



CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS INICIALES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Noemí Pereda Beltran

Universitat de Barcelona

El objetivo de este trabajo es ofrecer una revisión actualizada de los principales indicadores psicológicos o consecuencia psicológicas iniciales encontradas en los estudios nacionales e internacionales llevados a cabo con víctimas de abuso sexual infantil. Se clasificaron los distintos síntomas en cinco categorías: problemas emocionales, problemas cognitivos, problemas de relación, problemas funcionales y problemas de conducta. Los resultados muestran la diversidad de consecuencias psicológicas asociadas a la experiencia de abuso sexual infantil, impidiendo establecer un síndrome o un conjunto de síntomas característicos de este tipo de víctimas que facilite su detección. Es necesario que los profesionales conozcan en profundidad este tipo de problemáticas, lo que influirá positivamente en la pronta detección de estos casos y en una intervención efectiva con este tipo de víctimas.

Palabras clave: abuso sexual, infancia, victimización, psicopatología, consecuencias a corto plazo

The main aim of the present study is to offer an update of the short-term consequences of child sexual abuse found in current empirical national and international studies. Psychological symptoms were classified as follows: emotional problems, cognitive problems, relationship problems, functional problems and problems of behavior. Results showed the multiple and different psychological consequences related to child sexual abuse. A syndrome or a number of symptoms specific to these victims does not exist. Therefore, detection is a hard task for professionals. Psychologists need to know these problems to early detect sexual abuse and effectively intervene with its victims.

Keywords: sexual abuse, childhood, victimization, psychopathology, short-term consequences

El abuso sexual infantil es un grave problema de salud pública que, en gran parte de los casos, interfiere en el adecuado desarrollo de la víctima que lo sufre y repercute negativamente en su estado físico y psicológico. La experiencia de abuso sexual infantil puede considerarse una situación extrema que, tal y como exponen Lazarus y Folkman (1984), suele resultar en un elevado nivel de estrés y malestar en la gran mayoría de individuos.

No se trata de un problema reciente. En mayor o menor medida, los malos tratos a la infancia son una constante histórica, que se produce en todas las culturas y sociedades y en cualquier estrato social, constituyéndose un problema universal y complejo, resultante de una interacción de factores individuales, familiares, sociales y culturales que puede, incluso, llegar a desembocar en la muerte del menor (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

Las consecuencias psicológicas que suelen acompañar a la vivencia del abuso sexual infantil son frecuentes y

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

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

Correspondencia: Noemí Pereda Beltran. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic. Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona. Pg. Vall d'Hebron, 171. 08035 Barcelona. España. E-mail: npereda@ub.edu



En la presente revisión se tratarán las principales consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. Los indicadores psicológicos del abuso sexual infantil o consecuencias iniciales, son aquellos efectos que suelen situarse en los dos años siguientes al abuso (Browne y Finkelhor, 1986; López, 1993) y que, por tanto, suelen encontrarse presentes en la infancia y la adolescencia.

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

Como se obtiene de los estudios presentados seguidamente, el abuso sexual infantil se relaciona con sintomatología que afecta a distintas áreas de la vida de la víctima. Para Mannarino y Cohen (1986) un 69% de los menores víctimas de abuso sexual presenta sintomatología psicopatológica; mientras que para McLeer, Dixon, Henry, Ruggiero, Escovitz, Niedda, et al. (1998) este porcentaje se sitúa en un 62,8%. Si bien establecer una clasificación de las múltiples dificultades que las víctimas parecen desarrollar no es una tarea sencilla, el objetivo de este trabajo es presentar una propuesta basada en la sintomatología más frecuente indicada en los estudios revisados que permita a los profesionales conocer aquellos indicadores que han sido repetidamente confirmados desde el ámbito científico. No obstante, la limitación de intentar clasificar los diversos efectos psicológicos en categorías teóricas debe tenerse en cuenta.

MÉTODO

Selección de los estudios

Se seleccionaron aquellos estudios en inglés o español centrados en las consecuencias psicológicas iniciales o a corto plazo del abuso sexual infantil a través de una búsqueda en las principales bases de datos, incluyendo *Psycinfo* y *Social Sciences Citation Index* de la Web of Science. Con la intención de cubrir la mayoría de artículos publicados en esta área, se adoptaron dos estrategias más: (a) búsqueda manual a partir de las listas de referencias bibliográficas de los artículos más relevantes sobre el tema y (b) búsqueda manual en las dos revistas más relevantes dentro de esta temática (*Child Abuse & Neglect* y *Journal of Child Sexual Abuse*).

