

**ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA:  
CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN LA EDAD ADULTA**





UNIVERSIDAD DE DEUSTO

TESIS DOCTORAL

Psicología Clínica y de la Salud

**ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA: CONSECUENCIAS  
PSICOLOGICAS EN LA EDAD ADULTA**

Doctoranda: Nagore Ozerinjauregi Beldarrain

Directora: Dra. Ana Isabel Estévez Gutiérrez

Bilbao, Julio 2015



*Amari,  
familiarian sostengu ixinde danok zor dotsugulako.*

*Laiari,  
gure poza ixiteagaitik*

*Eta  
munduko haur guztieri*

OINETAN LOKARRI (Eta bihotzean korapilo)

*Oinetakoak lotu eta askatu  
aritu da haur bakartia  
arratsalde osoan, isilik.*

*Zaintzen duen neskak  
irribarre egin dio, harriturik.  
Atea jo dute; nor ote?*

*Haurrak bere lanari utzi dio. Atean amaren aurpegia agertu da.*

*Haurrak lanari ekin dio berriro;  
Oraingoan, bihotzeko  
korapiloa askatu du.*

Juan Kruz Igerabide, 1997



## AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento a todas las personas que conforman la Asociación para el Tratamiento del Abuso y Maltrato en la Infancia, GARAITZA y a la Asociación para la Sanación y Prevención de Abusos Sexuales en la Infancia, ASPASI, que con su participación han hecho posible este estudio.

A mi directora de tesis, la Doctora Ana Estévez, por su dedicación, entusiasmo, positivismo y soporte, fundamentales para que este proyecto llegara a buen término. Este trabajo le pertenece a ella tanto como a mí.

A Carmen Escudero, que con su colaboración a nivel profesional como personal ha proporcionado su apoyo al proyecto en todo momento.

A mi familia y a todas y cada una de mis amistades, por confiar en mí, por comprenderme y acompañarme durante este largo proceso de una forma u otra pero siempre de manera incondicional. Nire bizitzako parte inportantea zarie.

Ta bereziki, zuri Ibon, lan neketsu hau nigez konpartitan jakin dozulako.

A tod@s ell@s, mi más profundo agradecimiento.

Mile esker.



## ÍNDICE GENERAL

|                                                                   |           |
|-------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>INTRODUCCIÓN</b>                                               | <b>17</b> |
| <b>CAPÍTULO I. EL MALTRATO INFANTIL</b>                           | <b>21</b> |
| <b>1.1 El maltrato infantil a lo largo de la historia</b>         | <b>22</b> |
| <b>1.2 Aproximación conceptual al maltrato infantil</b>           | <b>25</b> |
| <b>1.3 Tipologías de maltrato infantil</b>                        | <b>33</b> |
| <b>1.3.1 Maltrato o abuso físico</b>                              | <b>38</b> |
| <b>1.3.2 Abandono o negligencia física</b>                        | <b>39</b> |
| <b>1.3.3 Maltrato o abuso emocional</b>                           | <b>41</b> |
| <b>1.3.4 Abandono o negligencia emocional</b>                     | <b>41</b> |
| <b>1.3.5 Abuso sexual</b>                                         | <b>42</b> |
| <b>CAPÍTULO II. EL ABUSO SEXUAL INFANTIL</b>                      | <b>43</b> |
| <b>2.1 Definición y clasificación del abuso sexual infantil</b>   | <b>45</b> |
| <b>2.2 Etiología del abuso sexual infantil</b>                    | <b>56</b> |
| <b>2.3 Modelos teóricos del abuso sexual infantil</b>             | <b>60</b> |
| <b>2.3.1 Modelos explicativos del abuso o maltrato infantil</b>   | <b>62</b> |
| 2.3.1.1 Modelos de primera generación o unicausales               | 63        |
| 2.3.1.1.1 El modelo psicológico-psiquiátrico                      | 64        |
| 2.3.1.1.2 El modelo sociológico o sociocultural                   | 65        |
| 2.3.1.1.3 El modelo centrado en la vulnerabilidad del niño o niña | 66        |
| 2.3.1.2 Modelos de segunda generación o de la interacción social  | 67        |
| 2.3.1.2.1 El Modelo ecológico-sistémico                           | 68        |
| 2.3.1.2.2 El modelo transaccional                                 | 69        |

|              |                                                              |            |
|--------------|--------------------------------------------------------------|------------|
| 2.3.1.3      | Modelos de tercera generación                                | 70         |
| 2.3.1.3.1    | <i>La teoría de procesamiento de la información social</i>   | 70         |
| 2.3.1.3.2    | <i>La teoría del estrés y del afrontamiento</i>              | 72         |
| <b>2.3.2</b> | <b><i>Modelos explicativos del abuso sexual infantil</i></b> | <b>72</b>  |
| 2.3.2.1      | El modelo ecológico                                          | 73         |
| 2.3.2.2      | El modelo de precondition del abuso sexual de Finkelhor      | 77         |
| 2.3.2.3      | El modelo multifactorial de Coulborn                         | 78         |
| 2.3.2.4      | El modelo integrado del abuso sexual de Marshall y Barbaree  | 80         |
| 2.3.2.5      | El modelo cuatripartito de Hall y Hirschman                  | 82         |
| 2.3.2.6      | El modelo comprensivo de abuso sexual de Ward y Sietgert     | 83         |
| <b>2.4</b>   | <b>Factores de riesgo asociados al abuso sexual infantil</b> | <b>85</b>  |
| <b>2.4.1</b> | <b><i>Características individuales</i></b>                   | <b>86</b>  |
| 2.4.1.1      | Sexo de la víctima                                           | 87         |
| 2.4.1.2      | Edad de la víctima                                           | 88         |
| 2.4.1.3      | Discapacidad física o psíquica                               | 89         |
| 2.4.1.4      | Victimización previa                                         | 90         |
| 2.4.1.5      | Otras características asociadas                              | 92         |
| <b>2.4.2</b> | <b><i>Características familiares</i></b>                     | <b>92</b>  |
| <b>2.5</b>   | <b>Incidencia y prevalencia del abuso sexual infantil</b>    | <b>103</b> |
| <b>2.6</b>   | <b>Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil</b>  | <b>110</b> |
| <b>2.6.1</b> | <b><i>Consecuencias psicológicas iniciales</i></b>           | <b>111</b> |
| <b>2.6.2</b> | <b><i>Consecuencias psicológicas a largo plazo</i></b>       | <b>118</b> |
| 2.6.2.1      | Factores cognitivos asociados al abuso sexual infantil.      | 119        |
| 2.6.2.2      | Sintomatología ansiosa y depresiva e intentos suicidas.      | 125        |
| 2.6.2.2.1    | <i>Ansiedad</i>                                              | 126        |

|                                         |                                                                                                         |     |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 2.6.2.2.2                               | <i>Culpa y vergüenza</i>                                                                                | 128 |
| 2.6.2.2.3                               | <i>Depresión</i>                                                                                        | 130 |
| 2.6.2.2.4                               | <i>Intentos suicidas</i>                                                                                | 132 |
| 2.6.2.3                                 | Impulsividad, ira, agresión desplazada, conductas adictivas y otros trastornos del control de impulsos. | 135 |
| 2.6.2.3.1                               | <i>Impulsividad</i>                                                                                     | 137 |
| 2.6.2.3.2                               | <i>Ira</i>                                                                                              | 138 |
| 2.6.2.3.3                               | <i>Agresividad y agresión desplazada</i>                                                                | 140 |
| 2.6.2.3.4                               | <i>Adicción o abuso de sustancias</i>                                                                   | 142 |
| 2.6.2.3.5                               | <i>Juego patológico</i>                                                                                 | 146 |
| 2.6.2.3.6                               | <i>Uso abusivo de Internet</i>                                                                          | 149 |
| 2.6.2.3.7                               | <i>Hipersexualidad o sexo compulsivo</i>                                                                | 152 |
| 2.6.2.3.8                               | <i>Trastornos de la conducta alimentaria</i>                                                            | 157 |
| <b>PARTE II: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA</b> |                                                                                                         | 163 |
| <b>CAPÍTULO III. MÉTODO</b>             |                                                                                                         | 165 |
| 3.1                                     | <b>Objetivos e hipótesis del estudio</b>                                                                | 165 |
| 3.1.1                                   | <i>Objetivo general.</i>                                                                                | 165 |
| 3.1.2                                   | <i>Objetivos específicos e hipótesis del estudio.</i>                                                   | 165 |
| 3.2                                     | <b>Descripción de la muestra</b>                                                                        | 169 |
| 3.3                                     | <b>Instrumentos de medida</b>                                                                           | 172 |
| 3.3.1                                   | <i>Evaluación de los acontecimientos traumáticos en la infancia.</i>                                    | 172 |
| 3.3.2                                   | <i>Esquemas maladaptativos tempranos.</i>                                                               | 174 |
| 3.3.3                                   | <b>Estilos parentales. Young Parental Inventory (Young, 1994)</b>                                       | 175 |
| 3.3.4                                   | <i>Ansiedad y Ansiedad Fóbica</i>                                                                       | 176 |

|                                |                                                                                                                                                                                                                |            |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 3.3.5                          | <i>Depresión.</i>                                                                                                                                                                                              | 177        |
| 3.3.6                          | <i>La desesperanza.</i>                                                                                                                                                                                        | 178        |
| 3.3.7                          | <i>Impulsividad.</i>                                                                                                                                                                                           | 178        |
| 3.3.8                          | <i>Agresión Desplazada.</i>                                                                                                                                                                                    | 179        |
| 3.4                            | <b>Procedimiento</b>                                                                                                                                                                                           | 180        |
| <b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS</b> |                                                                                                                                                                                                                | <b>183</b> |
| 4.1                            | <b>Características del abuso sexual infantil: género y relación entre la víctima y la persona que perpetra el abuso sexual infantil, el contexto de ocurrencia y la duración del abuso en población adulta</b> | <b>183</b> |
| 4.1.1                          | <i>Relación entre el género y la victimización de abuso sexual infantil.</i>                                                                                                                                   | 183        |
| 4.1.2                          | <i>Relación entre el género de la persona que comete el abuso sexual y la víctima.</i>                                                                                                                         | 184        |
| 4.1.3                          | <i>Relación entre el género de la víctima de abuso sexual infantil y el grado de familiaridad con la persona que perpetra el abuso.</i>                                                                        | 185        |
| 4.1.4                          | <i>Relación entre el grado de familiaridad de la persona que perpetra el abuso sexual infantil y la duración del abuso.</i>                                                                                    | 187        |
| 4.1.5                          | <i>Relación entre el género de la persona que perpetra el abuso sexual infantil y el contexto en el que acontece el abuso.</i>                                                                                 | 188        |
| 4.1.6                          | <i>Frecuencia y porcentajes entre el número de perpetradores de abuso sexual infantil.</i>                                                                                                                     | 189        |
| 4.2                            | <b>Consecuencias psicológicas y factores cognitivos asociados al maltrato infantil</b>                                                                                                                         | <b>189</b> |
| 4.2.1                          | <i>Abuso físico y emocional y negligencia física y emocional en las víctimas de abuso sexual infantil.</i>                                                                                                     | 189        |

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.2.2   | <i>Correlación del abuso sexual infantil con el abuso físico y emocional y la negligencia física y emocional.</i>                                                                                                                                                                               | 191 |
| 4.2.3   | <i>La sintomatología psicológica disfuncional y los esquemas maladaptativos tempranos en función del tipo de victimización de abuso o negligencia sufrida en la infancia.</i>                                                                                                                   | 192 |
| 4.3     | <b>Consecuencias psicológicas, factores cognitivos y estilos parentales asociados al abuso sexual infantil.</b>                                                                                                                                                                                 | 201 |
| 4.3.1   | <i>Ansiedad, depresión, esquemas maladaptativos tempranos y estilos parentales en las personas que han sufrido y no han sufrido abuso sexual infantil.</i>                                                                                                                                      | 202 |
| 4.3.2   | <i>La sintomatología psicológica disfuncional de ansiedad, ansiedad fóbica y depresión.</i>                                                                                                                                                                                                     | 204 |
| 4.3.3   | <i>La impulsividad y las conductas impulsivas: abuso/dependencia de alcohol, juego patológico, adicción o abuso de sustancias, trastornos de la alimentación, uso abusivo de Internet y videojuegos, gasto compulsivo e hipersexualidad.</i>                                                    | 205 |
| 4.3.4   | <i>El riesgo de suicidio y la agresión desplazada</i>                                                                                                                                                                                                                                           | 206 |
| 4.3.5   | <i>Los esquemas maladaptativos tempranos</i>                                                                                                                                                                                                                                                    | 206 |
| 4.3.6   | <i>Los estilos parentales</i>                                                                                                                                                                                                                                                                   | 208 |
| 4.4     | <b>Consecuencias psicológicas, factores cognitivos y estilos parentales asociados al maltrato infantil a través de diferentes métodos de recogida de información.</b>                                                                                                                           | 209 |
| 4.4.1   | <i>Diferencias en los tipos de abuso infantil recibido y la sintomatología psicológica disfuncional de ansiedad, ansiedad fóbica, depresión, impulsividad, conductas impulsivas, riesgo de suicidio, la agresión desplazada, los esquemas maladaptativos tempranos y los estilos parentales</i> | 209 |
| 4.4.1.1 | <i>Sintomatología ansiosa, depresiva e impulsividad</i>                                                                                                                                                                                                                                         | 210 |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                        |            |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 4.4.1.2    | Tipos de abuso y negligencia infantil recibida                                                                                                                                                                                                                         | 211        |
| 4.4.1.3    | Riesgo de suicidio y agresión desplazada                                                                                                                                                                                                                               | 212        |
| 4.4.1.4    | Esquemas maladaptativos tempranos.                                                                                                                                                                                                                                     | 213        |
| 4.4.1.5    | Estilos Parentales del Padre                                                                                                                                                                                                                                           | 215        |
| 4.4.1.6    | Estilos Parentales de la Madre                                                                                                                                                                                                                                         | 216        |
| <b>4.5</b> | <b>Relación entre las consecuencias psicológicas y los factores cognitivos asociados al maltrato infantil</b>                                                                                                                                                          | <b>218</b> |
| 4.5.1      | <i>Relación entre los diferentes tipos de abuso infantil recibido y la sintomatología psicológica disfuncional de ansiedad, ansiedad fóbica, depresión, impulsividad, conductas impulsivas, riesgo de suicidio y la agresión desplazada presente en la edad adulta</i> | 218        |
| 4.5.2      | <i>Relación entre los diferentes tipos de abuso infantil recibido y los esquemas maladaptativos tempranos presentes en la edad adulta.</i>                                                                                                                             | 220        |
| 4.5.3      | <i>Relación entre los diferentes tipos de abuso infantil recibido, los esquemas maladaptativos tempranos y la agresión desplazada presente en la edad adulta.</i>                                                                                                      | 221        |
| 4.5.4      | <i>Relación entre los esquemas maladaptativos y la sintomatología psicológica disfuncional de ansiedad, ansiedad fóbica, depresión, impulsividad, conductas impulsivas, riesgo de suicidio y agresión desplazada presente en la edad adulta</i>                        | 222        |
| 4.5.5      | <i>Diferencias de género entre el abuso sexual, abuso físico y abuso emocional infantil, la agresión desplazada y los esquemas maladaptativos tempranos presentes en la edad adulta.</i>                                                                               | 224        |
| 4.5.6      | <i>Relación entre los esquemas maladaptativos tempranos y los estilos parentales en las víctimas de abuso sexual infantil.</i>                                                                                                                                         | 225        |

**4.6 El papel mediador de los factores cognitivos en las consecuencias psicológicas del maltrato infantil.** 227

*4.6.1 Evaluación de los esquemas maladaptativos tempranos como posibles mediadores de la relación entre sufrir abuso sexual, abuso físico y abuso emocional infantil y la sintomatología psicológica disfuncional.* 227

*4.6.2 Los esquemas maladaptativos tempranos por dominios como posibles mediadores de la relación entre sufrir abuso sexual, abuso físico y abuso emocional infantil y la sintomatología psicológica disfuncional.* 229

*4.6.3 El efecto mediador entre los dominios de Desconexión y Rechazo y Autonomía Deteriorada de las estructuras cognitivas maladaptativas, entre el abuso sexual y la agresión desplazada independientemente del género y del abuso físico y emocional.* 234

**4.7 El papel mediador de los estilos parentales en la relación entre el abuso emocional infantil y factores cognitivos en las víctimas de abuso sexual infantil** 236

*4.7.1 Evaluación de los estilos parentales de la figura materna y paterna como posibles mediadores de la relación entre sufrir abuso emocional infantil y desarrollar esquemas maladaptativos tempranos en las víctimas de abuso sexual infantil.* 236

*4.7.2 Evaluación de los estilos parentales de la figura materna y paterna como posibles mediadores de la relación entre sufrir negligencia emocional en la infancia y desarrollar esquemas maladaptativos tempranos en las víctimas de abuso sexual infantil.* 240

|                                                                                                                                                                                                               |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>CAPÍTULO V. DISCUSIÓN GENERAL</b>                                                                                                                                                                          | <b>243</b> |
| 5.1 Las características sociodemográficas de las víctimas adultas del abuso sexual en la infancia y de perpetradores de la violencia.                                                                         | 244        |
| 5.2 Concurrencia de diferentes tipologías de abuso y negligencia infantil y la sintomatología disfuncional y los esquemas maladaptativos tempranos asociados a las tipologías de abuso y negligencia infantil | 249        |
| 5.3 Sintomatología psicológica disfuncional en función de haber recibido o no abuso sexual en la infancia.                                                                                                    | 250        |
| 5.4 Sintomatología psicológica disfuncional en el abuso y negligencia infantil en función del modo de recogida de información.                                                                                | 253        |
| 5.5 Relación de las diferentes tipologías de abuso y negligencia infantil con la sintomatología psicológica disfuncional, los estilos parentales y los esquemas maladaptativos tempranos.                     | 255        |
| 5.6 El papel de los esquemas maladaptativos tempranos en la aparición de la sintomatología disfuncional en las distintas formas de abuso infantil.                                                            | 261        |
| 5.7 El papel de los estilos parentales en la aparición de los esquemas maladaptativos tempranos en las distintas formas de abuso infantil.                                                                    | 264        |
| <b>CAPÍTULO VI. LIMITACIONES DEL ESTUDIO</b>                                                                                                                                                                  | <b>267</b> |
| <b>CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES</b>                                                                                                                                                                             | <b>269</b> |
| 7.1 Características del abuso sexual infantil                                                                                                                                                                 | 269        |
| 7.2 Concurrencia del maltrato infantil y la sintomatología psicológica disfuncional y los esquemas maladaptativos tempranos.                                                                                  | 270        |

|                                                                                                                                                                                                                            |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>7.3 Abuso sexual infantil y la sintomatología psicológica disfuncional, esquemas maladaptativos tempranos y estilos parentales.</b>                                                                                     | <b>270</b> |
| <b>7.4 Diferencias en función del método de recogida de la información.</b>                                                                                                                                                | <b>271</b> |
| <b>7.5 Relación entre el maltrato infantil recibido y la sintomatología psicológica disfuncional y los factores cognitivos asociados.</b>                                                                                  | <b>271</b> |
| <b>7.6 El papel mediador de los esquemas maladaptativos tempranos en la sintomatología disfuncional del maltrato</b>                                                                                                       | <b>272</b> |
| <b>7.7 El papel de los estilos parentales como posibles mediadores de la relación entre sufrir abuso emocional infantil y el desarrollo de esquemas maladaptativos tempranos en las víctimas de abuso sexual infantil.</b> | <b>272</b> |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>                                                                                                                                                                                          | <b>273</b> |
| <b>ANEXOS</b>                                                                                                                                                                                                              | <b>379</b> |
| <b>Anexo A. Información del estudio para los centros y las personas participantes en el estudio.</b>                                                                                                                       | <b>379</b> |
| <b>Anexo B. Permiso ético de la Universidad de Deusto.</b>                                                                                                                                                                 | <b>382</b> |
| <b>Anexo C. Cuestionario sobre el abuso sexual en la infancia</b>                                                                                                                                                          | <b>383</b> |

## ÍNDICE DE TABLAS

|                                                                                                                                                                               |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabla 1. <i>Prevalencia del abuso sexual infantil: estudio de revisión de Finlkehor (1994) adaptado de Pereda (2006, p. 38).</i> .....                                        | 50  |
| Tabla 2. <i>Frecuencia y porcentajes no excluyentes del modus operandi de la persona agresora (Cortés, Cantón y Cantón-Cortés, 2011, p. 162).</i> .....                       | 55  |
| Tabla 3. <i>Modelo integral del maltrato infantil: Morales, Zunzunegui y Martínez (1997) Adaptado por Soriano (2009, p. 129).</i> .....                                       | 58  |
| Tabla 4. <i>Esquemas que constituyen el YPI (Young et al., 2003).</i> .....                                                                                                   | 97  |
| Tabla 5. <i>Valoración de los indicadores del abuso sexual infantil adaptada (Gil et al., 2006, pag. 61).</i> .....                                                           | 112 |
| Tabla 6. <i>Consecuencias psicológicas iniciales de abuso sexual en la infancia: problemas emocionales (Pereda, 2009, p.137).</i> .....                                       | 114 |
| Tabla 7. <i>Consecuencias psicológicas iniciales de abuso sexual en la infancia: problemas cognitivo (Pereda, 2009, p.137).</i> .....                                         | 115 |
| Tabla 8. <i>Consecuencias psicológicas iniciales de abuso sexual en la infancia: problemas de relación (Pereda, 2009, p.137).</i> .....                                       | 115 |
| Tabla 9. <i>Consecuencias psicológicas iniciales de abuso sexual en la infancia: problemas funcionales (Pereda, 2009, p.137).</i> .....                                       | 116 |
| Tabla 10. <i>Consecuencias psicológicas iniciales de abuso sexual en la infancia: problemas de conducta (Pereda, 2009, p.138).</i> .....                                      | 116 |
| Tabla 11. <i>Etapas del ciclo vital (M. M. Aguilar, 2009, p. 230).</i> .....                                                                                                  | 117 |
| Tabla 12. <i>Descripción de los esquemas maladaptativos tempranos de Young por dominios.</i> .....                                                                            | 121 |
| Tabla 13. <i>Relación entre el género y la victimización de ASI.</i> .....                                                                                                    | 184 |
| Tabla 14. <i>Relación entre el género de la persona que comete el abuso y el género de la víctima.</i> .....                                                                  | 184 |
| Tabla 15. <i>Relación entre el género de la víctima de abuso sexual infantil y el grado de familiaridad con la persona que perpetra el abuso.</i> .....                       | 185 |
| Tabla 16. <i>Relación entre el sexo de la persona perpetradora del abuso sexual infantil y su grado de familiaridad con la víctima.</i> .....                                 | 186 |
| Tabla 17. <i>Relación entre el grado de familiaridad entre la víctima de abuso sexual infantil y la persona perpetradora del abuso, y la duración del abuso sexual.</i> ..... | 187 |
| Tabla 18. <i>Relación entre el género de la persona que perpetra el abuso sexual infantil y el contexto en el que acontece el abuso.</i> .....                                | 188 |

|                                                                                                                                                                                          |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabla 19. <i>Frecuencias y porcentajes de abusos sexuales perpetrados.</i> .....                                                                                                         | 189 |
| Tabla 20. <i>Frecuencia del abuso infantil de tipo sexual, emocional y físico.</i> .....                                                                                                 | 190 |
| Tabla 21. <i>Correlaciones entre el abuso sexual en la infancia (ASI) y otras formas de abuso y negligencia infantil.</i> .....                                                          | 191 |
| Tabla 22. <i>Regresión logística binaria. Variables dependiente: abuso sexual infantil (grupo 0) / no abuso sexual (grupo 1).</i> .....                                                  | 192 |
| Tabla 23. <i>Diferencias univariadas en las formas de abuso y negligencia valoradas en cada uno de los clústers.</i> .....                                                               | 195 |
| Tabla 24. <i>Correlaciones bivariadas entre las distintas formas de abuso y negligencia infantil y la sintomatología disfuncional valorada.</i> .....                                    | 198 |
| Tabla 25. <i>Correlaciones bivariadas entre los distintos tipos de abuso y negligencia infantil recibida y los esquemas maladaptativos tempranos.</i> .....                              | 199 |
| Tabla 26. <i>Coeficientes de correlación entre los esquemas maladaptativos tempranos y la sintomatología disfuncional valorada.</i> .....                                                | 200 |
| Tabla 27. <i>Diferencia de medias en sintomatología ansiosa, depresiva, esquemas maladaptativos tempranos y estilos parentales entre la muestra de abuso sexual infantil y no.</i> ..... | 202 |
| Tabla 28. <i>Diferencias univariadas en ansiedad, ansiedad Fóbica y depresión.</i> .....                                                                                                 | 204 |
| Tabla 29. <i>Diferencias univariadas en Impulsividad.</i> .....                                                                                                                          | 205 |
| Tabla 30. <i>Diferencias univariadas en riesgo de suicidio y agresión desplazada.</i> .....                                                                                              | 206 |
| Tabla 31. <i>Diferencias univariadas en esquemas maladaptativos tempranos.</i> .....                                                                                                     | 207 |
| Tabla 32. <i>Diferencias univariadas en ansiedad, ansiedad fóbica, depresión, impulsividad y conductas impulsivas.</i> .....                                                             | 211 |
| Tabla 33. <i>Diferencias univariadas en tipos de abuso recibido.</i> .....                                                                                                               | 212 |
| Tabla 34. <i>Diferencias univariadas en riesgo de suicidio y agresión desplazada.</i> .....                                                                                              | 213 |
| Tabla 35. <i>Diferencias univariadas en esquemas maladaptativos tempranos.</i> .....                                                                                                     | 214 |
| Tabla 36. <i>Diferencias univariadas en estilos parentales del padre.</i> .....                                                                                                          | 215 |
| Tabla 37. <i>Diferencias univariadas en estilos parentales de la madre.</i> .....                                                                                                        | 217 |
| Tabla 38. <i>Coeficientes de correlación (Pearson's <math>r</math>) entre los diferentes tipo de abuso y negligencia infantil y la sintomatología disfuncional.</i> .....                | 219 |
| Tabla 39. <i>Coeficientes de correlación (Pearson's <math>r</math>) entre los diferentes tipo de abuso y negligencia infantil y los esquemas maladaptativos tempranos.</i> .....         | 220 |

|                                                                                                                                                                   |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabla 40. <i>Coeficientes de correlación (Pearson's <math>r</math>) entre las tipologías de abuso y infantil y los esquemas maladaptativos por dominios .....</i> | 221 |
| Tabla 41. <i>Coeficientes de correlación (Pearson's <math>r</math>) entre los esquemas maladaptativos tempranos y la sintomatología disfuncional.....</i>         | 223 |
| Tabla 42. <i>Diferencias de género en abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, agresión desplazada y esquemas maladaptativos tempranos. ....</i>              | 224 |
| Tabla 43. <i>Correlación bivariada entre los estilos parentales y los esquemas maladaptativos tempranos.....</i>                                                  | 226 |
| Tabla 44. <i>Mediación de los estilos parentales. ....</i>                                                                                                        | 238 |
| Tabla 45. <i>Intervalos de confianza (IC) del efecto directo e indirecto de las mediaciones .....</i>                                                             | 239 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|                                                                                                                                                                                                               |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figura 1. <i>Clasificación de The World Health Organization (OPS, 2002, p.6)</i> .....                                                                                                                        | 29  |
| Figura 2. <i>Relación entre Necesidades y Maltrato infantil (Fuente: López, Torres, Fuertes, Sánchez y Merino, (1995, p. 43).</i> .....                                                                       | 35  |
| Figura 3. <i>Tipología del Maltrato Infantil (Observatorio de la Infancia, 2006, p. 15)</i> .....                                                                                                             | 37  |
| Figura 4. <i>Diferentes tipos de abusos sexuales en niños y niñas, según la relación entre la persona abusadora-víctima (Barudy, 1998, p. 188).</i> .....                                                     | 52  |
| Figura 5. <i>Modelos teóricos de la etiología del maltrato infantil. (Torío y Peña, 2006, p. 529).</i> .....                                                                                                  | 63  |
| Figura 6. <i>Modelo ecológico del abuso sexual (Bolen, 2001, p. 140).</i> .....                                                                                                                               | 76  |
| Figura 7. <i>Factores asociados al abuso sexual infantil (Coulborn, 1988, p. 89).</i> .....                                                                                                                   | 79  |
| Figura 8. <i>Modelo de rutas del abuso sexual infantil (Ward y Siegert, 2002, p. 334).</i> .....                                                                                                              | 84  |
| Figura 9. <i>Modelo Moderador (Fuente: Pereda, 2006, p.150).</i> .....                                                                                                                                        | 86  |
| Figura 10. <i>Modelo Mediador (Fuente: Pereda, 2006, p.151).</i> .....                                                                                                                                        | 86  |
| Figura. 11. <i>Gráfico de caja representando la distribución de puntuaciones atípicas en el grupo normativo en la variable abuso sexual recibido.</i> .....                                                   | 171 |
| Figura 12. <i>Frecuencia gráfica de la concurrencia del abuso infantil de tipo sexual, emocional y físico.</i> .....                                                                                          | 190 |
| Figura 13. <i>Media de las puntuaciones Z de cada grupo en cada una de las variables de abuso y negligencia.</i> .....                                                                                        | 196 |
| Figura 14. <i>Relaciones mediadas por los esquemas maladaptativos tempranos entre los distintos tipos de abuso y la sintomatología, las conductas impulsivas, el suicidio y la agresión desplazada.</i> ..... | 228 |
| Figura 15. <i>Efecto mediador de la dimensión Desconexión/Rechazo entre el abuso sexual y el consumo de alcohol. Las flechas discontinuas indican relaciones de covariantes.</i> .....                        | 230 |
| Figura 16. <i>Efecto mediador de la dimensión Autonomía entre el abuso sexual y el consumo de alcohol. Las flechas discontinuas indican relaciones de covariantes.</i> .....                                  | 231 |
| Figura 17. <i>Efecto mediador de la dimensión Desconexión/Rechazo entre el abuso sexual y el consumo impulsivo de alimentos. Las flechas discontinuas indican relaciones de covariantes.</i> .....            | 231 |
| Figura 18. <i>Efecto mediador de la dimensión Autonomía entre el abuso sexual y el consumo impulsivo de alimentos. Las flechas discontinuas indican relaciones de covariantes.</i> .....                      | 232 |

|                                                                                                                                                                                          |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figura 19. <i>Efecto mediador de la dimensión Desconexión y Rechazo entre el abuso sexual y la impulsividad total. Las flechas discontinuas indican relaciones de covariantes.</i> ..... | 233 |
| Figura 20. <i>Efecto mediador de la dimensión Autonomía entre el abuso sexual y la impulsividad total. Las flechas discontinuas indican relaciones de covariantes.</i> .....             | 233 |
| Figura 21. <i>Modelo mediacional que representa la relación indirecta entre el abuso sexual y la agresión desplazada.</i> .....                                                          | 235 |
| Figura 22. <i>Efecto total del abuso emocional en los esquemas maladaptativos tempranos.</i> .....                                                                                       | 237 |
| Figura 23. <i>Efecto directo del abuso emocional en los esquemas maladaptativos tempranos.</i> .....                                                                                     | 240 |
| Figura 24. <i>Efecto total de la negligencia emocional en los esquemas maladaptativos tempranos.</i> .....                                                                               | 241 |
| Figura 25. <i>Efecto directo de la negligencia emocional en los esquemas maladaptativos tempranos</i> .....                                                                              | 242 |

## INTRODUCCIÓN

Los estudios internacionales recientes establecen tasas de abuso sexual infantil entre un 7% y 19% en el de caso de los niños y niñas respectivamente (Pereda, Guilera, Forns y Gómez-Benito, 2009; Stoltenborgh, van IJzendoorn, Euser y Bakermans-Kranenburg, 2011). Prevalencia que en España se ha situado entorno al 5% en la población general (Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia, 2011).

Como puede verse, se trata de una problemática de gran incidencia con consecuencias graves para las personas que lo sufren. El abuso sexual infantil se ha vinculado a diversa psicopatología así como a sintomatología clínica y malestar psicológico general. En el estudio de las consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil, se ha asociado especialmente a la depresión (Spatz-Widom, DuMont y Czaja, 2007; Wells, Vanderlind, Selby y Beevers, 2014), ansiedad (Berthelot, Godbout, Hébert, Goulet y Bergeron, 2014; Lindert et al., 2014), tendencia suicida (Jakubczyk et al., 2014), factores cognitivos asociados (Dyer, Borgmann, Kleindienst et al., 2013; Witthöfta, Borgmannb, Whiteb y Dyerb, 2015), impulsividad o conductas compulsivas (Sprague y Verona, 2010; Vaillancourt-Morel et al., 2014), ira (Brassard, Darveau, Péloquin, Lussier y Shaver, 2014), agresividad (Feiring, Simón, Cleland, y Barrett, 2013; Harford, Yi y Grant, 2014; Kim, Talbot y Cicchetti, 2009), adicción o abuso de sustancias (Peltan y Cellucci, 2011; Retz-Junginger, Retz, Koch y Rösler, 2014; Spatz-Widom, Marmorstein y Raskin, 2006), juego patológico (Hayatbakhsh, Clavarino, Williams, Bor y Najman, 2013; Hodgins et al., 2010), trastornos de conducta alimentaria (Dworkin, Javdani, Verona y Campbell, 2014; Moulton, Newman, Power, Swanson y Day, 2015).

La evidencia empírica aporta información relevante para profundizar en el estudio de la relación entre el abuso sexual infantil y la sintomatología psicológica disfuncional. La presencia de severas consecuencias psicológicas en muchas de las víctimas de abuso sexual infantil justifica la necesidad de ahondar en un mayor conocimiento de la posible sintomatología disfuncional derivada del abuso. Más aún si consideramos que los resultados del análisis de la relación entre el abuso sexual infantil y la sintomatología disfuncional son complejos y difícilmente se pueden establecer relaciones causales.

En la literatura se señala que las características del abuso sexual juegan un papel importante en la posible aparición y gravedad de las consecuencias del abuso sexual en la infancia. Este estudio pretende sumarse a esta línea de trabajo realizando una aportación en el conocimiento de las características del abuso sexual y las posibles consecuencias derivadas de este suceso traumático. Con este motivo en el presente estudio se contempla la relación entre la persona que comete en abuso y la víctima, poniendo especial énfasis en el ámbito de ocurrencia extrafamiliar e intrafamiliar del abuso y en el grado de familiaridad en este último caso. Igualmente, se atiende al género de la persona abusadora y de la víctima, así como a la duración del abuso y al número de personas de las que se ha recibido abuso.

La complejidad del estudio de la relación entre el abuso sexual infantil y la sintomatología psicológica disfuncional también viene dada por la concurrencia del abuso sexual infantil con otras formas de maltrato infantil. De tal forma que el estudio de la sintomatología psicológica disfuncional presente en las personas víctimas de abuso sexual infantil aún no ha permitido establecer un síndrome o cuadro clínico concreto asociado al abuso sexual infantil. Sin embargo, tal y como se ha presentado en la revisión teórica realizada existe evidencia empírica sólida sobre dicha relación lo cual refleja la necesidad de ahondar en su estudio para alcanzar una mayor comprensión

En aras de apoyar esta línea de conocimiento el objetivo principal de este estudio es, por lo tanto, estudiar las características del abuso sexual en la infancia y su relación con la sintomatología psicológica disfuncional presente en la edad adulta, analizando para ello la presencia de depresión, ansiedad, impulsividad, abuso de alcohol, adicción a sustancias, trastornos de alimentación y riesgo de suicidio por tratarse de la sintomatología más frecuentemente hallada en la literatura. Además, con idea de contribuir en otras líneas de investigación menos trabajadas como aportación que pretende este estudio, se analiza la relación de otra sintomatología menos estudiada en las víctimas de abuso sexual infantil como es el juego patológico, uso abusivo de Internet y videojuegos, el gasto compulsivo y la hipersexualidad. Otra aportación más novedosa de este estudio es analizar la relación de los estilos parentales y los esquemas maladaptativos tempranos en las víctimas de abuso sexual infantil, profundizando el estudio del posible papel mediador de los esquemas maladaptativos tempranos entre ser víctima de abuso sexual infantil y la sintomatología disfuncional manifiesta; así como el posible papel mediador de los estilos parentales en la

relación entre el abuso sexual infantil y el desarrollo de los esquemas maladaptativos tempranos. Controlando en todo momento, el efecto de otros posibles maltratos infantiles en forma de abuso y negligencia infantil presentes en las víctimas de abuso sexual en la infancia. Lo cual permite a su vez, el estudio de la concurrencia del abuso sexual infantil con otros tipos de maltrato infantil y las diferencias en la sintomatología disfuncional, los esquemas maladaptativos tempranos y los estilos parentales presentes en la edad adulta, en función del tipo de victimización infantil sufrida.

En el presente estudio han participado 399 hombres ( $n= 75$ ) y mujeres ( $n= 324$ ) de entre 18 y 70 años de edad provenientes de asociaciones y centro de tratamiento psicológico a víctimas de abuso o maltrato en la infancia y centros universitarios. Para el desarrollo del estudio la muestra se dividió en dos subgrupos, las personas que reportaron ser víctimas de abuso sexual infantil ( $n= 162$ ) y las personas que afirmaron no haber sufrido victimización sexual durante la infancia ( $n= 237$ ). Los resultados del estudio reflejan la complejidad de la relación entre el abuso sexual infantil y las consecuencias psicológicas disfuncionales presentes en la edad adulta. Se ha hallado una mayor casuística de víctimas mujeres de abusos sexuales en la infancia perpetrados por hombres, principalmente en un contexto intrafamiliar. Con frecuencia las víctimas de abuso sexual infantil son víctimas de otros abusos infantiles y presentan sintomatología psicológica disfuncional asociada a dichos abusos. Las personas víctimas de abuso sexual infantil presentan mayores puntuaciones en ansiedad, ansiedad fóbica, depresión, impulsividad, consumo o uso abusivo de sustancias y las conductas impulsivas de alimentación y sexualidad, ideación suicida y los esquemas maladaptativos tempranos pertenecientes a los dominios de Desconexión y Rechazo, Autonomía Deteriorada y Límites Deteriorados. Ser víctima de abuso sexual infantil tiene un efecto directo sobre la construcción de los esquemas maladaptativos tempranos, los cuales a su vez influyen de forma directa en la sintomatología psicológica disfuncional, como por ejemplo, la agresión desplazada manifestada en la edad adulta.

En el Capítulo I se presenta la evolución histórica del maltrato infantil y se realiza una conceptualización del maltrato infantil, presentando el abuso sexual como una de las tipologías de maltrato infantil.

En el Capítulo II se recoge la definición del abuso sexual infantil que se adopta en el presente trabajo, y se exponen las clasificaciones más comúnmente aceptadas del abuso sexual infantil y su etiología. Se presentan los modelos que han sido propuestos hasta la

actualidad para la explicación del maltrato infantil de forma global, en primer lugar y, posteriormente, los modelos específicos explicativos del abuso sexual infantil considerando los posibles determinantes propios de esta tipología concreta de maltrato infantil. Dada la trascendencia que los factores de riesgo, a continuación de los modelos explicativos se exponen un conjunto de factores asociados a la ocurrencia del abuso sexual infantil agrupados en factores individuales de la víctima, factores familiares y sociales. Seguidamente, se presentan datos relevantes sobre la incidencia y prevalencia del abuso sexual infantil y finalmente se presentan las consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil. Debido a que el presente trabajo se centra en las consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil, tras una descripción de los efectos psicológicos iniciales más característicos del abuso sexual se presenta una revisión bibliográfica más exhausta de las consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil.

Los Capítulos III y IV constituyen la parte empírica de este estudio. El Capítulo III está dedicado al enunciado de los objetivos e hipótesis de trabajo. Se realiza una descripción de la muestra, así como de los instrumentos de medida empleados y del procedimiento del estudio. En el Capítulo IV es donde se presentan los resultados producto del estudio.

Los Capítulos V, VI y VII se destinan a la discusión general de los resultados obtenidos en el presente estudio en torno a la literatura científica correspondiente; se señalan las limitaciones del estudio; y se resumen las principales conclusiones obtenidas, sucesivamente.

Finalmente, se presentan las referencias bibliográficas citadas durante el trabajo y los anexos, donde se presentan las cartas informativas que se enviaron a los centros invitando a la participación en el estudio, el permiso ético concedido por la Universidad de Deusto y el cuestionario utilizado para la recogida de datos.

## CAPÍTULO I. EL MALTRATO INFANTIL

El ser humano necesita establecer y mantener relaciones afectivas a lo largo de toda la vida y la infancia, más que ningún otro momento, es un periodo en el que el contexto social y familiar en íntima relación con el niño o niña, condicionan su desarrollo. Bajo la concepción del desarrollo humano, las necesidades de salud física y autonomía, se consideran el fundamento moral de los derechos humanos universales, con un carácter eminentemente proteccionista en el caso de los derechos infantiles, y especial énfasis en la vinculación afectiva primaria, la interacción con los adultos e iguales y la protección de riesgos psicológicos, además de la educación, el juego, la participación activa y las normas estables (Ochaita, 2012).

Para algunas personas, hablar de la infancia es apelar a un sentimiento de ternura e inocencia del mundo infantil. Sin embargo, frente a esta idealización existe otra realidad ya que el niño o niña como ser social no queda exento a toda una serie de contextos nocivos (Menéndez, 2014). Incluso la familia y el hogar concebidos social y jurídicamente como el contexto natural y esencial, de protección y seguridad para el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, no siempre es de tal condición y, en ocasiones, puede ser un espacio peligroso (Lepisto, Luukkaala y Paavilainen, 2010; UNICEF, 2009). Por ende, y a pesar de la mayor sensibilización e importante labor de protección de múltiples profesionales, la infancia sigue encontrándose en situación de especial riesgo ante la violencia y sus efectos adversos (Pereda, Guilera y Abad, 2014).

La violencia es un fenómeno global de características complejas desde todos los escenarios de las ciencias sociales. Se puede definir y clasificar de formas muy variadas según la disciplina que lo aborde, el ámbito donde ocurra, el motivo y las personas afectadas (Organización Paramericana de la Salud, 1999). Las manifestaciones de violencia al ser de diverso carácter, conllevan a que niños y niñas puedan ser víctimas de diversos castigos físicos, insultos y amenazas, abandono y abuso sexual. En numerosas ocasiones tiene lugar en los espacios que debieran ser de afecto y protección por parte de familiares, cuidadores, vecinos y en la comunidad. Partiendo del criterio de que la infancia implica un espacio delimitado y seguro, separado de la edad adulta, en el cual los niños y las niñas crecen, juegan y desarrollan (UNICEF, 2005).

Las graves consecuencias que genera el maltrato infantil, han estimulado el interés por el estudio de las actitudes y creencias que mayoritariamente comparten los distintos grupos socioculturales sobre las conductas que se consideran o no malos tratos (Raman y Hodge, 2012; Vega y Moro, 2012). Los resultados revelan importantes diferencias entre poblaciones respecto a las definiciones de maltrato, así como sobre las percepciones de las conductas hacia los hijos que son consideradas legítimas (Schmidt y Benbenishty, 2011). Sin embargo, hay una escasez de estudios interculturales actuales se centran en las diferencias étnicas en las perspectivas sobre el maltrato infantil (Elliott y Urquiza, 2006; Fakunmoju et al., 2013; Miller y Cross, 2006). De forma que no es suficiente que un patrón de conducta sea nocivo o perjudicial, sino que debe, además, violar alguna norma de lo que se considera apropiado de acuerdo con los valores de una comunidad. Por eso es importante hacer un recorrido histórico de la comprensión de la infancia y el maltrato.

### **1.1 El maltrato infantil a lo largo de la historia**

Desde el punto de vista histórico, la toma de conciencia de la indefensión de los niños y niñas y la consiguiente preocupación de los adultos por su cuidado y bienestar son hechos bastante recientes (Intebi, 1998). Podemos considerar los periodos que el investigador DeMause (1991) delimita en función de las relaciones paternofiliales y el maltrato infantil de las épocas.

En la Antigüedad el asesinato de los hijos y, especialmente, de las hijas a manos de sus padres se justificaba por razones religiosas o económicas. Los niños y niñas carecían de un lugar definido en el grupo social y llegaban a representar una sobrecarga, un estorbo o una vergüenza antes que seres humanos con necesidades y potencialidades. La aparición del cristianismo supuso un cambio fundamental en la historia de la infancia y en el reconocimiento de sus derechos provocando la disminución del infanticidio. Desde que dar muerte a los niños y niñas se empezó a considerar legalmente como asesinato en el año 374 d. C. las maneras de deshacerse de un niño o una niña pasaron a ser el abandono, la entrega a un ama de cría, la internación en monasterios o conventos, la cesión a otras familias en adopción, el envío a otras casas como criado/a o rehén o el mantenerlos en el hogar en una situación de grave abandono afectivo. DeMause (1991) cita abundantes referencias sobre los malos tratos a que sometían las amas de cría a los niños y niñas que quedaban a su cuidado. Malos tratos tan severos que, generalmente terminaban en su muerte.

En los siglos IV-XIII el infante entra en la vida afectiva de los padres y aparece un número importante de manuales de instrucción infantil en los que se recomiendan castigos corporales frecuentes y preventivos. Durante el siglo XVIII en el modelo relacional con la infancia surge la empatía y se trata de dirigir la voluntad del infante mediante acciones no violentas en su defecto se vuelcan a reprimir las necesidades propias de la infancia como las rabietas y la masturbación. En esta época nace la pediatría que, junto con la mejora general de los cuidados prodigados por los padres, redujo la mortalidad infantil. A finales de este siglo tuvo lugar la primera *Declaración Universal de los Derechos del Hombre y del Ciudadano* (Francia, 1789) la cual trajo consigo una importante repercusión en la consideración del hombre y del niño.

Durante el trascurso del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX se producen profundos debates acerca de los métodos para socializar a los niños y niñas y aparecen diferentes teorías psicológicas que investigan la percepción que el infante tiene del mundo, su pensamiento y comportamiento. En este momento la crianza comienza a entenderse como la posibilidad de formar al niño o la niña, de guiarlo por el buen camino, enseñarle a adaptarse y socializarse. El padre comienza por primera vez a interesarse por su hijo o hija y su educación no sólo de forma ocasional y comienza incluso a ayudar a la madre en su crianza. En la segunda mitad del siglo XIX comienza el desarrollo de leyes de educación como la Ley Moyano de 1857 y la aparición de los primeros hospitales pediátricos. En esta etapa aparecen las primeras descripciones de niños y niñas maltratados que recogen la situación de la infancia y su marginación en esta época.

Por otro lado, aparecen las primeras leyes de protección a la infancia. La Revolución Industrial condicionó las primeras leyes referidas al trabajo de los niños y niñas. Es en 1904 cuando en España aparece la primera Ley de Protección a la Infancia que promulgaba en su artículo 1º la protección a los niños y niñas menores de 10 años.

La repercusión de los efectos sobre la población civil y la infancia de la I Guerra Mundial tuvieron como efecto la aprobación de la *Tabla de los Derechos de los Niños* que numerosos países, entre ellos la Constitución de la II República Española de 1931, recogieron en su legislación como la *Declaración de Ginebra*. Posteriormente, la II Guerra Mundial impulsó nuevamente los derechos de los niños y niñas. Con esta guerra surgieron organismos como UNICEF y se aprobó en 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

En las últimas décadas las sociedades occidentales han experimentado importantes cambios que afectan a la infancia. Casado, Díaz y Martínez (1997) mencionan: El reconocimiento de los Derechos de los Niños; las caídas de las tasas de natalidad; la progresiva participación de las instituciones en el cuidado y educación de los niños y niñas; la incorporación social de la mujer; la redefinición de las relaciones entre padres e hijos e hijas y la influencia de los medios de comunicación y las nuevas tecnologías.

El vínculo paternofilial en esta segunda mitad del siglo XX se concibe con la plena participación de ambos padres en el desarrollo de la vida del niño o de la niña esforzándose por empatizar con éste y satisfacer sus necesidades crecientes que deben ser escuchadas y atendidas. DeMause (1991) añade además que el niño o niña no recibe golpes ni represiones y sí disculpas cuando se le da un grito motivado por la fatiga o el nerviosismo.

Es apreciable una transformación de la sociedad y un avance en los derechos del ser humano y, especialmente, de los niños y niñas, junto con la mejora de asistencia sanitaria, la disminución de la mortalidad infantil, el desarrollo educativo, etc., que hacen que el siglo XX se considere el Siglo de la Infancia. Signo de este avance son: La *Declaración de los Derechos del Niño* aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1959; La *Convención de los Derechos de los Niños de las Naciones Unidas*, aprobada en la Asamblea General celebrada el 20 de Noviembre de 1989, e incluida en nuestro ordenamiento jurídico (*Boletín Oficial del Estado de 31 de diciembre de 1990*); La *Carta Europea de Derechos del Niño* aprobada por el Parlamento Europeo en el año 1992 que además de establecer los derechos de los niños y niñas en los países europeos pide a los estados miembros que nombren un defensor de los derechos del niño, figura que en España en un Adjunto del Defensor del Pueblo (Ley Orgánica 1/1996, de 15 enero, de Protección Jurídica del Menor).

Sin embargo, el hecho de que la relación paternofilial haya evolucionado no significa que los cambios hayan ocurrido en todas las familias y en todas las comunidades, al igual que a lo largo de la historia habrán existido grupos humanos que trataran a sus hijos e hijas de forma diferente a la prototípica para la época. Al igual que hoy día, lamentablemente, aún persisten incluso en las comunidades más desarrolladas, familias para las cuales los hijos e hijas sólo representan una carga de la que se deshacen sin mayores dificultades o los mantienen en el hogar en serias situaciones de abandono o maltrato.

## 1.2 Aproximación conceptual al maltrato infantil

En la década de los noventa la Organización Mundial de la Salud (1996) reconoce en el ámbito de la salud la violencia como un problema de salud pública, debido a que una de sus consecuencias es la lesión física, la cual provoca demanda de atención médica, discapacidad o la muerte, sin embargo, el problema va más allá del ámbito de la salud física, siendo de fundamental importancia los daños psicológicos y el impacto social que ocasionan (Gracia y Herrero, 2006; Vega y Moro, 2013). Incluso cuando la violencia acontece dentro de la familia no sucede aisladamente, es decir, nunca es un acto privado sino que afecta a toda la sociedad (Erickson y Egeland, 2002; Híjar-Medina, Flores-Regata, Valdez-Santiago y Blanco, 2003). *“Es un flagelo arraigado históricamente en la cultura (...) donde se valida el uso de la violencia como medio para resolver conflictos en el seno de la familia, se sobrevalora o subvalora muchas veces a la figura del hombre y se hacen dependientes a la mujer y los hijos e hijas”* (Campo-Redondo, 2002, p. 338) a pesar de que la conceptualización de la violencia varíe en función del contexto sociocultural, el momento histórico y el enfoque que se adopte (Slep, Heyman y Foran, 2015; Toldos, 2002).

Algunas de las definiciones de violencia no se distinguen claramente del concepto de agresión. El término violencia se suele emplear para referirse a conductas agresivas que se encuentran más allá de lo “natural”, en sentido adaptativo, caracterizadas por su ímpetu, intensidad, destrucción, perversión o malignidad, mucho mayores que las observadas en un acto meramente agresivo, así como por su aparente carencia de justificación, su tendencia meramente ofensiva, contra el derecho y la integridad de un ser humano, tanto física como psicológica o moral, su ilegitimidad, ya que suele conllevar la ausencia de aprobación social, e incluso su ilegalidad, al ser a menudo sancionada por las leyes. Los etólogos han detectado agresiones en toda la escala animal, no así la violencia, casi exclusiva del ser humano (Carrasco y González, 2006).

En las definiciones clásicas, la intencionalidad del comportamiento destinado a herir o hacer daño a otro ser humano ha sido un factor necesario a la hora de definir el término (Baron, 1977; Baron y Richardson, 1994; Brain, 1994; Parke y Slaby, 1983). Apuntando que un comportamiento violento debe referir al propósito o intención de la persona agresora. Así mismo, la definición adoptada por The World Health Organization (1996) incluye bajo el concepto de violencia todo aquel uso intencionado de la fuerza o el poder

físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privación. Estas definiciones, sin embargo, excluyen aquellos comportamientos violentos que no están dirigidos a provocar daño, ya que el daño puede ser no intencionado, como por ejemplo la violencia reactiva (reacción o explosión que surge cuando se experimenta un nivel de estrés, de crispación, que supera la capacidad de la persona para afrontarlos de otra manera).

Una conceptualización de violencia más completa es la que Toldos (2002, p.28) presenta en su investigación: *“Cualquier estado, intención o acción destructiva de naturaleza física, verbal o psicológica, dirigida directa o indirectamente contra una persona, varias personas (uno mismo, otra persona, o un grupo o comunidad), o contra seres vivos. Incluye acciones de diversa gravedad como por ejemplo; acosar, pegar, ignorar, insultar, humillar, intimidar, abusar física, sexual o emocionalmente de alguien, actos de vandalismo donde se destruyen cosas significativas para las personas, así como aquellos actos violentos que pueden llevar a perpetuar la violencia, como es el caso del castigo físico. Son acciones de naturaleza destructiva, que pueden ser intencionales o reactivas ante una determinada situación con distintos objetivos como causar a la víctima sufrimiento o hacer daño físico o psicológico deliberadamente; conseguir otros propósitos o un determinado resultado, como una técnica para obtener varias recompensas (Ej. Obtener poder y dominio, placer, causar buena impresión, o mantener la autoestima) y el resultado final es la destrucción o la posibilidad de situar a la víctima en riesgo de sufrir dicho daño.”*

En la definición anteriormente expuesta se pueden identificar las tres modalidades de violencia definidas por the World Health Organization (1996):

1. *Violencia autoinfligida* se refiere a los comportamientos destructivos dirigidos directamente hacia uno mismo, el suicidio representa el peor daño hacia uno mismo.

Otros tipos incluyen, los intentos de cometer suicidio y comportamientos donde el intento es autodestructivo pero no letal (Ej. La automutilación, consumo de sustancias de riesgo, etc.).

2. *Violencia interpersonal*; es el comportamiento violento entre individuos y puede ser mejor clasificado por la relación entre la víctima y la persona agresora. Ejemplos de este tipo de violencia incluyen la violencia doméstica (en el núcleo familiar o familia

extensa, donde la mujer y los niños y niña son las principales víctimas), violencia entre conocidos, y violencia entre personas desconocidas. La violencia interpersonal puede también ser específica de acuerdo con la edad y sexo de la víctima. Los tipos de violencia interpersonal incluyen el bullying, el abuso sexual y la violencia criminal incluyendo el asalto y homicidio.

3. *La violencia colectiva* es la violencia ejercida por una o más personas contra un grupo de personas. Comportamiento violento de grupos sociales y políticos motivados por objetivos políticos, económicos o sociales específicos. El conflicto armado y la guerra pueden considerarse los tipos de violencia más organizados.

La violencia es un fenómeno que puede adoptar diferentes expresiones. En el Artículo 19 de la Convención sobre los Derechos del Niño (1990) la violencia es identificada como: “(...) *toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, (...)*”. En el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de 2002 se define como la causa o probabilidad de causar *lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones*” (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2002). Así mismo como puede observarse en la figura 1 que se presenta a continuación, la clasificación de The World Health Organization (1996) tiene también en cuenta la naturaleza de los actos violentos, que pueden ser físicos, sexuales o psíquicos, o basados en las privaciones o el abandono, así como la importancia del entorno en el que se producen y la relación entre el autor y la víctima.

Siguiendo la clasificación de la violencia de la OMS el presente estudio toma como campo la violencia interpersonal infantil (a menores) entendida como la violencia extrafamiliar o intrafamiliar ejercida sobre un niño o una niña. Adoptando el Artículo 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño (1990), marco legal que recoge los principales derechos de los niños y niñas a lo largo del mundo en vigor desde el 2 de septiembre de 1990 de (...) “*todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad*”. Dada la aceptación de la comprensión de la infancia desde la Convención de Derechos del Niño la infancia hasta los 18 años como edad apropiada para determinar la extensión de la niñez para proporcionar mayor protección a la niñez frente a la violencia y la explotación del menor (Sáez, Castro y Martínez, 2008). Contemplando la naturaleza de la violencia en su conjunto y prestando especial atención en la violencia de carácter sexual. Las graves consecuencias que acarrea el abuso sexual infantil lo convierte en una de las formas más

severas de maltrato infantil (Boxer y Terranova, 2008; Hahm, Lee, Ozonoff, y Van Wert, 2010; Lau et al., 2005), convirtiéndolo además en un problema social de mayor gravedad aún cuando acontece dentro del marco familiar (D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola y van der Kolk, 2012).

No obstante, definir los malos tratos a la infancia no resulta una tarea sencilla. En un fenómeno complejo y heterogéneo, además de un constructo multidimensional (Cicchetti y Barnett, 1991; English, Upadhyaya, Litrownik, Everson y Bangdiwala, 2005; Manly, Cicchetti y Barnett, 1994; Nadan, Spilsbury y Korbin, 2014; Muela, 2008). La diversidad de factores que intervienen en el maltrato conduce a múltiples criterios de conceptualización y numerosas definiciones (Intebi, 1998).

La OMS continúa poniendo en marcha ensayos de campo y examinando la utilidad clínica de los proyectos que trabajan en la definición de la violencia y el maltrato infantil. La inclusión de criterios de maltrato infantil más específicos en los dos sistemas de clasificación más utilizados (CIE-10 y DSM-5) reflejan los avances en la ciencia de la definición de maltrato que ofrecen una oportunidad única a los profesionales de la salud para mejorar su práctica en relación con el maltrato infantil (Slep et al., 2015).

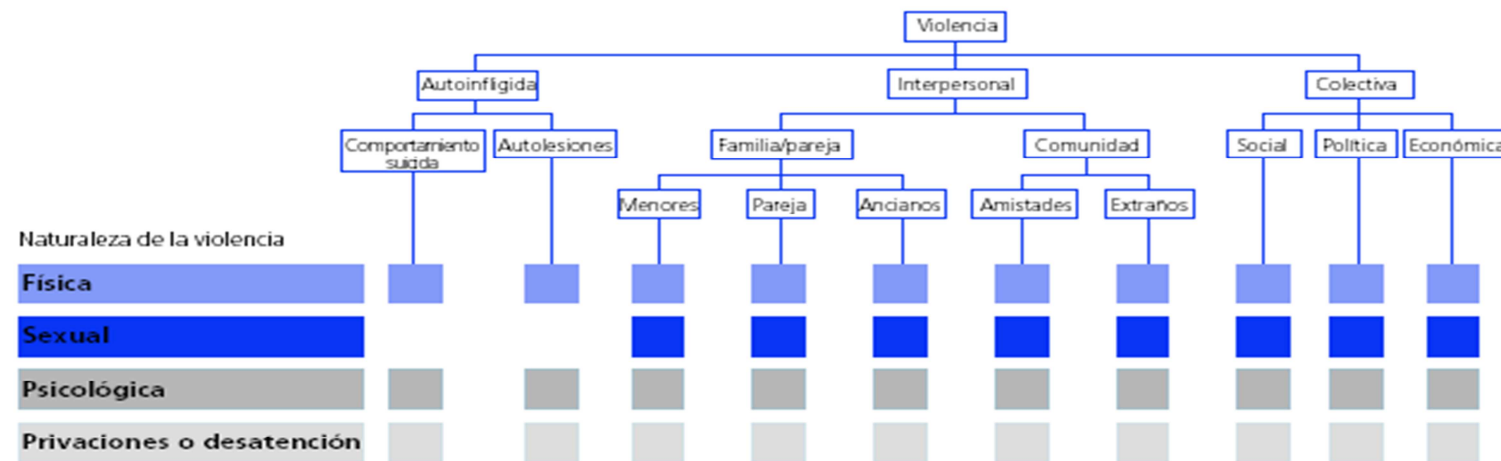
Entre los factores que influyen en la dificultad de definir los malos tratos a la infancia podemos destacar (Palacios, Moreno y Jiménez, 1995; Martínez y De Pául, 1993) los siguientes: El concepto de infancia y sus derechos; el valor que la sociedad da a la infancia; las diferencias en valores culturales y sociales; la diversidad de actuaciones maltratantes; la percepción de la víctima del derecho abusivo; el grado de intencionalidad de la persona agresora; la disciplina y el ámbito profesional que considere la definición; la posterior utilización de la definición para acción legal, social o toma de decisiones; el estado de evaluación y desarrollo del niño o niña y la frecuencia con la que se producen los hechos.

Figura 1. Clasificación de la violencia de The World Health Organization (OPS, 2002, p. 6).

## Clasificación de la violencia OMS

FIGURA 1

### Clasificación de la violencia



La Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato Infantil realizó un estudio comparativo de las definiciones de maltrato infantil en 58 países (Bross, 2000) encontrando las siguientes discrepancias: algunas definiciones se centran en los actos de los adultos independientemente del resultado, mientras que otras consideran maltrato infantil cuando hay daño para el niño o niña. Parte de la bibliografía incide en que el daño sea intencional o no para calificar de maltrato. Todo esto viene complicado por el hecho, como se ha comentado previamente, de que la noción de lo que son comportamientos aceptables o que producen un daño a la infancia, están influidos por el desarrollo cultural y sometidos a una continua revisión, a medida que van evolucionando los valores y las normas sociales.

La aproximación al concepto del maltrato infantil con origen en el maltrato físico y un predominio del marco médico-clínico ha evolucionado con el desarrollo social y el avance en relación a las necesidades y derechos de los niños y niñas. De esta manera se ha avanzado desde una mirada intraindividual y unicausal basada en las características personales de los involucrados (Kempe y Helfer, 1972) a posiciones multicausales que tienen en cuenta aspectos económicos, sociales, culturales y ambientales presentes en las situaciones de maltrato (Arruabarrena y De Paúl, 1994; Garbarino y Kostelny, 1992; Miele, Gaitán, Cepeda, 2012; Solís de Obando, 2003; Soriano, 2008).

Arruabarrena y De Paúl (2001) señalan la falta de delimitación del concepto provocada por la habitual amplitud, vaguedad e imprecisión de la mayoría de definiciones de maltrato infantil y dos problemas a la hora de precisar una definición. En primer lugar, la necesidad de indicar la frecuencia e intensidad requerida para que una conducta llegue a maltrato y, en segundo lugar, en la posible necesidad de incluir el concepto de intencionalidad para poder calificar a una conducta como maltrato. A su vez se admite que los criterios para definir una situación de maltrato han de fundamentarse en las consecuencias en el niño o la niña, es decir, en los daños producidos o en las necesidades no atendidas. A partir de estos conceptos promulgan tres criterios a tener en cuenta en la definición de maltrato infantil que se presentan a continuación.

*La perspectiva evolutiva.* La conceptualización de una acción o una omisión como maltratante o negligente y su nivel de gravedad se deben establecer en función de la edad del niño o de la niña. Un mismo comportamiento puede ser dañino para un niño o una niña

en un determinado momento evolutivo y no serlo tanto o incluso ser adecuado en otros períodos evolutivos.

*La presencia de factores de vulnerabilidad del niño o niña.* Un mismo comportamiento puede no ser dañino para un niño o una niña, mientras que en otro niño o niña puede ser considerado como maltratante o negligente (Ej. Niño o niña sana vs. niño o niña con enfermedades crónicas severas, discapacidad física o psíquica etc.).

*Existencia de daño real o de daño potencial.* Si se define el maltrato infantil en relación a sus consecuencias en el niño o la niña, se puede suponer que se refiere a los daños o lesiones detectables. Pero muchos comportamientos no tienen consecuencias negativas a corto plazo o más severas, únicamente por razones de tipo aleatorio. Además, las consecuencias físicas de cualquier tipo de maltrato no suelen ser las más graves por lo que resulta importante tener en cuenta las consecuencias en el desarrollo del niño a medio y largo plazo. De ahí el sentido de incluir el criterio de daño potencial, el cual implica establecer una predicción de que determinados comportamientos en el futuro serán dañinos.

Posteriormente, Heyman y Slep (2006) señalan la necesidad de hacer una descripción de los estudios del campo del abuso y maltrato infantil deteniéndose en la comprobación de los criterios utilizados. Primeramente, estos autores nos conducen a afirmar la validación de los estudios y las encuestas desarrolladas en función de las definiciones operativas que presentan sobre el abuso o maltrato infantil. Conceptualizando a continuación el maltrato como acto (u omisión en el caso de la negligencia) acompañados de su impacto (American Psychiatric Association [APA], 2000) y refinando las operativizaciones, tomando como referencia la legislación actual, la investigación, y las definiciones y operativizaciones clínicas.

A partir de estas sugerencias resulta conveniente considerar la definición de maltrato infantil que el Observatorio de la Infancia (Ministerio de Asuntos Sociales) adopta en el 2006. Recogiendo los conceptos del artículo 19 de la Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas ya citado y el marco legislativo español dedicado a la protección de menores en su artículo 172 del código civil que define como desamparo toda: “*situación que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes*

*para la guarda de menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material”* establece los malos tratos a la infancia como:

Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.

Esta definición incluye lo que se hace (acción), lo que se deja de hacer (omisión), o se realiza de forma inadecuada (negligencia), ocasionando al niño o a la niña no solamente daño físico, psicológico-emocional y social, sino que considerándole persona-objeto de derecho incluye sus derechos y su bienestar, y cuyos autores pueden ser las personas (familiares o no) y las instituciones-administraciones (maltrato institucional). Cómo el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (2006) al señalar como víctimas del maltrato infantil y abandono aquel “segmento de la población conformado por niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años que sufre ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivo, e incluye el abandono completo o parcial”.

Sin embargo, numerosos autores coinciden en la dificultad de definir el maltrato infantil por las dificultades para establecer los límites entre lo que es o no una conducta de maltrato (Arruabarrena y De Paúl, 2012; De Paúl y Arruabarrena, 2005; Muela, 2008). Razón por la cual las definiciones dadas tienden a ser demasiado generales y no suelen tener en cuenta dimensiones importantes de la conducta como la frecuencia y la intensidad. No obstante, sí se considera el hecho de que la conducta sea intencional y dirigida a hacer daño físico y/o moral (Qiao y Chan, 2005), cuestiones que reflejan una visión tradicional del maltrato que refleja un enfoque basado en las deficiencias, es decir, en la conducta de la persona maltratadora y en los daños o carencias de los menores. Por lo tanto, las situaciones de desprotección se producen cuando la conducta inadecuada del adulto ha provocado o puede provocar un daño significativo en el menor (Arruabarrena, 2011). Investigadoras como Vega y Moro (2013) trabajan un concepto más amplio de maltrato que va más allá de lo físico y atiende a la gravedad y frecuencia del mismo, a las características personales del niño o niña como detonantes del maltrato y considera también dimensiones psicosociales como el estatus socioeconómico, los conflictos de pareja y algunas de las particularidades que definen la personalidad de los progenitores. Estos aspectos se hacen eco del marco teórico planteado por autores como Bronfenbrenner

(1976, 1994) y Belsky (1980) basado en una perspectiva ecológica e integradora de los factores explicativos del maltrato. Perspectiva que posteriorme ha sido reafirmada según este modelo ecológico al señalar que la conducta de la persona maltratadora está determinada por factores que influyen en el sujeto, la familia, la comunidad y la cultura en la que esas personas y sus familias están inmersos (Hong, Kral, Espelage, y Allen-Meares, 2012; Hong, Lee, Park y Faller, 2011; Liao, Lee, Roberts-Lewis, Hong y Jiao, 2011; Lila y Gracia, 2005; Nadan et al., 2014).

Otros autores por su parte, proponen como solución a los problemas de definición la operativización de todas las formas de abuso y maltrato infantil de forma que puedan ser aplicadas tanto por clínicos como por investigadores (Knickerbocker, Heyman, Smith, Jouriles y McDonald, 2007).

Actualmente, aunque se trabaja con los sistemas de clasificación vigentes DSM-5 (APA, 2013) y CIE-10 (OMS, 1992) basados en el trabajo de campo científico existen otros esfuerzos recientes para proporcionar definiciones operativas para el maltrato infantil con solidas evidencias, desarrolladas y probadas por Slep, Heyman y colaboradores (Heyman y Slep, 2006, 2009; Slep y Heyman, 2006; Slep, Heyman y Malik, 2012; Snarr, Heyman, Slep, Malik y el Programa de Apoyo Familiar de las Fuerzas Aéreas de Estados Unidos, 2011).

### **1.3 Tipologías de maltrato infantil**

La definición de maltrato infantil plagada de controversia y deficiencias (Besharow, 1981; Ferrari, 2002; Liao et al., 2011) es el fundamento para establecer una clasificación universal de los tipos de maltrato infantil que sirva a todos los profesionales. Resulta indispensable encontrar un sistema de clasificación adecuado con el que determinar la presencia o ausencia de maltrato, sus diferentes tipos, las consecuencias que tiene o puede tener para la víctima y el tipo de intervención a llevar a cabo (Muela, 2008).

La definición propuesta en el Informe de la OMS sobre Prevención del Maltrato Infantil (World Health Organization, 1999), nos avista de una amplia gama de tipos de maltrato infantil al cubrir *"toda forma de maltrato físico o emocional, abuso sexual, negligencia o tratamiento negligente, explotación comercial o de otra índole, que resulta en una daño real o potencial a la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño o niña, en un contexto de relaciones de responsabilidad, confianza o poder"*.

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su Décima Revisión CIE 10 (World Health Organization, 1992) reconoce el maltrato como un problema de salud con su correspondiente código T74, y específicamente sus formas: Negligencia y Abandono (T74.0); Maltrato Físico (T74.1), Abuso Sexual (T74.2) y Maltrato Emocional (T74.3). Así mismo, la decimoprimera revisión CIE 11 planificada para el año 2017 propone una nueva clasificación y definición del maltrato infantil con los correspondientes códigos:

- Abuso Físico Infantil (Z62.1): Actos no accidentales de fuerza física por parte de los padres o cuidadores del menor que resultan, o pueden resultar, en daño físico a un niño o niña o que evocan miedo significativo.
- Abuso Psicológico Infantil (Z62.2): Actos verbales o simbólicos no accidentales por parte de los padres o cuidadores del menor que resultan en un daño psicológico significativo.
- Abuso Sexual Infantil (Z62.3): Actos sexuales con un niño o una niña que tienen por objeto proporcionar la satisfacción sexual de un adulto.
- Negligencia Infantil (Z62.4): Confirmación o sospecha de acto(s) cruel u omisión(es) por parte de los padres o cuidadores del niño o niña que privan al menor de la atención adecuada y necesaria a su edad que resulta, o tienen puede resultar, en daño físico o psicológico.

Existen a su vez, otras definiciones terminológicas propuestas por el Grupo de Naciones Unidas de la Convención de los Derechos del Niño (UNICEF, 2005) que no están incluidas en la CIE-10, como son: la mendicidad, la corrupción, la explotación laboral y el maltrato institucional que formarían parte, a la vez, tanto del maltrato físico como del maltrato emocional.

Un criterio muy presente en las diversas clasificaciones es la agrupación a partir de las dimensiones activo-pasivas y visibles-invisibles. El maltrato activo implica una acción física o psicológica por parte de una tercera persona que provoca daño al menor; el maltrato pasivo, hace referencia a la omisión de acciones necesarias para el bienestar del menor (Barudy, 1998). También resulta de interés la propuesta realizada por López y colaboradores (López, 1995; López, Torres, Fuertes, Sánchez y Merino, 1995) que establece una relación entre la no satisfacción de necesidades y los diferentes tipos de malos tratos que se presenta a continuación en la Figura 2.

| NECESIDADES:      | NECESIDADES INFANTILES                                                                                                                                                                                                                                                      | MALTRATO                                                                                                                                                                   |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Físico-Biológicas | Alimentación<br>Temperatura<br>Higiene<br>Sueño<br>Actividad física: ejercicio y juego<br>Protección frente a riesgos reales<br>Salud                                                                                                                                       | Abuso físico<br>Retraso no orgánico en el desarrollo<br>Maltrato prenatal<br>Abuso sexual<br>Abandono físico<br>Síndrome de Munchaüssen por poderes<br>Explotación laboral |
| Cognitivas        | Estimulación sensorial<br>Exploración física y social<br>Comprensión de la realidad física y social                                                                                                                                                                         | Abuso físico<br>Abuso sexual<br>Abuso emocional<br>Abandono físico<br>Abandono emocional<br>Explotación laboral                                                            |
| Socio-emocionales | <u>Sociales</u><br>Seguridad emocional<br>Red de relaciones sociales<br>Participación y autonomía progresivas<br><u>Sexuales</u><br>Curiosidad<br>Imitación<br>Contacto<br><u>Con el entorno físico y social</u><br>Protección de riesgos imaginarios<br>Interacción lúdica | Abuso físico<br>Abuso sexual<br>Abuso emocional<br>Abandono emocional<br>Abandono físico<br>Explotación laboral                                                            |

Figura 2. *Relación entre Necesidades y Maltrato infantil (Fuente: López, Torres, Fuertes, Sánchez y Merino, (1995, p. 43).*

Otra propuesta de clasificación a considerar es la presentada en la “Guía de actuación en situación de desprotección infantil” proyecto de la Diputación Foral de Gipuzkoa (2004) coordinado por Arruabarrena, en la cual se proponen los siguientes tipos de maltrato y abandono infantil: maltrato físico, negligencia infantil, maltrato psicológico/emocional, abandono psicológico/emocional, abuso sexual, corrupción, corrupción por modelos parentales asociales, explotación laboral, maltrato prenatal, retraso no orgánico en el crecimiento, síndrome de Munchausen por poderes e incapacidad parental de control de la conducta infantil/adolescente.

