repertorio emocional madurativo y cognitivo suficiente para comprender y consensuar dicha actividad (Orjuela y Rodríguez, 2012).

En Uruguay, como se puede observar en la Figura 1, un alto porcentaje de agresores corresponde al abuso perpetrado por el padre, en continuidad de la madre; apareciendo estos como los principales ejecutores del maltrato (Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia [SIPIAV], 2021). Continúan, las parejas de la madre, seguido de otro familiar cercano y por último, engloba a atacantes desconocidos (SIPIAV, 2021).

**Figura 1:** *Principal persona agresora según su relacionamiento con el NNA*



*Nota: Los porcentajes son calculados en base a los datos válidos. Adaptado al Informe del SIPIAV por el sistema Sipi de Inau (pág.2021).*

Estos datos se refieren únicamente a los casos notificados y registrados en el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) sin considerar aquellos que hayan podido ser tratados en otros organismos públicos o privados. Y sin atender, aquellos casos que aún permanecen en la sombra sin poder ser visibilizados; lo cual pone en evidencia que estos datos no se acercarán a las cifras reales. Esta práctica a menudo restringida a la familia, dificulta la intervención de los servicios psicológicos, jurídicos o sociales, imposibilitando el resguardo del NNA (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2009).

En la mayoría de los casos, el ASI comporta graves consecuencias para las víctimas dejando secuelas a corto y largo plazo (Pereda, 2009). La detección de estos casos suele ocurrir mucho tiempo después (meses o años) de los incidentes iniciales (Echeburúa y de Corral, 2006). Las autoras, sostienen que el 30% de las víctimas de abuso sexual en la infancia desarrollan síntomas de larga duración en la edad adulta (Ibaceta, 2007). Esto provoca múltiples alteraciones personales a lo largo de su vida (López, 1999) tanto en el desarrollo físico y psicológico (Pereda, 2009) como en el área social y sexual (López, 1999) que no siempre son detectados (Waikamp y Barcellos, 2018). Tales efectos, son más difíciles de investigar en comparación a las secuelas a corto plazo, implicando una multicausalidad de factores relacionados al abuso; tipo, frecuencia, edad, relación con el agresor y respuesta del entorno cercano (López, 1999). En este sentido, Vitriol (2005) asegura que cuanto más graves y crónicas sean las agresiones sexuales en la infancia, mayor severidad tendrán las manifestaciones psicopatológicas en la edad adulta.

Distintas investigaciones han demostrado que la etiología del abuso sexual infantil remite a múltiples enfermedades mentales en la edad adulta (Pereda, Gallardo y Jiménez, 2011). Esto demuestra que un número significativo de adultos suele buscar tratamiento psicológico por diversos problemas de salud y descubren una amplia sintomatología asociada con haber vivido abuso sexual en la niñez (Ibaceta, 2007).

El abuso sexual infantil y sus efectos en la vida adulta es un hecho que se plantea con bastante frecuencia en las consultas de salud mental (Marín, Ortiz, Baró y del Hoyo, 2013). Por ello, la importancia del abuso como acontecimiento traumático y las consecuencias de dicho evento en la edad adulta (Marín et al, 2013) han motivado el presente trabajo para abordar esta realidad tan dolorosa. Por tal motivo, se procurará abordar y comprender la noción de trauma

psíquico tomando diferentes autores desde Freud hasta la actualidad, con la finalidad de ayudar a resaltar su importancia a nivel clínico, académico y social.

## **Capítulo 1: Maltrato Infantil**

El maltrato infantil puede entenderse como cualquier conducta que por acción o inacción cause un daño real o potencial a un NNA (Baita, 2015) que interfiere con su desarrollo integral y vulnera su derecho como ser humano (Ulloa y Navarro, 2011). Cuánto más se adentra en el pasado “(...) más expuestos están los niños a la muerte violenta, el abandono, los golpes, el terror y los abusos sexuales” (De Mause, 1982, pág. 15). La historia de la infancia es una pesadilla de la que hace poco tiempo, se ha comenzado a despertar.

Cuando se trata de abordar el maltrato infantil surgen varias aristas; la falta de comprensión de la verdadera prevalencia de la problemática, profundos orígenes históricos y culturales y desacuerdos sobre sus definiciones y clasificaciones (Santana, Sánchez y Herrera, 1998). Sin embargo, Volnovich (2002) reconoce la necesidad de considerar los derechos de la infancia como universales.

Una de las definiciones más claras, que caracteriza y define el maltrato infantil, lo realiza la Organización Mundial de la Salud (2022):

Los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil (párr.6).

El maltrato es un acto que supone la deshumanización de un otro (Janin, 2002). El perpetrador no registra ni asume las consecuencias de la irresponsabilidad de sus actos y la magnitud del daño que puede producir. Esto sitúa a la víctima de la violencia como un objeto y no como un sujeto de derechos (Peroni, 2005). Para comprender el carácter desigualitario del vínculo abusivo Francoise Héritier (1999) (citado en Peroni ,2005) enfatiza en el concepto de violencia y

la propone como: “la naturaleza de la relación en la cual se produce un empleo de la fuerza (física, psíquica, sexual) de una persona más fuerte sobre otra, susceptible de ocasionar el terror, la huida, el sufrimiento o la muerte” (pág. 22). A nivel mundial se constituye como un fenómeno universal y complejo que no diferencia estratos socioeconómicos y/o culturales (Pereda, 2009). Los perpetradores que lo ejercen pueden ser: cuidadores, padres u otros familiares, amigos, conocidos de la familia, desconocidos, maestros, policías, sacerdotes, empleadores y otros niños (Butchart y Phinney, 2009).

En Uruguay, América Latina y el Caribe más de la mitad de los NNA son víctimas de malos tratos físicos, psicológicos, negligentes o de abuso sexual (Larraín y Bascuñán, 2009). A su vez, la OMS (2020) sostiene que 1 de cada 4 adultos declara haber sido abusado físicamente durante su infancia y que alrededor de 1000 millones de niños, entre 2 a 17 años de edad vivieron abuso físico, emocional, sexual o por abandono en el último año, lo que resulta en lesiones traumáticas, discapacidad y muerte.

Los datos recientes que arroja del SIPIAV (2021) son preocupantes y demuestran un aumento exponencial en relación al año 2020; donde se reportaron 4911 intervenciones de Violencia hacia NNA en comparación al año 2021 con 7035 casos. El 55% de las situaciones recibidas equivale al sexo femenino y el restante al masculino, colocando a la mujer en un lugar de mayor vulnerabilidad frente al maltrato y/o abuso. A medida que incrementa la edad de la niña se visualiza un mayor aumento del abuso lo que nos muestra la recurrencia y/o cronicidad en comparación con los primeros episodios. Otros datos, informan que los abusos se duplican cuando su agresor convive con la víctima en relación a los que no conviven en el hogar. En cuanto a las franjas etarias se observa principalmente que más de la mitad de los abusos comprenden el tramo entre los 6 a 17 años, siendo la población más afectada. Asimismo, los tipos de violencia registrados indican un mayor porcentaje expuesto a maltrato emocional procedido de situaciones de negligencia y abuso sexual. Las restantes, refieren a maltrato físico seguida de casos de explotación sexual.

A pesar de la magnitud de la prevalencia de los malos tratos y el abuso sexual contra la niñez, en la mayoría de los casos a menudo se encuentran ocultos, pasan inadvertidos o no se denuncian (OMS, 2020a). Giberti (2005) manifiesta que los niños no logran ser escuchados cuando

las violencias los arrastran, ahogando sus voces y siendo aterrorizados por el temor que los malos tratos suscitan. Desde el momento que nacen esperan del cuidado adulto (quienes deberían de proteger y amparar) pero la vida los coloca en una inexorable y confiada espera que no eligieron ni buscaron pero conforma una determinante para su desarrollo vital (Kolektiboa, 2016).

Cabe señalar, que las formas de maltrato a las que se ven sometidos los niños pueden ocurrir de manera aislada o ir acompañada por otras violencias; intrafamiliar, escolar, institucional y de género (Lozano, García, Sande, Perdomo y Zunino, 2018). El empleo de la fuerza y el abuso de poder no solo es perpetuada en la intimidad de la vida familiar, sino también desde el seno de lo social y lo institucional (Vainstein y Rusler, 2011). Al mismo tiempo, ser víctima de cualquier forma de maltrato podría generar un nuevo riesgo a manos de otras personas (Baita y Moreno, 2015). Baita y Moreno (2015) hacen hincapié en el peligro que corren los NNA que ya han sido víctimas de abuso porque pueden caer en manos de nuevas revictimizaciones por parejas de la madre, vecinos cercanos o primos.

González y Tuana (2009) visibilizan a través del maltrato la distribución del poder en la sociedad según las relaciones de género y la gestación de un orden social al establecer vínculos jerárquicos y de subordinación. Intebi (2012) sostiene que si un niño/a vive los primeros seis meses de vida en una familia violenta, tiene más probabilidades de experimentar abuso físico y el doble de padecer maltrato emocional. También refiere que tanto el maltrato como el abuso sexual infantil se dan en familias que tienen formas disfuncionales de vincularse y que corren el riesgo de que se transmitan de una generación a la siguiente (Intebi, 1998). Lo cual, según Beitchman, Zucker, Hood, Dacosta y Akman (1992) (citado en Pereda, 2010a) incrementa el riesgo de sufrir graves repercusiones que pueden perdurar a lo largo del desarrollo y que no siempre desaparecen con el tiempo (Echeburúa y Guerricaecheverría, 2009). A su vez, esto influye de manera negativa en las posibilidades de elaboración del daño sufrido por la profundidad del impacto que puede generar en un NNA (SIPIAV, 2021) condicionando las oportunidades de integrarse de manera productiva en una sociedad (Lozano et al., 2018).

Las expresiones de la violencia hacia los NNA dejan huellas y cicatrices en su desarrollo y en su psiquismo alterando la formación de vínculos sanos y condicionando las vivencias, emociones y la confianza de quienes la padecen (Peroni y Prato, 2012). Los niños que sufren



situaciones de maltrato y abuso sexual infantil crecen desconfiando de su capacidad para interpretar la realidad, percibiendo el entorno como un lugar peligroso. En líneas generales, la violencia contra la niñez y la adolescencia engloba el maltrato y el abuso sexual (Bentancor, Lozano y Solari, 2013). En este sentido, Giberti (2007) plantea que toda reacción violenta se encuentra vinculada a la finalidad de controlar y dominar la vida de otro que es incapaz de defenderse. Como expresan Baita y Moreno (2015) “menor desarrollo, menor comprensión madurativa, menor capacidad de escapar de situaciones de peligro” (pág., 91).

## 1.2 Tipos de maltrato en la infancia

Bentancor, et al., (2013) consideran que el maltrato infantil se subdividiría en maltrato físico, químico, emocional o psicológico, por abandono o negligencia y abuso sexual.

Según los autores, et al (2013) el *maltrato físico* sería toda conducta no accidental que pueda causar daño físico o que exponga al niño frente a una situación de peligro; manifestándose está de forma visible o no a través de golpes, ahogamientos, zamarreos, quemaduras, heridas, y fracturas, entre otras. Por su parte, Ulloa y Navarro (2011) diferencian el maltrato físico del maltrato grave. El primero, estaría destinado a infligir dolor físico sin “dañar al niño” para corregir o controlar su comportamiento y el segundo supone un patrón de abuso potencial y prolongado de daño físico y mental por largos periodos. Vlahovicova et al. (2017) sostienen que este tipo de abuso a menudo se ignora y solo se informa cuando el niño sufre un daño grave. Este tipo de violencia comprende una de las formas más “aceptadas” en diferentes sociedades, ya que suele entenderse como parte de la “educación” de los niños y la interiorización de patrones de comportamiento a través de su crianza (Lindert, Von Ehrenstein, Grashow, Gal, Braehler y Weisskopf, 2014).

Se puede incluir en esta categoría al *abuso fetal*, cuando la futura madre toma una sustancia que perjudica el normal desarrollo del feto (drogas, alcohol, medicamentos contraindicados) durante los meses de embarazo provocando un parto con complicaciones, además, de complejas patologías derivadas de conductas irresponsables durante los meses de gestación (Fernández y Perea, 2004).

El *maltrato químico*, es entendido como el uso de sustancias con el fin de calmar o tranquilizar al niño. Las sustancias más utilizadas van desde té de hierbas y alcoholes etílicos hasta benzodiazepinas que deprimen el sistema nervioso central y otros psicofármacos (Unicef, 2017). En algunos casos se le suministraba al niño una mayor dosis o con una mayor frecuencia de la que fue indicada y en otras situaciones no había indicación médica (Lozano et al., 2018).

El *maltrato emocional o psicológico*, es la forma de violencia más difícil de identificar porque tiende a ser naturalizada por la víctima, puesto que, se presenta de manera sutil e invisible y no suele dejar marcas en la piel. Se caracteriza por el uso de la palabra pero también puede incluir gestos no verbales; mediante críticas, descalificaciones, intimidación, rechazo y amenazas de abandono (Bentancor, et al., 2013). Además, muchas veces, se justifican las constantes críticas que sufren muchos niños por parte de sus padres y/o hermanos, puesto que, por lo general este comportamiento siempre va dirigido al mismo integrante. Otras formas de hostilidad son el aislamiento, la sobreexigencia de responsabilidades y las situaciones que restringen su autonomía y las iniciativas de interacción del niño. También se considera como maltrato emocional al hecho de que los niños estén expuestos a la violencia crónica sin ser protagonistas inmediatos (Ulloa y Navarro, 2011). Para Ulloa y Navarro (2011) estas conductas perjudican el desarrollo afectivo, social e intelectual de los menores, afectando deliberadamente su salud.