La revisión realizada se refiere a estudios con muestras pertenecientes a la población general y, en caso de presentar características especiales (e.g., grupos clínicos), éstas se especifican.

RESULTADOS

Para facilitar la comprensión de los resultados de los estudios, las distintas problemáticas a corto plazo que la bibliografía ha encontrado presentes con mayor frecuencia en víctimas de abuso sexual infantil se han agrupado en los siguientes apartados:

- Problemas emocionales: dentro de este apartado se encuentran algunos de los problemas de tipo internalizante, siguiendo la categorización de Achenbach (1991), más frecuentemente observados en víctimas de abuso sexual infantil (véase Tabla 1). Destaca por su elevada frecuencia en estos menores la sintomatología postraumática (véanse las revisiones de Green (1993) o Rowan y Foy (1993) al respecto), con una prevalencia situada cerca de la mitad de las víctimas (Ackerman, Newton, McPherson, Jones y Dykman, 1998; Garnefski y Diekstra, 1997; McLeer et al. 1998). También se observan síntomas de ansiedad y depresión (entre un 4 y un 44% en varones y entre un 9 y un 41% en mujeres víctimas de abuso sexual infantil, Ackerman et al., 1998); así como baja autoestima, sentimiento de culpa y de estigmatización (entre un 4% y un 41%, respectivamente para Mannarino y Cohen, 1986; Tebutt et al., 1997). La ideación y/o la conducta suicida se da en un elevado número de casos como muestran los trabajos de Garnefski y Arends (1998) (entre un 26,5 y un 54% de las víctimas mujeres, y entre un 43,3 y un 52,7% de los varones), Garnefski y Diekstra (1997) (un 37,4% de las mujeres y un 50% de los varones), y Martin, Bergen, Richardson, Roeger y Allison (2004) (un 29% de las víctimas mujeres y un 50% de los varones).
- Problemas cognitivos y de rendimiento académico: entre los que destaca la afectación de la capacidad de atención y concentración (véase Tabla 2), con una frecuencia de sintomatología hiperactiva de entre el 4% y el 40% de las víctimas (Mannarino & Cohen 1986; Ackerman et al., 1998; respectivamente).
- Problemas de relación: una de las áreas que suele quedar más afectada en víctimas de abuso sexual infantil es la relación social con iguales y adultos, ya sean pertenecientes a la familia o desconocidos, dada la ruptura que la experiencia de abuso sexual implica en la confianza de la víctima (véase Tabla 3). Como ejemplo



de esta afectación, destacar el estudio de Oates, Forrest y Peacock (1985) en el que un 43% de las víctimas de abuso sexual manifestaron tener pocos amigos, en comparación con el 11% de los menores no víctimas.

- Problemas funcionales: dentro de este grupo se encuentran aquellas consecuencias del abuso sexual infantil que representan dificultades en las funciones físicas de la víctima (véase Tabla 4). Destacan los problemas de sueño (en un 56% de los casos, según Mannarino y Cohen, 1986), la pérdida del control de esfínteres (18% de los casos según Mannarino y Cohen, 1986), y los problemas de alimentación (en un 49% de los casos según Swanston et al., 1997).
- Problemas de conducta: dentro de este apartado se han incluido los problemas más relacionados con la conducta de la víctima, destacando las conductas sexualizadas, la conformidad compulsiva y la conducta disruptiva y agresiva (véase Tabla 5).

Cabe añadir algunos comentarios a los problemas de conducta que presentan las víctimas de abuso sexual infantil, dada la elevada frecuencia con la que se observan.