En España, el Grupo de Trabajo sobre Maltrato Infantil del Observatorio de la Infancia a partir de definiciones internacionales, tratando de unificar criterios generales acerca del concepto de maltrato infantil aportó una clasificación, en 2006, que incluye la perspectiva del momento en el que se produce el maltrato y la actitud del maltrato, expuesta en la Figura 3.

| ACCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | OMISIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PRENATAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p>Circunstancias de vida de la madre en las que exista voluntariedad que influyan negativa o patológicamente en el embarazo y repercuten en el feto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Formas:</b><br/>Hábitos tóxicos de la madre, alcoholismo (síndrome alcohólico fetal) toxicomanías (síndrome de abstinencia neonatal).</li> </ul>                                                                                                                                | <p>No atención de las necesidades y cuidados propios del embarazo que tienen repercusiones en el feto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Formas:</b><br/>Embarazos sin seguimiento médico, alimentación deficiente, exceso de trabajo corporal.</li> </ul>                                                                                                                                                                                 |
| <b>POSTNATAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p><b>FÍSICO</b><br/>Cualquier acto, no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o niña o le coloquen en situación de grave riesgo de padecerlo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Formas:</b> lesiones cutáneas (equimosis, heridas, hematomas, escoriaciones, escaldaduras, quemaduras, mordeduras, alopecia traumática), fracturas, zarandeado, asfixia mecánica, arrancamientos, intoxicaciones, síndrome de Münchausen por poderes.</li> </ul> | <p><b>NEGLIGENCIA</b><br/>Desatender las necesidades del niño o niña y los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño o niña.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Formas:</b> desatención, abandono, retraso de crecimiento no orgánico, “niños y niñas de la calle”, constantemente sucios, problemas físicos o necesidades médicas no atendidas o ausencia de los cuidados médicos rutinarios (vacunaciones).</li> </ul> |
| <b>EMOCIONAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p>Acción capaz de originar cuadros psicológicos psiquiátricos por afectar a sus necesidades según los diferentes estados evolutivos y características del niño o niña.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Formas:</b><br/>rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar, corromper o implicar a un niño o niña en actividades antisociales.</li> </ul>                                                                                                                         | <p>Omisión o negligencia en la atención a las necesidades emocionales del niño o niña.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Formas:</b><br/>privación afectiva, no atender las necesidades afectivas del infante (cariño, estabilidad, seguridad, estimulación, apoyo, protección, rol de la familia, autoestima, etc.), abuso pedagógico.</li> </ul>                                                                                         |

| ACCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | OMISIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SEXUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p>Abuso sexual: implicación de niños o niñas en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Formas:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Con contacto físico:</i> violación, incesto, pornografía, prostitución infantil, sodomía, tocamientos, estimulación sexual.</li> <li>- <i>Sin contacto físico:</i> solicitud indecente a un niño/a o seducción verbal explícita, realización de acto sexual o masturbación en presencia de un niño/a, exposición de los órganos sexuales a un niño/a, promover la prostitución infantil, pornografía.</li> </ul> </li> </ul> | <p>No atender a las necesidades del niño/a y a su protección en el área de la sexualidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Formas:</u> <p>No dar credibilidad al niño o niña, desatender demanda de ayuda, no educar en la asertividad, madre que prefiere “no verlo”, consentimiento pasivo en el incesto, falta de formación, falta de protección.</p> </li> </ul> |

Figura 3. *Tipología del Maltrato Infantil (Observatorio de la Infancia, 2006, p. 15)*

A su vez cabe señalar que las tipologías de maltrato no son mutuamente excluyentes, en algunos casos un mismo incidente es categorizado dentro de más de una categoría (Madigan, Vaillancourt, McKibbin y Benoit, 2012; Muela, 2008). Diversos estudios reflejan un alto grado de comorbilidad que indica que muchos niños y niñas experimentan más de un tipo de maltrato (Cicchetti y Barnett, 1991; Cicchetti y Rizley, 1981; Crittenden, Claussen y Sugarman, 1994; Dong et al., 2004; Egeland y Sroufe, 1981; Manly, Kim, Rogosch y Cicchetti, 2001). De ahí que la literatura más reciente muestre un incremento de los estudios que valoren el impacto de más de un tipo de maltrato (Cortés et al., 2011; Dong et al., 2004; Gibb, 2002; Johnson, Cohen, Kasen, y Brook, 2002; Harding, Burns, y Jackson, 2012; Liebschutz et al., 2002; Lumley y Harkness, 2007; Moreno, 2006; Tossone et al., 2014; Walsh, Macmillan y Jamieson, 2002).

En muchos casos puede ser necesario centrarse en la tipología de maltrato con mayor trascendencia para el caso en particular y, de hecho, la tendencia en investigación es centrarse en el estudio de un tipo de maltrato aislado. Durante años la tendencia ha sido estudiar el maltrato de forma independientemente a otros tipos, razón por la cual hoy día aún existe escaso conocimiento sobre la concurrencia de diferentes maltratos (Dong et al., 2004). Muy pocos son los estudios que han incorporado información sobre otros tipos de maltrato que concurren con el abuso sexual o que hayan incluido niños y niñas que han experimentado otros tipos de maltrato en los estudios de víctimas de abuso sexual infantil.

Poco se sabe en cuanto a las características de los niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual, en comparación con aquellos infantes que han sufrido maltrato físico o negligencia, o una combinación de abuso sexual con otro tipo de maltrato (Muela, 2008).

Siguiendo los criterios y clasificaciones expuestas, el presente trabajo contempla las siguientes tipologías de maltrato infantil: maltrato o abuso físico; abandono o negligencia física; maltrato o abuso emocional; abandono o negligencia emocional y abuso sexual; y toma como objeto de estudio principal el abuso sexual infantil. Dado que el abuso sexual será el objeto de estudio, se expondrá con más detalle posteriormente en un apartado diferente.

A continuación, se muestra una descripción más clásica pero clara, de lo que se entiende por cada uno de los diferentes tipos de maltrato infantil, expuesta por Arruabarrena y De Paúl (2001).

### **1.3.1 Maltrato o abuso físico**

Se define como cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o niña o le coloque en grave riesgo de padecerlo. Cuando estas acciones no accidentales provocan lesiones en el niño o la niña existen los siguientes indicadores físicos consecuencia del maltrato:

- Magulladuras o moratones que suelen estar en diferentes fases de cicatrización por las repetidas agresiones. Suelen estar agrupados o con la forma o marcas del objeto con el que ha sido producida la agresión.
- Quemaduras con formas definidas de objetos concretos o de cigarrillos o puros en las manos o los pies y quemaduras realizadas por inmersión en agua caliente.
- Fracturas de nariz, mandíbula o de los huesos largos.
- Torceduras o dislocaciones.
- Heridas o raspaduras en la boca, labios, encías y ojos o en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
- Señales de mordeduras humanas reiteradas y realizadas por un adulto.
- Cortes o pinchazos.

- Lesiones internas, fracturas de cráneo, daños cerebrales, hematomas subdurales, asfixia y ahogamiento.

A pesar de esto, tal y como ya hemos mencionado, en la mayoría de las ocasiones no aparecen estas señales externas y, sin embargo, también se trata de casos de maltrato físico (Flaherty et al., 2006; Paavilainen et al., 2002; Schnitzer, Slusher, Kruse y Tarleton, 2011). Para identificar maltrato físico tiene que darse al menos uno de los siguientes criterios:

En al menos una ocasión ha sido percibida la presencia de uno de los indicadores de lesión física anteriormente descrito. Estas lesiones no son normales en lo previsible en un niño o niña de su edad y características.

No se ha percibido claramente ninguno de los indicadores señalados, pero hay un conocimiento certero de que el niño o la niña ha padecido alguno de los tipos de lesiones físicas como resultado de la acción de sus padres.

No existen lesiones físicas pero hay un conocimiento certero de que los padres o tutores utilizan un castigo corporal excesivo o palizas hacia el menor.

A continuación, se citan diferentes situaciones donde el maltrato físico puede darse:

- Casos donde las agresiones tienen fines disciplinarios y por tanto, premeditados con la intención de educar al niño o niña.
- Casos donde las agresiones se dirigen a un niño o una niña no querido ni deseado y constituyen el rechazo y desprecio hacia él o ella.
- Casos en los que las agresiones son realizadas con el fin de satisfacer impulsos sádicos y perversos.
- Casos en los que se dan descargas emocionales impulsivas que no tienen intención real de producir daño. Las agresiones son fruto del descontrol del padre o la madre que puede estar sufriendo una excesiva presión ambiental.

### **1.3.2 Abandono o negligencia física**

Se define como aquella situación donde las necesidades físicas (alimentación, vestido, higiene, protección, educación o cuidados médicos) y cognitivas básicas del menor no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que

convive con el niño o la niña. Los indicadores de dicho abandono o negligencia que pueden aparecer en el niño serían los siguientes:

- *Alimentación.* No se le proporciona la alimentación adecuada y puede llegar a estar hambriento.
- *Vestido.* Vestuario inadecuado al tiempo atmosférico. El niño o niña no va bien protegido del frío.
- *Higiene.* Está constantemente sucio, con escasa higiene corporal.
- *Cuidados médicos.* Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas o ausencia de cuidados médicos rutinarios.
- *Supervisión.* Largos períodos sin supervisión y vigilancia de un adulto. De esta forma se pueden sufrir repetidos accidentes domésticos debidos a la negligencia por parte de los padres o cuidadores.
- Condiciones higiénicas y de seguridad del hogar peligrosas para el menor.
- *Área educativa.* Inasistencia continuada y repetida a la escuela.
- *Estimulación cognitiva.* Cuando se da una ausencia de estimulación suficiente para la edad.

El criterio para afirmar la existencia de negligencia viene determinado en gran medida por su cronicidad, de tal manera que debe presentarse alguno de los indicadores mencionados de manera reiterada y continuada. De todas formas existe un problema en la conceptualización de la negligencia puesto que, en muchos casos, existe la duda de si los niños y niñas cuyos padres no tienen posibilidad de satisfacer sus propias necesidades ni la de sus hijos e hijas serían o no considerados como maltrato.

A este respecto, las definiciones de negligencia más concretas hacen alusión a la omisión o negligencia realizada por parte de los tutores o padres del niño o de la niña depositando de esta manera culpabilización y responsabilidad a los padres. Por otro lado, las definiciones más amplias incluirían a todo tipo de entidades, instituciones, etc. responsables de la satisfacción de las necesidades básicas de los niños y niñas (Bensley et al., 2004; Desair y Adriaenssens, 2011; Gerbaka, 2009; Sun y Buys, 2013). Éstas últimas tienen el peligro de absolver a los padres de la responsabilidad y depositarla en la sociedad en su conjunto siendo de esta manera más complejas para ser puestas en práctica.

### **1.3.3 *Maltrato o abuso emocional***

El maltrato o abuso emocional se define como la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (evitación, encierro, etc.) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar.

De esta manera dentro del maltrato emocional se pueden clasificar las siguientes conductas:

- *Rechazo.* Se daría en forma verbal o no verbal por parte de los padres donde rechazan o degradan al niño o a la niña.
- *Aterrorizar.* Se daría cuando se amenaza al niño o a la niña con un castigo extremo o uno vago pero siniestro, con abandonarle o matarle, o también se da ante situaciones tales como el colocar al niño o a la niña o a personas u objetos que el niño o niña quiere en situaciones peligrosas con el objetivo de crear en el niño o la niña un miedo intenso.
- *Aislamiento.* Se da cuando no se permite al niño o a la niña satisfacer sus necesidades de interactuar y comunicarse con otros niños o adultos, tanto dentro como fuera del hogar.
- *Violencia doméstica extrema y/o crónica.* Cuando se dan permanentemente situaciones de violencia tanto física como verbal entre los padres en presencia del menor.

### **1.3.4 *Abandono o negligencia emocional***

El abandono o negligencia emocional se definiría como la falta persistente de respuesta a las señales (llanto, sonrisa, etc.), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño o la niña y la falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de una figura adulta estable.

De esta manera dentro del abandono emocional se pueden clasificar las siguientes conductas:

- *Ignorar.* Se daría cuando los padres no reflejan ninguna emoción en la relación con su hijo o hija y cuando ignoran las necesidades e intentos del niño o niña de interacción.
- *Rechazo de atención psicológica.* Se daría cuando los padres rechazan iniciar un tratamiento de problemas emocionales o conductuales severos del niño o niña, existiendo el acceso a un recurso señalado como necesario por profesionales competentes.
- *Retraso en la atención psicológica.* Se da cuando los padres no buscan ni proporcionan ayuda psicológica ante alteraciones emocionales o conductuales extremas.

El maltrato y abandono emocional constituyen las formas de maltrato infantil con las mayores dificultades para delimitar los comportamientos concretos que los componen y para delimitar sus potenciales consecuencias.

La actual clasificación del DSM-5 (APA, 2013) congrega en una única categoría la negligencia física y emocional, denominada negligencia infantil la cual se define como un acto u omisión flagrante por parte de los padres o cuidadores de un niño o niña privándole de las necesidades básicas apropiadas para su edad, que tiene como resultado, o posibilidades de resultar, en daño físico o psicológico para el niño o niña.

### **1.3.5 Abuso sexual**

Dado que el abuso sexual infantil es el principal objeto de estudio del presente trabajo, va a ser analizado en profundidad en el apartado que sigue.

## CAPÍTULO II. EL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Los abusos sexuales a menores son una forma de maltrato infantil con implicaciones especiales por los efectos en el niño o niña, el ataque a la dignidad de la persona, la utilización del engaño y la fuerza, las características de la persona agresora y las circunstancias que rodean los episodios de los abusos entre otros (Instituto Madrileño del Menor y la Familia, 2001).

La problemática añadida al abuso sexual infantil es la incertidumbre y la confusión que le rodea con motivo de la inquietud, incomodidad y fuertes reacciones emocionales que genera. Esto dificulta una definición universal acerca de qué constituye el abuso sexual infantil.

El abuso sexual infantil tiene una corta historia como objeto de atención de profesionales e investigadores a pesar de que las consecuencias físicas y psicológicas del abuso se vienen describiendo en el área clínica desde varias décadas atrás (Krafft-Ebing, 1965). Sin embargo, en los últimos años se han producido importantes cambios en la sensibilidad y respuesta a la realidad de este problema. A finales de la década de los 70 y comienzos de los 80 se publicó un número considerable de estudios sobre la prevalencia del abuso sexual infantil incrementándose de esta forma la concienciación sobre la problemática y despertando la atención del área clínica, política y de la investigación (Finkelhor, 1979; Russell, 1983; Wyatt, 1985). Desde ese momento, profesionales de múltiples ámbitos como la psicología, medicina, trabajo social, sociología, antropología, etc. se han centrado en el estudio de las causas y consecuencias del abuso sexual en la infancia.

A pesar de los esfuerzos, hoy día aún existen cuestiones fundamentales por resolver, algunas tan básicas como la propia definición del concepto de abuso sexual infantil (Maniglio, 2013a). Término que ha sido operativizado de distinta forma por manos de diferentes investigadores, legisladores y clínicos, sin llegar a un consenso sobre una definición al margen del contexto. En consecuencia, aunque existe acuerdo en considerar ciertos actos como abusivos, como por ejemplo, en principio puede no haber dudas de que un adulto que participe de actividades sexuales con un niño o una niña deba calificarse de abusador, en la práctica resulta a veces difícil decidir cuándo el contacto es abusivo o no;

por ejemplo, trazar los límites entre el contacto físico apropiadamente afectuoso y un contacto físico inapropiado (Glaser y Frosh, 1997).

Son numerosos los estudios que con la enfermedad mental como objeto de estudio han observado que el comportamiento desviado varía no sólo de nación a nación sino también de cultura a cultura, e incluso de subcultura a subcultura (Al-Issa, 1986; Link y Phelan, 2001; Mellor, Carne, Shen, McCabe y Wang, 2013; Pescosolido, Martin, Lang y Olafsdottir, 2008) y algunos van más allá, afirmando que un clínico no realiza un diagnóstico justo si no toma en consideración el contexto social en el que el comportamiento acontece (Bell, Bland, Houston, y Jones, 1983; Bell, Williamson y Chien, 2008; Long, 1986; Yang, Narayanasamy y Chang, 2012). Sin embargo, son pocos los autores que refieren diferencias culturales respecto a la percepción de lo que constituye el abuso sexual infantil (Roosa, Reinholtz y Angelini 1999; Stoltenborgh et al., 2011; Stround, Martens y Barker, 2000) lo cual refleja la falta de investigación en el área. Autores como Fakunmoju et al. (2013) y Lowe, Pavkov, Casanova y Wetchler (2005) indican la posibilidad de que las diferencias en parte sean atribuibles a las definiciones de abuso sexual infantil que difieren en cada nación o comunidad en base al grupo cultural, y/o las leyes del estado vigentes.

Otro aspecto clave en la definición de abuso sexual es la edad. Algunos estudios consideran niños y niñas a todos los niños, niñas y jóvenes menores de 18 años (Russell, 1983; Wyatt y Peters, 1986), otros a los menores de 17 (Finkelhor, 1979) y otros a los menores de 16 (Wurr y Partridge, 1996). De forma que algunas definiciones de abuso sexual infantil requieren que la víctima tenga 12 años o menos (He, McCoy, Stevens y Stark, 1998) y otros simplemente requieren que el abuso se produzca en algún momento durante la "infancia" (Cohen et al., 2000; El-Bassel, Witte, Wada, Gilbert y Wallace, 2001). Así mismo hay comportamientos que a determinada edad se consideran cuidados naturales y deseables, como bañar a un niño o una niña que a partir de una edad pueden no serlo. A su vez, nos encontramos con diferentes costumbres en relación a la actitud frente al cuerpo, la desnudez y la sexualidad, por lo que determinar los límites de la prohibición resulta dificultoso.

Como se hace notorio, el estudio sobre el abuso sexual infantil ha ido creciendo sin una aceptación generalizada del término que delimite con claridad qué comportamientos son considerados abusos sexuales infantiles y cuales no. El hecho de que los profesionales hagan uso del término abuso sexual comprendiendo diferentes muestras de niños y niñas y

adultos con diferentes experiencias dificulta la comparación de resultados e imposibilita la creación de una base útil para el crecimiento de la investigación (Haugaard, 2000). En consecuencia, la ambigüedad de la definición hace aún más compleja la investigación, la legislación y el trabajo clínico con los niños y niñas y sus familias (Post, Biroscak y Barboza, 2011).

## **2.1 Definición y clasificación del abuso sexual infantil**

A la hora de definir el abuso infantil, un aspecto a tener en cuenta es la dificultad para elaborar una definición que unifique los diversos criterios utilizados por los autores para considerar una conducta o situación como abuso sexual infantil (Frías y Erviti, 2014; Pereda, 2006).

Sin embargo, ante la ausencia de una definición universal acerca de qué constituye el abuso sexual infantil, existe una gran cantidad de formulaciones y puntos de referencia operativos. Éstos se derivan fundamentalmente de estudios en los que los investigadores han procurado establecer definiciones específicas y operativas lo bastante amplias como para incluir un ancho campo de experiencias abusivas y potencialmente abusivas (Glaser y Frosh, 1997; Lyndon, White y Kadlec, 2007; White, Kadlec y Sechrist, 2006).

La compleja tarea de encontrar una definición adecuada de abuso sexual resulta trascendente puesto que de esta definición dependerán cuestiones de tanta importancia como la detección de casos y las estimaciones estadísticas del problema, así como la objetivación de las necesidades de tratamiento para las víctimas y las personas agresoras (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Mendelson y Letourneau, 2015).

López et al. (1994) ya en la década de los noventa indicaban tres criterios utilizados por los investigadores para definir el término: la edad de la víctima y de la persona agresora, las conductas que la persona agresora pone en marcha para someter a la víctima y el tipo de conductas sexuales que tienen lugar entre ambos. Pero dichos autores observaban que los investigadores diferían en los criterios de edad y el tipo de relaciones que deben ser incluidos dentro de este concepto. Razón por la cual surgen importantes diferencias entre las definiciones empleadas por los profesionales de la salud en esta área.

Además de esto conviene tener en cuenta que desde el inicio de su estudio, la definición de abuso sexual ha ido variando y, en muchos casos, ampliándose para añadir nuevas conductas anteriormente no incluidas (Sheldon y Howitt, 2008; Stainton-Rogers,

Stainton y Musitu, 1994). En este sentido, Kempe y Kempe (1978) son de los primeros autores en definir por primera vez el concepto de abuso sexual infantil. Dichos autores lo definen como la implicación de niños, niñas y adolescentes dependientes e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales son incapaces de dar un consentimiento válido o que violan los tabúes sociales o los papeles familiares. Esta primera definición aunque supone únicamente una aproximación al problema y queda lejos de englobar en su totalidad la magnitud del mismo es un aspecto importante que hoy día se sigue considerando (International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect, 2010).

En línea con estas ideas cabe considerar la definición propuesta por la agencia federal norteamericana *National Center on Child Abuse and Neglect* en 1978, la cual considera abuso sexual: los contactos e interacciones entre un niño o una niña y un adulto, cuando el adulto agresor usa al niño o a la niña para estimularse sexualmente él mismo, al niño o niña o a otra persona. El abuso también puede ser cometido por una persona menor de 18 años cuando ésta es significativamente mayor que el niño o la niña (víctima) o cuando la persona agresora está en una posición de poder o control sobre otro menor. Según Catalán-Frías (2003) dentro de esta concepción de abuso sexual se distinguen las siguientes categorías:

- *Abuso sexual*: Cualquier forma de contacto físico, con o sin acceso carnal, realizado sin violencia o intimidación y sin consentimiento, y que puede incluir la penetración vaginal, oral y anal, caricias o proposiciones verbales explícitas.
- *Agresión sexual*: Cualquier forma de contacto físico, con o sin acceso carnal, con violencia o intimidación y sin consentimiento.
- *Exhibicionismo*: Categoría de abuso sexual en la que no se produce contacto físico.
- *Explotación sexual infantil*: Categoría de abuso sexual infantil en la que la persona agresora persigue un beneficio económico y que engloba la prostitución y la pornografía infantil.

Arruabarrena y de Paúl (1994) por su lado, distinguen cuatro tipos de categorías donde se puede expresar el abuso sexual infantil:

- *Incesto*: Cuando el contacto físico sexual se realiza por parte de una persona de consanguinidad lineal o por un hermano/a, tío/a o sobrino/a. También se incluye el caso en el que el adulto este cubriendo de manera estable el papel de los padres.
- *Violación*: Cuando la persona adulta es otra cualquiera no señalada en el apartado anterior.
- *Vejación sexual*: Cuando el contacto sexual se realiza por el tocamiento intencionado de zonas erógenas del niño o la niña o por forzar, alentar o permitir que este lo haga en las mismas zonas del adulto.
- *Abuso sexual sin contacto físico*: Se incluirían los casos de seducción verbal explícita de un niño o una niña, la exposición de los órganos sexuales con el objeto de obtener gratificación o excitación sexual con ello, y la masturbación o realización intencionada del acto sexual en presencia del menor con el objeto de buscar gratificación sexual.

Los tres criterios más utilizados para establecer el concepto de abuso sexual infantil son: la edad de la víctima y de la persona agresora, las conductas que la persona agresora pone en juego para someter a la víctima y el tipo de conductas sexuales que tienen lugar entre ambos (López et al., 1994). Este autor indica que la mayor parte de los autores usan, como criterio de edad máxima de la víctima, los 15 ó 17 años. Por encima de esta edad las mismas conductas no deberían de ser considerados abusos sexuales a menores, sino violación o acoso sexual. En cuanto a la edad de la persona agresora se precisan 5 años de diferencia entre la persona agresora y víctima cuando ésta tenga menos de 12 años, y de 10 años de diferencia cuando ésta supere dicha edad.

Evidentemente, el uso de la edad cronológica para definir los límites del abuso son pautas imprecisas, puesto que requieren mayor especificidad a los fines de la investigación y son complicadas para aplicar a casos individuales. El matiz está en que el abuso sexual en todos los casos incluye el uso de coacción de un modo implícito o explícito, y esto es indudablemente un factor para calificar el acto de abusivo. Por esta razón el concepto introducido por Schechter y Roberge (1976) “*impedido de prestar consentimiento*” parece contener un indicador más valioso que el de una edad precisa, al evaluar este la competencia del desarrollo y la relación de poder. Así, se considera un niño o niña abusado debido a su falta de conocimiento del significado social y de los efectos psicológicos de los

encuentros sexuales; también su confianza o su dependencia de la persona agresora significa que no estaría en una situación de prestar consentimiento. En el caso de un adolescente, habría sido igualmente abusado si su posición en relación con el otro fuera de dependencia o estuviera coaccionado, de modo que la libre elección o consentimiento no habría podido ser una opción disponible (Dupont, Rey-Salmon, Messerschmitt y Marty, 2015; Glaser y Frosh, 1997; Priebe y Svedin, 2008; Stern, Cooper y Greenbaum, 2015).

Por esta razón, en España la mayoría de los autores han utilizado los criterios propuestos por López, Hernández y Carpintero (1995) para definir abuso sexual infantil. Según estos autores se considera que deben de tenerse en cuenta dos importantes conceptos: la coerción y la asimetría de edad. De esta forma, *la coerción* supondría el uso de la fuerza física, la presión y el engaño, que debería de considerarse por sí misma como criterio suficiente para etiquetar una conducta de abuso sexual a un menor, independientemente de la edad de la persona agresora. Por otro lado, *la asimetría de edad* impide la verdadera libertad de decisión y hace imposible una actividad sexual consentida, ya que los y las participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas muy diferentes. Esta manera de definir el abuso sexual infantil tiene además la ventaja de incluir también las agresiones sexuales que cometen unos menores contra otros, aún en el caso de tener la misma edad o parecida aunque estas conductas son menos frecuentes y de efectos también, menos severos (Berliner, 2011; Quiroga, 2013; Smallbone y Rayment-McHugh, 2013; Sperry y Gilbert, 2005; Tardif, Auclair, Jacob y Carpentier, 2005). Sin embargo, el impacto de estos abusos sexuales es menos conocido (Allen, Tellez, Wevodau, Woods y Percosky, 2014) y hay estudios que advierten que los abusos sexuales infantiles cometidos por otros niños o niñas pueden dar lugar a consecuencias similares como los cometidos por adultos (Allen et al., 2014; Shaw, Lewis, Loeb, Rosado y Rodríguez, 2000) por lo que parece razonable considerar la denuncia de algunos autores sobre el descuido de este tipo de abusos sexuales (Schönbucher, Maier, Mohler-Kuo, Schnyder y Landolt, 2011). De hecho, López et al. (1994) afirman que el 20% de los abusos sexuales en la infancia están provocados por otros menores. Estimaciones más actuales apuntan que uno de cada ocho casos de abuso sexual infantil es cometido por un menor de 12 años de edad (Finkelhor, Ormrod y Chaffin, 2009). Radford et al. (2011) también encontraron un alto porcentaje (65,9%) de contactos de abuso sexual perpetrados por otros niños/as y jóvenes menores de 18 años. Por tanto, se parte del supuesto de que un niño o niña dependiente, inmadura evolutivamente, no debe implicarse en actividades

sexuales que no comprende plenamente o para las que no está capacitado para dar su consentimiento (Cantón y Cortés, 2000; Echeburúa y Guerricaechevarría, 1998; Lyndon et al., 2007; Malón, 2015; Seto, 2013) independientemente de que la persona que comete el abuso sea adulta o no.

Sin embargo un alarmante porcentaje de abusos sexuales acontece en el seno familiar. A pesar de que el abuso sexual infantil intrafamiliar sea un tema que irradie negación, genere rechazos y temores y cueste creer que sea un familiar quien pueda abusar sexualmente de un niño o una niña. La casuística, indica que en el 90% de los casos los perpetradores de abuso sexual sobre niños y niñas, son conocidos de la familia y entre ellos con un margen que oscila entre el 65 y el 80% las personas agresoras son familiares directos de la víctima (Fuentes, 2012). De ahí que resulte de gran relevancia que las clasificaciones hagan una distinción entre el abuso sexual intrafamiliar y extrafamiliar en función del entorno en el que acontece el abuso.

El abuso sexual intrafamiliar es un abuso cometido por un pariente de consanguinidad u otro miembro de la familia, se trata por lo tanto de un abuso sexual incestuoso. La persona abusadora miembro de la familia manipula al niño o niña utilizando su rol y su poder, pervirtiendo de esta manera las relaciones familiares. La revisión internacional de prevalencia del abuso sexual infantil realizada por Finkelhor (1994) desde los años 70 a principios de los 90 muestra que la mayoría de estudios indican que gran parte de las víctimas son de sexo femenino y sufren en mayor en mayor porcentaje abuso sexual intrafamiliar por parte de hombres (Ver Tabla 1). Un estudio más reciente estudio desarrollado con 2.159 estudiantes de la Universidad de Granada (Cortés et al., 2011) mostró también que los perpetradores eran mayoritariamente varones (95,5%) y familiares de la víctima (52,8%). El abuso sexual puede ocurrir en cualquier familia, pero los riesgos son mayores cuando la madre está enferma o ausente, o existe abuso de alcohol o drogas por parte de los padres (Butler, 2013; Elhammady, Awara, Aty, Yousef y Moselhy, 2014; Ramírez, Pinzón-Rondón y Botero, 2011; UNICEF, 2001).

Tabla 1. *Prevalencia del abuso sexual infantil: estudio de revisión de Finlkehor (1994) adaptado de Pereda (2006, p.38).*

| País           | Características de la muestra |          |          |                       | Porcentaje |          | Intrafamiliar |          |
|----------------|-------------------------------|----------|----------|-----------------------|------------|----------|---------------|----------|
|                | <i>N</i>                      | <i>H</i> | <i>M</i> | <i>Población/Área</i> | <i>H</i>   | <i>M</i> | <i>H</i>      | <i>M</i> |
| Australia      | 991                           | ●        | ●        | Estudiante/Local      | 9          | 28       | 17            | 35       |
| Austria        | 1.1125                        | ●        | ●        | Estudiante/Local      | 19         | 36       | 9             | 26       |
| Bélgica        | 956                           | -        | ●        | General/Nacional      | -          | 19       | -             | 34       |
| Canadá         | 2.008                         | ●        | ●        | General/Nacional      | 8          | 18       | 6             | 44       |
| Costa Rica     | 497                           | ●        | ●        | Estudiante/Local      | 13         | 32       | 19            | 43       |
| Dinamarca      | 1.280                         | ●        | ●        | General/Nacional      | 7          | 14       | 25            | 42       |
| R. Dominicana  | 893                           | ●        | ●        | Estudiante/Local      | 33         |          | 39            |          |
| Finlandia      | 7.435                         | ●        | ●        | Estudiante/Nacional   | 4          | 7        | ?             | ?        |
| Francia        | 1.511                         | ●        | ●        | General/Local         | 5          | 8        | 6             | 23       |
| Alemania       | 1.018                         | ●        | ●        | Estudiante/Local      | 4          | 10       | 50            |          |
| Grecia         | 746                           | ●        | ●        | Estudiante/Local      | 6          | 16       | 23            | 33       |
| Reino Unido    | 2.019                         | ●        | ●        | General/Nacional      | 8          | 12       | 13            | 14       |
| Irlanda        | 500                           | ●        | ●        | General/Local         | 5          | 7        | 37            |          |
| Países Bajos   | 1.054                         | -        | ●        | General/Nacional      | -          | 33       | -             | 46       |
| Nueva Zelanda  | 1.376                         | -        | ●        | General/Local         | 9          | 19       | 24            |          |
| Noruega        | 1.017                         | ●        | ●        | General/Nacional      | -          | 32       | -             | 46       |
| Sur África     | 967                           | ●        | ●        | Estudiante/Local      | 29         | 34       | 17            | 30       |
| España         | 1.821                         | ●        | ●        | General/Nacional      | 15         | 23       | 4             | 16       |
| Suecia         | 938                           | ●        | ●        | General/Nacional      | 3          | 9        | 0             | 18       |
| Suiza          | 421                           | ●        | ●        | General/Local         | 3          | 11       | 0             | 56       |
| Estados Unidos | 2.626                         | ●        | ●        | General/Nacional      | 16         | 27       | 11            | 29       |

El abuso sexual extrafamiliar, en cambio, puede ser cometido por una persona que no pertenece al medio familiar; puede ser un sujeto totalmente desconocido para el niño o niña, así como para su familia, (pedófilo o exhibicionista) o, por el contrario, por alguien conocido que pertenece al entorno del menor. En muchos de los casos la persona agresora no sólo pertenece al círculo social del niño o niña sino que ocupa además un lugar privilegiado que le da acceso directo a los niños o niñas. Podrían ser profesores/as, monitores/as animadores/as de tiempo libre, etc. que por su rol de carácter social y su poder gozan de plena confianza de los padres. En otras ocasiones se trata de sujetos que se infiltran en las familias ganándose la confianza de los adultos para lograr de esta forma

fácil acceso a sus hijos o hijas. En cualquiera de los casos, se aprovechan de su posición de autoridad y de la confianza de los padres para persuadir a los niños o niñas para participar en actividades sexuales. En la mayoría de los casos la persona agresora suele actuar en la intimidad del hogar de la víctima o en la suya propia, aprovechándose de un marco de estrecha vinculación con las víctimas (Cortés et al., 2011). Además de esto, algunos de los estudios revisados constatan que sufrir abuso por parte de conocidos provoca mayores consecuencias psicológicas que ser víctima de abusos cometidos por extraños (Beitchman et al., 1992; Gallagher, Bradford y Pease, 2008; Speizer, Goodwin, Whittle, Clyde y Rogers, 2008) y que los abusos más severos y más duraderos suelen ser los realizados por miembros de la familia de la víctima (Goldman y Padayachi, 1997; Fanslow, Robinson, Crengle y Perese, 2007; Finkelhor, Ormrod, Turner y Hamby, 2005; Inglés, 2000; Leahy, Pretty y Tenenbaum, 2004; Pereda y Forns, 2007; Pou et al., 2001; Sánchez y Martín, 2007; Sanmartín, 2002; Speizer et al., 2008).

Barudy (1998, p. 188) realiza una distinción entre el abuso extrafamiliar e intrafamiliar, en el caso de que la persona que comete el abuso sea una persona totalmente desconocida para el niño/a, así como para su familia, o una persona perteneciente al entorno del niño/a, en el primero de los casos; o en el segundo de los casos, cuando el abuso es cometido por un miembro adulto de la familia (Ver Figura 4).

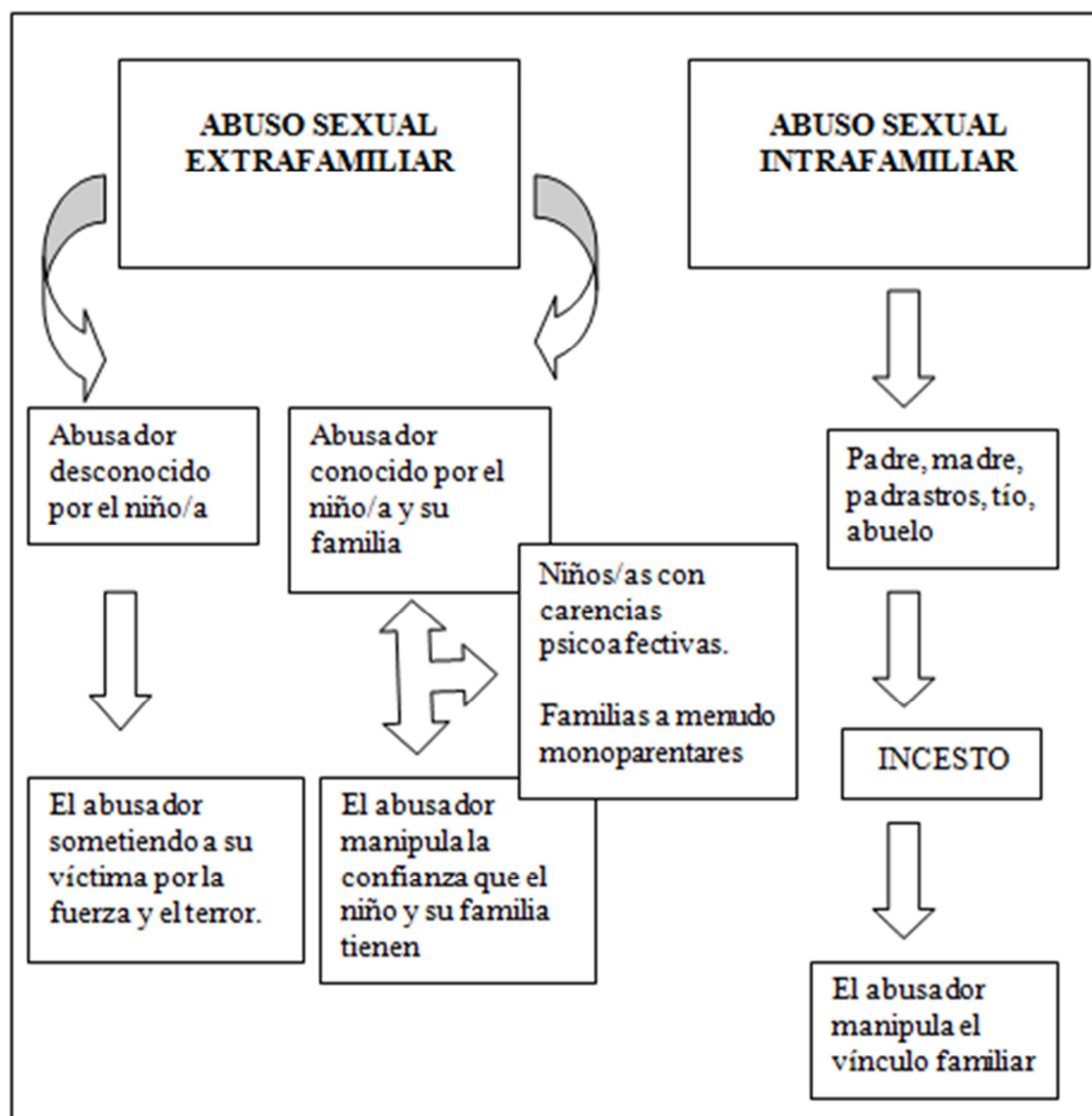


Figura 4. *Diferentes tipos de abusos sexuales en niños y niñas, según la relación entre la persona abusadora-víctima (Barudy, 1998, p. 188).*

Los estudios de prevalencia obtenidos en España realizados por López (López et al., 1994; López, Carpintero, Hernández, Martín y Fuentes, 1995) ya recogidos en la revisión de Finkelhor indican que el 87% de agresores son varones; desconocidos en el 27% de las víctimas mujeres y en el 45% en las víctimas varones; y conocidos en el 42% en las víctimas mujeres y en el 31% en las víctimas varones. Cabe reseñar que a diferencia de otros estudios, el abuso sexual infantil intrafamiliar se produjo porcentualmente más en varones con un 12% que en mujeres con un 4%.

En el estudio realizado por De Paúl, Milner y Múgica (1995) en un grupo de 403 estudiantes universitarios del País Vasco, replica del estudio de Milner, Robertson y

Rogers (1990) con universitarios norteamericanos, el 33% del alumnado refirió abuso sexual infantil intrafamiliar. Los sujetos que refirieron abuso sexual antes de los 13 años manifestaron haber sido víctimas de una agresión intrafamiliar en el 62% de los casos.

Por su parte, el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (Sanmartín, 2002) en el análisis de los expedientes de protección al menor analizados de todas las comunidades autónomas de España entre los años 1997 y 1998 estableció el abuso sexual intrafamiliar en un 2,4%; cometido por los padres biológicos en el 54,28% de los casos y por figuras paternas no biológicas en el 18,47% de los casos. Según Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) se da un mayor número de casos de niñas en el abuso intrafamiliar (incesto), con una edad de inicio anterior (7-8 años) y un mayor número de niños en el extrafamiliar (pedofilia), con una edad de inicio posterior de 11-12 años. Según estos mismos autores, la mayoría de las investigaciones coinciden en que la persona agresora suele ser un conocido de la víctima. En este sentido alrededor del 20% de los casos denunciados de incesto hacen referencia a los contactos entre el padre y la hija. El incesto entre el padrastro y la hija constituye un 15-20% de los casos y el 65% restante implica a hermanos, tíos, hermanastros, abuelos y parejas que viven en el mismo hogar.

Así mismo, el estudio realizado en España por Pereda (2006) en muestra universitaria indica que la persona agresora es predominantemente un amigo o conocido de la víctima de sexo masculino en 65,8% de los casos (47,2% según los datos aportados por Cortés et al., 2011) y un familiar en víctimas de sexo femenino (45,7% de los casos). A su vez, un estudio realizado en un dispositivo andaluz especializado en una muestra de 250 niños y niñas con sospecha de abuso sexual el 70% fue supuesta víctima intrafamiliar, de los cuales el 83,4% tenían relación de consanguinidad y el 16.6% sin consanguinidad (Sánchez y Martín, 2007).

El hecho de que el abuso sea cometido por un familiar dificulta aún más que la atención del abuso sexual llegue a las autoridades, ya que fortalece el secretismo asociado al abuso, sea por la intensa vergüenza que lo acompaña o por miedo a destruir la familia (Dupont et al., 2015; Elliott, Browne y Kilcoyne, 1995; Smallbone y Wortley, 2001). Otros factores que influyen en el silencio de las víctimas son su corta edad, la dependencia hacia el adulto agresor y las sanciones que implican la denuncia del caso (Finklehor, 1994; Golman y Padayachi, 2000; Pereda, 2006). Tan sólo un 2% de los casos de abuso sexual familiar se conocen al tiempo en que ocurren (López, 1997) por lo que cabe esperar que la incidencia real del abuso sexual intrafamiliar sea muy superior a lo que se estima.

Por otro lado, se encuentran las estrategias que la persona agresora utiliza para garantizar el silencio de las víctimas. En este sentido resulta relevante acudir nuevamente a los recientes datos del estudio de la universidad de Granada (Cortés et al., 2011) que señalan que alrededor de la mitad de los agresores utiliza el engaño y el empleo de la fuerza es poco frecuente (14,9%), un resultado similar a los de otras investigaciones internacionales (McCranna, Lalor y Katabaro, 2006; Stolzenberg y Lyon, 2014) y españolas (Pereda, 2009; Pereda y Forns, 2007) en las cuales los abusos no suelen ir acompañados de violencia física ni de amenaza de usarla. Coincidiendo con un estudio previo Leclerc, Proulx y Beauregard (2009) las estrategias variaban en función de la edad de la víctima, de la persona agresora y de la relación entre ambos. Estrategias como sobornos/privilegios o la realización de los abusos como parte de un juego se utilizaban más con niños y niñas pequeños, mientras que con los mayores era más frecuente el empleo de la fuerza o la seducción. Las personas agresoras mayores de edad utilizaban más el afecto, mientras que los menores recurrían más al abuso como parte del juego. Finalmente, mientras que los familiares solían recurrir al soborno o al juego, los perpetradores no familiares utilizaban más la fuerza o la seducción.

En la Tabla 2 se presenta el *modus operandi* de las personas agresoras para cometer los abusos y garantizar el silencio de las víctimas hallado por la universidad de Granada.

Tabla 2. *Frecuencia y porcentajes no excluyentes del modus operandi de la persona agresora (Cortés, Cantón y Cantón-Cortés, 2011, p. 162).*

| ESTRATEGIAS UTILIZADAS                           | N   | %    |
|--------------------------------------------------|-----|------|
| <b>Para cometer el abuso</b>                     |     |      |
| Convencer con engaños                            | 136 | 50,5 |
| Como parte de un juego                           | 122 | 45,5 |
| Utilización de afecto                            | 94  | 35,1 |
| Utilización de la seducción                      | 32  | 11,9 |
| Se aprovecha de su autoridad                     | 51  | 19,9 |
| Uso de soborno y privilegios                     | 47  | 17,5 |
| Amenaza de retirada del afecto                   | 24  | 9,2  |
| Amenaza de daños físicos                         | 15  | 5,6  |
| Amenaza de retirada de privilegios               | 9   | 3,4  |
| Empleo de la fuerza                              | 31  | 11,5 |
| Empleo de la fuerza con daños                    | 13  | 4,8  |
| <b>Para garantizar el silencio de la víctima</b> |     |      |
| No pide que guarde el secreto                    | 136 | 50,5 |
| Lo pide sin amenazar                             | 59  | 21,9 |
| Es un secreto especial                           | 41  | 15,2 |
| Amenaza de que se meterá en problemas            | 34  | 12,6 |
| Amenaza de retirada del afecto                   | 14  | 5,2  |
| Amenaza de daños físicos                         | 9   | 3,3  |
| Reacción negativa de los demás                   | 21  | 7,8  |
| Causará ruptura familiar o un daño emocional     | 49  | 18,2 |

El maltrato sexual infantil incluye por lo tanto numerosas categorías de actividad sexual entre un adulto y un niño o niña (o entre menores), así como el uso y explotación sexual de niños y niñas. Atendiendo a la aceptación de la definición de abuso sexual infantil adoptada por López et al. (1995) en el presente estudio se consideraran conductas sexuales abusivas tanto las conductas que implican contacto físico (caricias, masturbación, penetración), como aquellas que no implican directamente contacto (propuestas verbales de actividad sexual explícita, exhibicionismo, obligar al menor a presenciar actividades sexuales con otras personas, utilizar al menor para la producción de pornografía, etc.) a cualquier niño, niña o joven menor de 18 años bajo coerción y/o asimetría de edad. A su

vez, en este estudio resulta de vital importancia hacer una distinción entre el abuso sexual intrafamiliar y extrafamiliar, en función del contexto en el que acontecen el abuso, dado que es otro criterio muy presente en las clasificaciones, por determinar dinámicas clínicas muy diferentes que exigen programas de intervención diferentes (Barudy, 1998; Gomes, Jardim, Taveira, Dinis-Oliveira y Magalhães, 2014; Lestrade, Talbot, Ward y Cort, 2013; Nudel, 2014; Saywitz, Mannarino, Berliner y Cohen, 2000) y por la alta prevalencia del abuso sexual infantil en el ámbito familiar.

### 2.2 Etiología del abuso sexual infantil

Existen numerosos abordajes sobre la etiología del abuso sexual infantil. Uno de los comúnmente aceptados es el elaborado por Finkelhor (1984). En él se describen cuatro condiciones para que el abuso se produzca:

Primera condición: Está relacionada con la motivación de la persona agresora para cometer el abuso. En este sentido, los estudios establecen distintas categorías de motivaciones en las personas agresores sexuales, cada uno de los cuales desarrolla un modus operandi diferente, sea por una parafilia sexual; por repetición transgeneracional de experiencias previas de abuso en la infancia; por un componente psicopático de personalidad; por un trastorno de control de los impulsos; pedófilo exclusivo, por fijación obsesiva de un objeto sexualizado.

Segunda condición: Está relacionada con la habilidad de la persona agresora para superar sus propias inhibiciones y miedos, en algunos casos causada por la psicosis o por el consumo de alcohol y/o drogas. Entre los motivos socioculturales se encuentran la tolerancia social y la debilidad de las sanciones por el abuso sexual, una ideología patriarcal sobre los hijos, la pornografía infantil y la incapacidad de los adultos para identificarse con las necesidades de los niños y niñas.

Tercera condición: Es aquella por la que se vencen las inhibiciones externas o los factores de protección del niño o de la niña. Por ausencia, enfermedad o distanciamiento de la madre o que este dominada o maltratada por su compañero, el aislamiento social de la familia, la existencia de oportunidades de estar a solas con el niño o niña, la falta de vigilancia, etc.

Cuarta condición: Es la que le permite vencer la resistencia del niño para lo cual se recurre al uso de violencia, amenaza, engaño y/o manipulación. En este punto, hay

menores especialmente vulnerables como los niños y niñas con discapacidades, o aquellos cuya capacidad para oponer resistencia se ve seriamente mermada por otros factores, como por ejemplo la inseguridad emocional del niño/a, la edad e ignorancia sobre el tema o una relación de confianza ente el niño o la niña y la persona agresora.

La identificación de los factores de riesgo resulta fundamental para el desarrollo de programas de reducción de riesgos y prevención del abuso sexual infantil. Cualquier menor puede ser víctima de abuso sexual en algún momento de su infancia, no obstante, existen ciertos factores asociados a un incremento de riesgo de abuso sexual que permiten identificar grupos de riesgo sobre los que poder intervenir de cara a la prevención (Del Campo, 2003).

Son numerosos los estudios que confirman la existencia de factores personales, familiares y sociales asociados a un mayor riesgo de sufrir abusos sexuales (Abbey, Wegner, Pierce y Jacques-Tiura, 2012; Del Campo, 2003; Deza, 2005; Finkelhor, 2000; Martin et al., 2011; Wanklyn, Ward, Cormier, Day y Newman, 2012).

El abuso sexual infantil debe ser entendido desde una perspectiva ecológica que considera simultáneamente el nivel individual, familiar y la comunidad (Espelage y Swearer, 2003) ya que la génesis de cualquier tipo de maltrato infantil se explica desde la existencia de una acumulación de factores de riesgo. Programas de Sensibilización y Prevención del Abuso Sexual Infantil como Save the Children y PreInfad toman como referente el marco ecológico para ofrecer un modelo integral de evaluación donde no sólo se distingue entre factores protectores o compensadores y de riesgo o potenciadores, sino que dentro de cada categoría, se establece la diferencia entre los factores estables y los factores situacionales.

El modelo etiopatogénico que mejor explica que la presencia de factores de riesgo puedan inducir al abuso según Soriano (2009), es el modelo integral del maltrato infantil (Osuna, Cabrera y Morales, 2000). Este modelo presentado en la Tabla 3 considera la existencia de diferentes niveles ecológicos que están encajados unos dentro de otros interactuando en una dimensión temporal. Los sistemas relacionales interactúan constantemente, creando una serie de circunstancias o factores que producen un riesgo o una protección frente al maltrato infantil, en cualquiera de sus formas.

Tabla 3. *Modelo integral del maltrato infantil: Morales, Zunzunegui y Martínez (1997)*  
*Adaptado por Soriano (2009, p. 129).*

| Niveles ecológicos                     | INDICADORES<br>POTENCIADORES O DE<br>RIESGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | INDICADORES<br>COMPENSADORES O<br>PROTECTORES                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DESARROLLO INDIVIDUAL<br>DE LOS PADRES | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia familiar de abuso.</li> <li>- Falta de afectividad en la infancia de los padres.</li> <li>- Baja autoestima.</li> <li>- Pobres habilidades personales.</li> </ul>                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiencia en los cuidados del niño/a.</li> <li>- Habilidad interpersonal.</li> <li>- Cociente Intelectual elevado.</li> <li>- Reconocimiento de la experiencia de maltrato en la infancia.</li> </ul>                                                         |
| MICROSISTEMA                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <u>Medio familiar:</u><br><br>Padres   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Trastornos físicos/psíquicos.</li> <li>- Drogodependencias.</li> <li>- Padre/madre solo.</li> <li>- Madre joven.</li> <li>- Padre/madre no biológico.</li> <li>- Desarmonía familiar.</li> <li>- Enfermedades/lesiones.</li> <li>- Conflictos conyugales.</li> <li>- Violencia familiar.</li> <li>- Falta de control de impulsos.</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación familiar.</li> <li>- Satisfacción personal.</li> <li>- Escasos sucesos vitales estresantes.</li> <li>- Intervenciones terapéuticas en la familia.</li> <li>- Ambiente familiar sin exposición a violencia.</li> <li>- Armonía marital.</li> </ul> |
| Hijos/as                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hijos/as no deseados.</li> <li>- Trastorno congénito.</li> <li>- Anomalías físicas o psíquicas.</li> <li>- Enfermedad crónica.</li> <li>- Tamaño de la fratría.</li> <li>- Nacimiento prematuro.</li> <li>- Bajo peso al nacer.</li> <li>- Ausencia de control prenatal.</li> <li>- Trastorno de la conducta.</li> <li>- Proximidad de edad entre hijos.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Apego materno/paterno al hijo/a</li> <li>- Satisfacción en el desarrollo del niño/a.</li> </ul>                                                                                                                                                                  |

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EXOSISTEMA           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <u>Socio-laboral</u> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bajo nivel socio/económico.</li> <li>- Desempleo.</li> <li>- Insatisfacción laboral.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Condición financiera</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <u>Vecindario</u>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aislamiento social.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo social.</li> <li>- Buena experiencia con iguales</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                 |
| MACROSISTEMA         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <u>Sociales</u>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alta criminalidad.</li> <li>- Baja cobertura servicios sociales.</li> <li>- Alta frecuencia desempleo.</li> <li>- Pobreza de grupo social.</li> <li>- Alta movilidad geográfica.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programas de mejora, de redes de apoyo e integración social de familias vulnerables.</li> <li>- Programas sanitarios.</li> </ul>                                                                                                                                                                                  |
| <u>Culturales</u>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aceptación castigo corporal.</li> <li>- Valoración del niño como propiedad de los padres.</li> <li>- La familia como un ámbito de privacidad aislado.</li> <li>- Concepción del niño como proyecto de persona, no como persona.</li> <li>- Tolerancia con todas las formas de maltrato infantil.</li> <li>- Negación de la sexualidad infantil.</li> <li>- Mito de la familia feliz.</li> <li>- Sexismo: fomento de la idea de poder y discriminación.</li> <li>- Subcultura patriarcal.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actitud hacia la infancia, la mujer, la paternidad de la sociedad.</li> <li>- Concepción del niño/a como persona independiente y con derechos.</li> <li>- La familia como un ámbito social integrado.</li> <li>- Consideración del niño/a como miembro de la familia, no como propiedad de los padres.</li> </ul> |

Tras una revisión de los posibles factores intervinientes en el origen del abuso sexual infantil resulta de interés práctico continuar indagando en las causas de este fenómeno a través de los modelos explicativos del maltrato infantil, en general, y del abuso sexual, en particular, dada la importancia de la comprensión de la totalidad de elementos interactuantes, cara a la detección, tratamiento y prevención del abuso sexual infantil.

### 2.3 Modelos teóricos del abuso sexual infantil

Cada forma de maltrato tiene sus propios determinantes, no obstante, podemos referirnos globalmente a las causas que originan el problema de los malos tratos a menores, en la medida que existen unos factores habitualmente presentes en cualquiera de las tipologías (Torio y Peña, 2006). Además, el abuso sexual infantil suele englobarse dentro de otras formas de maltrato infantil (Sepúlveda, 2010). De hecho, el maltrato físico es el más estudiado de todos los tipos en los que puede clasificarse el fenómeno. Esto se debe, fundamentalmente, a que fue el primero en despertar el interés de la sociedad, por ser la práctica de maltrato que puede identificarse mejor y que tiene consecuencias más evidentes (Manso, 2006).

Los primeros modelos intentaron explicar el maltrato infantil a partir de la supuesta presencia de alteraciones psiquiátricas en los padres o cuidadores, lo cual imposibilitaba ejercer adecuadamente el rol parental, pero la existencia de numerosos casos en los que los éstos no manifestaban ningún trastorno psicopatológico condujo a cuestionar tal hipótesis. Por ende, se comenzaron a buscar características psicológicas que sin ser patológicas, explicasen disfunciones en la ejecución del rol parental (Manso, 2006). Desde entonces, han surgido modelos sociológicos o socioambientales (Gil, 1970) que proporcionan una explicación del maltrato infantil a partir de factores socioeconómicos. Apuntando que a mayor empobrecimiento social, menor acceso a recursos sociales, menor calidad de la red de soporte social y más alta frecuencia de maltrato y abandono infantil (Duncan, Ziolk-Guest y Kalil, 2010; Garbarino y Kostelny, 1992; Sedlak et al., 2010). A partir de este momento, ante la evidencia de que ni las variables psicológicas ni las sociológicas son suficientes para explicar el maltrato, aparecen los modelos psicosociales y sociointeraccionales, integrando los aspectos psiquiátricos y psicológicos con los aspectos sociales, culturales y ambientales (Wolfe, 1985).

Dos modelos explicativos que han alcanzado amplio consenso son los modelos de corte psicosocial o modelo sociointeraccional de Parke y Collmer (1975) y Wolfe (1987), el cual plantea el análisis de los procesos psicológicos que condicionan las interacciones entre padres e hijos e hijas, y median entre variables individuales y los factores sociales; y el modelo ecosistémico (Belsky, 1993), el cual diseña la integración, en cada caso concreto, de variables en diferentes niveles ecológicos (microsistema, macrosistema, exosistema), de manera que muchos de los posibles factores de riesgo aparecidos hasta

ahora en los distintos estudios realizados sobre el maltrato infantil se incluyen en los diversos niveles (Manso, 2006).

Tras varios años la tendencia de generalizar los resultados obtenidos en estudios específicos de maltrato físico al resto de los tipos de abuso, sin tener en cuenta que la causalidad puede ser diferente fue cambiando. A pesar de la dificultad de encontrar tipologías de maltrato puro, los esfuerzos en la actualidad se encaminan al estudio específico de cada una de las formas principales de maltrato (Manso, 2006).

Desde el punto de vista histórico de los modelos explicativos del abuso sexual infantil, puede hablarse de dos perspectivas principales. La primera perspectiva, basada en las relaciones incestuosas entre padre e hijos e hijas, centrada en la familia, explica el origen del abuso sexual desde una dinámica familiar disfuncional, la cual no explicaría los abusos sexuales extrafamiliares, ni los abusos intrafamiliares cometidos por otros miembros de la familia. La segunda perspectiva centrada en la persona abusadora, la cual establece que la raíz del abuso sexual se encuentra en las características psicológicas y fisiológicas del perpetrador.

Con el incremento de la investigación sobre la etiología del abuso sexual, entre los modelos explicativos centrados en criterios individuales existen tentativas para superar la originaria suposición de que la persona que agrede sexualmente muestra patología psíquica, señalando la presencia de otras características personales tales como la inmadurez, baja autoestima o sentimientos de inutilidad, entre otras (Finkelhor, 1984). En los que se basan en criterios familiares se enfatiza la presencia de conflictividad familiar violenta o no y el alejamiento sexual de la pareja (Crivillé, 1987). En los modelos explicativos centrados en criterios contextuales, por su parte, se argumenta que la persona agresora sexual es una persona introvertida, solitaria y con falta de apoyo social (Milner et al., 1990). Este mismo autor añade que el haber crecido en un ambiente familiar no protector, de abandono, maltrato físico y abuso sexual, son a su vez, características significativas en numerosas de las personas agresoras.

Finalmente, dos modelos explicativos clásicos del abuso sexual infantil de obligada referencia por su carácter revelador son, el modelo de Finkelhor (1984) que ha continuado siendo la mejor fuente de generación de hipótesis y organización de los datos existente años después (Manso, 2006) para dar respuesta a por qué determinadas personas se interesan sexualmente por los niños y/o niñas, y la razón por la cual el interés conduce al

abuso; y el modelo integrador de Faller (1993) que diferencia entre las condiciones propiciadoras del abuso sexual (factores sociales, biográficos y familiares) y los factores que contribuyen a la aparición del abuso sexual (personales, culturales, familiares, ambientales, de personalidad y biográficos) pero no lo provocan.

### **2.3.1 Modelos explicativos del abuso o maltrato infantil**

Cómo ya se viene mencionando en el apartado anterior, en los últimos años, ha habido notables cambios en la teorización de las causas del maltrato infantil. Así, los primeros modelos explicativos hacían referencia a un solo factor explicativo, mientras que los más recientes son de naturaleza multivariante e interaccionista. Todos ellos, modelos consecutivos que se han ido sucediendo en el tiempo (Ver Figura5). A continuación se presenta la evolución de los modelos teóricos presentada por Torío y Peña (2006, p. 529) expuestos en la Figura 5.

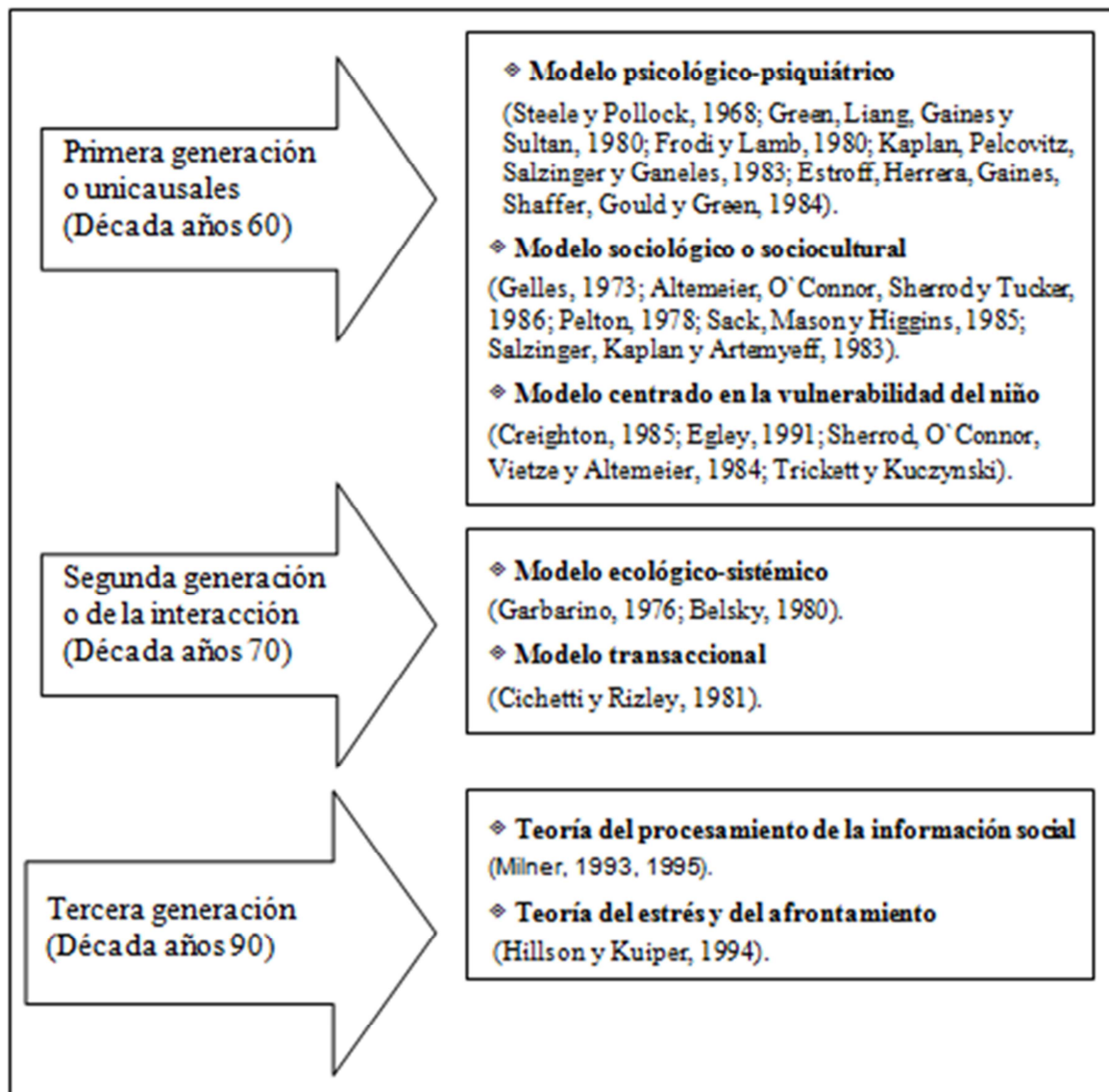


Figura 5. *Modelos teóricos de la etiología del maltrato infantil.* (Torío y Peña, 2006, p. 529).

#### 2.3.1.1 Modelos de primera generación o unicausales

En la década de los años 60, surgieron los primeros modelos explicativos sistematizados que analizaban una serie de factores independientes a nivel psicológico, social e individual. Precisamente de la ausencia de articulación o interacción entre dichos factores proviene la denominación unicausal.

### 2.3.1.1.1 *El modelo psicológico-psiquiátrico*

El modelo psicológico-psiquiátrico postula una relación entre el abuso infantil y la psicopatología. Las teorías que apoyan este modelo al centrar su estudio en la presencia de enfermedades mentales o síndromes o alteraciones psicológicas específicas hacen hincapié en la carga biológica. En el caso de los maltratos o abusos cometidos por los progenitores o cuidadores esta sería la causante de la distorsión o la no adquisición de recursos para desempeñar el rol de padre, madre o persona cuidadora.

Son varios los autores que han encontrado correlaciones significativas entre el maltrato físico y las características de personalidad tales como la dificultad para controlar los impulsos y la baja autoestima (Culp, Culp, Soulis y Letts, 1989; Milner, 1988; Windham et al., 2004; Zuravin y Greif, 1989), la escasa capacidad de empatía, la depresión y ansiedad en los padres (Dixon, Hamilton-Giachritsis y Browne, 2005; Windham et al., 2004; Zuravin, 1988). Otra serie de estudios han demostrado la correlación entre el consumo de sustancias y el maltrato físico en general, en todas las formas de maltrato infantil, cuantificada en cifras que oscilan desde el 43% (Murphy et al., 1991) hasta el 67% (Famularo, Kinscherff y Feton, 1992) en los casos de maltrato que implican a padres y madres con problemas de consumo de alcohol y tóxicos (Karatekin, Gehrman y Lawler, 2014).

Desde la corriente cognitiva, se ha planteado que los padres maltratadores, y especialmente en el caso de las madres, se encuentran dificultades para expresar y reconocer las emociones (Camras et al., 1988; Ellis, Alisic, Reiss, Dishion y Fisher, 2014; Kropp y Haynes, 1987; Shipman et al., 2007) y expectativas inadecuadas en cuanto a las capacidades de sus hijos e hijas. En esta dirección, hay autores (Chance y Scannapieco, 2002; Douglas, 2013; Oliva, Moreno, Palacios y Saldaña, 1995) que señalan las expectativas irrealistas de los padres al esperar de sus hijos e hijas conductas maduras, inapropiadas para su edad, como causa importante del maltrato. Así como estudios que plantean que la conducta de maltrato es consecuencia del estilo interactivo y las prácticas de crianza de la familia (Cerezo y D'Ocon, 1995; Gaudin, Polasky, Kilpatrick y Shilton, 1996; Whipple y Webster-Stratton, 1991; Wolfe y McIsaac, 2011).

Sin embargo, resulta de interés señalar que ya por los años 70 existían investigaciones que indicaban que tan sólo un 10% de los casos de violencia familiar pueden atribuirse

exclusivamente a rasgos de personalidad, enfermedades mentales, o psicopatologías (Steele, 1978).

#### *2.3.1.1.2 El modelo sociológico o sociocultural*

En los años 70 surge una reacción teórica al reduccionismo del modelo psicológico-psiquiátrico en alza del desarrollo de modelos multifactoriales de índole más holista. Este modelo se caracteriza por el reconocimiento del contexto social y cultural en el que tiene lugar el abuso infantil. Presta especial atención a variables como el estrés familiar, el aislamiento social, la composición familiar, los valores y normas culturales, la organización social de la comunidad, etc.

Bajo este modelo que señala las condiciones familiares y los valores y prácticas culturales como determinantes del maltrato infantil, se apuntan las variables estresantes como factores que aumentan la probabilidad del maltrato (Hillson y Kuiper, 1994; Soriano, 2008). Numerosos autores coinciden en afirmar que el maltrato infantil está relacionado con los problemas económicos (Butler, 2013), eventos de vida difíciles, dentro de los que se encuentran desempleo, pobreza, muerte de un ser querido, divorcio, pérdida material, entre otros (Azevedo y Maia, 2006; Beltrán, 2007; Bolívar, Covers y Moreno, 2014; Eckert, Ribeiro, Silva y Sousa, 2007; Graxiola-Romero y Frías-Armenta, 2012; Kalebic y Ajdukovic, 2011; Sedlak et al., 2010). Westby (2007), por ejemplo, afirma que las familias que experimentan ambientes y eventos estresantes tienden a maltratar físicamente, rechazar y ser negligentes con sus hijos e hijas.

Cabe precisar que no existe total acuerdo sobre la relación entre la pobreza y el maltrato físico, a pesar de que algunos autores (Bolívar et al., 2014; Espitia y Gaitán, 2012; Prinz, Sanders, Shapiro, Whitaker y Lutzker, 2009) sostienen dicha relación argumentando las implicaciones que la pobreza tiene sobre las interacciones interpersonales. Autores como Chance y Scannapieco (2002) y Moreno (2014) sugieren que, si bien la desventaja económica parece ser un factor de riesgo del maltrato infantil, un gran número de niños y niñas que pertenecen a familias pobres no son maltratados, y afirman que el maltrato infantil se produce con independencia de la clase social, y que se encuentra sobrerrepresentado en las clases más bajas debido a la mayor vigilancia de las familias pobres por parte de los Servicios Sociales.

Sin embargo, sí que se cuenta con un amplio consenso en relación a otros factores como es el caso del aislamiento social como una de las causas que provoca el maltrato físico (Belsky, 1993; Bolívar et al., 2014; Cameron, 1990; Gómez, Muñoz y Haz, 2007; Soriano, 2008; Tzeng, Jackson y Karlson, 1992). Así mismo, la falta de apoyo social y el estrés provocado por las malas condiciones económicas, entre otros factores comunitarios como una mayor concentración de población excluida y problemas de delincuencia, se ha señalado como variables que inducen a un empeoramiento de los problemas de maltrato (Bursik y Grasmick, 1993; Coulton, Korbin, Su y Chow, 1995; Garbarino y Kostelny, 1992; Gómez et al., 2007). Bolívar et al. (2014), en el estudio de 50 casos céntricos de niñas y adolescentes entre 5 y 17 años semiinternadas, encontraron que el 66% de las familias que contaban con apoyo social presentaron maltrato infantil, y que el 26% de las familias que presentaron aislamiento social maltrataban a sus hijas.

Otro aspecto causal que el modelo sociológico toma en consideración es la relación entre el maltrato físico y la aceptación social del castigo físico como método de disciplina. Estudios transculturales (Corral, Frías, Romero y Muñoz, 1995; Fréchette, Zoratti y Romano, 2015; Fry, 1993; Rodríguez, 2013) aportan datos sobre la influencia de la aceptación del castigo en la frecuencia de prácticas de maltrato.

Sin embargo, el modelo sociológico, al igual que el modelo psicológico-psiquiátrico, asume implícitamente que las relaciones entre la persona abusadora y víctima son unidireccionales, siendo los primeros los que únicamente ejercen la influencia en el subsistema de las relaciones familiares (Soriano, 2008).

### *2.3.1.1.3 El modelo centrado en la vulnerabilidad del niño o niña*

El modelo centrado en la vulnerabilidad del niño o de la niña introduce el papel que las propias características de los niños o niñas pueden ejercer en la dinámica relacional obviadas hasta el momento. Recogiendo así, tanto el perfil psicológico del progenitor o de la persona cuidadora agresora como el perfil del niño o de la niña víctima de abuso. Con este modelo surge el estudio de los factores de riesgo que hacen a los niños y niñas más vulnerables a la situación de abuso: la edad, el sexo, tener una discapacidad física o psíquica, la victimización previa, relaciones negativas con los iguales, problemas de conducta, el temperamento, etc.

Desde esta perspectiva teórica se plantea que el niño o la niña que sufre malos tratos muestra ciertos rasgos que provocan rechazo, frustración y estrés en los cuidadores (Algood, Hong, Gourdine y Williams, 2011; Azar, 1991; Blackson, Tarter y Mezzich, 1996; Gore y Janssen, 2007; Sobsey, 2002). Trickett y Kuczynski (1986), por ejemplo, señalaron que los niños y niñas que sufrían maltrato físico exhibían más conductas disruptivas, sin embargo, no está claro si la conducta del niño o niña era la causa o el efecto del maltrato (Cipriano-Essel, Skowron, Stifter y Teti, 2013; Cohen et al., 1996; Lang, Gartstein, Rodgers y Lebeck, 2010; Whipple y Webster-Stratton, 1991). A pesar de eso parecen existir evidencias más solidas sobre la relación apuntada entre, déficit, discapacidad, mala salud física y diferentes tipologías de maltrato infantil (Cornellà y Juárez, 2014; Cuevas, Finkelhor, Ormrod y Turner, 2009; Flaherty y Weiss, 1990; Hershkowitz, Lamb y Horowitz, 2007; Knutson, 1995; Lachica, 2010; Loinaz, Echeburúa e Irureta, 2011; Sullivan y Quayle, 2012). La edad del niño o niña también se ha señalado como un factor de riesgo, Belsky (1993) afirma que los niños y niñas menores de 6 años, especialmente en torno a los 2 y 3 años, presentan una mayor vulnerabilidad sobre todo para las lesiones graves, con motivo del comienzo de las manifestaciones de asertividad y Fournier et al. (1999) marcan una franja de edad de mayor castigo corporal similar, estimada entre los 3 y 5 años. Otros estudios también han indicado que los niños y niñas de 4 años y menores son más a menudo víctima de los abusos y negligencias físicas más graves, incluyendo en muchos casos la muerte (Damashek, Nelson y Bonner, 2013; Klevens y Leeb, 2010; Lyman et al., 2003; Sidebotham, Bailey, Belderson y Brandon, 2011).

#### 2.3.1.2 Modelos de segunda generación o de la interacción social

Sin dejar de reconocer la importancia de los factores individuales la perspectiva unicausal ha sido cuestionada por numerosos autores (Gelles, 1973; Parke y Lewis, 1981; Musitu, 1984). Las investigaciones llevadas a cabo en la década de los 70 han dado paso a nuevos modelos conceptuales que, desplazando y ampliando el análisis desde el individuo al contexto social, enfatizan la interdependencia entre la familia, la comunidad y el contexto cultural, en el abuso infantil, y la importancia de los sistemas de apoyo formales e informales así como de los valores culturales en la modulación de los patrones de interacción familiar (Fuster, García y Musitu, 1988). En este contexto llega la asunción de que una sola variable no puede dar cuenta de la conducta de abuso asociándose el abuso

infantil a una combinación de factores que concurren. Como consecuencia, aparecen los modelos denominados de segunda generación que se presentan a continuación.

### 2.3.1.2.1 *El Modelo ecológico-sistémico*

Dentro del modelo ecológico los individuos se consideran inmersos en sistemas múltiples y conectados, lo cual indica que toda conducta debe comprenderse dentro de un contexto sistémico. Desde este modelo, el abuso infantil es considerado como el resultado de la interacción de múltiples factores anidados dentro de distintos niveles: individual, familias y ambiental. Perspectiva que con el reconocimiento de la naturaleza compleja y multidimensional de este fenómeno supone la superación de dichos contextos. Garbarino (1976, 1993) y Belsky (1980, 1993) son los principales representantes de este modelo considerado por muchos autores uno de los más comprehensivos modelos del maltrato infantil hasta la fecha (Bolívar et al., 2014; Soriano, 2008).

El modelo ecosistémico integra la conceptualización de los contextos propuesto por Brofenbrenner (1979) y el análisis del desarrollo ontogenético de Tinbergen (1951) para integrar y considerar simultáneamente los distintos contextos implicados en el abuso infantil así como las diferencias individuales de los padres que tienen lugar como desarrollo de las historias personales en el desarrollo. El modelo resultante son cuatro niveles de análisis en la detección de factores y procesos explicativos que contribuyen a la etiología del maltrato infantil: desarrollo ontogénico, microsistema, ecosistema y macrosistema.

El desarrollo ontogenético o individual se refiere a la herencia que los padres maltratadores o agresores arrastran consigo: la historia de malos tratos o abuso, desatención severa, rechazo emocional y falta de calor afectivo en la infancia, ausencia de experiencia en el cuidado del niño o niña, ignorancia sobre las características evolutivas del niño o niña, ignorancia sobre las características evolutivas del niño o niña y sus necesidades, historia de disarmonía y ruptura familiar. El mesosistema hace referencia al lugar común que relaciona los distintos microsistemas en los que participa la persona (familiar, escolar, sanitario y vecindad). Lo que sucede en el microsistema familiar extiende sus ramificaciones a otros microsistemas y viceversa. El exosistema (entorno social) representa tanto las estructuras formales como informales en las que se encuentra inmerso el microsistema familiar, fundamentalmente el mundo laboral (desempleo, falta de recursos, insatisfacción laboral, tensión en el trabajo, etc.) y las relaciones sociales

(aislamiento, falta de soporte social), siendo fundamental el tema del desempleo y el apoyo social. El macrosistema (sociedad) se refiere al conjunto de valores y creencias culturales acerca de la paternidad/maternidad, los niños y niñas, derechos de los padres sobre los hijos e hijas y condiciones socioeconómicas de la población. Situaciones sociales como la crisis económica, las actitudes sociales hacia la infancia, la educación, la movilidad social y la emigración, entre otras, pueden afectar de manera importante a las distintas situaciones familiares y, por ende, a las posibilidades de ocurrencia de situaciones de violencia y malos tratos.