El *maltrato por abandono o negligencia*, se define por la incapacidad de satisfacer las necesidades (fisiológicas y psicológicas) poniendo en peligro inminente el desarrollo integral del niño por parte de familiares o cuidadores a cargo que cuentan con los recursos necesarios para atenderlas (Unicef, 2017). Por ejemplo, no brindar atención médica o asistir a los controles de salud en caso de necesitarlo; alimentación e higiene inadecuada, desprotección, falta de supervisión y estimulación, ausencia de apoyo en actividades del niño, entre otras (Bentancor, et al., 2013). De esta manera, es más probable que tengan accidentes en el hogar, ya que las condiciones de vida o la higiene a menudo no son suficientes para garantizar la seguridad de los niños. Por otra parte, Puerta y Colinas (2007) entienden que si las necesidades básicas “no son atendidas adecuadamente, temporal o permanentemente” (pág., 7) el NNA se encontrará frente a una situación de abandono físico. Con respecto al abandono emocional, Puerta y Colinas (2007) la consideran como la falta de respuesta persistente a las expresiones emocionales iniciadas por el niño y su comportamiento interactivo; y la incapacidad para establecer comunicación y contacto

con este por parte de un adulto estable. La falta de demostraciones de amor, afecto o preocupación en los cuidados también se incluyen como un acto de abandono emocional (Bellinzona, 2005).

El *abuso sexual*, también es considerado como una de las tantas formas que existen de maltrato infantil y se lo denomina como todo acto de abuso de poder por parte de un adulto sobre un niño dependiente e inmaduro, que incluye cualquier tipo actividad sexual para la gratificación sexual de quién lo ejecuta sin el consentimiento libre del menor (Bentancor, et al., 2013). Este tipo de maltrato, será abordado en profundidad en los próximos apartados.

Además se deben incluir otros tipos de maltrato como:

El *Síndrome de Munchausen*, conceptualizado como una forma de abuso difícil de diagnosticar porque se trata de padres o adultos responsables que simulan o producen síntomas o signos en un niño con fines de asistencia médica o tratamientos médicos. Los autores refieren que es un abuso particularmente grave por su alta tasa de mortalidad y morbilidad y que por lo tanto, debe sospecharse ante múltiples consultas e ingresos hospitalarios injustificados o ante una mala respuesta al tratamiento por sintomatología variable, inusual o recurrente. Además, advierten que es necesario observar si la condición clínica mejora cuando se separa al NNA del adulto cuidador, ya que en ocasiones pueden agravar enfermedades o síntomas preexistentes (Lozano et al., 2018).

La Unicef (2020) conceptualiza la *Explotación Sexual Comercial infantil* como:

“la utilización en actividades sexuales, eróticas o pornográficas para la satisfacción de los intereses o deseos de una persona o grupo de personas, a cambio de un pago o promesa de pago económico, en especie o de cualquier tipo, para la niña, niño o adolescente, para una tercera persona o para varias” (párr.3).

González y Tuana (2009) expresan que existen diversas categorías de explotación sexual comercial de NNA, las cuales, muchas veces se presentan de forma simultánea y se encuentran relacionadas entre sí. Ellas son: a) Utilización de niñas y niños y adolescentes en prostitución. b) Pornografía infantil. c) Trata de niñas, niños y adolescentes. d) Turismo sexual infantil. Las autoras refieren que para comprender la globalidad de dicho fenómeno, se deben de tomar en cuenta las siguientes situaciones; pobreza extrema e indigencia, falta de oportunidades educativas y laborales, la imposibilidad de acceder a bienes de consumo. Así como el haber vivenciado violencia

doméstica y experiencias tempranas y prolongadas de abuso sexual infantil, fracaso escolar y/o exclusión del sistema educativo, situación de calle, rechazo y estigmatización (González y Tuana, 2009).

El *Síndrome de Alienación Parental (SAP)* abarca otra de las manifestaciones de maltrato infantil, donde la causa del fenómeno es el adoctrinamiento sistemático (lavado de cerebro) de uno de los progenitores y la propia contribución del niño a la denigración del padre rechazado (Segura, Gil y Sepúlveda, 2006). En estos escenarios, muchas veces, resultado de un divorcio o separación de los padres los niños quedan expuestos e involucrados indebidamente siendo rehenes de sus propios padres y siendo utilizados como “moneda de cambio o arma arrojadiza” (Howard, 2014). Segura et al., (2006) sostienen que en los casos severos de SAP, se suele incurrir en denuncias falsas teniendo el niño que someterse a muchos exámenes por diferentes especialistas que además de ser innecesarios, crean situaciones de fuerte estrés y sentimientos de confusión. Además, se atenta contra el derecho del otro progenitor a continuar la relación lo más estable y normalizada posible con sus hijos (Howard, 2014). Sin detenerse a considerar las graves consecuencias para el futuro desarrollo personal, psíquico y afectivo, del niño. Los menores, suelen presentar “sentimientos de abandono y culpabilidad, rechazo, impotencia e indefensión, inseguridad, así como también estados de ansiedad y depresión y conductas regresivas, disruptivas y problemas escolares” (Segura et al., 2006, pág. 118).

Más allá de la tipologización, es importante enfatizar que los límites entre los diferentes tipos de maltrato infantil a menudo son borrosos y con frecuencia suelen presentarse de forma simultánea (Palacios, Moreno y Jiménez, 1995). Palacios et al., (1995) también expresan que el hecho de que se experimenten diferentes tipos de violencia al mismo tiempo y de forma acumulativa, predeciría síntomas psicológicos más graves. Gómez (2006) agrega que una elevada comorbilidad entre los distintos tipos de maltrato infantil dificulta la asignación de un determinado tipo de violencia a un tipo específico de daño. Sin embargo, Vranceanu et al (2007) afirman que si un tipo de maltrato infantil se evalúa de forma independiente por su impacto en la salud mental de la víctima, los efectos superpuestos de diferentes tipos pueden ignorarse y los resultados atribuirse a los tipos identificados cuando realmente el maltrato infantil acumulativo es responsable de estos resultados. En esta línea, Vranceanu et al (2007), señalan al maltrato infantil acumulativo, como la superposición de los diferentes tipos de maltrato que existen. Para Janin

(2002) el maltrato ubica al NNA en una posición de extrema vulnerabilidad que afecta a determinadas áreas como la educación, la vida social y el bienestar en general.

## **Capítulo: 2 Abuso sexual infantil (ASI)**

El abuso sexual infantil (ASI) al constituirse como una de las tantas formas del maltrato infantil queda implícito en una variabilidad de significados diferentes (Giberti, 2015). Uno de los principales inconvenientes acerca de esta problemática, es la carencia de un consenso conceptual sobre el mismo (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021). Esto afecta, la visibilización y detección de los casos por la incertidumbre que constituye tanto para los cuidadores a cargo cómo para la propia víctima lo que se considera como ASI.

El National Center of Child Abuse and Neglect (citado en Martínez y Figueroa, 2000) propone el ASI, como:

Contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando este usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede también ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando es significativamente mayor que la víctima o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro menor (pág.62).

De esta definición surgen 2 criterios principales de ASI: la edad de la víctima y del agresor (asimetría de edad) y la coerción que utiliza el agresor para someter a la víctima (Cantón y Cortés, 2000).

- Asimetría de edad: la edad máxima de la víctima debe ser de 15 a 17 años y el atacante debe ser considerado 5 años mayor que la víctima (Martínez y Figueroa, 2000) aunque no necesariamente mayor de edad (Cantón y Cortés, 2000).
- 2) Coerción: el atacante utiliza el empleo de la fuerza física, presión psicológica y engaño para someter a la víctima y cometer las conductas abusivas (López, 1999).

Otro de los criterios que puede definirse dentro la definición de ASI, refiere al comportamiento de las conductas sexuales que se mantienen, las cuales, pueden incluir contacto físico o no (Peroni y Prato, 2012). La ausencia de marcas físicas no significaría la ausencia del

abuso sexual, ya que en muchos casos, nunca se utiliza la penetración (González y Tuana, 2009). Inclusive, el abuso sexual también puede ocurrir a través de la provocación verbal (Unicef, 2011).

López (1999) sostiene que en algunas sociedades, el 20% de las violaciones es cometida por un menor de edad, por lo tanto, si un menor obliga a otro menor a participar de un acto sexual se está hablando de abuso. En las situaciones donde un menor es el que abusa de otro menor, se debe considerar como una situación de alto riesgo, ya que, es posible que quién lo comete también sea o haya sido objeto de abusos sexuales u otra forma de violencia (Ochotorena y Arruabarrena, 1996). Siguiendo a López, el autor enfatiza que entre personas de edades muy diferentes que no tienen las mismas vivencias ni el mismo nivel de madurez biológica o las mismas expectativas nunca puede haber una relación de orden sexual igualitaria. Que se le pida u obligue a un NNA a tener conductas sexuales siempre implica una terrible sorpresa por la naturaleza del acto y que ni siquiera puede imaginar por sí mismo (López, 1999). Por otra parte, Intebi (2012) en concordancia con López (1999) sostiene que esta desigualdad puede deberse a lazos familiares, vínculos de jerarquía y autoridad, diferenciación en tamaño, cuerpo y/o fuerza física; que posibilita a los abusadores manipular a los NNA a través de la coacción física o emocional por medio de mentiras y engaños. Peroni y Prato (2012) reafirmando lo anteriormente expuesto, expresan que el ASI se circunscribe en una relación de poder, adultocéntrica y patriarcal. Entre el agresor y el menor se va creando una interacción basada en el secreto y el ocultamiento, lo que le permite al abusador ganarse su confianza y reducir las capacidades de reacción del niño ante la relación abusiva (Intebi 2012). Por su parte, Braun (citado en Villanueva, Guzm, Hern, Beltr y P., 2011) señala que este hecho se consuma haciendo uso del poder que le otorga su rol para mantener los ataques de forma reiterada. Siguiendo esta línea, Echeburúa y Guerricaechevarría (2009) sostienen que cuando se cometen situaciones incestuosas “no suelen darse conductas violentas asociadas” (pág., 15) para lograr consumarlo.

Según la Organización Mundial de la Salud (2020) es imprescindible resaltar que el abuso no se determina por la edad del agresor; quién lo perpetúa puede ser un adulto u otros NNA (al menos 5 años mayor) que por su edad o etapa evolutiva tienen responsabilidad, confianza o influencia sobre la víctima. En concordancia, Braun (citado en Villanueva et al., 2011) expresa que en la mayoría de los casos los abusos son cometidos por personas cercanas a los NNA que asumen el rol de cuidadores (padres, madres, padrastros, madrastras, hermanos, abuelos, tutores).

Esto da cuenta de que no se está frente a un único perfil de abusador (González, Martínez, Leyton, y Bardi, 2004). Sin embargo, Finkelhor (2005) enfatiza que aunque el abuso sea cometido por un extraño que esté por fuera del ámbito familiar, la familia de alguna u otra forma siempre se encuentra implicada.

En casos de abusos sexuales a menores la finalidad de la acción no es la gratificación sexual mutua, por el contrario, es el agresor quien satisface exclusivamente sus propias necesidades sexuales (Intebi, 2012) en desconocimiento del consentimiento del niño (Bentancor, et al, 2013). El agresor tiende a buscar la gratificación sexual intermitente de los menores más cercanos a ellos y con la menor capacidad de resistencia (Echeburúa y Corral, 2006). Estos comportamientos incluyen incitar y/o persuadir al niño de participar en cualquier tipo de actividad sexual; prostitución, explotación, exhibición pornográfica y trata infantil (Muller y López, 2011).

Monzón (1999) expresa que el abusador consuma el acto, imponiendo no solo una sexualidad traumática por medio de secretos, amenazas y engaños de diversa índole, sino también, bajo un padecer que se debe resistir en silencio (Colombo, 2019). Conforme a lo anterior Rozanski (2003) manifiesta que “en el centro del fenómeno, impera, la ley del silencio” (pág., 37). Al mismo tiempo, sostiene que es el elemento fundamental que obtura toda posibilidad de generar estadísticas concisas; configurando una de las principales causas de las llamadas “cifras negras”. Con respecto a esto, Monzón (1999) reafirma que siendo considerado un delito frecuentemente no se denuncia por miedo o negación.

## **2.2 Factores de Riesgo del ASI**

Observar el abuso dentro de un amplio contexto social, requiere considerar los factores que intervienen en relación a la víctima, ya que, estos aumentan el riesgo de que ocurra el abuso sexual infantil (Villanueva, 2013). La Unicef (2017) expresa que estos factores permanecen relacionados entre sí y son acumulativos; lo que visibiliza que “no hay un único factor causal” (Save the Children, 2001, pág.37).