TABLA 1 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS INICIALES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL: PROBLEMAS EMOCIONALES	
Sintomatología	Estudios
miedos fobias	Ligezinska, Firestone, Manion, McIntyre, Ensom y Wells (1996); Mannarino y Cohen (1986)
síntomas depresivos ansiedad	Ackerman et al. (1998); Ahmadkhaniha, Shariat, Tokaman-nejad y Moghadam (2007); Briere y Elliott (1994); Cohen y Mannarino (1988); Cosentino, Meyer-Bahlburg, Alpert, Weinberg y Gaines (1995); Dykman, McPherson, Ackerman, Newton, Mooney, Wherry, et al. (1997); Hébert, Tremblay, Parent, Daignault y Piché (2006); Kaufman (1996); Ligezinska et al. (1996); Mannarino y Cohen (1986); McLeer et al. (1998); Mian et al. (1996); Oates et al. (1994); Putnam (2003); Stern, Lynch, Oates, O'Toole y Cooney (1995); Swanston et al. (1997); Tebutt et al. (1997); Wolfe y Birt (1997)
baja autoestima sentimiento de culpa estigmatización	Black et al. (1994); Brand, King, Olson, Ghaziuddin y Naylor (1996); Briere y Elliott (1994); Cerezo (1995); Hébert et al. (2006); Ligezinska et al. (1996); Mannarino y Cohen (1986); Oates et al., (1985); Oates et al. (1994); Quas, Goodman y Jones (2003); Stern et al. (1995); Swanston et al. (1997); Tebutt et al. (1997)
trastorno por estrés postraumático	Ackerman et al. (1998); Briere y Elliott (1994); Hall (1999); McLeer et al. (1998); Timmons-Mitchell, Chandler-Holtz y Semple (1997); Tremblay, Hébert y Piché (2000)
ideación y conducta suicida autolesiones	Aglan, Kerfoot y Pickles (2008); Brand et al. (1996); Briere y Elliott, (1994); Garnefski y Arends (1998); Garnefski y Diekstra (1997); Martin et al. (2004); McLeer et al. (1998); Swanston et al. (1997)

TABLA 2 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS INICIALES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL: PROBLEMAS COGNITIVOS	
Sintomatología	Estudios
conductas hiperactivas	Cohen y Mannarino (1988); Dykman et al. (1997); Mannarino y Cohen (1986)
problemas de atención y concentración bajo rendimiento académico peor funcionamiento cognitivo general	Einbender y Friedrich (1989); Kinard (2001a, 2001b); Shonk y Cicchetti (2001)
trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Ackerman et al. (1998); Kaufman (1996); Weinstein, Staffelbach y Biaggio (2000); Wolfe y Birt (1997)

TABLA 3 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS INICIALES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL: PROBLEMAS DE RELACIÓN	
Sintomatología	Estudios
problemas de relación social	Alessandri (1991); Briere y Elliott (1994); Einbender y Friedrich (1989); Hébert et al. (2006); Stern et al. (1995)
menor cantidad de amigos menor tiempo de juego con iguales	Alessandri (1991); Oates et al. (1985)
elevado aislamiento social	Cohen y Mannarino (1988); Hébert et al. (2006); Mian et al. (1996)

TABLA 4 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS INICIALES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL: PROBLEMAS FUNCIONALES	
Sintomatología	Estudios
problemas de sueño (pesadillas)	Mannarino y Cohen (1986)
pérdida del control de esfínteres (enuresis y encopresis)	Mannarino y Cohen (1986); Morrow, Yeager y Lewis (1997)
trastornos de la con- ducta alimentaria	Briere y Elliott (1994); Swanston et al. (1997)
quejas somáticas	Cohen y Mannarino (1988)



Conducta sexualizada

La presencia de conductas sexualizadas, también denominadas comportamientos erotizados, es uno de los problemas más frecuentes en víctimas de abuso sexual infantil, siendo tomada habitualmente como un indicador de marcada fiabilidad para su detección. Como ejemplo, en la revisión de Bromberg y Jonson (2001) los autores indican que la conducta sexualizada es 15 veces más probable en menores víctimas de abuso sexual que en no víctimas. Sin embargo, estas conductas no son exclusivas de las víctimas de abuso sexual y pueden producirse por otros motivos diferentes a la experiencia de abuso como son la vivencia de otras experiencias de carácter violento (ser víctima de maltrato físico o testigo de violencia familiar) o las actitudes familiares respecto al sexo, entre otras (Friedrich, Fisher, Broughton, Houston y Shafran, 1998).

Diversos autores han estudiado aquellas conductas sexuales que pueden considerarse normativas según la edad (Brilleslijper-Kater y Baartman, 2000; Friedrich et al., 1998) y el género (Sandnabba, Santtila, Wannäs y Krook, 2003) y las han comparado con las que presentan la mayoría de víctimas de abuso sexual infantil, ilustrando la elevada frecuencia de conocimientos y conductas sexualizadas y no normativas en estas víctimas (Cohen y Mannarino, 1988; Einbender y Friedrich, 1989; Mannarino y Cohen, 1986), incluso en edades muy tempranas (Mian, Marton y LeBaron 1996).