Según este enfoque, el abuso infantil es un problema multicausal determinado por múltiples fuerzas o factores de riesgo asociados que no postula efectos aditivos de estos cuatro sistemas de influencia sino su interacción.

### 2.3.1.2.2 *El modelo transaccional*

Cicchetty y Rizley (1981) desarrollaron más la explicación del maltrato infantil con la formulación de su modelo transaccional que además de reconocer la naturaleza multicausal del maltrato, incluía factores potenciadores y compensadores del abuso infantil. Ambos factores se pueden clasificar como transitorios o permanentes.

Se denominan factores potenciadores permanentes aquellos atributos o condiciones de larga duración que contribuyen a los abusos o malos tratos. Pueden ser de carácter biológico (discapacidad física o psíquica), histórico (un padre con historial de malos tratos), psicológico (escasa tolerancia a la frustración) o ecológico (altos niveles de estrés). Los factores potenciadores transitorios son las condiciones y factores de estrés, a los que tienen que hacer frente las familias en un determinado momento, que pueden predisponer a los padres a maltratar o abusar de los hijos o hijas. Por ejemplo, dificultades legales, problemas matrimoniales, problemas con la disciplina de los hijos e hijas o la entrada del niño o niña en un periodo evolutivo más difícil.

Los factores de compensación son igualmente requeridos para una completa conceptualización de la etiología del maltrato infantil. Son los factores que también pueden tener un carácter transitorio o duradero, y hacen referencia a las condiciones que disminuyen la posibilidad de que ocurra el maltrato y pueden proteger a la familia del estrés (ingresos extras, periodos de armonía matrimonial, historia paterna o manterna de crianza adecuada, etc.).

Según este modelo, los malos tratos o el abuso ocurren cuando los factores de riesgo sobrepasan o anulan cualquier influencia compensatoria.

### 2.3.1.3 Modelos de tercera generación

En la década de los años 90 desde la crítica a la simplicidad de los modelos unicausales (primera generación) y la naturaleza meramente descriptiva de los modelos de segunda generación (Ammerman, 1990; Bringiotti, 2000) nacen los modelos de tercera generación. Se trata de modelos que tratan de entrar en la raíz del problema para intentar dar una explicación más completa sobre la aparición y desarrollo del maltrato infantil, centrándose en los procesos psicológicos que subyacen al maltrato.

#### 2.3.1.3.1 *La teoría de procesamiento de la información social*

Milner (1993; 1995; 2002) propone un modelo cognitivo-conductual que se basa en la teoría del procesamiento de la información social donde se asocian distorsiones y sesgos cognitivos con esquemas cognitivos preexistentes. Milner (1995) desarrolló el modelo con objeto de hacer una descripción detallada de los déficits en los procesos y habilidades cognitivas que se cree que contribuyen al abuso o maltrato infantil. Para ello propone cuatro etapas en el procesamiento de la información: La percepción del comportamiento social; Interpretación, evaluación y expectativas que dan significado al comportamiento social; Integración de la información y selección de respuesta y Ejecución y control de la respuesta.

El modelo supone que los padres desarrollan y mantienen ideas y valores (esquemas) globales y específicos sobre sus hijos/as, y que dichos esquemas cognitivos preexistentes originan un sesgo cognitivo que determina en gran medida la conducta del adulto.

A continuación, se presentan los tres estadios de procesamiento cognitivo y el estadio final cognitivo-conductual correspondiente al acto del abuso que esta teoría postula para explicar el papel que desempeñan las cogniciones de los padres en el maltrato o abuso infantil.

El primer estadio corresponde a las percepciones de los padres de la conducta del niño o niña. Se asume que los padres maltratadores presentan distorsiones en la percepción y sesgos en la representación de los hijos o hijas y de su conducta. Los valores y creencias

de los padres pueden influir sobre el procesamiento de la información que procede del entorno, además, los factores personales (angustia, depresión, ansiedad) pueden hacer que sus percepciones sean poco acertadas.

El segundo estadio lo constituyen las interpretaciones, evaluaciones y expectativas de los padres sobre la conducta del niño o niña. Los padres agresores realizan predicciones equivocadas sobre la docilidad del niño o niña, tendiendo a realizar atribuciones estables e internas sobre la conducta negativa del niño o de la niña. En situaciones ambiguas también tienden a realizar atribuciones de intencionalidad negativa. Estas interpretaciones, evaluaciones y expectativas se distorsionan más cuando los padres están deprimidos, ansiosos o angustiados.

En el tercer estadio tiene lugar el proceso de integración de la información y selección de la respuesta. Los padres abusivos presentan dificultades para integrar adecuadamente la información recogida del medio, por lo cual se afecta la elección de la respuesta. Tienden a ignorar informaciones relevantes, dando paso a sus propios prejuicios y distorsiones cognitivas. Además carecen de habilidades adecuadas de crianza, lo cual limita la elección de respuestas posibles. Igualmente la angustia, depresión y ansiedad disminuyen la capacidad de la persona cuidadora para integrar la información.

La cuarta etapa consiste en la ejecución y control de la respuesta. Los padres abusivos no han desarrollado adecuadamente sus habilidades para la ejecución de conductas, presentándose disminuida su capacidad de controlarlas o modificarlas en caso de ser necesario. Los factores de angustia, depresión y ansiedad pueden disminuir la habilidad de la persona cuidadora para ejecutar o mantener una estrategia disciplinaria.

Milner (1995) plantea a su vez una distinción entre procesamiento controlado y automático de la información. Los padres maltratadores o abusadores utilizan más el procesamiento automático de la conducta infantil en situaciones ambiguas y que conllevan estrés. La actividad de este proceso puede iniciarse sin que los padres sean conscientes, al producirse a partir de contenidos enraizados en la memoria de largo plazo. Conforme a la repetición del procesamiento automático la latencia de respuesta se reduce, lo cual puede explicar reacciones inmediatas y explosivas y que el procesamiento automático en la primera etapa (percepción) pueda llevar de inmediato a la cuarta etapa (respuesta).

### 2.3.1.3.2 *La teoría del estrés y del afrontamiento*

El modelo de Hillson y Kuiper (1994) ahonda en el papel que las estrategias de afrontamiento de los padres desempeñan en la determinación de los malos tratos físicos y el abandono de los hijos e hijas.

Esta teoría del estrés y del afrontamiento está compuesta por cuatro elementos principales, entre los cuales se encuentran: los posibles factores de estrés (parentales, del niño o de la niña y ecológicos), las evaluaciones cognitivas (primaria y secundaria), los componentes de afrontamiento (disposiciones y respuestas) y las conductas de la persona cuidadora (facilitadora, negligente y abusiva). Por lo tanto, pone de relieve la naturaleza multideterminada del maltrato infantil contemplando los factores antecedentes del maltrato o abuso que pueden considerarse posibles factores de estrés (por ejemplo, el desempleo o la psicopatología parental). Sin embargo, estos factores no son clasificados a priori como compensadores o potenciadores, es la evaluación cognitiva que los padres o de las personas cuidadoras hacen de los mismos la que determina su estatus positivo o negativo. Es decir, un mismo factor puede ser evaluado de diferente forma por unos padres u otros y, por consiguiente, generar distintas interacciones con sus hijos e hijas.

La evaluación cognitiva inicial que determina la naturaleza estresante o no estresante de los factores antecedentes se denomina evaluación primaria. Cuando la evaluación primaria indica la presencia de un factor de estrés se procede a la evaluación secundaria de los recursos con los que cuentan los padres o las personas cuidadoras para afrontar dichos factores. A su vez el modelo sugiere que la persona cuidadora abusiva, con recursos limitados, es más probable que evalúen las situaciones como estresantes y que utilicen conductas de crianza menos eficaces. En resumen, las evaluaciones y estrategias de afrontamiento funcionales tienden a conducir a interacciones facilitadoras entre la persona cuidadora y el niño o la niña; y las evaluaciones y estrategias de afrontamiento disfuncionales por la contra, aumentan la probabilidad del maltrato infantil.

### 2.3.2 *Modelos explicativos del abuso sexual infantil*

Como ya se ha expuesto en la presentación del presente apartado, destaca como objetivo prioritario la necesidad de centrarse en modelos explicativos y factores de riesgo implicados en cada tipo de maltrato, a pesar de que en la práctica profesional resulta

complicado encontrar manifestaciones específicas y bien delimitadas, y lo habitual sea hallar indicadores de casos mixtos en los que prevalecen más manifestaciones de un maltrato (Espelage, Low y De La Rue, 2012; Finkelhor, Ormrod, Turner y Holt, 2009; Ford, Elhai y Connor, 2010; Manso, 2006).

En el caso del abuso sexual infantil, al igual que en el resto de tipologías de maltrato, se han postulado modelos explicativos específicos. Dado el carácter complejo de este tipo de abuso dichas perspectivas incluyen variedad de factores situacionales e interactivos como el contexto, la familia, la comunidad y la cultura, además de las características de las personas abusadoras y de los niños y niñas víctimas del abuso. El enfoque ecológico es una de las perspectivas de gran aceptación por su capacidad de comprender el abuso sexual infantil desde una panorámica global (Bolen, 2001; Hollomotz, 2007; Ramírez et al., 2011). Autores como Ward (2002) resaltan el consenso entre teóricos en lo referente a insuficiencia de una perspectiva individual para dar explicación a una problemática de dicha condición.

A continuación, se presenta los aportes a la explicación del abuso sexual de mayor aceptación teórica recogidos en la revisión bibliográfica efectuada por Ramírez (2008):

#### 2.3.2.1 El modelo ecológico

Como ya se expuesto anteriormente el modelo ecológico fue utilizado inicialmente para explicar el maltrato físico desde una perspectiva global por autores como Garbarino (1976, 1993), Bronfenbrenner (1979) y Belsky (1980, 1993). A su vez, en la problemática concreta del abuso sexual se trata de un modelo de gran aceptación alternativo a los modelos centrados en la disfuncionalidad o psicopatología. Los modelos ecológicos valoran el abuso como un fenómeno multicausal que pone de manifiesto el conjunto de relaciones entre el abuso sexual y el conjunto de factores sociales y culturales de lo rodean.

Vander Mey y Neff (1986) son unos de los autores que ofrecen un modelo ecológico específico para explicar el abuso sexual infantil a partir de cuatro niveles de influencia que aumentan la probabilidad del abuso sexual: *la sociedad* (el nivel general de violencia y la tolerancia a la misma, la importancia cultural de la privacidad familiar y las creencias culturales sobre el rol de la mujer y la concepción de niño o niña); *el vecindario* (subcultura de la violencia, nivel socioeconómico y la prevalencia familiar de la violencia); *la familia* (el estatus socioeconómico, la dominancia del padre, la violencia familiar

generalizada, la desorganización en los roles familiares y aislamiento social) y la *díada marital* (el pobre control de impulsos del padre, el autoritarismo, historia de abuso físico y sexual en la infancia, violencia en pareja, la creencia por parte de la persona agresora de que sus hijos o hijas son su propiedad, la incapacidad de la madre de reconocer las necesidades de sus hijos o hijas, insatisfacción con el matrimonio, el grado de empatía y la calidad del vínculo que tiene con sus hijos o hijas, la percepción de indefensión de la madre).

Bolen (2001) es otro autor representativo dentro de esta corriente. En la Figura 5 puede observarse como bajo este modelo el riesgo de abuso sexual es concebido como el resultado de influencias externas al niño o niña en relación a cuatro contextos: el desarrollo ontogénico, el microsistema, exosistema y macrosistema. El desarrollo ontogénico se refiere al proceso evolutivo de un individuo y que determina su estructura y características individuales, a las variables relacionadas con su historia personal y de crianza, así como el resto de elementos que configuran su personalidad. Considerando que tanto la relación como el tipo de cuidado y atención recibidos durante su infancia pueden condicionar la capacidad para el desempeño del rol parental hacia sus propios hijos e hijas. El microsistema se incluye las características psicológicas y comportamentales de los miembros del sistema familiar, presentando especial relevancia la interacción que se produce entre todos ellos. Determinadas características de los padres como la capacidad empática, la tolerancia al estrés, la tendencia a la depresión, las alteraciones de personalidad, las relaciones de desajuste o de violencia marital, en interacción con variables temperamentales y comportamentales de los hijos e hijas, han de ser consideradas como posibles desencadenantes de situaciones de maltrato. Del mismo modo, la calidad de la relación paternofilial estará claramente influenciada por la relación padre-madre, así como el desajuste conyugal. El exosistema representa las estructuras tanto formales como informales en las que se encuentra inmerso el microsistema familiar. Sabemos fundamentalmente el desempleo y la ausencia de apoyo social y el aislamiento, con respecto a los sistemas de apoyo, provoca una reducción de la tolerancia al estrés que dificulta una relación cotidiana normalizada y un adecuado cuidado de los hijos e hijas. El macrosistema representa los valores culturales y los sistemas de creencias que permiten y fomentan el abuso sexual infantil a través de la influencia que ejercen los otros tres niveles, la persona, la familia y la comunidad.

El modelo ecológico establece una relación jerárquica entre los estresores comprendiendo un efecto escalonado de los mismos. El macrosistema impacta el exosistema y el microsistema, los cuales a su vez influyen en el nivel ontogénico de manera directa o indirecta. Plantea, en este sentido, la frecuente confusión entre el contexto de origen de los factores de riesgo y el contexto de manifestación. Situando la clave en determinar en cual de estos contextos se originan los factores de riesgo que explican el abuso sexual de niños y niñas (Cecchet y Thoburn, 2014; Choate, 2012; Whittle, Hamilton-Giachritsis y Beech, 2014). En el caso específico del abuso sexual, se propone que principalmente el macrosistema y, en segundo lugar, el exosistema con los contextos más significativos para dar explicación al abuso sexual. Se considera que el exosistema no es tan determinante en la ocurrencia del abuso sexual pero que es responsable de la transmisión de normas, creencias y demás valores culturales a través de las organizaciones como la iglesia, la escuela y el vecindario, dado su papel en el proceso de socialización. Bajo esta perspectiva el factor de riesgo de menor incidencia es el niño o la niña, pero a su vez Bolen (2001) indica que el riesgo, los estresores y la victimización tienen un efecto acumulativo, por lo que la historia previa de los niños y niñas los hace más vulnerables. Se trata de determinantes ecológicos que interactúan de manera compleja con el desarrollo evolutivo del niño o niña.

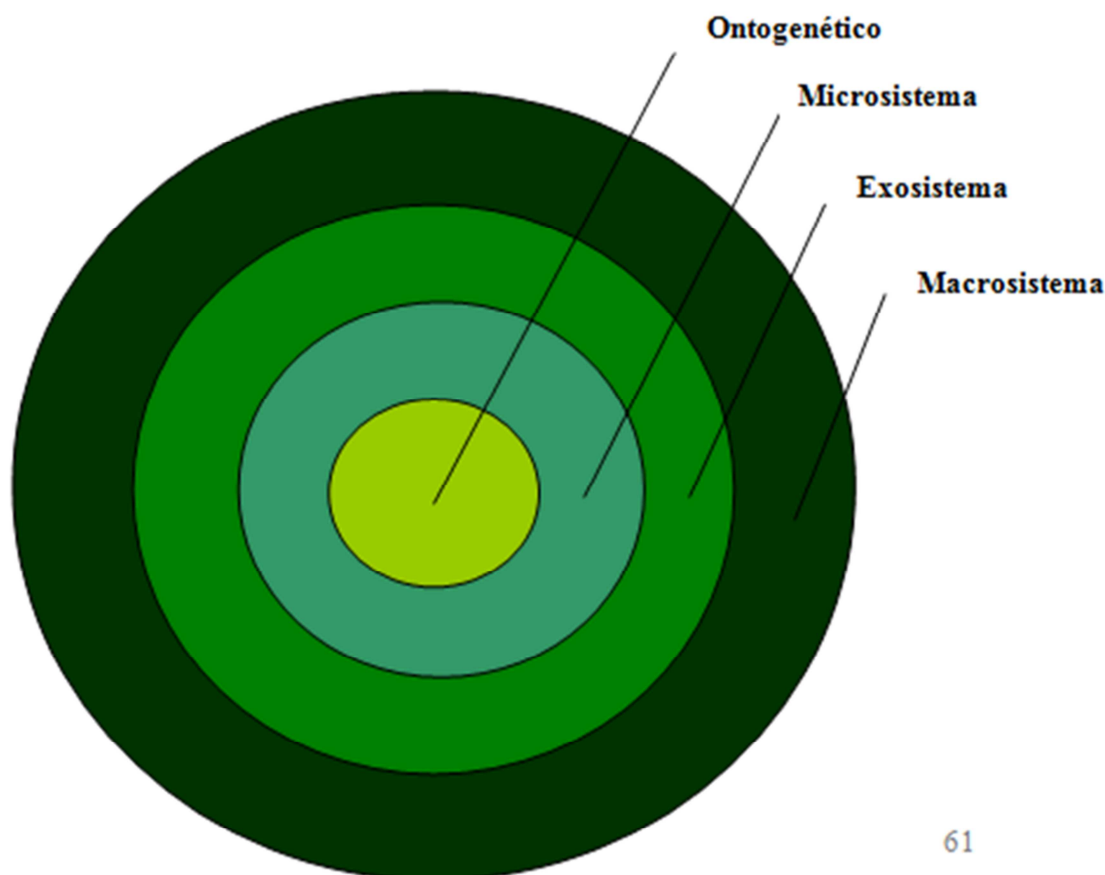


Figura 6. *Modelo ecológico del abuso sexual* (Bolen, 2001, p. 140).

**Ontogenético**: apego, disponibilidad, atracción, vulnerabilidad.

**Microsistema**: socialización, privacidad de la familia, estructura familiar, apego disfuncional.

**Exosistema**: cuidado adecuado para el niño, sistema educativo, redes de apoyo

Los modelos explicativos del maltrato infantil y, en concreto del abuso sexual infantil, ponen de manifiesto la complejidad de esclarecer este tipo de abuso por la multitud de factores situacionales e interactivos implicados en diferentes niveles. Dada la aceptación del modelo ecológico para comprender el abuso sexual como un fenómeno multicausal y su capacidad para englobar el conglomerado de interrelaciones entre el abuso sexual y los factores sociales y culturales que lo envuelven, en este estudio se concibe el abuso sexual infantil desde la perspectiva global que el modelo ecológico ofrece.

### 2.3.2.2 El modelo de precondition del abuso sexual de Finkelhor

El modelo teórico de Finkelhor hoy día continúa siendo un modelo revelador en la explicación del abuso sexual infantil. Este modelo trata de comprender por qué algunas personas se interesan sexualmente en los niños y/o niñas y la razón por la cual el interés sexual conduce al abuso. Desde una concepción pluridimensional del abuso, propone cuatro preconditiones en función de las características individuales de la persona abusadora como de las condiciones específicas del contexto y de la situación. Según Finkelhor (1984) para que el abuso sexual acontezca es necesaria la presencia de varios de estos factores simultánea o sucesivamente en la persona abusadora.

La *congruencia emocional*: la actividad sexual con niños y/o niñas le resulta satisfactoria en términos emocionales. Está relacionada con dificultades en el proceso de maduración y estructuración de la personalidad, la baja autoestima y sensación de autoeficacia pobre. Desde una perspectiva cognoscitiva se trata de un fenómeno derivado de un error atribucional, a partir del cual la persona abusadora asigna un contenido sexual a cualquier tipo de actividad emocional interpersonal proveniente de las relaciones con los niños o niñas.

La *activación sexual hacia un niño o una niña*: sentimiento de excitación y motivación por la figura del niño y/o niña para actos sexuales. La activación sexual debe presentarse simultáneamente con la congruencia emocional para que el abuso sexual tenga lugar. Los estímulos infantiles pueden generar cierta activación de por sí en el adulto, sin embargo, la experiencia de una emoción depende de la actividad fisiológica y de la interpretación cognitiva de esa activación con base en las claves situacionales. La persona abusadora interpreta esta activación como sexual e incitada por los niños o niñas (Ramírez, 2008). Finkelhor (1984) afirma que esta activación sexual hacia los niños y/o niñas es el resultado de experiencias tempranas condicionadas de forma inadecuada por una experiencia sexual traumática en la infancia o por la exposición a modelos orientados sexualmente hacia los niños y/o niñas.

El *bloqueo de las relaciones sexuales normales*: en la medida que tienen relaciones sexuales con niños y/o niñas no tienen competencias para satisfacer sus motivaciones sexuales en formas sociales más apropiadas. Finkelhor (1984) afirma que esta incapacidad para obtener la gratificación de fuentes sanas está relacionada con sentimientos de inadecuación personal y dificultades para establecer vínculos afectivos saludables. Entre

las causas del bloqueo en numerosas ocasiones se encuentra el temor hacia la figura sexual adulta, temor a la intimidad, problemas maritales y habilidades sociales deficitarias.

La *desinhibición comportamental*: la capacidad para mostrar comportamientos sin control ni regulación social. Es un factor determinante en la ocurrencia del abuso sexual, ya que es imperativo para que el resto de inclinaciones se trasformen en actos. El cual además de vencer las inhibiciones propias implica superar inhibiciones internas, que representan el conjunto de valores morales del individuo; externas que son los fenómenos y mecanismo de protección del niño o niña (Ej. variables sociales como la ausencia de la madre o el aislamiento social); y la oposición negativa del niño o niña (Ej. factores individuales del niño o de la niña como la falta de conocimiento de la sexualidad). Finkelhor (1984) menciona numerosos factores que intervienen en la superación de los inhibidores internos, tales como, el consumo de alcohol, control deficitario de los impulsos, algunos tipos de psicosis, senilidad, estresores psicosociales y la tolerancia social.

Una vez que las mencionadas precondiciones se cumplen, la persona agresora se asegura la obtención y mantenimiento de acceso al niño o niña a través de estrategias como regalos, desensibilizar al niño o niña frente al sexo, establecer dependencia emocional del niño, amenazas o violencia (Ward y Hudson, 2001).

Otro supuesto sustancial del modelo es la dinámica del proceso que se da en el abuso sexual. Respecto al proceso del abuso Finkelhor (1984) indica una secuenciación temporal, con lo cual la presencia de motivación para abusar sexualmente del niño o de la niña conlleva a la sucesión del resto de situaciones.

### 2.3.2.3 El modelo multifactorial de Coulborn

El modelo integrador de Coulborn (1988) hace una distinción entre las condiciones propiciatorias del abuso sexual y los factores que contribuyen a la aparición del abuso sexual pero no lo provocan. Desde esta perspectiva las causas del abuso sexual se conciben como factores asociados, por lo que no se determina una relación de causa-efecto sino una estrecha relación entre la presencia entre los factores y la ocurrencia del abuso sexual. En la Figura 7 se plasman los prerequisites y factores contribuyentes al acaecimiento del abuso sexual.

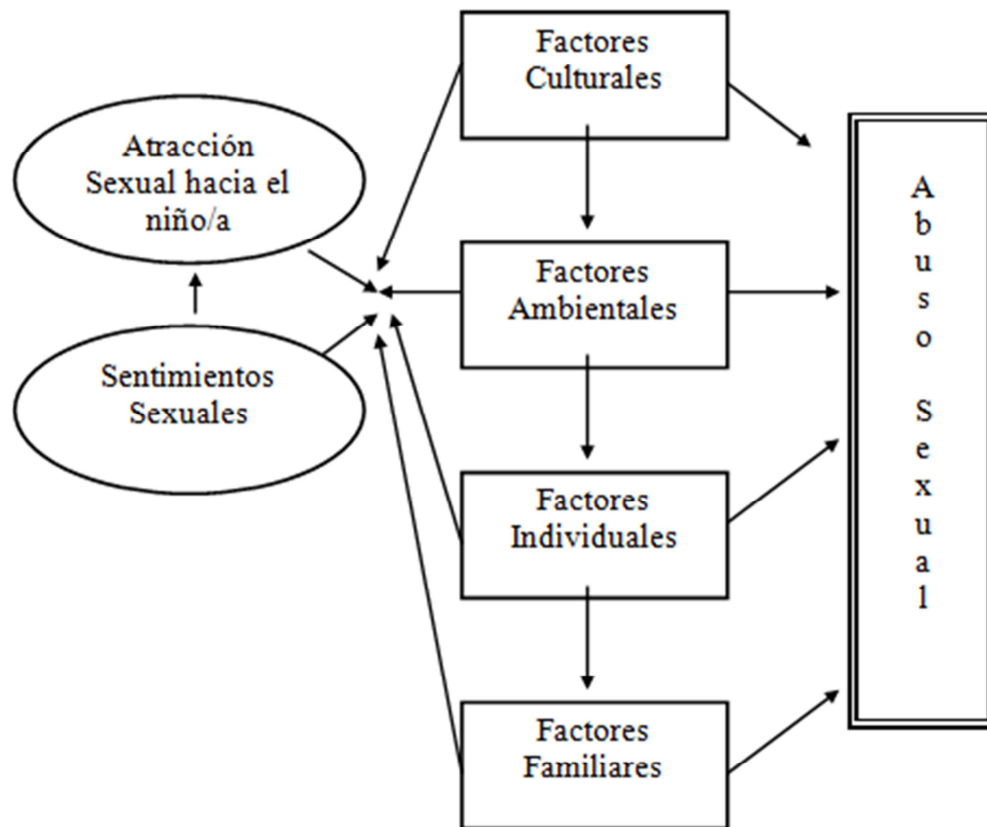


Figura 7. Factores asociados al abuso sexual infantil (Coulborn, 1988, p. 89).

Como puede observarse en la Figura 7, entre los prerequisites del abuso sexual está, en primer lugar la atracción sexual hacia los niños o niñas. Este sentimiento de seducción puede estar relacionado con experiencias tempranas de la persona agresora que lo llevan a desarrollar emociones de contenido sexual hacia menores, persistentes e intrusivos en algunos casos o intensos pero intermitentes en otros. Seguido por el prerequisite de la voluntad o intención de la persona agresora de actuar según sus sentimientos sexuales hacia los niños o niñas. Se definen como personas con carencias y déficits en relación a la internalización y cumplimiento de las normas sociales, con un comportamiento inhibitorio inadecuado y en numerosas ocasiones con un pobre control de los impulsos. Se trata de un juego entre el grado de atracción sexual hacia el infante y la intención de actuar según las emociones de carácter sexual.

Además de los prerequisites mencionados, desde esta perspectiva el abuso sexual puede estar potenciado por factores culturales, ambientales, individuales y familiares que se relacionan entre sí de una forma dinámica como queda reflejado en la Figura 7. La

representación de estos factores en interacción lineal, no revelan el modo en que estos se relacionan entre sí.

Respecto a los factores culturales, este modelo resalta el predominio histórico de la dominancia masculina a pesar de que la hipótesis de la estructura social no sea la única responsable del abuso y la transformación social continua. Considera que dicha dominancia usualmente ejercida por el hombre sobre la mujer y los niños y niñas se convierte en una autorización para que los hombres abusen de los niños o niñas en el ámbito familiar particularmente.

Entre los factores ambientales, Coulborn (1988) reclama la necesidad de un estudio más profundo sobre la relación entre los factores económicos y el abuso sexual infantil. El abuso sexual no está exento de clase social alguna y existen otra serie de factores que pueden interferir en esta relación, tales como, el desempleo, el hacinamiento, la atención en servicios públicos o privados, el aislamiento social y el entorno rural o urbano.

### 2.3.2.4 El modelo integrado del abuso sexual de Marshall y Barbaree

El modelo de Marshall y Barbaree (1990) hace una evaluación global de la multitud de factores biológicos, psicológicos, situacionales y socioculturales en interacción que pueden intervenir en la ocurrencia del abuso sexual. Desde la combinación de factores distales y proximales trata de ofrecer una explicación al desarrollo, la génesis y el mantenimiento de la conducta abusiva.

Esta teoría establece que la incapacidad de inhibición y control de impulsos es una de las razones del abuso sexual infantil. La falta de discriminación entre impulsos sexuales y agresivos junto con la incapacidad de inhibir las tendencias agresivas provoca un riesgo alto de abuso. A su vez, señala la necesidad de poner al servicio del control de impulsos la capacidad cognoscitiva para realizar un análisis de la situación y de las consecuencias de cometer un abuso sexual.

Las variables vulnerabilidad y resiliencia adoptan un papel importante en el presente modelo integrado. Estos autores proponen una predisposición a abusar sexualmente de los niños y niñas que denominan vulnerabilidad como oposición a la resiliencia. Antecedentes adversos en el desarrollo primario de la vida, combinados con situaciones particulares, instauran la condición de vulnerabilidad en las personas

abusadoras. Aunque la vulnerabilidad se desarrolla durante todo el ciclo de vida se remarca la trascendencia de las experiencias tempranas.

Dentro de este planteamiento el apego y el vínculo constituyen mecanismos relevantes en la explicación de patrones emocionales desadaptativos. Marshall y Barbaree (1990) afirman que un ambiente maltratador o negligente provoca que los niños y niñas desarrollen un modelo de representación interno de las relaciones sociales distorsionado que afecte a las expectativas relacionadas con la disponibilidad y el significado emocional hacia otras personas, así como el valor que se les otorga a las mismas. Debido a la exposición a contextos cercanos como la familia, de este carácter, se puede generar aprendizaje de conductas desadaptativas por modelamiento en el niño o la niña. En el caso de que el niño o la niña sea abusado sexualmente, el mismo abuso puede ser la base para el desarrollo de códigos sexuales e interpersonales distorsionados en el niño o la niña y puede acarrear que éste instaure y valide la creencia de que tener relaciones sexuales con niños o niñas es normal.

Otra etapa esencial en el desarrollo del individuo es la adolescencia. En esta teoría también indica esta etapa como condición crucial en la persona agresora por tratarse de un periodo crítico para la adquisición de actitudes, intereses y patrones sexuales duraderos. Sostiene que las experiencias negativas en la infancia conducen a que el adolescente no desarrolle suficientes habilidades sociales para lograr interacción heterosexual efectiva. Así pues, la carencia de regulación emocional y de habilidades sociales junto con el aumento de activación hormonal propia de la adolescencia, que incrementa las respuestas a claves sexuales, expone al joven o a la joven a aprender comportamientos desviados orientados a satisfacer sus necesidades emocionales o sexuales. Los efectos reforzantes de la conducta sexual desviada y el desarrollo de cogniciones distorsionadas son las que mantienen la ocurrencia de abusos sexuales.

El modelo integral otorga un papel principal a las circunstancias determinantes en la ocurrencia del abuso sexual y a la capacidad de autorregulación del sujeto. De acuerdo a ello, los factores de vulnerabilidad interactúan con los elementos situacionales, sociales y personales, de modo que la interrelación de estresores con la condición de vulnerabilidad incapacita a la persona para controlar su deseo sexual abusivo.

### 2.3.2.5 El modelo cuatripartito de Hall y Hirschman

El modelo cuatripartito de Hall y Hirschman (1991) sugiere que una persona comete abuso sexual debido a cuatro factores de vulnerabilidad: excitación sexual desviada, distorsiones cognitivas que justifican el abuso sexual, descontrol afectivo y problemas de personalidad; sumados a la presencia de oportunidades y factores situacionales.

El supuesto central de esta teoría es que cada uno de estos factores, los tres primeros de estado y el último de rasgo, considerado como factor de vulnerabilidad duradera, contribuyen de forma concreta al abuso sexual, ya que en cada caso el grado de influencia de cada uno cambia. Por lo tanto, un elemento puede ejercer mayor influencia y minimizar el efecto de los demás así como activar el resto.

La relación entre la vulnerabilidad y las variables situacionales que ocasionan el abuso viene dada por la existencia de un umbral. Lo cual significa que el efecto de activación de los componentes hace que la persona traspase el umbral crítico para manifestar el abuso sexual. Por contra, no se describen los mecanismos que generan la activación sexual desviada, las distorsiones cognitivas, el desequilibrio afectivo y los problemas de personalidad.

Hall y Hirschman (1991) perfilan un tipo de abusador en función de cada uno de los factores descritos en su modelo cuatripartito. El primer subtipo presenta activación desviada y preferencias sexuales fuertes por los niños o niñas, son personas agresoras que se singularizan por mayor número de víctimas. Las personas agresoras del segundo tipo se caracterizan por sus motivaciones cognoscitivas, por lo general interpretan erróneamente el comportamiento del niño o niña como si estos tuvieran intenciones sexuales, y presentan habilidades de autorregulación y planificación. El tercer grupo de personas agresoras se define por su susceptibilidad a estados afectivos negativos y con frecuencia se comportan de manera impulsiva y poco planeada. El último grupo son aquellos que aunque tienen un funcionamiento adecuado en su vida cotidiana, presentan problemas de personalidad de carácter evolutivo y experimentan grandes dificultades para establecer relaciones íntimas con adultos.

### 2.3.2.6 El modelo comprensivo de abuso sexual de Ward y Sietgert

Ward y Siegert formularon una teoría comprensiva sobre el abuso sexual basada en el análisis de fortalezas y debilidades de los modelos anteriores (Ward, 2001; 2002; Ward y Hudson, 2001; Ward y Siegert, 2002). Desde la integración entre los conceptos más representativos de los modelos existentes, estos autores, iniciaron la construcción de un modelo comprensivo para ofrecer una explicación del abuso sexual a partir de cuatro grupos de problemas o síntomas frecuentes en las personas agresoras: problemas de regulación emocional; déficit en las habilidades sociales y en establecer intimidad; activación sexual desviada; y distorsiones cognoscitivas. Así pues, el eje central del modelo comprensivo de Ward y Siegert (2002) para explicar la ocurrencia del abuso sexual son los cuatro mecanismos psicológicos mencionados, en los cuales se entiende que la persona abusadora muestra distintas características psicológicas, pero las diferencias se dan en función de la gravedad, profundidad y orientación de los problemas más que por la presencia o ausencia de los mismos.

El modelo refleja la complejidad de mecanismos y factores que intervienen en el abuso sexual, tal y como se muestra en la Figura 8. Estos autores explican el fenómeno del abuso sexual con la existencia de vías o rutas para cada uno de los componentes implicados. Cada ruta corresponde a un perfil particular en los cuales el mecanismo causal primario, es decir, el mecanismo que mayor impacto genera por encima de demás, dará origen a un conjunto de síntomas único. Otra serie de factores que intervienen en el proceso son: la adversidad evolutiva, los valores culturales y sistemas de creencias, el contexto familiar, variables biológicas, déficits psicológicos y variables situacionales, que actúan en su mayoría como factores distales o proximales al fenómeno. Los autores a su vez indican que los factores biológicos y culturales, así como las experiencias de aprendizaje ejercen un efecto en los mecanismos tanto en las estructuras como en el funcionamiento de los mismos.

El modelo comprensivo del abuso sexual de Ward y Siegert (2002) describe por lo tanto diferentes perfiles psicológicos y comportamentales, cada cual con etiologías y déficits distintos desde la conceptualización de los mecanismos psicológicos implicados en cuanto a rutas de combinación de factores y procesos.

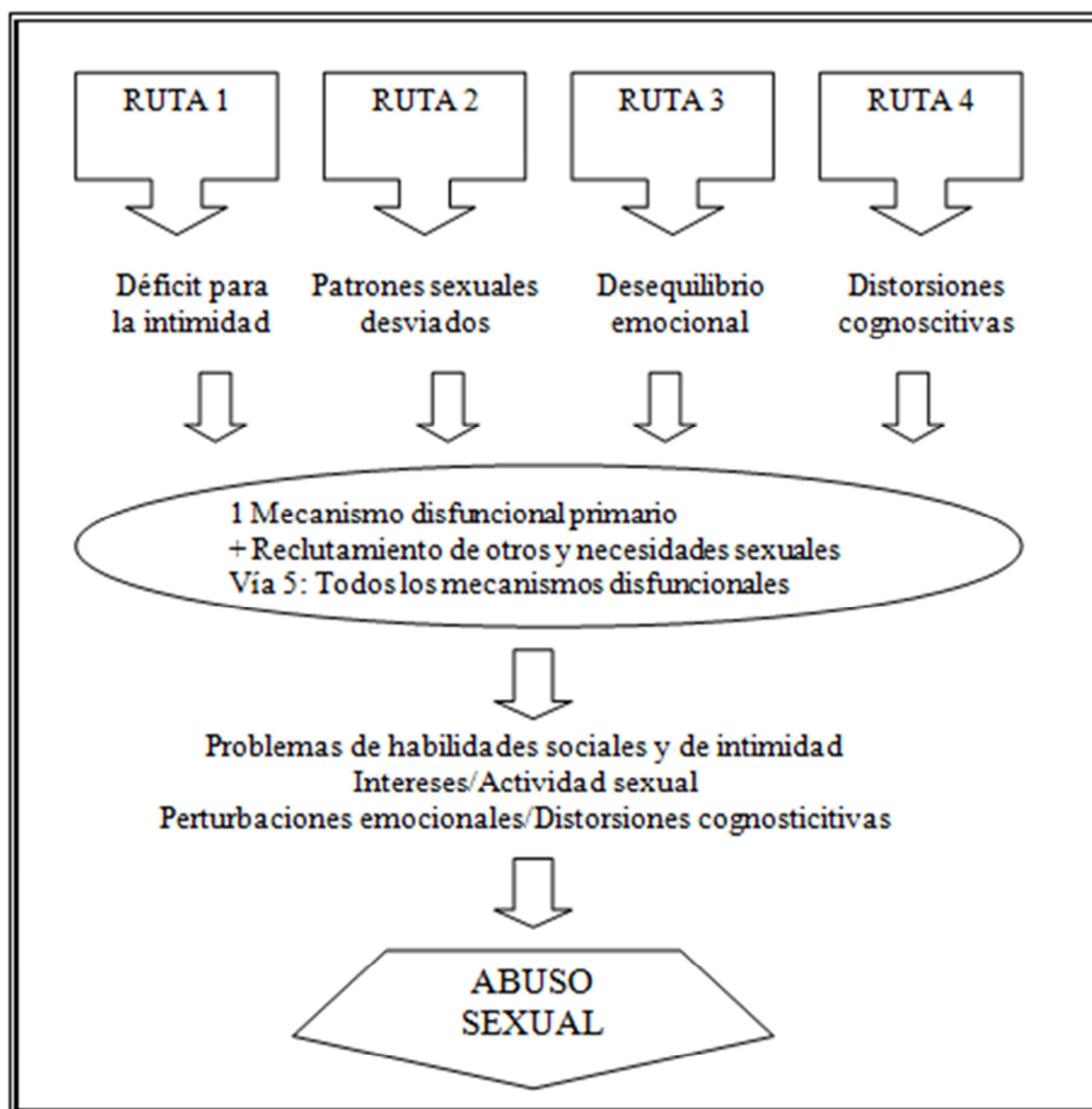


Figura 8. *Modelo de rutas del abuso sexual infantil* (Ward y Siegert, 2002, p. 334).

Los modelos contemporáneos explican el abuso sexual infantil como un fenómeno complejo causado por la interacción de múltiples factores, presentes en diferentes niveles ecológicos, dentro de los cuales se encuentra el individual, relacional, la comunidad y la sociedad. A continuación, se presentan diversos factores de riesgo para conocer de forma más exhaustiva su incidencia en el abuso sexual infantil, sin perder de vista la perspectiva multicausal ecológica que se defiende en este trabajo, no desde la suma de factores sino desde el efecto multiplicador, por su importancia para el análisis de sus relaciones y efectos interactivos.

## 2.4 Factores de riesgo asociados al abuso sexual infantil

El abuso sexual infantil es un fenómeno multifacético complejo que hay que considerar en todo su conjunto. Identificar la diversidad de factores que rodean a los niños y niñas víctimas de abuso sexual infantil resulta de gran utilidad de cara a fines clínicos, siempre bajo la perspectiva de interacción entre las características del individuo y de su entorno con la situación y dando lugar a un efecto de riesgo o a un efecto protector (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000). Sin olvidar que la investigación señala que una misma circunstancia puede actuar como un factor de riesgo o de protección dependiendo del individuo y de su trayectoria, ya que los factores de riesgo y protección no son características estáticas.

Esta misma línea Pereda (2006), relaciona los conceptos de riesgo y protección y sugiere la existencia de la influencia moderadora o mediadora de las variables para atenuar o acentuar el riesgo de desarrollar problemas psicológicos ante situaciones adversas o estresantes. Según este enfoque, la presencia de o ausencia de ciertas variables, no únicamente relacionadas con las características del estresor (abuso sexual infantil) sino también con factores individuales y psicosociales, facilitan la aparición de trastornos psiopatológicos; mientras que la presencia o ausencia de otras variables minimizaría o anularía los posibles efectos psicológicos relacionados con esa situación, proporcionando al individuo la capacidad de resistencia frente al estresor (Compas y Phares, 1991).

Pereda (2006) manifiesta la importancia de analizar el efecto de las variables relacionadas con el abuso sexual para comprender mejor las posibles causas del estado emocional de la víctima tras la experiencia e incluso, como causantes de la propia experiencia en algunos casos. Con este objeto expone la estructura de los modelos de moderación y mediación (Ver Figura 9 y Figura 10). Explicando que la función moderadora se refiere a una variable, que afecta la dirección y/o la fuerza de la relación entre una variable independiente o predictora y una variable dependiente o criterio. Respecto al modelo mediador, expone que el efecto de los estímulos en la conducta se encuentra mediado por procesos de transformación internos al organismo, de forma que las variables mediadoras explican cómo acontecimientos externos al individuo toman una importante significación psicológica (Baron y Kenny, 1986).

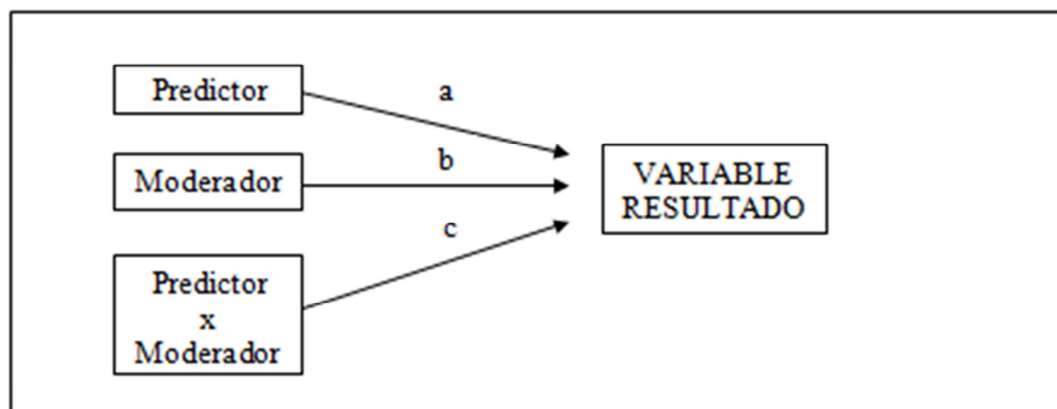


Figura 9. *Modelo Moderador* (Fuente: Pereda, 2006, p. 150).

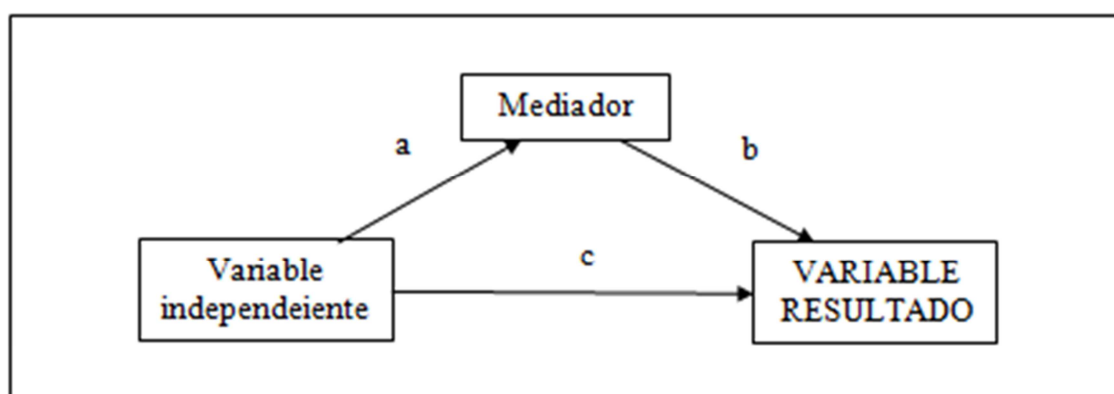


Figura 10. *Modelo Mediador* (Fuente: Pereda, 2006, p. 151).

Dada la trascendencia que los factores de riesgo, a continuación se exponen un conjunto de factores asociados a la ocurrencia del abuso sexual infantil agrupados en: factores individuales de la víctima, factores familiares y sociales, por favorecer la aparición o el agravamiento del abuso pero en ningún caso la causalidad. En esta tesis como se expondrá más adelante, uno de los objetivos también será analizar posibles factores mediadores o moderadores que intervienen en el maltrato infantil y especialmente en el abuso sexual infantil.

#### 2.4.1 *Características individuales*

A pesar de asumir que el abuso sexual no es causado por el niño o la niña, es importante comprender las características de los niños y niñas que podrían estar asociadas

con la victimización sexual (Black, Heyman y Smith-Slep, 2001; Meinck, Cluver, Boye y Mhlongo, 2015; Wodarski y Johnson, 2015). Factores, como el sexo, la edad, la capacidad verbal, la discapacidad o enfermedades físicas o mentales y los problemas de conducta, son consideraciones importantes en la comprensión del abuso sexual infantil.

#### 2.4.1.1 Sexo de la víctima

Con respecto a la asociación entre el sexo del niño o de la niña y la victimización sexual, como se mencionó anteriormente, una serie de investigadores de abuso sexual infantil señalan que las niñas corren un mayor riesgo de sufrir abuso sexual que los niños (Boney-McCoy y Finkelhor, 1995; Finkelhor et al., 2005; Pereda et al., 2009; Sánchez y Cuenya, 2011; Sedlak, 1997; Stoltenborgh, 2011; Sundin y Baguley, 2015). De acuerdo con la investigación internacional del abuso sexual infantil realizada por Finkelhor (1994) un factor común es que las niñas tienen más probabilidades que los varones de experimentar la victimización sexual durante la infancia. Concretamente, a través de una revisión de ocho estudios epidemiológicos, estimó que la proporción media de niñas que sufren abusos es de 2,5 por cada niño (Finkelhor, 1993). Similares resultados han sido ofrecidos por estudio posteriores donde se encontró que las niñas tenían entre dos y tres veces más probabilidad de sufrir abusos sexuales con relación a los niños (Bahali, Akçan, Tahiroglu y Avci, 2010; Brière y Elliot, 2003; Chen, Dunne y Han, 2006; Finkelhor, 1994; Gallagher et al., 2008; Sánchez y Martín, 2007; Stoltenborgh et al., 2011). Aunque existen diferencias respecto a qué actos constituyen abuso sexual, en función del género (Maikovich-Fong y Jaffee, 2010).

Si bien existe evidencia de que las niñas sufren abusos sexuales con mayor frecuencia, no cabe duda de que tanto los niños como las niñas son vulnerables de abuso sexual, por lo que sería un error subestimar la prevalencia de abuso sexual en varones (Easton, Saltzman y Willis, 2014; Edelson, 2013; Han et al., 2011; López et al., 1994; Madu y Peltzer, 2001). Las escasas cifras de prevalencia en víctimas de sexo masculino del abuso sexual infantil han sido discutidas por diversos autores. Se cree que la metodología utilizada (Dhaliwal, Gauzas, Antonowicz y Ross, 1996; Holmes, Offen y Waller, 1997; Peterson, Voller, Polusny y Murdoch, 2011; Romano y De Luca, 2001) y la cultura masculina dominante debe considerarse como explicación de las inferiores cifras de prevalencia en hombres. Alaggia y Mishna (2014), Violato y Genuis (1993) y Widom y Morris (1997) indican que las actitudes sociales respecto al sexo y los roles de hombre y

mujer, pueden llegar a impedir que los hombres expliquen lo sucedido o incluso que no reconozcan la situación sufrida como abuso sexual infantil. Los estereotipos sociales pueden provocar que los hombres sufran mayor vergüenza por temor a ser etiquetados como homosexuales, (cuando el agresor es hombre) o de poco masculinos (cuando el agresor es una mujer) (Beitchman et al., 1992; Han et al., 2011; Holmes y Slap, 1998; Romano y De Luca, 2001; Sorsoli, Kia-Keating y Grossman, 2008). En relación a la orientación sexual de las víctimas de abuso sexual masculinas los estudios señalan que son los hombres no heterosexuales reportan mayores tasas de abuso sexual infantil, violación y otros tipos de victimización sexual que los hombres heterosexuales (Peterson et al, 2011; Tomeo, Templer, Andereson y Kotler, 2001; Walters, Chen y Breiding, 2013). Aunque hay casos en los que el episodio no se percibe como abuso sexual porque se considera que mantener relaciones sexuales con adultos, especialmente con mujeres, es una forma de hombría y masculinidad (Artime, McCallum y Peterson, 2014; Coxell, King, Mezey y Gordon, 1999; Han et al., 2011; Holmes et al., 1997).

### 2.4.1.2 Edad de la víctima

La investigación parece apuntar la preadolescencia como el periodo más vulnerable para sufrir abuso sexual (Cantón-Cortés, Cantón, Justicia y Cortés, 2011; Finkelhor, 1993; Goldman y Padayachi, 1997; Han, Lee, Yoo y Hong, 2011; López, et. al., 1994; Quezada, Neno y Luzoro, 2006; Pereda, 2006; Rodríguez, 2003; Vázquez, 2004).

No obstante, mencionar que otros estudios han observado mayor porcentaje de abusos sexuales durante la adolescencia (Finkelhor, Moore, Hamby y Straus, 1997; Martínez, Serrano y Hernández, 2005; Sánchez y Cuenya, 2011). Finkelhor, Shattuck, Turner y Hamby (2014) indican que una cantidad significativa de abusos sexuales experimentada por las niñas se produce entre las edades de 15 y 17 años, época en la que muchos adolescentes están ganando independencia: dormir fuera de casa, con un primer empleo, con el inicio de las citas, y cuando empiezan a conducir un coche, situaciones de peligro que las exponen a una mayor vulnerabilidad de vivenciar actos sexuales no deseados por parte de compañeros, compañeras o adultos. Razón por la cual sugieren que los programas de prevención para adolescentes deben centrarse en las estrategias a ayudar a los adolescentes a evitar las situaciones de vulnerabilidad mencionadas.

Finkelhor (1993) en trabajo previo, fue aún más lejos e indicó el periodo de comienzo del aumento del riesgo de sufrir abuso situándolo entre la edad comprendida

entre los 6 y 7 años. A su vez señaló los 10 años como el punto de incremento de riesgo más acentuado e informó que los niños y niñas menores de 6 años constituyen el 10% de las víctimas. Resultados similares fueron expuestos por Chávez-Ayala et al. (2009) quienes informaron que una cuarta parte de los niños y niñas que fueron abusados sexualmente (28,4%) experimentan el abuso antes de los 10 años, y en el 40% de los casos entre las edades de 10 y 13 años. Sánchez y Martín (2007) por su parte, encontraron que más de la mitad de los niños y niñas víctimas de abuso sexual infantil (58,8%) tenían menos de 10 años y el rango de edad más frecuente de victimización entre los 4 y 6 años. Fontanella, Harrington y Zuravin (2001) también apuntaron que entre el 25 y 36% de los abusos sexuales afecta a niños y niñas menores de 7 años. En este sentido resulta de interés considerar la aportación de Rodríguez (2003) quién afirma que tras analizar los resultados de su estudio que los menores de 4 años de edad son los más afectados debido a las limitaciones para la queja y la denuncia de su nivel de desarrollo evolutivo presentan. En la misma dirección, Losada (2012) denuncia que probablemente este grupo acumule el mayor número de casos no reportados, debido a sus condiciones de indefensión, a su nivel de dependencia del adulto, y a su limitación para identificar y denunciar el hecho.

#### 2.4.1.3 Discapacidad física o psíquica

La discapacidad y las enfermedades físicas y mentales también han sido identificadas como factores de riesgo para el abuso sexual infantil (J. Adams, McClellan, Douglass, McCurry y Stork, 1995; Barros, Williams y Brino, 2008; Bringiotti, 1999, 2006; Finkelhor, 1984; Han, et al., 2011; Navarro, 2013; Tharinger, Horton y Millea, 1990; Verdugo, Gutiérrez y Fuertes, 1994; Wissink, van Vugt, Moonen, Stams y Hendriks, 2015).

Save the Children (2001) informa que un niño o una niña con discapacidad física o psíquica tiene tres veces más probabilidades de sufrir abuso sexual que cualquier otro niño o niña y presenta diversos motivos, que otros autores con posterioridad han señalado, que pueden influir en que esta población sea de riesgo (Euser, Alink, Tharner, IJzendoorn y Bakermans-Kranenburg, 2015; Kim, 2010; Ligthfoot, Hill y LaLiberte, 2011). Expone que las dificultades de comunicación que puedan o no tener según su grado o tipo de discapacidad y la falta de un lenguaje apropiado para comunicarlo en algunos casos puede ser un motivo de mayor vulnerabilidad. La educación que reciben también puede ser otro motivo (Akbas et al., 2009), ya que aunque se intente fomentar su autonomía al máximo,

se les educa para obedecer al adulto y someterse a sus indicaciones y muchos de ellos dependen de los cuidados de los adultos por lo que difícilmente van a enfrentarse a ellos para denunciar lo que está ocurriendo. Por otro lado, su falta de conocimiento sobre la sexualidad y las relaciones personales (Wissink y Moonen, 2014; Wissink, Moonen, Van Vugt, Stams y Vergeer, 2012) unido a la ausencia de oportunidades sociales, al aislamiento y a su mayor tendencia a dar y recibir afecto, generan situaciones ambivalentes para ellos que pueden derivar en formas de abuso sexual (McGuire y Bayley, 2011). Finalmente, señala que la mayor parte de los programas de prevención están diseñados pensando en niños y niñas sin discapacidad, de forma que los contenidos y los mensajes de estos programas no son válidos para los niños y niñas con discapacidad puesto que no responden a sus necesidades. Cabe señalar que a pesar de que en la actualidad existen trabajos preventivos destinados a los colectivos con discapacidad que tratan de dismantelar el concepto y los mitos de la sexualidad en dichos colectivos aún queda patente la necesidad de implantación de programas educativos en materia de sexualidad para evitar la mayor vulnerabilidad de las personas con discapacidad a sufrir abusos sexuales (Briggs, 2006; Navarro, 2013; Skarbek, Hahn y Parrish, 2009).

### 2.4.1.4 Victimización previa

Existe evidencia de que los niños y niñas que padecen abuso sexual infantil tienen mayor riesgo de revictimización sexual por parte de otras personas agresoras distintas (Arata, 2002; Gallagher et al., 2008; Maker, Kemmelmeier y Peterson, 2001; Messman-More y Long, 1996; Mullen y Fleming, 1998; Pereda y Forns, 2007; Swanston, Plunkett, O'Toole, Shrimpton, Parkinson y Oates, 2003). Son varios los autores que indican que el sufrir victimización previa, sea o no sexual, se asocia al incremento de riesgo de sufrir un posterior abuso sexual (Boney-McCoy y Finkelhor, 1995; Fergusson, Horwood y Lynskey, 1997; Fleming, Mullen y Bammer, 1997; Madu y Peltzer, 2000; Soriano, 2001). Así mismo, una previa victimización de abuso sexual incrementa el riesgo de sufrir un abuso posterior sexual o no. Ejemplo de ello son los resultados de un estudio longitudinal de 183 víctimas de abuso sexual infantil desarrollado por Swanston, Parkinson, Oates, O'Toole, Plunkett y Shrimpton (2002) que en un seguimiento de 3 años detectaron que el 16% de los casos notificaba haber sufrido abuso sexual infantil nuevamente y el 33% notificaba otro tipo de abuso distinto al abuso sexual. Sin embargo, existen enormes diferencias entre los porcentajes de revictimización obtenidos por los diversos estudios, oscilando entre un

16% y un 72%, según las definiciones y las muestras utilizadas (Breitenbecher, 2001; Messman-Moore y Long, 2003; Roodman y Clum, 2001).

Estudios más recientes siguen relacionando la experiencia de abuso sexual infantil con un mayor riesgo de revictimización (Classen, Palesh y Aggarwal, 2005; Hines, 2007; Rinehart, Yeater, Musci, Letourneau y Lenberg, 2014; Tusher y Cook, 2010; Waldron, Wilson, Patriquin y Scarpa, 2015). Lemieux y Biers (2008) en un estudio compuesto por una muestra de 270 estudiantes universitarias hallaron mayor riesgo de sufrir revictimización entre las mujeres que habían experimentado abuso sexual infantil. López-Alonso, Kerman y Pavía (2009) encontraron en un estudio de 52 casos de abuso detectados en una oficina de atención a las víctimas dependientes de la fiscalía un 26,9% de casos de victimizaciones reincidentes. Sarasua, Zubizarreta, de Corral y Echeburúa (2012) observaron además, en una muestra de 269 mujeres adultas que sufrieron agresión sexual en la infancia o en la edad adulta, mayor gravedad de la sintomatología en los casos de victimización previa.

Algunos autores como Maker et al. (2001) o Save the Children (2001) señalan como predictor de la revictimización sexual el recibir abuso sexual por parte de una persona agresora significativamente mayor. Todo aquello que dificulte la revelación del abuso sexual incrementa el riesgo de revictimización. Aunque la edad de la persona agresora y de la víctima no representan un factor lineal en los efectos de la vivencia del abuso sexual, la diferencia de edad resulta un agravante, porque acrecienta el abuso de poder, dificultando al niño o a la niña la revelación. Otro agravante es el acceso real a los recursos y profesionales, por ejemplo, en las familias de clase media la detección y revelación es más difícil por lo que el riesgo de revictimización es mayor (Save the Children, 2001).

Filipas y Ullman (2006), en un estudio realizado con 577 estudiantes universitarias destacó que el riesgo de revictimización aumentaba en las mujeres víctimas de abuso sexual que hacían uso de estrategias de afrontamiento de evitación. Así mismo, las mujeres que no son capaces de reconocer fisiológicamente la amenaza sexual corren un mayor riesgo de revictimización sexual (Patriquin, Wilson, Kelleher y Scarpa, 2012; Soler-Baillo, Marx y Sloan, 2005; Waldron et al., 2015).

Por lo tanto el trabajo en prevención terciaria resultará de vital importancia para evitar la revictimización de los niños y niñas víctimas de abuso sexual infantil como plan de protección que minimice el riesgo de futuros abusos.

### 2.4.1.5 Otras características asociadas

Algunos autores señalan junto con las condiciones anteriormente expuestas (incluso en ocasiones asociadas a las mismas) que existen otras características del niño o niña que pueden convertirlo en más vulnerable a sufrir abuso sexual. Características como la habilidad verbal (Han et al., 2011; Thompson, 2010), relaciones negativas entre iguales, pocas amistades de su misma edad, aislamiento social (Fleming et al., 1997; Han et al., 2011; Save the Children, 2001), los problemas de conducta (Han et al., 2011; Save the Children, 2001), el temperamento (Elliot y Brière, 1995; Han et al., 2011; Mullen y Fleming, 1998; Olson y Jacobson, 2014; Save the Children, 2001), el atractivo físico (Cunningham et al., 2010; Elliot y Brière, 1995; Mullen y Fleming, 1998) y la maduración sexual temprana (Fergusson y Mullen, 1999; Mullen y Fleming, 1998).

### 2.4.2 *Características familiares*

Debida la abundancia de factores implicados en el abuso sexual infantil en el presente estudio se presta especial atención a uno de los elementos más influyentes del contexto cercano del individuo víctima del abuso sexual infantil, como es la familia. Como queda reflejado entre los factores de riesgo asociados al abuso sexual infantil y en los diferentes modelos explicativos, las características del padre y madre de la víctima pueden estar vinculadas al abuso sexual. A su vez, numerosos abusos sexuales acontecen en el seno familiar. Así pues, el estudio pone especial énfasis en comprender la dinámica familiar dentro de la cual sucede el abuso sexual infantil desde el análisis de los estilos parentales de las víctimas de abuso sexual infantil. Sin obviar la naturaleza compleja y multidimensional del abuso sexual, dada la interdependencia entre la familia, la comunidad y el contexto cultural. Con objeto de proporcionar una explicación más completa sobre la aparición y desarrollo del abuso sexual infantil así como las consecuencias psicológicas del abuso sexual el estudio recoge los sesgos y distorsiones cognitivas asociados a los estilos parentales, que determinan en gran medida la conducta del adulto.

La familia constituye un grupo primario de complicada organización que puede constituir un espacio de convivencia, de protección y satisfacción de las necesidades de los hijos e hijas, o por la contra, devenir en una fuente de conflictos y riesgos en forma de abandono o cualquier otro tipo de maltrato físico, emocional y sexual (Alba, 2006; Garrido, 2002).

Los estilos parentales surgen a partir de las interrelaciones que se establecen entre las prácticas educativas parentales y la relevancia que adquieren estas en las relaciones parento-filiales. Proporcionan el eje para regular las estrategias y mecanismos de socialización y educación de los hijos e hijas, traducidos en actitudes y comportamientos. Aroca, Cánovas y Alba (2012, p. 234) conceptualizan el término estilo educativo, parejo a los estilos parentales, como el *“conjunto de pautas y prácticas de crianza, cuyo objetivo es la socialización y educación de los hijos, donde interactúan rasgos de personalidad, experiencias pasadas y características personales, tanto parentales como filiales, que se contextualizan dentro de un sistema intra, meso y macrofamiliar inmerso, a su vez, en un marco transcultural e histórico determinados.”*

No existen estilos parentales puros, pero sí pautas que definen las relaciones entre padres e hijos e hijas a través de la intensidad y frecuencia de muestras de afecto, la calidad y cantidad de la comunicación, y la forma de establecer límites y normas. Los cuales, tienen gran influencia en la configuración de la personalidad, autoestima y competencia emocional de los hijos e hijas (Cámara y Bosco, 2011; Mahecha y Martínez, 2005) así como en otras áreas de desarrollo psicosocial (Gracia, Fuentes y García, 2010; Maccoby, 2000; Oliva, 2006; Steinberg, 2001). Musitu (2000) por su lado, incorpora la cultura como componente que interviene en la educación de los hijos e hijas desde su influencia en los valores de los padres, modificando el estilo de interacción dentro del núcleo familiar. En definitiva, el comportamiento de los padres reflejado en el estilo educativo que ejercen, es uno de los componentes principales del estilo educativo.

Schaefer y Bell (1958) son autores de un modelo teórico cognitivo principal para explicar los distintos estilos de la conducta parental desde un modelo bidimensional: control vs. autonomía y afecto vs. hostilidad.

Otro referente en esta línea de trabajo vigente desde la década de los sesenta es Baumrind. Baumrind (1994, 2005) propone un modelo que integra tres estilos de crianza, estilo democrático, autoritario y permisivo, a partir de tres variables parentales básicas: el

control, la comunicación y la implicación afectiva. El estilo democrático lo presenta como un tipo de crianza flexible en el cual los padres permiten la libertad e independencia a sus hijos e hijas, junto con la explicación de las restricciones que imponen y asegurando que sigan dichas directrices. Otros autores han dado continuidad al trabajo de Baumrind y han aportado nuevos descriptores a dichos estilos parentales, como prestar atención a las solicitudes y preguntas de los hijos e hijas, muestras de afecto, fomentar la autonomía e independencia de los hijos e hijas, ser exigentes y controladores con las demandas pero a la vez cariñosos y razonables, en el caso del estilo democrático (Raya, 2008). El estilo autoritario se caracteriza por un patrón estricto de crianza en el cual los padres imponen las reglas a los hijos e hijas y exigen obediencia estricta, sustentados en el poder que les otorga la posición de padres (Baumrind, 1994, 1996, 2005). Raya (2008), por su parte, describe el estilo autoritario como la combinación de altos niveles de demanda y control por parte de los padres, con escasa sensibilidad y conciencia. Padres distantes que marcan reglas claras sin considerar las peticiones de sus hijos e hijas, ni dar respuesta a sus necesidades, basándose en una comunicación unidireccional. Según Baumrind (1994, 2005) el estilo permisivo es un patrón de crianza en el cual los padres aceptan todo de sus hijos e hijas, exigen poco y pocas veces intentan controlar su comportamiento. Este estilo combina bajo control y exigencia con poca sensibilidad hacia las necesidades de los hijos o hijas, por no establecer normas y no mostrarse firmes frente a sus hijos e hijas, sin esperar acciones maduras de sus hijos e hijas. Comunicación no efectiva y unidireccional, en un ambiente familiar poco organizado (Torío, Peña e Inda, 2008). La investigación posterior ha delimitado un cuarto estilo parental, denominado negligente (Raya, 2008; Steinberg, Blatt y Cauffman, 2006). Éste estilo se caracteriza por la ausencia de exigencias y de cumplimiento de responsabilidades, faltas de estructuración, control y apoyo. Se trata de padres que habitualmente delegan sus responsabilidades paternas a terceros, como la escuela u otras familias, que proporcionan un ambiente familiar desorganizado.

Aunque el interés por el estudio de los estilos educativos parentales y la relación que se establece entre padres e hijos e hijas data décadas atrás, distintos autores siguen haciendo aportes a la definición de los cuatro estilos parentales que continúan imperantes a día de hoy (Akhtar, 2012; Wahl y Metzner, 2012).

Pérez Alonso-Geta (2003, p. 72) argumenta que en función de estas dos dimensiones, Schaefer y Bell distinguen cuatro tipologías que explicarían el comportamiento de los padres. *“Los padres superprotectores se caracterizan por la*

*expresión de afecto y continuado control sobre la conducta de sus hijos. En el extremo opuesto se sitúan los padres negligentes, caracterizados tanto por su comportamiento hostil, como por la dejación de funciones a la hora de ejercer cualquier tipo de autoridad, dejando total autonomía a sus hijos. Contrariamente, los padres autoritarios se definen por el intento de control, así como por su hostilidad. Finalmente, los padres democráticos se caracterizan por un comportamiento afectivo y por el respeto a la autonomía del niño”.*

La investigación apunta que un estilo educativo parental inadecuado caracterizado por la restricción, la negligencia, la falta de afecto, hostilidad, principalmente materna, disciplina inconsistente y falta de supervisión, puede ser precursor o desencadenante de problemas en los hijos e hijas (Justicia et al., 2006; Pereira, Canavarro, Cardoso y Mendonac, 2009; Pichardo, Justicia y Fenández, 2009).

Existen numerosos y variados estudios que analizan los estilos de crianza orientados desde esta perspectiva cognitiva algunos de los cuales son citados por Cámara y Bosco (2011): Aluja, Barrio y García (2007) señalan que los estilos de crianza parentales pueden afectar la conducta y socialización de los hijos e hijas por lo que indican el interés de conocer cómo algunas variables de los padres como la personalidad, los valores sociales y la satisfacción matrimonial se relacionan con los estilos de crianza; Alonso y Román (2005) relacionaron las prácticas educativas familiares con la autoestima de los hijos e hijas pequeños.

El trabajo de Young ocupa un lugar importante en el campo de la la investigación de los estilos parentales dentro de la corriente cognitiva. Young (1999), avanzó la línea de trabajo de Beck (1995) en relación a las distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos negativos que generan, a su vez, problemas emocionales, conductuales y relacionales producto de esquemas cognitivos. Algunos autores apuntan que desde un terreno especulativo, podría decirse que esas creencias disfuncionales podrían surgir de la operación de esquemas desadaptativos (López-Pell, Rondón, Alfano y Cellerino, 2012). Los esquemas han sido estudiados en detalle por Young (1999), quien hace hincapié en el papel que desarrollan los esquemas cognitivos maladaptativos en los trastornos psicológicos. Según Young (1999), los esquemas cognitivos maladaptativos surgen de la interacción entre las experiencias tempranas de la infancia y el temperamento innato del niño o de la niña, las cuales hacen referencia a necesidades emocionales básicas que deben satisfacerse en la relación con los otros significativos (ej.: sentido de pertenencia y afectos seguros, autonomía y competencia, libertad para expresar emociones y deseos,

espontaneidad y juego, límites realistas y control). Si alguna de estas no ha sido satisfecha de manera adecuada, desarrollan esquemas adaptativos para dichas situaciones, para hacer frente y sobrevivir, pero más tarde en la vida es posible que con el cambio de escenario se conviertan en maladaptativos y impliquen dificultades de funcionamiento para la persona en algún área de su vida. Estos esquemas maladaptativos tempranos que comprenden recuerdos, emociones, cogniciones y sensaciones corporales con respecto a uno mismo y a las relaciones con los demás, desarrollados durante la infancia o la adolescencia y elaborados a lo largo de toda la vida, se caracterizan por ser disfuncionales en un grado significativo (Young, Klosko y Weishaar, 2003).

Young (1999) elaboró un sistema de clasificación de los esquemas más comunes en las personas, presumiblemente subyacentes a la psicopatología. Basado en su experiencia clínica, describió 18 esquemas maladaptativos y sus características cognitivas, emocionales y conductuales (McGinn y Young, 1996; Young y Klosko, 1994; 2001) agrupados en cinco dominios que reflejan las necesidades básicas de la infancia de: aceptación, autonomía, ajuste de límites, reciprocidad y libertad de expresión. Desarrolló un instrumento para evaluar estos esquemas, el Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ; Young y Brown, 1990) y un cuestionario para medir la crianza de los hijos e hijas orígenes de cada esquema, el Inventario Parental de Young (YPI; Young, 2003) ambas, herramientas utilizadas en el presente estudio con objeto de analizar la relación de los esquemas cognitivos y la percepción de los estilos parentales con la experiencia de abuso sexual en la infancia. La teoría de los esquemas de Young por lo tanto, podría ayudar a distinguir entre los diferentes tipos de experiencias como padres, denotando estilos parentales (Van, Timbremont, Braet y Basile, 2007) a través de la identificación de estilos educativos asociados a los esquemas inadaptados.

La Tabla 4 ofrece una visión general de los esquemas maladaptativos, una descripción de la familia prototípica que encaja de dicho patrón, y un ítem del YPI que ejemplifica cada esquema parental.

Tabla 4. *Esquemas que constituyen el YPI (Young et al., 2003).*

| DOMINIO                    | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                   | FAMILIA DE ORIGEN TÍPICA                                                                                                                                      |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DESCONEXIÓN<br>Y RECHAZO   | Expectativa de que las necesidades de seguridad, la estabilidad, el cuidado, la empatía, el intercambio de sentimientos, la aceptación y el respeto no se cumplirán de una manera predecible. | Independiente, fría, rechazante, negación, solo, explosiva, imprevisible, o abusiva.                                                                          |
| Esquemas                   | Descripción                                                                                                                                                                                   | Ejemplo de ítem del YPY                                                                                                                                       |
| <u>Abandono</u>            | La inestabilidad o falta de fiabilidad percibida de los que están disponibles para el apoyo y la conexión.                                                                                    | <i>“Mi madre/padre se retira o me deja solo/a por largos períodos”.</i>                                                                                       |
| <u>Abuso</u>               | La expectativa de que los demás harán daño, abusarán, humillarán, engañarán, mentirán, manipularán, o se aprovecharán.                                                                        | <i>“Mi madre/padre me miente, me engaña o me traiciona”.</i>                                                                                                  |
| <u>Privación emocional</u> | La expectativa de que el deseo de un grado normal de apoyo emocional no será adecuadamente cubierto por los demás.                                                                            | <i>“Mi madre/padre pasa tiempo conmigo y me presta atención”.</i>                                                                                             |
| <u>Imperfección</u>        | La sensación de que uno es defectuoso, malo, no deseado, inferior, o no válido en aspectos importantes, o no digno de ser amado por otras personas importantes.                               | <i>“Mi madre/padre me hace sentir avergonzado/a de mí mismo/a en aspectos importantes”.</i>                                                                   |
| DOMINIO                    | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                   | FAMILIA DE ORIGEN TÍPICA                                                                                                                                      |
| AUTONOMÍA<br>DETERIORADA   | Expectativas acerca de uno mismo y el medio ambiente que interfieren en la habilidad percibida para separar, sobrevivir, funcionar de manera independiente, o con éxito                       | Enredada, debilitamiento de la confianza del niño/a, sobreprotectora, o refuerzo equivocado para la realización o competencia del niño/a fuera de la familia. |
| Esquemas                   | Descripción                                                                                                                                                                                   | Ejemplo de ítem del YPY                                                                                                                                       |
| <u>Dependencia</u>         | Creencia de que uno es incapaz de manejar las propias responsabilidades cotidianas de una manera competente sin considerable ayuda de los demás.                                              | <i>“Mi madre/padre me trata como si yo fuera más joven de lo que soy”.</i>                                                                                    |
| <u>Peligro</u>             | Temor exagerado a que una catástrofe inminente golpeará en cualquier momento y que uno no será capaz de evitar.                                                                               | <i>“Mi madre/padre se preocupa excesivamente que voy a enfermar”.</i>                                                                                         |

|                                         |                                                                                                                                                                              |                                                                                        |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Confusión y no desarrollo del Yo</u> | Implicación emocional excesiva y la cercanía con una o más personas significativas (a menudo los padres) a expensas de la individuación completa o desarrollo social normal. | <i>“Mi madre/padre y yo, están tan cerca que nos entendemos casi a la perfección”.</i> |
| <u>Fracaso</u>                          | Creencia de que uno ha fracasado, o que siempre o casi siempre es inadecuada en relación a los compañeros/as en lo que respecta a logros.                                    | <i>“Mi madre/padre esperaba que yo fuera un fracaso en la vida”.</i>                   |

| DOMINIO              | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                               | FAMILIA DE ORIGEN TÍPICA                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LÍMITES DETERIORADOS | Deficiencia de límites internos, la responsabilidad de los demás, o la orientación a metas a largo plazo; dificulta el respeto de los derechos de los demás, cooperar con los demás, adquirir compromisos, o la creación y el cumplimiento de metas personales realistas. | Caracterizada por la permisividad o la indulgencia, la falta de dirección, o un sentimiento de superioridad y no la correspondiente confrontación, la disciplina y los límites en relación a asumir la responsabilidad, cooperando de manera recíproca, y el establecimiento de metas. |

| Esquemas                        | Descripción                                                                                                                                                                                                       | Ejemplo de ítem del YPY                                                             |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Grandiosidad</u>             | Creencia de que uno es superior a otras personas, que tiene derecho a privilegios y derechos especiales, o que no está obligado a cumplir las reglas de reciprocidad que guían la interacción social.             | <i>“Mi madre/padre me hace sentir especial, mejor que la mayoría de los demás”.</i> |
| <u>Insuficiente autocontrol</u> | Dificultad generalizada o la negativa a ejercer suficiente control sobre sí mismo y de tolerar la frustración para lograr objetivos personales o restringir la expresión de las emociones y los impulsos propios. | <i>“Mi madre/padre estableció algunas reglas o responsabilidades para mí”.</i>      |

| DOMINIO                 | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                   | FAMILIA DE ORIGEN TÍPICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ORIENTACIÓN A LOS DEMÁS | Enfoque excesivo en los deseos, sentimientos y reacciones de los demás a expensas de las propias necesidades con el fin de ganar el amor y aprobación, mantener el sentido de conexión, o evitar represalias. | Sobre la base de la aceptación condicional: los niños/as deben suprimir los aspectos importantes de sí mismos con el fin de ganar el amor, la atención y aprobación; necesidades y deseos (o la aceptación social y el estado emocional de los padres) lo cual se valora más que las necesidades y los sentimientos de cada niño/a. |

| Esquemas           | Descripción                                                                                                                         | Ejemplo de ítem del YPY                                                    |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <u>Subyugación</u> | Rendición excesiva de control para los demás, porque uno se siente coaccionado, a fin de evitar la ira, la venganza, o el abandono. | <i>“Mi madre/padre me trata como si mis opiniones o deseos no cuentan”</i> |

| <u>Auto-sacrificio</u>        | Enfoque excesivo en la satisfacción voluntaria de las necesidades de otras personas en situaciones cotidianas, a expensas de la propia gratificación.                                                                                                                                                                            | <i>"Mi madre / padre es muy infeliz y confía en mí para el apoyo y la comprensión".</i>                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Búsqueda de aprobación</u> | Excesivo énfasis en la obtención de la aprobación, el reconocimiento, o la atención de otras personas a expensas del desarrollo seguro y verdadero de uno mismo.                                                                                                                                                                 | <i>"Mi madre/padre está preocupado por el estatus social y la apariencia".</i>                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| DOMINIO                       | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | FAMILIA DE ORIGEN TÍPICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| SOBRE-VIGILANCIA              | Excesivo énfasis en la supresión de los sentimientos espontáneos, impulsos y decisiones o en el cumplimiento de las reglas rígidas, interiorizadas y las expectativas sobre el rendimiento y el comportamiento ético, a menudo a expensas de la felicidad, la autoexpresión, la relajación, las relaciones cercanas, o la salud. | Sombría, exigente y, a veces punitiva: el rendimiento, el deber, el perfeccionismo, seguir las reglas, escondiendo las emociones, y evitando errores predomina sobre el placer, la alegría y la relajación. Trasfondo de pesimismo y de preocupan de que las cosas podrían colapsar si uno deja de ser vigilantes y cuidadoso en todo momento. |
| Esquemas                      | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Ejemplo de ítem del YPY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <u>Negativismo</u>            | Un enfoque dominante, en los aspectos negativos de la vida, reduciendo al mínimo o dejando de lado los aspectos positivos.                                                                                                                                                                                                       | <i>"Mi madre/ padre tiene una perspectiva pesimista, a menudo espera el peor resultado".</i>                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <u>Inhibición emocional</u>   | Inhibición excesiva de la acción espontánea, sentimiento o la comunicación, por lo general para evitar la desaprobación de los demás, sentimientos de vergüenza, o perder el control de los impulsos.                                                                                                                            | <i>"Mi madre/padre es reservado, rara vez habla de su / sus sentimientos"</i>                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <u>Altos estándares</u>       | Creencia de que hay que esforzarse por cumplir con los estándares muy altos interiorizado de la conducta y el rendimiento, por lo general para evitar las críticas.                                                                                                                                                              | <i>"Mi madre / padre espera que yo haga lo mejor en todo momento".</i>                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <u>Punitivo</u>               | Creencia de que las personas deben ser duramente castigadas por cometer errores.                                                                                                                                                                                                                                                 | <i>"Mi madre / padre se enoja o es muy crítico cuando hago algo mal".</i>                                                                                                                                                                                                                                                                      |

La experiencia de crianza es considerada el fundamento de la creación de los esquemas cognitivos. El modelo de Young (1999) basado en algunos conceptos e investigación que sustentan la teoría del apego, sugiere que un mediador potencial en el desarrollo de esquemas inadaptados o creencias negativas que se desarrollan generalmente en la niñez es la psicopatología parental. Estas creencias negativas acomodadas al medio

ambiente en el que se desarrollan, como por ejemplo al contexto de abuso sexual, son en su origen representaciones basadas en la realidad que resultan adaptativas en el intento del niño o niña de dar sentido a las experiencias negativas y recurrentes que le envuelven. Sin embargo, su disfuncionalidad aparece más adelante cuando dichos esquemas cognitivos ya no se ajustan a la realidad y persisten en el tiempo, exponiendo a la persona al desarrollo de problemas psicológicos (López-Pell et al., 2011). Como estas creencias negativas o esquemas cognitivos pueden desencadenar emociones angustiosas, el modelo sugiere que en ese caso las personas desarrollan formas de rehuir al malestar. El modelo de Young (1999) ofrece un análisis sobre las estrategias cognitivas, afectivas o conductuales que explican el funcionamiento de los esquemas en la persona y de qué manera se perpetúan. Los tres procesos principales son el de mantenimiento, a través del cual los esquemas se refuerzan y perpetúan convirtiéndose en inflexibles, el cual incluye distorsiones cognitivas y conductas inadaptadas, que llevan a la repetición de una situación vivida en la infancia; el proceso de evitación del esquema que implica estrategias cognitivas, conductuales y emocionales intensas asociadas al mismo; y el proceso de compensación del esquema, resultado de los intentos funcionales que hizo el niño o niña para afrontar el dolor ocasionado por alguna experiencia negativa, pero que resulta desmesurada en la vida adulta.