Villanueva (2013) señala que las raíces del factor de riesgo del abuso sexual infantil se encuentran en las características psicológicas y fisiológicas del abusador. Para ello, el autor se basó en el modelo propuesto por Finkelhor y Krugman (1993) que definen los factores de riesgo del

propio perpetrador (Villanueva, 2013). Finkelhor y Krugman (1993) propusieron que para que ocurra el abuso es necesaria la motivación del abusador para consumir el acto y expresan que cada uno posee su propio “modus operandi”. Además, ambos autores argumentan que podría ser causado por repetición intergeneracional de abusos sexuales infantiles, factores psicopáticos de la personalidad, trastornos en el control de los impulsos o por ser un pedófilo excesivo con fijación a un objeto sexual (Villanueva, 2013). Asimismo, expresan que las razones individuales que tienen los agresores para superar sus propias inhibiciones y miedos incluyen; el alcohol, la psicosis, la senilidad o el fracaso de la represión incestuosa dentro de la familia. En este sentido, se encuentran la pornografía infantil y la carencia para identificarse con las necesidades de los NNA como principales factores de riesgo (Villanueva, 2013).

Por otro lado, la Guía de víctimas de abuso sexual a menores de edad creada por la Unicef (2011) argumenta que la edad del niño/a se convierte en un factor que determina un estado de indefensión física y psicológica; mayor aún, cuando se mantiene un vínculo significativo y de confianza con el agresor. Cuanto más pequeño es el niño, mayor es el peligro porque cuenta con menos oportunidades de defenderse, de solicitar ayuda o de contar qué es lo que le está sucediendo (Volnovich, 2008). Más aún, si es un ambiente familiar donde la violencia forma parte de la relación entre sus miembros y los límites de lo “tolerable o intolerable” se ven difuminados, sin poder discriminar comportamientos inapropiados (Kolektiboa, 2016).

Los niños que carecen del afecto familiar también corren alto riesgo ya que pueden sentirse atraídos por la atención que reciben por parte de su ofensor, generando a largo plazo, sentimientos de culpa (Borras y Pérez, 1996). Pauluzzi (2003) afirma que el abusador se aprovecha de la búsqueda de atención y afecto que todo niño necesita. De esta manera, las familias educadas en la violencia la normalizan y naturalizan como forma de vida, incluso, en los casos que existe abuso sexual (Kolektiboa, 2016).

En cuanto a los NNA con necesidades especiales al tener un mayor nivel de dependencia hacia sus cuidadores también se constituyen como un grupo que se encuentra muy expuesto (Kolektiboa, 2016). Ya sea, por una menor capacidad de comprensión de las conductas a las que está siendo involucrado (Unicef, 2011) o por restricciones físicas que le imposibilitan moverse, huir o defenderse (Baita y Moreno, 2015). Además, Baita y Moreno (2015) agregan que estos



niños con capacidades diferentes tienen más dificultades en poder comunicarlo y cuando logran relatarlo tienen más probabilidades de no ser creídos o no tomar el informe como una acusación válida.

Echeburúa y De Corral (2006) observaron que una familia caótica y desestructurada tiende a ser más propensa a conductas negligentes y carecer de los controles internos fundamentales para protegerse de cualquier forma de agresión (Kolektiboa, 2016). El riesgo aumenta, cuando el padre “no ofensor” no adopta medidas de protección y precaución ante los cuidados del menor (Intebi, 2012). Según Baita et., al (2008) “esta carencia es percibida por el niño como de mayor gravedad que la situación de abuso en sí misma” (pág., 148) generando que las víctimas experimenten mayores niveles de estrés (Cantón y Cortés, 2015).

Por otro lado, en un estudio apoyado en datos de registros judiciales de Rio Grande do Sul (Brasil) encontró que los principales factores se encontraban en relación con la existencia de familias reconstituidas, consumo de alcohol, drogas y desempleo (Habigzang, Koller, Azevedo, y Machado, 2005). Finkelhor (1993) en concordancia con Habigzang, et, al (2005) afirma que la presencia de un padrastro en el hogar, aumenta considerablemente las posibilidades del abuso. Puesto que el ofensor no solo podría aprovecharse de las oportunidades para estar a solas con la víctima (Kolektiboa, 2016), sino también del sentido de responsabilidad de éste hacia el niño ya que su cuidado puede volverse “difuso” por las fronteras intergeneracionales que los separan (Perrone y Martínez, 2007). Kolektiboa (2016) también expresa que la ausencia, enfermedad, lejanía de la madre o el hecho de ser dominada y maltratada por su pareja también implican un riesgo potencial para el niño. Mayor aún, si existen antecedentes de madres que han sido víctimas de abuso en su infancia y no logran identificar o reaccionar ante situaciones similares con su hijos/as (Intebi, 2008). Sin embargo, Baita y Moreno (2015) argumentan que cuando el NNA se anima a exponer lo que está sucediendo hay mecanismos de defensa que tienden a entrar en juego por parte de miembros de la familia que terminan encubriendo y sosteniendo el abuso. Las autoras sostienen, que los mecanismos presentes en las respuestas de los adultos no ofensores serían la disociación, la evitación y la negación. Plantean que pueden surgir por las siguientes razones:

- a) Una fuerte dependencia emocional con el agresor.
- b) Miedo a perder apoyo económico y otros beneficios materiales.

- c) Dificultades relacionadas a la propia historia (haber sufrido abuso sexual en la infancia).
- d) Una reacción de participación activa o pasiva en el abuso (Baita y Moreno, 2015).

Conviene señalar, que esto posibilita de forma activa el contacto sexual durante el acto o contribuye pasivamente al hecho (Baita y Moreno, 2015). Sin embargo, Del Campo (2003) sostiene que los NNA que viven en familias monoparentales presentan mayor riesgo; puesto que los abusos suelen ocurrir en las visitas de los fines de semana del padre (Villanueva, 2013). Por otra parte, Perrone y Martínez (2007) argumentan que en familias que brindan una imagen de “normalidad” y aparentemente bien estructurada, el descubrimiento del incesto revela su disfunción existente. Perrone y Nannini (1997) citados en Rozanski (2003) sostienen que el hecho tarda en descubrirse debido a que: “el abusador manipula el poder y carga a la víctima con la responsabilidad del secreto... el silencio el niño protege no sólo al abusador, sino a sí mismo y a su familia” (Pág.37).

Glaser y Frosh (1997) argumentan que los entornos caracterizados por la pobreza, la privación y el estigma cultural están más expuestos a estresores ambientales que pueden conducir a la violencia intrafamiliar y dicha violencia puede ser un factor de riesgo para el ASI. Empero, esta observación es cuestionada, porque en estratos socioeconómicos altos se revelan formas más sutiles de violencia como la psicológica y la económica.

Por último, la exclusión social es otro determinante que lleva a cabo a que las víctimas sean más vulnerables, especialmente si son menores de edad (Villanueva, 2013). Un ejemplo de esto, son los menores institucionalizados que se encuentran expuestos cuando las instituciones fallan en los controles sobre el cuidado responsable del NNA (Kolektiboa, 2016). Esto por sí mismo, genera una vulnerabilidad extrema y mayor desprotección (Kolektiboa, 2016) ya que podrían ser víctimas de sus propios cuidadores (Baita y Moreno, 2015).

### **2.3 Tipos de ASI**

En cuanto a los diferentes tipos de comportamiento sexual involucrado en los abusos, López (1999) presenta las siguientes situaciones:

*En formas de contacto físico como:*

- Penetrar ano o vagina con cualquier objeto, los dedos o el pene.
- Exhibir los órganos sexuales al menor de una manera inapropiada.
- Tocar o acariciar los genitales del menor.
- Forzar al menor a masturbar al adulto.
- Hacer que el niño mantenga conductas sexuales con personas de su mismo sexo.
- Pedir al niño que estimule oralmente los genitales del adulto.
- Obligar al niño a que se involucre en contactos sexuales con los animales.
- Obligar a los niños a ver actividades sexuales de otras personas o escenas pornográficas.

*En manifestaciones de explotación sexual como:*

- Implicar al menor en conductas o actividades que tengan que ver con la producción de pornografía.
- Promover la prostitución infantil (López, 1999, pág.22-23).

No todos los agresores sexuales llegan a consumar el coito, las causas pueden ser varias; interés preferencial por algunas conductas que satisfagan al abusador, temor al embarazo en caso de que sea niña o la exposición del abuso que detenga su continuidad (Baita y Moreno, 2015). Es importante recordar que no se requiere que haya contacto físico o penetración entre los protagonistas para que se produzca el abuso ya que puede adoptar otras formas (Intebi, 2007). El denominador común, es que exista un proceso previo de “seducción” en la que el victimario logra acercarse a la víctima y ganarse su confianza (Intebi, 2007). Este acuerdo “secreto”, hecho con algún tipo de presión sofisticada (regalos, viajes, juguetes) actúa como un cebo para los NNA (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2009). Otras estrategias sutiles de las que se sirven los agresores (López, 1999) incluyen; observar al niño al desnudarse (Echeburúa y Guerricaecheverría, 2009), realizar comentarios sexuales con detalles explícitos hacia el menor; bromear sobre su cuerpo y exponerlo frente a materiales de pornografía audiovisual generando un ambiente de confusión (Baita y Moreno, 2015). Dado que no hay un rastro fácilmente reconocible, el abuso sexual infantil puede seguir reproduciéndose quedando impune (Echeburúa y Guerricaecheverría, 2009).

Janin (2002) refiere que cuando un niño se encuentra insertado en la violencia a diferencia de un adulto, esté aún, es incapaz de construir una historia que le posibilite contrastar con otras representaciones a las que estallan en forma de abuso. Dado que no cuenta con los recursos necesarios para cotejar su memoria con el presente (Janin, 2002). Sin embargo, Erbaro (2005)

sostiene que un niño que aprende a ser escuchado en el día a día y crece en un ámbito de relaciones democráticas dentro de las instituciones tiene mayores oportunidades de “contrastar su realidad familiar y no instaurarla como el único modelo de relación que existe y al que debe someterse” (pág,26).

#### **2.4 Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil de Roland Summit**

Resulta relevante profundizar, sobre las etapas que describe Roland Summit (1983) a lo que el autor denominó como Síndrome de Acomodación al abuso sexual infantil, para dar cuenta de cómo se ve afectado el comportamiento de un niño víctima de este suceso (citado en Intebi,2008).

El síndrome comprende 5 fases que incluyen: el secreto, la desprotección, el atrapamiento y la adaptación, la revelación tardía y no convincente y por último la retracción (Summit, 1983 citado en Intebi, 2008).

El *secreto*. Es el elemento que promueve el inicio de la dinámica abusiva operando a través de la intimidación, las amenazas y la manipulación para que la víctima se mantenga en silencio y no revele lo sucedido (Summit, 1983 citado en Intebi, 2008). Summit (1983) además sostiene que muchas víctimas admitieron en estudios retrospectivos que jamás relataron los abusos durante la niñez porque temían a ser culpabilizados por lo que pasó; no ser creídos; o que el cuidador no implicado/a no logrará protegerlo lo suficiente por miedo a las represalias del agresor una vez revelado el abuso. Este ocultamiento aumenta el sentimiento de indefensión y culpa (González y Tuana, 2009). López (2009) plantea que frecuentemente los adultos son reacios a admitir tales agresiones y tienden a creer que el niño suele confundir la realidad con la fantasía cuando reportan estos comportamientos. Sin asumir comportamientos de defensa o de protección hacia los NNA que han sido abusados (Baita y Moreno, 2015). Por ello, es tan necesario que se crea en la palabra del NNA cuando se anima a denunciar los hechos.

La *desprotección*. Intebi (2012) advierte que si bien los niños han aprendido a rechazar el contacto con desconocidos, al mismo tiempo, también han aprendido a ser dóciles y afectuosos con cualquier adulto responsable de su cuidado. Estas circunstancias, conllevan a que el menor no pueda negarse o defenderse ante su abusador debido al vínculo de dependencia e indefensión que lo une a éste (Intebi, 2008). De esta forma, el niño queda sometido y expuesto a cualquier actividad

de índole sexual sin prever las consecuencias de dicho comportamiento (Summit, 1983, citado en Intebi, 2008).

*El atrapamiento y la acomodación.* En esta etapa, si hay ausencia de protección o intervención inmediata el NNA no podrá detener el abuso y comenzará a afrontar la situación abusiva desplegando los mecanismos de adaptación para poder sobrellevar la traición intrusiva de quién confiaba, quería y lo “protegía” (Summit, 1983, citado en Intebi, 2008). Summit (1983) señala que varias de las conductas descritas como patológicas en el funcionamiento psíquico de adolescentes y adultos se derivan de las respuestas normales de un niño sano a un entorno parental extremadamente “antinatural y enfermo” (pág., 21).

*La revelación tardía y no convincente.* La revelación o divulgación del abuso sexual infantil suele revelarse a consecuencia de una discusión grave en el núcleo familiar; el descubrimiento contingente de un tercero o a través de intervención profesional (Summit, 1983, citado en Intebi, 2008). Summit (1983) además sostiene que la negación o la no credibilidad del entorno cercano a la víctima ante la revelación, propicia el desarrollo de grandes perturbaciones.

*La retracción.* Summit (1983) afirma que esto puede ocurrir porque en el caos en el que ocurrió la confesión impulsada por sentimientos de ira y desprecio, también se ocultan sentimientos de culpa por denunciar a un ser querido y por no cumplir con el deber de mantener a la familia unida. Esto ejerce presión sobre el niño y a menudo hace que se retraiga, desmintiendo cualquier afirmación que haya realizado sobre el abuso. Esta etapa es muy importante y requiere el apoyo de personal especializado y sobre todo un ambiente propicio en el que el niño pueda sostener lo que valientemente pudo relatar (Summit, 1983, citado en Intebi, 2008).