Por otro lado, algunos autores han confirmado que las conductas sexualizadas en la infancia parecen relacio-

narse con conductas promiscuas y embarazos no deseados en la adolescencia (Fiscella, Kitzman, Cole, Sidora y Olds, 1998), aumentando el riesgo de revictimización de la víctima de abuso sexual en etapas posteriores.

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

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

Conformidad compulsiva

Crittenden y DiLalla (1988) propusieron la existencia de un patrón de conducta específico, denominado de conformidad compulsiva, utilizado por algunas víctimas de malos tratos, abuso sexual y negligencia para acomodarse a su situación y poder sobrevivir, física y psicológicamente a ésta. Los autores definen esta estrategia como la presencia de un comportamiento conformista y vigilante en los niños y niñas víctimas de malos tratos, que reduce el riesgo de comportamientos hostiles y violentos por parte de sus agresores y aumenta la probabilidad de interacciones agradables con ellos. En el estudio, las víctimas de abuso sexual fueron aquellas que presentaban un mayor nivel de conformidad compulsiva. No obstante, si bien los autores inicialmente abogan por

TABLA 5
CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS INICIALES DEL ABUSO SEXUAL
INFANTIL: PROBLEMAS DE CONDUCTA

Sintomatología	Estudios	
conducta sexualizada	- masturbación compulsiva - imitación de actos sexuales - uso de vocabulario sexual inapropiado - curiosidad sexual excesiva - conductas exhibicionistas	Cohen y Mannarino (1996); Friedrich, Grambsch, Damon, Hewitt, Koverola, Lang et al. (1992); Hébert et al. (2006)
conformidad compulsiva		Crittenden y DiLalla (1988)
conducta disruptiva y disocial	- hostilidad - agresividad - ira y rabia	Ackerman et al. (1998); Alessandri (1991); Briere y Elliott (1994); Garnefski y Diekstra (1997); Hébert et al. (2006); Kaufman (1996); Wolfe y Birt (1997)
	- trastorno opositorista desafiante	Ackerman et al. (1998); Cohen y Mannarino (1988); Dykman et al. (1997); Garnefski y Diekstra (1997); Swanston et al. (1997); Tebutt et al. (1997)



el efecto adaptativo de esta estrategia, también alertan del riesgo que implica si se generaliza al resto de relaciones interpersonales de la víctima, como suele suceder en casos de abuso sexual infantil.

Conducta disruptiva y disocial

En el extremo opuesto, algunos autores han obtenido una elevada frecuencia de conductas de carácter disruptivo y disocial en víctimas de abuso sexual infantil, incluidas dentro de la denominada sintomatología externalizante según la categorización de Achenbach (1991), especialmente en víctimas de sexo masculino (Romano y De Luca, 2001). Los autores difieren en las frecuencias obtenidas para este tipo de conductas en víctimas de abuso sexual, oscilando entre el 2% indicado en el estudio de Mannarino y Cohen (1986) para ambos sexos; y el 25,3% para mujeres y el 58,4% para varones en el trabajo de Garnefski y Diekstra (1997).

Algunas víctimas crecen en la convicción de que el empleo de la agresividad es el mejor camino para conseguir lo que desean. Como se constata en diversos trabajos, haber sido víctima de abusos en la infancia parece constituirse un factor de riesgo para que de adulto se victimice a otros, conociéndose este fenómeno como la transmisión intergeneracional de la violencia, una de las consecuencias más graves del abuso sexual a nivel social (véanse las revisiones de Widom, 1989 o Maxfield y Widom, 1996).

Revisiones críticas a los estudios sobre consecuencias psicológicas iniciales

Una de las primeras revisiones críticas sobre las consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil es la realizada por Browne y Finkelhor (1986), quienes analizaron los estudios publicados sobre el impacto psicológico del abuso sexual entre 1956 y 1985. De los 26 estudios revisados, los autores únicamente pudieron encontrar seis estudios publicados sobre consecuencias iniciales o a corto plazo, destacando su escasa frecuencia. Browne y Finkelhor (1986) también subrayaron las enormes dificultades existentes para encontrar estudios realizados con víctimas de sexo masculino y el grave problema que este desconocimiento implica para el tratamiento de estas víctimas.

Posteriormente, Beitchman y colaboradores (1991) revisaron 42 estudios con muestras infantiles y adolescentes concluyendo que únicamente podía considerarse como consecuencia propia del abuso sexual infantil la conduc-

ta sexualizada, ya que el resto de problemas mencionados también se encontraban presentes en la mayoría de muestras clínicas.