Es difícil distinguir los efectos del entorno familiar de los efectos del abuso infantil ya que el abuso ocurre generalmente en el contexto de las familias disfuncionales. Por lo tanto, resulta de especial importancia controlar la superposición de los factores ambientales asociados al abuso sexual infantil (Hernandez, Arntz, Gaviria, Labad y Gutiérrez, 2012). Porque la disfunción familiar no sólo puede aumentar la probabilidad de que se produzcan abusos sexuales intrafamiliares, sino que también puede acentuar las consecuencias psicológicas del abuso sexual una vez producido. Cantón-Cortés (2010) informa que las víctimas de abusos sexuales infantiles experimentan un mayor nivel de estrés cuando existe un funcionamiento familiar negativo, más conflictos y menos cohesión. Por el contrario, si el niño o niña mantiene una relación de apoyo con los miembros de su familia, los efectos negativos del abuso pueden disminuir (Eisenberg, Ackard y Resnick, 2007). Son numerosos los autores (Mannarino y Cohen, 1996; Paradise, Rose, Sleeper y Nathanson 1994) que destacan la percepción de la cohesión familiar tras la experiencia de abuso, independientemente de su carácter intrafamiliar o extrafamiliar, como una de las variables del entorno más relacionadas con la resistencia al estrés de la

víctima. Larson, Newell, Holmany Feinauer (2007) indican que la familia puede ayudar a la víctima a evitar futuros problemas escuchando, creyendo la historia, expresando su apoyo y ánimo, mostrando amor y creando una atmósfera abierta para el procesamiento del trauma.

Existen varios factores de riesgo familiares asociados al abuso sexual indicados por multitud de investigaciones. Dichos estudios apuntan características más disfuncionales en las familias de víctimas de abuso sexual infantil, tales como alcoholismo (Hyun-Sil y Hun-Soo, 2005; Nelson et al., 2002; Sanz y Molina, 1999; Villanuena, 2013) el abuso de sustancias (Baral, Etkind, Burke y Cram, 2008; Klatt, Cavner y Egan, 2014; Nelson et al. 2002; Reigstad, Jorgensen y Wichstrom, 2006; Sanz y Molina, 1999); la salud mental (Hyun-Sil y Hun-Soo, 2005; Low y Mulford, 2013; Manion et al., 1996; Reigstad et al., 2006; Sanz y Molina, 1999); discapacidad de los padres (Han, Park, Yoo y Ryu, 2008); ausencia de uno o ambos padres o ambiente de abandono (Bebbington et al., 2011; Bowlby, 1969, 1973; Holmes, 2007; Kenny y McEachern, 2000; Hyun-Sil y Hun-Soo, 2005; May-Chahal y Cawson, 2005; Nelson et al. 2002; Pineda, Trujillo, Millán y Vásquez, 2008; conflictos conyugales (Hyun-Sil y Hun-Soo, 2005; Nelson et al., 2002; Sanz y Molina, 1999; Sobsey, Randall y Parrila, 1997); estilo de crianza punitivo y rígido (Asociación para la Protección de la Familia [APROFA], 2001; Barudy, 1994; Hyun-Sil y Hun-Soo, 2005; Nelson, Heath et al. 2002; Reinemann, Stark y Sweater, 2003; Sobsey et al., 1997); violencia familiar (Annerbäck, Wingren, Svedin y Gustafsson, 2010; Hornor, 2005; Pinheiro, 2006; Sanz y Molina, 1999; Ulloa y Navarro, 2011); padres y madres víctimas de maltrato (Berlin, Appleyard y Dodge, 2011; DeLillo, 2001; Oates, Tebbutt, Swanston, Lynch y O'Toole, 1999; Pérez y De Paúl, 2003; Romero y Amar, 2009; Rumstein-McKean y Hensley, 2001) y de abuso sexual infantil (Finkelhor, 1997; Oliveira, Maroco y Pais, 2012; Sidebotham y Heron, 2006).

De acuerdo con la teoría de la transmisión intergeneracional del abuso, sufrir negligencia y/o abuso durante la infancia podría ser un buen predictor de futuras conductas abusivas parentales hacia sus propios hijos e hijas (Renner y Slack, 2006; Sneddon, Iwaniec y Stewart, 2010). Varios estudios han demostrado que la mayoría de las personas abusadoras adultas fueron abusadas en su infancia, y que los padres y madres más estrictos, inflexibles, y negligentes, fueron sometidos a estilos educativos similares al crecer (Haz, Castillo y Aracena, 2002; Oliveira et al., 2012; Pears y Capaldi, 2001; Renner y Slack, 2006). Algunos estudios informan del hecho de que la tasa de transmisión

intergeneracional de abuso es aproximadamente seis veces mayor que la tasa de violencia intrafamiliar en la población general, con ocurrencia en el 25 - 35% de los casos de abuso (Gelles y Loseke, 1993). El trabajo de Sneddon et al. (2010), con datos recogidos del registro de protección de menores del Reino Unido informaron que los padres y madres con una historia de abuso, durante su propia infancia, presentan el doble de riesgo de llegar a ser abusivos.

El perfil de las familias en riesgo ha sido objeto de estudio de varias investigaciones (Martin, Maiquez, Rodrigo, Correa y Rodríguez, 2004; Menéndez, Hidalgo, Jimenez, Lorence y Sánchez, 2010; Rodríguez, Camacho, Rodrigo, Martin y Maiquez, 2006), sin embargo, el análisis sobre como este perfil esta relacionado con dimensiones psicosociales se encuentra menos desarrollado, a pesar de las evidencias sobre el papel relevante de las características educativas, laborales y familiares (Pérez, Menéndez e Hidalgo, 2014; Rodrigo y Byrne, 2011). En cuanto a las características familiares, tanto la estructura, la composición y la estabilidad de estas resultaron ser dimensiones relevantes a la hora de comprender parte de la variabilidad en la vivencia del estrés. Así mismo, tal y como apunta Anderson (2008), las dinámicas familiares pueden ser mejores predictoras de estrés parental que la propia estructura familiar de forma que en situaciones de riesgo estas diferencias se eliminen.

En este sentido, resulta imprescindible profundizar en el conocimiento de las necesidades de apoyo de las familias en situación de riesgo, aspecto fundamental de cara a diseñar e implementar las intervenciones y actuaciones que permitan fortalecer las competencias parentales de estos progenitores para que puedan optimizar el desempeño de sus funciones como madres y padres (Pérez et al., 2014). La calidad de la crianza juega un papel significativo en la determinación del ajuste social y emocional de las personas (Richaud et al., 2013). El estilo parental es crítico en el desarrollo de todos los niños y niñas, y puede estar afectado en el caso de las familias en las que hay niños y niñas que son víctimas de abuso sexual. Las condiciones de vida y el estrés psicológico asociado debilitan en severas ocasiones la habilidad de los padres (Kaiser y Delaney, 1996; Sturge-Apple, Davies y Cummings, 2006). Así pues, el presente trabajo analiza si existen diferencias en los estilos parentales referidos por las víctimas de abuso sexual infantil y el patrón de correlaciones entre los diferentes estilos parentales y el funcionamiento de las personas que en su infancia sufrieron abuso sexual infantil.

## 2.5 Incidencia y prevalencia del abuso sexual infantil

Los abusos sexuales se cometen en todas las clases sociales, ambientes culturales o razas (Bruffaerts et al., 2012; Madansky, 1996; Veenema, Thornton y Corley, 2015; World Health Organization, 2006). Los estudios epidemiológicos no han encontrado diferencias en las tasas de prevalencia en función de la clase social, del nivel cultural o de la etnia a la que pertenecen las familias de las víctimas. No obstante, no es fácil determinar la incidencia real de este problema en la población porque ocurre habitualmente en un entorno privado –la familia– y los menores pueden sentirse impotentes para revelar el abuso (Desierto, 2015; Idisis y Oz, 2011; Noguerol, 1997; Palm, 2011) y debido a la ausencia, en numerosas ocasiones, de un daño físico visible, así como a la no existencia de un conjunto de síntomas psicológicos que dificultan su detección y diagnóstico unívoco (J. A. Adams et al., 2012; Hornor, 2011; Roberts y Lamb, 2010; Simón, López y Linaza, 2000). Por otro lado, las discrepancias entre los distintos estudios derivan de la utilización de conceptos divergentes (fundamentalmente, en relación con los hechos considerados abusos), de la variación en los procedimientos de recogida de información utilizados y de la experiencia y capacitación profesional para una evaluación competente (Herrmann, Banaschak, Csorba, Navratil y Dettmeyer, 2014; Todt, Maciuga y Debertin, 2014).

Otra de las razones que dificulta conocer la incidencia de abuso sexual infantil versa, como se ha señalado con anterioridad, es la escasa unificación en los criterios de investigación (Fallon et al., 2010; Maier, Mohler-Kuo, Landolt, Schnyder y Jud, 2013; Trocmé, 2008; Veenema et al., 2015) lo cual plantea un importe desafío metodológico. Muchos de los estudios utilizan para su muestra sólo casos denunciados, que suponen un porcentaje mínimo de los casos de abuso sexual. En otras no se especifica si los datos se refieren a casos detectados aunque no denunciados o a casos conocidos aunque no evaluados, etc. Entre las diferencias metodológicas que pueden dificultar la comparación entre estudios Radfor et al. (2011) también señalan que las personas más desfavorecidas son menos propensas a participar en los estudios. Esto hace que muchas veces se trabaje con estimaciones de las cifras de incidencia.

Maier et al. (2013) indican que los estudios desarrollados sobre abuso sexual infantil han seguido fundamentalmente tres metodologías:

1. Estudios retrospectivos en los que se pregunta a los adultos si sufrieron abuso sexual en la infancia.

2. Estudios sobre casos detectados por servicios sociales, y las denuncias presentadas.

3. Estudios sobre casos detectados en programas de tratamiento.

Estas metodologías conllevan una limitación de acceso a los datos reales, pero constituyen, por ahora, el único modo válido de acceso a los mismos.

A continuación se presentan diversos estudios sobre la prevalencia realizados a nivel internacional y América, con su posterior extensión a Europa y España.

Tras la revisión de 21 estudios en diferentes países, (en el que se incluye el realizado por López et al. (1994) en España) Finkelhor (1994), indicó que la tasa de abuso sexual infantil era similar en todo el mundo señalando un 20% en el caso de las mujeres y 10% en el caso de los hombres, convirtiéndose en referente mundial. Numerosos estudios de la década de los 90 situaron posteriormente la prevalencia del abuso sexual en la infancia entre un 12 y 33% entre las mujeres y entre un 8% y 10% entre los hombres (Halperin et al., 1996; Hymel y Jenny, 1996; Fleming, 1997; Wang y Daro, 1998). En sintonía con estos resultados están los más recientes meta-análisis internacionales que establecen la tasa de abuso sexual infantil en un 7,4% en el caso de los niños y en un 19,2% en el de las niñas (Pereda et al., 2009) y datos muy semejantes a los aportados por Stoltenborgh et al. (2011) que indican un 7,6% de abusos sexuales en niños y un 18% en el caso de las niñas.

Según el informe de Finkelhor, Hotaling, Lewis y Smith (1990), primera encuesta nacional de Estados Unidos, llevada a cabo en adultos, sobre la historia de abuso sexual, un 27% de las mujeres y un 16% de los hombres reconocían, retrospectivamente, haber sido víctimas de agresiones sexuales en la infancia. El estudio de Gorey y Leslie (1997) señaló que el 22,3% de mujeres y el 8,5% de hombres de EE.UU. habían sufrido presuntamente abusos sexuales. Los resultados arrojados por el Nacional Comorbidity Survey en 2001, en cambio, señalan la prevalencia del abuso sexual infantil en un 13,5% entre las mujeres y en un 2,5% entre los hombres. Mientras que un estudio realizado pocos años después mostró que el 32,3% de las mujeres y 14,2% de los hombres han sido víctimas de abuso sexual infantil (Brière y Elliott, 2003). Años posteriores el incremento del número de víctimas de abuso sexual infantil detectados en los EEUU han ido elevando la tasa de prevalencia de un 7,6% en el 2007 (U.S. Department of Health and Human services, 2009) a un 9,5% en el 2009 (U.S. Department of Health and Human services,

2010). Estas diferencias en la tasa de prevalencia pueden explicarse entre otros factores por los cambios en las leyes y políticas estatales (Colangelo y Keefe-Cooperman, 2012). Así mismo, en estudios realizados en población abierta se han encontrado incluso frecuencias que oscilan entre el 3,1% y el 21,6% (Edwards, Holden, Felitti y Anda, 2003; Hussey, Chang y Kotch, 2006).

Entre los datos de prevalencia publicados en los estudios más recientes de Norte América encontramos entre un 0,9% y 9,1% de abuso sexual según la Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados de México (Villatoro, Quiroz, Gutiérrez y Díaz, 2006). Un estudio posterior realizado en una muestra de adolescentes de educación secundaria de México indicó una tasa de abuso sexual infantil del 18,7% con una frecuencia ligeramente superior en mujeres (19,3%) que en hombres (17,3%) hallando que el 90% de los casos de abuso se daba entre la edad de 5 y 10 años (Pineda, Trujillo y Millán, 2008). Más recientemente, un estudio realizado con una muestra de adolescentes usuarios de los servicios de un Hospital Psiquiátrico de México reveló una frecuencia del 24% de abuso sexual infantil entre adolescentes de 13 a 17 años (Ulloa y Navarro, 2011). En un estudio desarrollado en pacientes de la American Headache Society el 22% de los participantes alegaron haber sufrido abusos sexuales (Tietjen et al., 2010). En otro estudio realizado el mismo año en una muestra representativa de Quebec, la ciudad territorial más grande de Canadá, se encontró que el 21,4% de las mujeres y el 9,5% de los hombres referían haberse visto involucrados en actividades sexuales no deseadas entre los 12 y 18 años en el 70% de los casos (Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff y Joly, 2009). Finkelhor et al. (2014) también hallaron que el porcentaje de abuso sexual aumenta entre los jóvenes de 15, 16 y 17 años, indicando que a los 15 años de edad, el 16,8% de mujeres reportaron haber sufrido algún tipo de abuso sexual y a los 17 años de edad, la denuncia de abuso sexual ascendió al 26,6%. Estos autores en la ampliación de los estudios epidemiológicos previos desarrollados por Finkelhor proporcionan una estimación de la prevalencia de abuso sexual en la infancia a partir de una muestra de adolescentes, con objeto de disminuir el sesgo de recuerdo. Dichos autores para superar la ambigüedad terminológica relativa al abuso sexual infantil y su influencia en la tasas de prevalencia hacen una distinción entre el abuso y el asalto sexual. Esclarecen que el abuso sexual a menudo se refiere a los actos sexuales por parte de las personas cuidadoras adultas de la familia o por los niños o niñas mayores de la familia, tales como un hermano/a mayor o primo/a. En contraste, el término asalto sexual es a menudo reservado para actos sexuales por parte de personas extrañas o

de los compañeros y compañeras de la misma edad. Finkelhor et al. (2014) encontraron que una de cada cuatro niñas y uno de cada veinte chicos experimentaron abuso sexual o asalto sexual a lo largo de su vida. Cuando se examinaron los abusos sexuales cometidos por una persona adulta, la prevalencia fue una de nueve niñas y uno de cada 53 niños. Por lo que sugieren que es importante entender la diferencia entre abuso y asalto para estimar datos de prevalencia más reales.

Las características de la muestra también influyen notablemente en las tasas de prevalencia, como puede comprobarse en la alta prevalencia de abuso sexual infantil que muestran los estudios realizados en muestras clínica (Huang et al., 2012; Rossiter et al., 2015; Zanarini et al., 2011) que puede ascender incluso al 60 y 80% en algunos casos (Bouchard, Godbout y Sabourin, 2009; Zanarini et al., 2002), con niños y niñas en cuidado residencial fuera del hogar (Euser, Alink, Tharner, Van IJzendoorn y Bakermans-Kranenburg, 2013; Euser et al., 2015) o con personas sin hogar (Melandier y Tyler, 2010; Pluck et al., 2011). Un estudio realizado en Canadá con personas sin hogar encontró que el 62% de las mujeres y el 46% de los hombres habían sido víctimas de abuso sexual durante la infancia (Forde, Baron, Scheck y Stein (2012), tasas muy similares a las encontradas un año anterior en USA, en un muestra de población masculina que indicaron un 53% de los casos (Keeshin y Campbell, 2011). Una revisión sistemática de los estudios de prevalencia de la experiencia de abuso sexual infantil en personas adultas sin tienen hogar en los países occidentales (Sundin y Baguley, 2015) estima que la prevalencia media de abuso sexual infantil es del 32% en las mujeres y del 10% para los hombres en comparación con el 7,5% de todos los niños y niñas de la población general, concretamente el 10% para las mujeres, el 5% para los hombres.

Los estudios sobre el abuso sexual en la infancia se han incrementado también en otros países. En un estudio nacional realizado en Corea del Sur la prevalencia de abuso sexual infantil es de un 21% (Han, Lee, Yoo y Hong, 2008) resultando similar a la tasa encontrada en otros países. Del mismo modo, Akanle (2010) al examinar el abuso sexual entre estudiantes femeninos adolescentes menores de 16 años en tres estados diferentes de Nigeria, encontró una amplia gama de patrones de coerción sexual indicativos de que entre el 3,2% to 30% de las encuestadas habían experimentado algunas formas de la coerción sexual o asalto. Ji, Finkelhor y Dunne (2013) en una revisión de 27 estudios de abuso sexual infantil realizados en población china, tasas de prevalencia superiores en las

mujeres (9,5%) respecto a los hombres (1,0%) aunque fueron porcentajes significativamente menores en relación a otras estimaciones internacionales.

A nivel de Europa resultan interesantes los estudios realizados durante los últimos diez años en el Reino Unido. En un estudio a nivel nacional con una muestra representativa de hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 18 y 24 años, May-Chahal y Cawson (2005) encontraron que la incidencia de abuso sexual infantil fue mayor para las mujeres (15%) que para los hombres (6%). Posteriormente, otro estudio nacional inglés arrojó datos ligeramente más elevados informando de un 17% de mujeres y 8% de hombres víctimas de abuso sexual (Bebbington et al., 2011). Otros estudio significativo en el Reino Unido es el realizado por Radford, Corral, Bradley y Fisher (2013) en una muestra de 2160 padres, madres y cuidadores, 2.275 niños, niñas jóvenes y 1.761 jóvenes adultos de Inglaterra, Escocia, Irlanda del Norte y Gales. En el citado estudio se encontraron una prevalencia del 20,8% de abuso sexual en el caso de las mujeres y del 12,5% para los jóvenes de 11 a 17. Los autores del estudio explican que probablemente las tasas de victimización sexual algo superiores sean consecuencia de la inclusión de los abusos sexuales cometidos por los iguales. Muy recientemente, un estudio compuesto por una muestra de 686 personas adultas de Francia y Canadá, apuntó porcentajes de prevalencia entre hombres (19%) y mujeres (20%) muy parejos (Vaillancourt-Morel et al., 2014). Sin embargo, hay estudios que apuntan tasas de prevalencia menores, en los países nórdicos, tales como un estudio finlandés que se apoyó en dato de que tan sólo tres de cada mil niñas denuncian abusos sexuales cometidos por los padres (Ellonen y Sariola, 2008) y resultados similares reportados por otros estudios finlandeses y nórdicos (Helweg-Larsen y Bøving, 2006; Priebe y Svedin, 2009; Laaksonen et al., 2011). Un estudio finlandes más reciente (Korkman, Svanbäck, Finnälä y Santtila, 2014) estima la prevalencia del abuso sexual infantil entorno al 15% y explica las diferencias de prevalencia en los estudios se debe a que los estudios realizados en los EE.UU. por lo general reportan tasas de prevalencia más altas que las de los países europeos, podrían deberse al menos en parte a las diferencias en la forma en que se define el abuso sexual infantil, definiciones que tienden a ser más estrictos en Europa (al menos en los estudios nórdicos) así como en los métodos de investigación utilizados (Laaksonen et al., 2011; Pereda et al., 2009; Stoltenborgh et al., 2011; Tromovitch y Rind, 2007). Otros estudios, también han indicado que tasas más bajas de abuso sexual infantil en Europa en su conjunto parecen ser algo inferiores a otras

regiones como Australia y América del Norte (Stoltenborgh et al., 2011). Estos datos sugieren la importancia de estudiar las características de los contextos culturales en los que los ratios abuso sexual son relativamente bajos de cara a su interés por las posibles implicaciones de prevención (Finkelhor, Ji, Mikton y Dunne, 2013; Mansbach-Kleinfeld, Ifrah, Apter y Farbstein, 2014).

Para señalar los datos de prevalencia en el estado Español debemos acudir al primer estudio nacional de López et al. (1994) sobre prevalencia. Los resultados de este estudio indican que el 22,5% de las mujeres y el 15,2% de hombres habían sufrido abuso sexual durante su infancia. Estas cifras se refieren a un concepto muy amplio de abuso: cualquier conducta no consentida con una finalidad explícitamente sexual (Vázquez, 2004). La tasa de prevalencia de abusos sexuales, con implicaciones clínicas para los menores afectados, es considerablemente más baja (en torno al 4%-8% de la población). Al margen de esta tasa de prevalencia, ya de por sí muy alta, en el 44% de los casos el abuso no se limitó a un acto aislado (López, 1995; 1997). Otros estudios significativos a nivel nacional sobre abuso sexual en la infancia son los llevados a cabo por el Centro de Reina Sofía para el estudio de la violencia (Vázquez, 2004). En el 2004 publicaban un estudio en una muestra de 100 casos de abuso sexual entre los 4 y 18 años de edad en la cual el 72% de las víctimas eran mujeres. Los datos arrojados por este estudio señalan una mayor frecuencia de casos entre los 8 y 11 años edad; en primer lugar en torno a los 8 años con un 15% de los casos y, en segundo lugar, en los 9 y 11 años con un 11% de casos en ambas edades. Años después, esta misma institución en un estudio realizado con población general, estableció la prevalencia del abuso sexual en España entorno al 5% de la población (Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia, 2011).

En la última década se han incrementado los estudios locales en diversas zonas geográficas de España con muestras compuestas por estudiantes universitarios. En el 2002 en un estudio realizado con 826 estudiantes universitarios del País Vasco se encontró que el 23,3% de la muestra refería abuso sexual infantil, de los cuales el 13,04% eran hombres y el 86,96% mujeres (De Paúl, Pérez, Paz, Alday y Mocoroa, 2002). Estudios más recientes como el de Pereda del 2006 establecen la prevalencia del abuso sexual infantil en una muestra de jóvenes universitarios de Barcelona en un 19% de las mujeres y en un 15,5% de hombres. Pereda ofrece también resultados desglosados por edad y especifica que de este total de 17,9% de estudiantes que refieren haber sufrido abuso sexual antes de los 18 años, un 14,9% lo sufrió antes de los 13 años y un 3% entre los 13 y 18 años de

edad. Poco después, una investigación desarrollada con 364 estudiantes de la Universidad de Vigo reveló que el 8% de la muestra manifestaba haber sufrido abusos sexuales en la infancia, un 79,5% de mujeres y un 10,5% de hombres (Fernández, Lameiras y Failde, 2008). Ese mismo año Cantón y Justicia (2008) en una muestra de 1.331 estudiantes de la universidad de Granada encontraron que el 9,96% de las mujeres y el 6,5% de los hombres referían abuso sexual. Posteriormente, Cantón-Cortés et al. (2011) llevaron adelante otro estudio en la misma Universidad de Granada con una muestra compuesta por 1.529 estudiantes de los cuales, 163 mujeres (10,7%) informaron haber sufrido de abuso sexual antes de los 14 años. Un estudio más reciente realizado por Pereda et al. (2014) con una muestra de 1.107 estudiantes de secundaria de entre 12 y 17 años de edad para establecer la prevalencia de la victimización y polivictimización entre los adolescentes españoles, señaló la elevada prevalencia de victimización entre los iguales y los hermanos y hermanas durante la adolescencia temprana (33,9%) y mayor presencia de violencia comunitaria entre adolescentes de mayor edad (34,7%). De las diferentes tipologías de victimización el 8,7% de la muestra informó algún tipo de victimización sexual a lo largo de su vida, con una prevalencia mayor de victimización sexual en las mujeres (13,9%) que en los hombres (4%).

Las tasas de prevalencia señaladas en relación con el abuso sexual en la infancia, en los estudios retrospectivos de la población adulta llevados a cabo en España y Estados Unidos, oscilan entre el 15% y el 30% de la muestra estudiada. Estas diferencias, sin embargo, son más achacables a los actos que se consideran indicadores de abuso sexual y a las medidas y a la metodología del estudio empleada más que a la población encuestada. Diferentes estudios han intentado estimar la verdadera incidencia del abuso sexual infantil y la prevalencia encontrada alcanzar incluso el 50%, dependiendo del tipo de abuso, la población objeto de la investigación y el género (Barth, Bermetz, Heim, Trelle y Tonia, 2012). A pesar de que la naturaleza propia del abuso sexual en la infancia y otras causas mencionadas condicionen el conocimiento de la frecuencia real del abuso sexual infantil (Butcher, Mineka y Hooley, 2010) resulta imprescindible esclarecer su epidemiología. Es la única forma de conocer el número total de casos en una población en un periodo de tiempo (prevalencia) y el número de nuevos casos en una población y tiempo determinados (incidencia), así como los factores de riesgo, ya que los datos epidemiológicos indican que no existen características familiares y demográficas que puedan ser excluidas para la identificación clínica del abuso sexual (Casado et al., 1997).

### 2.6 Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil

El abuso sexual infantil además de tener severos efectos negativos en la calidad de vida de las personas que lo sufren, repercute en el plano personal y socio-familiar de las víctimas, por lo que se trata de un problema de salud pública. Numerosos estudios indican las serias consecuencias psicológicas y sociales asociadas a la experiencia de abuso sexual infantil tanto en la infancia (Pereda, 2009) como en la edad adulta (Pereda, 2010). En algunos casos porque las consecuencias psicológicas que emergen perduran en la edad adulta, pero también es posible que la persona no desarrolle problemas aparentes durante la infancia y que éstos aparezcan en la edad adulta. Por esa razón resulta de gran practicidad la extendida clasificación entre consecuencias a corto plazo o iniciales, para referirse a los efectos inmediatos al abuso sexual infantil que en algunos casos persisten, y largo plazo, cuando se encuentran a partir de los dos años siguientes a la victimización (Browne y Finkelhor, 1986; López, 1993). Estos últimos emergen aproximadamente en un 20% de los casos (López, 1993).

La infinidad de factores que intervienen en el abuso sexual infantil conlleva a que las consecuencias derivadas del abuso sexual sean diversas, variadas y complejas, lo cual dificulta establecer un único cuadro de síntomas asociado. Esto mismo impide confirmar la existencia de una relación causal entre el abuso sexual infantil y la presencia de problemas psicológicos en la edad adulta (Browning y Laumann, 2001). Sin embargo, los estudios que se realizan siguen indicando una relación directa entre el abuso sexual infantil y el ulterior desarrollo de problemas psicológicos (Hill et al., 2000; Nelson et al., 2002; Pereda, 2010; Rodríguez, Aguiar y García, 2012).

Algunos autores asocian la gravedad de las consecuencias del abuso sexual sufrido con las características en las que acontece el abuso. Los abusos que se producen en el ámbito intrafamiliar se vinculan directa y positivamente con la cronicidad del abuso y la severidad del mismo (De Paúl et al., 2002; Echeburúa y Guerricaechevarria, 2011), incrementando a su vez la dificultad para interponer la denuncia. A su vez, es característico de las familias incestuosas un ambiente disfuncional de convivencia que puede coexistir con comportamientos de negligencia, abusos físicos y/o emocionales repercutiendo en las secuelas psicológicas producidas en las víctimas. Al igual que, por la contra, un contexto familiar sano, las relaciones sociales y la autoestima parecen jugar un papel relevante como factores amortiguadores en la disminución del impacto psicológico

del abuso (Cortés et al., 2011; Echeburúa y Corral, 2006; Pereda, Gallardo-Pujol y Jiménez-Padilla, 2011).

La respuesta de la familia ante la revelación del abuso sexual es otro elemento que repercute en las consecuencias psicológicas de este amortiguando o agravando la sintomatología. Una reacción negativa de la familia ante la revelación del abuso por parte del menor, como no dar crédito a su testimonio o culparlo de lo ocurrido, dificulta la gestión del suceso por no recibir el apoyo emocional necesario, pudiendo incluso agravar la sintomatología de la víctima (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011).

Aguilar (2009) apunta que a mayor edad de la víctima mayor número de secuelas porque el aumento de las consecuencias sociales favorece la severidad del abuso y la violencia psíquica ejercida en el menor. En ese sentido refiere que cuanto más crónico es el abuso y más violencia psíquica lo acompaña, mayor variedad de secuelas se encontrarán en la víctima. Esta autora además de la edad en la que se produce el abuso, la duración y la frecuencia del abuso señala que el grado de sentimiento de culpa y la estigmatización, así como la revictimización de otros familiares o conocidos y las estrategias de afrontamiento que se posean para hacer frente a dicho acto, como otros factores relacionados con el alcance de las consecuencias asociadas al abuso sexual infantil. Por otra parte, las variables situacionales interactúan con los rasgos de personalidad para determinar la respuesta idiosincrásica posterior al abuso y la adaptación (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011).

El presente trabajo se centra en el estudio de las consecuencias psicológicas a largo plazo asociadas al abuso sexual en la infancia, sin embargo, dado que dicha sintomatología en ocasiones es la dilatación de los efectos iniciales, a continuación se presenta primeramente la descripción de efectos psicológicos iniciales más característicos para posteriormente ahondar en los efectos a largo plazo.

### ***2.6.1 Consecuencias psicológicas iniciales***

Las consecuencias iniciales del abuso sexual infantil son en general, muy negativas para el funcionamiento psicológico de la víctima (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011). Algunos autores señalan la similitud de muchos de los síntomas psicológicos que se observan en el abuso sexual, con los que se derivan del maltrato físico, emocional o de situaciones de explotación infantil (Gómez de Terreros, 2006). Resulta complejo descartar o confirmar con certeza el abuso a través de los síntomas o indicadores por sí mismos, sin

contextualización (Gil, Ostos, Largo, Acosta y Caballero, 2006). En la Tabla 5 se muestra la conceptualización de los síntomas estimando la gradación de validez como indicadores del abuso sexual propuestos por éstos autores.

Tabla 5. *Valoración de los indicadores del abuso sexual infantil adaptada (Gil et al., 2006, pag. 61).*

| INDICADORES                      | CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| COMPATIBLES<br>Abuso probable    | Trastorno, enfermedades o lesiones que, aunque pueden deberse a otras causas, en determinadas circunstancias podrían ser secundarios a alguna forma de abuso sexual.<br>(P. ej.: <i>Trastornos del comportamiento</i> ).                       |
| ESPECÍFICOS<br>Alta probabilidad | Trastorno, enfermedades o lesiones cuyo mecanismo de producción más frecuente son las prácticas abusivas; aunque pudieran ser producidas por otra causa muy poco probables.<br>(P. ej.: <i>Conducta sexualizada; relatos no confirmados</i> ). |
| CONCLUYENTES<br>Certeza de abuso | Trastorno, lesiones o enfermedades que sólo pueden haber sido producidos por mecanismos de abuso sexual. Se han descartado accidentes y otras causas.<br>(P. ej.: <i>Verbalización con informe psicológico de veracidad</i> ).                 |

Los efectos iniciales, que brotan los primeros días tras el abuso sexual hasta los dos años siguientes, según López (1999) son experimentados por el 60% y 80% de los menores víctimas de abuso sexual y un 20%-40% consigue continuar su vida habitual sin cambios apreciables, lo cual no impide que con posterioridad puedan emerger síntomas derivados del abuso. Este mismo autor describió una serie de sentimientos contradictorios que surgen hacia la persona agresora, la familia y contra sí mismo ulterior al abuso sexual. En esta línea Mannarino y Cohen (1986) señalan los sentimientos la desconfianza y el temor hacia la persona agresora, así como la hostilidad, hacia ésta o incluso hacia la familia en algunos casos por culparla de no haber evitado el abuso. Otros autores apuntan que la culpa, vergüenza y repulsión que experimentan las víctimas de abuso sexual produce ansiedad angustia y tristeza en ellas (Bain y Sanders, 1996; López, 1999; Sepúlveda y Sepúlveda, 1999).

No todos los niños y niñas reaccionan de la misma manera frente a la victimización de abuso sexual. La diversidad de comportamientos incluido en el abuso sexual, junto con las diferencias en la edad y el género de la víctima infantil, la naturaleza de la relación

entre el niño o niña y el autor, y la frecuencia y duración del abuso sexual, implican grandes diferencias en las consecuencias del abuso sexual para el niño o niña (Hornor, 2010). Por ejemplo, experimentar el abuso sexual dentro de un contexto familiar o entorno social positivo se asocia a un menor riesgo de salud mental adversa (Cortés et al., 2011; Kinnally et al., 2009). El apoyo familiar, y especialmente la credibilidad que las figuras parentales otorgan a la acusación de abuso sexual y el soporte que proporcionan, puede actuar como una fuerte barrera contra el desarrollo de las consecuencias negativas para las víctimas de abuso sexual (Schönbucher, Maier, Mohler-Kuo, Schnyder y Landolt, 2014; Tremblay, Hebert y Piche, 1999). Experimentar el abuso sexual crea una sensación de impotencia en el niño o niña que genera la percepción de tener poco control sobre lo que sucede (Dube et al., 2005). Esta sensación de falta de control actúa como un factor de estrés que tiene efectos sobre el desarrollo de las víctimas. Por lo tanto, el desarrollo de las consecuencias del abuso sexual infantil en la salud, en parte se encuentra relacionado con los factores de protección y riesgo (Lindauer et al., 2014). Además de los factores ambientales, los factores biológicos también repercuten, por ejemplo en el desarrollo del trastorno de estrés postraumático, tal y como han constatado estudios realizados con gemelos, que los factores genéticos influyen en entre el 30% y 40% de las diferencias individuales sobre la vulnerabilidad (Cornelis, Nugent, Amstadter y Koenen, 2010; Sullivan, Daly y O'Donovan, 2012) no sólo para su aparición sino también para las modificaciones genéticas inducidas por el trauma (Pitman et al., 2012).

Pereda (2009) expone una revisión bibliográfica de las consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil congregadas en diferentes áreas de afección según problemas emocionales, cognitivos, de relación, funcionales o de conducta reflejas en las Tabla 6, Tabla 7, Tabla 8, Tabla 9 y Tabla 10.

Tabla 6. *Consecuencias psicológicas iniciales de abuso sexual en la infancia: problemas emocionales (Pereda, 2009, p.137).*

| SINTOMATOLOGÍA                                          | ESTUDIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Miedos y Fobias                                         | Ligezinska, Firestone, Manion, McIntyre, Ensom y Wells (1996); Mannarino y Cohen (1986).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Síntomas depresivos y ansiedad                          | Ackerman et al. (1998); Ahmadkhaniha, Shariat, Torkaman-nejad y Moghadam (2007); Brière 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 y estigmatización | Black et al. (1994); Brand, King, Olson, Ghaziuddin y Naylor (1996); Brière 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); Brière y Elliott (1994); Hall (1999); McLeer et al. (1998); Timmons-Mitchell, Chandler-Holtz y Semple (1997); Tremblay, Hébert y Piché (2000).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Ideación, conducta suicida y autolesiones               | Aglan, Kerfoot y Pickles (2008); Brand et al. (1996); Brière y Elliott, (1994); Garnefski y Arends (1998); Garnefski y Diekstra (1997); Martin et al. (2004); McLeer et al. (1998); Swanston et al. (1997).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

Tabla 7. *Consecuencias psicológicas iniciales de abuso sexual en la infancia: problemas cognitivos (Pereda, 2009, p.137).*

| 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, Staffebach y Biaggio (2000); Wolfe y Birt (1997). |

Tabla 8. *Consecuencias psicológicas iniciales de abuso sexual en la infancia: problemas de relación (Pereda, 2009, p.137).*

| SINTOMATOLOGÍA                                                        | ESTUDIOS                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Problemas de relación social                                          | Alessandri (1991); Brière y Elliott (1994); Einbender y Friedrich (1989); Hébert et al. (2006); Stern et al. (1995). |
| Menor cantidad de amigos y amigas, menor tiempo de juego con iguales. | Alessandri (1991); Oates et al. (1985).                                                                              |
| Elevado aislamiento social                                            | Cohen y Mannarino (1988); Hébert et al. (2006);<br>Mian et al. (1996).                                               |

Tabla 9. *Consecuencias psicológicas iniciales de abuso sexual en la infancia: problemas funcionales* (Pereda, 2009, p.137).

| SINTOMATOLOGÍA                                            | ESTUDIOS                                                 |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Problemas de sueños (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 conducta                                 | Brière y Elliott (1994); Swanston et al. (1997)          |
| Alimentaria                                               | Cohen y Mannarino (1988).                                |
| Quejas somáticas                                          | Cohen y Mannarino (1988).                                |

Tabla 10. *Consecuencias psicológicas iniciales de abuso sexual en la infancia: problemas de conducta* (Pereda, 2009, p.138).

| SINTOMATOLOGÍA                            | ESTUDIOS                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Conducta sexualizada</b>               |                                                                                                                                                             |
| <i>Masturbación compulsiva</i>            |                                                                                                                                                             |
| <i>Imitación de actos sexuales</i>        |                                                                                                                                                             |
| <i>Uso de vocabulario inapropiado</i>     | Cohen y Mannarino (1996); Friedrich, Grambsch, Damon, Hewitt, Koverola, Lang et al. (1992); Hébert et al. (2006).                                           |
| <i>Curiosidad sexual excesiva</i>         |                                                                                                                                                             |
| <i>Conductas exhibicionistas</i>          |                                                                                                                                                             |
| <b>Conformidad compulsiva</b>             | Crittenden y DiLalla (1988).                                                                                                                                |
| <b>Conducta disruptiva y disocial:</b>    |                                                                                                                                                             |
| <i>Hostilidad</i>                         | Ackerman et al. (1998); Alessandri (1991); Brière y Elliott (1994); Garnefski y Diekstra (1997); Hébert et al. (2006); Kaufman (1996); Wolfe y Birt (1997). |
| <i>Agresividad</i>                        |                                                                                                                                                             |
| <i>Ira y rabia</i>                        |                                                                                                                                                             |
| <b>Trastorno oposicionista desafiante</b> | Ackerman et al. (1998); Cohen y Mannarino (1988); Dykman et al. (1997); Garnefski y Diekstra (1997); Swanston et al. (1997); Tebutt et al. (1997).          |

Como puede verse, no se puede hablar de un síndrome clínico único compuesto por un determinado conjunto de síntomas pero resulta de utilidad agrupar las diferentes consecuencias provocadas atendiendo a la edad en la que el abuso sexual acontece. Aunque no se puede establecer una clasificación fija en relación a la sintomatología, se puede certificar que existe una mayor probabilidad de presentar determinados efectos en función de la etapa de desarrollo del menor. En la Tabla 11 se presentan los efectos más característicos en cada etapa según la revisión de M. M. Aguilar (2009, p. 230).

Tabla 11. *Etapa del ciclo vital.*

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Edad Preescolar<br>(3-6 años) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expresión de algún tipo de conducta considerada como anormal.</li> <li>- Ansiedad.</li> <li>- Pesadillas.</li> <li>- Desórdenes del trastorno de estrés postraumáticos.</li> <li>- Problemas internalizantes y externalizantes de conducta.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Edad Escolar<br>(7-12 años)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los problemas de conducta tanto a nivel interno como externo se hacen más patentes, especialmente depresión y agresión respectivamente.</li> <li>- Descenso en la autovaloración personal y niveles de autoestima.</li> <li>- Miedos.</li> <li>- Pesadillas.</li> <li>- Neurosis.</li> <li>- Baja autoestima.</li> <li>- Hiperactividad.</li> <li>- Efectos en el funcionamiento y desarrollo cognitivo y socioemocional (sobre todo en el caso de las niñas víctimas de tales abusos).</li> <li>- Problemas escolares: funcionamiento académico global deteriorado y mayores problemas de aprendizaje.</li> <li>- Conductas sexuales inapropiadas (masturbación y preocupación sexual excesiva, exhibicionismo y agresión sexual).</li> <li>- Comienza aparecer el sentimiento de culpabilidad, sintiéndose las víctimas responsables del abuso.</li> </ul> |
| Adolescente<br>(13-18 años)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Depresión.</li> <li>- Retraimiento social.</li> <li>- Baja autoestima.</li> <li>- Ideas repetitivas de suicidio y conductas autolesivas.</li> <li>- Trastornos somáticos.</li> <li>- Conductas antisociales (consumo de drogas y/ o alcohol, escapadas del hogar, falta de asistencia a la escuela...).</li> <li>- Comportamiento sexual precoz (embarazo).</li> <li>- Problemas de identidad sexual.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

### 2.6.2 *Consecuencias psicológicas a largo plazo*

El abuso sexual se reconoce como un evento traumático que deja graves alteraciones en la salud de los sobrevivientes. Las secuelas generadas, tienen un alcance devastador en el curso de la vida de las víctimas, comprometiendo su integridad mental, física y sexual (Vallejo y Córdoba, 2012). Diversos estudios confirman una peor salud mental general en víctimas de abuso sexual infantil (Barrios et al., 2015; Danese et al., 2009; Fang, Brown, Florence y Mercy, 2012; Silverman, Reinherz y Giaconia, 1996) con una mayor presencia de síntomas y trastornos psiquiátricos en la edad adulta (Bru, Santamaría, Coronas y Cobo, 2009; Fergusson, Lynskey y Horwood, 1996). Aunque hasta el momento no se haya podido constatar una relación causal, en la mayoría de los casos, las víctimas presentan signos y síntomas indicativos asociados al abuso sexual (Silva, 2006). Además, la investigación apunta que el paso del tiempo no apacigua los síntomas de estas personas (Habigzang et al., 2009). La mayoría de los niños y niñas víctimas de abusos sexuales presentarán sintomās severos o moderados en algūn momento de su vida (Hornor, 2010).

De hecho, una gran cantidad de investigaciones han demostrado que las víctimas de abuso sexual pueden desarrollar alteraciones comportamentales, emocionales y cognitivas así como cuadros psicopatológicos (Brière y Elliot, 2003; Di Giacomo, Alamia, Cicolari, Cimolai y Clerici, 2014; Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor, 1993; Lages, Gil y Dalbosco, 2013; Tyler, 2002). Entre las posibles alteraciones, las víctimas pueden experimentar ansiedad, síntomas depresivos, culpa, vergüenza, odio, miedo, ira, ideación y conducta suicida, abuso de sustancias, baja autoestima, comportamientos agresivos, aislamiento social entre otros (Amazarray y Koller, 1998; Cohen, Mannarino y Rogal, 2001; Habigzang y Koller, 2006; Haugaard, 2003; Kendall-Tackett et al., 1993; Mebarak, Martínez, Sánchez y Lozano, 2010; Tyler, 2002). Así mismo, en lo que respecta a la psicopatología entre las víctimas de abuso sexual se ha encontrado más trastornos disociativos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de la alimentación, depresión, hiperactividad, trastorno de estrés postraumático, trastorno y abuso sustancias, trastornos sexuales y de la personalidad (Brière y Elliott, 2003; Cantón y Cantón, 2007; Cohen et al., 2001; Del Campo y López, 2006; Duarte y Arboleda, 2004; Echeburúa y Subijana, 2008; Kingston y Raghavan, 2009; Lemieux y Byers, 2008; MacMillan et al, 2001; Putnam, 2003; Usta y Farver, 2010).

Sin embargo, existe gran variabilidad respecto al ajuste psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil, de forma que no todas ellas presentan problemas a largo plazo (Rind, Tromovich y Baserman, 1998). Algunos autores apuntan las características del abuso y las estrategias de afrontamiento y/o las atribuciones de culpa como factores intervinientes en las diferencias de ajuste de las víctimas (Cantón-Cortés et al., 2011; Lemieux y Byers, 2008; Feiring y Cleland, 2007; Wright, Crawford y Sebastian, 2007).

En los siguientes apartados se presentan algunas de las consecuencias psicológicas a largo plazo, frecuentes que las víctimas de abuso sexual infantil pueden desarrollar en la edad adulta.

#### 2.6.2.1 Factores cognitivos asociados al abuso sexual infantil.

Los esquemas cognitivos se han denominado como la representación cognitiva que la persona hace de sus experiencias del pasado respecto a situaciones o personas, en las que se apoya para la construcción de su percepción de los acontecimientos (Beck y Haigh, 2014; Dozois et al., 2014; Goldberg, Gerstein, Wenze, Welker y Beck, 2008; Goldfried, 1995; Thomas, Farhall y Shawyer, 2015). Sirven tanto para organizar y dirigir la forma en la que los individuos experimentan el mundo. Son creencias que se desarrollan a edades tempranas, principalmente en la niñez y adolescencia, aunque posteriormente son reforzadas e influenciadas por los demás y por las propias experiencias individuales del sujeto. Por lo tanto, los esquemas son estructuras fuertemente estables que afectan al procesamiento de la información (Sierra, Negrete y Miranda, 2012) que funcionan como estructuras de memoria que conectan información y experiencias antiguas con nuevas situaciones y eventos (McCann y Pearlman, 1990). Según la teoría cognitiva, los comportamientos de las personas se encuentran estrechamente ligados a las interpretaciones que hacen de la realidad, de sí mismos y del futuro. Así, el comportamiento es producto de pensamientos automáticos, es decir, pensamientos cuyo contenido es evaluativo y mínimamente procesado de forma deliberada, razón por la cual tienden a aparecer automáticamente dando cuenta de creencias o contenidos idiosincráticos que el individuo ha construido a lo largo de su vida para dar cuenta de lo que le sucede (Muñetón, 2013). Estos pensamientos que obedecen a una estructura más profunda definida como esquema cognitivo, pueden ser disfuncionales obstaculizando las intenciones del sujeto, generando una especie de auto-saboteo (Camerini, 2004).

Las experiencias infantiles adversas como el maltrato infantil tienen severas consecuencias en el desarrollo psicológico de los niños y niñas (Pino, Herruzo y Morales, 2000); evidenciándose en dificultades en el desarrollo del concepto de sí mismos, su autoimagen y autoeficacia (Gantiva, Bello, Vanegas y Sastoque, 2009). Estas consecuencias psicológicas influyen directamente sobre los estilos cognitivos, es decir, en la percepción, organización y procesamiento de la información e influyen en la manera de actuar, pensar y tomar decisiones sobre eventos que se presentan a lo largo de la vida, así como en las actitudes que el individuo asume hacia otras personas y en la forma de relacionarse con las mismas (Hederich y Camargo, 2001). Consecuentemente, las historias de maltrato físico en la infancia pueden ejercer un impacto sobre la estructura cognitiva que genera una alta vulnerabilidad de sufrir desajuste psicológico, relacionado con la forma disfuncional de procesar la información, experimentar las emociones y/o interactuar con las demás personas (Gantiva et al., 2009). Al respecto, Young (1999) diseñó un modelo cognitivo elaborando una relación entre las distorsiones y los esquemas cognitivos. Este modelo plantea que la existencia de un esquema cognitivo favorece la presencia de determinadas distorsiones, las cuales mantienen esquemas disfuncionales y rígidos, con el consiguiente mantenimiento de pensamientos y comportamientos autodestructivos. Young (1990) propone los supuestos teóricos de esquemas maladaptativos tempranos como marcos disfuncionales para el procesamiento de la información bajo un sistema de clasificación en dominios, compuesto por 18 esquemas maladaptativos tempranos agrupados en cinco dominios (Ver Tabla 12).

Tabla 12. Descripción de los esquemas maladaptativos tempranos de Young por dominios.

| <b>DOMINIO DE DESCONEXIÓN Y RECHAZO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hace referencia a personas inestables emocionalmente y poco predecibles, lo cual se puede evidenciar en la aparición de creencias relacionadas con la falta de apoyo emocional por parte de personas significativas. Dichas creencias expresan el temor y la preocupación de ser abandonados por estas personas, lo que involucra la percepción del daño como intencional o que el resultado es una negligencia extrema e injustificada, lo que lleva a la persona a percibir que siempre termina siendo engañada o recibiendo la peor parte. |                                                                                                                                                                                                           |
| Esquema                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Descripción                                                                                                                                                                                               |
| Abandono                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Hace referencia a que los demás son personas inestables emocionalmente e indignos de confianza para prodigar apoyo y vinculación.                                                                         |
| Abuso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Hace referencia a que las otras personas lastimarán, se aprovecharán o harán a la persona víctima de sus abusos, humillaciones, engaños o mentiras.                                                       |
| Privación emocional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Creencia de que el deseo de lograr un grado normal de apoyo emocional no será adecuadamente satisfecho por los otros.                                                                                     |
| Imperfección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Creencia de que uno es inherentemente defectuoso, imperfecto, y digno de no ser amado.                                                                                                                    |
| Aislamiento social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | La sensación de que uno es fundamentalmente diferente de otras personas, aislado, y no parte de una comunidad.                                                                                            |
| <b>DOMINIO DE AUTONOMÍA DETERIORADA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                           |
| Consiste en una visión negativa de uno/a la mismo/a y del ambiente en cuanto a la capacidad para tener éxito o para funcionar independientemente de los demás, con la necesidad de apoyo constante del resto para sobrevivir o ser feliz. Se hace anticipación de catástrofes inminentes e incontrolables.                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                           |
| Esquema                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Descripción                                                                                                                                                                                               |
| Dependencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | La creencia de que uno depende de los demás para gestionar la vida cotidiana.                                                                                                                             |
| Peligro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Es una creencia que se dirige hacia la anticipación de catástrofes inminentes e incontrolables.                                                                                                           |
| Apego                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Implicación emocional amplia y cercanía con las personas significativas en detrimento de la plena individualización.                                                                                      |
| Fracaso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | La creencia de que uno es fundamentalmente inadecuado cuando a rendimiento y logros.                                                                                                                      |
| <b>DOMINIO DE LÍMITES DETERIORADOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                           |
| Caracteriza a personas que se perciben como superiores a los demás, tienen derechos y privilegios especiales, no están obligados por las reglas de reciprocidad que guían la interacción social habitual, ejercen control sobre las propias emociones con el fin de limitar la expresión excesiva de las mismas, el control de los impulsos y la poca disciplina empleada para alcanzar las metas.                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                           |
| Esquema                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Descripción                                                                                                                                                                                               |
| <b>Grandiosidad</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Creencia de que la persona es superior a los demás, que tiene derechos y privilegios especiales o no está obligado por las reglas de reciprocidad que guían la interacción social habitual.               |
| <b>Insuficiente autocontrol</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Dificultad generalizada por ejercer control sobre las propias emociones, por limitar la expresión excesiva de las mismas y controlar los impulsos, y la poca disciplina empleada para alcanzar las metas. |

### DOMINIO DE ORIENTACIÓN A LOS DEMÁS

Implica la concentración excesiva y voluntaria en la satisfacción de las necesidades de los demás en situaciones cotidianas, a expensas de la propia satisfacción.

| Esquema                | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Subyugación            | La creencia de que uno tiene que someterse al control de los demás y suprimir las propias necesidades y emociones.                                                                                                                                                                               |
| Autosacrificio         | Concentración excesiva y voluntaria en la satisfacción de las necesidades de los demás en situaciones cotidianas, a expensas de la propia satisfacción.                                                                                                                                          |
| Búsqueda de aprobación | Excesivo énfasis en encontrar aprobación, reconocimiento, o atención en los demás, o en llevarse bien, a expensas de desarrollar un sentido seguro y verdadero de uno mismo. Su autoestima depende principalmente de las reacciones de los demás más que de sus propias inclinaciones naturales. |

### DOMINIO DE SOBREVIGILANCIA E INHIBICIÓN

Definido por acciones y sentimientos que dificultan la comunicación espontánea, generalmente, para evitar la desaprobación de los demás. Son personas que deben alcanzar estándares muy altos de conducta y desempeño dirigidos frecuentemente a evitar la crítica.

|                      |                                                                                                                                                                                        |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Negativismo          | Focalización en los aspectos negativos de la cotidianeidad, mientras minimizan o niegan los aspectos positivos u optimistas, o una exagerada expectativa de que las cosas saldrán mal. |
| Inhibición emocional | Contención excesiva de acciones y sentimientos que dificultan la comunicación espontánea, generalmente, para evitar la desaprobación de los demás.                                     |
| Altos estándares     | Creencias relacionadas con el esfuerzo que la persona debe hacer para alcanzar estándares muy altos de conducta y desempeño, generalmente dirigidos a evitar la crítica.               |
| Punitivo             | La creencia que las personas deben ser duramente castigadas al cometer errores, incluso uno/a mismo/a.                                                                                 |

La teoría de Young et al. (2003) clasificada en dominios se basa en las necesidades básicas de los niños y niñas. Las experiencias de la infancia que se traducen en necesidades emocionales básicas insatisfechas, conducen al desarrollo de esquemas maladaptativos tempranos y éstos a su vez, conducen a perpetuar síntomas y trastornos psicológicos. El abandono emocional, el maltrato y el abuso en la infancia pueden producir, por ejemplo, esquemas cognitivos que pertenecen al dominio de Desconexión y Rechazo y son el reflejo de creencias incondicionales fijas acerca de uno mismo y los demás desarrolladas en las etapas tempranas de la vida. El origen de los esquemas cognitivos maladaptativos puede ser por lo tanto, la falta de apoyo, comprensión y afecto durante la infancia (por ejemplo, en el caso del esquema cognitivo de Privación Emocional), el maltrato infantil (para el esquema cognitivo de Abuso) o el rechazo durante

la infancia (para el esquema de Abandono) para servir de apoyo a la supervivencia en la infancia/juventud y como sostén de la familia nuclear, pero más adelante en la vida adulta resultan disfuncionales.

La investigación ofrece apoyo empírico a la teoría de esquemas cognitivos de Young. Cada vez son más numerosos los estudios que relacionan los esquemas cognitivos con una variedad de trastornos psicológicos y conductas disfuncionales en la edad adulta, tales como la depresión (Baranoff, Oei, Cho y Kwon, 2006; Harris y Curtin 2002; Lumley y Harkness 2007; McGinn, Cukor y Sanderson 2005; Waller, Shah, Ohanian y Elliot, 2001) el estrés y la ansiedad (Bamber y McMahon, 2008; O'Dougherty, Crawford y Del Castillo, 2009), la fobia social (Pinto-Gouveia, Castilho y Cunha, 2006), sintomatología y trastornos alimentarios (Anderson, Rieger y Caterson, 2006; Dingemans, Spinhoven y van Furth, 2007; Leung, Waller y Thomas, 1999; Waller, Kennerley y Ohanian, 2007), trastornos de la personalidad (Petrocelli, Glaser, Calhoun y Campbell 2001), comportamientos de autoagresión (Castille et al., 2007), tendencias suicidas (Dutra, Callahan, Forman, Mendelsohn y Herman, 2008); dificultades de apego (Mason, Platts y Tyson, 2005), conflictos interpersonales (Messman-Moore y Coates 2007) y el malestar psicológico general (Schmidt y Joiner, 2004).

Los esquemas maladaptativos tempranos, por lo tanto, al igual que otros estilos cognitivos negativos (por ejemplo, Gibb 2002), han demostrado asociaciones entre la adversidad en la niñez y la consiguiente inadaptación en adolescentes (Lumley y Harkness 2007) y adultos (Harris y Curtin 2002; McGinn et al 2005; O'Dougherty et al., 2009; Schmidt, Joiner, Young y Telch, 1995). En esta línea, el trabajo de Gantiva et al. (2009) ha mostrado que sufrir maltrato físico infantil causa un importante impacto sobre la estructura cognitiva y consiguientemente una mayor vulnerabilidad a sufrir desajuste psicológico, como consecuencia de la forma disfuncional de procesar la información, experimentar las emociones y/o interactuar con las demás personas. Así mismo se ha encontrado una relación significativa entre las personas víctimas de maltrato físico infantil y el esquema de Grandiosidad, caracterizado por creencias de superioridad, con derechos y privilegios especiales y no obligados por las reglas de reciprocidad que guían la interacción social habitual (Beck, Freeman y Davis, 2004). Según Gantiva et al. (2009) esto lo explicaría la observación de modelos en la infancia que no siguen reglas sociales y que denotan autoritarismo, como es el caso de los padres maltratadores, lo cual puede conducir a las personas maltratadas a construir un esquema de pensamiento como

estrategia de afrontamiento evitativo y como un intento de subsanar la alta carga aversiva de la cual fueron víctimas durante su infancia.

Young et al. (2003) señalaron que los esquemas de Abuso, Imperfección y Peligro estaban particularmente relacionados con las experiencias traumáticas o de victimización temprana, incluida la exposición al abuso o daño durante el desarrollo y sugirieron que concretamente el abuso sexual y físico infantil, a menudo conducen al desarrollo de esquemas con temas de peligro (por ejemplo: "*No puedo escapar a la sensación de que algo malo va a ocurrir*" (YSQ; Young, 1994). Posteriormente otros autores (Harding et al., 2012) siguen poniendo de manifiesto que las experiencias abusivas en la infancia y adolescencia pueden iniciar, reforzar o fortalecer los esquemas cognitivos maladaptativos. Además, estudios que han examinado empíricamente la especificidad de los esquemas maladaptativos tempranos de Young han encontrado, por ejemplo, que los esquemas relativos al peligro, tales como, los esquemas de Abuso y Peligro, median la relación entre el maltrato infantil y/o sexual y la excitación ansiosa; mientras que los esquemas relativos a contenidos de pérdida o inutilidad, como el esquema de Privación Emocional, Dependencia, Imperfección, Fracaso y Aislamiento Social median principalmente la asociación entre el maltrato emocional y la sintomatología anhedónica (Lumley y Harkness, 2007). Posteriormente Harding et al. (2012) también han hallado que las personas caracterizadas por la presencia de altos niveles de esquemas maladaptativos tempranos relacionados con el abuso (es decir, Peligro, Abuso e Imperfección) informaban de más maltrato en la infancia. Saariaho, Saariaho, Karila y Joukamaa (2011) por su parte, encontraron que los pacientes con dolor crónico puntuaban más alto en los esquemas del dominio de Desconexión y Rechazo consecuencia del maltrato psicológico como el abuso emocional, negligencia y abandono.

Algunos estudios señalan un riesgo sustancial de desarrollar esquemas maladaptativos tempranos en las víctimas de abuso sexual infantil, debido a las experiencias de victimización de éstas y a las características familiares asociadas (Harding et al., 2012) particularmente cuando el abuso es cometido por miembros de la familia (Long y Jackson, 1994; Messman-Moore y Brown, 2004; Ray, Jackson y Townsley, 1991). Al igual que la investigación ha encontrado que los esquemas maladaptativos sobre uno/a mismo/a y los demás median en las consecuencias que la violación tiene sobre la salud mental (Koss y Figueredo, 2004; Koss, Figueredo y Prince, 2002) varios estudios, realizados en población femenina con antecedentes de abuso sexual infantil, mostraron

mayores puntuaciones totales en el Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ; Young, 1994) en relación con las mujeres sin historia de abuso sexual infantil (Harding et al., 2012, Zlotnick et al., 1996). Así mismo, hay resultados que avalan el rol de los esquemas cognitivos como mediadores entre la relación de sufrir un trauma sexual y el posterior ajuste psicológico (Littleton, Grills-Tauechel, Axsom, Bye y Buck, 2012; Wright, Collinsworth y Fitzgerald, 2010).

#### 2.6.2.2 Sintomatología ansiosa y depresiva e intentos suicidas.

Algunas personas que sufren abuso sexual infantil se sienten avergonzadas o culpables y se responsabilizan de algunas de las situaciones alrededor del abuso sexual, por haberlo permitido, no haberlo evitado o incluso por creer que, de alguna manera, lo provocaron o participaron activamente en él (Quintero y Andrade, 2012). La culpa y vergüenza pueden manifestarse también por el hecho de haber sentido placer, por sus propios sentimientos generados a raíz del abuso sexual o por las consecuencias que el descubrimiento del abuso tuvo en sus familias y relaciones (Alaggia, 2005; Barker-Collo, 2001; Deblinger y Runyon, 2005; Feiring y Taska, 2005; McGee, Wolfe y Olson, 2001; Quas et al., 2003; Ullman y Filipas, 2005). Los sentimientos de culpa y vergüenza suelen permanecer por mucho tiempo y llevan a que los individuos tengan una imagen negativa de sí mismos, se sientan malos o sucios y crean que merecen situaciones dañinas o dolorosas a manera de castigo (Cowburn, Gill y Harrison, 2014; Feiring y Taska, 2005; McElvaney, Greene y Hogan, 2013). Esos sentimientos pueden explicar algunas conductas comúnmente observadas en personas que han vivido abuso sexual infantil, como los pensamientos de devaluación y minusvalía, la baja autoestima, las conductas autodestructivas, la depresión, las pobres expectativas a futuro, la dificultad para entablar relaciones, el temor y la ansiedad (Al-Fayez, Ohaeri y Gado, 2012; Andrews, Corry, Slade, Issakidis y Swanston, 2004; Kendler, Bulik, Silberg, Hettema y Myers, 2000; Lev-Wiesel, 2000; Molnar, Buka y Kessler, 2001; Morrill, 2014; Tebbutt, Swanston, Oates y O'Toole, 1997; Trickett, Noll, Reiffman y Putnam, 2001). Por lo tanto, esos sentimientos son una parte fundamental en el proceso que viven las víctimas de abuso sexual infantil y de igual forma son mediadores esenciales en su recuperación (Deblinger y Runyon, 2005; Gorey, Richter y Snider, 2001; Quintero y Andrade, 2012).

### 2.6.2.2.1 *Ansiedad*

La literatura señala la ansiedad como una manifestación frecuente en las víctimas de abuso sexual infantil en la edad adulta (Feiring, Taska y Chen, 2002; Levitan, Rector, Sheldon y Goering, 2003; Li et al., 2012; Libby, Orton, Novins, Beals y Manson, 2005; Seloilwe, 2009). La naturaleza mortal y perjudicial del abuso sexual en la infancia puede provocar sentimientos duraderos de temor y ansiedad en las personas que lo sufrieron que perduran en la edad adulta (Brière, 1992; Ratican, 1992). Brière (1992, 1996) explica que las personas que están luchando con sentimientos intensos de ansiedad relacionados con el abuso sexual pueden presentar hipervigilancia, preocupación por el control y la creencia de que cualquier pérdida de control puede resultar un peligro y una interpretación amenazante de las situaciones interpersonales, a pesar de encontrarse frente a situaciones que pueden ser objetivamente neutrales o positivas. Hay autores que indican que en las víctimas de abuso sexual infantil se quintuplica la probabilidad de sufrir un trastorno de ansiedad como el trastorno de ansiedad generalizada, fobias, trastorno de pánico o trastorno obsesivo compulsivo (Berliner y Elliott, 2002). Por lo tanto existe apoyo empírico en relación a que las consecuencias cognitivas y afectivas del abuso sexual infantil pueden incluir trastornos de ansiedad (Fergusson, Boden y Horwood, 2008; Lindert et al., 2014; Maniglio, 2013b; Meston, Rellini y Heiman, 2006; Spataro, Mullen, Burgess, Well y Moss, 2004; Natsuaki, Leve y Mendle, 2011) y, en especial, el trastorno de estrés postraumático (Connor y Higgins, 2008; Gwandure, 2007; Miragoli, Procaccia y Di Blasio, 2014). La importancia de los efectos del estrés crónico ha sido investigada en diferentes tipos de traumatismos, incluido el abuso sexual infantil, y los resultados apuntan una asociación positiva con los síntomas del trastorno de estrés postraumático y su gravedad (Robinaugh y McNally, 2011; Scott, 2007).

Uno de los trastornos de ansiedad más graves asociados al abuso sexual infantil es el trastorno de estrés postraumático (TEP), un trastorno de ansiedad que se desarrolla a partir de acontecimientos que se interpretan como traumáticos. Con sentimientos resultantes de miedo, impotencia o terror. El umbral en el que los acontecimientos traumáticos causan TEP, está relacionado con la capacidad de afrontamiento y de apoyo de la persona, lo cual a su vez permite determinar la ocurrencia y severidad de los síntomas del TEP (Seides, 2010). Algunos estudios sugieren que la etapa de desarrollo en la que acontece en abuso sexual infantil también puede conducir a distintos síntomas psiquiátricos en la edad adulta. Aportan datos que indican que el riesgo de padecer síntomas graves del

estrés postraumático es 10 veces mayor en las personas que sufrieron el abuso sexual después de los 12 años que los que los sufrieron antes de los 12 años (Schoedl et al., 2010).

En el DSM-IV-TR (APA, 2001) el TEP se definió como un conjunto de síntomas que surgen de un acontecimiento estresante que se puede producir a partir de un único evento catastrófico o por el abuso sexual repetido durante la infancia. De hecho en el DSM-5 (APA, 2013) se deja de incluir el TEP dentro de los trastornos de ansiedad y se incluye entre los trastornos relacionados con el trauma y estresores.

Sin embargo, hay autores que bajo el marco de la teoría cognitiva de estrés y el afrontamiento, afirman que la sintomatología del TEP puede surgir de una serie de eventos no catastróficos o no potencialmente mortales (Jayasinghe, Giosan, Difede, Spielman y Robin, 2006; Rubin, Bernsten y Bonhi, 2008). Por otro lado, los síntomas de TEP pueden estar enmascarados por otros trastornos psiquiátricos que concurren con el TEP, como el trastorno de pánico, agorafobia, fobia social y simple, trastorno afectivo y trastorno límite de la personalidad (Albach y Everaerd, 1992).

Además de las características mencionadas, la ansiedad y el miedo relacionado con el abuso sexual en la infancia también pueden manifestarse a través de otros síntomas como por ejemplo la disfunción sexual. Brière (1992) explica que las personas que han sufrido abuso sexual pueden llegar a asociar estímulos sexuales con una sensación de invasión personal o sentimientos de dolor. En consecuencia, estas personas pueden experimentar sentimientos abrumadores de ansiedad durante el contacto sexual que puede dar lugar a dificultades como la reducción de la excitación sexual, disfunción eréctil, o dolor durante las relaciones sexuales. Algunos autores también sugieren que las personas que han sido abusadas sexualmente pueden tratar de hacer frente a la ansiedad y el miedo a través del desarrollo de las conductas adictivas o excesivas (Ulibarri, Ulloa y Salazar, 2015; Nice y Forrest, 1990). Aunque la adicción o consumo abusivo del alcohol y las drogas se observan con frecuencia en la literatura, también es importante tener en cuenta que las adicciones pueden asumir una variedad de otras formas sin sustancias, que van desde el sexo y el juego a la adicción al trabajo (Crowder, 1995; Decamps, Battaglia y Idier, 2010) que se abordarán específicamente más adelante.

### 2.6.2.2.2 *Culpa y vergüenza*

La presencia de sentimientos culpa, vergüenza y baja autoestima son características relevantes encontradas en personas que han sido víctimas de abuso sexual en la infancia que pueden tener una serie de consecuencias a corto y largo plazo en el funcionamiento psicológico de la persona (Hunter, Goodwin y Wilson, 1992; Romano y De Luca, 2001; Serafim, Saffi, Achá y Barros, 2011).

La literatura ofrece una sólida relación entre el abuso sexual infantil y la manifestación de sentimientos de culpa y vergüenza (Alaggia, 2005; Barker-Collo, 2001; Cowburn et al., 2014; Deblinger y Runyon, 2005; Feiring y Taska, 2005; McElvaney et al., 2013; McGee et al., 2001; Quas et al., 2003) y la baja autoestima (Al-Fayez et al., 2012; Andrews et al., 2004; Morril, 2014; Trickett et al., 2001). A su vez, hay estudios que indican que los sentimientos de culpa y vergüenza podrían explicar la presencia de la baja autoestima, frecuente en las víctimas de abuso sexual infantil, por lo que remarcen estos sentimientos de culpa y vergüenza como aspectos centrales en éxito de los programa de intervención (Quintero y Andrade, 2012).

Otras investigaciones han extendido la comprensión del papel de los sentimientos de culpa y vergüenza, además de la baja autoestima, estudiando su vinculación con el autoconcepto, los sentimientos de devaluación y minusvalía, las conductas autodestructivas y la dificultad para establecer relaciones positivas (Deblinger y Runyon, 2005; Gorey et al., 2001; Lev-Wiesel, 2000; Runyon, Steer y Deblinger, 2009). Así mismo, se han hallado estudios que informan de la correlación significativa de la autoinculpación con los sentimientos de depresión y baja autoestima (Hae-Soo, 2014; Hoagwood, 1990; Sayin, Candansayar y Welkin, 2013).

Muchas de las personas que han sido víctimas de abuso sexual infantil tienen un concepto negativo y autodestructivo de sí mismas debido a que durante la infancia comenzaron a considerarse malas, sucias o avergonzarse por haber vivido un abuso sexual (Kamsler, 2002; Lacelle, Hébert, Lavoie, Vitaro y Temblay, 2012). Feinauer y Stuart (1996) encontraron mayor sintomatología psicológica en una muestra aleatoria de mujeres que hacían atribuciones de culpa sobre el abuso sexual recibido en la infancia. Pero también se ha sugerido que la autoinculpación en ocasiones puede ejercer un papel en la satisfacción de ciertas necesidades psicológicas y asumir la responsabilidad de su victimización sexual con el fin de mantener cierto nivel de percepción de control sobre sus

vidas, evitando de esta forma sentimientos de indefensión e impotencia (Brière, 1996; Hoagwood, 1990).

Las personas víctimas de abuso sexual en la infancia pueden sentirse avergonzadas o culpables por diversidad de razones. Pueden responsabilizarse de determinadas situaciones que envuelven el abuso sexual, por sentir que lo han permitido, que no evitaron, o incluso creer que fueron quienes lo provocaron o participaron activamente en él. Especialmente, en los casos en los que el abuso ocurrió durante un largo período de tiempo, comenzó a una edad posterior (por ejemplo, la adolescencia), y no involucró coacción física (Draucker, 1992; Leahy et al., 2004). La culpa y vergüenza pueden manifestarse también por el hecho de haber sentido placer, por sus propios sentimientos generados a raíz del abuso sexual o por las consecuencias que el descubrimiento del abuso tuvo en sus familias y relaciones (Alaggia, 2005; Barker-Collo, 2001; Deblinger y Runyon, 2005; Feiring y Taska, 2005; McGee et al., 2001; Quas et al., 2003; Ullman y Filipas, 2005).