Summit (1983) argumenta que las dos primeras etapas se caracterizan por la vulnerabilidad que tiene el NNA frente al abuso en ausencia de un entorno seguro y protector, mientras que las restantes delimitan los efectos de tales agresiones.

## **2.5 Repercusiones del Abuso Sexual Infantil**

Debido a que el abuso sexual es una forma de victimización infantil, los efectos del trauma son muy similares a las provocadas por otras formas de victimización como el abandono emocional y el maltrato físico (Echeburua y Guerricaechevarría, 2009). Sin lugar a dudas, el abuso implica un

“balazo en el aparato psíquico” del niño/a (Intebi, 1998, pág., 173) resultando en respuestas que pueden interferir evolutivamente en su desarrollo normal (Intebi, 2011).

Pereda (2010a) encontró que las secuelas del ASI afecta a todos los ámbitos de la vida del NNA tanto en la infancia como en la adultez; lo que imposibilita hablar de un síndrome de ASI por la ausencia de un patrón único en su sintomatología. Hay que recordar que un número significativo de NNA que son abusados sexualmente pueden no tener síntomas, ya que, muchos factores influyen en el efecto que puede tener el abuso (Intebi, 2011). Intebi (1998) expresa que las variables a considerar están relacionadas con: el tiempo transcurrido desde el primer episodio, el tipo de vínculo o parentesco con el agresor, el tipo de agresión, la respuesta del entorno ante esta situación y la contención familiar y social que disponga el menor. López (1999) sostiene que las secuelas del ASI se diferencian de un caso a otro y un factor importante que también interviene; dependerá de la personalidad que tenga el NNA para pedir ayuda o utilizar estrategias para protegerse. La gravedad estará sometida al nivel de culpabilización que sienta el NNA por parte de sus padres así como los recursos psíquicos de afrontamiento que esté disponga. (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2009).

El impacto de las secuelas iniciales o a corto plazo, generalmente se establecen dentro de los dos años posteriores al evento; luego de este periodo se denominan los llamados efectos a largo plazo (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2009). El ASI ocurre con frecuencia, una y otra vez, a través de un proceso de intrusión paulatina en la privacidad del menor continuando con un plan previo del abusador (Intebi, 2011). Es así, que a lo largo del ciclo de vida hay una transición de síntomas a manifestaciones propias de cada etapa evolutiva (Lameiras, 2002). En la infancia las principales secuelas suelen manifestarse a través de la encopresis, la incontinencia urinaria, dolores de cabeza y estómago sin causa orgánica, retraso en el desarrollo, dificultades psíquicas (ansiedad y retraimiento) y en especial aparece el trastorno por estrés post-traumático (Mellon, Whiteside y Friedrich, 2006 citado en Cantón y Cortés, 2015). Ochotorena y Arruabarrena (1996) sostienen que los menores abusados pueden tender a exhibir un comportamiento hipersexual como la masturbación compulsiva, conductas seductoras o una curiosidad excesiva sobre cuestiones sexuales. También argumentan que corren el riesgo de convertirse en atacantes potenciales. Otras consecuencias que se identifican son las reacciones ansioso-depresivas en las niñas y el fracaso escolar con dificultades en la socialización en los niños (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2009). Intebi (2011) también señala, alteraciones en el sueño (pesadillas) y desórdenes alimenticios como

la bulimia y anorexia nerviosa. Lo anterior, refleja un alto grado de angustia emocional en el NNA y mayor dificultad para adaptarse a la vida diaria (Echeburúa, 2009). Se ha observado que los NNA abusados que son más propensos a exteriorizar sus sentimientos tienden a exhibir comportamientos delictivos y agresivos mientras que otros revierten los efectos hacia sí mismos (Intebi, 2011). Se niegan a salir de casa para ir a estudiar, no logran concentrarse en clase y tienden a aislarse socialmente aprendiendo a no confiar en los demás como solían hacerlo (López, 1999). Intebi (2011) además expresa que estos últimos serán niñas/os “silenciosos, sobreadaptados y tranquilos” que nunca inquietarían a los adultos (Intebi, 2011).

Echeburúa y Guerricaechevarría (2009) señalan que los niños en etapa preescolar cuentan con un repertorio limitado de recursos psíquicos tendiendo a exhibir estrategias que nieguen lo sucedido, mientras en niños mayores prevalece un sentimiento de culpa y vergüenza ante lo ocurrido. Se logra observar, que aunque cada sujeto tramita su dolor de manera diferente pueden expresarse elementos comunes durante las experiencias y vivencias traumáticas ante los sentimientos de asco, miedo, culpa, confusión e irritabilidad (López, 1999). En etapas posteriores como la adolescencia los efectos suelen agravarse porque se corre el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados (Intebi, 2011). Puede ocurrir confusión emocional y huidas del hogar especialmente si el abusador es un padre y la víctima es un adolescente (López, 1999). Inclusive, aparecen conductas autolesivas o suicidas, consumo de drogas o alcohol y dificultades en la identidad sexual (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

### **Capítulo 3: Trauma: un breve recorrido histórico a partir de Freud**

Durante décadas, el trauma proveniente del abuso sexual infantil se mantuvo siempre ignorado; su conocimiento al respecto provino de las diversas obras de Sigmund Freud (Giberti, 2015). En los escritos de Freud, el concepto de trauma psíquico aparece como un fenómeno importante para comprender que la estructuración subjetiva se erige de experiencias significativas tempranas que marcan y/o desestabilizan el psiquismo del niño generando consecuencias a lo largo de su vida.

En las Conferencias de introducción al psicoanálisis, Freud (1916-1917) conceptualiza al trauma en términos económicos y lo propone, como:

... una experiencia vivida que aporta, en poco tiempo, un aumento tan grande de excitación a la vida psíquica que fracasa su liquidación o su elaboración por los medios normales y habituales, lo que inevitablemente da lugar a trastornos duraderos en el funcionamiento energético (pág. 98).

Freud (1893-95) a través del concepto de temporalidad o “a posteriori” formula la idea de que el trauma se divide en dos acontecimientos cruciales, haciendo referencia de que aquello que en su momento no pudo ser procesado será elaborado retroactivamente. En un primer momento, el niño vivencia una experiencia de seducción introducida por un adulto la cual su psiquismo no está preparado para procesar. En un segundo momento, el retorno de la primera huella removida por asociación de un estímulo actual se resignificará en la adolescencia produciendo sus efectos (síntomas). Freud (1893-95) declara que es aquí donde se instala el trauma. Más tarde, Freud renuncia a la teoría de la seducción donde expresa en la carta a Fliess (1897) “No creo más en mi neurótica” (pág., 284). A través del análisis de sus pacientes descubrió que algunos de los hechos denunciados no correspondían plenamente con la realidad externa y sostuvo que se referían a un recuerdo falso producto de su imaginación. En el año 1920, Freud reformula un nuevo desarrollo de su teoría sin abandonarla a partir de los casos de las neurosis de guerra, producto de la primera guerra mundial. El “trauma psíquico” será considerado como todo suceso inesperado (accidente, catástrofe o peligro mortal) que ocurra de manera sorpresiva, generando terror, daño físico o herida a quién lo padece (Freud, 1920) y donde se pondrán en funcionamiento todas las medidas defensivas posibles para evitarlo.

### **3.1 Perspectiva del trauma a partir de diferentes dimensiones**

La cuestión del trauma ha sufrido diversas transiciones en la historia del pensamiento psicoanalítico a partir de las diversas posiciones que el tema tuvo en la propia obra de Freud (Figuerola, 2006). Aun así, la importancia clínica de este tema ha sido gradualmente reevaluada, aceptada y actualizada a través de varias producciones teóricas (Tuttle, 2006).

### **3.2 Ferenczi: Confusión de lengua entre los adultos y el niño.**

Ferenczi, discípulo y contemporáneo de Freud también se ocupó extensamente del trauma y difería del padre del psicoanálisis en algunos aspectos. A diferencia de Freud, Ferenczi (1933) continuó abogando por la importancia de sostener que el abuso sexual temprano en la infancia sea



una realidad y no una fantasía y que las consecuencias de este implicarían el no obtener el suficiente apoyo y contención por parte de un adulto. Al respecto, Ferenczi afirma (1933) que las seducciones incestuosas se producen cuando se ignoran las auténticas necesidades del niño con un adulto que lo utiliza para sus gratificaciones incontroladas. El autor sostiene que esta relación se encuentra marcada por una confusión debido a la diferentes lenguas; mientras que el juego fantasioso del niño permanece a nivel de la ternura (desempeñar el papel de madre frente al adulto) el lenguaje del adulto se manifiesta a través de la pasión, confundiendo el juego del niño con un deseo de una persona madura sexualmente. En este sentido, el autor plantea que los adultos "... se dejan arrastrar por actos sexuales sin pensar en las consecuencias" (párr., 11) siendo frecuentes verdaderas violaciones. Ferenczi (1933) expresa que los niños se sienten física y moralmente indefensos, ya que, su personalidad es aún muy débil para protestar; quedando atrapados por el temor, la falta de deseo por la vida y la incapacidad de adaptarse. Cuando este miedo llega a su punto culminante les obliga a someterse inconscientemente a la voluntad del agresor, olvidándose por completo de sí mismos e identificándose con el abusador (Ferenczi, 1933).

Ferenczi (1993) expone que los niños traumatizados son capaces de utilizar defensas frente al trauma; especialmente el que denominó como "identificación con el agresor". Es así, que a través de la identificación el niño introyecta los deseos del agresor desapareciendo éste como una realidad exterior y volviéndose intrapsíquico. La agresión dañina deja de existir en cuanto realidad exterior y en "el transcurso del trance traumático, el niño consigue mantener la situación de ternura anterior" (párr., 13) manteniendo una imagen buena del adulto del cual depende. Como resultado, desaparece el self, y el niño se disocia de la experiencia presente como un camaleón; camuflado en el mundo que lo rodea, de aquello que le causa temor para protegerse (Daurella, 2012).

Ferenczi en una de las notas de su Diario Clínico (7/4/32) señala que los niños víctimas del rechazo, el abuso sexual y físico "ponen en marcha mecanismos de disociación y fragmentación, que implica la amputación y expulsión hacia afuera de una parte de ellos mismos; el lugar vacante será ocupado por un implante desde afuera" (1932).

Estos hechos traumáticos se transforman en "implantes" inasimilables que son expulsados de la realidad pero no de la psique, por lo que se convierte en un objeto extraño pero familiar al mismo tiempo (Ferenczi, 1932).

Ferenczi (1932) pone énfasis en el papel del “desmentido” (Verleugnung) como un efecto traumático. Cabré (2008) lo explica de la siguiente manera:

Cuando el niño acude a otro adulto para esclarecer y encontrar un sentido a lo ocurrido, recibe por parte de ese adulto, que no puede soportar el discurso del niño, un desmentido que interrumpe todo proceso introyectivo y paraliza el pensamiento. El adulto que se comporta casi siempre como si nada hubiera ocurrido prohíbe al niño no solo la palabra sino también la posibilidad de representación y fantasmaticación. Las palabras del niño se quedan “enterradas vivas” (pág., 244-245)

En la mayoría de los casos, la confusión traumática se logra sólo cuando el adulto infractor niega la agresión y la ve como algo punible (Ferenczi, 1933). Es así, que en el caso de que se culpabilice y castigue al niño de lo que sucedió se volverá a estar retraumatizando. Esta retraumatización también podrá darse en el transcurso del análisis si la reacción del terapeuta ante el sufrimiento del paciente es de extrema distancia e indiferencia emocional, interponiendo por encima sus propios intereses. Para evitar que esta retraumatización ocurra, es esencial, que se despliegue una relación de confianza basada en la empatía entre el analista y el analizado que marque la diferencia entre las situaciones del presente y las vividas en un pasado insoportable y traumático (Ferenczi, 1933).

### **3.3 Benyakar y Lezica: Evento disruptivo y Vivencia traumática**

Benyakar desarrolló una interesante y profunda teoría en torno a la conceptualización del trauma. Según este autor, lo traumático es un proceso psíquico que resulta de un evento o un entorno disruptivo. Por tal motivo, introduce el término de lo “disruptivo” como todo evento o situación que tiene el potencial de irrumpir en el psiquismo y poner a prueba su capacidad de elaboración (Benyakar, 2016). Este evento obliga al psiquismo a recurrir a estrategias estabilizadoras no siempre exitosas, ya que impactan de forma inesperada y confieren un potencial desestabilizante (Benyakar, 2016). Insiste en considerar, que estas situaciones “pueden provocar tanto reacciones adaptativas o defensivas como reacciones que culminen en un cuadro traumático o de estrés” (Benyakar, 2016, pág. 34). También expresa, que habrá eventos o entornos disruptivos que pueden o no generar procesos psíquicos del orden de lo traumático. El autor realiza una distinción entre lo disruptivo y lo problemático señalando que la diferencia radica en el potencial

desestabilizante del evento, situación o entorno que impactará en el psiquismo. Sostiene que en las situaciones problemáticas el individuo es sujeto de interacción, mientras que, en las situaciones disruptivas es objeto de acciones desestabilizantes y su efecto dependerá de cómo el sujeto lo vivencia (Benyakar, 2005). También postula ciertas características que potencian el efecto disruptivo; como el hecho de ser inesperado, interrumpir un proceso indispensable para la existencia del sujeto, contener rasgos que no son novedosos y que no se pueden explicar de acuerdo con parámetros culturales o por amenazar su integridad física o de otros significativos (Benyakar.2016).