Sin embargo, la revisión realizada por Trickett y McBride-Chang (1995) sobre el impacto psicológico del maltrato infantil, incluyendo la experiencia de abuso sexual, ha mostrado la existencia de múltiples consecuencias psicológicas en estas víctimas. En este trabajo se incluyeron únicamente artículos con apropiados grupos control y comparables al grupo de estudio en características sociodemográficas, confirmándose un cierto patrón evolutivo para la sintomatología presentada por víctimas de abuso sexual infantil, con más problemas internalizantes en la edad preescolar (especialmente enuresis, ansiedad y quejas somáticas) y la aparición de problemas externalizantes en períodos posteriores (como conductas disruptivas y delincuencia), así como una mayor presencia en las víctimas mayores de sintomatología disociativa y la aparición de la depresión como principal síntoma internalizante.

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

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En síntesis, la revisión realizada sobre las consecuencias psicológicas a corto plazo del abuso sexual infantil constata su frecuente presencia y su diversidad, así como la dificultad que implica el estudio de este tema, con múltiples problemas metodológicos que impiden avanzar en el conocimiento del estado psicológico de las víctimas, dificultando el desarrollo de programas de tratamiento eficaces y específicos (Paolucci, Genuis y Violato, 2001).

En primer lugar, los autores destacan los problemas existentes para conseguir una amplia muestra de víctimas, especialmente en estudios con menores de edad, que provocan, en muchos casos, que el tamaño muestral no sea suficiente para poder extraer conclusiones robustas y definitivas sobre las consecuencias psicológicas a



corto plazo del abuso sexual infantil (Briere, 1992; Briere y Elliott, 1993; Trickett y McBride-Chang, 1995).

Cabe añadir un problema intrínseco al estudio de este tema y es la posible inclusión de víctimas de abuso sexual no detectadas en los grupos control y que pueden provocar la minimización de las diferencias entre los grupos y, por tanto, de las consecuencias iniciales del abuso sexual infantil (Briere, 1992; Kinard, 1994).

Por otro lado, la frecuente inclusión de víctimas que han experimentado múltiples tipos de maltrato además del abuso sexual o la utilización de grupos de menores maltratados en los diferentes estudios, sin especificar el tipo específico de maltrato acontecido, son importantes sesgos en la obtención de resultados, ya que agravan las consecuencias psicológicas del abuso sexual y no permiten establecer una sintomatología diferenciada y específica para estas víctimas (Briere, 1992). Este fenómeno, denominado recientemente polivictimización (Finkelhor, Ormrod y Turner, 2007), está siendo analizado por sus importantes repercusiones en el tratamiento adecuado de las víctimas.

Es importante tener en cuenta la fuente de la que se obtiene la muestra de estudio ya que, en muchos casos, las muestras provienen de agencias de protección infantil, que suelen incluir los casos más graves, sobrestimando la severidad de los síntomas del abuso sexual infantil.

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

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

Respecto a este problema, la mayoría de autores realizan estudios transversales que impiden confirmar que los síntomas evaluados son consecuencias del abuso sexual y que estos mismos síntomas no se deben a otras situa-

ciones acontecidas antes o después de la experiencia de abuso (Reece, 1998). El uso de instrumentos poco robustos y fiables para evaluar las consecuencias del abuso sexual (Morrisette, 1999) o la utilización de análisis estadísticos inadecuados para establecer relaciones causales también han sido algunas de las críticas metodológicas más frecuentemente dirigidas a estos estudios (Briere, 1992; Briere y Elliott, 1993).

A pesar de las dificultades, como se obtiene de los trabajos revisados, la sintomatología internalizante, principalmente los problemas de ansiedad (destacando la sintomatología postraumática), depresión, baja autoestima, sentimiento de culpa y estigmatización, son aquellos que se encuentran con mayor frecuencia en los trabajos publicados en los últimos años, si bien no permiten establecer un síndrome o conjunto de síntomas específico para estas víctimas.

Son también relevantes los problemas de conducta, especialmente la sexualización del comportamiento del menor, pudiendo ser de gran utilidad como indicadores de una situación de abuso sexual, si bien siempre deben investigarse en profundidad otros posibles motivos que hayan podido llevar al niño o niña a exhibir estos comportamientos.