Por lo tanto, los estudios evidencian diferentes focos para explicar la presencia, tanto de la baja autoestima como de los sentimientos de culpa y vergüenza en personas que han vivido abuso sexual infantil. Algunos autores ponen de relieve la vulnerabilidad evolutiva en la que se encuentran los niños y niñas para desarrollar un autoconcepto negativo y el estigma vinculado al abuso (Feiring, Taska y Lewis, 1996). En cambio, otros autores apuntan que dichos sentimientos pueden ser generados por la persona que comete el abuso, por medio de los recursos intimidatorios que puedan emplear para que el niño o la niña mantengan el abuso oculto. Autores como Kamsler (2002) defienden la hipótesis de que existen ideas transmitidas a los niños y niñas generadoras de culpa, vergüenza y desprecio sobre ellos y ellas mismas (Kamsler, 2002). Así mismo, también pueden ser otras las personas que provoquen sentimientos de culpa en las víctimas al responsabilizarlas del abuso sexual recibido (Bottoms y Goodman, 1994; Ghetti, Weede y Goodman, 2002; Isquith, Levine y Scheiner, 1993).

Cualquiera que sea su origen, toda negación o minimización de la victimización en relación al abuso, intensifica los sentimientos de vergüenza y culpa (Walker-Descartes, Laraque y Rohas, 2011). Los sentimientos de culpa y vergüenza llevan a que la persona tenga una imagen negativa de sí misma, se sienta mala o sucia y crea que merece situaciones dañinas o dolorosas a forma de castigo. Esos sentimientos suelen permanecer por mucho tiempo (Feiring y Taska, 2005) y pueden explicar algunas conductas

comúnmente observadas en personas que han vivido abuso sexual infantil, como la autoestima, los pensamientos de devaluación y minusvalía, las conductas autodestructivas, la depresión, las pobres expectativas a futuro, la dificultad para entablar relaciones, el temor y la ansiedad (Andrews et al., 2004; Kendler et al., 2000; Lev-Wiesel, 2000; Molnar et al., 2001; Quintero y Andrade, 2012; Tebbutt et al., 1997; Trickett et al., 2001). Por lo tanto, esos sentimientos resultan ser una parte fundamental en el proceso que viven los sujetos con abuso sexual infantil y de igual forma son mediadores esenciales en su recuperación (Deblinger y Runyon, 2005; Gorey et al., 2001; Quintero y Andrade, 2012).

### 2.6.2.2.3 *Depresión*

Los problemas internalizantes de conducta son frecuentes en las personas que han sido abusados sexualmente. Concretamente, los sentimientos de depresión parecen ser una de las consecuencias más comúnmente reportados a largo plazo del abuso sexual en la infancia (Aglan, Kerfoot y Pickles, 2008; Bagley et al., 1994; Cantón y Justicia, 2008; Ibarra, Ortiz, Alvarado, Graciano y Jiménez, 2010; Kendall-Tackett et al., 1993; Levitan et al., 2003; Ratican, 1992; Sigurdardottir y Halldorsdottir, 2013; Watkins y Bentovim, 1992; Wilson, 2010; Zwickl y Merriman, 2011).

Las experiencias de maltrato infantil se han asociado con el desarrollo de depresión mayor (MacMillan et al., 2001; Widom, Dumont y Czaja, 2007) un trastorno del estado de ánimo caracterizado por episodios de ánimo depresivo y/o pérdida del interés, acompañados de cambios de apetito, el peso, el sueño, las funciones cognitivas y la actividad psicomotora y, frecuentemente, pensamientos de muerte y comportamiento suicida (APA, 1994). Dentro del maltrato infantil, el abuso sexual se ha hallado como antecedente en la relación existente entre la depresión mayor y el maltrato infantil (Weiss, Longhurst y Mazure, 1999). En un intento de explicar el desarrollo de la depresión en víctimas de abuso sexual infantil, Pescosolido (1988) observó que los individuos experimentan diferentes intensidades de tristeza por su victimización sexual. Además, puede ocurrir que se sientan impotentes para detener el abuso, en particular en los que casos en los cuales el abuso sexual se comete por parte de un miembro de la familia y durante un largo período de tiempo. Dicho autor postula que la duración y la frecuencia de los aumentos de abuso, sin intervención psicológica a disposición de la víctima, conlleva a que la tristeza de la persona se convierta en depresión.

La experiencia de eventos adversos en la infancia también se ha asociado con el curso y pronóstico del trastorno distímico (Hayden y Klein, 2001), otro estado depresivo de menor gravedad sintomática que la depresión mayor pero de mayor duración que puede producir igual o mayor limitación funcional del individuo. Existe menor información sobre la distimia en personas adultas con historia de abuso sexual en la infancia pero hay estudios que indican un mayor reporte de abuso sexual en pacientes con trastorno distímico (Lizardi et al., 1995).

A su vez, hay estudios que apuntan que el maltrato infantil también podría influir en el curso, características clínicas y comorbilidad asociada a la depresión (Bernetz y Stein, 1999; Harkness y Wildes, 2002). Se ha señalado que las personas con depresión mayor que sufrieron abuso físico en la infancia tienen un riesgo tres veces mayor de experimentar ideación suicida (Nemeroff et al., 2003). Dicha asociación también ha sido constatada en relación al abuso sexual. Algunos autores postulan que el abuso sexual infantil puede predecir un riesgo elevado de sufrir en la edad adulta depresión crónica (Aglan et al., 2008; Fombonne, Wostear, Cooper, Harrington y Rutter, 2001; Fergusson y Woodward, 2002) y comportamientos suicidas (Aglan et al., 2008; Pfeffer et al., 1993; Spirito, Valeri, Boergers y Donaldson, 2003). Los estudios avalan por lo tanto, el poder predictivo de la depresión adolescente asociado a la tendencia suicida en personas adultas víctimas de abuso sexual infantil y, en especial, el poder predictivo que reside en la asociación entre depresión en la infancia y la edad adulta (Harrington et al., 1994). Así mismo, el abuso sexual también se ha identificado con otra serie de adversidades. Algunos autores apuntan que la experiencia de abuso está relacionada con un incremento de sentimientos depresivos y resultan en un mayor riesgo para desarrollar problemas con el uso de sustancias (Downs y Harrison, 1998). No obstante, estas disfunciones asociadas al abuso sexual se abordarán más adelante en apartados independientes dada su relevancia.

En esta línea son muchos los estudios que sugieren que el abuso sexual a menudo coexiste con otros tipos de maltrato infantil o condiciones familiares adversas (Fergusson et al., 1996; Fleming et al., 1997). Algunos autores incluso afirman que el entorno maltratador y la mala crianza son la raíz del trauma en los niños y niñas víctimas de abuso sexual y no el abuso sexual en sí (Claussen y Crittenden, 1991). Sin embargo, los trastornos psicológicos se caracterizan por la complejidad, por lo que no suelen derivarse de una única causa sino de múltiples cadenas causales (Kraemer, Stice, Kazdin, Offord y Kupfer, 2001). Así mismo, Li, Ahmed y Zabin (2012) encontraron que el abuso sexual infantil puede

funcionar como predictor independiente de la depresión en la edad adulta después de controlar los efectos del hogar, la crianza y factores sociodemográficos.

Entre los objetivos del presente estudio se encuentra el estudio de la relación entre la depresión y el abuso sexual, siguiendo la documentada asociación (Wilson, 2010) apoyada por la literatura.

### 2.6.2.2.4 *Intentos suicidas*

El suicidio es un fenómeno multicausal (Cabra, Infante y Sossa, 2010) que va en aumento con la aparición de problemáticas propias de la sociedad actual, tales como el abuso sexual y el maltrato (Vianchá, Bahamón y Alarcón, 2013). La población más vulnerable a este tipo de problemas siguen siendo los niños/as y jóvenes (Barrera, Ordóñez, Palacios y Peña, 2007).

La población joven expuesta a eventos traumáticos como ser víctimas de violencia intrafamiliar y/o abuso sexual es proclive a la ideación y al intento suicida, así como al suicidio consumado (Afifi et al., 2008; Dube et al., 2001; Vianchá et al., 2013). Un estudio de la conducta suicida con estudiantes realizado en Colombia (Villalobos-Galvis, 2009) encontró que entre los jóvenes que habían sido víctimas, o que tenían un familiar que había sido víctima de violencia sexual, el 60% había tenido intentos de suicidio y un 20% había tenido planes suicidas. Otros estudios también han hallado esta relación en jóvenes víctimas de abuso sexual infantil (Chávez, Pérez, Macías y Páramo, 2004; González-Forteza, et al., 2001). Molnar, Buka y Kessler (2001) después de controlar los efectos de trastornos de salud mental y otros efectos adversos de la infancia en una muestra nacional representativa (N = 5877) comprendida entre las edades de 15 a 54 años, encontraron que el 8-12% de los intentos de suicidio fueron atribuidos de forma independiente al abuso sexual infantil. Estudios centrados en los efectos de diferentes tipos de maltrato infantil, también han encontrado que el abuso sexual infantil y el maltrato físico imponen un mayor riesgo de intentos de suicidio (Joiner et al., 2007). Andover, Zlotnick y Miller (2007), por su parte, encontraron que los individuos con un historial de intentos de suicidio fueron más propensos a reportar antecedentes de abuso sexual o físico en comparación con los individuos sin antecedentes de intentos. Igualmente, Brezo et al. (2008) encontraron que los adultos jóvenes víctimas de abuso sexual infantil y abuso físico, tenían 5.14 veces mayor riesgo de cometer intentos de suicidio. Fergusson et al. (2008), a su vez, encontraron que tanto el abuso sexual infantil como el abuso físico se asociaron con ideas

e intentos suicidas, sin embargo, con efectos más débiles y menos consistentes en el caso de abuso físico infantil.

Los antecedentes de abuso sexual y maltrato físico en la infancia pueden aumentar el riesgo de suicidio en la adolescencia y la edad adulta (Zelaya de Migliorisi, Piris de Almirón y Migliosiri, 2012). Por lo tanto, dichas variables son predictoras altamente frecuentes en las personas que se consideran suicidas (Montoya, Díaz, Reyes y Abusleme, 2004; Páramo y Chávez, 2007). Algunos autores explican dichos hallazgos a través de la teoría interpersonal de la conducta suicida (Easton, Renner y O'Leary, 2013; Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). La idea central de esta teoría es que, con el fin de morir por suicidio, las personas deben adquirir la capacidad para el suicidio a través de reducir el temor asociado con conductas suicidas. La capacidad para el comportamiento suicida surge a través de la habituación a experiencias repetidas dolorosas y terribles, que con el tiempo, conduce a que el individuo pueda tolerar autolesiones cada vez más dolorosas y potencialmente letales (Van Orden et al., 2010). Las experiencias de abuso en la infancia, sobre todo las de carácter más grave, tienen el potencial de inducir miedo y ser físicamente extremadamente dolorosas (Joiner et al., 2007). En esta línea, un estudio realizado por O'Leary y Gould (2009) con población masculina con antecedentes de abuso sexual infantil encontró que las lesiones físicas y abuso el sexual invasivo con penetración se correlacionaron positivamente tanto con la ideación suicida como con los intentos de suicidio. Así, de acuerdo a la teoría interpersonal, Easton et al. (2013) corroboraron que los tipos de abuso infantil que son más dolorosas y más graves, como el abuso físico y sexual, son factores de riesgo destacados para el suicidio, confirmando la hipótesis de que el uso de la fuerza física durante el abuso sexual y la frecuencia del abuso sexual se relacionan positivamente con los intentos de suicidio.

Las diferencias de género son una consideración importante en esta área ya que las mujeres son, aparentemente, más propensas a experimentar abuso sexual infantil (Tolin y Foa, 2006) y a hacer un intento de suicidio (Roy y Janal, 2006). Aunque algunos investigadores concluyen que el impacto del abuso sexual es igualmente perjudicial para las mujeres y los hombres (Dube et al., 2005) mientras que otros han encontrado diferencias de género en la predicción de la sintomatología sobre la base de la historia de abuso sexual (Martin, Bergen, Richardson, Roeger y Allison, 2004). Si el abuso sexual infantil es un factor de riesgo al suicidio de misma intensidad para hombres y mujeres sigue siendo una cuestión empírica (Spokas, Wenzel, Stirman, Brown y Beck, 2009).

Diversas investigaciones plantean diferencias marcadas en la manera en cómo hombres y mujeres experimentan el suicidio, indicando la relevancia de la variable género, para determinar la probabilidad de la ideación y del acto (Eastons et al., 2013; Sadeh y McNiel, 2013; Spokas et al., 2009; Vianchá, et al., 2013). La victimización sexual puede ser un factor de riesgo especialmente importante para los intentos de suicidio de las mujeres (Rhodes et al., 2011; Roy y Janal, 2006; Soloff, Lynch, y Kelly, 2002), en parte como consecuencia de la mayor prevalencia de la victimización sexual reportada por las mujeres y las niñas que entre los hombres y los niños (Beitchman et al., 1992; Martin et al., 2004). Dado que la prevalencia de la victimización sexual se estima entre 1,5 y 3 veces mayor en mujeres que en hombres (Brière y Elliott, 2003; Finkelhor, 1994; Finkelhor et al., 1990). Sin embargo, es importante tener en cuenta que el abuso sexual no es necesariamente el indicador más fuerte de intentos de suicidio en las mujeres que en los hombres (Molnar et al., 2001; Paolucci, Genuis y Violato, 2001) y que la mayor prevalencia de la victimización sexual entre las mujeres pueda ser lo que lo convierte en un contexto especialmente importante a tener en cuenta en relación con los intentos de suicidio en mujeres. Autores como Bebbington et al. (2009) también encontraron una fuerte asociación con antecedentes de intentos de suicidio, así como la intención de suicidio, más común en las mujeres, pero explican que la fracción de riesgo es atribuible a la mayor representación de mujeres (28%) que hombres (7%), lo cual es consistente con la exposición más frecuente a los abusos sexuales en las mujeres. Ya que al ser más frecuente el abuso sexual y los intentos de suicidio en las mujeres, es posible que los primeros pueden contribuir a este último (Bergen, Martin, Richardson, Allison y Roeger, 2003; Olff, Langeland, Draijer y Gersons, 2007).

La relación de la historia de victimización sexual y el comportamiento suicida también ha sido explicada a través del aumento de la ira (Paolucci et al., 2001; Sadeh y McNiel, 2013). Lo cual conduce a pensar que las diferencias de género en la tendencia a manifestar la ira hacia el interior o el exterior en hombres y mujeres (Verona y Curtin, 2006) también pueden ser relevante para la comprensión de la variabilidad de los intentos de suicidio en función del género. Existe evidencia para sugerir que la expresión de la ira se relaciona diferencialmente a los intentos de suicidio en hombres y mujeres. Un estudio prospectivo de 13 años realizado con 180 adolescentes con continuidad hasta la edad adulta joven encontró que los altos niveles de ira rasgo y expresiones externas de la ira (por ejemplo, comportamiento agresivo) predijeron los intentos de suicidio de forma

selectiva en los hombres, mientras que no hubo efectos directos de la ira en los intentos de suicidio de las mujeres (Daniel, Goldston, Erkanli, Franklin y Mayfield, 2009). Así mismo, Sadeh y McNiel (2013) encontraron que la mayor disposición a la conducta de ira predijo una mayor probabilidad de intentos de suicidio en hombres con victimización sexual en la infancia. Algunos autores explican que la disposición a manifestar comportamiento agresivo puede ser más predictivo de intentos de suicidio en los hombres que en las mujeres con motivo de su tendencia a tener niveles más bajos de restricción del comportamiento, un rasgo de la personalidad asociado positivamente con comportamiento agresivo y los intentos de suicidio (Douglas et al., 2008; Roberts, Caspi y Moffitt, 2001; Verona, Patrick y Joiner, 2001). Incluso se apuntan variaciones significativas en la forma de elegir los medios para suicidarse, indicando que en la mayoría de los casos, los hombres tienden a usar armas de fuego, y las mujeres buscan otros medios, como ahorcarse y tomar medicamentos con motivo de las normas sociales de género que conducen a los hombres a escoger métodos más letales de autodestrucción (Teixeira-Filho, Rondini, Silva y Araújo, 2013). Estos datos encajan con los resultados de estudios epidemiológicos a escala mundial que evidencian diferencias importantes en relación al género, con mayor frecuencia de suicidio en hombres, pero mayor frecuencia de intentos en mujeres explicadas también por otros autores en base a la letalidad del método y el abuso sexual infantil entre otras razones (Rueda, et al., 2011).

#### 2.6.2.3 Impulsividad, ira, agresión desplazada, conductas adictivas y otros trastornos del control de impulsos.

Múltiples trastornos externalizantes son agrupados alrededor de los problemas de control e impulsividad que incluyen los trastornos de conducta. La impulsividad es el rasgo de personalidad relacionado con el control del comportamiento y las emociones (Orozco-Cabal y Barratt, 2007). Sin embargo, las adversidades en la infancia, considerando el abuso sexual como la más severa por la amplia psicopatología que conlleva, tienen un impacto en la complejidad psicopatológica en la concurrencia de trastornos internalizantes y externalizantes (Chen et al., 2010; Putnam, Harris y Putnam, 2013). Las personas pueden presentar un perfil de trastornos internalizantes, de trastornos externalizantes o de concurrencia de trastornos internalizantes y externalizantes (Cosgrove et al., 2011). Por lo tanto, no debemos comprender los problemas externalizantes e internalizantes de una forma excluyente.

La impulsividad es considerada un indicador de vulnerabilidad y de patologización del abuso de sustancias (Curcio y George, 2011; Dick et al., 2010; Navas, Torres, Cándido y Perales, 2014; Potenza y Taylor, 2009; Verdejo-García, Lawrence y Clark, 2008) y de otras conductas adictivas tales como el juego (Billieux et al., 2012; Maccallum, Blaszczynski, Ladouceur y Nower, 2007) el uso excesivo del móvil e Internet, el gasto compulsivo (Billieux, Gay, Rochat y Van der Linden, 2010), el sexo de riesgo (Charnigo et al., 2013) y otras conductas problemáticas como los episodios de comida compulsiva y de ira descontrolada (Dawe, Gullo y Loxton, 2004; J. M. Ramírez y Andreu, 2006).

Los elementos esenciales para catalogar como adictivo un comportamiento son la compulsión, la pérdida de control y la persistencia en una conducta, a pesar de las consecuencias negativas derivadas (Oliva et al., 2014). Atendiendo a al trabajo de Navas et al. (2014) la relación entre la impulsividad y las conductas adictivas queda expuesto en el modelo UPPS, propuesto inicialmente por Whiteside y Lynam (2001), y ampliado posteriormente bajo el nombre UPPS-P por Cyders et al. (2007). Este modelo que cuenta con un alto reconocimiento ofrece distintas dimensiones de la impulsividad que han sido empíricamente asociadas con diferentes parámetros de conductas adictivas. Una de estas dimensiones, es la urgencia negativa o tendencia a actuar precipitadamente en presencia de estados afectivos negativos, dimensión que resulta de especial interés como posible factor interviniente en el las víctimas de abuso sexual infantil que presentan conductas adictivas. La urgencia negativa se ha asociado al craving de tabaco, a la gravedad de adicción a estimulantes, al juego patológico, a compras compulsivas, al uso abusivo de Internet y a conductas sexuales de riesgo (Anestis, Selby, Fink y Joiner, 2007; Verdejo-García, Perales y Pérez-García, 2007). Además, la transición del uso recreativo de drogas, juego y otras conductas potencialmente adictivas al uso patológico o problemático, parece estar relacionado en mayor medida con las emociones negativas, y más concretamente con la impulsividad provocada por dichas emociones, o urgencia negativa (Dalley, Everitt y Robbins, 2011; El-Guebaly, Mudry, Zohar, Tavares y Potenza, 2011; Robbins, Curran y De Wit, 2012; Torres et al., 2013).

Padecer graves negligencias o abusos en la infancia se ha relacionado con la presencia de conductas adictivas en la edad adulta (Aristizábal et al., 2012; Toro, Paniagua, González y Montoya, 2009), de aquí su interés de estudio en el presente trabajo.

#### 2.6.2.3.1 *Impulsividad*

Grilo (2002) propone una definición clínica-práctica de la impulsividad como la predisposición a realizar acciones rápidas y no planeadas en respuesta a estímulos internos o externos a pesar de las consecuencias negativas que puedan tener tanto para la propia persona o para los demás.

La impulsividad es un fenómeno complejo que comprende diferentes tipologías y dimensiones por lo cual puede ser definido desde diversos marcos teóricos (Chamberlain y Sahakian; 2007; Spielberg, Gorsuch y Lushene, 2002). Iribarren, Jiménez, García y Rubio (2011) parten de tres modelos experimentales explicativos de la conducta impulsiva. Un primer Modelo de Gratificación que comprende la impulsividad como la incapacidad para retrasar una recompensa inmediata renunciando a una recompensa mayor diferida (Monterosso y Ainslie, 1999). Este modelo incorpora aspectos relacionados con la sensibilidad al castigo: los sujetos impulsivos actúan a pesar de las consecuencias perjudiciales de su conducta (por ejemplo: anular compromisos adquiridos por una gratificación inmediata). Un segundo Modelo de Automatismo, toma la impulsividad como la repetición de una conducta a pesar de no obtener un refuerzo o incluso de ser castigada (Evenden, 1998; Markou et al., 1993). Las consecuencias negativas son experimentadas de forma inmediata y, sin embargo, la respuesta del sujeto se mantiene, o incluso aumenta, comportándose de forma estereotipada e inflexible. El automatismo se relaciona con deficiencias en los mecanismos inhibitorios de autorregulación. El último Modelo experimental es el Atencional que se define por la presencia de respuestas rápidas o prematuras, sin contar con toda la información necesaria para actuar de forma apropiada a la situación (Evenden, 1999; Swann, Bjork, Moeller y O'Dougherty, 2002). Una respuesta anticipada no es necesariamente una respuesta desadaptativa, se refiere a la impulsividad disfuncional o desadaptativa, caracterizada por las consecuencias negativas derivadas de una deficiente extracción de la información estimular, de una falta de planificación y de una incapacidad para omitir una respuesta inadecuada. Según Hollander y Stein (2006), los grados de impulsividad se consideran patológicos cuando es imposible resistir el impulso y se produce un acto impulsivo.

Además de ser un componente esencial de los trastornos de descontrol de impulsos y de los trastornos de descontrol de impulsos no especificados en otros apartados, la impulsividad está asociada, por lo menos, a la población clínica que presenta determinadas

condiciones psiquiátricas: trastorno afectivo bipolar, trastorno por hiperactividad, bulimia nerviosa y anorexia nerviosa purgativa, abuso o dependencia a sustancias y trastornos de la personalidad del grupo B. Aparece como criterio diagnóstico en múltiples trastornos psicológicos según la cuarta versión revisada del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales como los trastornos por control de los impulsos, el trastorno límite de la personalidad, el trastorno antisocial de la personalidad, el trastorno por hiperactividad y déficit de atención, entre otros (APA, 2013). La impulsividad, adquiere a su vez importancia por otros comportamientos con gran impacto individual y social por su relación con la agresión y la violencia (Dolan, Anderson y Deakin, 2001), conductas de automutilación e intentos suicidas (González-Forteza, Ramos, Vignau y C. Ramírez, 2001; Villalobos-Galvis, 2009; Yen et al., 2004), trastornos de la conducta alimentaria (Gentile, Raghavan, Rajah y Gates, 2007; Noll, Zeller, Trickett, Putnam, 2007) asociadas a la victimización sexual infantil. Así mismo, autores como Jacobs (2008) señalan las experiencias tempranas de la primera infancia como un factor causal importante de las adicciones, más concretamente, la historia de abuso sexual en la infancia se ha relacionado con el posterior desarrollo de juego patológico (Boughton y Falenchuk 2007; Kausch, Rugle y Rowland, 2006), el abuso de sustancias (Afifi et al., 2007; Bentley y Widom, 2009, y adicciones sexuales (Echeburúa, 2012; Griffie et al., 2012). Lo cual explica que el DSM-5 (APA, 2013) incorpore un nuevo para incluir los trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia y los trastornos del control de los impulsos No especificados en Otros Apartados.

### 2.6.2.3.2 Ira

Las emociones negativas son otra secuela particularmente frecuente en las víctimas de abuso sexual infantil las cuales sufren intensos sentimientos reactivos a la experiencia de victimización temprana (Feiring et al., 1996). La ira es una de estas emociones que destaca por su elevada presencia (Hobfoll et al., 2002; Painter y Howell, 1999; Sánchez, Carreño, Watty y Belmont, 2013). Algunos autores han encontrado correlación entre el abuso sexual infantil y la *trait anger* (disposición a experimentar la ira), *anger-in* (los sentimientos de ira que se vivencian o se suprimen sobre uno mismo), y *anger-out* (la expresión de ira hacia otras personas u objetos del entorno) (Brassard et al., 2014; Milligan y Andrews, 2005; Payne et al., 2014). Otro estudio que ha detectado mayor probabilidad de supresión o conversión de la ira hacia uno mismo, así como su expresión hacia otras

personas u objetos del medio es el de Spielberger (1996) realizado con una muestra de mujeres delincuentes con experiencias traumáticas en la infancia.

Brière (1996) también explica que las personas víctimas de abusos sexuales expresan sentimientos de rabia por diferentes razones como sentirse indignados por la injusticia de su victimización sexual; porque a menudo no han tenido la oportunidad de expresar su enfado durante el acontecimiento del abuso, y/o porque han desarrollado asociaciones negativas a su ira como resultado de las reacciones de los demás a sus expresiones de ira. Dhaliwal et al. (1996), por su parte, apuntan una relación entre la atribución del abuso y el destinatario de la ira, indicando que se dirige hacia sí mismo cuando la víctima se siente responsable del abuso por permitir que ocurriera y por no haberse protegido frente al mismo; hacia la persona agresora cuando considera que el autor del abuso se ha aprovechado de su vulnerabilidad como niño o niña; y hacia los demás, cuando siente que hay personas que tenían que haber impedido el abuso y no lo hicieron, como los padres.

Aunque es fundamental reconocer los sentimientos de ira, también es importante tener en cuenta que los sobrevivientes que se centran casi exclusivamente en su ira pueden estar tratando de suprimir otras emociones que les resultan dolorosas de expresar, como el miedo, la soledad, la frustración o la ansiedad (Napier-Hemy, 1994; Universidad Cheongho Baekseok, 2014). La represión de todas las emociones que pueden sugerir debilidad o vulnerabilidad (por ejemplo, tristeza, miedo) y el desarrollo de una actitud de enfado de aparente invulnerabilidad, poder y control como mecanismo para hacer frente al abuso sexual recibido (Blanchard, 1986; Geraerts, Smeets, Jelicic, Merckelbach y Van Heerden, 2006).

La ira no suele ser expresada por los niños y niñas víctimas de abuso sexual infantil por razones como el temor a las represalias o que se le retire el amor. Además, a menudo estos niños y niñas no cuentan con un modelo ejemplar para la expresión adecuada de la ira porque los propios padres no están preparados para expresar la ira de manera sana. En consecuencia, las personas que fueron abusadas sexualmente durante la infancia podrían crecer reprimiendo la ira y como resultado, pueden entrar en la edad adulta sin ser conscientes de la rabia que se encuentra dentro de ellas. De ahí que algunos sobrevivientes de abuso sexual infantil puedan ser incapaces de reconocer y aceptar su enfado; otros actúen su ira hacia el exterior desplazando o proyectándola en los demás, o que puedan reaccionar de forma desproporcionada ante situaciones que no justifican una respuesta de

ira (Blume, 1990). Según Brière y Gil (1998), la ira que es negada o reprimida puede surgir en formas encubiertas, o conducir a que la víctima de abuso sexual tienda a la autolesión. Algunas personas la dirigen hacia ellas mismas en forma de autolesión, mientras que otras actúan hacia fuera en las relaciones autodestructivas inestables e incluso hay quienes podrían mostrar síntomas de enfermedad mental. En la literatura psiquiátrica, la ira se ha encontrado como una característica central en la precipitación de las conductas autolesivas, suicidas y de otro tipo, en individuos con trastornos de personalidad (Brown, Comtois y Linehan, 2002; Herpetz, Sass, y Favazza, 1997). Andrews, Qian y Valentine (2002) plantean la hipótesis de que los ataques en el cuerpo puede representar múltiples capas de significado para el individuo, que abarca el auto-castigo y sentimientos de inferioridad respaldados por la importancia central del cuerpo, como el origen y el destino de odio a sí mismo en la víctima de abuso sexual.

Existen conclusiones sólidas sobre la asociación entre las experiencias infantiles adversas como el abuso sexual infantil y el comportamiento suicida pero poco se sabe acerca del papel que juega la ira en esta relación (Sigfusdottir, Asgeirsdottir, Gudjonsson y Sigurdsson, 2013). En un amplio estudio publicado recientemente, los autores (Nock et al., 2013) reclaman precisamente la necesidad de estudiar dicha relación, argumentando que hasta ahora se ha prestado demasiada atención a la prevención de la conducta suicida a través de la reducción de la depresión, mientras que otras emociones, como la ira, pueden tener la misma o incluso mayor importancia.

El abuso sexual en la infancia provoca distorsiones negativas sobre las víctimas y genera mecanismos de defensa para paliar las secuelas psicológicas del abuso sexual infantil. Por lo que resulta relevante identificar y aprender a canalizar la ira para eliminar conductas destructivas dirigidas hacia a uno mismo y/o hacia los demás.

### 2.6.2.3.3 *Agresividad y agresión desplazada*

La agresividad es un problema creciente en nuestra sociedad que afecta a la convivencia entre las personas, generando sufrimiento y numerosos problemas tanto a las víctimas como a las personas agresoras (Morales, 2008). Los estudios revelan mayores niveles de agresividad física en los hombres que en las mujeres (Buss y Perry, 1992; Andreu, Peña y Graña, 2002) y resultados contradictorios en el caso de la agresividad verbal (Rodríguez, Peña y Graña, 2002; Condon, Morales-Vives, Ferrando y Vigil-Colet, 2006).

Diversos modelos han abordado las relaciones entre impulsividad y agresividad, siendo uno de los más interesantes el propuesto por Barrat (Vigil-Colet, Morales-Vives y Tous, 2008). El modelo de Barrat (1994) propone que ciertos estímulos desencadenan sentimientos de ira que pueden llegar a generar conductas agresivas. En muchas ocasiones los procesos de socialización tienen como consecuencia que la conducta agresiva es inhibida. No obstante, una de las principales características de la impulsividad es precisamente que suele estar asociada a déficits en los mecanismos inhibitorios de la conducta, lo cual implicaría que los individuos con niveles elevados de impulsividad presentan dificultades a la hora de inhibir los comportamientos agresivos ante dichos sentimientos de ira. En esta línea, las teorías del aprendizaje pueden dar cuenta del mecanismo de instalación y mantenimiento del síntoma (de la ira, en este caso) de una persona con vulnerabilidad psicológica debida a la exposición al abuso sexual infantil (Barrera, Cortés, Guerrero y Aguirre, 2005).

La teoría de Barratt (1994) explica que la impulsividad y la ira constituyen variables necesarias pero no suficientes para la agresividad. La diferencia entre la agresividad y la violencia radica en la intensidad de la conducta. La violencia es un acto agresivo de elevada intensidad y gravedad, que puede incluso implicar el asesinato de una persona, mientras que la agresividad implica a una gravedad menor como pegar o insultar. Por lo tanto, toda conducta violenta es agresiva, pero no toda conducta agresiva es violenta (Morales, 2008).

Una tipología de violencia poco estudiada es la agresión desplazada, la cual se define como un acto de agresión ejecutado en un objeto o una persona distinta a la persona u objeto que causó el estado de ira (Denson, Pedersen y Miller, 2006; Herrero-Fernández, 2013a; Martínez, Zeichner, Reidy y Miller, 2008). Otros autores también han propuesto términos referidos a otros tipos de agresión, en el que la personas que agrede no se enfrenta directamente a la víctima, muy similares a la agresividad desplazada, como por ejemplo, la agresión indirecta (Lagerspetz, Björkqvist y Peltonen, 1988; Björkqvist, Lagerspetz y Kaukiainen, 1992), la agresión relacional (Crick y Grotpeter, 1995) o agresión social (Galen y Underwood, 1997; Xie, Swift, Cairns y Cairns, 2002).

Pocos estudios de agresión desplaza se han focalizado en población adulta (Sachs-Ericson et al., 2010), a pesar de que su frecuencia puede ser superior a otras formas de expresión de la ira, como la agresión física directa (Herrero-Fernández, 2012) y se pueda expresar en diversidad de ámbitos de la vida humana, como el conducir (Herrero-

Fernández, 2011; Herrero-Fernández, 2013b). Aún menos son los estudios que relacionan a las víctimas de abuso sexual infantil con un aumento de conductas agresión desplazada en la edad adulta (Noblett y Nelson, 2001). El análisis de la agresión desplazada puede ser de utilidad para explicar los resultados de estudios como el realizado por Maxfield y Widom (1996), que indican que los niños y niñas víctimas de abuso físico hasta los 11 años fueron particularmente propensos a convertirse en delincuentes violentos a lo largo de los siguientes 15 años. Estudios más recientes también han encontrado relación entre la victimización y la delincuencia, con un impacto especialmente llamativo en el caso las mujeres víctimas de abuso sexual (Radford, Corral, Bradley y Fisher, 2014).

Otra corriente teórica explicativa de la etiología del maltrato infantil se basa en una posible transmisión intergeneracional de la violencia familiar (Crivillé, 1990; Steele y Pollock, 1968). Diversos estudios longitudinales señalan la experiencia de maltrato infantil como factor de riesgo para desarrollar un comportamiento maltratante en la edad adulta (Smith y Thornberry, 1995; Zingraff, Leiter, Myers y Johnsen, 1993), por ejemplo, ser víctima de abuso sexual en la infancia aparece como factor de riesgo para ejercer el abuso o la negligencia en la adultez (DiLillo, Tremblay y Peterson, 2000; Morillas, 2006) pero nunca como una condición directa e inevitable (De Paúl et al., 2002; Widom, 2000). Tanto es así que De Paúl et al. (2002) indican que la transmisión intergeneracional del maltrato infantil no es condición suficiente para que un sujeto se convierta en maltratador y sugieren la importancia de avanzar en esta línea de investigación en relación a las diferentes formas de desprotección sufridas en la infancia y el riesgo de convertirse en persona maltratadora o agresora en el futuro. En un estudio prospectivo Loh y Gidycz (2006) también apuntan una relación significativa entre el abuso sexual en la infancia y la historia de perpetración de violencia pero sin un carácter predictivo, apoyando la idea de que los efectos del abuso sexual en la infancia pueden ser mediados por una variedad de factores. Por lo tanto existe numerosa investigación sobre las consecuencias del abuso sexual infantil pero poca sobre los efectos intergeneracionales del abuso sexual (Robboy y Anderson, 2011).

#### 2.6.2.3.4 *Adicción o abuso de sustancias*

Numerosos estudios confirman una correlación significativa entre el consumo de drogas y el haber sufrido abuso sexual durante la infancia o adolescencia (Bentley y Widom, 2009; Cutajar et al., 2010; Dunlap, Golub y Johnson, 2003; Molnar et al., 2001;

Owens y Chard, 2003; Pérez, Lara y González, 2010; Redondo y Santos, 2010; Sartor et al., 2007; Swanston et al., 2003). El reciente trabajo de Pérez y Mestre (2013) tras la revisión de las investigaciones científicas más relevantes de los últimos 30 años, que relacionan el abuso sexual infantil y padecer una drogodependencia en la edad adulta, pone de manifiesto la relevancia científica de esta problemática a pesar de tratarse de un problema escasamente abordado en la drogodependencias, en palabras de dichos autores. Autores como Cutajar et al. (2010) que han hallado un nivel relativamente alto de abuso de drogas y alcohol alertan de la posible influencia de la metodología empleada en el estudio y la influencia de la comorbilidad diagnóstica habitual en estos casos. Dichos autores advierten de la escasez de estudios prospectivos libres de los recuerdos retrospectivos y exponen que a pesar de que los estudios prospectivos demuestran una asociación entre el abuso sexual infantil y una serie de sintomatología relacionada con la salud mental, no parecen apoyar la asociación entre el abuso sexual y el consumo problemático de drogas y alcohol; y a su vez apuntan las limitaciones de los estudios prospectivos por no considerar la concurrencia del abuso sexual infantil con otras formas de abuso infantil y por el pequeño tamaño de las muestras de estos.

Brière y Runtz (1988) señalaron que un porcentaje considerablemente mayor de personas que han sufrido abuso sexual en la infancia afirman posteriormente haber tenido más problemas con las drogas (20,9% vs. 2,3%) y con el alcohol (26,9% vs. 10,5) en comparación con la población que no ha sufrido abuso. En concordancia con la mayor prevalencia de abuso sexual en mujeres (Hébert et al., 2009; Tourigny, Gagné, Joly y Chartrand, 2006), un gran número de trabajos relacionan el consumo de tóxicos con el abuso sexual infantil en mujeres. La revisión realizada por el Instituto Europeo de Investigación IREFREA (2001) dedicado a la prevención de drogodependencias concluye que entre un 50% y un 80% de las mujeres con problemas de adicción han sufrido abusos sexuales en su infancia. El meta-estudio de Meneses (2002) sostiene que el porcentaje de mujeres diagnosticadas de una dependencia de sustancias que han sufrido abusos sexuales oscila entre el 23% y el 74%. Llopis, Castillo, Rebollida y Stocco (2005) afirman que la incidencia del abuso sexual y malos tratos entre las mujeres europeas estudiadas que manifiestan adicción es del 69% vs. 29-25%, muy superior a los datos de la población general femenina. Un estudio más reciente realizado en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, aporta datos similares al indicar que el 44,9% de las mujeres en tratamiento ambulatorio y residencial por problemas de adicción habían sufrido maltrato

psicológico, el 30% maltrato físico y el 18,4% abusos sexuales (Redondo y Santos, 2010). El estudio de documental sobre drogas y violencia de género del Observatorio Vasco (2007) también concluye un porcentaje mayoritario, de delitos sexuales en víctimas de género femenino en el 89,77% de los casos. Otros trabajos así lo han evidenciado, al descubrir una correlación positiva significativa entre presentar un diagnóstico de adicción a las drogas y ser víctima de abuso sexual durante la infancia y la adolescencia el 37,8% de las mujeres frente al 4,3% de los hombres (Pérez et al., 2010); sin embargo, advierten de un posible sesgo en la recogida de datos causa de la mayor facilidad y naturalidad de las mujeres para hablar sobre la sexualidad mientras que los hombres suelen presentar mayores dificultades y lo hacen en escasas ocasiones.

La psicopatología y el abuso de sustancias son dos factores directamente relacionados con el abuso sexual infantil (Buckle, Lancaster, Powell y Higgins, 2005; Harrison, Fulkerson y Beebe, 1997; Kendall-Tackett et al., 1993). La investigación demuestra, por ejemplo, altos índices de abuso sexual infantil y trastorno de estrés postraumático en mujeres consumidoras de sustancias (Brown y Wolfe, 1994; Hien, Nunes, Levin y Fraser, 2000; Kang et al., 1999; Schumm, Hobfoll y Keogh, 2004). Brown y Wolfe (1994) exponen que la relación entre el trastorno de estrés postraumático y el uso de sustancias acontecen de forma cíclica, lo cual podría explicar que el trastorno de estrés postraumático reduce la eficacia de los programas de tratamiento de consumo de sustancias (Hien et al., 2000). Diversos trabajos también apuntan que las mujeres víctimas de abuso sexual son más propensas a sufrir depresión, que las mujeres sin antecedentes de abuso, lo cual a su vez está relacionado con los problemas con el consumo de alcohol y drogas (Bohn, 2003; Morrill, Kasten, Urato y Larson, 2001). Otros estudios, a su vez han demostrado que las mujeres que sufrieron abuso sexual infantil además de presentar mayores tasas de abuso y dependencia de sustancias, exhiben mayores porcentajes de intentos de suicidio y mayor consumo de fármacos (Bohn, 2003; Moreno, Prior y Monge, 1998; Pérez et al., 2010).

Las sustancias psicoactivas pueden cumplir una función en las víctimas de abuso sexual infantil (Pérez y Mestre, 2013): la de no sentir, no sentirse despreciable, no pensar, evadirse del problema, evitar situaciones temidas (Pérez y Martín, 2007). Pérez et al. (2010) expresan que la adicción puede tener la función de evitar sentimientos y pensamientos displacenteros, como una manera de responder al intenso dolor emocional que padecen las víctimas de abuso sexual infantil, de defenderse de los problemas, obturar

a los recuerdos y sentimientos del pasado que les desbordan y enfrentarse a las temidas exigencias del presente. En definitiva, un suceso traumático de abuso sexual infantil puede ser un factor decididamente importante en el inicio del consumo de drogas, como una vía de escape para no pensar, ni sentir (Pérez y Martín, 2007) y en el consumo abusivo continuado de sustancias como intentos que hace la víctima para afrontar el abuso y bloquear la sintomatología que padece (Hurley, 1991). Algunos autores apuntan que los medicamentos también pueden ser utilizados para hacer frente a los efectos emocionales a largo plazo e imágenes intrusivas asociadas al abuso sexual infantil, incluyendo el trastorno de estrés postraumático (Liu et al., 2006).

Un abuso más grave puede resultar en un mayor trauma (Myers et al., 2004), que puede conducir a mayores intentos de usar drogas o alcohol para escapar de las imágenes intrusivas dolorosas. Como Pérez y Mestre (2013) señalan, a mayor gravedad y frecuencia de los abusos, mayor gravedad y psicopatología se detecta. La severidad de las experiencias de abuso sexual infantil se han asociado con un historial de abuso de sustancias, es decir, el abuso producido durante períodos de tiempo más largos ha demostrado tener un impacto más destructivo en la autorregulación, lo que puede resultar en una mayor abuso de sustancias, y un mayor número de incidentes por parte de diferentes autores se ha asociado con un consumo de drogas duras, lo cual refleja las dificultades a largo plazo para hacer frente a las secuelas emocionales adversas del abuso sexual infantil (Liu et al., 2006).

Pérez et al. (2010) encontraron que entre las mujeres drogodependientes que sufrieron abuso sexual infancia el 71,4% ejercía la prostitución. Sobre las razones para ejercer la prostitución, la mayoría de las mujeres apuntaron la necesidad de conseguir dinero para adquirir drogas, para ellas y para sus parejas o en ocasiones con el fin de obtener dinero para el cuidado de sus hijos e hijas. Otra serie de datos también relevantes, son que el 16% mantuvo relaciones homosexuales bajo los efectos de las drogas o dentro del ejercicio de la prostitución, asumiéndolo con normalidad y sin tener dudas en torno a su identidad sexual. Un dato muy diferente a los hombres que mantenían relaciones homosexuales y no reconocían estas relaciones como homosexuales. Las mujeres que mantenían relaciones con personas vinculadas al mundo de la droga, en algunos casos relataron como la pareja consumidora permitió y/o exigió el ejercicio de la prostitución con el objeto de conseguir un beneficio común. Las razones por las cuales un hombre obligaba a su pareja a ejercer la prostitución eran básicamente para conseguir drogas o

para pagar deudas. Esta situación hacía que de forma generalizada las mujeres se sintieran utilizadas y afirmaran que se están aprovechando de ellas. Las mujeres que ejercían la prostitución coaccionadas por sus parejas, relataban además, haber sufrido diversas vejaciones, violaciones y agresiones por parte de los clientes, pero también por sus propias parejas. Amaro, Fried, Cabral y Zuckerman (1990) por otro lado, indicaron que las mujeres que dependen de sus parejas para la obtención de drogas estaban en mayor riesgo de infección por VIH, por su menor capacidad de negociar prácticas sexuales más seguras.

### 2.6.2.3.5 *Juego patológico*

Entre las secuelas a largo plazo, la investigación también ha comenzado a abordar el abuso sexual infantil como un factor de riesgo potencial para las adicciones posteriores, incluyendo el juego patológico (Dion, Collin-Vézina, De La Sablonnière, Philippe-Labbé y Giffard, 2010; Hayatbakhsh et al., 2013). Algunos autores explican que los esfuerzos por aumentar el placer o reducir el intenso afecto negativo para hacer frente al trauma de la victimización podría alentar el descontrol conductual en los sobrevivientes de abuso sexual infantil (Cyders y Smith, 2008; Sprague y Verona, 2010). Según Jacobs (2008), las experiencias de la primera infancia son un factor causal importante de las adicciones. Diversos estudios han encontrado una asociación entre los eventos traumáticos de la infancia y el problema de juego, especialmente en población de jugadores patológicos en tratamiento (Hodgins et al., 2010; Kausch et al., 2006; Petry y Steinberg, 2005; Wardman, el-Guebaly y Hodgins, 2001). Razón por la que las experiencias perturbadoras en la infancia se han sugerido como una causa de vulnerabilidad emocional que podría constituir una vía potencial para el desarrollo de problemas con el juego o el juego patológico (Blaszczynski y Nower, 2002). En un estudio realizado con una muestra clínica compuesta por 60 jugadores patológicos tratados entre 1997 y 2003, Vogelgesang (2005) encontró una alta proporción de experiencias traumáticas en la infancia, informando de negligencia grave, el 50% de la muestra; experiencias de abuso físico grave, en el 45%; y abuso sexual infantil repetido, en el 33%. Los resultados de este estudio reflejan que el 73,3% de los jugadores patológicos en tratamiento fueron blanco de uno o más traumas de los indicados. Datos similares, con una incidencia más elevada incluso, fueron hallados por Jacobs (2008) quien informó de trauma infantil en el 88% de los jugadores patológicos. Autores como Petry y Steinberg (2005) han dado a conocer que la gravedad del maltrato infantil se

asocia significativa y de forma independiente con una menor edad de inicio en los juegos de azar y el aumento de la severidad de los problemas derivados del juego.

El abuso sexual infantil es un evento traumático en la infancia asociado con el desarrollo posterior de problemas con el juego o juego patológico (Blaszczynski y Nower 2002; Boughton y Falenchuk, 2007; Hodgins et al., 2010; Kausch et al., 2006; Larsen, Curtis y Bjerregaard, 2013). De forma que las adicciones, como el juego patológico, podrían servir como un medio de hacer frente al sufrimiento del pasado abuso sexual infantil (Dio et al., 2010; Polusny y Follette, 1995). De forma que el juego represente un mecanismo para aliviar o transformar el estrés causado por las vivencias traumáticas de la infancia en una experiencia gratificante o estado disociativo de la conciencia (Boughton y Falenchuk 2007; Jacobs 2008; Moore y Jadlos, 2002). Los resultados de un estudio cualitativo realizado en Ontario a 192 miembros de las Primeras Naciones, por ejemplo, indican que hay personas que apuestan con objeto de adormecer sentimientos y pensamientos dolorosos, algunos de ellos relacionados con el abuso sexual en el pasado (Oakes y Currie, 2004).

El juego ha sido parte de la historia de la humanidad en todas las culturas y sociedades (Abbott y Volberg, 1999; Belanger, 2006; 2011). Sin embargo, para algunas personas, el juego puede convertirse en una adicción de gravedad y duración variable que pasa a denominarse juego patológico (Ladouceur, 2000; 2004). El juego patológico es un diagnóstico psiquiátrico clasificado por el DSM-IV-TR (APA, 2001) como trastorno del control de los impulsos por presentar conductas desadaptativas de juego persistentes y recurrentes. Configura por lo tanto un cuadro clínico caracterizado por una serie de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que comporta graves consecuencias de a las personas que lo padecen y a sus familiares. En el DSM-5 (APA, 2013), en cambio, el juego patológico pasa a formar parte del capítulo de trastornos relacionado con las sustancias y adicciones. Este cambio es el reflejo de la creciente y consistente evidencia de que algunos comportamientos, tales como los juegos de azar, activan el sistema de recompensa del cerebro con efectos similares a los de las drogas y que los síntomas del juego patológico se asemejan en cierta medida a los de los trastornos de sustancias. Ya que el juego patológico es un trastorno altamente incapacitante, que cursa de forma progresiva y crónica que además de afectar y deteriorar todas las áreas de la vida del individuo, los problemas económicos y sociales derivados repercuten a las familias y comunidades (Wardman et al., 2001). Además, el juego patológico se ha asociado con problemas, tales

como otras conductas adictivas y problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad (Abbott y Volberg 1999; Jiménez-Murcia et al., 2009; Shaffer y Korn, 2002), trastornos del estado de ánimo (Argo y Black, 2004) incluso en la tercera edad (Kerber, Black y Buckwalter, 2008) lo que hace el perfil del jugador patológico más complejo. En cualquier caso, tal y como Estévez y Cálvete (2007) apuntan la mencionada comorbilidad no indica relación de causalidad, ya que dichos trastornos podrían tener un papel de riesgo en el desarrollo del juego patológico o, alternativamente, podrían ser una consecuencia de éste.

Estudios epidemiológicos indican tasas de juego patológico del 1-2% en población general (Becona, 1999; Walker, 1996) y los resultados de los pocos estudios existentes sobre la relación entre el abuso sexual y los juegos de azar en la población general indican diferentes tipos de abuso sexual entre los jugadores patológicos, que oscilan entre un 6 y un 56% (Black y Moyer 1998; Boughton y Falenchuk 2007; Jacobs, 2008; Kaplan y Davis, 1997; Kausch et al., 2006; Moore y Jadlos, 2002; Scherrer et al., 2007). La mayoría de los estudios de prevalencia demuestran que el juego patológico afecta especialmente a los hombres (Abbott, Volberg y Ronnberg, 2004; Dion et al., 2010; Welte, Barnes, Wieczorek, Tidwell y Parker, 2001). La literatura también apunta que hombres y mujeres juegan por razones distintas (Jiménez-Murcia et al., 2009). En el caso de los hombres, la conducta suele iniciarse en la juventud y, generalmente, está implicado el gusto por el riesgo, las sensaciones nuevas, la posibilidad de ganar dinero (Jiménez-Murcia et al., 2007; National Research Council, 1999) mientras que en el caso de las mujeres, suele ser más frecuente un inicio tardío, en la edad adulta, y como consecuencia de estados emocionales negativos (Tavares, Zilberman, Beites y Gentil, 2001). Petry y Steinberg (2005) a su vez, en un estudio compuesto por una muestra representativa de 149 jugadores patológicos masculinos y femeninos en tratamiento ambulatorio, mediante la medida multidimensional validada de maltrato en la infancia Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein y Fink, 1998) mostraron que las mujeres con problemas en juegos de azar informaron de negligencia física, abuso emocional y abuso sexual más grave que los hombres. Jiménez-Murcia et al. (2009) también hallaron que las mujeres presentaban mayor psicopatología general, así como puntuaciones significativamente más elevadas en evitación al daño, pero al igual que otros autores (Granero et al., 2009) no observaron ninguna asociación entre las variables de género y la severidad del trastorno del juego patológico.

Sin embargo, el abuso sexual es significativamente más frecuente entre las mujeres tanto en la población general (Putnam 2003), así como dentro de la población de juego (Kaplan y Davis, 1997; Kausch et al., 2006; Moore y Jadlos, 2002; Petry y Steinberg 2005). Entre los jugadores, los índices de abuso sexual entre las mujeres oscilan entre el 22 y el 56% (Boughton y Falenchuk 2007; Jacobs 2008; Kaplan y Davis 1997; Kausch et al., 2006; Moore y Jadlos, 2002) y entre 6 y 45 % para los hombres (Jacobs, 2008; Kaplan y Davis, 1997; Kausch et al., 2006; Moore y Jadlos, 2002; Scherrer et al., 2007). Teniendo en cuenta que diversos autores sitúan la prevalencia del abuso sexual en la población general aproximadamente entre el 13 y el 22% para las mujeres y entre el 4 y el 10% para los hombres (Gorey y Leslie 1997; Hébert et al., 2009; Tourigny et al., 2006), el abuso sexual parece ser más prevalente en la población con problemas de juego (Dion et al., 2010). Dichos resultados son interesantes a considerar desde la perspectiva de la psicopatología del desarrollo (Yates y Wekerle, 2009) que postula que las diferentes formas de abuso pueden dar lugar a diferentes tipos de inadaptación y que estos efectos pueden ser específicos de género.

Los resultados de los estudios presentados sugieren que una historia de abuso sexual puede contribuir al desarrollo posterior del juego patológico, y que esta asociación es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. Lo cual justifica el interés de estudio del presente trabajo. Sin embargo, es importante tener en cuenta que no es posible establecer un factor causal entre el abuso sexual y la ludopatía dada las limitaciones de la literatura empírica porque en numerosos casos no investiga específicamente los abusos sexuales, o no incluye grupos de comparación (Dion et al., 2010) y que la mayoría de muestras este compuesta principalmente por hombres (Petry y Steinberg, 2005) restricciones no presente en este trabajo.

#### 2.6.2.3.6 *Uso abusivo de Internet*

La taxonomía psiquiátrica del DSM-5 (APA, 2013) contempla el trastorno del juego por Internet, descrito como el uso persistente y recurrente de Internet para participar en juegos, a menudo con otros jugadores, lo cual conduce a un deterioro o malestar significativo. Aunque aún se trata de una condición que requiere de mayor estudio.

A su vez, en los últimos años se vislumbra una creciente literatura que pone de relieve los posibles efectos perjudiciales causados por el excesivo uso de servicios que ofrece Internet, que incluyen redes sociales, ciber-sexo, juegos de azar y otros, en línea

(Cantelmi y Talli, 2009; Mitchell, Becker-Blease y Finkelhor, 2005; Schimmenti, Passanisi, Gervasi, Manzella y Famà, 2013). Un concepto más amplio de la problemática relacionada con el uso de Internet, comprende la preocupación por el uso de Internet y conductas inapropiadas, que se experimenta como una necesidad irresistible de utilizar durante un periodo de tiempo más largo de lo previsto, agravada por el malestar o el deterioro significativo resultante de dicho comportamiento (Aboujaoude, 2010; Block, 2008). Autores como Young (2009) advierten que los problemas derivados del uso de Internet afectan negativamente en el funcionamiento social y emocional del individuo. Así mismo, existen estudios que vinculan los problemas del uso de Internet con síntomas de timidez (Casale y Fioravanti, 2011; Chak y Leung, 2004; Schimmenti et al., 2013), el aislamiento social (Schimmenti et al., 2013; Whang, Lee y Chang, 2003), los sentimientos de soledad (Caplan, 2007; Schimmenti et al., 2013), la ansiedad (Dalbudak et al., 2013; Lee y Stapinski, 2012; Schimmenti et al., 2013), los trastornos del estado de ánimo (Ko, Yen, Chen, Chen y Yen, 2008; Park, Hong, Park, Ha y Yoo, 2013; Schimmenti et al., 2013), el déficit de atención (Yen, Yen, Chen, Tang y Ko, 2009) y la disociación (Bernardi y Pallanti, 2009; Schimmenti, Guglielmucci, Barbasio y Granieri, 2012).

Observada una mayor frecuencia y variedad de problemas relacionados con Internet en las consultas son profesionales de la salud mental, Mitchell et al. (2005) realizaron un estudio exploratorio con una muestra sistemática de 1504 profesionales de la salud mental que informaron haber tenido al menos un cliente con un problema relacionado con el uso de Internet. Estos autores proponen en su estudio una clasificación de 11 tipos de experiencias problemáticas relacionadas con Internet reportadas por los clientes que acudieron a esas consultas: (a) el uso excesivo; (b) la pornografía; (c) la infidelidad; (d) la explotación y los abusos sexuales; (e) los juegos, los juegos de azar y juegos de rol; (f) el acoso; (g) el aislamiento-evitación; (h) el fraude, el robo y el engaño; (i) fracaso en las relaciones vía red; (j) sitios web de influencia perjudicial; y (k) uso inapropiado o asunción de riesgos. Los problemas más frecuentes encontrados en este estudio fueron el uso excesivo de Internet, con el 61% de los casos (n=926), ya sea en general o para determinados tipos de comportamientos, como ver pornografía o las salas de chat sexuales. La mayoría de los clientes que hacían un uso excesivo de Internet presentaban una experiencia problemática de Internet que implicó la pornografía (59%) y la infidelidad (23%) y juegos de azar, apuestas o juegos de roles (21%). Los problemas relacionados con el uso de la pornografía en Internet es un tema ampliamente discutido en

la literatura y conocido por los profesionales de la salud (Mitchell, Finkelhor, y Wolak, 2003; Quayle y Taylor, 2003; Therese, 2003; Thornburgh y Lin, 2003; Wolak, Mitchell y Finkelhor, 2003).

Es interesante observar que cuando Mitchell et al. (2005) trataron de estimar el uso excesivo de tiempo en línea a través del número de horas por semana, el tiempo considerado uso excesivo cubrió una amplia gama que incluía entre menos de 7 horas a la semana (5%) hasta más de 28 horas por semana (20%), y que el 22% de los encuestados no sabía la cantidad de tiempo que su cliente pasó en línea. Lo cual lleva a pensar que el catalogar el uso de Internet como excesivo puede tratarse de una sentencia del cliente, el profesional o de alguna otra persona. Sin embargo, en lugar de estipular la tasa del uso excesivo de Internet en términos absolutos dichos autores manifiestan que resulta de mayor interés clínico cotejarlo en función de la preocupación porque el uso interfiera en otras actividades, responsabilidades o relaciones o genere sentimientos de culpa.

La razón de ser de la investigación desarrollada en relación a las personas que utilizan Internet en exceso, es por lo tanto, la pérdida de control sobre su comportamiento y acciones. Lo cual parece común entre un grupo de personas que utilizan Internet en exceso o por razones sexuales, en las cuales se han identificado problemas de adicción, compulsivos y control de impulsos (Carnes, 2001; Cooper, Delmonico, y Burg, 2000; Griffiths, 2001; Shapira et al., 2003; Young, 2004). Con anterioridad al DSM-5 (APA, 2013) los usuarios se clasificaban según el cumplimiento de los criterios de otras adicciones DSM-IV (APA, 1994), de forma que los criterios de evaluación para el uso abusivo de Internet y la hipersexualidad o el sexo compulsivo se han desarrollado sobre la base de los criterios para la adicción al juego (Orzack y Ross, 2000). Sin embargo, la falta de normas para definir el uso excesivo pone de relieve la necesidad de mayor investigación para comprender si el uso de Internet está asociado con mecanismos similares a los experimentados por la adicción a las sustancias o a los juegos de azar (Mitchell et al., 2005).

Varios estudios apuntan a una mayor prevalencia de riesgo de presentar problemas relacionados con el uso de Internet entre los hombres (Bakken, Wenzel, Götestam, Johansson y Oren, 2009; Durkee et al., 2012; Johnson, 2010; Mitchell et al., 2005; Schimmenti et al., 2013; Valcke, Bonte, De Wever y Rots, 2010; Zhang, Amos y McDowell, 2008). Schimmenti et al. (2013) encontraron que las personas que mostraban problemas con el uso de Internet tenían más probabilidades de haber sido víctimas de

abuso físico y sexual en su infancia. Este resultado es consistente con investigaciones que sugieren que el trauma infantil puede suponer un factor de riesgo para predisponer la aparición de conductas adictivas, incluyendo los problemas relacionados con el uso de Internet (Schimmenti et al., 2012) y que sumergirse en un mundo virtual puede implicar un mecanismo defensivo de retirada de la conciencia de los estados dolorosos de la memoria relacionados con un trauma de abuso o negligencia durante la infancia (Schimmenti y Caretti, 2010). Así mismo, los estilos de apego inseguro se han identificado como factores de riesgo para el desarrollo de problemas con el uso de Internet (Lin, Ko y Wu, 2011; Schimmenti et al., 2012; Shin, Kim y Jang, 2011). Es posible que para las personas que están particularmente preocupadas con las relaciones, Internet puedan funcionar como un refugio virtual para protegerse de los sentimientos de soledad, los miedos acerca de las interacciones reales y una sensación de falta de efectividad en las relaciones (Schimmenti et al., 2010) o incluso que consideren Internet un entorno seguro en el que tratan de interactuar con otras personas con el fin de desarrollar un sentido de competencia y dominio de las relaciones (Laghi et al., 2013; Rosegrant, 2012). Por lo tanto, experimentar fallas en las relaciones o en las competencias sociales, podría suponer un mayor riesgo para desarrollar conductas adictivas como la adicción al alcohol o a Internet (Guzzo, Lo Cascio y Pace, 2013; Schimmenti, 2012), especialmente si también han sido víctimas de abuso y negligencia en la infancia lo cual genera una predisposición para generar actitudes de apego inseguros (Schimmenti et al., 2012). Razón por la cual el estudio de dicha relación es objeto de estudio del presente trabajo.

### 2.6.2.3.7 *Hipersexualidad o sexo compulsivo*

La falta de consenso en cuanto a la patología de los trastornos del comportamiento sexual ha obstaculizando la caracterización específica de las conductas sexuales no parafilicas desadaptativas como una categoría diagnóstica diferenciada (Bancroft y Vukadinović, 2004; Rinehart y McCabe, 1997). Mientras que algunos teóricos han dudado de la validez de establecer una categoría diagnóstica para los trastornos del comportamiento sexual normofilicos (Giles, 2006; Rinehart y McCabe, 1997), la investigación clínica y la literatura de diferentes perspectivas teóricas plantean si son trastornos motivados principalmente por motivos sexuales, de forma análoga a las parafilias (Kafka, 2007; Krueger y Kaplan, 2001; Stein, Black, y Pienaar, 2000), por adicciones conductuales (Carnes, 1983; Goodman, 1997), trastornos del espectro obsesivo-

compulsivo (Black, 1998; Coleman, 1990), trastornos de impulsividad (Hollander y Rosen, 2000; McElroy et al., 1996; Mick y Hollander, 2006) o por comportamientos sexuales excesivos descontrolados (Bancroft y Vukadinović, 2004).

El término clínico "Adicción Sexual" fue ampliamente popularizado a partir de los trabajos de Carnes y colaboradores (Carnes, 1983, 1989, 1990, 1991, Carnes y K. M. Adams, 2002) ligado a las personas que sufren cualquier parafilia repetitiva y/o muestran comportamientos sexuales no parafilicos asociados con comportamientos sexuales de riesgo, pérdida de control y consecuencias psicosociales adversas. La formulación de la adicción sexual de Carnes ha sido posteriormente elaborada por otros autores. Goodman (1997) planteó un modelo multifactorial del proceso adictivo en el que se propone que el abuso de sustancias psicoactivas, la bulimia, el juego patológico y la adicción sexual presentan un sustrato común de factores biológicos, psicológicos y del desarrollo. Más recientemente, Goodman (2008) formuló tres dominios de comportamiento afectados por los procesos adictivos: la motivación y la recompensa, la regulación del afecto, y la inhibición conductual.

En el DSM-V (APA, 2013) se propone el Trastorno Hipersexual como un nuevo trastorno psiquiátrico a considerar en la sección de los trastornos sexuales. La evidencia clínica sugiere que la conducta sexual excesiva no parafilica (es decir, comportamientos hipersexuales y trastornos) pueden acompañarse por la angustia personal clínicamente significativa y morbilidad social y médica. Los criterios diagnósticos para el Trastorno de Hipersexualidad en el DSM-V incorporan características definitorias propias de las conductas adictivas (Echeburúa, 2012): A) Durante al menos seis meses, fantasías sexuales recurrentes e intensas y deseo sexual apremiante, así como conductas sexuales asociadas a cuatro o más de los siguientes cinco criterios: (1) Cantidad de tiempo excesiva invertida en fantasías y deseos sexuales, así como en la planificación y realización de conductas sexuales. (2) Fantasías, deseos y conductas sexuales repetidas en respuesta a estados de ánimo disfóricos (p. ej., ansiedad, depresión, aburrimiento, irritabilidad). (3) Fantasías, deseos y conductas sexuales repetidas en respuesta a situaciones vitales estresantes. (4) Intentos persistentes pero infructuosos para controlar o reducir significativamente las fantasías, deseos y conductas sexuales. (5) Implicación repetida en conductas sexuales ignorando el riesgo físico, psíquico o emocional que pueda suponer para sí mismo o para otras personas. B) La frecuencia o intensidad de las fantasías, deseos y conductas sexuales provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas

importantes de la actividad de la persona. C) Las fantasías, deseos y conductas sexuales no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a episodios maníacos. D) El sujeto es mayor de 18 años.

Echeburúa (2012) explica que el alivio del malestar y no tanto la búsqueda de bienestar es lo que conduce a la búsqueda de la relación sexual, al igual que ocurre en otras conductas adictivas (Echeburúa y Corral, 2010; Potenza, 2006). Exponiendo que lo que diferencia la adicción al sexo de la hipersexualidad normativa, es que su carácter no es intrínsecamente de índole sexual, sino que es impulsada con objeto de reducir la ansiedad o de huir de un desasosiego interno. El comportamiento sexual adictivo tiene un componente cognitivo poderoso que convierte las fantasías sexuales y los pensamientos eróticos en la válvula de escape de problemas laborales, relaciones rotas, baja autoestima o insatisfacción personal. La persona se ve absorbida por una espiral de sexo sin control que comienza con la búsqueda del objetivo sexual, generado por un impulso incontrolado que se dirige frecuentemente a prácticas sexuales físicas y anónimas, en actos breves y poco satisfactorios que se repiten en intervalos variables cortos (entre horas y escasos días), con distintas parejas y sin reparar en perjuicios. De modo que la insatisfacción sexual es lo que a su vez lleva a la persona a la búsqueda compulsiva de placer (Echeburúa, 2012). Otros autores también apoyan la idea de que el sexo, en la medida que es utilizado como una estrategia de afrontamiento, se convierte en una vía para reducir el malestar emocional o incluso para encomiar estados emocionales eufóricos (Bancroft et al., 2004; Kafka, 2010; Nelson y Oehlert, 2008; Reid, Harper y Anderson, 2009). Sin embargo, se trata de una adicción que genera gran sufrimiento debido a la incapacidad de la persona de controlar que el sexo ocupa cada vez más espacio en su vida y en su pensamiento, los sentimientos de vergüenza que provoca y la autodestrucción a través del divorcio, ruina o suicidio (Miner, Coleman, Center, Ross y Rosser, 2007; Nelson y Oehlert, 2008). Koob (2009) apunta que al igual que la dependencia de sustancias, la hipersexualidad está asociada con la impulsividad en la fase inicial del trastorno y con la compulsividad y la imposibilidad de detenerlo, en las fases más avanzadas, a pesar de la aparición de consecuencias negativas a nivel personal, familiar y/o social (Milrad, 1999; Schneider, 2003). La adicción al sexo también genera un cuadro de síndrome de abstinencia, consecuencia de la dependencia, que se manifiesta en nerviosismo, irritabilidad, ansiedad, dolores de cabeza, temblores e insomnio y tolerancia, por el fenómeno de la habituación que conlleva a que la persona

necesite cada vez estímulos más excitantes para experimentar el goce inicial (Echeburúa, 1999).

Las causas del trastorno de hipersexualidad no están del todo claras (Echeburúa, 2012) pero en la mayoría de material escrito sobre la adicción sexual se informa de un alto porcentaje de historias de abuso sexual infantil en quienes lo padecen (Echeburúa, 2012; Kafka y Hennen, 1999; Kort, 2004; Vaillancourt-Morel et al., 2014) especialmente en mujeres (Griffee et al., 2012; Kafka, 2010, Langström y Hanson, 2006; Rellini, 2008). Carnes (1991) informó que el 81% de las personas con adicción al sexo han sido objeto de abusos sexuales en su infancia. Blanchard (1990) encontró que entre los autoinformes de adicción al sexo el 64% reveló ser víctima de abuso sexual infantil. Autores como Schwartz y Masters (1994) que centraron su trabajo sobre la base de que el desarrollo sexual en la infancia se fusiona con el posterior desarrollo de la adicción sexual, abordaron las distintas formas en las que el abuso sexual en la infancia puede ser traumático para posteriormente promover conductas sexuales compulsivas. Sin embargo también hay estudios que indican que el abuso sexual en la infancia y las adicciones a otras conductas no se asocian con la compulsividad sexual adulta (McPherson, Clayton, Wood, Hiskey y Andrews, 2013)

A su vez, cabe señalar que la mayoría de los estudios sobre compulsividad se han llevado a cabo exclusivamente en población masculina (Blain, Muench, Morgenstern y Parsons, 2012; Forouzan y Van Gijseghem, 2005; Parsons, Grov y Golub, 2012). Por ejemplo, Parsons et al. (2012) en una amplia muestra de hombres observaron que los hombres que mostraban compulsividad sexual tenían el doble de probabilidad de haber experimentado abuso sexual infantil. Hueppelsheuser, Crawford, y George (1997) encontraron que el 19% de los 100 participantes masculinos fueron abusados sexualmente cuando eran niños. De hecho, estudios compuestos por muestra masculina y femenina (Skegg, Nada-Raja, Dickson y Pablo, 2010) han revelado que la asociación entre el abuso sexual infantil y la compulsividad sexual era significativa para los hombres pero no para las mujeres. Sin embargo, también existen resultados opuestos, como el estudio llevado a cabo en una amplia muestra representativa de mujeres y hombres del Reino Unido (Plant, Plant y Miller, 2005), el cual informó que el abuso sexual infantil era predictor de actividades sexuales adictivas, tanto en hombres como en mujeres.

Autores que han desarrollado una revisión sistemática de la literatura sobre la relación entre el abuso sexual infantil y el funcionamiento sexual adulto (Aaron, 2012; Colangelo y

Keefe-Cooperman, 2012) señalan que los resultados dispares se pueden explicar desde dos tipos de sintomatología asociada al abuso. En algunos casos, por la interiorización de síntomas sexuales caracterizados por la evitación, causadas por los flashbacks de abuso, por la aversión, la disociación durante las relaciones, los sentimientos y las disfunciones negativas. Por la contra, en otros casos, el abuso sexual puede conducir al desarrollo de sintomatología externalizante como ocurre en los comportamientos sexuales compulsivos, también conocidos como hiper-sexualidad o sexualidad adictiva. Aaron (2012) incluso afirma que la evitación sexual puede ser la respuesta a largo plazo típica de la mujer víctima de abuso sexual infantil mientras que en los hombres, sería la tendencia sería la compulsividad sexual. Sin embargo, la base empírica para esta teoría sobre las diferencias de género sigue siendo débil. Por lo que esta serie de estudios reflejo de la incongruencia de resultados específicos de género en la relación entre el abuso sexual infantil y la compulsividad sexual, apoya la necesidad continuar estudiando dicha relación.

La creciente prevalencia de la adicción sexual supone un desafío para los profesionales de la salud, así como para los propios individuos, sus parejas y familiares a quienes afecta negativamente (Cooper et al., 2000; Wood, 2010). Los datos epidemiológicos ofrecidos por The Society for the Advancement of Sexual Health (2012) establecen el porcentaje de personas con adicción al sexo entre el 3% y el 5% de la población norteamericana. Echeburúa (2012) indica que la adicción al sexo afecta más hombres que ha mujeres apoyando los datos aportados por un estudio epidemiológico realizado por Langström y Hanson (2006) en Suecia que revela una prevalencia de hipersexualidad del 12,1% de los hombres frente al 6,8% de las mujeres. Algunos autores ponen de relieve la influencia de Internet en el predominio de las creciente adicciones sexuales por la facilidad, asequibilidad y accesibilidad relativamente libre a materiales de contenido sexual explícito, dando lugar a nuevas generaciones de adictos/as sexuales (Echeburúa, 2012; Schneider, 2003; Twohig y Crosby, 2010). Un estudio realizado con personas que consumían pornografía en Internet encontró que el 17% de estas personas cumplía los criterios de compulsividad sexual problemática (Cooper et al., 2000). Varios autores han destacado los costes asociados al consumo problemático de pornografía en Internet, por las consecuencias problemáticas significativas que puede implicar para las personas, a pesar de que el consumo de pornografía puede no ser intrínsecamente problemática (Twohig y Crosby, 2010); reportando dificultades con la depresión, el

aislamiento social, las relaciones dañadas, disminución de la productividad, y las consecuencias financieras (Schneider, 2000).

Otros estudios también han apuntado que la adicción al sexo puede estar relacionada con el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (Blankenship y Laaser, 2004; Reid, 2007); con problemas en el control de los impulsos; con los trastornos de la personalidad histriónico, narcisista, paranoide u obsesivo-compulsivo; con problemas de ansiedad o depresión, especialmente en el caso de las mujeres o con el consumo abusivo de alcohol y drogas, sobre todo de cocaína y especialmente en el caso de los hombres (Krueger y Kaplan, 2000; Raymond, Coleman y Miner, 2003; Reid et al., 2009). Por su parte Pérez et al. (2010) subrayamos la elevada correlación que existe entre haber sufrido abusos sexuales por un adulto durante la infancia o adolescencia, y sentirse alguna vez deprimida después de una actividad sexual (71,4% vs. 21,7%) y sentirse alguna vez despreciable por tu comportamiento sexual (78,6% .vs. 30,4%) frente a las personas que no han sufrido abuso sexual infantil. Datos que llevan a resaltar nuevamente la relación que existe entre los sucesos traumáticos vividos en la infancia y vivir una sexualidad disfuncional en la edad adulta y el presente trabajo también estudia.

#### *2.6.2.3.8 Trastornos de la conducta alimentaria*

Los trastornos alimentarios son una compleja confluencia, multifactorial, de variables biológicas, familiares, psicosociales y psicológicas (Kent y Waller, 2000). Profesionales de la salud e investigadores han considerado la posibilidad de que el abuso infantil y el trauma, especialmente el abuso sexual, representan antecedentes de gran alcance para los trastornos alimentarios, incluyendo anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y por atracón (Favaro et al., 2005; Jacobi, Hayward, De Zwaan, Kraemer y Agras, 2004; Neumark-Sztainer, Story, Hannan, Beuhring y Resnick, 2000; Rorty y Yager, 1996).

Entre las numerosas consecuencias psicológicas de la experiencia traumática de abuso sexual en la infancia se incluyen, por lo tanto, los trastornos alimentarios (Carter, Bewell, Blackmore, y Woodside, 2006; Corstorphine, Waller, Lawson y Ganis, 2007; Kerr-Corrêa, Tarelho, Crepaldi, Camiza y Villanassi, 2000; Kong y Bernstein, 2009; Treuer, Koperdák, Rózsa y Füred, 2005). A pesar de la considerable investigación sobre la asociación entre la historia de abuso sexual y el posterior desarrollo de trastornos alimentarios (Striegel-Moore, Dohm, Pike, Wilfley y Fairburn, 2002; Waller, Hamilton, Rose, Sumra y Baldwin, 1993) existe controversia en referencia a esta asociación por la

heterogeneidad de resultados al respecto, apuntando algunos estudios una asociación no directa ni causal y otros tantos, indicando dicha asociación (Narvaz y Oliveira, 2009). Numerosas investigaciones han demostrado una asociación positiva entre el abuso sexual infantil y conductas de trastornos alimentarios (Dansky, Brewerton, Kilpatrick, y O'Neil, 1997; Preti, Incani, Camboni, Petretto y Masala, 2006; Romans, Gendall, Martin y Mullen, 2001; Sanci et al., 2008; Weiner y Thompson, 1997) así como entre el abuso sexual infantil y el diagnóstico clínico de trastorno de alimentación (Carter et al., 2006; Johnson et al., 2002; Narvaz y Oliveira, 2009; Thompson y Wonderlich, 2004; Vize y Cooper, 1995; Welch y Fairburn, 1994). Smolak y Murnen (2002) tras encontrar una relación fiable entre el abuso sexual infantil y los trastornos de alimentación en un meta-análisis de 53 estudios, afirman que el abuso sexual infantil se asocia con una mayor probabilidad de sintomatología de trastornos alimentarios. La literatura apoya el abuso sexual infantil como factor de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios por su correlación retrospectiva (Jacobi et al., 2004). Sin embargo, otras investigaciones han demostrado la ausencia de asociación entre el abuso sexual infantil, y conductas de trastornos alimentarios (Caspar y Lyubomirsky, 1997; Hartt, 2002; Kent, Waller y Dagnan, 1999) o entre abuso sexual infantil y trastornos de la alimentación (Pribor y Dinwiddie, 1992; Rorty, Yager, y Rossotto, 1994).