Para seguir su conceptualización del trauma, Benyakar y Lezica (2005) toma el concepto de vivencia traumática para referirse a la no articulación del afecto y la representación, de esta forma deja en claro que el trauma no es la vivencia penosa en sí misma, sino el modo en que cada psiquismo lo experimenta. Según los autores, esto desencadenará vivencias de vacío (relacionada con la imposibilidad de representar lo acontecido), desvalimiento (devendrá como una imposibilidad de procesar lo experimentado, provocando desfallecimiento psíquico) y desamparo (una falla en el vínculo con el otro, como sostén y contención) (Benyakar y Lezica, 2005).

Benyakar (2016) denominará al complejo traumático como el proceso desencadenado por lo fáctico disruptivo; lo fáctico, será todo aquello externo al sujeto y que no se ve modificado por lo que él piense respecto a eso (Benyakar, 2016). Los síntomas más característicos que se vinculan al despliegue de lo traumático constituyen: repetición compulsiva en los sueños, pensamientos o fantasías, sensación de extrañeza e intrusividad, estados de alerta exacerbados o hiperactividad, o por el contrario sensación de embotamiento o desconexión, entre otros (Benyakar y Lezica, 2005). Estas manifestaciones sintomáticas coinciden con los postulados por el DSM 5 del nombrado Síndrome del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) pero Benyakar y Lezica van más allá de la presentación de cuadro clínico; para los autores, son indicios de un psiquismo que pretende reparar, la falla del proceso articulador. Los autores, señalan que el encuentro de lo fáctico disruptivo en la temprana infancia dará lugar a que ciertas patologías se desarrollen en la vida adulta (Benyakar y Lezica, 2005) con un “colapso de las relaciones entre lo psíquico, lo social, lo temporal y lo espacial” (Benyakar y Lezica, 2005, p.65).

### 3.4 Abordaje del trauma desde la Asociación Americana de Psiquiatría

El diagnóstico de TEPT fue la puerta de entrada al mundo oficial de la salud mental, no porque antes no existiera, sino porque se le conocía con otros nombres como “Shell shock” (trauma de bomba) o “neurosis de guerra” (Baita, 2015). En la terminología psiquiátrica, la reacción psicológica que se produce tras una exposición traumática estresante fue considerada inicialmente por el Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (Crespo y Gómez, 2016). Actualmente, el DSM-5 incluye al TEPT bajo la categoría de “Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés” (APA, 2014).

Varios estudios han demostrado que la clasificación diagnóstica del TEPT es clínicamente relevante para personas que han experimentado eventos traumáticos únicos como abuso sexual, violencia física, tortura y accidentes (Goncalvez, 2008). Es una de las pocas condiciones psicopatológicas que comienza con un factor etiológico (un evento traumático) en lugar de los síntomas para su diagnóstico (Echeburúa., et al., 2016). Según el DSM-5, el evento traumático es una experiencia humana extrema que representa una amenaza grave para la integridad física o psicológica de una persona y ante la cual la persona ha reaccionado con miedo, desesperación, indefensión u horror intenso (APA, 2014).

Carvajal (2002) sostiene que el TEPT engloba dos aspectos bien definidos: por un lado, la respuesta al estrés que es de naturaleza patológica y por otro, el trauma. El estrés, hace referencia a la necesidad de una reacción inespecífica del organismo ante una demanda. Ante el estrés, el cuerpo responde adaptándose y buscando el equilibrio (homeostasis). El estresor puede ser físico o psicológico y la respuesta puede ser adaptativa (eustrés) o patológica (distrés). Por lo tanto, el TEPT se caracteriza por una tríada de síntomas intrusivos, evitativos e hiperexcitables en respuesta a un evento traumático que puede ocurrir en cualquier persona a cualquier edad (Carvajal, 2002). Según Soler, Castro, Daset, Alcántara, Fernández, Prieto y Puerto (2008) el cuadro sintomático característico de TEPT en el DSM-5 incluye una reexperimentación persistente del hecho traumático incluso después de que este se haya terminado a través de flashbacks, pesadillas y pensamientos intrusivos. Así como marcado malestar psicológico y fisiológico, evitación de recuerdos e interés disminuido en actividades que resultaban placenteras, dificultades

en la memoria y en la conciliación del sueño, con respuestas de sobresalto aumentadas. Estos síntomas suelen persistir, durante toda la vida (Villanueva, 2013).

### **3.5 Fonagy: Teoría de la Mentalización**

Los adultos con trauma de apego infantil a menudo presentan una falla en la capacidad de imaginar lo que otras personas piensan o sienten (Fonagy y Target, 2013). A esto, los autores denominaron “fracaso en la mentalización”. Según Daurella (2012) Fonagy se interesó esencialmente en los mismos temas en los que se centró Ferenczi; el trauma, la retraumatización y la relación del trauma con otras personas significativas. Para comprender su trabajo se hará hincapié en la teoría de la mentalización y las neurociencias.

Según Villalba (2011) la mentalización o función reflexiva se refiere a la capacidad de interpretar las acciones de los demás y de uno mismo en función de estados mentales, deseos, necesidades, sentimientos, razones y creencias. Nos permite organizar nuestras acciones según la posibilidad de pensar en sus consecuencias, controlar nuestros impulsos sin dejarnos llevar por las emociones y mantener una capacidad autorreflexiva discerniendo de la realidad interna de la externa. Lo que nos posibilita establecer relaciones interpersonales satisfactorias imaginando que es lo que puede pensar y sentir el otro (Graell y Lanza, 2014).

A partir de lo expuesto, Fonagy y Target (2013) postulan que es a partir de las relaciones de apego tempranas, que los niños aprenden a mentalizar. Es decir, que el apego se origina y se desarrolla en el seno de las experiencias relacionales.

Según la teoría del apego, el ser humano desarrolla desde su nacimiento una intensa necesidad de vinculación hacia su cuidador principal que promueve una estrecha relación de afecto y calidez (Graell y Lanza, 2014). Bowlby (1989) hace hincapié en lo esencial que implica este vínculo para la salud mental del niño, ya que, determina el desarrollo posterior de su personalidad y las bases para sus futuras relaciones.

Ainsworth (1969) y otros colaboradores (citado en Bleichmar, 2005) realizaron aportaciones en la teoría del apego a través de un experimento llamada la "situación extraña" y según los resultados del estudio se establecieron tres tipos de apego:

**a) Seguro:** son niños que permanecen relativamente organizados ante situaciones que generan ansiedad y las emociones negativas no son amenazantes (Graell y Lanza, 2014).

**b) Ansioso/evitativo:** son niños que no han podido asegurarse de que su cuidador se encontrará disponible siempre que lo necesiten (Bowlby, 1989) por lo que regulan en exceso sus emociones y evitan situaciones que parecen causarles ansiedad (Graell y Lanza, 2014).

**c) Inseguro/ambivalente:** son niños que tienen poca confianza de que su cuidador estará disponible cuando se lo necesite (Bowlby, 2009) y por ello reaccionan con hostilidad, inflexibilidad, llanto constante o protesta pasiva (Graell y Lanza, 2014) para asegurar su disponibilidad (Bowlby, 2009).

Main y Solomon (1990) sugirieron el tipo de apego desorganizado (**d**) para los casos que no encajaban en ninguna de las categorías propuestas (Lecannelier, Kimelman & González, 2008).

**d)** En este grupo, el cuidador ha sido una fuente de agresión, temor y consuelo al mismo tiempo por lo que produce un alto grado de conflicto y alarma en el niño (Graell y Lanza, 2014) encontrándose esté en una situación contradictoria y paradójica, con deseos de escapar de la situación (Main y Hesse, citado en Bleichmar, 2005).

Fonagy et al., (citado en Lecannelier, 2004) muestra que los niños que desarrollan patrones de apego seguro y cuyos padres tienen un buen funcionamiento reflexivo tienden a desarrollar mucho antes la teoría de la mente, facilitando su formación y desarrollo. Por el contrario, si demuestran una pobre capacidad reflexiva tenderán a no encontrarse disponibles o representarán una amenaza para el niño. El impacto del trauma no solo será la pérdida del sentimiento de seguridad del niño y la expectativa de rechazo de sus figuras de cuidado sino una afectación en el desarrollo de su capacidad de mentalización (Fonagy, 1999).

A continuación, Fonagy y Target (2013) describen algunas manifestaciones de niños que han sido maltratados y que sugieren una falla en la mentalización:

**a)** Participan en juegos menos simbólicos y tienen dificultad en mostrar empatía por otros niños que se encuentran afligidos. **b)** Tienen pobre regulación del afecto y hacen menos referencia de sus estados internos. **c)** Tienen dificultad para comprender las expresiones faciales emocionales de quienes los rodean y tienden a atribuir erróneamente la ira. **d)** Existe una falta de flexibilidad de la conciencia en la relación interna y externa.

Los descubrimientos de la neurociencia en los últimos años han arrojado más luz sobre lo que Fonagy llamó la "neurobiología del apego" lo que nos permite comprender el impacto del trauma en términos de generación de círculos viciosos biopsicológicos (Daurella, 2012). El trauma ocurre cuando la persona a quien el niño busca seguridad y protección es atemorizante. El impacto psicológico se vuelve devastador creando un círculo vicioso biológico (Fonagy y Target, 2013). Fonagy (1999) refiere que los cambios en las conductas de apego parecen ser estimuladas por actividades sociales/sexuales que incluyen la activación de circuitos cerebrales. Esto sugiere que cuando el sujeto se encuentra en un estado de apego emocional su capacidad para mentalizar y examinar críticamente a sus figuras de apego se inhiben. Por lo tanto, éste suprime su funcionamiento crítico y se vincula ansiosamente más a ella traumatizándolo (Fonagy, 1999).

### **3.7 Trauma y Neurociencias**

Gracias a las nuevas técnicas de neuroimagen (resonancia magnética, tomografía, electroencefalograma) se puede obtener información mucho más detallada del cerebro mediante métodos no invasivos (Parra, 2015). Comprender la anatomía del cerebro y cómo funciona en condiciones normales es fundamental para posteriormente entender qué ocurre en condiciones alteradas como en el trauma y en el trastorno por estrés postraumático (TEPT). El concepto de TEPT puede ayudarnos a entender las consecuencias de los abusos ya que sus síntomas suelen aparecer como consecuencia de las agresiones sexuales, especialmente en el caso de las más graves (López, 1999, pág.54). Se realizará una breve descripción general del trauma desde la perspectiva de las neurociencias para describir lo que sucede en el cuerpo cuando una persona se ve expuesta a un evento traumático que no encuentra explicación (Van der Kolk, 2015). Además de tener en cuenta que los trastornos del apego y los traumas de la primera infancia (por ejemplo, ser víctima de abuso sexual infantil) se encuentran relacionados con el desarrollo del cerebro (Schore, 2010).

Cuando el ser humano se enfrenta a un peligro real o percibido, el cerebro inicia automáticamente una serie de respuestas para proteger su integridad. Para ello, el organismo se prepara para la lucha si lo considera pertinente bajo la amenaza presente; para la huida cuando el peligro sea mayor o como último recurso el congelamiento si no se conciben otras formas de protección y la muerte es inevitable (Van der Kolk, 2015). Estas respuestas de miedo se producen de forma involuntaria y automática, por lo que se verán anuladas las funciones cerebrales superiores encargadas de la conciencia, el pensamiento y el razonamiento (Ledoux, 1999). Por su

parte, Góncalvez (2008) refiere que cuando esto sucede el cuerpo libera una gran cantidad de hormonas para prepararse para una de estas reacciones, provocando diversos cambios en el aumento cardiaco y la respiración, tensión muscular, dilatación de pupilas, liberación de adrenalina y noradrenalina, etc.

Van der Kolk (2015) descubrió, que habían dos estructuras responsables a la respuesta del miedo; la amígdala y el hipocampo. La primera, es la encargada del procesamiento y almacenamiento de ciertas emociones ante estímulos individuales o complejos y la segunda se encarga de recibir la información y contrastarla con experiencias previas para lograr comprender esa nueva experiencia dentro de la memoria. Esto ubica al sujeto en una línea de tiempo; con un comienzo, un desarrollo y un final. El autor, sostiene que ambas juegan un papel crucial en las personas traumatizadas, ya que una de sus principales características es la incapacidad de ubicar el trauma como una historia que tiene un principio y un final en el pasado por lo que se revive una y otra vez en el presente. El trauma permanecería vigente a través de la manifestación de sensaciones físicas, imágenes, sentimientos y emociones que impregnan todo el cuerpo y la mente, provocando miedo, rabia e impotencia (Van der Kolk, 2015).

El autor afirma, que las personas que han experimentado un evento traumático como el ASI y sufren TEPT el equilibrio entre el pensamiento y el cerebro emocional (amígdala) se ve afectado porque la amígdala no puede responder durante el evento, por lo que seguirá enviando mensajes de alarma. Estos mensajes se modifican a nivel del cuerpo a través de los diversos síntomas. Goncalvez (2008) sostiene que uno de los puntos más importantes para comprender la naturaleza del trauma es entender que no es el suceso el que lo produce, sino que es la reacción no resulta de este suceso (Goncalvez, 2008). Es por ello, que en los menores que han sufrido un evento de ASI se ven sobrepasadas sus estrategias de afrontamiento debido a una condición de máxima dependencia y a un estado de estrés y peligro extremo (Baita et al. 2008).