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

Es también importante tener en cuenta la función de las denominadas variables mediadoras o moderadoras entre la experiencia de abuso sexual y el desarrollo de esta sintomatología. La presencia o ausencia de ciertas variables no únicamente relacionadas con las características objetivas del estresor (frecuencia y duración del abuso, coerción física por parte del agresor) sino también con factores in-



dividuales (sentimiento de culpa, autoestima, estrategias de afrontamiento) y psicosociales (apoyo social tras la revelación, revictimización en los juzgados), de manera consistente, facilitaría la aparición de trastornos psicopatológicos, mientras que la presencia o ausencia de otras variables minimizaría o anularía los posibles efectos psicológicos relacionados con esa situación y proporcionaría al individuo la capacidad de resistencia frente a ese estresor (Compas y Phares, 1991; Lazarus y Folkman, 1984).

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

Es conveniente determinar, por tanto, las variables que puedan estar asociadas con la presencia o ausencia de sintomatología psicológica en víctimas de abuso sexual infantil. Si bien será imposible intervenir sobre las variables relacionadas con el agresor y con las características de la experiencia de abuso tras la vivencia de éste, otras variables referidas a la víctima y a su entorno pueden cambiarse, abriéndose un importante campo de trabajo de prevención terciaria. Un mejor conocimiento de las variables mediadoras relacionadas con la experiencia de abuso sexual infantil permitirá un mejor tratamiento de estas víctimas, así como la prevención de posibles problemas psicológicos posteriores.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Ackerman, P. T., Newton, J. E. O., McPherson, W. B., Jones, J. G. y Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical and both). *Child Abuse & Neglect*, 22 (8), 759-774.
- Aglan, A., Kerfoot, M. y Pickles, A. (2008). Pathways from adolescent deliberate self-poisoning to early adult outcomes: A six year follow-up. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 49 (5), 508-515.
- Ahmadkhaniha, H. R., Shariat, S. V., Torkaman-nejad, S. y Moghadam, M. M. H. (2007). The frequency of sexual abuse and depression in a sample of street children of one of deprived districts of Tehran. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16 (4), 23-62.
- Alessandri, S. M. (1991). Play and social behavior in maltreated preschoolers. *Development and Psychopathology*, 3, 191-205.
- Barudy, J. (1993). Dictaduras familiares, abuso sexuales, incesto. Estrategias terapéuticas. *II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada*. Bilbao: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A. y Akman, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 15, 537-556.
- Black, M., Dubowitz, H. y Harrington, D. (1994). Sexual abuse: Developmental differences in children's behavior and self-perception. *Child Abuse & Neglect*, 18, 85-95.
- Brand, E. F., King, C. A., Olson, E., Ghaziuddin, N. y Naylor, M. (1996). Depressed adolescents with a history of sexual abuse: Diagnostic comorbidity and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (1), 34-41.
- Briere, J. (1992). Methodological issues in the study of sexual abuse effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (2), 196-203.
- Briere, J. y Elliot, D.M. (1993). Sexual abuse, family environment, and psychological symptoms: On the validity of statistical control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (2), 284-288.
- Briere, J. y Elliot, D. M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 4 (2), 54-70.
- Brileslijper-Kater, S. N. y Baartman, H. E. M. (2000). What do young children know about sex?. Research on the sexual knowledge of children between the ages of 2 and 6. *Child Abuse Review*, 9, 166-182.
- Bromberg, D. S. y Johnson, B. T. (2001). Sexual interest in children, child sexual abuse, and psychological sequelae for children. *Psychology in the Schools*, 38 (4), 343-355.
- Browne, A. y Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99 (1), 66-77.
- Cantón Duarte, J. y Cortés Arboleda, M. R. (2000). *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*. Madrid: Pirámide.
- Cerezo Jiménez, M. A. (1995). El impacto psicológico del maltrato: primera infancia y edad escolar. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 135-157.