Existe evidencia sobre el factor de riesgo que implica el abuso sexual para el posterior desarrollo de trastornos de alimentación pero se trata de una asociación que debe entenderse dentro de una perspectiva multifactorial para llegar a comprenderla en su complejidad. Ya que el abuso sexual es sólo uno de los muchos factores de riesgo ambientales comúnmente citados para los trastornos alimentarios (Chen et al, 2010; Smolak y Murnen, 2002), junto con otros factores como el medio ambiente, por ejemplo, las imágenes que los medios de comunicación difunden idealizando la delgadez (Hawkins y Richards, 2004); factores neurobiológicos, como alteraciones en los sistemas neuronales de serotonina (Kaye, Frank, Bailer y Henry, 2005); y factores genéticos (Klump, McGue y Iacono, 2007). Después de una revisión sobre el impacto del abuso sexual infantil en la salud, hay autores que sostienen que el abuso sexual infantil debería considerarse un factor de riesgo general y no específico de la psicopatología (Stice, 2002), argumentando que el trastorno alimentario tiene menor relación con el abuso sexual infantil que con otros problemas como la sintomatología de estrés post-traumático, la re-victimización (Maniglio, 2009) y los síntomas disociativos (Hart 2002).

Smolak y Murnen (2002) también indican que gran parte de la investigación existente, al limitarse a examinar la asociación directa entre el abuso sexual infantil y los trastornos alimentarios, impiden considerar la relación del abuso sexual infantil con otros factores que pueden aumentar el riesgo de síntomas de trastornos alimentarios. Correlaciones que podrían ser importantes en la comprensión de la relación entre el abuso sexual infantil y los trastornos alimentarios (Hund y Espelage, 2005). Por ejemplo, la depresión (Brière y Conte, 1993) y la ansiedad (Molnar et al., 2001) se correlacionan significativamente con las secuelas del abuso sexual infantil, incluso concurren con los trastornos de alimentación (Garfinkel et al., 1995; Valdiserri y Kihlstrom, 1995). Schwartz y Gay (1996) explican que la depresión y la ansiedad son los tipos de afecto negativo que potencialmente puede ser angustioso para las personas sobrevivientes del abuso sexual infantil, motivándolas a participar en las estrategias de supervivencia desadaptativas, como los trastornos de conducta alimentaria. En esta misma línea un estudio longitudinal de Stice, Killen, Hayward y Taylor (1998) indicaron que el afecto negativo predice la aparición de conductas de atracones. Son varios los estudios que ponen de relieve la importancia de considerar otra sintomatología psicopatológica cuando se estudia la relación entre el abuso sexual infantil y los trastornos alimentarios (Villarroel, Penelo, Portell y Raich, 2012). Hund y Espelage (2006) son algunos de los autores que sugirieron que esta relación está mediada por la depresión y los síntomas de ansiedad, y Kent et al. (1999) informaron que después de controlar otros tipos de abuso, así como el nivel de depresión, la ansiedad, la disociación y la edad de los abusos, la relación entre el abuso sexual y los trastornos de alimentación pierden su significación estadística. El hallazgo de que el abuso sexual infantil no se presenta como predictor significativo de los síntomas de los trastornos de conducta alimentaria también ha tenido lugar en otros estudios (Kennedy Ip, Samra y Gorzalka, 2007). Burns, Fischer, Jackson y Harding (2012) sugieren que hay que tener en cuenta que el abuso sexual rara vez ocurre de forma aislada, ya que el abuso emocional y/o físico también a menudo están presentes, y que la varianza compartida entre el abuso emocional y sexual es lo que puede explicar la correlación positiva entre el abuso sexual infantil y la síntomas de los trastornos alimentarios. Otros autores también alertan sobre las consecuencias de que el abuso emocional no fuera medido en estudios previos (Carter et al., 2006; Owens y Chard, 2003) ya que los investigadores que evaluaron las tres formas de abuso infantil han observado sistemáticamente una fuerte asociación entre el abuso emocional y los trastornos alimentarios (Fischer, Stojek y Hartzell, 2010; Kennedy et al., 2007). En relación a la concurrencia del abuso físico y sexual también existen

indicios sobre el incremento de la psicopatología consecuencia del abuso físico en víctimas de abuso sexual (Steiger et al., 2010).

La investigación también apunta, la influencia de otros factores como la imagen corporal y la sintomatología del trastorno límite de la personalidad en la relación de los trastornos alimentarios y la historia de abuso sexual infantil (Dyer, Borgmann, Kleindienst et al., 2013). La comorbilidad entre el trastorno límite de la personalidad y los trastornos alimentarios se considera alta (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich y Silk, 2004) y hay estudios que estiman que alrededor del 60% de los personas con trastorno límite de la personalidad reportar una historia de abuso sexual (Zanarini et al., 2002). Así mismo, existen otros autores que señalan el abuso sexual como un aspecto potencialmente poderoso para influir en la alteración de la imagen corporal (Wenninger y Heiman, 1998) teniendo en cuenta la posible co-producción de los trastornos de alimentación (Sack, Boroske-Leiner y Lahmann, 2010) dado que las distorsiones de la imagen corporal se producen con relativa frecuencia en pacientes con trastornos alimentarios (Ahrberg, Trojca, Nasrawi y Vocks, 2012; Ricciardelli, Tate y Williams, 1997). Algunos estudios sugieren el incremento del riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en la relación encontrada entre el abuso sexual infantil al aumento de la preocupación por el peso (Jacobi, 2005; Stice, 2002; Villarroel et al., 2012). El descontento con la imagen corporal a su vez ha sido asociado al trastorno de estrés postraumático de acuerdo a estudios que arrojan datos que muestran distorsiones de la imagen corporal en individuos con trastorno de estrés postraumático tras el abuso sexual infantil (Dyer, Borgmann, Kleindienst et al., 2013; Wenninger y Heiman, 1998). Resulta de interés contemplar datos como los que Brewerton (2007) presenta indicando que las personas con trastorno de estrés postraumático, tienen un riesgo aproximadamente tres veces mayor de desarrollar bulimia nerviosa frente a personas sin trastorno de estrés postraumático. Algunos autores (Dyer, Borgmann, Feldmann et al., 2013; Weaver, Resnick, Kokoska y Etzel, 2007) explican que el trastorno de estrés postraumático, una de las secuelas más comunes del abuso sexual infantil en la edad adulta (Cutajar et al., 2010), caracterizado por la evitación de estímulos traumatizantes (APA, 2013) puede conducir a las víctimas de abuso sexual a asociar su cuerpo con la experiencia de abuso y, por lo tanto a evitar su cuerpo.

En esta línea, la teoría del trauma sugiere que la asociación entre el abuso sexual infantil y los trastornos alimentarios se entiende mejor como emergente de una serie de reacciones emocionales y estrategias de afrontamiento dañinas, incluidas formas de

autolesión como la auto-inanición, comer en exceso y la provocación del vómito (Schwartz y Gay, 1996). Teniendo en cuenta que el trauma del abuso sexual está directamente relacionado con el cuerpo, tiene sentido intuitivo que el descontrol del comportamiento se focalice también en el cuerpo a través de los trastornos alimentarios (Dworkin et al., 2014). Ya que las tendencias impulsivas y compulsivas han sido identificadas como secuelas del abuso sexual infantil que pueden mediar entre la victimización sexual y los desordenes alimentarios (Carter et al., 2006; Caspi, Vishne, Sasson, Gross, Livne et al., 2008; Favaro et al., 2005; Lockwood, Lawson y Waller, 2004).

En definitiva, aunque las experiencias adversas en la infancia, y entre ellas el abuso sexual infantil, se asocia a una gran variedad de consecuencias psicológicas en la edad adulta, resulta necesario estudiar en mayor profundidad los diferentes aspectos que pueden desempeñar un papel relevante en la presencia de sintomatología en estas personas.

---

## **PARTE II: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA**



## CAPÍTULO III. MÉTODO

### 3.1 Objetivos e hipótesis del estudio

Con el propósito de describir las características del abuso sexual infantil y analizar la sintomatología psicológica disfuncional presente en personas víctimas de abuso sexual infantil así como algunos posibles mediadores en esta relación en el siguiente apartado se presentan los objetivos y las hipótesis del estudio.

#### 3.1.1 *Objetivo general.*

El objetivo general de la investigación es conocer las características de las personas que han sido víctimas de abuso sexual infantil y de las personas que perpetran el abuso, así como la afectación a nivel de sintomatología disfuncional a largo plazo y los estilos parentales y factores cognitivos asociados en las víctimas de abuso sexual infantil y su relación con otros tipos de abuso y negligencia infantil.

#### 3.1.2 *Objetivos específicos e hipótesis del estudio.*

**1. Objetivo.** Estudiar las características de género, relación entre la víctima y la persona que perpetra el abuso, el contexto de ocurrencia y la duración del abuso en población adulta.

*1.1. Hipótesis.* Las víctimas de abuso sexual infantil serán mayoritariamente mujeres.

*1.2. Hipótesis.* La mayoría de víctimas de abuso sexual infantil reportarán haber recibido abuso sexual en la infancia por parte de perpetradores hombres.

*1.3. Hipótesis.* El abuso sexual infantil habrá tenido lugar con mayor frecuencia en contextos intrafamiliares.

*1.4. Hipótesis.* Las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar reportarán mayoritariamente grados de familiaridad de primer grado o por parte de padrastros/madrastas o parejas de una de las figuras parentales, mayoritariamente de género masculino.

1.5. *Hipótesis.* Las víctimas de abuso sexual infantil extrafamiliar reportarán haber sufrido los abusos por parte de personas conocidas y/o amigas de la familia de género masculino.

1.6. *Hipótesis.* Los abusos sexuales intrafamiliares tendrán una duración prolongada en años frente a los abusos extrafamiliares.

1.7. *Hipótesis.* Se espera que mayoritariamente las víctimas de abuso sexual en la infancia hayan recibido abusos sexuales por parte de una única persona agresora.

**2. Objetivo.** Analizar la concurrencia del maltrato infantil y la relación con la sintomatología psicológica disfuncional<sup>1</sup> (ansiedad, ansiedad fóbica, depresión, riesgo de suicidio, impulsividad, abuso/dependencia de alcohol, juego patológico, adicción o abuso de sustancias, trastornos de la alimentación, uso abusivo de Internet y videojuegos, gasto compulsivo e hipersexualidad, agresión desplazada) y los esquemas maladaptativos tempranos.

2.1. *Hipótesis.* Las personas que han sufrido abuso sexual infantil serán víctimas de otros tipos de maltrato infantil (abuso físico, abuso emocional, negligencia física y negligencia emocional).

2.2. *Hipótesis.* El abuso sexual infantil estará relacionado significativamente con el abuso emocional y la negligencia emocional infantil.

2.3. *Hipótesis.* La sintomatología psicológica disfuncional y los esquemas maladaptativos tempranos presentes en la edad adulta no responderán a una clasificación general en función del tipo de victimización de abuso o negligencia sufrida en la infancia.

**3. Objetivo.** Estudiar la sintomatología psicológica disfuncional, los esquemas maladaptativos tempranos y estilos parentales, en función de haber recibido o no abuso sexual en la infancia.

---

<sup>1</sup> A partir de este momento al mencionar la sintomatología psicológica disfuncional se hace referencia a la sintomatología estudiada en el presente estudio: ansiedad, ansiedad fóbica, depresión, riesgo de suicidio, impulsividad, abuso/dependencia de alcohol, juego patológico, adicción o abuso de sustancias, trastornos de la alimentación, uso abusivo de Internet y videojuegos, gasto compulsivo e hipersexualidad, agresión desplazada.

3.1. *Hipótesis.* Las víctimas de abuso sexual infantil mostrarán en la edad adulta puntuaciones significativamente más elevadas en ansiedad, ansiedad fóbica y depresión que las personas que no han sufrido abuso sexual infantil.

3.2. *Hipótesis.* Las víctimas de abuso sexual infantil mostrarán en la edad adulta puntuaciones significativamente más elevadas en impulsividad y en conductas impulsivas (abuso/dependencia de alcohol, juego patológico, adicción o abuso de sustancias, trastornos de la alimentación, uso abusivo de Internet y videojuegos, gasto compulsivo e hipersexualidad) que las personas que no han sufrido abuso sexual en la infancia.

3.3. *Hipótesis.* Las víctimas de abuso sexual infantil mostrarán en la edad adulta puntuaciones significativamente más elevadas en riesgo de suicidio y agresión desplazada en la edad adulta que las personas que no han sufrido abuso sexual en la infancia.

3.4. *Hipótesis.* Las víctimas de abuso sexual infantil mostrarán puntuaciones significativamente más elevadas en los esquemas maladaptativos tempranos pertenecientes a los dominios de *Desconexión y Rechazo* (Abandono, Abuso, Privación emocional, Imperfección, Aislamiento Social) y *Autonomía Deteriorada* (Dependencia, Peligro, Apego y Fracaso).

3.5. *Hipótesis.* Las víctimas de abuso sexual infantil mostrarán puntuaciones significativamente más elevadas en los estilos parentales pertenecientes a los dominios de *Desconexión y Rechazo* y *Autonomía Deteriorada*.

**Objetivo 4.** Estudiar las diferencias en el tipo de maltrato infantil recibido (abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligencia física y negligencia emocional) y la sintomatología psicológica disfuncional estudiada, los esquemas maladaptativos tempranos y los estilos parentales en función de que el modo de recogida de información haya sido on-line o presencial.

4.1. *Hipótesis.* Se espera no encontrar diferencias significativas en función del tipo de abuso recibido y la sintomatología psicológica disfuncional, los esquemas maladaptativos tempranos y los estilos parentales entre las personas que respondieron el cuestionario on-line o de manera presencial.

**Objetivo 5.** Analizar la relación de los diferentes tipos de maltrato infantil con la sintomatología psicológica disfuncional estudiada, los esquemas maladaptativos tempranos y los estilos parentales.

5.1. *Hipótesis.* Se encontrará relación entre los diferentes tipos de abuso y negligencia infantil y la sintomatología psicológica disfuncional presente en la edad adulta.

5.2. *Hipótesis.* El abuso sexual sufrido en la infancia se asociará positivamente con la agresión desplazada en la edad adulta.

5.3. *Hipótesis.* Los esquemas maladaptativos tempranos pertenecientes a los dominios de *Desconexión y Rechazo* y *Autonomía Deteriorada* se asociarán con los diferentes tipos de abuso y negligencia infantil.

5.4. *Hipótesis.* Los esquemas maladaptativos tempranos correlacionarán con la sintomatología psicológica disfuncional.

5.5. *Hipótesis.* Los esquemas maladaptativos tempranos pertenecientes a los dominios de *Desconexión y Rechazo* y *Autonomía Deteriorada* se asociarán con el abuso sexual infantil y la agresión desplazada.

5.6. *Hipótesis.* Las mujeres víctimas de abuso sexual en la infancia mostrarán puntuaciones significativamente más elevadas en agresión desplazada y los dominios de *Desconexión y Rechazo* y *Autonomía Deteriorada* en el caso de las mujeres.

5.7. *Hipótesis.* Los esquemas maladaptativos tempranos se asociarán con los estilos parentales en las víctimas de abuso sexual infantil.

**Objetivo 6.** Evaluar el papel de los esquemas maladaptativos tempranos como posibles mediadores de la relación entre sufrir las distintas tipologías de abuso infantil y la sintomatología psicológica disfuncional estudiada.

6.1. *Hipótesis.* Los esquemas maladaptativos tempranos mediarán la relación entre el abuso sexual, el abuso físico y emocional infantil y la sintomatología psicológica disfuncional.

6.2. *Hipótesis.* Se espera encontrar un efecto mediador entre los dominios de *Desconexión y Rechazo* y *Autonomía Deteriorada* de las estructuras cognitivas maladaptativas, tanto con el abuso sexual infantil como con la agresión desplazada.

6.3. *Hipótesis.* Se espera encontrar un efecto mediador entre los dominios de *Desconexión y Rechazo y Autonomía Deteriorada* de las estructuras cognitivas maladaptativas, entre el abuso sexual y la agresión desplazada independientemente del género y del abuso físico y abuso emocional.

**Objetivo 7.** Evaluar el papel mediador de los estilos parentales de la figura materna y paterna como posibles mediadores de la relación entre sufrir abuso emocional infantil y el desarrollo de esquemas maladaptativos tempranos en las víctimas de abuso sexual infantil.

7.1. *Hipótesis.* Se espera que los estilos parentales de las figuras materna y paterna medien la relación entre ser víctima de abuso emocional infantil y el desarrollo de los esquemas maladaptativos tempranos en las víctimas de abuso sexual infantil.

7.2. *Hipótesis.* Se espera que los estilos parentales de las figuras materna y paterna medien la relación entre ser víctima de negligencia emocional infantil y el desarrollo de los esquemas maladaptativos tempranos en las víctimas de abuso sexual infantil.

### 3.2 Descripción de la muestra

La muestra total se compone de 399 participantes mayores de edad, provenientes de asociaciones y centros de tratamiento psicológico a víctimas de abuso o maltrato en la infancia y de centros universitarios.

Las asociaciones que han participado en el estudio son la Asociación para el Tratamiento del Abuso y Maltrato en la Infancia, GARAITZA (3,76%), la Asociación para la Sanación y Prevención de Abusos Sexuales en la Infancia, ASPASI (3,51%) y el centro de atención psicológica Deusto Psych de la Universidad de Deusto (0,50%) que representan el 50,37% de la muestra (n=194), sin embargo el 43,36% de la muestra rellenó el cuestionario a través de la web de los centros y asociaciones quedando en el anonimato su procedencia. El 25,81% (n=103) del alumnado participante son estudiantes de la Universidad de Deusto y a la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea que están realizando las titulaciones de grado de psicología (2%), educación infantil (10,02%), educación primaria (11,28%) y alumnado de posgrado del máster universitario en formación del profesorado en educación secundaria (2,51%). Finalmente,

el 23,06% de la muestra restante ( $n=92$ ) lo constituyen las personas participantes en el estudio captadas a través de la técnica "bola de nieve" a través de las redes sociales. La edad de los participantes se sitúa entre los 18 y 70 años de edad y la edad media fue de 31.27 años ( $DT = 10.58$ ). La mayoría de los participantes fueron mujeres (81.2%,  $n = 324$ ), mientras que el 18.8% eran hombres ( $n = 75$ ).

Para la consecución de los objetivos del estudio la muestra se dividió en dos subgrupos, las personas que fueron víctimas de abuso sexual infantil, por un lado y las personas que refirieron no haber sido víctimas de abuso sexual en la infancia, por otro lado. Con ese objetivo las muestras se registraron en un principio en función de su procedencia, por su vinculación a asociaciones y centros de atención a víctimas de abuso y maltrato infantil, o por ausencia de vinculación. Sin embargo, el criterio de inclusión para el grupo de abuso fue haber sufrido abuso sexual en la infancia, el cual se delimitó a través de la evaluación del abuso sexual infantil. El análisis descriptivo del subgrupo de participantes no vinculados a asociaciones y centros de atención a víctimas de abuso y maltrato infantil, posibilita filtrar los posibles casos de abuso sexual en el grupo normativo de participantes y pasarlos al grupo con abuso sexual infantil.

La relevancia de este paso se justifica en el hecho de que la muestra del grupo normativo al ser tomada de la población general, en esta puede haber casos de abuso sexual infantil. Para ello, se llevó a cabo un análisis descriptivo de la variable "abuso sexual recibido" mediante el Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (CTQ-SF; Bernstein y Fink, 1998; Bernstein et al., 2003). Los participantes que respondieron afirmativamente al ítem 27 del CTQ-SF, "Creo que fui abusado sexualmente" fueron incluidos en la muestra de abuso sexual, mientras que los que contestaron negativamente fueron incluidos en la muestra de no abuso. El gráfico de caja representado en la Figura 11 refleja como la mediana de las puntuaciones del grupo normativo en abuso sexual infantil fue de 0, tal como cabía esperar. Sin embargo, hubo 11 casos que puntuaron 1 o más, que fueron pasados al grupo de abuso sexual recibido. Por tanto, los análisis llevados a cabo se desarrollan en función de haber referido ser víctima de abuso sexual en la infancia o no al margen de su vinculación o no a asociaciones y centros de tratamiento de abuso y maltrato en la infancia. Considerando la recomendación de investigadores como Maya (2001) que sugieren que las entidades u organizaciones son un buen punto de partida para establecer los primeros contactos e iniciar el muestreo, pero que no resulta aconsejable utilizarla como única fuente de reclutamiento. Limitarse a las personas usuarias de los centros y

asociaciones puede sesgar la muestra, excluyendo de la misma a aquellas personas que tienen dificultades para acceder a dichos servicios o a aquellas personas que simplemente no los necesitan, así como sesgar los resultados por la magnificación o minimización de las sintomatología presente en las personas que acuden a centros y asociaciones de atención y tratamiento del abuso sexual infantil. Por su parte, la selección en cadena o efecto bola de nieve lograda a través de las páginas web de las asociaciones parece un procedimiento particularmente indicado para poblaciones con abuso sexual infantil, al tratarse de un colectivo de difícil acceso dado el carácter íntimo y de privacidad de esta problemática y la necesidad de salvaguardar la confidencialidad en estos casos (Best, Krueger, Hubbard y Smith, 2001; Wachelke, Camargo, Lins y Nunes, 2011). Igualmente, este muestreo fue empleado para la captación de la muestra normativa, por tratarse de una vía para obtener una muestra de mayor diversidad y superar así los sesgos derivados de la población universitaria.

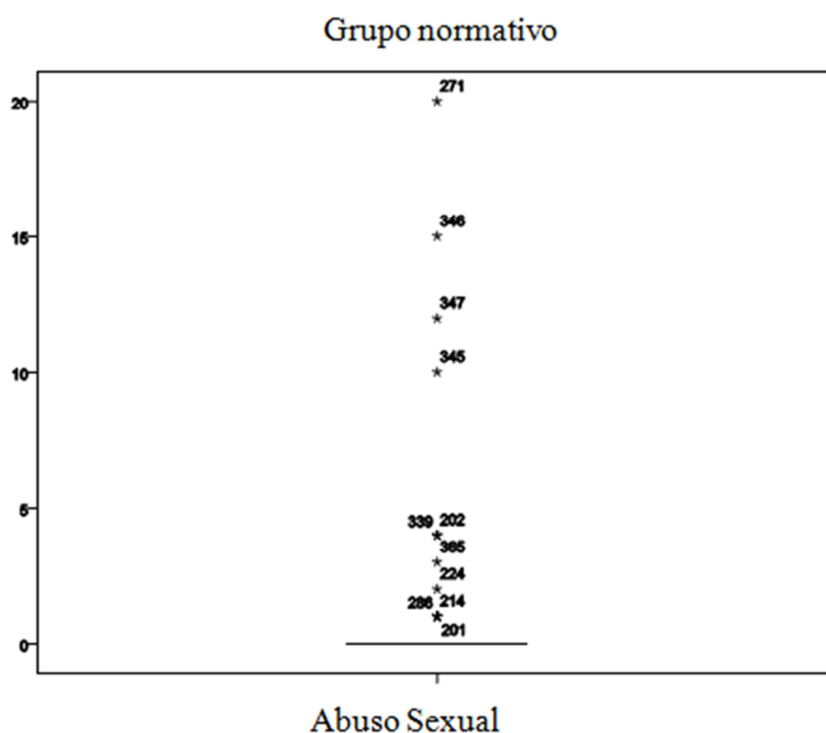


Figura 11. Gráfico de caja representando la distribución de puntuaciones atípicas en el grupo normativo en la variable abuso sexual recibido.

Finalmente, el subgrupo de personas que refirieron abuso sexual infantil estuvo compuesto por 194 participantes, que reportaron haber sufrido abuso sexual en la infancia según las respuestas en el CTQ-SF y cumplieron los criterios de inclusión. La edad media

fue de 34.75 años ( $DT = 8.53$ ). La mayoría de las personas participantes de esta muestra tenían entre 29 y 39 años (44.9%). La mayoría eran mujeres (90.7%,  $n = 147$ ), mientras que el 9.3% de ellos eran hombres ( $n = 15$ ). El nivel educativo de este subgrupo fue el siguiente: educación primaria (5.6%), educación secundaria (8.1%), formación profesional (21.3%) y educación universitaria (64.4%). La ocupación de los participantes fue: estudiantes (10.7%), trabajadores en activo (49.1%), estudiantes y trabajadores (3.7%), desempleados (21.6%), labores de la casa (4.3%) o en baja laboral (4.9%). El 87.7% de la muestra fue de nacionalidad española, mientras que el 8.6% provenía de Sudamérica y el 3.7% de otros países europeos. El 59.5% de los participantes eran solteros, el 26.6% estaban casados o convivían en pareja, y el 13.3% restante estaban separados o divorciados.

El subgrupo que no fue víctima de abuso sexual infantil, estuvo compuesto por 190 participantes que según las respuestas dadas en el CTQ-SF no sufrieron abusos sexuales durante la infancia. La edad media de este subgrupo fue de 27.89 años ( $DT = 11.03$ ) y la mayoría de los participantes (67.2%) tenían entre 18 y 28 años de edad, siendo la mayoría mujeres (75.3%,  $n = 143$ ), mientras que el 24.7% eran hombres ( $n = 47$ ). El nivel educativo de esta muestra fue el siguiente: educación primaria (2.7%), educación secundaria (3.7%), formación profesional training (9.6%) y educación universitaria (84%). La ocupación de los participantes fue: estudiantes (42.1%), trabajadores en activo (31.6%), estudiantes y trabajadores (12.1%), desempleados (7.4%), y amas de casa o en baja laboral (1%). Todos los participantes fueron de nacionalidad española. El 78.8% eran solteros, el 19% estaban casados o convivían en pareja, y el 2.2% restante estaban separados o divorciados.

### 3.3 Instrumentos de medida

En este apartado se detallan los instrumentos utilizados en este estudio para medir el maltrato infantil, la sintomatología psicológica disfuncional estudiada, los esquemas maladaptativos tempranos y los estilos parentales.

#### 3.3.1 Evaluación de los acontecimientos traumáticos en la infancia

*Childhood Trauma Questionnaire – Short Form* (CTQ-SF; Bernstein y Fink, 1998; Bernstein et al., 2003) fue desarrollado a partir del cuestionario CTC (Bernstein et al.,

1994) para evaluar de forma retrospectiva el maltrato durante la infancia. El cuestionario original consta de 70 ítems agrupados en cinco dimensiones de maltrato.

La adaptación española de esta herramienta de detección para historias de abuso y negligencia infantil fue desarrollada por Hernández et al. (2012). La prueba incluye 28 elementos en los que se miden cinco tipologías diferentes de maltrato ampliamente aceptados: el abuso sexual, el abuso físico, el abuso emocional, la negligencia física y la negligencia emocional (Bernstein y Fink, 1998; Sedlak et al., 2010) a través de cinco subescalas de 5 ítems cada una. Cuenta a su vez con una subescala de minimización-negación que consta de 3 ítems para comprobar si hay sesgo en las respuestas, específicamente para los intentos por los encuestados para minimizar el abuso. Las puntuaciones de cada ítem se presentan en una escala tipo Likert de 5 puntos que incluyen valores de respuesta de nunca (0), rara vez (1), a veces (2), a menudo (3) y muy a menudo (4). El rango de puntuación oscila de 5 (sin historia de abuso o negligencia) a 25 (historia muy extrema de maltrato y negligencia. abandono).

La administración simple y breve y la relativa no invasividad del instrumento hacen que sea un buen instrumento de cribado para fines clínicos y de investigación. Por otra parte, las respuestas de tipo Likert permiten el uso de escalas dimensionales y puntos de corte de gravedad. Muchos estudios han demostrado la validez, la fiabilidad y la estabilidad de la versión en Inglés de la CTQ-SF para la evaluación de los recuerdos de maltrato. El CTQ-SF ha sido traducido a más de 10 idiomas, incluido el español y adaptada para diferentes países, conservando sus buenas propiedades psicométricas.

Los resultados de la validación del CTQ-SF español, igualmente, muestra una adecuada consistencia interna y la estructura factorial demuestra un buen ajuste para el modelo de cinco factores de la versión en Inglés del CTQ-SF. Los coeficientes de fiabilidad de consistencia interna son buenos para la escala abandono emocional (0,83) y excelente para las escalas de abuso emocional, físico y sexual (de 0,88 al 94). Sólo la escala de abandono físico cedió el coeficiente alfa de Cronbach inferior a 0,70 (0,66) Hernández et al., 2012).

En este estudio, la versión general obtuvo un alfa de Cronbach de .63, mientras que las subescalas medidas mostraron una alta consistencia interna (Abuso Físico:  $\alpha = .84$ , Abuso Sexual:  $\alpha = .97$ , Abuso Emocional:  $\alpha = .93$ , Negligencia Física:  $\alpha = .75$ , Negligencia Emocional:  $\alpha = .93$ ).

### 3.3.2 *Esquemas maladaptativos tempranos.*

Los esquemas maladaptativos tempranos fueron evaluados por el Cuestionario de Esquemas-Forma Abreviada (SQ-SF; Young y Brown, 1994). Este cuestionario consta de 75 ítems para evaluar 15 esquemas propuestos por Young. Los esquemas se clasifican en 5 escalas compuestas por 5 ítems cada una con el siguiente formato de respuesta: 1= *Totalmente falso*, 2= *la mayoría de las veces falso*, 3= *más falso que verdadero*, 4= *en ocasiones verdadero*, 5= *la mayoría de las veces verdadero*, y 6= *me describe perfectamente*.

En este estudio se midieron tanto los dominios como los esquemas que se detallan a continuación: *Desconexión y Rechazo* (Abandono, Abuso, Privación Emocional, Imperfección, y Aislamiento Social), *Autonomía Deteriorada* (Dependencia, Peligro, Apego, y Fracaso), *Límites Deteriorados* (Grandiosidad y Autocontrol Insuficiente), *Orientación a los Demás* (Subyugación y Autosacrificio), y *Sobrevigilancia e Inhibición* (Inhibición Emocional y Altos Estándares).

El dominio de *Desconexión y Rechazo* incluye la expectativa de que las necesidades de aceptación y seguridad no serán satisfechas en un modo predecible. Los esquemas del dominio de *Autonomía Deteriorada* consisten en expectativas sobre uno mismo y el entorno, que interfieren con la capacidad de percibirse a uno mismo como capaz de funcionar independientemente o ser competente. El dominio de *Límites Deteriorados* se compone de esquemas que reflejan una deficiencia de los límites internos, o en la responsabilidad hacia los otros, así como una falta de autocontrol para conseguir metas u objetivos a largo plazo. El dominio de *Orientación a los Demás* consiste en un foco excesivo en las necesidades de los otros, a costa de las necesidades propias. Se relaciona con la necesidad no satisfecha de expresar los deseos y emociones propias. Finalmente, el dominio de *Sobrevigilancia e Inhibición*, contiene esquemas relacionados con un énfasis excesivo en controlar las conductas y sentimientos espontáneos con el fin de evitar cometer errores.

La versión en español del SQ-SF presenta buenas propiedades psicométricas (Calvete, Estévez, López de Arroyabe y Ruiz, 2005; Sierra et al., 2012). La versión corta utilizada en este estudio fue desarrollada utilizando los ítems de la versión larga del SQ, traducidos al español por Cid y Torrubia (2002) en colaboración con Young. En el presente estudio, la consistencia interna ha sido elevada, con un alfa de Cronbach de 0,92

en la escala general, un alfa entre 0,82 y 0,87 en cada uno de los dominios y un alfa entre 0,73 y 0,83 para los distintos esquemas, excepto para el esquema de Apego, que fue de .51.

### 3.3.3 Estilos parentales. *Young Parental Inventory* (Young, 1994)

Se trata de un cuestionario de autoinforme que contiene 72 afirmaciones que las personas pueden usar para describir a sus padres por separado, obteniendo dos subescalas: *padre* y *madre*. Cada uno de los 72 ítems se puntúa en dos escalas tipo Likert de 6 puntos, en las que se expresa de qué manera describe cada afirmación al padre y a la madre (o a las figuras del padre y a la madre) de la persona que lo responde. Las alternativas de respuesta son 1 = Totalmente falso, 2 = la mayoría de las veces falso, 3 = más falso que verdadero, 4 = en ocasiones verdadero, 5 = la mayoría de las veces verdadero, y 6 = me describe perfectamente.

En este estudio teniendo en cuenta la revisión de la literatura científica se midieron los siguientes esquemas: *Privación Emocional*: la creencia de que las necesidades emocionales no serán satisfechas por los demás; *Abandono*: las relaciones personales siempre acaban terminándose. *Abuso*: la creencia de que otros abusarán de uno; *Imperfección*: la creencia de que uno es defectuoso; *Fracaso*: uno es incapaz de tener éxito; *Subyugación*: las opiniones, deseos y sentimientos de uno mismo no son tan importantes como los de los otros; *Dependencia*: uno no es independiente, y no puede hacer frente a las tareas diarias; *Negativismo*: nada ocurrirá como uno quisiera; *Punitivo*: uno siempre será castigado; y *Búsqueda de Aprobación*: el deseo de conseguir la aprobación de los demás. Las puntuaciones altas indican una percepción de que el padre/madre actuó de un modo que podría generar los esquemas cognitivos relacionados.

En referencia a las características psicométricas del YPI, la validación de este instrumento ha sido publicada (Sheffield, Waller, Emanuelli, Murray y Meyer, 2005). Mostrando la mayoría de los factores que componen el modelo teórico cargas factoriales por encima de 0.60. Confirmado la estructura factorial del YPI y buenos índices de consistencia y fiabilidad test-retest para sus escalas. Los investigadores también encontraron asociaciones significativas entre los estilos de crianza de los hijos e hijas y los esquemas, concluyendo tras los ajustes, que el instrumento muestra propiedades psicométricas aceptables.

En el presente estudio el YPI mostró una alta consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .90 en la subescala *madre*, y de .91 en la subescala *padre*.

### 3.3.4 *Ansiedad y Ansiedad Fóbica*

El *Symptom Check-List-90-R* (Derogatis, 1975) es uno de los instrumentos de autoinforme más ampliamente utilizados en el ámbito de la salud mental para evaluar psicopatología, tanto en muestras clínicas como en población general. La versión definitiva del *SCL-90-R* evalúa síntomas psicológicos y distrés a través de 90 ítems que conforman nueve dimensiones primarias y tres índices globales. Las dimensiones sintomatológicas primarias son *Somatización*, *Obsesividad-compulsividad*, *Sensibilidad interpersonal*, *Depresión*, *Ansiedad*, *Hostilidad*, *Ansiedad fóbica* y *Psicoticismo*. Los tres índices globales que proporcionan una medida de distrés son los siguientes: Índice de Sintomatología General (*GSI, General Symptom Index*), Índice de Alteración de Síntomas Positivos (*PSDI, Positive Symptom Distress Index*) y el Total de Síntomas Positivos (*PST, Positive Symptom Total*). Este instrumento de autoinforme que surge de versiones previas como el *SCL-90* (Derogatis, Lipman y Covi, 1973) es hoy día un instrumento de evaluación disponible en más de 26 lenguas.

En el presente estudio se han empleado los 10 ítems que integran la subescala de Ansiedad y los 7 ítems que integran la subescala de Ansiedad Fóbica, de lo 90 ítem que componen la escala total. La subescala de Ansiedad hace referencia a las manifestaciones clínicas de la ansiedad, tanto generalizada como aguda (“pánico”), e incluye signos generales de tensión emocional y sus manifestaciones psicósomáticas. La subescala de Ansiedad Fóbica hace referencia a síntomas que han sido observados en estados de ansiedad fóbica o agorafobia, miedos de naturaleza fóbica a viajes o espacios abiertos, multitudes o lugares públicos y transportes; incluye comportamiento fóbico social. La intensidad del sufrimiento causado por cada síntoma debe ser graduada por la persona que lo completa desde 0 (*ausencia total de molestias relacionadas con el síntoma*) hasta 4 (*molestia máxima*).

Las propiedades psicométricas de este instrumento son adecuadas. La fiabilidad del *SCL-90-R*, queda patente en coeficientes de consistencia interna satisfactorios de las nueve dimensiones primarias (Derogatis, Rickels y Rock, 1976; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno y Villaseñor, 1988; Schmitz *et al.*, 2000). Los coeficientes de fiabilidad de la

versión española del *SCL-90-R*, analizados en una muestra de sujetos clínicos también han sido satisfactorios (Robles, Andreu y Peña, 2002), éstos han oscilado entre 0,69 en la escala de *Ansiedad fóbica* y 0,85 en la de *Somatización* y son equiparables a los que otros estudios han revelado (González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez y Rodríguez, 2002). El coeficiente de consistencia interna para cada una de las escalas del *SCL-90* es alto (0,90) y tiene una fiabilidad test-retest buena a lo largo de un período de dos semanas (Derogatis, 1983, 2002). El coeficiente de consistencia interna para la dimensión de Ansiedad es de un alfa de Cronbach de 0,83 y de un 0,60 para la Ansiedad Fóbica (Caparrós, Villar, Juan y Viñas, 2007).

En este estudio, se encontró alta consistencia interna en la subescala de Ansiedad (.93)

### 3.3.5 Depresión

La escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D, Radloff, 1977) desarrollada con el fin de estudiar los síntomas depresivos en la población es muy usada en la investigación. Este autoinforme consiste en una medición breve y estructurada que se utiliza tanto en la población clínica como en la población general. Su énfasis en el componente afectivo y en el estado de ánimo depresivo proporciona indicadores de riesgo por medio de la expresión de la sintomatología depresiva, es, además, sensible al grado de severidad general. El énfasis de la escala recae en el componente afectivo o estado de ánimo del síndrome depresivo. Permite obtener puntuaciones para cuatro factores de la depresión (Afecto depresivo, Afecto positivo, Disminución psicomotora, y Dificultades interpersonales) y un factor de depresión general de segundo orden. Consta de 20 reactivos para medir la sintomatología depresiva, para ello se pide al participante informar sobre el número de días, en la última semana previa a su aplicación, en que se sintió como lo indica cada uno de los reactivos. Las opciones de respuesta son 0 días, de 1 a 2 días, de 3 a 4 días y de 5 a 7 días, codificados con valores de 0 a 3, respectivamente. El margen posible de respuesta es de 0 a 60, y a mayor puntaje, mayor presencia de sintomatología depresiva.

Las propiedades psicométricas de la versión en español del CES-D son excelentes en cuanto a factorización y consistencia interna. Los coeficientes aportados por Calvete y Cardenoso (1999) son altos, tanto para las cuatro subescalas: Afecto depresivo (.96), Falta

de afecto positivo (.94), Disminución psicomotora (.96), y Dificultades interpersonales (.84), como para la escala completa (.98). En este estudio, la consistencia interna encontrada fue alta (.86).

### 3.3.6 *La desesperanza*

La escala de Desesperanza de Beck (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974) es un cuestionario autoaplicado de 20 ítems (verdadero/falso) que evalúa desde un punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida. La adaptación española de este instrumento es de E. J. Aguilar et al. (1995). Es uno de los mejores predictores de suicidio y resulta muy adecuada también para estudiar la depresión. La escala proporciona una puntuación total y una serie de puntuaciones en tres factores diferentes: factor afectivo (sentimientos sobre el futuro), factor motivacional (pérdida de motivación) y factor cognitivo (expectativas sobre el futuro), que indican riesgo bajo de cometer suicidio (ninguno-mínimo o leve) y riesgo alto de cometer suicidio (moderado o alto).

Presenta una consistencia interna aceptable, que puede ser evidenciada con coeficientes alfa de Cronbach de 0,82 a 0,84. El análisis de su estructura factorial refleja como más adecuada una solución unifactorial (E. J. Aguilar et al., 1995). Además es un instrumento estable, probablemente gracias a sus características de rasgo, con una buena sensibilidad (85,7%) y una adecuada especificidad (76,2%). En cuanto a la validez de constructo, existen correlaciones significativas entre la desesperanza y la ideación suicida ( $r = 0,37-0,70$ ), así como entre la desesperanza y los síntomas depresivos ( $r = 0,35-0,54$ ). El análisis de fiabilidad realizado utilizando la medición de Alfa de Cronbach ha sido de 0,92.

### 3.3.7 *Impulsividad*

MULTICAGE CAD-4 (Pedrero et al., 2007) consta de 32 ítems que investigan ocho variables. A continuación se especifican las variables de estudio, detallando los ítems que corresponden a cada variable y su alfa de Cronbach: abuso/dependencia de alcohol (ítems 1-4;  $\alpha = 0,82$ ) juego patológico (ítems 5-8;  $\alpha = 0,92$ ); adicción a sustancias (ítems

9-12;  $\alpha = 0,87$ ); trastornos de la alimentación (ítems 13-16;  $\alpha = 0,71$ ); adicción a Internet (ítems 17-20;  $\alpha = 0,78$ ); adicción a videojuegos (ítems 21-24;  $\alpha = 0,85$ ); gasto compulsivo (ítems 25-28;  $\alpha = 0,79$ ) y adicción al sexo (ítems 29-32;  $\alpha = 0,73$ ).

Cada uno de estos problemas se explora mediante cuatro preguntas que reproducen el esquema del CAGE: la autopercepción del problema, la percepción por parte de convivientes, sentimientos de culpa asociados y signos de abstinencia o incapacidad para controlar la conducta. El cuestionario es autoadministrado y se responde en una escala dicotómica Sí/No. Se estima que ninguna o una respuesta afirmativa indica inexistencia de ese problema; dos respuestas afirmativas indican posible existencia de ese problema, considerándose puntuación criterio de comportamiento problema; tres respuestas afirmativas sugieren una muy probable existencia de ese problema; y la respuesta afirmativa a las cuatro sugiere la segura existencia de ese problema.

Además de tratarse de un instrumento de elevada sensibilidad diagnóstica, por encima del 92 % para los trastornos por uso de sustancias, incluido el alcohol con un punto de corte situado en dos o más respuestas afirmativas, Multicage CAD-4 cuenta con buenas propiedades psicométricas (Pedreo et al., 2007). La fiabilidad del instrumento resulta satisfactoria con un Alfa de Cronbach superior a 0,7 para todas las escalas y una alta correlación test-retest ( $r = 0,89$ ).

En este estudio los alpha de Cronbach para cada una de las escalas fueron los siguientes: abuso/dependencia de alcohol ( $\alpha = 0,73$ ) juego patológico ( $\alpha = 0,80$ ); adicción a sustancias ( $\alpha = 0,81$ ); trastornos de la alimentación ( $\alpha = 0,72$ ); adicción a Internet ( $\alpha = 0,73$ ); adicción a videojuegos ( $\alpha = 0,81$ ); gasto compulsivo ( $\alpha = 0,67$ ); adicción al sexo ( $\alpha = 0,81$ ) e impulsividad ( $\alpha = 0,77$ ).

### **3.3.8 Agresión Desplazada**

En este estudio se ha empleado la adaptación española de Displaced Aggression Questionnaire de Herrero-Fernández (2013a). Displaced Aggression Questionnaire (Denson et al., 2006) es un instrumento autoinformado de la agresión desplazada genérica, que identifica tres dimensiones del constructo: (a) una dimensión afectiva, que consiste en la tendencia a centrar la ira sobre sí tras una provocación, es decir, la rumiación de la ira. Se relaciona positivamente con la hostilidad, la ira, el afecto negativo, la rumiación, el neuroticismo y la inhibición conductual, y negativamente, con el afecto positivo, la

autoestima, la escrupulosidad, la agradabilidad y la deseabilidad social; (b) una dimensión cognitiva, que consiste en la tendencia a guardar rencor tras una provocación y la planificación de la venganza. Esta dimensión se relaciona positivamente con la agresión física directa, el rasgo de hostilidad y la reciprocidad negativa, y negativamente con el control de la ira, la amabilidad, la responsabilidad y la deseabilidad social; y (c) una dimensión conductual, que consistiría en la tendencia general a comportarse agresivamente hacia quien no es la fuente de la provocación inicial, sería la conducta agresiva desplazada propiamente dicha. Esta dimensión se relaciona positivamente con el rasgo de ira, la ira, el afecto negativo, el neuroticismo y la inhibición conductual, mientras que se relaciona negativamente con el control de la ira, la amabilidad, la responsabilidad y la deseabilidad social.

En el estudio se ha empleado la adaptación española de la dimensión conductual del Displaced Aggression Questionnaire (Herrero-Fernández, 2013a). La escala de agresión desplazada se trata de una escala de 10 ítems que refieren distintas maneras que expresar la ira de forma desplazada y se ajustan satisfactoriamente en un único factor, de forma análoga al trabajo original de Denson et al. (2006). Se responden por medio de una escala tipo Likert de 7 puntos (1 = Nunca; 7 = Siempre), en función de la frecuencia con que la persona se comporta de la manera especificada. Constituye una herramienta fiable (alfa de Cronbach = 0,93) con elevada validez convergente y discriminante que permite analizar la frecuencia con la que una persona expresa su ira contra una persona u objeto diferentes a los que causan tal estado emocional (a mayor puntuación, mayor frecuencia de agresión desplazada), permitiendo una mejor comprensión, en general, de conflictos interpersonales que carecen de una causa directa aparente. La consistencia interna de este instrumento en el presente estudio fue igualmente elevada (alfa de Cronbach = 0.95).

#### **3.4 Procedimiento**

Se contactó con centros y asociaciones que trabajan con víctimas de abuso sexual infantil que trabajan con víctimas de abuso sexual infantil a nivel estatal y con entidades universitarias del País Vasco para informar sobre el estudio y solicitar la colaboración a través de un consentimiento informado que explicó la naturaleza del estudio. Este primer contacto se realizó telefónicamente, localizada la persona de referencia para posteriores contactos se envió por correo electrónico una carta explicativa que contenía por escrito la información ofrecida verbalmente. Entre la carta explicativa escrita en castellano, y en

euskera cuando se envió a una entidad del País Vasco, y la conversación telefónica se detalló la siguiente información:

Los datos de la entidad que solicita el estudio y de sus responsables directos.

Los objetivos del estudio, el contenido y la estructura del mismo.

Los detalles del tipo de colaboración que se requiere por las personas que deseen participar en el estudio.

La duración aproximada estimada en una hora para cumplimentar el cuestionario individual en privado.

La posibilidad de cumplimentar el estudio a través de Internet o a través de cuestionarios en papel que se facilitarían a las entidades.

La metodología de recogida de cuestionarios.

La voluntariedad de la realización del estudio.

La confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos.

Teléfono y mail de la directora del estudio.

Información sobre la posibilidad de facilitar recursos de su entorno para ofrecer atención psicológica a las personas participantes, en caso de que el estudio les causara algún malestar.

Teléfono y mail de la asociación de tratamiento y abuso de maltrato infantil GARAITZA.

Para garantizar la confidencialidad, anonimato y protección de los datos de la personas participantes ni en los cuestionarios ni en las bases de datos aparece ningún dato identificativo. Además, el acceso a las bases de datos está restringido al equipo de investigación que participa en el estudio.

Para la recogida de los cuestionarios que se han cumplimentado en formato papel, en la mayoría de los casos han sido las investigadoras del estudio las que se han desplazado a los centros para realizar la recogida de datos. Sin embargo, se ha tenido especial cuidado con este procedimiento en el caso de la recogida de cuestionarios de los centros y asociaciones de atención y tratamiento de abuso y maltrato infantil, concertando en este caso una cita previa con la personas de referencia colaboradora con el estudio para su copilación. Cuando los centros o asociaciones de tratamiento colaboradoras se

encontraban en otras comunidades autónomas la recogida de cuestionarios se realizó por envío postal a la universidad, con remitente de la persona de referencia colaboradora del centro o asociación y corriendo los gastos a cargo de las investigadoras.

Otro aspecto de extrema importancia que se incorporo al protocolo ético de esta investigación ha sido considerar el posible impacto de tomar parte en el estudio pudiera tener en las personas participantes. Por ello, las investigadoras del estudio han sido psicólogas especializadas en el ámbito clínico que están formadas en temas relativos al trauma. De ahí que se facilitara el teléfono y dirección de correo electrónico de la directora del estudio, con el doble objetivo de ofrecer mayor información sobre el estudio o aclarar dudas a quien lo requiera por un lado, y por otro, ofrecer una vía de contacto para proporcionar información y recursos para ofrecer atención psicológica a las personas participantes, en el caso de que es estudio les hubiera causado algún malestar. Así mismo, en la misma carta informativa se proporciona el contacto directo de Garaitza que colabora en el estudio y ofrece atención y tratamiento a las víctimas de abuso y maltrato infantil, para quien deseara ponerse en contacto con la misma.

En caso de acudir a la persona responsable de la investigación, el protocolo de respuesta consistía en la respuesta confidencial de las llamadas telefónicas o e-mails para facilitar un listado de asociaciones y servicios especializados en la intervención con abusos y maltrato infantil. Las entidades para la derivación, tenían un consentimiento previo para la recepción de personas que habían sufrido esta circunstancia, estaban especializadas en este ámbito y eran entidades sin ánimo de lucro.

A lo largo del estudio, sólo se han recogido peticiones de información, pero en caso de existir solicitudes de atención psicológica, a pesar de que la recepción inicial se realizaría por la investigadora principal del estudio, en el equipo de investigación se valoró que la atención psicológica estuviera hecha por profesionales externos para garantizar su continuidad a lo largo del tiempo, incluso una vez finalizado el estudio y por la posibilidad de existencia de conflicto entre los roles de psicóloga e investigadora.

Este estudio ha recibido la aprobación ética de la Universidad de Deusto (Ver Anexo B).

## CAPÍTULO IV. RESULTADOS

### **4.1 Características del abuso sexual infantil: género y relación entre la víctima y la persona que perpetra el abuso sexual infantil, el contexto de ocurrencia y la duración del abuso en población adulta**

El primer objetivo de este trabajo ha sido estudiar las características de las víctimas de abuso sexual infantil y los perpetradores de la violencia atendiendo al género de las víctimas y de las personas agresoras, considerando su relación y grado de familiaridad, el contexto familiar o extrafamiliar de la ocurrencia del abuso, la duración del abuso y la victimización por parte de diferentes personas abusadoras.

Para ello se llevaron a cabo diversos análisis estadísticos descriptivos mediante tablas de contingencia y la prueba Chi cuadrado, para describir las características de las víctimas de abuso sexual en la infancia, y las características del abuso sexual infantil y exponer en detalle las frecuencias de la relación las variables citadas.

De los 162 participantes que componen la muestra de mujeres y hombres que refirieron haber sido víctimas de abuso sexual infantil, 20 tuvieron que ser eliminados por no haber respondido a la totalidad de las preguntas sobre las características del abuso, y por lo tanto, para los análisis descriptivos el grupo de abuso sexual quedó conformado por 144 participantes, 133 mujeres y 11 hombres.

#### ***4.1.1 Relación entre el género y la victimización de abuso sexual infantil***

En la Tabla 13 se muestran los análisis descriptivos que reflejan la relación entre el género y la victimización de abuso sexual infantil.

Tabla 13. *Relación entre el género y la victimización de ASI.*

|      |        | Víctimas de ASI |           |         |          |         | Total |
|------|--------|-----------------|-----------|---------|----------|---------|-------|
|      |        | Nunca           | Raramente | A veces | A menudo | Siempre |       |
| SEXO | Hombre | 59              | 3         | 5       | 3        | 4       | 74    |
|      | Mujer  | 171             | 5         | 23      | 37       | 82      | 318   |
|      | Total  | 230             | 8         | 28      | 40       | 86      | 392   |

Los resultados indican que 162 hombres y mujeres refieren haber sido víctimas de abuso sexual infantil, de las cuales 90,74% de las víctimas eran mujeres y el 9,26% hombres. De la 318 mujeres participantes en el estudio, 147 mujeres, que corresponden al 46,26% de la muestra femenina, expresaron haber sufrido abuso sexual durante la infancia, de forma más puntual (raramente o a veces) el 8,8% y de forma continuada (a menudo y siempre) el 37,42%. De los 74 participantes hombres, en cambio, fueron 15 los que refirieron haber sido víctimas de abuso sexual en la infancia, concretamente, el 20,27% de los hombres, de los cuales el 10,81% refirieron victimizaciones más puntuales (raramente o a veces) y el 9,46% refirieron haber sufrido abuso sexual de forma continuada (a menudo o siempre) durante la infancia.

#### 4.1.2 *Relación entre el género de la persona que comete el abuso sexual y la víctima*

La Tabla 14 representa la contingencia entre el género de la persona que comete el abuso el género de la víctima de abuso sexual infantil.

Tabla 14. *Relación entre el género de la persona que comete el abuso y el género de la víctima.*

| Sexo de la persona abusadora | Sexo de la víctima |       |     |
|------------------------------|--------------------|-------|-----|
|                              | Hombre             | Mujer |     |
| Hombre                       | 8                  | 126   | 134 |
| Mujer                        | 1                  | 5     | 5   |
| Hombre y Mujer               | 2                  | 3     | 5   |

*Nota:* N total= 144 (11 hombres y 133 mujeres)

En cuanto a la relación entre el género de la persona que perpetua el abuso y el de la víctima, los datos muestran que en la mayoría de los casos, concretamente en el 87,5% de los casos, ( $n=126$ ) la persona perpetradora era hombre y la víctima de abuso sexual mujer. En ocho casos (5,5%) el género de ambos fue masculino, en cinco femenino (3,47%), y únicamente en un caso (0,69%) se invirtieron los roles para ser la mujer la persona abusadora y el hombre el abusado. Por lo tanto, en la mayoría de las ocasiones, en el 94,44% de los casos la persona abusadora era hombre ( $n=136$ ).

#### ***4.1.3 Relación entre el género de la víctima de abuso sexual infantil y el grado de familiaridad con la persona que perpetra el abuso.***

La Tabla 15 y la Tabla 16 muestran la relación entre el género de la víctima de abuso sexual infantil y de la persona que perpetra el abuso sexual, y el grado de familiaridad entre ambos.

Tabla 15. *Relación entre el género de la víctima de abuso sexual infantil y el grado de familiaridad con la persona que perpetra el abuso.*

|                      | Género de la víctima |       |
|----------------------|----------------------|-------|
|                      | Hombre               | Mujer |
| Familiar de 1º grado | 1                    | 31    |
| Familiar de 2º grado | 2                    | 39    |
| Familiar de 3º grado | 2                    | 24    |
| Familiar de 4º grado | 2                    | 5     |
| Padrastro            | 0                    | 8     |
| Conocido             | 3                    | 25    |
| Desconocido          | 1                    | 1     |
| <i>N total= 144</i>  |                      |       |

Tabla 16. *Relación entre el sexo de la persona perpetradora del abuso sexual infantil y su grado de familiaridad con la víctima.*

|                      | Sexo de la persona perpetradora del abuso sexual infantil |       |                |
|----------------------|-----------------------------------------------------------|-------|----------------|
|                      | Hombre                                                    | Mujer | Hombre y Mujer |
| Familiar de 1º grado | 29                                                        | 1     | 3              |
| Familiar de 2º grado | 37                                                        | 2     | 2              |
| Familiar de 3º grado | 24                                                        | 2     | 0              |
| Familiar de 4º grado | 6                                                         | 0     | 1              |
| Padrastro            | 8                                                         | 0     | 0              |
| Conocido             | 28                                                        | 0     | 0              |
| Desconocido          | 2                                                         | 0     | 0              |

Nota: N total= 144

Como puede verse, en lo referente a la relación entre las víctimas de abuso sexual infantil y su familiaridad con la persona que perpetra el abuso, el grado de familiaridad más frecuente era el de familiar de 2º grado ( $n=41$ ), representando el 28,47% de los casos, donde 39 de las víctimas del abuso eran mujeres (95,12%) y tan sólo 2 hombres (4,88%). En estos abusos sexuales cometidos por familiares de 2º grado, 37 de las personas perpetradoras (90,24%) eran hombres, frente a dos mujeres (4,88%). A estas casuísticas hay que sumar otros dos casos de abusos sexuales entre personas con un grado de familiaridad de 2º grado que fueron cometidos tanto por hombres como por mujeres. Después de los abusos sexuales a familiares de 2º grado, los más frecuentes han sido los abusos por familiares de 1º grado ( $n=32$ ) que constituyeron el 22,22% de los casos, seguido por los abusos sexuales cometidos por personas conocidas ( $n=28$ ) el 19,44% de los casos y familiares de 3º grado ( $n=26$ ) el 18,05% de los casos. En estos casos las víctimas de abuso sexual infantil también son mujeres, siendo 31 mujeres (96,87%) frente a un hombre (3,12%) las personas que han sufrido abuso sexual infantil por parte de familiares de 1º grado; 25 mujeres (89,28%) frente a 3 hombres (10,71%) las que han sufrido abusos por parte de personas conocidas y 24 mujeres (92,30%) frente a 2 hombres (7,69%) las personas que han sufrido abusos por parte de familiares de 3º grado.

Los grados de familiaridad menos frecuentes fueron los casos donde el perpetrador resultó ser el padrastro ( $n=8$ ) en el 5,55% de los casos y mujeres la totalidad de estas víctimas, un familiar de 4º grado ( $n=7$ ) en el 4,86% de los casos o un desconocido ( $n=2$ ) en el 1,39% de los casos.

El estadístico Chi cuadrado de Pearson tomó un valor de: 231,13, con una probabilidad asociada ( $p < .000$ ) y con la razón entre la Chi cuadrado y los grados de libertad de 2.

#### 4.1.4 *Relación entre el grado de familiaridad de la persona que perpetra el abuso sexual infantil y la duración del abuso*

La Tabla 17 muestra la relación entre el grado de familiaridad de la persona que perpetra el abuso sexual infantil y la duración.

Tabla 17. *Relación entre el grado de familiaridad entre la víctima de abuso sexual infantil y la persona perpetradora del abuso, y la duración del abuso sexual.*

|                      | Una vez | Semanas | Meses | 1 año | 2-5 años | 6-11 años | 11-18 años |
|----------------------|---------|---------|-------|-------|----------|-----------|------------|
| Familiar de 1º grado | 0       | 0       | 0     | 0     | 4        | 21        | 3          |
| Familiar de 2º grado | 0       | 1       | 1     | 1     | 7        | 10        | 5          |
| Familiar de 3º grado | 1       | 0       | 0     | 3     | 7        | 10        | 1          |
| Familiar de 4º grado | 0       | 1       | 1     | 0     | 1        | 2         | 1          |
| Padrastro            | 0       | 0       | 0     | 0     | 2        | 3         | 2          |
| Conocido             | 2       | 0       | 3     | 2     | 13       | 4         | 0          |

N total= 144

En lo que a la duración del abuso sexual infantil respecta, los abusos sexuales se prolongaron con mayor frecuencia entre los 6 y 11 años de duración, representando el 34,72% de los casos ( $n=50$ ), seguidos de una duración de entre 2 y 5 años en el 23,61% de los casos ( $n=34$ ), y una duración superior a los 11 años en el 8,33% de los casos ( $n=12$ ). Solo tres personas (2,08%) reportaron haber sufrido un único abuso sexual durante la infancia, dos personas (1,39) refirieron que el abuso sexual sufrido se prolongó durante semanas, y once personas (7,64%) durante un año o menos.

El estadístico Chi cuadrado de Pearson tomó un valor de: 158,145, con una probabilidad asociada ( $p < .000$ ) y con la razón entre la Chi cuadrado y los grados de libertad de 6.

En relación con la familiaridad entre la víctima y la persona que comete abuso, los familiares de 1º, 2º y 3º grado eran los que durante más tiempo perpetraban el abuso, en 41

de los 50 casos (82%) de abuso sexual infantil entre 6 y 11 años; y ocho de los 12 casos (66,67%) de abuso durante más de 11 años.

El estadístico Chi cuadrado de Pearson tomó un valor de: 291,58, con una probabilidad asociada ( $p < .000$ ) y con la razón entre la chi cuadrado y los grados de libertad de 16.

#### **4.1.5 Relación entre el género de la persona que perpetra el abuso sexual infantil y el contexto en el que acontece el abuso**

La Tabla 18 representa la relación entre el género de la persona que perpetra el abuso sexual infantil y el contexto intrafamiliar o extrafamiliar en el que acontece el abuso.

Tabla 18. *Relación entre el género de la persona que perpetra el abuso sexual infantil y el contexto en el que acontece el abuso.*

|                | Contexto familiar |               |       |
|----------------|-------------------|---------------|-------|
|                | Extrafamiliar     | Intrafamiliar | Ambos |
| Hombre         | 36                | 89            | 9     |
| Mujer          | 0                 | 5             | 0     |
| Hombre y Mujer | 0                 | 3             | 2     |

*Nota:* N total= 144

De los 144 abusos sexuales reportados, el 67,36% de los casos ( $n=97$ ) se perpetraron en un contexto intrafamiliar, el 25% de los casos ( $n=36$ ) en un contexto extrafamiliar y en el 7,64% de los casos ( $n=11$ ) en abuso sexual se cometió en ambos contextos. El estadístico Chi cuadrado de Pearson tomó un valor de: 81,96, con una probabilidad asociada ( $p < .000$ ) y con la razón entre la chi cuadrado y los grados de libertad de 2.

La totalidad de los abusos sexuales acontecidos en contextos extrafamiliares refirieron haberse recibido por parte de perpetradores masculinos, mientras que entre los abusos sexuales cometidos en contextos intrafamiliares, en el 61,80% ( $n=89$ ) de los casos fue masculina la persona agresora, en el 5,15% ( $n=5$ ) de los casos femenina y en el 3,09% de los casos se refirió haber recibido abuso sexual por parte de hombres y mujeres ( $n=3$ ).

#### 4.1.6 Frecuencia y porcentajes entre el número de perpetradores de abuso sexual infantil

La Tabla 19 muestra la frecuencia y el porcentaje de la cantidad de personas que llevaron a cabo los actos de abuso sexual sufridos por las víctimas.

Tabla 19. Frecuencias y porcentajes de abusos sexuales perpetrados.

|                   | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|------------|
| 1 persona         | 121        | 82,9%      |
| 2 personas        | 12         | 8,9%       |
| 3 personas        | 8          | 5,5%       |
| Más de 3 personas | 4          | 2,7%       |

N total = 146

Por último, respecto a la cantidad de perpetradores de abuso sexual infantil, los resultados muestran que el 83% de las veces (n=121), solo hubo una persona abusadora, dos personas abusadoras en el 8,8% de los casos (n=12), tres en el 5,5% de los casos (n=8), y únicamente en un 2,7% de los casos (n=4) el abuso fue llevado a cabo por más de tres personas diferentes. El estadístico Chi cuadrado de Pearson tomó un valor de: 261,95 con una probabilidad asociada ( $p < .000$ ) y con la razón entre la chi cuadrado y los grados de libertad de 3.

## 4.2 Consecuencias psicológicas y factores cognitivos asociados al maltrato infantil

### 4.2.1 Abuso físico y emocional y negligencia física y emocional en las víctimas de abuso sexual infantil.

Se realizó un análisis descriptivo para computar la frecuencia de casos que habían sido víctimas de otros tipos de abuso infantil (abuso emocional y físico) junto con el abuso sexual infantil. El foco del estudio de la concurrencia de abusos infantiles se instrauró en el abuso emocional y en el abuso físico como resultado de la alta y positiva correlación de estas tipologías con el abuso sexual infantil, expuesta en el punto anterior. Las frecuencias

de concurrencia entre el abuso sexual infantil, abuso emocional y abuso físico pueden observar en la Tabla 20 y en la Figura 12.

Tabla 20. *Frecuencia del abuso infantil de tipo sexual, emocional y físico.*

|                                         |             |            |         |
|-----------------------------------------|-------------|------------|---------|
| Abuso Sexual<br>(AS)                    | AS= 18      | Total= 162 | Hombres |
|                                         | AS+AF=2     |            | 15      |
|                                         | AS+AE=54    |            | Mujeres |
|                                         | AS+AF+AE=88 |            | 147     |
| Abuso emocional<br>(AE)                 | AE=21       | Total= 176 | Hombres |
|                                         | AE+AF=13    |            | 21      |
|                                         | AE+AS=54    |            | Mujeres |
|                                         | AE+AF+AS=88 |            | 155     |
| Abuso Físico<br>(AF)                    | AF=5        | Total= 108 | Hombres |
|                                         | AF+AE=13    |            | 13      |
|                                         | AF+AS=2     |            | Mujeres |
|                                         | AF+AE+AS=88 |            | 95      |
| N total = 201 (27 Hombres, 174 Mujeres) |             |            |         |

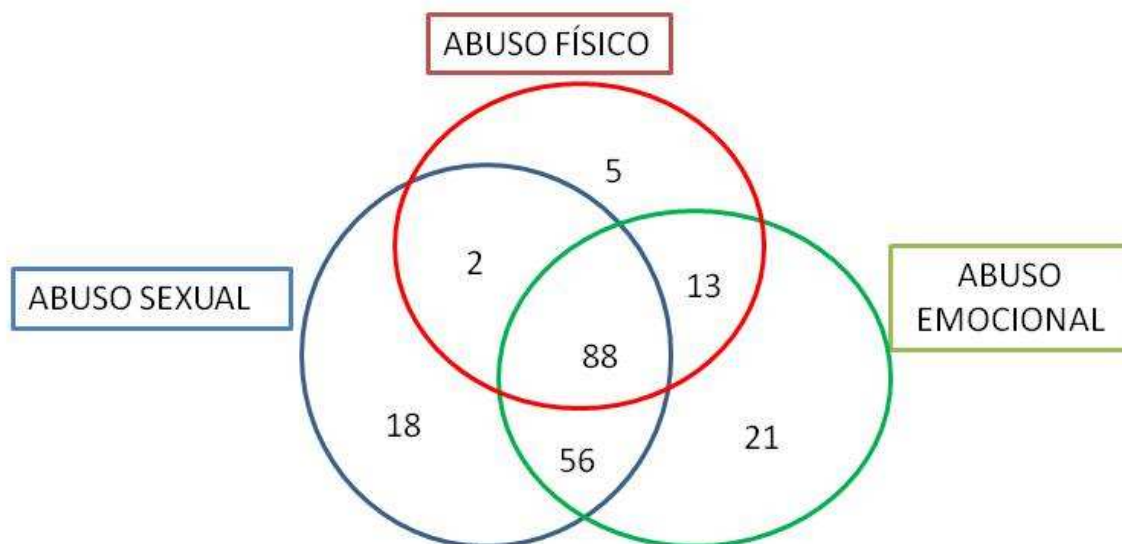


Figura 12. *Frecuencia gráfica de la concurrencia del abuso infantil de tipo sexual, emocional y físico.*

Entre los 352 participantes, 190 reportaron no haber sufrido ningún tipo de abuso, mientras que 162 afirmaron haber sido abusados sexualmente en la infancia. Entre los 352

participantes, 201 reportaron haber sufrido abuso físico, sexual y/o emocional, mientras que los otros 151 no reportaron haber sufrido ningún tipo de maltrato. Entre las víctimas de abuso sexual infantil, solamente el 11,11% (n=18) afirmaron no haber sufrido ningún otro tipo de abuso o maltrato infantil, mientras que el 34,57% (n=56) reportaron haber sufrido abuso emocional junto con el abuso sexual, y el 54,32% (n=88) haber sufrido además abuso físico.

#### 4.2.2. *Correlación del abuso sexual infantil con el abuso físico y emocional y la negligencia física y emocional.*

Se calculó la correlación entre el abuso sexual en la infancia y otros tipos de maltrato infantil (abuso físico y emocional, y negligencia física y emocional), para tener una mejor comprensión de las circunstancias en las que ocurre el abuso sexual en la infancia. Las correlaciones entre los diferentes tipos de maltrato se presentan en la Tabla 21.

Tabla 21. *Correlaciones entre el abuso sexual en la infancia (ASI) y otras formas de abuso y negligencia infantil.*

|     | Abuso<br>Físico | Abuso<br>Emocional | Negligencia<br>Emocional | Negligencia<br>Física |
|-----|-----------------|--------------------|--------------------------|-----------------------|
| ASI | 0.32**          | 0.40**             | 0.29**                   | 0.26*                 |

Note. \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

Como los resultados muestran, el abuso sexual en la infancia correlaciona alta y positivamente con el abuso emocional y físico ( $r = 0,32$ ;  $p < 0,01$ ) y entre abuso sexual infantil y abuso emocional ( $r = 0,40$ ;  $p < 0,01$ ). El abuso emocional y físico se correlaciona más alto que las negligencias y es el abuso emocional el que muestra la correlación más fuerte con el abuso sexual en la infancia. Todos ellos son estadísticamente significativos al nivel de significación de 0,01, pero la negligencia física ( $p < 0,05$ ), es la que muestra, la correlación más débil con el abuso sexual en la infancia.

**4.2.3 *La sintomatología psicológica disfuncional y los esquemas maladaptativos tempranos en función del tipo de victimización de abuso o negligencia sufrida en la infancia.***

Tomando las variables en las que sí que hubo diferencias significativas entre los grupos, se llevó a cabo una regresión logística binaria, a fin de calcular hasta qué punto estas variables explicaban la varianza del hecho de pertenecer a uno u otro grupo (Abuso/No abuso). Para ello se introducirán las variables en cinco bloques, continuando con la ordenación propuesta en anteriores apartados. En el primero de ellos se introducirán las formas de abuso no sexual sufridas en la infancia; en el segundo se incluirán las variables ansiedad, ansiedad fóbica y depresión; en el tercero las conductas impulsivas de consumo de sustancias, alimentación e hipersexualidad; en la cuarta los esquemas maladaptativos tempranos Privación Emocional, Abandono, Dependencia, Peligro, Apego, Subyugación, Sacrificio, Inhibición y Grandiosidad; y finalmente, en el último paso se introdujo la variable riesgo de suicidio. Los resultados se detallan en la Tabla 22.

Tabla 22. *Regresión logística binaria. Variables dependiente: abuso sexual infantil (grupo 0) / no abuso sexual (grupo 1).*

| Variables predictoras | B(SE)        | Exp.B    | $\Delta R^2$ | % Clasificado Correctamente |
|-----------------------|--------------|----------|--------------|-----------------------------|
| <i>Paso 1</i>         |              |          | .57***       | 82.8%                       |
| Constante             | 1.95 (0.24)  | 7.01***  |              |                             |
| A. Físico             | -0.27 (0.14) | 0.77*    |              |                             |
| A. Emocional          | -0.25 (0.06) | 0.78***  |              |                             |
| N. Emocional          | -0.09 (0.05) | 0.92     |              |                             |
| N. Física             | 0.07 (0.11)  | 1.08     |              |                             |
| <i>Paso 2</i>         |              |          | .63***       | 84.9%                       |
| Constante             | 3.28 (0.43)  | 26.63*** |              |                             |
| A. Físico             | -0.28 (0.15) | 0.75     |              |                             |
| A. Emocional          | -0.22 (0.06) | 0.80***  |              |                             |
| N. Emocional          | -0.05 (0.05) | 0.95     |              |                             |
| N. Física             | 0.08 (0.12)  | 1.09     |              |                             |
| Ansiedad              | -0.03 (0.03) | 0.97     |              |                             |
| Ansiedad Fóbica       | 0.01 (0.06)  | 1.01     |              |                             |
| Depresión             | -0.11 (0.04) | 0.89**   |              |                             |
| <i>Paso 3</i>         |              |          | .65*         | 85.2%                       |
| Constante             | -4.32 (3.08) | 0.01     |              |                             |
| A. Físico             | -0.26 (0.16) | 0.77     |              |                             |
| A. Emocional          | -0.20 (0.06) | 0.82***  |              |                             |
| N. Emocional          | -0.05 (0.05) | 0.95     |              |                             |
| N. Física             | 0.06 (0.13)  | 1.06     |              |                             |
| Ansiedad              | -0.02 (0.03) | 0.98     |              |                             |
| Ansiedad Fóbica       | 0.02 (0.06)  | 1.02     |              |                             |
| Depresión             | -0.10 (0.04) | 0.90*    |              |                             |
| Sustancias            | 0.16 (0.18)  | 1.17     |              |                             |
| Alimentación          | 0.11 (0.16)  | 1.11     |              |                             |
| Hipersexualidad       | 0.68 (0.30)  | 1.98*    |              |                             |
| <i>Paso 4</i>         |              |          | .73***       | 87.4%                       |
| Constante             | -3.72 (3.57) | 0.02     |              |                             |
| A. Físico             | -0.32 (0.15) | 0.73*    |              |                             |
| A. Emocional          | -0.19 (0.07) | 0.83**   |              |                             |
| N. Emocional          | -0.01 (0.07) | 1.00     |              |                             |
| N. Física             | 0.19 (0.13)  | 1.20     |              |                             |
| Ansiedad              | -0.02 (0.04) | 0.98     |              |                             |
| Ansiedad Fóbica       | 0.01 (0.07)  | 1.01     |              |                             |
| Depresión             | -0.09 (0.05) | 0.92     |              |                             |

Como se puede observar, en cada uno de los cinco pasos el modelo se ajustó satisfactoriamente a los datos. Además, a excepción del quinto paso, en todos ellos la inclusión de nuevos bloques de variables contribuyó significativamente a incrementar la varianza explicada sobre la variable dependiente, según el valor de  $R^2_{\text{Nagelkerke}}$ . Finalmente, en el último paso se observó que el modelo era capaz de clasificar correctamente al 87.1% de los participantes de la muestra estudiada (se clasificó correctamente al 83.2% del grupo clínico y al 90.6% del grupo normativo). Por su parte, en este último paso se vio que las variables que predecían significativamente el hecho de haber recibido abuso sexual eran el hecho de haber recibido abuso físico y emocional, y los esquemas privación y abandono. En pasos anteriores otras variables habían alcanzado igualmente la significación estadística, concretamente la depresión y los comportamientos sexuales compulsivos.