#### **Capítulo 4: Manifestaciones sintomáticas en la Adultez**

Resultados de diversas investigaciones han mostrado que las consecuencias a largo plazo del ASI (a partir de dos años después del abuso) son diversas y pueden poner en peligro los dominios psicológicos, físicos, emocionales, cognitivos y conductuales, entre otros. (Pereda, 2010b; Echeburúa y Corral; 2006; Cantón y Cortés, 2015) La variabilidad de estas consecuencias hace que sea difícil definir un síndrome específico para identificarlo porque hay muchos factores



que pueden confluír e intervenir (Echeburúa y Corral; 2006). Cabe señalar, que lo que predice un peor desarrollo a largo plazo es la presencia de varios eventos traumáticos en la víctima, la frecuencia y duración del abuso, la posible presencia de violación, lazos familiares con el agresor y las consecuencias negativas resultantes para revelar el abuso (Echeburúa y Corral, 2006; López, 1999). Además, Echeburúa y Corral (2006) argumentan que cuanto más crónico e intenso es el abuso, mayores son los sentimientos de impotencia y vulnerabilidad lo que conduce a mayores manifestaciones sintomáticas.

### **Secuelas a largo plazo en el Área Psicológica**

Echeburúa (2009) señala que los problemas de una víctima en la vida adulta (ansiedad, abuso de sustancias, entre otros) surgen en un contexto de desvalimiento por un hecho traumático en la niñez, pero provocados directamente por circunstancias próximas en el tiempo (conflictos de pareja, aislamiento, dificultades en el trabajo, etc.). En relación a los síntomas emocionales Mebarak, Martínez, Sánchez y Lozano (2010) investigaron que los adultos víctimas de ASI son más propensos a sufrir trastornos de salud mental. Según autores como Berliner y Elliot (2002) la depresión es uno de los síntomas más comunes de los adultos abusados. Feiring y Taska (2005) encontraron que las mujeres que expresaban fuertes sentimientos de vergüenza tenían más altos niveles de depresión. Por su parte, Mebarak et al. (2010) afirman que no todas las víctimas de ASI experimentan síntomas psicopatológicos relacionados con el abuso, pero sí afirman que padecen posibles síntomas de ansiedad y depresión. López (1999) agrega que muchas veces la depresión suele ir acompañada de pensamientos suicidas y que frecuentemente suelen hacerse realidad en las víctimas. Crempien y Martínez (2010) sostienen que estas víctimas suelen sentirse “ineficientes, inadecuadas y defectuosas”; al temer el rechazo de los demás frecuentemente se aíslan y adoptan conductas de sumisión que refuerzan la victimización. La culpa, es otro factor identificado en el impacto del ASI y se destaca el papel crucial de la autoculpabilización de la víctima que conduce a situaciones de autocastigo como consecuencia de un efecto inducido por el trauma (Mebarak et al. 2010). Por su parte, Rubins (2004) realiza especial hincapié en la grave perturbación de la autoestima que interfiere profundamente en la vida cotidiana de las víctimas, especialmente en las relaciones y la vida sexual. Crempien y Martínez (2010) argumentan que las víctimas a menudo sienten que sus cuerpos están "dañados" diferentes de los demás, lo que genera preocupaciones persistentes de que los demás lo noten de alguna manera. Cantón y Justicia (2008) observaron que las víctimas al sentirse culpables del abuso desarrollaban atribuciones muy negativas de sí mismas

y que luchan por superarlo a través de conductas anoréxicas y bulímicas. Un testimonio de una víctima producto del abuso en su infancia expresa “...la comida que consumía, vomitaba y me negaba, pasaron a ser mi compañía, mi identidad, instrumentos que utilizaba para disfrazar mi dolor y la forma en que media si yo era valiosa y querible...”(Intebi,1998,pág,209).

Por su parte, Gaxiola y Frías (2005) sostienen que la negligencia de las responsabilidades, la falta de cuidado, las conductas de riesgo y los pensamientos suicidas e incluso los intentos de suicidio correctamente ejecutados también suelen ser comunes en las víctimas que han vivido un hecho traumático de ASI.

Berliner y Elliot (2002) sostienen que las víctimas tienen hasta cinco veces, más probabilidades que la población general de ser diagnosticadas con al menos un trastorno de ansiedad: como el trastorno de ansiedad generalizada, fobias, trastorno de pánico o trastorno obsesivo-compulsivo. Inclusive, existen diversos estudios muestran que las víctimas suelen tener trastornos alimentarios como la obesidad, la bulimia y la anorexia nerviosa (Pereda, 2010b) Así, como TEPT crónico, trastornos de personalidad (especialmente el trastorno antisocial y el trastorno límite), trastornos en la somatización y abuso de alcohol o drogas con una adaptación inadecuada a la vida cotidiana (Pereda, Gallardo y Padilla, 2011). Johnson y colaboradores (citado en Pereda et., al, 2011) destacan el riesgo del trastornos límite en víctimas de abuso sexual y el riesgo de trastornos antisociales y de dependencia en un contexto de maltrato físico y abandono. Además, otros autores investigaron que las víctimas adultas de abuso sexual infantil utilizan el desarrollo de conductas antisociales como forma de autodefensa y evitan las relaciones íntimas, entendiéndose éstas como un signo de debilidad (Haller y Milles, citado en Pereda et.,al,2011).Por otro lado, otros estudios observaron que las mujeres diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad experimentaron con más frecuencia abuso sexual infantil y abuso sexual severo en comparación con mujeres que no estaban diagnosticadas (Pereda et al,2011). Pérez et, al (2021) sostienen que si bien el ASI es una experiencia que perturba el equilibrio psíquico no debe considerarse por sí misma como una causa primaria de un trastorno de la personalidad, ya que es el ASI es un factor de riesgo que se correlaciona con varios de ellos.

### **Secuelas a largo plazo en el Área Física**

Diversos trabajos publicados al respecto sugieren que una experiencia muy estresante como el ASI coincide con un período de alta configuración y plasticidad neuronal que puede derivar en

graves consecuencias físicas (Pereda, 2010b). Pereda (2010b) señala que uno de los problemas que afecta a estas víctimas de forma frecuente son los dolores físicos sin razón médica que los justifique. La autora, también expresa que se observan cefaleas, infecciones, fibromialgias y trastornos gastrointestinales, lo que implica un importante gasto para los sistemas de salud especialmente si no se diagnostican ni tratan de forma adecuada (Pereda, 2010b). A su vez, Pereda (2010b) hace alusión a los trastornos de conversión que afecta las funciones motoras o sensoriales y a las crisis convulsivas no epilépticas que alteran el comportamiento de la víctima. Por su parte, Bonomi et., al 2008 (citado en Cortés y Cantón, 2015) investigaron que mujeres que habían vivido abuso físico y sexual en la infancia presentaban en la adultez, dolor en las articulaciones, náuseas y fatiga crónica. En otros casos, se experimentaron ataques de pánico, resfriados frecuentes y bajas defensas para protegerse de nuevas enfermedades, incluso, se encontraron alteraciones en el sueño con fuertes pesadillas (Gaxiola y Frías, 2005). En otras víctimas, Echeburúa y Corral (2006) encontraron que suelen asociarse al ASI con problemas respiratorios.

Pereda (2010b) también destaca la frecuencia de estudios sobre desórdenes ginecológicos, especialmente dolor pélvico crónico con alteraciones en el ciclo menstrual y un inicio significativamente temprano de la menopausia en víctimas de ASI.

### **Secuelas a largo plazo en el Área Cognitivo-Conductual**

Mebarak et., al (2010) argumentan que el ASI se encuentra asociado a comportamientos mal adaptativos de las víctimas. Por su parte, Gaxiola y Frías (2005) sostienen que estas conductas pueden llegar a ser un intento de mitigar la angustia causada por los efectos del abuso. Según Echeburúa (2009) se pueden observar dificultades en el manejo de la ira; en varones exteriorizadas en forma de violencia y en mujeres canalizada en comportamientos autodestructivos. También se consideran importantes las conductas autolesivas como cortes y quemaduras en los antebrazos y muñecas apareciendo éstas en la adolescencia y continuándose llegada la edad adulta. Las conductas nocivas como el abuso de sustancias (alcohol, marihuana, tabaco, entre otras) también aparecen frecuentemente como secuela de abuso sexual en la infancia, implicando un alto riesgo de dependencia (Pereda, 2010b). López (1999) agrega que las víctimas adultas que fueron abusadas sexualmente a una corta edad a menudo experimentan sentimientos de repudio y se sienten manchados “marcados para siempre ante los demás” (pág., 48). Esto provoca mayores dificultades

en poder confiar en su entorno y en expresar o recibir sentimientos de ternura o intimidad (Echeburúa y Corral, 2006).

El abuso sexual en la infancia también se puede vincular con la presencia significativa de trastornos disociativos de la personalidad resultando en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno (Adima, 1993). Irwin (1998) refiere que la disociación en víctimas de ASI puede ser una defensa contra los sentimientos de vergüenza y culpa que se generaron durante el transcurso del suceso. En esta línea, Rubins (2004) toma el relato adulto de una víctima de ASI para identificar el mecanismo disociativo que utilizó para hacerle frente al daño y evitar la angustia que le provocó la experiencia abusiva:

“tengo que abrir los ojos para darme cuenta bien con quién estoy... me parece que me pasan de nuevo esas cosas...” “... no puedo creer que esto me siga molestando después de tanto años...” “... yo me iba de mi cuerpo, lo dejaba vacío... y ése vacío es como el que siento ahora...” (párr., 35- 43)

La autora, sostiene que los mecanismos disociativos que se utilizan preferentemente en la infancia llegan a persistir y penetrar la psiquis en diversos ámbitos de la vida adulta. “Es como tener divididos los pensamientos... y cuando te descuidás se te mezclan y aparece lo que no querés acordarte...” (Rubins, 2004, párr., 44). Asimismo, argumenta que los recuerdos que fueron escindidos en alguna zona de la memoria, son recobrados dando sentido a comportamientos, sentimientos, percepciones y aliviando -al menos parcialmente- el peso de los síntomas y el secretismo.

### **Secuelas a largo plazo en el Área Sexual**

En el área sexual, se suelen observar conductas sexuales promiscuas que se asocia a un inicio precoz de la sexualidad y a un mayor número de parejas inestables, así como alteraciones sexuales en víctimas de ambos sexos (Mebarak et., al 2010). En las mujeres, estas conductas derivan en causales sexuales de riesgo como una mayor frecuencia de embarazos tempranos, abortos e incluso, inicios en la prostitución (Pereda, 2010b). También se visualizan sentimientos negativos de rechazo hacia el embarazo y mayor propensión de experimentar depresión post-parto. Inclusive, se suelen detectar conductas sexuales de riesgo en consecuencia del hecho traumático

de ASI como una tendencia al mantenimiento de relaciones sexuales sin protección con el consiguiente riesgo de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (Pereda, 2010b).

Otros estudios, también han confirmado la frecuente presencia de alteraciones sexuales en víctimas de ASI como una sexualidad insatisfactoria y disfuncional (Pereda, 2010b). Rubins (2004) expresa que en esta esfera la secuela más frecuente se manifiesta en anhedonia y frigidez. En concordancia, López (1999) argumenta que muchas de las víctimas perciben dificultades para mantener una vida sexual plena y satisfactoria. De hecho, se observan dificultades para relajarse y disfrutar de la actividad sexual llegando a provocar incapacidad para alcanzar el orgasmo (anorgasmia). Según Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) otras de las secuelas en la esfera sexual son las fobias sexuales, las alteraciones en la motivación sexual y la creencia de ser valorado/a únicamente por los demás por el sexo. Asimismo, Rubins (2004) agrega que en varias ocasiones la elección de pareja (de forma inconsciente) involucra a personas con características perversas que pueden dañar a los hijos. Por su parte, López (1999) observó una clara revictimización de experiencias de abuso en la vida adulta, ya sea por parte de parejas u otros agresor/es.

### **Secuelas a largo plazo en el Área Vincular**

Pereda (2010b) refiere que el ámbito interpersonal suele ser el más afectado. Gaxiola y Frías (2005) destacan que en los estados depresivos de las mujeres víctimas de ASI se muestra una tendencia a estar insatisfechas con los vínculos sociales. En esta esfera las víctimas de abuso pueden experimentar estigmatización, una sensación de aislamiento, marginación y pérdida; factores que a menudo conducen a una caída significativa de la autoestima (López, 1999). Rubins (2004) señala que el dolor emocional de estas víctimas se renueva en cada vínculo donde los seres queridos puedan mostrar actitudes y comportamientos asociados a los padecidos en su niñez, afectando la capacidad de mostrar y comunicar su potencial afectivo así como su madurez relacional.

Pereda (2010b) plantea que en cuanto a la relaciones de pareja las víctimas tienden a presentar una devaluación de éstas, presentando una inestabilidad en sus relaciones. Mebarack et., al (2010) refieren que las víctimas con historia de ASI no suelen poder discriminar o evitar interactuar con personas violentas por la falta de modelos y referentes alternativos en la infancia.

En estas víctimas también aparecen dificultades en la crianza de sus hijos (Echeburua y Guerricaechevarría, 2000) con estilos parentales más permisivos así como el uso frecuente de castigo físico ante un conflicto con estos, lo que genera un estilo disciplinario muy violento (Pereda, 2010b). Con respecto a esto, Gaxiola y Frías (2005) informan que madres con un cuadro de depresión unido a un consumo abusivo de sustancias, son proclives a tener respuestas inapropiadas con sus hijos con grandes sentimientos de rabia e impulsividad.