- Cicchetti, D. y Toth, S. L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (5), 541-565.
- Cohen, J. A. y Mannarino, A. P. (1988). Psychological symptoms in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 12, 571-577.
- Cohen, J. A. y Mannarino, A. P. (1996a). The Weekly Behavior Report: A parent-report instrument for sexually abused preschoolers. *Child Maltreatment*, 1 (4), 353-360.
- Compas, B. E. y Phares, V. (1991). Stress during childhood and adolescence: Sources of risk and vulnerability. En E. M. Cummings, A. L. Greene y K. H. Karraker (Eds.) *Life-span developmental psychology: perspectives on stress and coping* (pp. 111-129). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Cosentino, C. E., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Alpert, J. L., Weinberg, S. L. y Gaines, R. (1995). Sexual behavior problems and psychopathology symptoms in sexually abused girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (8), 1033-1042.
- Crittenden, P. M. y DiLalla, D. L. (1988). Compulsive compliance: The development of an inhibitory coping strategy in infancy. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16 (5), 585-599.
- Cusick, L. (2002). Youth prostitution: A literature review. *Child Abuse Review*, 11, 230-251.
- Díaz Huertas, J. A., Casado Flores, J., García García, E., Ruiz Díaz, M. A. y Esteban Gómez, J. (Dir.) (2000). *Atención al abuso sexual infantil*. Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales.
- Dykman, R. A., McPherson, B., Ackerman, P. T., Newton, J. E. O., Mooney, D. M., Wherry, J., et al. (1997). Internalizing and externalizing characteristics of sexually and /or physically abused children. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 32 (1), 62-74.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia, víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.
- Einbender, A. J. y Friedrich, W. N. (1989). Psychological functioning and behavior of sexually abused girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (1), 155-157.
- Finkelhor, D. (1995). The victimization of children: A developmental perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65 (2), 177-193.
- Finkelhor, D., Ormord, R. K. y Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: a neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31, 7-26.
- Fiscella, K., Kitzman, H. J., Cole, R. E., Sidora, K. J. y Olds, D. (1998). Does child abuse predict adolescent pregnancy?. *Pediatrics*, 101 (4), 620-624.
- Friedrich, W. N., Fisher, J., Broughton, D., Houston, M. y Shafran, C. R. (1998). Normative sexual behavior in children: A contemporary sample. *Pediatrics*, 101 (4), 1-8.
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Damon, L., Hewitt, S. K., Koverola, C., Lang, R. A., et al. (1992). Child Sexual Behavior Inventory: Normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment*, 4 (3), 303-311.
- Garnefski, N. y Arends, E. (1998). Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. *Journal of Adolescence*, 21, 99-107.
- Garnefski, N. y Diekstra, R. F. W. (1997). Child sexual abuse and emotional and behavioral problems in adolescence, gender differences. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (3), 323-329.
- Green, A. H. (1993). Child sexual abuse: Immediate and long-term effects and intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 890-902.
- Hall, D. K. (1999). 'Complex' posttraumatic stress disorder/disorders of extreme stress (CP/DES) in sexually abused **children**: An exploratory study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 8 (4), 51-71.
- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I. V. y Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21, 287-299.
- Kaufman, J. (1996). Child abuse. *Current Opinion in Psychiatry*, 9 (4), 251-256.
- Kendall-Tackett, K. A., Meyer Williams L. y Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113 (1), 164-180.
- Kinard, E. M. (1994). Methodological issues and practical problems in conducting research on maltreated children. *Child Abuse & Neglect*, 18 (8), 645-656.
- Kinard, E. M. (1998). Depressive symptoms in maltreat-