A su vez tomando los cinco tipos de abuso y negligencia infantil estudiados se creará un grupo por cada tipo de abuso: abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligencia física y negligencia emocional. De esta forma, se comparará a las personas participantes en todas las variables estudiadas: la sintomatología psicológica disfuncional de ansiedad, ansiedad fóbica, depresión, impulsividad, conductas impulsivas (abuso/dependencia de alcohol, juego patológico, adicción a sustancia, trastornos de la alimentación, adicción a Internet, adicción a videojuegos, gasto compulsivo e hipersexualidad), riesgo de suicidio, agresión desplazada y los esquemas maladaptativos tempranos en función de la tipología de abuso o negligencia infantil predominante recibida (abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligencia física y negligencia emocional) y la ausencia de abuso y negligencia. En este caso se ha llevado a cabo un análisis clúster basado en K-medias, ya que permite formar grupos homogéneos bajo la premisa de maximizar la varianza inter-grupos y minimizar la varianza intragrupo. Previamente se han transformado las puntuaciones de todas las variables a Z, para evitar diferencias en el escalamiento de las mismas. De esta forma, una vez llevado a cabo el análisis cada participante es asignado al grupo que le correspondería de los seis posibles (cada uno de los cinco tipos de abuso y negligencia infantil más el grupo que no ha sufrido ningún tipo de abuso o negligencia). Para poner la etiqueta a cada uno de los grupos se ha llevado a cabo un MANOVA, comparando a los seis grupos en cada una de las cinco variables de abuso. En este caso se observó un efecto multivariado significativo con un tamaño de efecto grande,  $F(25, 1955) = 65.63$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .46$ . En cuanto a los resultados univariados se detallan en la Tabla 23 y Figura 13.

Tabla 23. *Diferencias univariadas en las formas de abuso y negligencia valoradas en cada uno de los clústers.*

|             | Grupo 1<br>(n = 215) |      | Grupo 2<br>(n = 21) |      | Grupo 3<br>(n = 12) |      | Grupo 4<br>(n = 35) |      | Grupo 5<br>(n = 56) |      | Grupo 6<br>(n = 58) |      | <i>F</i> | $\eta^2$ |
|-------------|----------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|----------|----------|
|             | M                    | DT   | M                   | DT   | M                   | DT   | M                   | DT   | M                   | DT   | M                   | DT   |          |          |
| A.Físico    | -0.48                | 0.15 | 2.68def             | 0.87 | 2.78def             | 0.82 | 0.03bce             | 0.80 | 0.48bcd             | 0.66 | -0.26bce            | 0.50 | 277.37*  | .78      |
| A.Sexual    | -0.72                | 0.22 | 1.40cdf             | 0.54 | 0.94bd              | 0.93 | -0.58bcef           | 0.35 | 1.28d               | 0.54 | 1.09bd              | 0.49 | 444.05*  | .85      |
| A.Emocional | -0.76                | 0.24 | 1.69def             | 0.51 | 1.57df              | 0.44 | 0.66bcef            | 0.68 | 1.39bdf             | 0.47 | 0.12bcde            | 0.45 | 445.47*  | .85      |
| N.Emocional | -0.72                | 0.40 | 1.37df              | 0.52 | 1.77df              | 0.50 | 0.69bcef            | 0.62 | 1.31df              | 0.53 | 0.11bcde            | 0.64 | 250.00*  | .76      |
| N.Física    | -0.58                | 0.26 | 1.22cdf             | 0.64 | 3.50bcef            | 0.79 | 0.38bcef            | 0.75 | 0.92cdf             | 0.79 | -0.13bcde           | 0.42 | 255.12*  | .77      |

*Nota:* Las puntuaciones negativas en algunas medias se deben a que los estadísticos descriptivos se construyeron en base a las puntuaciones Z de cada variable. Las pruebas Post-Hoc se realizaron mediante la prueba GT2 de Hochberg: Grupo 1 = “a”; Grupo 2 = “b”; Grupo 3 = “c”; Grupo 4 = “d”; Grupo 5 = “e”; Grupo 6 = “f”. El Grupo 1 puntuó significativamente más bajo que todos los demás en todas las variables (No se incluye por simplificar la tabla). Se detallan los demás contrastes.

\*  $p < .001$ .

Tal como se puede observar, el grupo 1 puntuó por debajo del resto en las cinco variables analizadas, por lo que fue etiquetado como grupo normativo o grupo que no había sufrido ningún tipo de abuso ni negligencia en su infancia. El grupo 2 mostró puntuaciones elevadas (por encima de la media) en las cinco variables, si bien con un claro predominio del abuso físico. Por este motivo fue etiquetado como multiabuso con predominio de abuso físico. Similares puntuaciones medias obtuvo el grupo 3, diferenciándose del anterior grupo en que en éste además del abuso físico había un nivel significativo de negligencia física. Por esto, se etiquetó a este grupo como abuso físico y negligencia física. Con respecto al grupo 4, obtuvo puntuaciones por encima de la media en abuso emocional y negligencia emocional, aunque de forma moderadamente marcada con respecto a los grupos 1 y 6. En el caso del grupo 5, se alcanzaron puntuaciones por encima de la media en todo, siendo la menos relevante la relativa al abuso físico. Por tanto, se etiquetó a este grupo como multiabuso moderado. Finalmente, en el caso del grupo 6 obtuvo una puntuación superior al resto de grupos en abuso sexual, siendo las restantes mucho menos marcadas. Por tanto, este sexto grupo fue el que se identificó como abuso sexual.

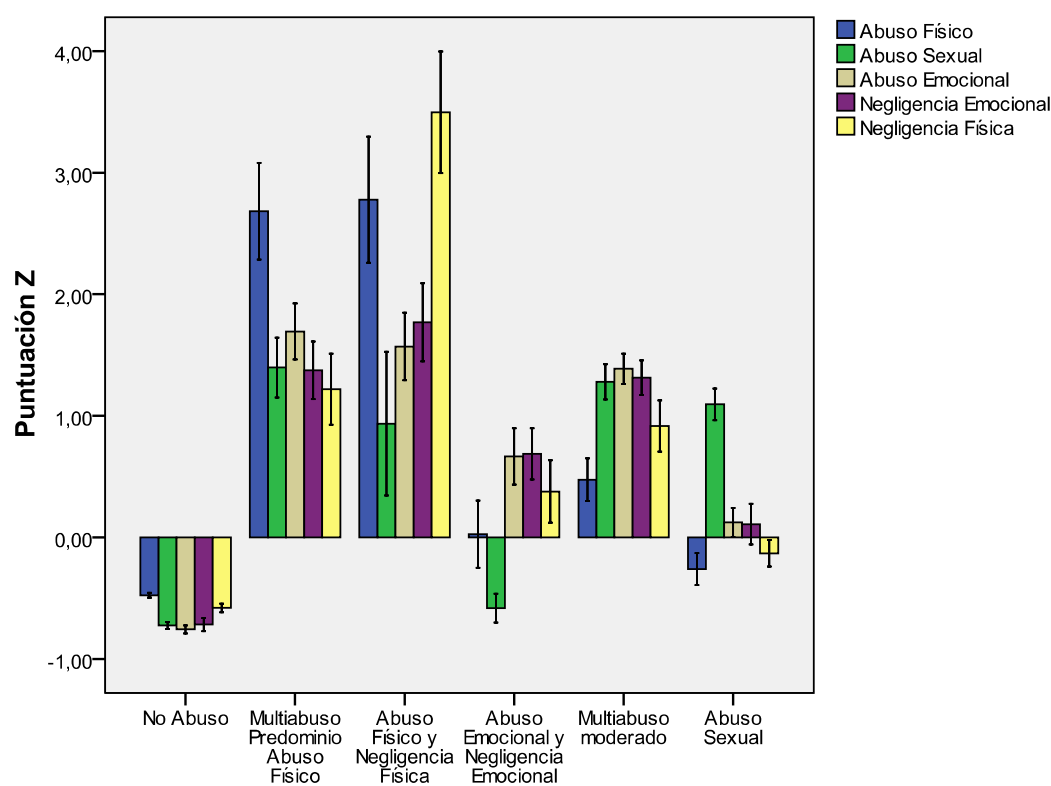


Figura 13. Media de las puntuaciones Z de cada grupo en cada una de las variables de abuso y negligencia.

Una vez establecidas las diferencias entre los grupos clínico y normativo, se procedió a analizar la relación entre las variables, tanto de forma bivariada como de forma multivariada. Para ello se unificó la muestra en un solo grupo, considerando todas las variables como continuas. De esta manera, en primer lugar se calcularon los coeficientes de correlación entre las variables, que se incluyen en la Tabla 24, Tabla 25 y Tabla 26.

Tabla 24. *Correlaciones bivariadas entre las distintas formas de abuso y negligencia infantil y la sintomatología disfuncional valorada.*

|             | 1       | 2       | 3      | 4      | 5    | 5       | 7       | 8     | 9       | 10      | 11      | 12      | 13    | 14     |
|-------------|---------|---------|--------|--------|------|---------|---------|-------|---------|---------|---------|---------|-------|--------|
| A.Sexual    | .56***  | .57***  | .61*** | -.18** | -.05 | -.23*** | -.35*** | -.12  | -.25*** | -.20**  | -.25*** | -.38*** | .18** | .22*** |
| A.Físico    | .40***  | .47***  | .42*** | -.13*  | .03  | -.22*** | -.15*   | -.06  | -.12    | -.16*   | -.23*** | -.29*** | .06   | .15*   |
| A.Emocional | .48***  | .57***  | .59*** | -.15*  | -.07 | -.17**  | -.29*** | -.13* | -.24*** | -.22*** | -.24*** | -.40*** | .03   | .14*   |
| N.Física    | -.16*   | -.20**  | .20**  | -.07   | .06  | -.11    | .20**   | -.02  | .04     | .13*    | -.07    | .08     | .05   | -.02   |
| N.Emocional | -.47*** | -.58*** | .62*** | .19**  | .06  | .18**   | .28***  | .12   | .20**   | .22***  | .23***  | .38***  | -.16* | -.14*  |

*Nota:* 1: Ansiedad; 2: Ansiedad Fóbica; 3: Depresión; 4: Alcohol; 5: Juego; 6: Sustancias; 7: Alimentación; 8: Internet; 9: Videojuegos; 10: Gasto; 11: Hipersexualidad; 12: Impulsividad Total; 13: Riesgo de suicidio; 14: Agresión Desplazada.

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

En la Tabla 24 aparecen los coeficientes de correlación entre las distintas formas de abuso y negligencia y la sintomatología, incluyendo aquí las conductas impulsivas, el suicidio y la agresión desplazada. Tal como se puede observar, la mayoría de los coeficientes alcanzó la significación estadística, con coeficientes especialmente altos en el caso de la ansiedad, ansiedad fóbica y depresión. En el caso de las conductas impulsivas, se obtuvieron varias asociaciones significativas, aunque de signo negativo. Por tanto, estos resultados avalan la asociación entre el abuso y la negligencia infantil y la sintomatología disfuncional.

Tabla 25. Correlaciones bivariadas entre los distintos tipos de abuso y negligencia infantil recibida y los esquemas maladaptativos tempranos.

|             | 1       | 2       | 3       | 4       | 5      | 5       | 7       | 8    | 9       | 10      | 11      | 12      | 13      | 14     |
|-------------|---------|---------|---------|---------|--------|---------|---------|------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| A.Sexual    | .45***  | .44***  | .30***  | .29***  | .41*** | .46***  | -.22*** | .02  | -.39*** | -.24*** | -.37*** | .38***  | -.32*** | -.20** |
| A.Físico    | .29***  | .17*    | .22***  | .25***  | .30*** | .32***  | -.12    | .11  | -.24*** | -.10    | -.19**  | .28***  | -.17*   | -.14*  |
| A.Emocional | .50***  | .34***  | .32***  | .29***  | .47*** | .47***  | -.20**  | .05  | -.32*** | -.21**  | -.32*** | .38***  | -.23*** | -.14*  |
| N.Física    | -.25*** | -.09    | -.13*   | -.10    | .35*** | -.16*   | .07     | .01  | .13*    | .06     | .17*    | -.20**  | .02     | .09    |
| N.Emocional | -.56*** | -.37*** | -.35*** | -.38*** | .52*** | -.50*** | .12     | -.09 | .27***  | .12     | .28***  | -.46*** | .17**   | .10    |

Nota: 1: Privación Emocional; 2: Abandono; 3: Abuso; 4: Imperfección; 5: Aislamiento; 6: Fracaso; 7: Dependencia; 8: Peligro; 9: Apego; 10: Subyugación; 11: Autosacrificio; 12: Aislamiento; 13: Inhibición; 14: Altos estándares; 15: Grandiosidad; 16: Autocontrol.

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

Por su parte, en la Tabla 25 se incluyen los coeficientes de correlación entre los distintos tipos de abuso recibido y los esquemas maladaptativos tempranos. Al igual que en el caso anterior, en este caso se aprecia que los esquemas maladaptativos tempranos se asocian positiva y significativamente con las diferentes formas de abuso y negligencia. Los esquemas maladaptativos tempranos que menores coeficientes de correlación obtuvieron fueron los de *Dependencia*, *Peligro* y *Apego*.

Por último, en la Tabla 26 aparecen las correlaciones entre sintomatología y esquemas maladaptativos tempranos. Nuevamente en este caso los resultados muestran que esquemas maladaptativos tempranos y la sintomatología disfuncional están significativamente asociados mayoritariamente.

## CAPÍTULO IV. RESULTADOS

Tabla 26. Coeficientes de correlación entre los esquemas maladaptativos tempranos y la sintomatología disfuncional valorada.

|                       | 1       | 2       | 3       | 4       | 5       | 6       | 7      | 8      | 9     | 10    | 11    | 12      | 13    | 14    | 15    | 16      |
|-----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|---------|
| Ansiedad              | .34***  | .51***  | .47***  | .38***  | .46***  | .45***  | .01    | .28*** | -.09  | .03   | -.10  | .42***  | -.10  | .02   | -.10  | .35***  |
| Ansiedad Fóbica       | .37***  | .47***  | .45***  | .41***  | .44***  | .46***  | .00    | .20**  | -.12  | .02   | -.15* | .41***  | -.10  | -.02  | -.16* | .32***  |
| Depresión             | .40***  | .54***  | .46***  | .46***  | .50***  | .54***  | .03    | .24*** | -.13* | .02   | -.15* | .49***  | -.10  | -.01  | -.16* | .38***  |
| Alcohol               | -.19**  | -.15*   | -.17*   | -.23*** | -.15**  | -.23*** | -.07   | -.11   | -.02  | -.08  | -.02  | -.23*** | -.13* | -.05  | -.05  | -.20*** |
| Juego                 | .03     | .01     | -.02    | -.01    | .05     | .02     | .14*   | .16*   | .11   | .14*  | .17*  | .03     | .14*  | .09   | .15*  | .01     |
| Sustancias            | -.17*   | -.19**  | -.15*   | -.11    | -.22*** | -.11    | .17**  | .05    | .14*  | .08   | .09   | -.21**  | .11   | .05   | .05   | -.22*** |
| Alimentación          | -.22*** | -.34*** | -.25*** | -.30*** | -.23*** | -.30*** | .00    | -.20** | .05   | .05   | -.01  | -.22*** | .15*  | -.07  | .10   | -.25*** |
| Internet              | -.07    | -.24*** | -.14*   | -.11    | -.29*** | -.18**  | -.08   | -.12   | -.06  | -.09  | -.02  | -.16*   | -.04  | -.01  | -.02  | -.22*** |
| Videojuegos           | -.12    | -.19**  | -.10    | -.14*   | -.19*** | -.22*** | .07    | -.06   | .06   | .11   | .07   | -.16    | .08   | .07   | .14*  | -.12*   |
| Gasto                 | -.22*** | -.25*** | -.12    | -.26*** | -.23*** | -.21**  | -.16*  | -.20** | -.09  | -.13* | -.11  | -.21**  | -.08  | -.09  | .00   | -.27*** |
| Hipersexualidad       | -.13*   | -.26*** | -.12    | -.12    | -.21*** | -.05    | .11    | -.01   | .14*  | .08   | .07   | -.15*   | .13   | .01   | .03   | -.20*** |
| Impulsividad          | -.29*** | -.42*** | -.29*** | -.34*** | -.27*** | -.34*** | .01    | -.17*  | .05   | .00   | .03   | -.35*** | .06   | -.03  | .07   | -.34*** |
| Riesgo de suicidio    | .09     | .16*    | .27***  | .23***  | .49***  | .25***  | .10    | .20**  | -.02  | .12   | .06   | .27***  | .12   | .06   | .05   | .34***  |
| Agresión<br>Desplaza. | .27***  | .33***  | .29***  | .25***  | .26***  | .22***  | .27*** | .27*** | .15*  | .19** | .08   | .19**   | .14*  | .18** | .09   | .31***  |

Nota: 1: Privación Emocional; 2: Abandono; 3: Abuso; 4: Imperfección; 5: Aislamiento; 6: Fracaso; 7: Dependencia; 8: Peligro; 9: Apego; 10: Subyugación; 11: Autosacrificio; 12: Aislamiento; 13: Inhibición; 14: Altos estándares; 15: Grandiosidad; 16: Autocontrol.

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

### **4.3 Consecuencias psicológicas, factores cognitivos y estilos parentales asociados al abuso sexual infantil.**

Primeramente se utilizó el análisis de la T de Student para analizar las diferencias de medias entre los participantes que reportaron haber sufrido abuso sexual en la infancia y aquellos que reportaron no haberlo sufrido, en las puntuaciones obtenidas en ansiedad, depresión, los cinco dominios de esquemas maladaptativos tempranos y los estilos parentales.

Una vez verificado que existían diferencias en entre los grupos en función de haber sufrido o no abuso sexual infantil en las variables estudiadas se realizó una diferenciación del grupo que ha recibido abuso sexual infantil con respecto al grupo que no ha recibido abuso, con un doble objetivo. En primer lugar, analizar las diferencias entre ambos grupos en todas las variables estudiadas: ansiedad, ansiedad fóbica, depresión, riesgo de suicidio, impulsividad, conductas impulsivas (abuso/dependencia de alcohol, juego patológico, adicción o abuso de sustancias, trastornos de la alimentación, uso abusivo de Internet y videojuegos, gasto compulsivo e hipersexualidad), agresión desplazada, esquemas maladaptativos tempranos y estilos parentales parentales, con el fin de determinar las variables que caracterizan por su alteración con respecto a la normalidad a las personas que han recibido abuso sexual, de manera que se trataría de las variables que ante un caso de abuso sexual cabría evaluar e intervenir sobre ellas. Este análisis se realiza a través de una serie de MANCOVAs. Se controlará el efecto de haber sufrido otros tipos de abuso, introduciendo estas variables como covariantes en los modelos.

En segundo lugar, en base a los resultados que se obtengan, se toman las variables en las cuales se hayan evidenciado diferencias entre ambos grupos y se lleva a cabo una regresión logística binaria, con el objetivo de analizar qué tanto por ciento de la varianza de pertenecer a uno u otro grupo (abuso sexual / no abuso sexual) se explica por la puntuación en cada una de éstas variables.

Las diferencias univariadas en ansiedad, ansiedad fóbica y depresión se estudiaron en una muestra compuesta de 203 mujeres y hombres que refieren abusos sexuales infantiles y 193 mujeres y hombres que refieren no haber sufrido abusos sexuales infantiles. Las diferecias univariadas en impulsividad, esquemas maladaptativos tempranos, intentos de suicidio, agresión desplazada y estilos parentales, en cambio, se

estudiaron en una muestra compuesta por 197 mujeres y hombres que relatan ser víctima de abuso sexual infantil y 194 mujeres y hombres que no relatan abusos sexuales, por la pérdida de datos derivada de la ausencia de respuestas.

#### 4.3.1 *Ansiedad, depresión, esquemas maladaptativos tempranos y estilos parentales en las personas que han sufrido y no han sufrido abuso sexual infantil.*

Para analizar la diferencia de medias entre los grupos en función de haber sufrido abuso sexual infantil (ASI) o no (No ASI) en las variables de ansiedad, depresión, los cinco dominios de esquemas maladaptativos tempranos y los estilos parentales.

En la Tabla 27 se puede visualizar como se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ansiedad, depresión, en tres de los cinco dominios de los esquemas maladaptativos tempranos (*Desconexión y Rechazo*, *Autonomía Deteriorada*, y *Límites Deteriorados*), así como y en estilos parentales tanto maternos como paternos.

Tabla 27. *Diferencia de medias en sintomatología ansiosa, depresiva, esquemas maladaptativos tempranos y estilos parentales entre la muestra de abuso sexual infantil y no.*

|                              |        |  | <i>N</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>T</i> | <i>Gl</i> | <i>Sig</i> |
|------------------------------|--------|--|----------|----------|-----------|----------|-----------|------------|
| Desconexión Rechazo          | No ASI |  | 187      | 37,19    | 13,69     | -14,44   | 333       | 0,00**     |
|                              | ASI    |  | 148      | 64,27    | 20,49     |          |           |            |
| Autonomía Deteriorada        | No ASI |  | 186      | 23,29    | 12,86     | -2,98    | 331       | 0,00**     |
|                              | ASI    |  | 147      | 28,14    | 16,78     |          |           |            |
| Límites Deteriorados         | No ASI |  | 187      | 16,91    | 7,94      | -2,56    | 332       | 0,01*      |
|                              | ASI    |  | 147      | 19,10    | 7,48      |          |           |            |
| Orientación a los Demás      | No ASI |  | 184      | 16,46    | 8,95      | 1,76     | 326       | 0,07       |
|                              | ASI    |  | 144      | 14,62    | 9,88      |          |           |            |
| Sobrevigilancia e Inhibición | No ASI |  | 186      | 18,68    | 8,51      | 0,92     | 332       | 0,35       |
|                              | ASI    |  | 148      | 17,79    | 9,07      |          |           |            |
| Ansiedad                     | No ASI |  | 189      | 7,05     | 6,09      | -13,67   | 349       | 0,00**     |
|                              | ASI    |  | 162      | 18,90    | 9,93      |          |           |            |
| Depresión                    | No ASI |  | 190      | 9,36     | 4,35      | -16,81   | 350       | 0,00**     |
|                              | ASI    |  | 162      | 20,07    | 7,41      |          |           |            |

*Nota.* \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

Tabla 27. (continuación) *Diferencia de medias en sintomatología ansiosa, depresiva, esquemas maladaptativos tempranos y estilos parentales entre la muestra de abuso sexual infantil y no.*

|                     |        | <i>N</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>T</i> | <i>Gl</i> | <b>Sig</b> |
|---------------------|--------|----------|----------|-----------|----------|-----------|------------|
| Estilos parentales  |        |          |          |           |          |           |            |
| Paterno             |        |          |          |           |          |           |            |
| Privación Emocional | No ASI | 184      | 26,33    | 6,57      | 16,82    | 339       | 0,00**     |
|                     | ASI    | 157      | 13,27    | 7,75      |          |           |            |
| Abandono            | No ASI | 188      | 4,95     | 2,07      | -15,12   | 343       | 0,00**     |
|                     | ASI    | 157      | 10,35    | 4,34      |          |           |            |
| Abuso               | No ASI | 183      | 4,11     | 0,74      | -11,77   | 336       | 0,00**     |
|                     | ASI    | 155      | 10,35    | 7,12      |          |           |            |
| Imperfección        | No ASI | 184      | 4,88     | 2,46      | -7,72    | 339       | 0,00**     |
|                     | ASI    | 157      | 7,76     | 4,30      |          |           |            |
| Fracaso             | No ASI | 184      | 4,75     | 1,75      | -15,21   | 335       | 0,00**     |
|                     | ASI    | 153      | 13,15    | 7,24      |          |           |            |
| Subyugación         | No ASI | 184      | 4,29     | 1,08      | -11,65   | 334       | 0,00**     |
|                     | ASI    | 152      | 9,44     | 5,87      |          |           |            |
| Dependencia         | No ASI | 183      | 5,99     | 3,03      | -14,01   | 334       | 0,00**     |
|                     | ASI    | 153      | 14,08    | 7,06      |          |           |            |
| Negativismo         | No ASI | 185      | 7,80     | 3,65      | -9,14    | 335       | 0,00**     |
|                     | ASI    | 152      | 12,69    | 6,05      |          |           |            |
| Punitivo            | No ASI | 183      | 7,48     | 3,42      | -10,72   | 332       | 0,00**     |
|                     | ASI    | 151      | 13,77    | 6,98      |          |           |            |
| Aprobación          | No ASI | 182      | 6,55     | 3,66      | -11,35   | 327       | 0,00**     |
|                     | ASI    | 147      | 12,84    | 6,26      |          |           |            |
| Materno             |        |          |          |           |          |           |            |
| Privación Emocional | No ASI | 187      | 27,70    | 3,19      | 19,34    | 346       | 0,00**     |
|                     | ASI    | 161      | 15,70    | 7,76      |          |           |            |
| Abandono            | No ASI | 189      | 4,58     | 1,32      | -14,48   | 347       | 0,00**     |
|                     | ASI    | 160      | 9,49     | 4,43      |          |           |            |
| Abuso               | No ASI | 188      | 4,07     | 0,58      | -12,63   | 346       | 0,00**     |
|                     | ASI    | 160      | 8,88     | 5,17      |          |           |            |
| Imperfección        | No ASI | 188      | 5,27     | 2,81      | -9,65    | 346       | 0,00**     |
|                     | ASI    | 160      | 9,08     | 4,47      |          |           |            |
|                     |        | <i>N</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>T</i> | <i>Gl</i> | <b>Sig</b> |
| Fracaso             | No ASI | 187      | 4,79     | 1,97      | -17,18   | 344       | 0,00**     |
|                     | ASI    | 159      | 13,70    | 6,76      |          |           |            |
| Subyugación         | No ASI | 187      | 4,33     | 1,10      | -11,74   | 344       | 0,00**     |

|             |        |     |       |      |        |     |        |
|-------------|--------|-----|-------|------|--------|-----|--------|
|             | ASI    | 159 | 9,11  | 5,44 |        |     |        |
| Dependencia | No ASI | 188 | 5,88  | 2,74 | -15,28 | 345 | 0,00** |
|             | ASI    | 159 | 13,47 | 6,12 |        |     |        |
| Negativismo | No ASI | 186 | 7,92  | 3,37 | -13,72 | 341 | 0,00** |
|             | ASI    | 157 | 14,59 | 5,51 |        |     |        |
| Punitivo    | No ASI | 186 | 7,26  | 3,08 | -11,63 | 341 | 0,00** |
|             | ASI    | 157 | 13,07 | 5,93 |        |     |        |
| Aprobación  | No ASI | 186 | 6,48  | 3,55 | -11,64 | 341 | 0,00** |
|             | ASI    | 157 | 12,53 | 5,94 |        |     |        |

Cómo puede observarse, las víctimas de abuso sexual en la infancia puntuaron más alto en todas las variables dependientes en comparación con las personas que no sufrieron abuso sexual.

#### 4.3.2 La sintomatología psicológica disfuncional de ansiedad, ansiedad fóbica y depresión.

En primer lugar se analizaron las diferencias en ansiedad, ansiedad fóbica y depresión. El contraste multivariado mostró un efecto significativo,  $F(3, 388) = 9.60$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .07$ . Con respecto a las covariantes, se obtuvieron efectos significativos en las variables abuso emocional,  $F(3, 388) = 4.77$ ,  $p = .003$ ,  $\eta^2 = .04$ , negligencia emocional,  $F(3, 388) = 3.71$ ,  $p = .012$ ,  $\eta^2 = .03$ , y negligencia física,  $F(3, 388) = 6.66$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .05$ . No se observó efecto significativo en la variable de abuso físico. Los resultados univariados se detallan en la Tabla 28.

Tabla 28. *Diferencias univariadas en ansiedad, ansiedad Fóbica y depresión*

|             | Grupo ASI<br>(n = 203) |       | Grupo no ASI<br>(n = 193) |      | F      | $\eta^2$ |
|-------------|------------------------|-------|---------------------------|------|--------|----------|
|             | M                      | DT    | M                         | DT   |        |          |
| Ansiedad    | 17.10                  | 10.57 | 7.34                      | 6.20 | 17.37* | .04      |
| Ans. Fóbica | 7.41                   | 6.85  | 1.55                      | 2.62 | 10.98* | .03      |
| Depresión   | 18.59                  | 7.84  | 9.68                      | 4.48 | 27.95* | .07      |

\*  $p < .001$ .

Los datos muestran como, el grupo compuesto por víctimas de abusos sexuales infantiles (ASI) puntuó por encima del grupo que no sufrió abuso sexual (no ASI) en las tres variables dependientes analizadas, con tamaños de efecto entre bajos y moderados. De

las variables covariantes implicadas, sólo el abuso emocional tuvo un efecto significativo en las tres variables dependientes, mientras que la negligencia emocional influyó en la depresión y la negligencia física en la ansiedad fóbica.

#### 4.3.3 *La impulsividad y las conductas impulsivas: abuso/dependencia de alcohol, juego patológico, adicción o abuso de sustancias, trastornos de la alimentación, uso abusivo de Internet y videojuegos, gasto compulsivo e hipersexualidad.*

En segundo lugar se comparó el grupo de víctimas de abuso sexual infantil (ASI) con el que el grupo de personas que no había sido víctima de abusos con sexuales (No ASI) en las conductas impulsivas de consumo de alcohol, juego, abuso de sustancias, alimentos, uso de Internet, videojuegos, gasto, comportamiento sexual e impulsividad total. Los resultados mostraron un efecto multivariado significativo,  $F(8, 378) = 3.68, p < .001, \eta^2 = .07$ . En cuanto a las variables covariantes analizadas, se observó un efecto significativo tanto en el caso del abuso físico,  $F(8, 378) = 2.53, p = .011, \eta^2 = .05$ , como en el caso del abuso emocional,  $F(8, 378) = 2.21, p = .026, \eta^2 = .05$ . Por su parte, el haber sufrido negligencia emocional o física no tuvo efecto significativo en el contraste realizado. Los resultados univariados se destacan en la Tabla 29.

Tabla 29. *Diferencias univariadas en Impulsividad*

|                 | Grupo ASI<br>(n = 197) |      | Grupo No ASI<br>(n = 194) |      | F        | $\eta^2$ |
|-----------------|------------------------|------|---------------------------|------|----------|----------|
|                 | M                      | DT   | M                         | DT   |          |          |
| Alcohol         | 6.87                   | 1.40 | 7.19                      | 1.35 | 0.01     | .00      |
| Juego           | 7.87                   | 0.53 | 7.95                      | 0.32 | 0.20     | .00      |
| Sustancias      | 7.19                   | 1.30 | 7.68                      | 0.79 | 4.97*    | .01      |
| Alimentos       | 6.64                   | 1.38 | 7.52                      | 0.89 | 10.68*** | .03      |
| Internet        | 6.59                   | 1.47 | 7.04                      | 1.19 | 0.24     | .00      |
| Videojuegos     | 7.67                   | 0.90 | 7.90                      | 0.47 | 0.04     | .00      |
| Gasto           | 7.19                   | 1.23 | 7.59                      | 0.84 | 0.33     | .00      |
| Hipersexualidad | 7.39                   | 1.15 | 7.91                      | 0.40 | 14.40*** | .04      |
| Total           | 57.41                  | 4.73 | 60.77                     | 3.11 | 8.20**   | .02      |

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

Tal y como puede observarse, los dos grupos comparados difirieron significativamente en las conductas impulsivas relacionadas con el consumo de sustancias, alimentos, comportamiento sexual e impulsividad total, de modo que el grupo que refirió abusos sexuales infantiles puntuó por encima del grupo de personas que no refirieron abuso sexual, aunque los tamaños de efecto fueron pequeños.

#### 4.3.4 El riesgo de suicidio y la agresión desplazada

Seguidamente se calcularon las diferencias en las variables relativas al riesgo de suicidio y a la agresión desplazada. Al igual que en los casos anteriores, se halló un efecto multivariado significativo,  $F(2, 344) = 8.05$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .05$ . En cuanto a las variables covariantes estudiadas, sólo la negligencia emocional mostró un efecto multivariado significativo,  $F(2, 344) = 7.91$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .04$ . En cuanto a los resultados univariados, se muestran en la Tabla 30.

Tabla 30. *Diferencias univariadas en riesgo de suicidio y agresión desplazada.*

|                        | Grupo ASI<br>(n = 197) |       | Grupo No ASI<br>(n = 194) |      | F      | $\eta^2$ |
|------------------------|------------------------|-------|---------------------------|------|--------|----------|
|                        | M                      | DT    | M                         | DT   |        |          |
| Riesgo suicidio        | 28.56                  | 5.85  | 23.44                     | 2.87 | 15.88* | .04      |
| Agresión<br>Desplazada | 28.98                  | 14.01 | 25.07                     | 8.56 | 1.30   | .00      |

\*  $p < .001$ .

Como reflejan los resultados, sólo se encontraron diferencias significativas en el riesgo de suicidio, puntuando el grupo que refirió abuso sexual infantil por encima del grupo control, con un tamaño de efecto moderado.

#### 4.3.5 Los esquemas maladaptativos tempranos

A continuación se comparó a los dos grupos, compuestos por las personas que referían abuso sexual infantil y las que no lo referían, en los esquemas maladaptativos tempranos. El contraste multivariado mostró un efecto significativo en la variable independiente,  $F(15, 347) = 6.41$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .22$ . Igualmente, todas las variables covariantes mostraron un efecto significativo: el abuso físico,  $F(8, 378) = 2.21$ ,  $p = .026$ ,  $\eta^2 = .05$ , el abuso emocional,  $F(8, 378) = 2.21$ ,  $p = .026$ ,  $\eta^2 = .05$ , y la negligencia

emocional,  $F(8, 378) = 2.21$ ,  $p = .026$ ,  $\eta^2 = .05$ . Por el contrario, la negligencia física no tuvo un efecto significativo. Los resultados univariados de los contrastes se muestran en la Tabla 31.

Tabla 31. *Diferencias univariadas en esquemas maladaptativos tempranos.*

|                      | Grupo ASI<br>(n = 197) |      | Grupo No ASI<br>(n = 194) |      | <i>F</i> | $\eta^2$ |
|----------------------|------------------------|------|---------------------------|------|----------|----------|
|                      | M                      | DT   | M                         | DT   |          |          |
| Privación Emocional  | 11.91                  | 5.98 | 6.61                      | 3.63 | 4.35*    | .01      |
| Abandono             | 19.16                  | 6.48 | 12.40                     | 5.64 | 31.40*** | .08      |
| Abuso                | 10.61                  | 5.31 | 7.87                      | 3.89 | 0.03     | .00      |
| Imperfección         | 7.81                   | 5.12 | 5.48                      | 2.88 | 0.01     | .00      |
| Aislamiento Social   | 10.39                  | 5.16 | 7.07                      | 3.48 | 0.34     | .00      |
| Fracaso              | 11.01                  | 5.72 | 7.34                      | 3.41 | 0.54     | .00      |
| Dependencia          | 4.11                   | 4.41 | 5.32                      | 3.99 | 14.25*** | .04      |
| Peligro              | 7.29                   | 4.72 | 6.81                      | 4.41 | 6.74**   | .02      |
| Apego                | 3.64                   | 4.76 | 5.36                      | 3.90 | 15.29*** | .04      |
| Subyugación          | 5.38                   | 5.33 | 6.10                      | 3.83 | 6.27*    | .02      |
| Autosacrificio       | 8.60                   | 5.02 | 10.96                     | 5.84 | 12.55*** | .03      |
| Inhibición Emocional | 4.94                   | 5.26 | 6.69                      | 5.40 | 14.92*** | .04      |
| Altos Estándares     | 12.31                  | 4.73 | 12.90                     | 4.59 | 1.35     | .00      |
| Grandiosidad         | 7.38                   | 3.87 | 9.01                      | 4.89 | 15.92*** | .04      |
| Autocontrol          | 10.84                  | 4.86 | 8.84                      | 4.15 | 0.21     | .00      |

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .001$ .

Como se puede apreciar, se observaron diferencias significativas en los esquemas de *Privación Emocional*, *Abandono* y *Peligro*, puntuando el grupo que fue víctima de abuso sexual infantil por encima del grupo que no sufrió abusos sexuales; y en los esquemas de *Dependencia*, *Apego*, *Subyugación*, *Autosacrificio*, *Inhibición Emocional* y *Grandiosidad*, puntuando el grupo sin abuso sexual por encima del grupo víctima de abuso. Los tamaños de efecto fueron pequeños a moderados.

#### 4.3.6 *Los estilos parentales*

A continuación se analizaron las diferencias entre grupos en lo referente a los estilos parentales del padre y de la madre por separado. A diferencia de los contrastes realizados anteriormente, en el caso de los estilos parentales del padre no se observó un efecto multivariado significativo,  $F(17, 347) = 1.56, p = .074, \eta^2 = .07$ . No obstante, todas las variable covariantes mostraron un efecto significativo multivariado: el abuso físico,  $F(17, 347) = 3.35, p < .001, \eta^2 = .14$ ; el abuso emocional,  $F(17, 347) = 5.18, p < .001, \eta^2 = .20$ ; la negligencia emocional,  $F(17, 347) = 6.71, p < .001, \eta^2 = .25$ ; y la negligencia física,  $F(17, 347) = 3.26, p < .001, \eta^2 = .14$ .

Al igual que en el anterior caso, los estilos parentales de la madre tampoco mostraron un efecto multivariado significativo,  $F(17, 365) = 1.60, p = .062, \eta^2 = .07$ . No obstante, todas las variable covariantes mostraron un efecto significativo multivariado: el abuso físico,  $F(17, 365) = 1.78, p = .029, \eta^2 = .08$ ; el abuso emocional,  $F(17, 365) = 6.65, p < .001, \eta^2 = .24$ ; la negligencia emocional,  $F(17, 365) = 15.01, p < .001, \eta^2 = .41$ ; y la negligencia física,  $F(17, 365) = 3.43, p < .001, \eta^2 = .14$ .

En conclusión, se han encontrado diferencias significativas en la mayor parte de las variables analizadas en cada uno de los bloques de variables establecidos. Los únicos casos en que no se han observado diferencias significativas a nivel multivariado han sido las relativas a los estilos parentales, tanto del padre como de la madre. En estos casos el hecho de haber sufrido abuso sexual o no careció de relevancia. Contrariamente, las variables introducidas como covariantes sí que mostraron efectos significativos con tamaños de efecto grandes, por lo que los estilos parentales se asocian no con el hecho de haber sufrido abuso sexual o no, sino con el hecho de haber sufrido abuso físico, abuso emocional, negligencia emocional y negligencia física.

Tomando las variables en las que sí que hubo diferencias significativas entre los grupos, se llevó a cabo una regresión logística binaria, a fin de calcular hasta qué punto estas variables explicaban la varianza del hecho de pertenecer a uno u otro grupo (Abuso/No abuso). Los resultados mostraron que el modelo planteado explicó un 73.3% de la varianza, siendo significativas en el último paso de la regresión las variables abuso físico, abuso emocional, privación y abandono. El modelo planteado permitió clasificar correctamente 87.1% de los casos, mostrando una alta validez discriminante

#### **4.4 Consecuencias psicológicas, factores cognitivos y estilos parentales asociados al maltrato infantil a través de diferentes métodos de recogida de información.**

##### **4.4.1 *Diferencias en los tipos de abuso infantil recibido (abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligencia física y negligencia emocional) y la sintomatología psicológica disfuncional de ansiedad, ansiedad fóbica, depresión, impulsividad, conductas impulsivas (abuso/dependencia de alcohol, juego patológico, adicción a sustancias, trastornos de la alimentación, uso abusivo de Internet y videojuegos, gasto compulsivo e hipersexualidad), riesgo de suicidio, la agresión desplazada, los esquemas maladaptativos tempranos y los estilos parentales***

En este apartado se estudian las diferencias en la sintomatología psicológica disfuncional, los esquemas maladaptativos tempranos y los estilos parentales, en función de la tipología de abuso y negligencia infantil sufrida o ausencia de abuso. Además, de una comparación entre el grupo de víctimas de abuso y grupo sin abuso, se realiza una comparación dentro del grupo de víctimas de abuso y negligencia infantil en función del método de recogida de información. Para ello, se distinguen los casos clínicos obtenidos a través de los cuestionarios on-line inmersos en las páginas web de la Asociación para el Tratamiento del Abuso y Maltrato en la Infancia, GARAITZA y la Asociación para la Sanación y Prevención de Abusos Sexuales en la Infancia, ASPASI, de los casos que recogieron en dichas asociaciones a través de cuestionarios a lápiz y papel de forma presencial.

Con este objeto, se dividieron las variables en seis bloques: 1) sintomatología ansiosa, depresiva e impulsividad; 2) Tipos de abuso y negligencia infantil recibida; 3) riesgo de suicidio y agresión desplazada; 4) Esquemas maladaptativos tempranos; 5) Estilos parentales del padre; y 6) Estilos parentales de la madre. De esta forma, se analizaron las posibles diferencias en las variables que conforman cada uno de estos seis bloques en los tres grupos creados. Un primer grupo, conformado por los casos de participantes víctimas de abuso sexual infantil que habían rellenado el cuestionario vía on-line a través de la web de las asociaciones de apoyo a las víctimas de abuso y maltrato infantil ( $n = 155$ ); un segundo grupo, con los casos clínicos que rellenaron los cuestionarios en las propias asociaciones en cuestionarios en formato papel ( $n = 20$ ) y un

tercer grupo normativo, compuesto por las de personas que referían no haber recibido abuso sexual infantil ( $n = 204$ ).

En cuanto a la estrategia de análisis, se llevó a cabo un análisis multivariado de la varianza (MANOVA) por cada uno de los seis bloques identificados, introduciendo las variables que conforman cada uno de estos seis bloques como variables dependientes y las variables de agrupación como variable dependiente. En caso de que la prueba multivariada fuese significativa se calcularía seguidamente los contrastes univariados, a fin de analizar más detalladamente en cuál o cuáles de las variables dependientes existían diferencias estadísticamente significativas entre grupos. En un tercer paso, tomando las variables en las cuales se observasen diferencias significativas univariadas, se aplicaría un contraste simple. A diferencia de las pruebas post-hoc, más comúnmente utilizadas, los contrastes permiten seleccionar las comparaciones entre grupos a realizar, en vez de comparar todos con todos. En este caso interesaba comparar al grupo víctima de abuso sexual infantil que había respondido a través de la web con los otros dos grupos, víctimas y no víctimas de abuso sexual infantil que respondieron al cuestionario en formato papel y de forma presencial, sin que interesasen las posibles diferencias entre ambos.

En todos los contrastes multivariados y univariados se calculó tanto la significación estadística como el tamaño de efecto ( $\eta^2$ ). Éste último fue interpretado según el criterio de Cohen, de forma que valores entre .01 y .04 se considerarán pequeños, valores entre .05 y .14 medios, y valores por encima de .14 grandes (Cohen, 1988).

### 4.4.1.1 Sintomatología ansiosa, depresiva e impulsividad

Al analizar de forma multivariada las diferencias en la sintomatología psicológica disfuncional de depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, impulsividad y conductas impulsivas se observó un efecto significativo,  $F(22, 734) = 9.30$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .22$ . Los resultados univariados se detallan en la Tabla 32.

Tabla 32. *Diferencias univariadas en ansiedad, ansiedad fóbica, depresión, impulsividad y conductas impulsivas.*

|                 | ASI Web<br>(n = 155) |       | ASI asociación<br>(n = 20) |      | No ASI<br>(n = 204) |      | <i>F</i> | $\eta^2$ |
|-----------------|----------------------|-------|----------------------------|------|---------------------|------|----------|----------|
|                 | M                    | DT    | M                          | DT   | M                   | DT   |          |          |
| Ansiedad        | 17.90c               | 10.39 | 14.05                      | 8.63 | 7.62a               | 6.96 | 63.39**  | .25      |
| Ans. Fóbica     | 7.83bc               | 6.76  | 5.35 <sup>a</sup>          | 5.72 | 1.63a               | 2.73 | 70.04**  | .27      |
| Depresión       | 18.92c               | 7.72  | 18.20                      | 6.56 | 9.89a               | 4.95 | 94.84**  | .34      |
| Alcohol         | 6.77c                | 1.45  | 7.20                       | 1.20 | 7.20a               | 1.33 | 4.44*    | .02      |
| Juego           | 7.88                 | 0.48  | 8.00                       | 0.00 | 7.94                | 0.34 | 1.34     | .01      |
| Sustancias      | 7.19c                | 1.31  | 7.15                       | 1.46 | 7.66a               | 0.80 | 8.99**   | .05      |
| Alimentos       | 6.64c                | 1.37  | 6.70                       | 1.53 | 7.47a               | 0.95 | 23.16**  | .11      |
| Internet        | 6.51bc               | 1.51  | 7.35 <sup>a</sup>          | 1.14 | 7.01a               | 1.20 | 7.98**   | .04      |
| Videojuegos     | 7.66c                | 0.91  | 7.85                       | 0.67 | 7.89a               | 0.50 | 4.45*    | .02      |
| Gasto           | 7.15c                | 1.22  | 7.45                       | 1.19 | 7.59a               | 0.86 | 7.63**   | .04      |
| Hipersexualidad | 7.35c                | 1.19  | 7.55                       | 0.83 | 7.89a               | 0.46 | 17.35**  | .09      |
| Total           | 57.17bc              | 4.68  | 59.25 <sup>a</sup>         | 4.09 | 60.64a              | 3.26 | 34.06**  | .15      |

*Nota:* Las diferencias entre grupos se analizaron por medio de un contraste simple, indicándose las diferencias del grupo “ASI Web” (a) con respecto a los grupos “ASI asociación” (b) y “No ASI” (c).

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .001$ .

Tal como se puede observar, el grupo víctima de abuso sexual que había sido reclutado a través de la web puntuó significativamente más alto que el grupo sin abuso sexual en todas las variables, excepto en juego patológico, mientras que puntuó igual en todo con respecto al grupo sin abuso sexual infantil que había sido reclutado en asociaciones de abuso sexual excepto en ansiedad fóbica (puntuando por encima), internet (puntuando por debajo) y en el total de la puntuación (puntuando por debajo). La mayor parte de los tamaños de efecto encontrados fueron muy grandes.

#### 4.4.1.2 Tipos de abuso y negligencia infantil recibida

Seguidamente se analizaron las diferencias en cuanto a la tipología de abuso recibida. Al igual que en el caso anterior se encontró un efecto multivariado significativo, con un tamaño de efecto grande,  $F(10, 760) = 35.10$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .32$ .

Los resultados univariados se detallan en la Tabla 33.

Tabla 33. *Diferencias univariadas en tipos de abuso recibido.*

|                   | ASI Web<br>(n = 155) |      | ASI asociación<br>(n = 20) |      | No ASI<br>(n = 204) |      | <i>F</i> | $\eta^2$ |
|-------------------|----------------------|------|----------------------------|------|---------------------|------|----------|----------|
|                   | M                    | DT   | M                          | DT   | M                   | DT   |          |          |
| Abuso Físico      | 3.76c                | 4.55 | 4.45                       | 4.96 | 0.30a               | 1.30 | 56.43*   | .23      |
| Abuso Sexual      | 11.28c               | 6.57 | 12.10                      | 6.17 | 0.39a               | 2.10 | 261.34*  | .58      |
| Abuso Emocional   | 10.57c               | 6.43 | 11.00                      | 5.18 | 2.08a               | 3.18 | 146.44*  | .43      |
| Neglig. Emocional | 10.44c               | 6.18 | 12.35                      | 4.61 | 3.34a               | 3.45 | 111.66*  | .37      |
| Neglig. Física    | 3.85c                | 3.84 | 3.40                       | 2.41 | 0.65a               | 1.48 | 63.35*   | .25      |

*Nota:* Las diferencias entre grupos se analizaron por medio de un contraste simple, indicándose las diferencias del grupo “ASI Web” (a) con respecto a los grupos “ASI Asociaciones” (b) y “No ASI (c).

\*  $p < .001$ .

Tal como puede apreciarse, el grupo de víctima de abuso sexual infantil reclutado en la web puntuó significativamente más alto que el grupo sin abuso sexual en todas las variables, con tamaños de efecto grandes, a la vez que no mostró ninguna diferencia significativa con el grupo de abuso sexual infantil que respondió el cuestionario en los propios centros o asociaciones de atención al abuso y maltrato infantil. Además, tal como cabía esperar en los contrastes univariados el mayor tamaño de efecto se observó en la variable relativa al abuso sexual recibido.

#### 4.4.1.3 Riesgo de suicidio y agresión desplazada

A continuación se analizaron las diferencias en las puntuaciones obtenidas por cada uno de los tres grupos en las variables riesgo de suicidio y agresión desplazada, por implicar ambos comportamientos agresivos: la primera contra uno mismo y la segunda contra un tercero, siendo éste diferente a quien provocó el estado de ira en la persona. De esta manera, los resultados mostraron un efecto multivariado significativo,  $F(4, 678) = 22.86$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .12$ . Los resultados univariados se presentan en la Tabla 34.

Tabla 34. *Diferencias univariadas en riesgo de suicidio y agresión desplazada.*

|                     | ASI Web<br>(n = 155) |       | ASI asociación<br>(n = 20) |       | No ASI<br>(n = 204) |      | <i>F</i> | $\eta^2$ |
|---------------------|----------------------|-------|----------------------------|-------|---------------------|------|----------|----------|
|                     | M                    | DT    | M                          | DT    | M                   | DT   |          |          |
| Riesgo de suicidio  | 28.73c               | 5.92  | 27.19                      | 5.00  | 23.65a              | 3.28 | 49.23**  | .23      |
| Agresión desplazada | 28.45c               | 13.84 | 32.94                      | 17.92 | 25.09a              | 8.77 | 5.71*    | .03      |

*Nota:* Las diferencias entre grupos se analizaron por medio de un contraste simple, indicándose las diferencias del grupo “ASI Web” (a) con respecto a los grupos “ASI Asociaciones” (b) y “No ASI (c).

\*  $p < .01$ , \*\*  $p < .001$ .

Al igual que en los casos anteriores, en ella se muestra que el grupo víctima de abuso sexual que respondió la encuesta a través de internet puntuó igual que el grupo víctima de abuso sexual infantil que constestó el cuestionario en formato papel en el propio centro o asociación de tratamiento de abuso y maltrato infantil, mientras que lo hizo por encima que el grupo sin abuso sexual infantil en las dos variables analizadas. El tamaño de efecto fue especialmente grande en el caso de la diferencia en riesgo de suicidio.

#### 4.4.1.4 Esquemas maladaptativos tempranos.

En cuarto lugar se analizaron las diferencias en factores cognitivos a través de los esquemas maladaptativos tempranos. Al igual que en los bloques anteriores, se observó un efecto multivariado significativo,  $F(30, 684) = 12.55$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .36$ . Los contrastes univariados se detallan en la Tabla 35.

Tabla 35. *Diferencias univariadas en esquemas maladaptativos tempranos.*

|                  | ASI Web<br>(n = 155) |      | ASI asociación<br>(n = 20) |      | No ASI<br>(n = 204) |      | <i>F</i> | $\eta^2$ |
|------------------|----------------------|------|----------------------------|------|---------------------|------|----------|----------|
|                  | M                    | DT   | M                          | DT   | M                   | DT   |          |          |
| Privación E.     | 11.03bc              | 5.30 | 17.55a                     | 6.68 | 6.87a               | 4.02 | 65.79*   | .27      |
| Abandono         | 19.53c               | 6.50 | 17.10                      | 4.62 | 12.69a              | 5.88 | 52.58*   | .23      |
| Abuso            | 10.29bc              | 5.04 | 14.50a                     | 6.49 | 7.95a               | 3.94 | 24.98*   | .12      |
| Imperfección     | 7.29bc               | 4.25 | 12.75a                     | 7.29 | 5.47a               | 2.96 | 36.47*   | .17      |
| Aislamiento      | 9.91bc               | 4.64 | 14.75a                     | 6.63 | 7.15a               | 3.59 | 39.33*   | .18      |
| Fracaso          | 10.74bc              | 5.63 | 14.30a                     | 6.13 | 7.35a               | 3.37 | 36.85*   | .17      |
| Dependencia      | 3.29bc               | 3.17 | 9.90a                      | 6.88 | 5.19a               | 3.96 | 28.39*   | .14      |
| Peligro          | 6.68b                | 4.21 | 11.70a                     | 5.89 | 6.75                | 4.37 | 12.06*   | .06      |
| Apego            | 2.65bc               | 3.62 | 10.55a                     | 6.60 | 5.25a               | 3.87 | 41.68*   | .19      |
| Subyugación      | 4.37bc               | 4.12 | 12.50a                     | 7.70 | 6.02a               | 3.81 | 33.26*   | .16      |
| Autosacrificio   | 7.48bc               | 3.63 | 16.15a                     | 7.29 | 10.87a              | 5.77 | 33.63*   | .16      |
| Inhibición E.    | 3.92bc               | 3.55 | 12.70a                     | 7.94 | 6.50a               | 5.33 | 31.98*   | .15      |
| Altos Estándara. | 11.63bc              | 3.87 | 17.15a                     | 6.20 | 12.96a              | 4.65 | 14.32*   | .08      |
| Grandiosidad     | 6.49bc               | 2.89 | 13.05a                     | 4.88 | 9.01a               | 4.86 | 28.43*   | .14      |
| Autocontrol      | 10.44bc              | 4.50 | 14.25a                     | 6.27 | 8.80a               | 4.13 | 16.65*   | .09      |

Nota 1: Las diferencias entre grupos se analizaron por medio de un contraste simple, indicándose las diferencias del grupo "ASI Web" (a) con respecto a los grupos "ASI Asociaciones" (b) y "No ASI" (c).

\*  $p < .001$ .

Nota 2: Privación E. = Privación Emocional; Inhibición E. = Inhibición Emocional; Altos Estándara. = Altos Estándares

Tal como se puede observar, el grupo víctima de abuso sexual infantil obtenido a través de la web puntuó significativamente más alto que el grupo sin abuso sexual infantil en los esquemas de Privación Emocional, Abandono, Abuso, Imperfección, Aislamiento Social y Fracaso, a la vez que puntuó significativamente más bajo en los esquemas de Dependencia, Apego, Subyugación, Autosacrificio, Inhibición Emocional, Altos Estándares, Grandiosidad y Autocontrol. Finalmente, no se evidenciaron diferencias significativas con respecto al esquema de Peligro. En cuanto a las comparaciones realizadas con el grupo de víctimas de abuso sexual infantil reclutado en la propia asociación, se evidenciaron diferencias significativas en todos los esquemas, excepto en el de *Abandono*. En el resto, las puntuaciones del grupo de víctimas de abuso sexual infantil que contestó a través de la web de las asociaciones de tratamiento del abuso y maltrato

infantil fueron más bajas. Finalmente, todos los tamaños de efecto observados en las comparaciones univariadas fueron grandes.

#### 4.4.1.5 Estilos Parentales del Padre

Seguidamente se comparó a la muestra dividida en tres grupos en los estilos parentales del padre. Los resultados mostraron un efecto multivariado significativo,  $F(34, 688) = 5.82$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .22$ . Los resultados univariados se detallan en la Tabla 36.

Tabla 36. *Diferencias univariadas en estilos parentales del padre.*

|                | ASI Web<br>(n = 155) |      | ASI asociación<br>(n = 20) |      | No ASI<br>(n = 204) |      | <i>F</i> | $\eta^2$ |
|----------------|----------------------|------|----------------------------|------|---------------------|------|----------|----------|
|                | M                    | DT   | M                          | DT   | M                   | DT   |          |          |
| Privación E.   | 15.22c               | 8.50 | 12.30                      | 6.21 | 25.11a              | 7.28 | 79.85*   | .31      |
| Abandono       | 9.83c                | 4.55 | 9.50                       | 4.07 | 5.38a               | 2.79 | 65.18*   | .27      |
| Abuso          | 9.35c                | 6.83 | 11.20                      | 7.39 | 4.60a               | 2.31 | 46.44*   | .21      |
| Peligro        | 9.11                 | 4.74 | 6.85                       | 3.83 | 8.86                | 4.00 | 2.43     | .01      |
| Dependencia    | 7.83c                | 4.07 | 8.55                       | 4.76 | 5.16a               | 2.85 | 28.36*   | .14      |
| Imperfección   | 12.17c               | 7.34 | 13.45                      | 7.21 | 5.75a               | 3.44 | 63.37*   | .26      |
| Fracaso        | 9.06c                | 5.96 | 10.50                      | 5.16 | 4.72a               | 2.14 | 51.48*   | .22      |
| Subyugación    | 13.38c               | 7.31 | 14.90                      | 6.48 | 6.69a               | 3.99 | 66.22*   | .27      |
| Autosacrificio | 9.30c                | 3.34 | 9.25                       | 2.83 | 10.55a              | 2.93 | 7.35*    | .04      |
| Altos Estánd.  | 24.40c               | 9.34 | 24.50                      | 8.15 | 19.17a              | 6.78 | 19.41*   | .10      |
| Grandiosidad   | 11.12c               | 3.69 | 10.95                      | 2.50 | 9.26a               | 3.09 | 13.72*   | .07      |
| Autocontrol    | 8.75c                | 4.90 | 9.30                       | 4.98 | 5.97a               | 2.89 | 23.61*   | .12      |
| Apego          | 8.92                 | 4.00 | 8.20                       | 3.90 | 8.78                | 2.86 | 0.40     | .00      |
| Negativismo    | 12.66c               | 5.82 | 12.30                      | 5.68 | 8.45a               | 4.03 | 32.31*   | .15      |
| Inhibición E.  | 18.96c               | 4.96 | 18.20                      | 4.43 | 16.61a              | 4.31 | 11.07*   | .06      |
| Punitivo       | 13.45c               | 6.68 | 14.50                      | 7.03 | 8.12 <sup>a</sup>   | 4.08 | 45.41*   | .20      |
| Aprobación     | 11.76b               | 6.24 | 14.40 <sup>a</sup>         | 6.41 | 7.16 <sup>a</sup>   | 4.19 | 41.84*   | .19      |

*Nota 1:* Las diferencias entre grupos se analizaron por medio de un contraste simple, indicándose las diferencias del grupo “ASI Web” (a) con respecto a los grupos “ASI asociaciones” (b) y “No ASI” (c).

\*  $p < .001$ .

*Nota 2:* Privación E. = Privación Emocional; Altos Estánd. = Altos Estándares; Inhibición E. = Inhibición Emocional.

Tal como se puede observar, hubo diferencias significativas en todos los casos, excepto en el estilo parental de *Peligro* y en el *Apego*, de manera que el grupo víctima de abuso sexual infantil obtenido a través de internet puntuó significativamente más alto que el grupo sin abuso sexual infantil en todas las variables. Con respecto al grupo de abuso sexual infantil obtenido en los propios centros o asociaciones de tratamiento del abuso y maltrato infantil, puntuó más bajo en Búsqueda de Aprobación, no habiendo diferencias significativas en ninguna de las restantes variables. Finalmente, en la mayor parte de los casos el tamaño de efecto fue grande.

### 4.4.1.6 Estilos Parentales de la Madre

De la misma manera, se analizaron las diferencias entre las personas que participaron en el estudio, divididas en tres grupos, en los estilos parentales de la madre. Los resultados mostraron un efecto multivariado significativo,  $F(34, 724) = 7.65, p < .001, \eta^2 = .26$ .

Tal como se puede apreciar en los resultados univariados representados en la Tabla 37, hubo diferencias significativas en todas las variables estudiadas, excepto en Autosacrificio y Apego. El grupo de víctimas de abuso sexual infantil obtenido a través de la web puntuó más alto que el grupo de abuso sexual infantil obtenido en los centros y asociaciones de abuso y maltrato infantil en los esquemas de *Peligro* y *Grandiosidad*. Con respecto al grupo sin abuso sexual infantil, puntuó significativamente más alto en todas las variables en las que se obtuvieron efectos significativos. Finalmente, al igual que en el anterior caso la mayor parte de los tamaños de efecto fueron grandes.

Tabla 37. *Diferencias univariadas en estilos parentales de la madre.*

|                  | ASI Web<br>(n = 155) |      | ASI asociación<br>(n = 20) |      | No ASI<br>(n = 204) |      | <i>F</i> | $\eta^2$ |
|------------------|----------------------|------|----------------------------|------|---------------------|------|----------|----------|
|                  | M                    | DT   | M                          | DT   | M                   | DT   |          |          |
| Privación E.     | 16.92c               | 8.22 | 15.39                      | 7.84 | 26.85a              | 4.48 | 116.74** | .38      |
| Abandono         | 9.27c                | 4.56 | 8.04                       | 3.64 | 4.95a               | 2.03 | 72.85**  | .28      |
| Abuso            | 8.82c                | 5.58 | 8.13                       | 5.61 | 4.43a               | 1.64 | 55.21**  | .23      |
| Peligro          | 11.04bc              | 5.18 | 8.52 <sup>a</sup>          | 5.39 | 10.28a              | 4.56 | 3.05*    | .02      |
| Dependencia      | 8.75c                | 4.38 | 8.87                       | 4.71 | 5.74a               | 3.31 | 28.93**  | .13      |
| Imperfección     | 12.73c               | 7.04 | 14.65                      | 7.46 | 5.67a               | 3.59 | 84.62**  | .31      |
| Fracaso          | 9.04c                | 5.78 | 9.70                       | 5.72 | 4.64a               | 1.83 | 55.42**  | .23      |
| Subyugación      | 12.88c               | 6.43 | 13.65                      | 6.81 | 6.59a               | 3.75 | 71.90**  | .28      |
| Autosacrificio   | 12.07                | 4.13 | 12.13                      | 4.49 | 11.49               | 3.03 | 1.25     | .01      |
| Altos Estándares | 23.21c               | 8.53 | 22.26                      | 9.90 | 18.95a              | 7.75 | 12.16**  | .06      |
| Grandiosidad     | 10.95bc              | 3.11 | 9.57 <sup>a</sup>          | 2.98 | 9.39a               | 3.03 | 11.59**  | .06      |
| Autocontrol      | 9.12c                | 4.85 | 9.13                       | 4.57 | 5.95a               | 2.98 | 30.60**  | .14      |
| Apego            | 9.96                 | 4.08 | 10.70                      | 4.90 | 9.73                | 3.35 | 0.73     | .00      |
| Negativismo      | 14.33c               | 5.67 | 13.39                      | 5.51 | 8.60a               | 3.97 | 64.33**  | .25      |
| Inhibición       | 17.73c               | 6.48 | 18.35                      | 4.33 | 15.23a              | 4.05 | 11.80**  | .06      |
| Punitivo         | 13.07c               | 6.06 | 12.70                      | 6.22 | 7.71a               | 3.66 | 54.89**  | .23      |
| Aprobación       | 12.13c               | 6.09 | 11.00                      | 5.58 | 7.21a               | 4.35 | 40.33**  | .18      |

Nota 1: Las diferencias entre grupos se analizaron por medio de un contraste simple, indicándose las diferencias del grupo “ASI Web” (a) con respecto a los grupos “ASI Asociaciones” (b) y “No ASI” (c).

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .001$ .

Nota 2: Privación E. = Privación Emocional

En conclusión, el grupo víctima de abuso sexual infantil obtenido a través del cuestionario de las web de las asociaciones Garaitza y ASPASI puntuó de forma similar al grupo obtenido a través de los cuestionarios a lápiz y papel recogidos en dichas asociaciones en la mayoría de las variables analizadas. De la misma manera, mostró diferencias significativas en la práctica totalidad de las variables estudiadas con respecto al grupo sin abuso sexual infantil. De esta forma, se puede asumir que los participantes víctimas de abuso sexual infantil que respondieron al cuestionario a través de la web de las asociaciones de tratamiento de abuso y maltrato infantil son realmente muestra clínica, además de validarse el método de recogida de información mediante internet.

#### **4.5 Relación entre las consecuencias psicológicas y los factores cognitivos asociados al maltrato infantil**

Para evaluar las consecuencias psicológicas disfuncionales de ansiedad, ansiedad fóbica, depresión, riesgo de suicidio, impulsividad, conductas impulsivas (abuso de alcohol, juego patológico, adicción o abuso de sustancias, trastornos de alimentación, uso abusivo de Internet y videojuegos, gasto compulsivo e hipersexualidad) agresión desplazada y los esquemas maladaptativos tempranos en función del tipo de abuso y negligencia sufrido en la infancia (abuso físico, sexual, emocional, negligencia física y emocional) se llevó a cabo un diseño transversal de tipo correlacional. En primer lugar, se calcularon los coeficientes de correlación ( $r$  de Pearson) entre todas las variables consideradas, a fin de determinar los correlatos de los distintos tipos de abuso y negligencia. Debido al elevado número de variables consideradas y para facilitar la comprensión, esto se ha llevado a cabo en tres partes. En la primera parte, se analiza la asociación entre los distintos tipos de abuso y la sintomatología disfuncional, posteriormente, la asociación entre los distintos tipos de abuso y los esquemas maladaptativos tempranos; y en tercer lugar, entre los esquemas maladaptativos tempranos y la sintomatología.

##### ***4.5.1 Relación entre los diferentes tipos de abuso infantil recibido (abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligencia física y negligencia emocional) y la sintomatología psicológica disfuncional de ansiedad, ansiedad fóbica, depresión, impulsividad, conductas impulsivas (abuso/dependencia de alcohol, juego patológico, adicción a sustancias, trastornos de la alimentación, uso abusivo de Internet y videojuegos, gasto compulsivo e hiper), riesgo de suicidio y la agresión desplazada presente en la edad adulta***

En la Tabla 38 se presentan los resultados relativos a la asociación entre las distintas formas de abuso en la infancia y la sintomatología disfuncional valorada

Tabla 38. Coeficientes de correlación (Pearson's  $r$ ) entre los diferentes tipo de abuso y negligencia infantil y la sintomatología disfuncional.

|                       | 1       | 2       | 3      | 4      | 5    | 6       | 7       | 8     | 9       | 10      | 11      | 12      | 13    | 14     |
|-----------------------|---------|---------|--------|--------|------|---------|---------|-------|---------|---------|---------|---------|-------|--------|
| Abuso Sexual          | .56***  | .57***  | .61*** | -.18** | -.05 | -.23*** | -.35*** | -.12  | -.25*** | -.20**  | -.25*** | -.38*** | .18** | .22*** |
| Abuso Físico          | .40***  | .47***  | .42*** | -.13*  | .03  | -.22*** | -.15*   | -.06  | -.12    | -.16*   | -.23*** | -.29*** | .06   | .15*   |
| Abuso Emocional       | .48***  | .57***  | .59*** | -.15*  | -.07 | -.17**  | -.29*** | -.13* | -.24*** | -.22*** | -.24*** | -.40*** | .03   | .14*   |
| Negligencia Física    | -.16*   | -.20**  | .20**  | -.07   | .06  | -.11    | .20**   | -.02  | .04     | .13*    | -.07    | .08     | .05   | -.02   |
| Negligencia Emocional | -.47*** | -.58*** | .62*** | .19**  | .06  | .18**   | .28***  | .12   | .20**   | .22***  | .23***  | .38***  | -.16* | -.14*  |

*Nota:* 1: Ansiedad; 2: Ansiedad Fóbica; 3: Depresión; 4: Alcohol; 5: Juego; 6: Sustancias; 7: Alimentación; 8: Internet; 9: Video juegos; 10: Gasto; 11: Hipersexualidad; 12: Impulsividad; 13: Riesgo de suicidio; 14: Agresión Desplazada. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

Tal como se puede comprobar, el abuso emocional y la negligencia emocional son las tipologías de maltrato que más se relacionan con la sintomatología psicológica disfuncional, seguidas por el abuso sexual y el abuso físico. En todos los casos, se ha encontrado asociación con el consumo abusivo de alcohol, sustancias, conducta compulsiva alimentaria, sexual y gasto compulsivo junto con la impulsividad, más concretamente, la asociación ha sido negativa en todos excepto en la negligencia emocional. En el caso de la agresión desplazada, la mayor asociación se ha encontrado con el abuso sexual infantil seguida por los casos del abuso físico y emocional y relación en sentido contrario, con la negligencia emocional. En último lugar, se encuentra la negligencia física que tan solo se relaciona con la conducta alimentaria y el gasto compulsivo.

#### 4.5.2 Relación entre los diferentes tipos de abuso infantil recibido (abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligencia física y negligencia emocional) y los esquemas maladaptativos tempranos presentes en la edad adulta.

Tabla 39. Coeficientes de correlación (Pearson's  $r$ ) entre los diferentes tipo de abuso y negligencia infantil y los esquemas maladaptativos tempranos.

|                       | 1       | 2       | 3       | 4       | 5       | 6       | 7    | 8       | 9       | 10      | 11      | 12      | 13     | 14      |
|-----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|---------|
| Abuso Sexual          | .45***  | .44***  | .30***  | .29***  | .46***  | -.22*** | .02  | -.39*** | -.24*** | -.37*** | .38***  | -.32*** | -.20** | -.30*** |
| Abuso Físico          | .29***  | .17*    | .22***  | .25***  | .32***  | -.12    | .11  | -.24*** | -.10    | -.19**  | .28***  | -.17*   | -.14*  | -.14*   |
| Abuso Emocional       | .50***  | .34***  | .32***  | .29***  | .47***  | -.20**  | .05  | -.32*** | -.21**  | -.32*** | .38***  | -.23*** | -.14*  | -.23*** |
| Negligencia Física    | -.25*** | -.09    | -.13*   | -.10    | -.16*   | .07     | .01  | .13*    | .06     | .17*    | -.20**  | .02     | .09    | .11     |
| Negligencia Emocional | -.56*** | -.37*** | -.35*** | -.38*** | -.50*** | .12     | -.09 | .27***  | .12     | .28***  | -.46*** | .17**   | .10    | .20**   |

Nota: 1: Privación Emocional; 2: Abandono; 3: Abuso; 4: Imperfección; 5: Fracaso; 6: Dependencia; 7: Peligro; 8: Apego; 9: Subyugación; 10: Autosacrificio; 11: Aislamiento Social; 12: Inhibición Emocional; 13: Altos Estándares; 14: Grandiosidad. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

En segundo lugar, en la Tabla 39 se muestran los relativos a la asociación entre las distintas formas de abuso en la infancia y los esquemas maladaptativos tempranos.

Tal como se puede observar, el abuso sexual y el abuso emocional son las tipologías de maltrato que están más relacionadas con todos los tipos de esquemas maladaptativos tempranos, a excepción del *Peligro*. Este esquema disfuncional no se relaciona con ninguna de las tipologías de maltrato. Por otro lado, la negligencia física se relaciona con el menor número de esquemas maladaptativos tempranos frente al abuso sexual, físico, emocional o negligencia emocional, a pesar de ello se relaciona con cinco esquemas disfuncionales.

#### 4.5.3 Relación entre los diferentes tipos de abuso infantil recibido (abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligencia física y negligencia emocional), los esquemas maladaptativos tempranos y la agresión desplazada presente en la edad adulta.

A continuación, se incorporó la variable Agresión Desplazada en el análisis de la asociación entre las distintas formas de abuso en la infancia y los esquemas maladaptativos tempranos representados por dominios como se observa en los resultados presentados en la tabla 40.

Tabla 40. Coeficientes de correlación (Pearson's  $r$ ) entre las tipologías de abuso y infantil y los esquemas maladaptativos por dominios

|                         | Abuso Sexual | Abuso Físico | Abuso Emocional | Agresión Desplazada | Desconexión y Rechazo | Autonomía Deteriorada | Orientación a los Demás | Sobre-Vigilancia | Limites Deteriorados |
|-------------------------|--------------|--------------|-----------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|------------------|----------------------|
| Abuso Sexual            | -            |              |                 |                     |                       |                       |                         |                  |                      |
| Abuso Físico            | .30***       | -            |                 |                     |                       |                       |                         |                  |                      |
| Abuso Emocional         | .49***       | .61***       | -               |                     |                       |                       |                         |                  |                      |
| Agresión Desplazada     | .16*         | .07          | .05             | -                   |                       |                       |                         |                  |                      |
| Desconexión y Rechazo   | .36***       | .23**        | .43***          | .34***              | -                     |                       |                         |                  |                      |
| Autonomía Deteriorada   | .23**        | .22**        | .33***          | .28***              | .79***                | -                     |                         |                  |                      |
| Orientación a los Demás | .10          | .11          | .11             | .16*                | .65***                | .80***                | -                       |                  |                      |
| Sobre-Vigilancia        | .08          | .00          | .11             | .23**               | .66***                | .72***                | .84***                  | -                |                      |
| Límites Deteriorados    | .04          | .11          | .18*            | .15*                | .58***                | .64***                | .68***                  | .64***           | -                    |

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

Como se puede ver, la agresión desplazada se asoció significativamente y positivamente con el abuso sexual infantil y con los cinco dominios de los esquemas maladaptativos tempranos, con coeficientes entre 0,15 y 0,34. Mientras el abuso sexual fue significativa y positivamente relacionada con los dominios de Desconexión y Rechazo y Autonomía Deteriorada. Por último, como puede observarse los cinco dominios de los esquemas maladaptativos tempranos se correlacionaron significativa y positivamente entre sí, con valores entre 0,58 y 0,84.

#### ***4.5.4 Relación entre los esquemas maladaptativos y la sintomatología psicológica disfuncional de ansiedad, ansiedad fóbica, depresión, impulsividad, conductas impulsivas (abuso/dependencia de alcohol, juego patológico, adicción a sustancias, trastornos de la alimentación, uso abusivo de Internet y videojuegos, gasto compulsivo e hipersexualidad), riesgo desuicidio y la agresión desplazada presente en la edad adulta***

En la Tabla 41 se detallan las correlaciones entre los esquemas maladaptativos tempranos y la sintomatología disfuncional.

Tabla 41. *Coefficientes de correlación (Pearson's r) entre los esquemas maladaptativos tempranos y la sintomatología disfuncional.*

|                     | 1       | 2       | 3       | 4       | 5       | 6      | 7      | 8     | 9     | 10    | 11      | 12    | 13    | 14    |
|---------------------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|
| Ansiedad            | .34***  | .51***  | .47***  | .38***  | .45***  | .01    | .28*** | -.09  | .03   | -.10  | .42***  | -.10  | .02   | -.10  |
| Ansiedad Fóbica     | .37***  | .47***  | .45***  | .41***  | .46***  | .00    | .20**  | -.12  | .02   | -.15* | .41***  | -.10  | -.02  | -.16* |
| Depresión           | .40***  | .54***  | .46***  | .46***  | .54***  | .03    | .24*** | -.13* | .02   | -.15* | .49***  | -.10  | -.01  | -.16* |
| Alcohol             | -.19**  | -.15*   | -.17*   | -.23*** | -.23*** | -.07   | -.11   | -.02  | -.08  | -.02  | -.23*** | -.13* | -.05  | -.05  |
| Juego               | .03     | .01     | -.02    | -.01    | .02     | .14*   | .16*   | .11   | .14*  | .17*  | .03     | .14*  | .09   | .15*  |
| Sustancias          | -.17*   | -.19**  | -.15*   | -.11    | -.11    | .17**  | .05    | .14*  | .08   | .09   | -.21**  | .11   | .05   | .05   |
| Alimentación        | -.22*** | -.34*** | -.25*** | -.30*** | -.30*** | .00    | -.20** | .05   | .05   | -.01  | -.22*** | .15*  | -.07  | .10   |
| Internet            | -.07    | -.24*** | -.14*   | -.11    | -.18**  | -.08   | -.12   | -.06  | -.09  | -.02  | -.16*   | -.04  | -.01  | -.02  |
| Video juegos        | -.12    | -.19**  | -.10    | -.14*   | -.22*** | .07    | -.06   | .06   | .11   | .07   | -.16    | .08   | .07   | .14*  |
| Gasto               | -.22*** | -.25*** | -.12    | -.26*** | -.21**  | -.16*  | -.20** | -.09  | -.13* | -.11  | -.21**  | -.08  | -.09  | .00   |
| Hipersexualidad     | -.13*   | -.26*** | -.12    | -.12    | -.05    | .11    | -.01   | .14*  | .08   | .07   | -.15*   | .13   | .01   | .03   |
| Impulsividad        | -.29*** | -.42*** | -.29*** | -.34*** | -.34*** | .01    | -.17*  | .05   | .00   | .03   | -.35*** | .06   | -.03  | .07   |
| Riesgo de Suicidio  | .09     | .16*    | .27***  | .23***  | .25***  | .10    | .20**  | -.02  | .12   | .06   | .27***  | .12   | .06   | .05   |
| Agresión Desplazada | .27***  | .33***  | .29***  | .25***  | .22***  | .27*** | .27*** | .15*  | .19** | .08   | .19**   | .14*  | .18** | .09   |

Nota 1: Privación Emocional; 2: Abandono; 3: Abuso; 4: Imperfección; 5: Fracaso; 6: Dependencia; 7: Peligro; 8: Apego; 9: Subyugación; 10: Autosacrificio; 11: Aislamiento Social; 12: Inhibición Emocional; 13: Altos Estándares; 14: Grandiosidad. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

Tal como se puede observar, existen muchos matices en los datos. Destacar que la agresión desplazada está relacionada con la mayoría de los esquemas maladaptativos tempranos, a excepción de los esquemas de *Autosacrificio* y la *Grandiosidad*. Estos dos esquemas junto con *Altos Estándares* son los que menos correlacionan con la sintomatología disfuncional. Por el contrario, los esquemas que se relacionan más con síntomas psicológicos disfuncionales son el de *Abandono* y el de *Aislamiento Social*, seguidos por el *Fracaso*.