Gaxiola y Frías (2005) sugieren que el abuso intergeneracional en la edad adulta no es inevitable, ya que existen ciertos factores que pueden actuar como factores protectores y compensatorios que influyen y moderan los efectos nocivos de los estresores y las adversidades que sustenta el ASI. El papel de los factores amortiguadores (familia, relaciones sociales, autoestima, etc.) son fundamentales para mitigar el impacto psicológico a la hora de prevenir las secuelas a largo plazo (Echaburúa, 2009).

## Consideraciones Finales

La revisión bibliográfica sobre el presente trabajo posibilita una serie de reflexiones en cuanto al impacto de las repercusiones a largo plazo de abuso sexual infantil en la vida adulta.

Se ha considerado a lo largo de los años el ASI como una forma grave de maltrato infantil que desborda no solo el psiquismo de un niño, niña y/o adolescente frente al suceso, sino también produce efectos en todas las áreas de la vida adulta (Baita et.,al 2008). La exposición que tienen estos niños bajo el cuidado del mundo adulto los posiciona en un lugar de vulnerabilidad y dependencia que muchas veces imposibilita toda estrategia de afrontación para salvarse de las aberraciones y los malos tratos que éstas figuras de cuidado suscitan (Intebi, 2008). Lo cual, lo vuelve una paradoja ya que el niño al encontrarse en un estado de inmadurez psíquico, físico, cognitivo y sexual (en vías de desarrollo) aún no es capaz de comprender que aquellas figuras que tanto ama, al mismo tiempo, le causan daño (Goncalvez, 2008). El silencio, cobra protagonismo al mantener disfrazados todos aquellos comportamientos sutiles o coercitivos que el abusador utiliza a su favor para cometer el acto. El niño desde la lengua de su “ternura” e ingenuidad (Ferenzci, 1993) acepta aquellas caricias y juegos de “amor” que más tarde se podrán convertir, en el dolor de una historia de padecimiento llegada la edad adulta (Gaxiola y Frías, 2005). De este modo, un trauma temprano puede arrasar con todo el ser de la víctima y quedar inscripto en el orden de lo impensable (Freud, 1920) cuando se dan grandes perturbaciones en los vínculos de apego, encontrándose asociado con una variabilidad de manifestaciones psicopatológicas llegada la edad adulta (Pereda, 2010b).

Es posible concluir, que la respuesta frente a una vivencia del entorno va a depender del establecimiento de los primeros vínculos de apego seguro que conforme el niño con figuras significativas (Bowlby, 1998) las cuales sentarán las bases para relaciones estables en la vida adulta (Altmann y Gril, 2000). En tanto, lo traumático será la vivencia del sujeto frente a este evento y no el evento externo en sí mismo (Benyakar, 2016) ya que, en el campo de lo traumático habrá eventos o entornos disruptivos que puedan o no generar procesos psíquicos de tal orden (Benyakar, 2016).

Para finalizar, es necesario destacar los avances de las neurociencia ligada a neurobiología del (TEPT) permitiendo identificar las alteraciones que sufre un cerebro traumatizado ante una experiencia de ASI. En cuanto a ello, se plantea que existen experiencias de daño psíquico y físico en la víctima donde ha sido expuesta tempranamente a un estrés constante, repetido e incontrolado dejando secuelas que condicionan y avasallan la vida infantil y adulta. Con lo anterior expuesto, se hace referencia a las huellas que marca el abuso ligado a grandes perturbaciones en la identidad y la autoestima de la víctima así como alteraciones en la forma de vincularse con los otros y las representaciones que se instauran en cuanto a la sexualidad.

Como plantea Rubins (2004) “Ser creído, reconocido en el sufrimiento y tener posibilidades de recibir cuidado augura un mayor grado de confianza en los otros” (párr.80). Esto posibilita y manifiesta la importancia de la intervención terapéutica con las víctimas, atendiendo a las historias singulares de vida que resultan tan dolorosas de poner en palabras. Afinar la escucha y ver las señales que se dependen de los hechos es tarea necesaria para mitigar y encausar el sufrimiento del otro siempre desde el miramiento del respeto, el cuidado y la empatía.



## Referencias

- Adima (1993). Guía de atención al maltrato infantil en Andalucía. Barcelona: Editorial Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). Diagnostic and statistical manual of mental Disorders (5<sup>a</sup> Ed.). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- Marín, M. T. A., ORTIZ, B. E., Baró, R. G., & del Hoyo, P. S. (2013). Abuso sexual en la infancia: consecuencias psicopatológicas a largo plazo. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, (22), 51-64.
- Altmann, M. & Gril, S. (2000) Investigación del proceso terapéutico en interacción temprana. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/2000/1688724720009111.pdf>
- Baita, S., Moreno P., Rozanski .C., Visir. P., Volnovich., J (2008) Jornadas de intercambio interdisciplinario sobre abuso sexual a niños, niñas y adolescentes. Montevideo: UNICEF. Recuperado de [https://pmb.aticounicef.org.uy/opac\\_css/doc\\_num.php?explnum\\_id=94](https://pmb.aticounicef.org.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=94)
- Baita, S. (2015). *Rompecabezas*. Argentina: Edición del Autor.
- Baita, S. y Moreno, P. (2015). Abuso sexual Infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia. Montevideo: UNICEF.
- Berliner, L. y Elliot, D. (2002) Sexual Abuse of Children. En J. Myers, L. Berliner, J. Briere, T. Hendrix, T. Reid y C. Jenny, *Handbook on Child Maltreatment* (pp. 55-79). California: Sage

- Behar, R., y Barra, F (2021). Abuso sexual infantil y adolescente y su relación con trastornos alimentarios. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 59 (4), 308-320.  
<https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v59n4/0717-9227-rchnp-59-04-0308.pdf>
- Bellinzona, G; Decuadro, M (2005) Maltrato infantil y abuso sexual. *Rev Med Uruguay* 21: 59-67.
- Bentancor, G., Lozano, F., Solari, M. (2013). Mapa de Ruta. Para las situaciones de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes detectadas en el ámbito escolar. Montevideo, UNICEF.
- Benyakar, M. Lezica. A (2005). Lo traumático. Clínica y paradoja. Tomo I. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Benyakar, M. (2016). Lo disruptivo y lo traumático. En: Ramos, E., Taborda, A., Madeira, C. (comp). San Luis: Nueva Editorial Universitaria- U.N.S.L
- Borras, Valls, J. J. y Pérez, Conchillo, M. (1996): Cuadernos de Sexología. Instituto de Sexología de Barcelona, Barcelona.
- Bowlby, J (1986). Vínculos Afectivos: Formación, Desarrollo y Pérdida. Madrid: Ediciones Morata.
- Bowlby, J. (1989). Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1998). El apego: vol. 1 de la trilogía El apego y la pérdida. Buenos aires: Paidós.
- Bowlby, J. (2009). Una base segura. Aplicaciones Clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: Paidós.

- Bowlby, J. (2012). El apego: vol. 1 de la trilogía El apego y la pérdida. Buenos aires: Paidós
- Paidós Bowlby, J. (2010). La Separación: vol. 2 de la trilogía El apego y la pérdida. Barcelona: Paidós
- Butchart, A., & Phinney., A (2009).Prevención del maltrato infantil: qué hacer y cómo obtener evidencias. Francia: Organización Mundial de la Salud y Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44228>
- Bleichmar, E. (2005) Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos. Buenos Aires: Paidós
- Crempien, C., & Martínez, V. (2010). El Sentimiento de Vergüenza en Mujeres Sobrevivientes de Abuso Sexual Infantil: Implicancias clínicas. Revista Argentina de Clínica Psicológica, XIX (3) ,237-246.ISSN: 0327-6716. Recuperado de:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921798005>
- Carvajal, César. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(Supl. 2), 20-34.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>
- Cohen, S. (2017) - Abusos sexuales y traumas en la infancia. Notas de la clínica y la evaluación. Paidós.
- Calzada Reyes, A. (2004). Algunos aspectos de interés sobre la violencia y el maltrato infantil. *Revista Cubana de Pediatría*, 20(5-6), 1-10.
- Cantón, J. & Cortés, M. (2000). Guía para la evaluación del abuso sexual infantil. Madrid: Pirámide.

Cantón Cortés, D., & Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largoplazo. *Psicothema*, 20(4), 509-515. ISSN: 0214-9915.

Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720400>

Cantón-Cortés, D., & Cortés, M. R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 31(2), 552-561. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>

Carvajal, César. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40.

[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-)

Colombo, J. (2019). Recorriendo conceptos sobre la violencia basada en género: psicoanálisis, filosofía, género, violencia, abuso y explotación sexual de niñas, niños y adolescentes.

Crempien, C. & Martínez, V. (2010). El sentimiento de vergüenza en mujeres sobrevivientes de abuso sexual infantil: Implicancias clínicas. *Revista Argentina de clínica psicológica*, vol. XIX, núm. 3, noviembre, 2010, pp.

<http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718->

Crespo López, M., & Gómez Gutiérrez, M. D. M. (2016). Diagnostic concordance of DSM-IV and DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in a clinical sample. *Psicothema*.

Daurella, N. (2012). Trauma y retraumatización. De Ferenczi a Fonagy, pasando por la teoría del apego y la neurociencia. *Revista Temas de psicoanálisis*. Núm. 3.

Recuperado de: <http://www.temasdepsicoanalisis.org/wp->

De Mause, L. (1982). *Historia de la Infancia*. Madrid: Alianza.

Erbaro, C. (2005) Revelamiento de programas, servicios y organizaciones de la sociedad civil.

Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). Abuso sexual en la infancia, víctimas y agresores. Un enfoque clínico. Barcelona: Ariel.

Echeburúa, E. y de Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. Cuad med forense, 12 (43-44): pp. 75-82. Recuperado de:  
<http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/06.pdf>

Echeburúa, E. (2009). Superar un trauma: El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos. Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2009). Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico. Barcelona: Editorial Ariel. Recuperado de  
<http://psicologiajuridica.org/archives/1567>

Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P., & Muñoz, J. M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. Terapia psicológica, 34(2), 111-128.

Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2021). Abuso sexual en la infancia. Nuevas perspectivas clínicas y forenses. Editorial Planeta, S. A. España.  
[https://planetadelibroscom.cdnstatics2.com/libros\\_contenido\\_extra/46/45368](https://planetadelibroscom.cdnstatics2.com/libros_contenido_extra/46/45368)

Ferenczi, S. (1933). Confusión de lengua. El Lenguaje de la ternura y la pasión. Recuperado de  
<http://www.alsfchile.org/Indepsi/SeleccionesFerenczianasTomoIV/>.

- Feiring, C., y Taska, L.S. (2005). The persistence of shame following sexual abuse: a longitudinal look at risk and recovery. *Child Maltreatment*, 10(4), 337-349.
- Fernández Couse, G; Perea Corral, J (2004). "Síndrome del maltrato infantil" *Revista Cubana de pediatría* v 76, n 3, Ciudad de La Habana. Recuperado de:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol76\\_3\\_04/ped09304.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol76_3_04/ped09304.htm)
- Figueroa., C., G (2006). Más allá de Freud. Una historia del pensamiento psicoanalítico moderno. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. 44 (1).48-49.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527699006>
- Finkelhor, D. (2005) Abuso sexual al menor. Causas, consecuencias y tratamiento psicosexual. Recuperado de:  
<https://books.google.com.uy/books?hl=es&lr=&id=Ll7iaSLZ3g8C&oi=fnd&pg=>
- Fonagy, P. (1999) Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría.  
<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000086&a=Persistenciasransgeneracionales-del-apego-una-nueva-teoria>
- Fonagy, P. Target, M. (2013). Apego, trauma y psicoanálisis. El lugar de encuentro entre psicoanálisis y neurociencia. *Mentalización, Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*. Año I, Núm. 1, octubre de 2013. Recuperado de:  
<https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/01.pdf>
- Freud, S. (1887-1904). *Cartas a Wilhelm Fliess*. Buenos Aires: Editorial, Amorrortu.
- Freud, S. y Breuer, J. (1992). *Estudios sobre la histeria*. Tomo II. Buenos Aires, Argentina: Editorial Amorrortu. (Trabajo original 1893-95).
- Freud, S. (1916-1917] 1986). "Conferencias de introducción al psicoanálisis". En *Obras completas*, Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S (1920) “Más allá del principio del placer”, en Obras completas, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1984, XVIII.
- Freud, A. (1936), El yo y los mecanismos de defensa, trad. castellana, Buenos Aires: Paidós, 1950.
- Freud, S. (1937-1939). “Moisés y la religión monoteísta” en Obras completas. Tomo XXIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gaxiola, R. J. C. & Frías, A. M. (2005). Las consecuencias del maltrato infantil: Un estudio con madres mexicanas. *Revista mexicana de psicología*, vol. 22, núm. 2.
- Giberti, E. (2005). Vulnerabilidad, desvalimiento y maltrato infantil. Buenos Aires: Noveduc. Y Manzanero, A. L., y Recio, M. (2012). El recuerdo de hechos traumáticos: exactitud, tipos y características. *Cuadernos de Medicina Forense*, 18(1), pp. 19-25.
- Giberti, E. (2007). La familia, a pesar de todo. Buenos Aires: Noveduc.
- Giberti, E. (2015) Abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes: un daño horroroso que persiste al interior de las familias. Buenos Aires: Noveduc.
- Glaser D. & Frosh S. (1997). Abuso sexual en niños. Buenos Aires: Paidós.
- Gonçalvez Boggio, L. (2008). *El cuerpo en la psicoterapia. Nuevas estrategias clínicas para el abordaje de los síntomas contemporáneos*. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- González, E., Martínez, V., Leyton, C., Bardi, A. (2004). Características de los abusadores sexuales. *Rev. Soc. Chil. Obstet. Ginecol. Infant. Adolesc*; 11(1): 6-14, 2004.