- ed children from mother, teacher, and child perspectives. *Violence and Victims*, 13 (2), 131-147.
- Kinard, E. M. (2001a). Perceived and actual academic competence in maltreated children. *Child Abuse & Neglect*, 25, 33-45.
- Kinard, E. M. (2001b). Characteristics of maltreatment experience and academic functioning among maltreated children. *Violence and Victims*, 16 (3), 323-337.
- Lakey, B. y Heller, K. (1985). Response biases and the relation between negative life events and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49 (6), 1662-1668.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Ligezinska, M., Firestone, P., Manion, I. G., McIntyre, J., Ensom, R. y Wells, G. (1996). Children's emotional and behavioral reactions following the disclosure of extrafamilial sexual abuse: Initial effects. *Child Abuse & Neglect*, 20 (2), 111-125.
- López, F. (1993). Efectos de los abusos sexuales de menores. *II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada*. Bilbao: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- López, F. (1994). *Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Mannarino, A. P. y Cohen, J. A. (1986). A clinical-demographic study of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 10, 17-23.
- Martin, G., Bergen, H. A., Richardson, A. S., Roeger, L. y Allison, S. (2004). Sexual abuse and suicidality: Gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 28, 491-503.
- Maxfield, M. G. y Widom, C. S. (1996). The cycle of violence. Revisited 6 years later. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 150 (4), 390-395.
- McGee, R. A., Wolfe, D. A., Yuen, S. A., Wilson, S. K. y Carnochan, J. (1995). The measurement of maltreatment: A comparison of approaches. *Child Abuse & Neglect*, 19 (2), 233-249.
- McLeer, S. V., Dixon, J. F., Henry, D., Ruggiero, K. J., Escovitz, K., Niedda, T., et al. (1998). Psychopathology in non-clinically referred sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (12), 1326-1333.
- Mian, M., Marton, P. y LeBaron, D. (1996). The effects of sexual abuse on 3- to 5- year – old girls. *Child Abuse & Neglect*, 20 (8), 731-745.
- Morrisette, P. J. (1999). Post-traumatic stress disorder in child sexual abuse: Diagnostic and treatment considerations. *Child & Youth Care Forum*, 28 (3), 205-219.
- Morrow, J., Yeager, C. A. y Lewis, D. O. (1997). Encompris and sexual abuse in a sample of boys in residential treatment. *Child Abuse & Neglect*, 21 (1), 11-18.
- Oates, R. K., Forrest, D. y Peacock, A. (1985). Self-esteem of abused children. *Child Abuse & Neglect*, 9, 159-163.
- Oates, R. K., O'Toole, B. I., Lynch, D. L., Stern, A. y Cooney, G. (1994). Stability and change in outcomes for sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33 (7), 945-953.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L. y Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology*, 135 (1), 17-36.
- Putnam, F. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (3), 269-278.
- Quas, J. A., Goodman G. S. y Jones, D. P. H. (2003). Predictors of attributions of self-blame and internalizing behavior problems in sexually abused children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (5), 723-736.
- Reece, R.M. (1998). Behavioral manifestations of child sexual abuse: Response. *Child Abuse & Neglect*, 22 (6), 533-535.
- Romano, E. y De Luca, R. V. (2001). Male sexual abuse: A review of effects, abuse characteristics, and links with later psychological functioning. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 55-78.
- Rowan, A. B. y Foy, D. W. (1993). Post-traumatic stress disorder in child sexual abuse survivors: A literature review. *Journal of Traumatic Stress*, 6 (1), 3-20.
- Runtz, M. G. y Schallow, J. R. (1997). Social support and coping strategies as mediators of adult adjustment following childhood maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 21 (2), 211-226.
- Sandnabba, N. K., Santtila, P., Wannäs, M. y Krook, K. (2003). Age and gender specific sexual behaviors in children. *Child Abuse & Neglect*, 27, 579-605.
- Shonk, S. M. y Cicchetti, D. (2001). Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioral mal-



- adjustment. *Developmental Psychology*, 37(1), 3-17.
- Simón Rueda, C., López Taboada, J. L. y Linaza Iglesias, J. L. (2000). *Maltrato y desarrollo infantil*. Madrid: Comillas.
- Stern, A. E., Lynch, D. L., Oates, R. K., O'Toole, B. I. y Cooney, G. (1995). Self esteem, depression, behaviour and family functioning in sexually abused children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(6), 1077-1089
- Swanston, H. Y., Tebutt, J. S., O'Toole, B. I. y Oates, R. K. (1997). Sexually abused children five years after presentation: A case-control study. *Pediatrics*, 100(4), 600-608.
- Tebutt, J. S., Swanston, H. Y., Oates, R. K. y O'Toole, B. I. (1997). Five years after child sexual abuse: Persisting dysfunction and problems of prediction. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(3), 330-339.
- Timmons-Mitchell, J., Chandler-Holtz, D. y Semple, W. D. (1997). Post-traumatic stress disorder symptoms in child sexual abuse victims and their mothers. *Journal of Child Sexual Abuse*, 6(4), 1-14.
- Tremblay, C., Hébert, M. y Piché, C. (2000). Type I and type II posttraumatic stress disorder in sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 9(1), 65-90.
- Trickett, P. K. y McBride-Chang, C. (1995). The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developmental Review*, 15, 311-337.
- Weinstein, D., Staffelbach, D. y Biaggio, M. (2000). Attention-deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder: Differential diagnosis in childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 20(3), 359-378.
- Widom, C. S. (1989). Does violence beget violence?. A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 106(1), 3-28.
- Wolfe, V. V. y Birt, J. (1997). Child sexual abuse. En, E. J. Mash y L. G. Terdal (Eds.). *Assessment of childhood disorders* (pp. 569-623). Nueva York: The Guilford Press.