- González D. y Tuana A. (2009) El género, la edad y los escenarios de la violencia sexual. Master Graf. Montevideo.
- Graell, A. y Lanza, G. (2014). Mentalización, apego y regulación emocional. *Desenvolupa*, 1-16.
- Habigzang, L. F., Koller, S. H., Azevedo, G. A., y Machado, P. X. (2005). Abuso sexual infantil e dinámica familiar: aspectos observados em procesos jurídicos. *Psicología: teoría e pesquisa*, 21(3), 341-348
- Howard Alanis, W. (2014). El síndrome de alienación parental. *Revista De Derecho*. <http://revistas.um.edu.uy/index.php/revistaderecho/article/view/540>
- Ibaceta W, (2007). Agresión Sexual en la Infancia y Viaje al Futuro: Clínica y Psicoterapia en la Edad Adulta. *Terapia psicológica*, 25(2), 189-198.
- Intebi, I. (1998). Abuso sexual infantil. En las mejores familias. Buenos Aires: Granica
- Intebi, I. (2007) Valoración de sospechas de abuso sexual infantil. Buenos Aires: Granica
- Intebi, I. (2008) Abuso sexual infantil. En las mejores familias - la ed. 2ª reimpr. Buenos Aires: Granica
- Intebi, I. (2011). Proteger, reparar penalizar: evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil. Buenos Aires: Granica.
- Intebi, I. (2012). Estrategias y Modalidades de Intervención en Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar. Buenos Aires: Granica.
- Irwin, H.J. (1998). Affective predictors of dissociation II: shame and guilt. *Journal of Clinical Psychology*, 54(2), 237-245



- Janin, B. (2002) Las marcas del maltrato. Vínculos violentos y estructuración subjetiva. Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente; revista. 33-34. Recuperado de: <http://www.sepypna.com/articulos/marcas-violencia-estructuracion-subjetiva/>
- Kolektiboa., Eralkiz. (2016). Abusos sexuales en la infancia. Visibilizando violencias. Bilbao: Recuperado de: <https://www.eraikiz.org/wp-content/uploads/2016/09/01-Informe-Abusos-Sexuales-en-la-Infancia-2016.pdf>
- Lameiras, M. (2002). Abusos sexuales en la infancia: abordaje psicológico y jurídico. Madrid: Biblioteca Nueva. Recuperado: [https://www.sijufor.org/uploads/1/2/0/5/120589378/lameiras\\_ferna%CC%81n](https://www.sijufor.org/uploads/1/2/0/5/120589378/lameiras_ferna%CC%81n)
- Lecannelier, Felipe (2004) Los aportes de la Teoría de la Mente (ToM) a la Psicopatología del Desarrollo. Terapia Psicológica. ISSN: 0716-6184. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78522107>
- Lecannelier, F., y Kimelman, M., y González, L., y Nuñez, C. y Hoffmann, M. (2008). Evaluación de Patrones de Apego en Infantes Durante su Segundo Año en Dos Centros de Atención de Santiago de Chile. Revista Argentina de Clínica Psicológica, XVII (3), 197-207. [Fecha de Consulta 17 de Septiembre de 2021]. ISSN: 0327-6716. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921795001>
- LeDoux, J. (1999). El cerebro emocional. Barcelona, Editorial Ariel y Editorial Planeta. Recuperado de: <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/57b563f36781c98fd2f0050a708ba646.pdf>

Lozano, F., García, M., Sande, S., Perdomo, V., y Zunino, C... (2018). Protocolo para el abordaje de situaciones de maltrato a niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo, Uruguay: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF. Ministerio de Salud Pública. Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia.

López Sánchez, F. (1999). La inocencia rota: abusos sexuales a menores. Barcelona: Océano

Lindert, J., Von Ehrenstein, O. S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E., & Weiskopf, M. G. (2014). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: Systematic review and meta-analysis. International <https://doi.org/10.1007/s00038-013-0519-5>

Martínez, G., y Figueroa (2000) Abuso sexual en la infancia. Revista Pediatría de Atención Primaria Volumen II. Número 8. <https://pap.es/files/1116-127-pdf/131.pdf>

Mebarak, M. R., Martínez, L. M., Sánchez, H. A. & Lozano, E. J. (2010). Una revisión acerca de la sintomatología del abuso sexual infantil. Psicología desde el Caribe, núm.25, enero-junio, 2010, pp. 128-154. Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/154/61>

Monzón, I. (1999). Abuso sexual contra menores: violencia de la desmentida. Revista del Ateneo Psicoanalítico, 2. Recuperado de: <http://www.camino.org.uy/abusosexualcontramenores.pdf>

Müller, Ma. B. y López, Ma. C. (2011) Los dibujos en el abuso sexual infantil. Ituzaingó: Maipue. Recuperado de: <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/LOS%20>

[DIBUJOS%20EN%20EL%20ABUSO%20SEXUAL%20INFANTIL--  
Lic.%20Mari%CC%81a%20Beatriz%20Mu%CC%81ler--  
EDITORIAL%20MAIPUE.pdf](#)

Ochotorena, J., y M. I. Arruabarena Madariaga (1996). Manual de protección infantil.

Barcelona: Masson

Orjuela, L. y Rodríguez, V. (2012). Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Guía de material básico para la formación de profesionales. España. Ed. Save the children.

Organización Mundial de la Salud. (2020). Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Directrices clínicas de la OMS. Washington, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud.

<https://doi.org/10.37774/978927532182>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Maltrato Infantil. Obtenido de:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Palacios, J., Moreno, M. C., & Jiménez, J. (1995). El maltrato infantil: concepto, tipos, etiología. *Infancia y Aprendizaje*, 18(71), 7–21.

<https://doi.org/10.1174/02103709560575442>

Parra-Bolaños, Nundefined., (2015). Impacto de las técnicas de neuroimagen en las ciencias sociales. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 10(1),31-37. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179341106007>

Paulluzi L. (2003) Estrategias comunicacionales con una visión de género. Barcelona: Tusquet Editores.

- Peroni, Gianella. (2005) Redes de protección a la infancia y la adolescencia frente al maltrato y al abuso sexual. Montevideo. UNICEF.  
[https://www.bibliotecaunicef.uy/index.php?lvl=author\\_see&id=6](https://www.bibliotecaunicef.uy/index.php?lvl=author_see&id=6)
- Peroni, G., y Prato, J. (2012) Aportes para la intervención en maltrato y abuso sexual infantil y adolescente. Montevideo: Unicef: Cooperativa Andenes.
- Pereda Bertrán, N., (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. Papeles del Psicólogo, 30(2) ,135-144. ISSN: 0214-7823. Recuperado de:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77811726004>
- Pereda, N. (2010a). Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil. Revista pediatria de atención primaria, Vol. XII. N. 46. Abril/junio 2010; 12: pp.273-85. Recuperado de:  
<http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v12n46/revision2.pdf?origin=publicationDetail>
- Pereda, N (2010b). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. Papeles del Psicólogo, vol. 31, núm. 2, mayo-agosto, 2010, pp. 191-201. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España. Recuperado de:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77813509005>
- Pérez-Rivera, J. L., Pimentel-García, A. C., Hernández Díaz, L. C., Martínez-Arce, M. S., Guzmán-Díaz, G., & Cisneros - Herrera, J. (2021). Trastorno límite de la personalidad y el abuso sexual infantil. *Boletín Científico De La Escuela Superior Atotonilco De Tula*, 8(15), 37-40. <https://doi.org/10.29057/esat.v8i15.6674>
- Pereda, N., Gallardo-Pujol y Jiménez Padilla, R. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39, 131-139.

- Puerta, M. y Colinas, I. (2007). Detección y prevención del maltrato infantil desde el centro educativo. Madrid, España.
- Rozanski, Carlos A. (2003). ¿Denunciar o silenciar? Crónica Actual, Bs.As. Recuperado de: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/practicas\\_profesionales/825\\_rol\\_psicologo/material/descargas/unidad\\_4/obligatoria/asi\\_denunciar\\_osilenciar.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/825_rol_psicologo/material/descargas/unidad_4/obligatoria/asi_denunciar_osilenciar.pdf)
- Rubins, C. (2004). Abuso sexual infantil: las secuelas en adultos. Asociación latinoamericana de psicología jurídica y forense. Recuperado de <http://comunidadesby.bligoo.com/media/users/31/1562833/files/566982/Abuso>
- Save The Children (2001). Abuso Sexual Infantil. Manual de formación para profesionales. España.
- Santana, R., Sánchez, R., Herrera, E., (1998). El maltrato infantil: un problema mundial. Salud Pública Mex 1998; 40:58-65.
- Schore, A. (2010). El trauma relacional y el cerebro derecho en desarrollo: interfaz entre psicología psicoanalítica del self y neurociencias. Revista GPU, 6(3), pp. 296-308. Recuperado de: [http://www.revistagpu.cl/2010/Septiembre/GPU%2020103%20\(PDF\)/REV%20](http://www.revistagpu.cl/2010/Septiembre/GPU%2020103%20(PDF)/REV%20)
- Segura, C; Gil, M; Sepúlveda, M (2006) El síndrome de alienación parental: una forma de maltrato infantil. Caus Med Forense, 12 (43-44): 117-128. Recuperado de <http://www.freewebs.com/psicolrg/sap.pdf>
- SIPIAV (2021). *Informe de Gestión 2021*. Recuperado de: <http://www.inau.gub.uy/sipiav>

- Sgroi, S., F. Porter y L. Blick (1982), "Validation of child sexual abuse", en S. Sgroi (ed.), Handbook of clinical intervention in child sexual abuse, Lexington: Lexington Books.
- Soares, I. & Días, P. (2007) Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación. International Journal of Clinical and Health Psychology. [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-215.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-215.pdf)
- Soler, C., Castro, M., Daset, L., Alcántara, M., Fernández, V., Prieto, M., y Puerto, J. (2008). Consecuencias del maltrato grave intrafamiliar en la infancia: conceptualización y diagnóstico de las reacciones postraumáticas complejas. *Ciencias Psicológicas*, (2), 103–118. <https://doi.org/10.22235/cp.voi2.643>
- Tutte, J., C (2006). El concepto de trauma psíquico: un puente en la interdisciplinar. *Aperturas psicoanalíticas: revista de psicoanálisis* ISSN-e 1699-4825, N°23 <https://www.redalyc.org/pdf/3315/331527699006.pdf>
- Ulloa, R. E., & Navarro, I. G. (2011). Estudio descriptivo de la prevalencia y tipos de maltrato en adolescentes con psicopatología. *Salud mental*, 34 (3), 219-225.
- Unicef (2011). Guía clínica. Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual. Chile. <http://web.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f363a745e04001011e011120.pdf>
- Unicef (2017). La violencia en la primera infancia. Marco Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe.
- Unicef (2020). No Hay Excusas - Campaña de Lucha contra la Explotación Sexual Infantil en los Viajes. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/nohayexcusas>

- Vainstein, N., Rusler, V, (2011) Por qué, cuándo y cómo intervenir desde la escuela ante el maltrato a la infancia y la adolescencia. Guía conceptual. Maltrato Infantil.
- Van der Kolk, B. (2015). El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma. Elefthería.
- Vitriol G., Verónica. (2005). Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(2), 83-  
<https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717->
- Villalba, L., (2011). Psicopatología de los trastornos de personalidad límite y su tratamiento. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Volumen 75 N° 1.  
[http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/03\\_LV.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/03_LV.pdf)
- Villanueva Sarmiento, I., Guzm, P., Alonso Hern, M., Beltr, F., G, Y., & P, I. (2011). Funcionamiento familiar en familias víctimas de abuso sexual intrafamiliar-incesto. *Psicogente*, 14(25). Recuperado de:  
<https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/1860>
- Villanueva, I. (2013). El abuso sexual infantil: perfil del abusador, la familia, el niño víctima y consecuencias psíquicas del abuso. *Psicohigiene*, 16 (30): pp. 451-470.  
Recuperado de: <http://oaji.net/articles/2017/1787-1485548200.pdf>
- Volnovich, J.C. (2002). Abuso sexual en la infancia, el quehacer y la ética. Bs. As. Lumen Humanitas.
- Volnovich, J. C. (2008). Abuso sexual en la infancia. Bs as. Lumen Humanitas.
- Vranceanu, A., Hobfoll, S. E., & Johnson, R. J. (2007). Child multi-type maltreatment and associated depression and PTSD symptoms: The role of social support and

stress. *Child Abuse & Neglect*, 31, 71–84.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.04.010>

Vlahovicova, K., Melendez-Torres, G. J., Leijten, P., Knerr, W., & Gardner, F. (2017).

Parenting Programs for the Prevention of Child Physical Abuse Recurrence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 20(3), 1–15.

Waikamp, V., & Barcellos Serralta, F. (2018). Repercusiones del trauma en la infancia en la psicopatología de la vida adulta. *Ciencias Psicológicas*, 12(1), 137–144.

<https://doi.org/10.22235/cp.v12i1.1603>