#### 4.5.5 *Diferencias de género entre el abuso sexual, abuso físico y abuso emocional infantil, la agresión desplazada y los esquemas maladaptativos tempranos presentes en la edad adulta.*

En la Tabla 42 se detallan las diferencias de género obtenidas en todas las variables a través de la pruebas *t-Student* de muestras independientes.

Tabla 42. *Diferencias de género en abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, agresión desplazada y esquemas maladaptativos tempranos.*

|                         | Hombres |       | Mujeres |       | <i>T</i> | <i>D</i> |
|-------------------------|---------|-------|---------|-------|----------|----------|
|                         | M       | SD    | M       | SD    |          |          |
| Abuso Sexual            | 6.76    | 6.24  | 11.98   | 6.32  | -3.58**  | -0.83    |
| Abuso Físico            | 2.33    | 3.06  | 3.98    | 4.79  | -1.54    | -0.41    |
| Abuso Emocional         | 7.76    | 6.74  | 10.84   | 6.22  | -2.12*   | -0.47    |
| Agresión Desplazada     | 25.67   | 15.04 | 29.20   | 13.78 | -1.10    | -0.24    |
| Desconexión/ Rechazo    | 50.05   | 19.14 | 61.47   | 22.13 | -2.25*   | -0.55    |
| Autonomía Deteriorada   | 17.90   | 7.97  | 27.57   | 17.14 | -2.54*   | -0.72    |
| Orientación a los Demás | 10.60   | 2.76  | 14.43   | 10.29 | -1.65    | -0.51    |
| Vigilancia Excesiva     | 14.10   | 4.13  | 17.51   | 9.27  | -1.66    | -0.48    |
| Límites Deteriorados    | 6.57    | 2.44  | 7.24    | 3.97  | -0.75    | -0.20    |

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .001$ .

En este caso, se analizaron los contrastes a través de la significación y el tamaño de efecto. Este último, fue interpretado según el criterio de Cohen que comprende los valores menores de 0,20 como pequeños, los valores menores de 0.50 como medios y los valores

por encima de 0,80 como grandes (Cohen, 1988). Como puede observarse en la Tabla 40, se observaron diferencias significativas en el abuso sexual infantil, con un tamaño de efecto alto, y en el abuso emocional, los dominios de Desconexión y Rechazo y Deterioro de la Autonomía, con tamaños del efecto medio, anotando las mujeres mayores puntuaciones que los hombres en todos ellos.

#### ***4.5.6 Relación entre los esquemas maladaptativos tempranos y los estilos parentales en las víctimas de abuso sexual infantil.***

La Tabla 43 muestra la relación entre los estilos parentales percibidos y los esquemas maladaptativos tempranos de Privación Emocional, Abuso, Imperfección, Aislamiento Social, Fracaso y Peligro en las víctimas de abuso sexual infantil. En este momento del estudio la atención se localiza en estos 6 esquemas maladaptativos por su alta y significativa correlación con el abuso emocional y la negligencia emocional especialmente presente en el abuso sexual infantil según la literatura.

Tabla 43. *Correlación bivariada entre los estilos parentales y los esquemas maladaptativos tempranos.*

| PATERNAL            | 1       | 2      | 3      | 4      | 5      | 6      | 7      | 8      | 9      | 10     |
|---------------------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Privación Emocional | -,425** | ,327** | ,341** | ,274** | ,441** | ,325** | ,401** | ,287** | ,330** | ,453** |
| Abuso               | -,335** | ,270** | ,313** | ,341** | ,397** | ,280** | ,361** | ,293** | ,341** | ,373** |
| Imperfección        | -,279** | ,249** | ,284** | ,300** | ,428** | ,254** | ,368** | ,266** | ,404** | ,405** |
| Aislamiento Social  | -,393** | ,289** | ,301** | ,245** | ,406** | ,294** | ,334** | ,322** | ,371** | ,408** |
| Fracaso             | -,351** | ,262** | ,238** | ,284** | ,381** | ,306** | ,328** | ,227** | ,337** | ,246** |
| Peligro             | -,284** | ,210** | ,381** | ,272** | ,420** | ,308** | ,425** | ,217** | ,424** | ,427** |
| MATERNAL            | 1       | 2      | 3      | 4      | 5      | 6      | 7      | 8      | 9      | 10     |
| Privación Emocional | -,463** | ,268** | ,257** | ,380** | ,459** | ,274** | ,397** | ,279** | ,262** | ,306** |
| Abuso               | -,340** | ,246** | ,214** | ,326** | ,388** | ,248** | ,350** | ,229** | ,255** | ,211** |
| Imperfección        | -,317** | ,186*  | ,117   | ,289** | ,320** | ,198** | ,236** | ,119   | ,107   | ,172*  |
| Aislamiento Social  | -,444** | ,251** | ,273** | ,350** | ,475** | ,321** | ,402** | ,244** | ,295** | ,233** |
| Fracaso             | -,311** | ,236** | ,169*  | ,384** | ,386** | ,288** | ,356** | ,266** | ,290** | ,217** |
| Peligro             | -,324** | ,178*  | ,178*  | ,226** | ,288** | ,168*  | ,193*  | ,155*  | ,109   | ,215** |

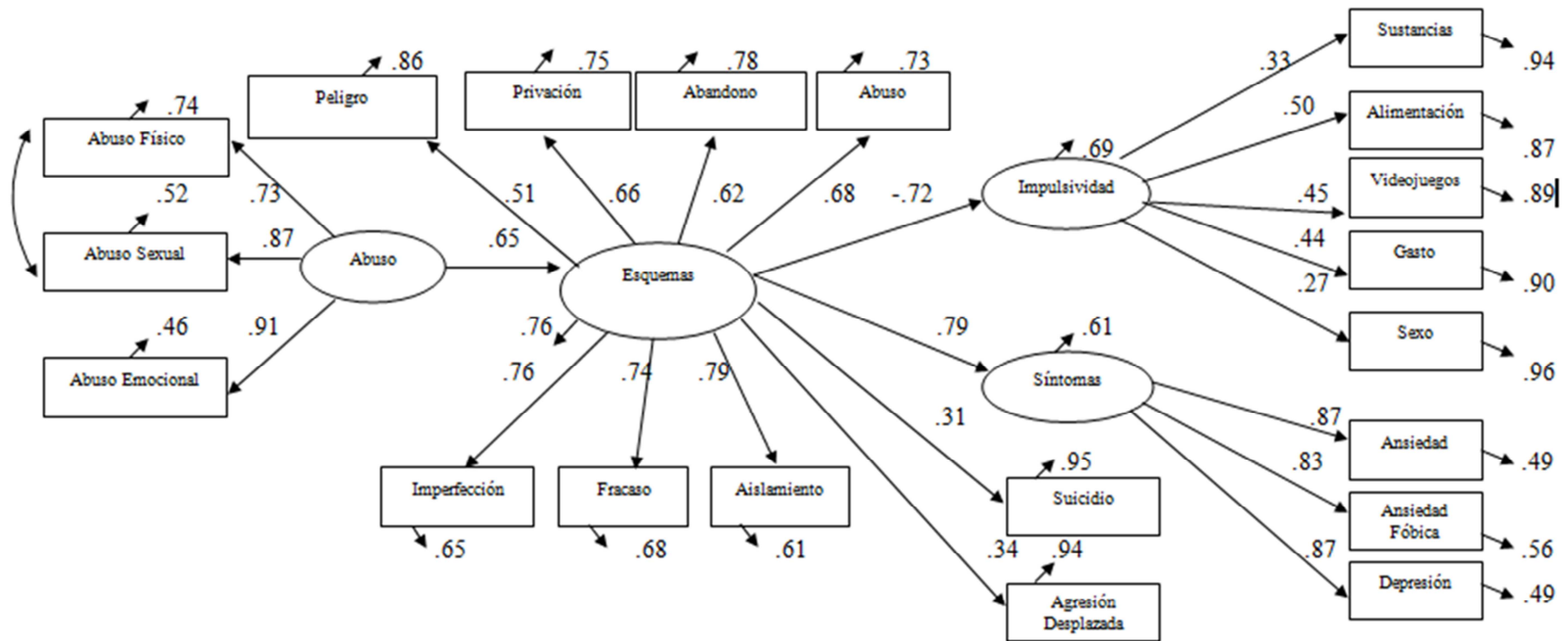
Nota: 1 = Privación Emocional; 2= Abandono; 3= Abuso; 4= Dependencia; 5= Imperfección; 6= Fracaso; 7=Subyugación; 8= Negativismo; 9= Punitivo; 10= Búsqueda de aprobación. \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ .

Como se puede apreciar en la Tabla 43 se encontraron patrones similares entre los estilos de crianza de la figura materna y paterna en relación con los esquemas maladaptativos tempranos. Como se puede observar, seis de los esquemas maladaptativos tempranos estudiados se relacionaron alta, positiva y significativamente con los estilos parentales, en ambos sexos, excepto en el caso del estilo parental de Privación Emocional, que se correlacionó negativamente, pero también alta y significativamente.

#### **4.6 El papel mediador de los factores cognitivos en las consecuencias psicológicas del maltrato infantil.**

##### ***4.6.1 Evaluación de los esquemas maladaptativos tempranos como posibles mediadores de la relación entre sufrir abuso sexual, abuso físico y abuso emocional infantil y la sintomatología psicológica disfuncional.***

Finalmente, en base a los resultados anteriores se analizó la relación multivariada de las variables estudiadas por medio de un modelo de ecuaciones estructurales. Para ello se consideró las formas de abuso (abuso sexual, abuso emocional y abuso físico) como las variables independientes, los esquemas maladaptativos tempranos como variables mediadoras y la sintomatología disfuncional de conductas impulsivas (sustancias, alimentación, videojuegos, gasto y sexo), ansiedad, ansiedad fóbica, depresión, riesgo de suicidio y agresión desplazada, como variables dependientes. Este análisis se ejecutó mediante el software EQS 6.1 (Bentler, 2005). Para la estimación de los parámetros se utilizó el método de máxima verosimilitud, y los criterios de ajuste del modelo fueron tanto la significación de los coeficientes path ( $\lambda$ ) como la adecuación de los índices de bondad de ajuste. Con respecto a estos últimos, se valoraron cuatro: como índice de parsimonia, se evaluó el cociente entre  $\chi^2$  y los grados de libertad del modelo, de forma que valores inferiores a 2 se consideran indicadores de un correcto ajuste (Brooke, Russell y Price, 1988). Como índice absoluto se analizó el *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), cuyo valor ha de ser menos de .08 (Browne y Cudeck, 1993). Finalmente, como índices incrementales se consideraron el *Comparative Fit Index* (CFI) y el *Non-Normed Fit Index* (NNFI), cuyos valores han de estar por encima de .95 (Hu y Bentler, 1999).



Ajuste del Modelo:  $\chi^2/df = 1.19$ ; RMSEA: .032 (90% I.C.: .000 - .049); CFI: .98; NNFI: .97

Figura 14. Relaciones mediadas por los esquemas maladaptativos tempranos entre los distintos tipos de abuso y la sintomatología, las conductas impulsivas, el suicidio y la agresión desplazada.

Nota: Esquemas:  $R^2 = 42.1\%$ ; Conductas Impulsivas:  $R^2 = 52.2\%$ ; Sintomatología:  $R^2 = 62.8\%$ ; Suicidio:  $R^2 = 9.4\%$ ; Agresión Desplazada:  $R^2 = 11.7\%$ . Todos los coeficientes son significativos.

De esta forma, el diagrama de flujos resultante se puede observar en la Figura 14. Tal como se aprecia, los resultados confirman la hipótesis de la relación multivariada entre las distintas formas de abuso y la sintomatología disfuncional, siendo mediada esta relación por los esquemas maladaptativos tempranos. Los índices de ajuste valorados obtuvieron niveles dentro de los márgenes admitidos para su aceptación, además de alcanzar la significación estadística todos los coeficientes lambda del modelo. De esta forma, el modelo propuesto explicó el 52.2% de la varianza de las conductas impulsivas, el 62.8% de los síntomas de ansiedad, ansiedad fóbica y depresión, el 11.7% de los comportamientos agresivos desplazados y el 9.4% de las conductas suicidas. Por lo tanto, se puede concluir que el abuso sexual, abuso físico y el abuso emocional explican significativamente la aparición de sintomatología disfuncional bajo la mediación de los esquemas maladaptativos tempranos.

#### ***4.6.2 Los esquemas maladaptativos tempranos por dominios como posibles mediadores de la relación entre sufrir abuso sexual, abuso físico y abuso emocional infantil y la sintomatología psicológica disfuncional.***

Una vez verificado el modelo de relación multivariada entre las variables objeto de estudio, se profundizó en las relaciones de las mismas de forma más básica a través de la realización de una serie de modelos de mediación simple. Concretamente, dado el objetivo principal de este estudio se analizó la relación entre el abuso sexual y la sintomatología, estudiando el papel mediador de los esquemas cognitivos y controlando como covariantes las restantes formas de abuso y negligencia. Para el establecimiento de estos modelos se tomó como punto de partida los resultados de las tres tablas de correlaciones anteriormente comentadas (Ver Tablas 24, 25 y 26).

A fin de simplificar el número de modelos, los esquemas cognitivos fueron agrupados en sus dimensiones secundarias: *Desconexión y Rechazo*, formada por los esquemas de Privación Emocional, Abandono, Abuso, Aislamiento Social y Imperfección; *Autonomía Deteriorada*, formada por los esquemas de Dependencia, Peligro; Apego y Fracaso; *Orientación a los Demás*, formado por los esquemas Subyugación, Autosacrificio y Búsqueda de aprobación; *Sobrevigilancia e Inhibición Emocional*, formado por los esquemas Negativismo, Inhibición Emocional, Altos Estándares y Castigo; y *Límites*

*Deteriorados*, compuesto por los esquema de Grandiosidad y Autocontrol. De esta forma, se analizó el papel mediador de las dimensiones de Desconexión y Rechazo y Autonomía Deteriorada, debido a que los esquemas que agrupan fueron los que mayores coeficientes de correlación significativos alcanzaron con las diferentes medidas de sintomatología.

De esta forma, se probaron seis modelos de mediación. El primero de ellos analizó el efecto mediador del dominio de Desconexión y Rechazo entre el abuso sexual y el consumo impulsivo de alcohol. El resultado gráfico se muestra en la Figura 15. Tal como se puede observar, no se observa un efecto mediador significativo, al no ser significativo ni el efecto total ni el efecto directo. En segundo lugar se analizó el efecto del dominio de Autonomía Deteriorada en la relación entre abuso sexual y consumo abusivo de alcohol. Los resultados se representan en la Figura 16.

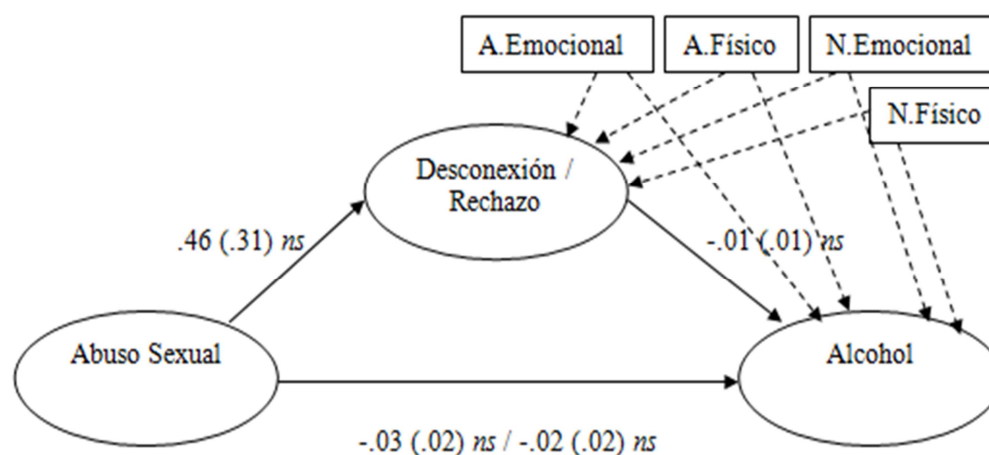


Figura 15. *Efecto mediador de la dimensión Desconexión / Rechazo entre el abuso sexual y el consumo de alcohol. Las flechas discontinuas indican relaciones de covariantes.*

*Consumo de Alcohol:*  $R^2 = 3.41\%$ .

Al igual que en el anterior caso, no se halló un efecto significativo de mediación. En tercer lugar se analizó el efecto mediador del dominio de Desconexión y Rechazo entre el abuso sexual y la ingesta impulsiva de alimentos. En este caso se obtuvo una mediación perfecta, tal como se observa en la Figura 15, al ser significativo el efecto total ( $\beta = -.05$ ,  $p = .006$ ) y no serlo el efecto directo ( $\beta = -.03$ ,  $p = .054$ ). Al introducir como mediador la Autonomía entre el abuso sexual y el consumo impulsivo de alimentos se observó que no había efecto de mediación (Figura 16), ya que, a pesar de que tanto el efecto total como el efecto directo fueron significativos, el test de Sobel mostró que la reducción de la asociación al introducir el mediador no era significativa.

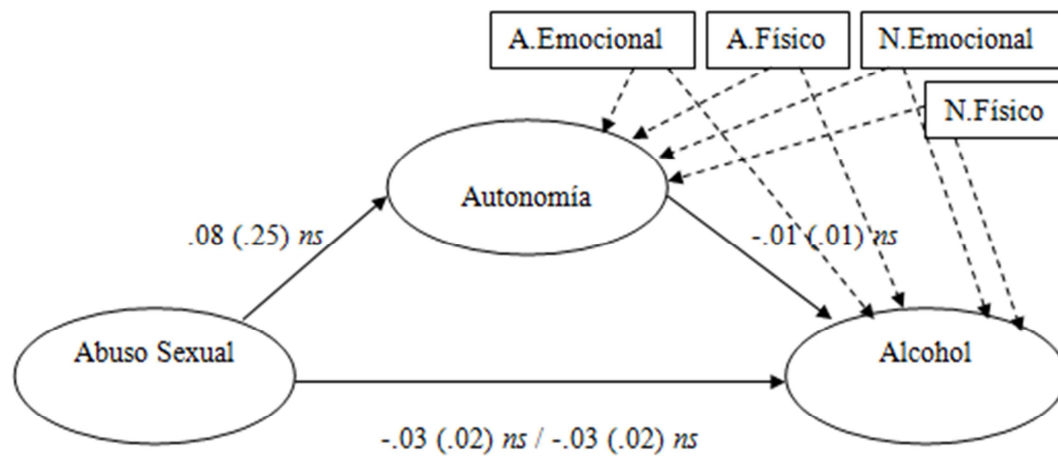


Figura 16. Efecto mediador de la dimensión Autonomía entre el abuso sexual y el consumo de alcohol. Las flechas discontinuas indican relaciones de covariantes.

Consumo de Alcohol:  $R^2 = 2.64\%$ .

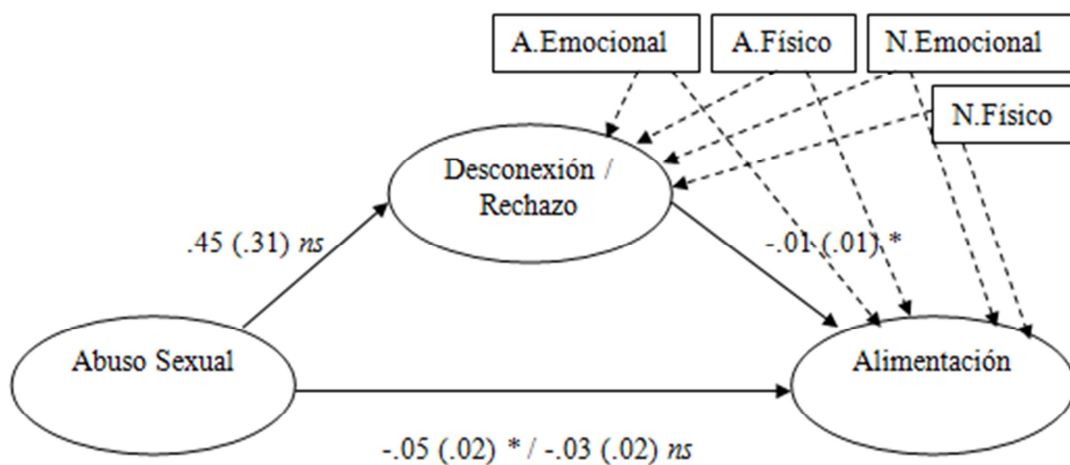


Figura 17. Efecto mediador de la dimensión Desconexión / Rechazo entre el abuso sexual y el consumo impulsivo de alimentos. Las flechas discontinuas indican relaciones de covariantes.

Consumo Impulsivo de Alimentos:  $R^2 = 6.41\%$ .

\*  $p < .01$ .

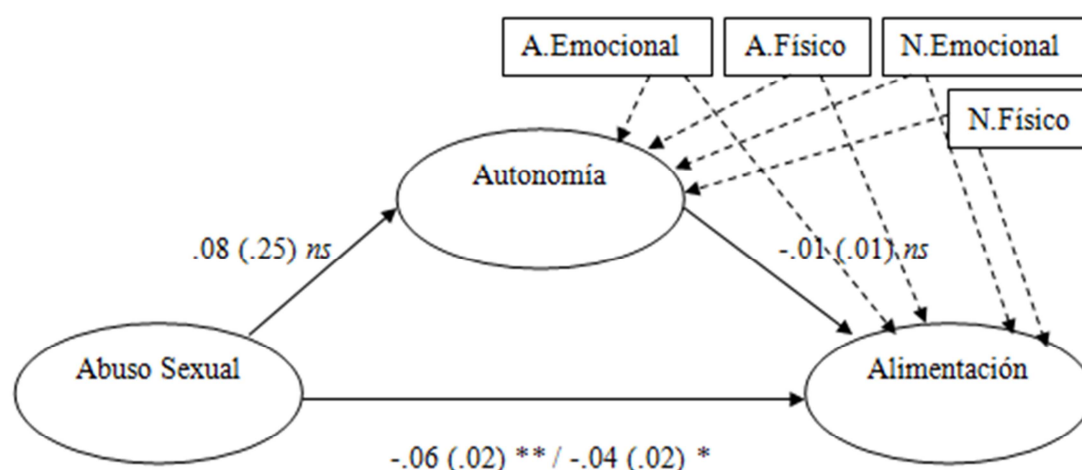


Figura 18. Efecto mediador de la dimensión Autonomía entre el abuso sexual y el consumo impulsivo de alimentos. Las flechas discontinuas indican relaciones de covariantes.

Consumo Impulsivo de Alimentos:  $R^2 = 6.41\%$ .

Test de Sobel:  $Z = -0.24, p = .808$ .

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ .

Los dos últimos modelos de mediación se llevaron a cabo analizando el efecto de las dos dimensiones en la relación entre el abuso sexual y la puntuación total en impulsividad. Con respecto a la dimensión de Desconexión y Rechazo, los resultados se detallan en la Figura 20. Tal como se puede observar, se obtuvo un efecto de mediación perfecto, dado que el coeficiente beta relativo al efecto total era significativo, mientras que en el efecto directo, al introducir en el modelo la variable mediadora, perdió su significación. Con respecto al papel mediador de la dimensión Autonomía, el resultado se muestra en la Figura 20. En este caso se observó que tanto el efecto total como el efecto directo fueron significativos. Al realizar el test de Sobel para determinar la posible existencia de una mediación parcial, éste no fue significativo, indicando que la reducción del efecto total al introducir la variable mediadora no era significativa.

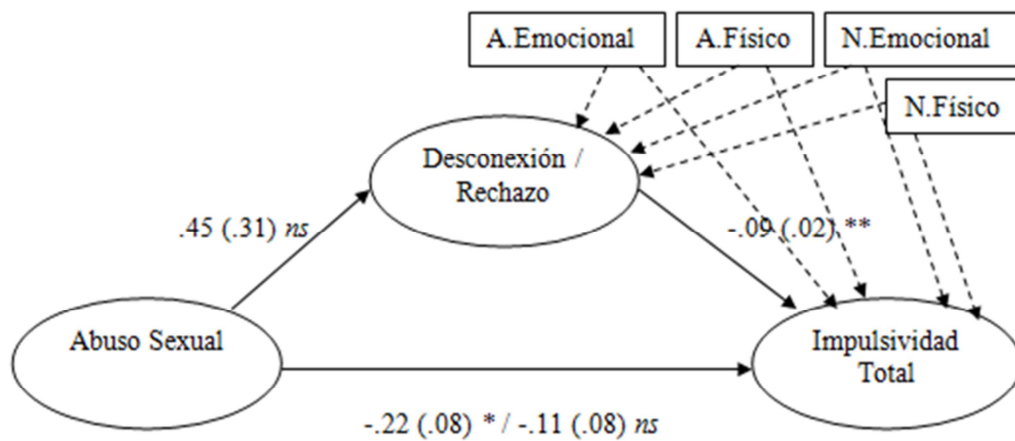


Figura 19. Efecto mediador de la dimensión Desconexión y Rechazo entre el abuso sexual y la impulsividad total. Las flechas discontinuas indican relaciones de covariantes.

Impulsividad total:  $R^2 = 14.13\%$ .

\*  $p < .01$ , \*\*  $p < .001$ .

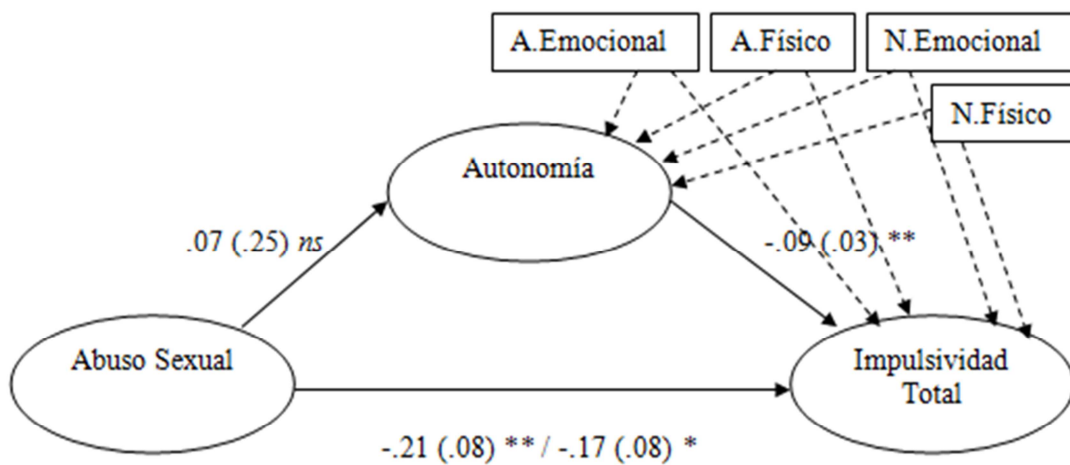


Figura 20. Efecto mediador de la dimensión Autonomía entre el abuso sexual y la impulsividad total. Las flechas discontinuas indican relaciones de covariantes.

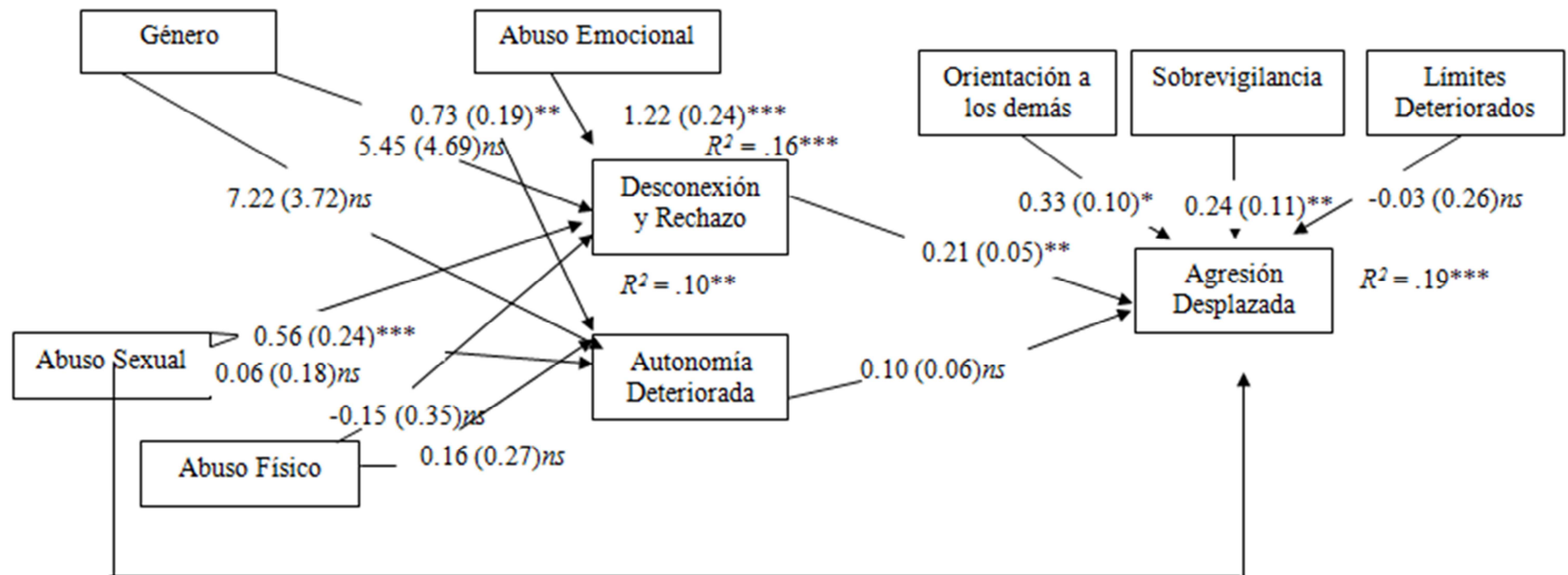
Impulsividad Total:  $R^2 = 10.33\%$ . Test de Sobel:  $Z = -0.28$ ,  $p = .779$ .

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ .

**4.6.3 *El efecto mediador entre los dominios de Desconexión y Rechazo y Autonomía Deteriorada de las estructuras cognitivas maladaptativas, entre el abuso sexual y la agresión desplazada independientemente del género y del abuso físico y emocional.***

Atendiendo a los resultados anteriores, se analiza la relación multivariada entre las variables, con el fin de evaluar el efecto de mediación de los dominios de los esquemas maladaptativos tempranos entre el abuso sexual infantil y la agresión desplazada, en este caso controlando el efecto del género y del abuso físico y emocional. Por lo tanto, el abuso sexual, se introduce en el modelo como variable independiente; la agresión desplazada como variable dependiente; los dominios de Desconexión y Rechazo y la Autonomía Deteriorada como mediadores debido su relación significativa tanto con el abuso sexual, como con la agresión desplazada; el género, el abuso físico y el abuso emocional se introducen como covariantes en la predicción de los dos mediadores a causa de las diferencias de género y los coeficientes de correlación entre ellos; y los dominios de Orientación a los Demás, Sobrevigilancia y Límites Deteriorados se analizan como covariantes en la predicción de la agresión desplazada, debido a su relación significativa con esta variable. En este caso, la fuerza de las asociaciones entre variables se calculó mediante el coeficiente beta no estandarizado y su error estándar junto con la significación. Además, explicó la varianza de cada una de las variables endógenas (mediadoras y variable dependiente) se analiza con coeficiente determinante ( $R^2$ ) y su significación. Por último, se evalúa el efecto total y el efecto directo de la relación entre el abuso sexual y la agresión desplazada.

Los resultados se muestran en la Figura 21. Como se puede ver, se observó un efecto de mediación perfecta, por la falta de significación en el efecto directo. Teniendo en cuenta que el efecto total fue de  $B = 0,34$  y el efecto directo fue de  $B = 0,04$ , el 88,23% de la varianza común del abuso sexual y la agresión desplaza se explica por los mediadores y covariantes del modelo. Más concretamente, el dominio que más influencia tiene en esta relación es el dominio de Desconexión y Rechazo, por ser el único que se relaciona significativamente tanto con el abuso sexual infantil como con la agresión desplazada. El abuso emocional, el dominio de Orientación a los Demás y Sobrevigilancia fueron significativas como covariantes.



Efecto Total:  $0.34 (0.15)^*$  / Efecto Directo:  $0.04 (0.16)^{ns}$

Figura 21. Modelo mediacional que representa la relación indirecta entre el abuso sexual y la agresión desplazada.

El Género, el Abuso Emocional y el Abuso Físico fueron introducidos como covariantes de las dimensiones de Desconexión y Rechazo y Límites Deteriorados. Las dimensiones de Orientación a los Demás, Sobrevigilancia y Límites Deteriorados fueron introducidos como covariantes de la Agresión Desplazada. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

#### **4.7 El papel mediador de los estilos parentales en la relación entre el abuso emocional infantil y factores cognitivos en las víctimas de abuso sexual infantil**

##### **4.7.1 *Evaluación de los estilos parentales de la figura materna y paterna como posibles mediadores de la relación entre sufrir abuso emocional infantil y desarrollar esquemas maladaptativos tempranos en las víctimas de abuso sexual infantil.***

Con el fin de abordar la octava hipótesis y analizar el papel de los estilos de crianza parentales en el desarrollo de los esquemas maladaptativos tempranos en las víctimas de abuso sexual infantil, se llevaron a cabo modelos de mediación múltiple utilizando el INDIRECT macro para SPSS de Preacher y Hayes (2008). Sólo cuatro de los esquemas maladaptativos tempranos (Privación Emocional, Abuso, Imperfección y Fracaso), fueron incluidos en el modelo, con motivo de la revisión de la literatura y de los resultados de correlación anteriores. El mismo procedimiento se llevó a cabo con los estilos de parentales maternos y paternos. Con el fin de reducir el número de mediadores, en este caso también se seleccionaron sólo cuatro esquemas correspondientes a los siguientes estilos parentales: Privación emocional, Abuso, Imperfección, y Fracaso.

En primer lugar, el papel mediador de los estilos parentales se puso a prueba en la relación entre el abuso emocional (variable independiente) y los esquemas maladaptativos tempranos (variable dependiente). Dicha relación se representa en la Figura 22.

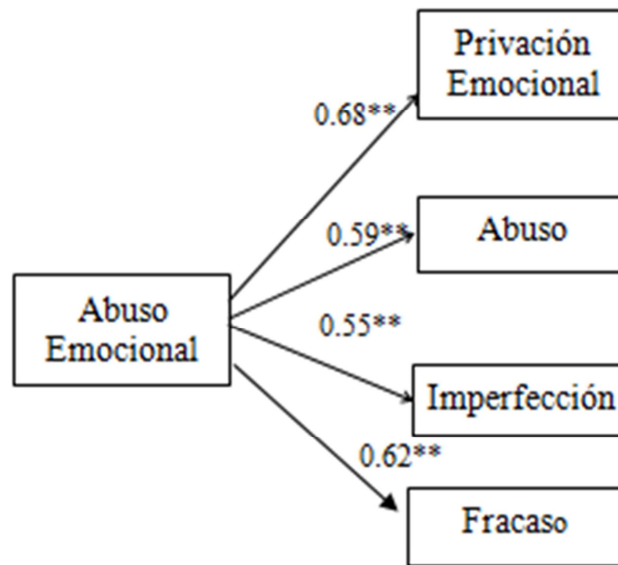


Figura 22. *Efecto total del abuso emocional en los esquemas maladaptativos tempranos.*

\*\*  $p < 0.01$

Como puede apreciarse en la Tabla 44 también se constató que el abuso emocional se relaciona positiva y significativamente con cinco de los mediadores propuestos: La privación emocional paterna, privación emocional materna, Abuso materno, imperfección paterna e imperfección materna.

Tabla 44. *Mediación de los estilos parentales.*

|    | <i>B</i> | <i>Gl</i> | <i>T</i> |                         | <i>B</i> | <i>Gl</i> | <i>t</i> |                     |
|----|----------|-----------|----------|-------------------------|----------|-----------|----------|---------------------|
| AE | -0.87**  | 358       | -11.73   | Privación Emocional (P) | -0.08**  | 358       | -3.01    | Privación Emocional |
|    | -0.85**  | 358       | -13.95   | Privación Emocional (M) | -0.13**  | 358       | -3.27    |                     |
|    | 0.44**   | 358       | 9.83     | Abuso (P)               | 0.17**   | 358       | 3.56     |                     |
|    | 0.65**   | 358       | 13.41    | Imperfección (P)        | 0.18**   | 358       | 3.28     |                     |
|    | 0.66**   | 358       | 13.60    | Imperfección (M)        | 0.20**   | 358       | 3.64     |                     |
|    | -0.71**  | 357       | -7.48    | Privación Emocional     | -0.09**  | 357       | -3.08    | Abuso               |
|    | -0.65**  | 357       | -8.04    | (P)                     | -0.15**  | 357       | -3.87    |                     |
|    | 0.39**   | 357       | 7.11     | Privación Emocional (M) | 0.17**   | 357       | 3.59     |                     |
|    | 0.56**   | 357       | 8.84     | Abuso (P)               | 0.19**   | 357       | 3.60     |                     |
|    | 0.58**   | 357       | 9.20     | Imperfección (P)        | 0.22**   | 357       | 3.78     |                     |
|    |          |           |          | Imperfección (M)        |          |           |          | Imperfección        |
|    | -0.71**  | 357       | -6.52    | Privación Emocional     | -0.09**  | 357       | -3.15    |                     |
|    | -0.73**  | 357       | -7.88    | (P)                     | -0.15**  | 357       | -3.76    |                     |
|    | 0.41**   | 357       | 6.64     | Privación Emocional (M) | 0.17**   | 357       | 3.59     |                     |
|    | 0.65**   | 357       | 9.16     | Abuso (P)               | 0.18**   | 357       | 3.42     |                     |
|    | 0.58**   | 357       | 7.97     | Imperfección (P)        | 0.22**   | 357       | 3.95     |                     |
|    |          |           |          | Imperfección (M)        |          |           |          | Fracaso             |
|    | -0.78**  | 359       | -8.90    | Privación Emocional (P) | -0.07**  | 359       | -2.74    |                     |
|    | -0.64**  | 359       | -8.33    | Privación Emocional (M) | -0.16**  | 359       | -4.08    |                     |
|    | 0.37**   | 359       | 7.03     | Abuso (P)               | 0.18**   | 359       | 3.62     |                     |
| NE | 0.59**   | 359       | 10.05    | Imperfección (P)        | 0.17**   | 359       | 3.24     |                     |
|    | 0.57**   | 359       | 9.64     | Imperfección (M)        | 0.20**   | 359       | 3.62     |                     |
|    | -0.87**  | 358       | -11.73   | Privación Emocional (P) | 0.11**   | 358       | 4.88     | Privación Emocional |
|    | -0.85**  | 358       | -13.95   | Privación Emocional (M) | 0.38**   | 358       | 11.17    |                     |
|    | -0.71**  | 357       | -7.48    | Privación Emocional (P) | 0.11**   | 357       | 4.94     | Abuso               |
|    | -0.65**  | 357       | -8.04    | Privación Emocional (M) | 0.41**   | 357       | 12.08    |                     |
|    | -0.71**  | 357       | -6.52    | Privación Emocional (P) | 0.12**   | 357       | 5.09     | Imperfección        |
|    | -0.73**  | 357       | -7.88    | Privación Emocional (M) | 0.40**   | 357       | 11.85    |                     |
|    | -0.78**  | 359       | -8.90    | Privación Emocional (P) | 0.10**   | 359       | 4.74     | Fracaso             |
|    | -0.64**  | 359       | -8.33    | Privación Emocional (M) | 0.41**   | 359       | 12.30    |                     |

Nora. AE= Abuso Emocional; NE= Negligencia Emocional; (P)= Figura Paternal; (M)= Figura Maternal. \*\* $p<0.01$ .

Por otro lado, en la Tabla 44 también puede observarse que los cinco mediadores fueron también significativamente relacionados con los cuatro esquemas maladaptativos tempranos. Dichos análisis de mediación fueron probados mediante el método de *bootstrapping* (1000 *bootstrap samples*) con un intervalo de confianza del 95% (Preacher y Hayes, 2008).

La Tabla 45 que se presenta a continuación muestra los resultados del análisis de la mediación a través de efectos indirectos que confirman el papel mediador de los estilos parentales en la relación entre el abuso emocional y los esquemas maladaptativos tempranos.

Tabla 45. *Intervalos de confianza (IC) del efecto directo e indirecto de las mediaciones*

|   | Privación E. (P) |             | Privación E. (M) |             | Abuso (P) |           | Imperfección (P) |           | Imperfección (M) |           |
|---|------------------|-------------|------------------|-------------|-----------|-----------|------------------|-----------|------------------|-----------|
|   | <i>B</i>         | IC          | <i>B</i>         | IC          | $\beta$   | IC        | <i>B</i>         | IC        | $\beta$          | IC        |
| 1 | 0.07             | 0.02/0.15   | 0.11             | 0.02/0.21   | 0.07      | 0.02/0.14 | 0.11             | 0.03/0.21 | 0.14             | 0.04/0.26 |
| 2 | 0.05             | 0.02/0.13   | 0.10             | 0.04/0.19   | 0.06      | 0.01/0.13 | 0.10             | 0.03/0.19 | 0.12             | 0.04/0.24 |
| 3 | 0.06             | 0.02/0.13   | 0.10             | 0.04/0.20   | 0.06      | 0.01/0.14 | 0.11             | 0.02/0.22 | 0.13             | 0.05/0.23 |
| 4 | 0.06             | 0.01/0.13   | 0.10             | 0.04/0.17   | 0.06      | 0.02/0.12 | 0.10             | 0.02/0.20 | 0.11             | 0.04/0.23 |
| 5 | -0.11            | -0.17/-0.05 | -0.32            | -0.41/-0.23 |           |           |                  |           |                  |           |
| 6 | -0.08            | -0.14/-0.04 | -0.26            | -0.37/-0.18 |           |           |                  |           |                  |           |
| 7 | -0.08            | -0.14/-0.04 | -0.29            | -0.40/-0.21 |           |           |                  |           |                  |           |
| 8 | -0.08            | -0.14/-0.04 | -0.26            | -0.37/-0.18 |           |           |                  |           |                  |           |

*Nota.* 1= Abuso Emocional y Privación Emocional; 2=Abuso Emocional y Abuso; 3= Abuso Emocional e Imperfección; 4= Abuso Emocional y Fracaso; 5= Negligencia Emocional y Privación Emocional; 6= Negligencia Emocional y Abuso; 7= Negligencia Emocional e Imperfección; 8= Negligencia Emocional y Fracaso; Privación Emo. = Privación Emocional

Además, los resultados indicaron que el efecto directo del abuso emocional (AE) en los esquemas maladaptativos tempranos de Abuso, Imperfección y Fracaso, se convirtió en no significativo cuando se controlaron todos los mediadores a excepción del esquema de Privación Emocional. Estos resultados representados en la Figura 23 sugieren una mediación completa para los tres esquemas mencionados, y una mediación parcial en el caso del esquema maladaptativo de Privación Emocional.

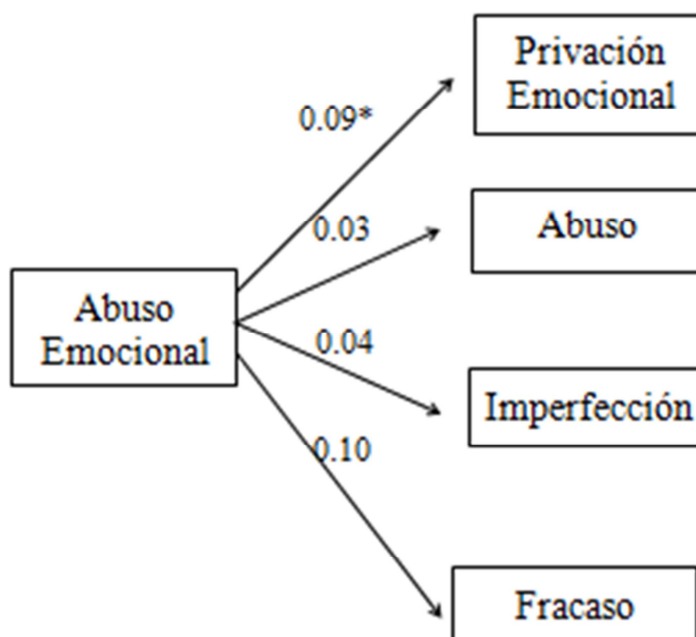


Figura 23. Efecto directo del abuso emocional en los esquemas maladaptativos tempranos.

\*  $p < 0.05$

#### 4.7.2 Evaluación de los estilos parentales de la figura materna y paterna como posibles mediadores de la relación entre sufrir negligencia emocional en la infancia y desarrollar esquemas maladaptativos tempranos en las víctimas de abuso sexual infantil.

Utilizando el mismo procedimiento se probó la función mediadora de los estilos parentales en la relación entre la negligencia emocional (variable independiente) y los esquemas maladaptativos tempranos (variable dependiente). Como se representa en la Figura 24 se encontró que la negligencia emocional fue positivamente relacionada con la presencia de los cuatro esquemas maladaptativos tempranos estudiados.

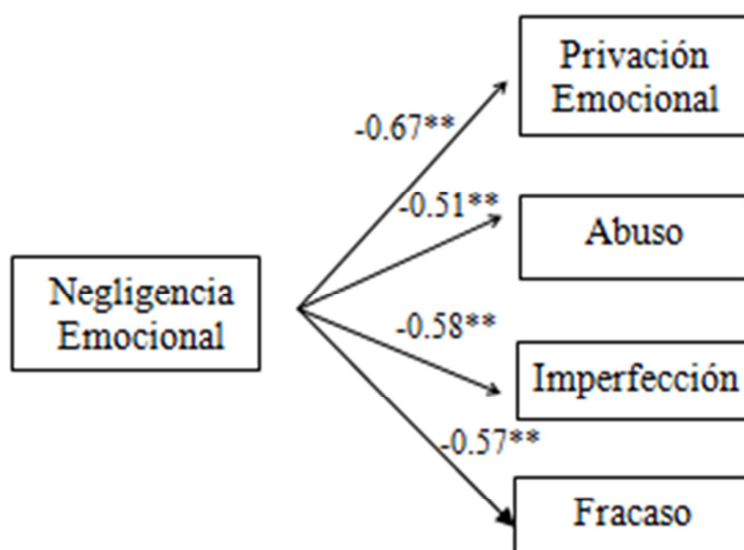


Figura 24. *Efecto total de la negligencia emocional en los esquemas maladaptativos tempranos.*

\*\*  $p < 0.01$

Al mismo tiempo, tal y como se refleja en la Tabla 44, se encontró que negligencia emocional fue positiva y significativamente relacionada con dos de los mediadores propuestos: El estilo parental de Privación Emocional (P) y el estilo maternal de Privación Emocional (M). Por último, también se constató que esos mediadores se relacionaron significativamente con los cuatro esquemas maladaptativos tempranos estudiados. Los resultados del análisis de la mediación a través de efectos indirectos confirmaron el papel mediador del estilo parental de Privación Emocional en la relación entre la negligencia emocional y los esquemas maladaptativos tempranos como queda reflejo en la Tabla 44.

Además, los resultados indicaron que el efecto directo de la negligencia emocional en dos de los cuatro esquemas maladaptativos tempranos se convirtió en no significativo cuando se controlaron todos los mediadores a excepción de la Privación Emocional y el Fracaso, tal y como se refleja en la Figura 25.

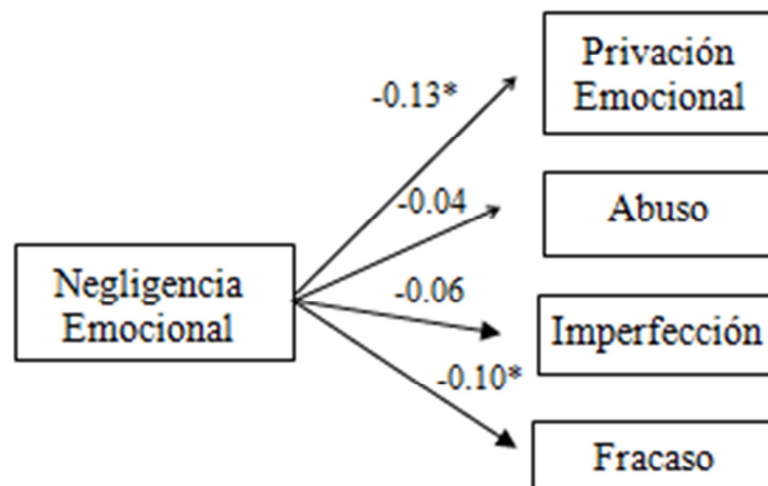


Figura 25. *Efecto directo de la negligencia emocional en los esquemas maladaptativos tempranos*

\* $p < 0.05$

Los resultados representados en la Figura 25 sugieren por lo tanto una mediación completa para los esquemas maladaptativos tempranos de Abuso e Imperfección, y una mediación parcial para los esquemas de Privación Emocional y Fracaso.

## CAPÍTULO V. DISCUSIÓN GENERAL

El presente estudio analiza las características de las personas que han sido víctimas de abuso sexual infantil y de las personas que perpetran el abuso, así como la afectación a nivel de sintomatología disfuncional a largo plazo y los estilos parentales y factores cognitivos asociados en las víctimas de abuso sexual infantil y su relación con otros tipos de abuso y negligencia infantil.

Con la pretensión de estudiar las consecuencias psicológicas a largo plazo derivadas del abuso sexual infantil se evaluaron diversas características disfuncionales en población que había sufrido abusos sexuales infantiles y población que no había sido víctima de abuso sexual: ansiedad, ansiedad fóbica, depresión, conductas impulsivas, esquema cognitivos maladaptativos, riesgo de suicidio, agresión desplazada y estilos parentales, en función de haber recibido o no abuso sexual en la infancia. Esperando encontrar mayor disfunción psicológicas en las víctimas de abuso sexual infantil.

Por otro lado, el estudio analiza la relación entre el abuso sexual en la infancia, el abuso físico, el abuso emocional, la negligencia física y la negligencia emocional y su relación con la sintomatología disfuncional valorada, bajo las hipótesis de que el abuso sexual infantil correlacionaría con los diferentes tipos de abuso y negligencia infantil y se encontraría relación entre los diferentes tipos de abuso y negligencia infantil y la sintomatología presente en la edad adulta. Así como se realiza la clasificación de los y las participantes en relación a las tipologías de abuso o negligencia infantil predominantemente recibida y ausencia de abuso y negligencia con objeto de definirlos por la similitud entre sí en las características disfuncionales dentro de cada tipología y la distinción con el resto de grupos.

Otra pretensión del estudio ha sido analizar el papel mediador de los esquemas maladaptativos tempranos, por un lado, entre el abuso sexual infantil, el abuso físico y el abuso emocional y la sintomatología disfuncional valorada; y por otro lado entre el abuso sexual infantil y la agresión desplazada.

A continuación se presenta la discusión de cada una las hipótesis de partida y de los resultados obtenidos, organizada en apartados a partir de los objetivo del estudio.

### 5.1 Las características sociodemográficas de las víctimas adultas del abuso sexual en la infancia y de perpetradores de la violencia.

Objetivo 1. Estudiar las características del abuso sexual en la infancia: género de las víctimas de abuso sexual infantil, género del perpetrador del abuso sexual, contexto en el que ocurrió el abuso sexual infantil, grado de familiaridad entre la víctima y la persona que comete el abuso sexual, la duración del abuso sexual infantil y el número de perpetradores que llevaron a cabo el acto de abuso sexual.

Los datos han mostrado que el abuso sexual tiene mayor presencia en la población femenina, ratificando los resultados de diversas investigaciones previas. A pesar de que tanto los hombres como las mujeres son vulnerables a ella, numerosos estudios reflejan una mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres (Bebbington et al., 2011; Canton et al., 2011; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Hébert et al., 2009; May-Chahal y Cawson, 2005).

En concordancia con la primera hipótesis de trabajo, en este estudio se observó que fueron más las mujeres que reportaron abuso sexual infantil siendo también mayor la participación de mujeres (81,2%) que de hombres (18,8%) en el estudio. Si bien la naturaleza de los datos de este estudio no permiten estimar la incidencia del abuso sexual infantil, son coherentes con recientes meta-análisis internacionales como el llevado a cabo por Stoltenborgh et al. (2011) que indican un mayor reporte de abusos sexuales en mujeres (18%) que en hombres (7,6%), o los encontrados en el meta-análisis realizado previamente por Pereda et al. (2009), con resultados muy similares, que también señala una mayor tasa de abuso sexual en las mujeres (19,2%) que en el caso de los hombres (7,4%). Igualmente, el porcentaje hallado en el representativo estudio realizado en el Reino Unido (May-Chahal y Cawson, 2005) muestra una incidencia de abuso sexual similar a la encontrada por Pereda et al. (2009) que refleja la mayor ocurrencia de abuso sexual infantil en mujeres (15% en mujeres frente al 6% en hombres). Así mismo, más recientemente un estudio llevado a cabo en Argentina por Sánchez y Cuenya (2011) aporta datos similares indicando una tasa de abuso sexual infantil del 26,6% en mujeres y un 10,3% en hombres según los datos extraídos del Registro Estadístico Unificado de Niñez y Adolescencia

Los datos de prevalencia en el estado Español de López et al. (1994) indicaron tasas más elevadas de abuso sexual infantil en general y a su vez, mayores en mujeres (22,5%) que en hombres (15,2%). Sin embargo, los resultados de la presente investigación, se

asemejan más a otros estudios más recientes divulgados en España. Por ejemplo, en un estudio realizado con una muestra de 826 estudiantes universitarios del País Vasco se encontró que el 23,3% comunicó abuso sexual infantil, de los cuales el 86,96% eran mujeres y el 13,04% hombres (De Paúl et al., 2002). El trabajo publicado por el Centro de Reina Sofía para el estudio de la violencia (Vázquez, 2004), expone datos similares hallados en una muestra de 100 casos de abuso sexual, el 72% de las víctimas eran mujeres. De forma pareja una investigación desarrollada con 364 estudiantes de la Universidad de Vigo reveló que el 8% de la muestra que manifestaba haber sufrido abusos sexuales en la infancia, el 79,5% eran mujeres y el 10,5% hombres (Fernández et al., 2008). En el presente estudio que se contó con 162 participantes que reportaron abuso sexual infantil se obtuvo un porcentaje más elevado de mujeres víctimas de abuso sexual (90,74%). Sin embargo, como ya otros autores (Sádaba et al., 2002) el rango de las estimaciones sobre las tasas de incidencia y prevalencia de abuso sexual infantiles es demasiado amplio, tanto que diferentes estudios internacionales han mostrado que entre el 6% y el 62% de las mujeres y el 3% y el 30% de los hombres han sufrido una experiencia de abuso sexual antes de los 18 años. Algunos autores (McDonald, 1998; Vázquez, 2004) explican esta variabilidad apuntando que las tasas de alta incidencia corresponden a estudios que atienden a un concepto más amplio para definir el abuso sexual y las más bajas a estudios que atienden a actos de violencia sexual. Así mismo, numerosos autores coinciden en que las estimaciones son en general más bajas a las reales (Inglés, 1995; López et al, 1995; López, 1997).

La mayor parte de víctimas de abuso sexual infantil comunicaron haber sufrido el abuso sexual por parte de hombres, resultados que van en la línea de la segunda hipótesis de trabajo. Se ha encontrado que el 94,74% de las mujeres y el 72,73% de los hombres sufrieron abusos sexuales cometidos por hombres frente al 5,55% de los casos en los que los hombres fueron víctimas de abusos sexuales efectuados por mujeres y tan sólo se dio un caso en el que una mujer fue víctima de abuso sexual infantil cometido por otra mujer. Además, de un 3,47% de casos de hombres y mujeres que comunicaron haber sido víctimas de abuso sexual ejecutados tanto por hombres como por mujeres. En efecto, la revisión internacional realizada por Finkelhor (1994) deja patente que la mayoría de abusos sexuales son cometidos por hombres. Este mismo autor (Finkelhor, 1999) apunta que las niñas son más objeto de abusos sexuales infantiles con una proporciones de un niño frente a 4 niñas. Estudios realizados posteriormente también han destacan la figura

masculina como agresora, de una forma aún más terminante, con un prevalencia menor del 1% de abusos cometidos por mujeres (Helweg-Larsen y Bøving, 2006) e incluso con estudios en los que la totalidad de agresores eran hombres (Oaksford y Frude, 2001). Además, hay estudios que indican que en más de la mitad de los abusos sexuales en los que está implicada una mujer también había un agresor de género masculino (Gallagher et al., 2008) dato muy parejo al hallado en este estudio.

Los resultados del presente trabajo son muy semejantes a los obtenidos por Cantón-Cortés et al. (2011) realizados en muestras de estudiantes universitarios los cuales mostraron que el 95,5% de los perpetradores de abuso sexual infantil eran hombres. Los estudios de prevalencia en España realizados por López (López et al., 1994; López et al., 1995), indican una tasa algo inferior que apuntan a que el 87% de las personas agresoras son hombres. El análisis de abusos sexuales a menores realizado por Gómez de Terrero y Gil (2009) determinó que el 80,3% de la muestra estudiada pertenecía al género femenino. Estos resultados son más coherentes con los estudios (Ganoon y Rose, 2008; Masson, Hackett, Phillips y Balfe, 2015; McCartan, Law, Murphy y Bailey, 2011; Pereda et al., 2009) que alertan sobre la posible subestimación de los abusos cometidos por mujeres.

Como han mostrado los resultados en la mayoría de los casos, el abuso sexual fue perpetrado en un contexto intrafamiliar, y el perpetrador fue la mayoría de las veces un familiar de primer, segundo o tercer grado, con una duración prolongada en el tiempo. Entre todos los participantes, solo en dos ocasiones fue ejercido por una persona desconocida. Estos resultados que apoyan las hipótesis del estudio, son acordes a los encontrados en estudios previos, que indican que la mayoría de abusos sexuales infantiles y los más graves se cometen dentro del contexto familiar o de su entorno más próximo, siendo estos allegados a la víctima (Fanslow et al., 2007; Finkelhor, Omrod y Hamby, 2005; Leahy et al., 2004; Pereda y Forns, 2007; Speizer et al., 2008).

La casuística de abusos sexuales perpetuados hallados en el presente estudio en contextos intrafamiliares en un 67,36% de los casos y en un 25% de los casos en contextos extrafamiliares cometidos por personas cercanas a la víctima es coincidente con los datos que Fuentes (2012) ofrece indicando que el 90 % de los casos los perpetradores de abuso sexual sobre niños y niñas, son conocidos de la familia y entre ellos con un margen que oscila entre el 65 y 80% los agresiones son cometidas familiares directos de la víctima. Así como con el porcentaje del 52,8% que apuntan Cortés et al. (2011) de personas agresoras familiares de la víctima y el 62% de personas conocidas que apuntan Kanamüller, Riala,

Nivala, Hakko y Räsänen (2014) o datos muy parejos a los aportados por Pereda (2006) que indica que en el 65,8% de casos se trata de personas próximas a la víctima de género masculino, también indicado por Radfor et al. (2011). Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) por su parte también defienden que el agresor o agresora suele ser una persona cercana y de confianza de la víctima apoyándose en los datos coincidentes en la mayoría de las investigaciones. Resulta de especial interés para este estudio atender a la investigación de De Paúl et al. (1995) por haber encontrado una tasa de abusos sexuales cometidos por personas intrafamiliares muy similar a la encontrada en este trabajo, al informar que el 62% de una muestra de estudiantes universitarios que manifestó haber sido víctima de abuso sexual intrafamiliar antes de los 13 años de edad. La tasa relativamente baja de abusos sexual cometidos por personas desconocidas en el presente estudio también es significativa y coincidente con los que se señalan en otros estudios (Gallagher et al., 2008; Speizer et al., 2008; Vaillancourt-Morel et al., 2014).

La familiaridad más frecuente entre las víctimas de abuso sexual intrafamiliar, participantes en el presente estudio, y la persona agresora de segundo grado (abuelo/a y/o hermano/a) en un 42,27% de los casos, seguido por los familiares de primer grado (padre y/o madre) y de tercer grado (tío/a y/o bisabuelo/a) en un 32,9% y 26,8% de los casos respectivamente, (el 95% de todos ellos cometidos por hombres) ha sido hallada en tasas similares en otros estudios. El análisis del Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia, por ejemplo reflejó que el 54,28% de los abusos intrafamiliares era cometido por los padres biológicos, y por figuras paternas no biológicas en el 18,47% de los casos. Según Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) alrededor del 20% de los casos denunciados de incesto hacen referencia a los contactos entre el padre y la hija, el incesto entre el padrastro y la hija constituye un 15-20% de los casos y el 65% restante implica a hermanos, tíos, hermanastros, abuelos y novios que viven en el mismo hogar. Otros estudios (Gasman, Villa Torres, Moreno y Billings, 2006) que aportan datos similares indican que en el 70% de los casos, la persona agresora era un familiar masculino de primer o segundo grado. Sánchez y Martín (2007) también indicaron que cuando los perpetradores eran familiares de la víctima, frecuentemente lo eran en primer o segundo grado. Estudios más recientes también han señalado que la mayoría de los abusos sexuales son cometidos por un miembro de la familia que no era una figura paterna (74% en el caso de las mujeres y un 69% en el caso de los hombres) y mujeres y hombres respectivamente informaron en el 11% y 3% que la persona abusadora era una figura parental

(Vaillancourt-Morel et al., 2014). En esta línea algunas investigaciones sobre el incesto intrafamiliar se ha centrado principalmente en los casos de incesto padre e hija, ignorando en gran medida los abusos sexuales cometidos entre hermanos. Sin embargo, algunos estudiosos refieren que a pesar de la falta de investigación empírica sobre el tema, es probable que el abuso sexual entre hermanos se produzca con más frecuencia que cualquier otra forma de abuso sexual, consecuencia de modelos de interacción sexual inapropiados por parte de las figuras parentales o por la incapacidad de estas de reconocer interacciones sexuales inapropiadas en sus hijos e hijas (Caspi, 2011; Kiselica y Morrill-Richards, 2007; Kreinert y Walsh, 2011; Morrill, 2014). Otro dato distintivo del presente estudio en relación a la familiaridad entre la víctima y la persona agresora es que los casos de abuso sexual cometidos por los padres no biológicos fueron los menos frecuentes del ámbito intrafamiliar con el 8,25% de los casos.

En cuanto a la hipótesis respecto a la duración del abuso, como ha podido verse queda confirmada, por tratarse de un abuso caracterizado por ser extenso en el tiempo, especialmente cuando la persona perpetradora del abuso es familiar de la víctima, casos que se ha indicado en un porcentaje elevado. En lo que respecta a la familiaridad de la persona agresora, los familiares de primer, segundo y tercer grado eran los que durante más tiempo perpetraban el abuso, en el 82% de los abusos que había prolongaban entre 6 y 11 años, y en el 66,7% de los casos que el abuso se prolongó más de 11 años. Estos hallazgos aúnan con otras investigaciones que constatan que los abusos sexuales más severos y más duraderos suelen ser los realizados por miembros de la familia de la víctima (Goldman y Padayachi, 1997; Inglés, 2000; Po et al., 2002; Sanmartín, 2002).

En relación a la última hipótesis sobre las características del abuso sexual infantil, como han mostrado los resultados la mayoría de víctimas (el 82,9%) han sufrido los abusos sexuales por parte de un perpetrador sin embargo este dato resta importancia al hecho de que el 17,1% de las víctimas de abusos sexuales sufren abusos por más de un perpetrador. Otros autores (Fanslow et al., 2007; Gallagher et al., 2008) también han informado de que en la mayoría de abusos sexuales cometidos por hombres suele haber un único agresor. No obstante se resalta como característica del abuso sexual infantil cometido por mujeres la alta probabilidad de que éstas lo realicen junto con un hombre (Gallagher et al., 2008; Vandiver, 2006). Los datos aportados por el presente estudio son coincidentes con esta información, ya que de los 8 casos de abuso sexual infantil cometidos por mujeres, en 3 de ellos se vieron implicadas también hombres. Por otro lado,

la tasa relativamente alta de víctimas que han sufrido abusos sexuales por varios perpetradores, también aúna con los estudios que han demostrado el mayor riesgo que las víctimas de abuso sexual corren de volver a sufrir abusos sexuales por otras personas agresoras distintas (Gallagher et al., 2008; Pereda y Forns, 2007) y/o de ser objeto posteriormente de abusos por parte sus parejas (Fanslow et al., 2007; Speizer et al., 2008).

## **5.2 Concurrencia de diferentes tipologías de abuso y negligencia infantil y la sintomatología disfuncional y los esquemas maladaptativos tempranos asociados a las tipologías de abuso y negligencia infantil**

Objetivo 2. Analizar la relación entre las tipologías de abuso y negligencia infantil sufridas y la sintomatología disfuncional y los esquemas maladaptativos tempranos.

El estudio de la relación entre las diferentes tipologías de abuso y negligencia infantil constata la polivictimización de los niños y niñas. Los resultados han mostrado la coexistencia de distintos tipos de abuso infantil de acuerdo con las revelaciones de otros investigadores (Cutajar et al., 2010; Steiger et al., 2010) ya mencionados en el presente trabajo. Más de la mitad de la muestra reporta haber sufrido otros dos tipos de abuso (emocional y físico), seguido de un tercio de la muestra que reporta haber sufrido abuso sexual unido al abuso emocional. Estos resultados indican que, en muchos casos, el abuso sexual no sería un tipo de maltrato aislado, sino que se acompañaría de otros tipos de maltrato infantil (Cortés et al., 2011; Gibb, 2002; Harding et al., 2012; Lumley y Harkness, 2007; Moreno, 2006). Además, el abuso sexual se relacionó positiva y significativamente con el abuso físico y abuso emocional y la información obtenida mediante el modelo de regresión, explicó que ser víctima de abuso físico y emocional predecía la victimización sexual infantil.

Consecuentemente, los datos han mostrado que las distintas formas de maltrato infantil se dan conjuntamente, y se confirman la totalidad de las hipótesis del tercer objetivo, encontrándose además otras asociaciones que no se predijeron como la relación significativa entre el abuso sexual y el abuso físico infantil y una relación más débil pero también significativa entre el abuso sexual y la negligencia física. Por lo tanto, los resultados hallados en este estudio van en la misma dirección que otros estudios de comorbilidad, los cuales resaltan que el abuso emocional es uno de los tipos de maltrato que más se relaciona con el maltrato predominante (Moreno, 2003).

### 5.3 Sintomatología psicológica disfuncional en función de haber recibido o no abuso sexual en la infancia.

Objetivo 3. Estudiar la sintomatología psicológica disfuncional de ansiedad, ansiedad fóbica, depresión, riesgo de suicidio, impulsividad, conductas impulsivas (abuso/dependencia de alcohol, juego patológico, adicción o abuso de sustancias, trastornos de la alimentación, uso abusivo de Internet y videojuegos, gasto compulsivo e hipersexualidad), agresión desplazada, esquemas maladaptativos tempranos y estilos parentales parentales, en función de haber recibido o no abuso sexual en la infancia.

El presente estudio muestra resultados de relevancia clínica que permiten señalar la existencia de sintomatología psicológica disfuncional en la edad adulta relacionada con el abuso sexual sufrido en la infancia. Estos resultados son coincidentes con numerosas investigaciones teóricas, reseñadas en la introducción teórica de este estudio, (Lages et al., 2013; Pereda, 2010; Rodríguez et al., 2012; Vallejo y Córdoba, 2012) que avalan las consecuencias psicológicas a largo plazo derivadas del abuso sexual infantil.

La sintomatología psicológica disfuncional hallada en este estudio es: la ansiedad, ansiedad fóbica, depresión, conductas impulsivas (abuso/dependencia de alcohol, juego patológico, adicción a sustancia, trastornos de la alimentación, adicción a Internet, adicción a videojuegos, gasto compulsivo e hipersexualidad), esquemas cognitivos maladaptativos, riesgo de suicidio, agresión desplazada, estilos parentales del padre y estilos parentales de la madre. Sintomatología que también ha sido asociada al abuso sexual infantil por otros autores (Bentley y Widom, 2009; Dozois y Beck, 2008; Dyer, Borgmann, Kleindienst, et al., 2013; Echeburúa, 2012; Griffie et al., 2012; Harding et al., 2012; Larsen et al., 2013; Li et al., 2012; Noblett y Nelson, 2001; Pérez y Mestre, 2013; Sánchez et al., 2013; Schimmenti et al., 2013; Vianchá et al., 2013; Zwickl y Merriman, 2011).

Las puntuaciones significativamente más elevadas en ansiedad, ansiedad fóbica y depresión en las personas que fueron víctimas de abuso sexual infantil vienen a confirmar las hipótesis sobre la mayor presencia de sintomatología psicológica disfuncional en dichas personas. Estos resultados son coincidentes con la extensa literatura científica que apoya la asociación entre el abuso sexual infantil, y la ansiedad y la depresión (Aglan et al., 2008; Haj-Yahia y Tamish, 2001; Li et al., 2012; Relf, 2001; Seloilwe, 2009; Zwickl y Merriman, 2011).

Igualmente, la hipótesis sobre la presencia de puntuaciones significativamente más elevadas de en impulsividad y conductas impulsivas quedó parcialmente confirmada como así lo muestran las puntuaciones significativamente superiores en el grupo de personas víctimas de abuso sexual infantil en consumo de sustancias, alimentos, comportamiento sexual e impulsividad total, frente al grupo de personas que refirieron no haber sufrido abuso sexual. Estos resultados son coincidentes con los numerosos estudios que confirman una correlación significativa entre la victimización de abuso sexual infantil y el abuso de sustancias (Bentley y Widom, 2009; Cutajar et al., 2010; Pérez et al., 2010; Pérez y Mestre, 2013; Redondo y Santos, 2010), los trastornos alimentarios, (Carter et al., 2006; Corstorphine et al., 2007; Kong y Bernstein, 2009; Preti et al., 2006), hipersexualidad (Echeburúa, 2012; Griffée et al., 2012; Kafka, 2010; Kafka y Hennen, 1999; Kort, 2004; Langström y Hanson, 2006; Rellini, 2008).

En contra de lo esperado, en el presente estudio no se han encontrado correlaciones significativas entre la victimización de abuso sexual infantil y el juego patológico (Boughton y Falenchuk 2007; Dion et al., 2010; Jacobs 2008; Kausch et al., 2006; Scherrer et al., 2007), a pesar de la amplia literatura existente en apoyo de dicha asociación. Así mismo, en contra de lo hipotetizado, tampoco se han encontrado correlaciones significativas entre el uso abusivo de Internet y videojuegos y el gasto compulsivo aunque la escasa literatura científica de estas problemáticas en relación a la victimización sexual infantil así lo sugiera (Schimmenti y Caretti, 2010; Schimmenti et al., 2012; Schimmenti et al., 2013). Sin embargo, los resultados encontrados en este estudio en lugar de contradecir los resultados de dichos estudios, apuntan en la misma línea, ya que las personas que sufrieron abuso sexual infantil puntuaron de forma significativamente superior en impulsividad, componente principal de los trastornos de descontrol de los impulsos (APA, 2000), presente en el gasto compulsivo y en el uso excesivo de Internet , y criterio diagnóstico en el DSM IV-TR (APA, 2000) para las adicciones como es en el caso del juego patológico. Todo ello, unido a la frecuente comorbilidad de conductas adictivas en las personas con trastornos adictivos (Argo y Black, 2004; Cutajar et al., 2010) indica la necesidad de continuar investigando la posible presencia de esta sintomatología en las personas quehan sufrido abusos sexuales en la infancia.

En relación a la hipótesis sobre el riesgo de suicidio y la agresión desplazada, los resultados muestran que el abuso sexual infantil se asocia positiva y significativamente únicamente con el riesgo de suicidio manifiesto en la edad adulta. Estos resultados

refuerzan los trabajos que previamente han indicado el riesgo de ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio consumado en las víctimas de abuso sexual (Afifi et al., 2008; Dube et al., 2005; Martin et al., 2004; Rhodes et al., 2011; Roy y Janal, 2006; Vianchá et al., 2013; Villalobos-Galvis, 2009). En cuanto a la agresión desplazada existen pocas investigaciones que estudien su presencia en población víctima de abuso sexual para cotejar los resultados encontrados. En este sentido, Fonagy, Bateman y Luyten (2012) han observado que los niños y niñas con una historia de apego traumático podrían internalizar partes de la persona abusadora como propias y externalizarlas en forma de ira, miedo, odio, etc. dirigida hacia otras personas, que pueden incluso ser personas desconocidas. Las familias con problemas de violencia tienden a tener dificultades para contener y desarrollar los impulsos de frustración, lo cual en ocasiones las conduce a convertirse en sujetos violentos mediante el primitivo mecanismo de la identificación con la persona agresora, como defensa de la sensación de pasividad en merced de la incontrolable persona persecutora (Nicoló, 2008). Otros autores como Clulow (2008) o Person y Klar (1994) sostienen que la memoria del acontecimiento traumático se organiza a nivel sensomotor o icónico, en lugar de instaurarse de forma verbal y que el recuerdo de los malos tratos y el abuso a menudo se desplaza y se disocia. A pesar de los resultados encontrados en el presente estudio, la escasez de investigación en el área y los resultados de investigaciones previas, como las presentadas, indican la posible relación de la presencia de la agresión desplazada con la victimización del abuso sexual infantil, y consecuentemente, la necesidad de seguir recabando datos al respecto.

El presente estudio establece también una relación entre el abuso sexual en la infancia y el desarrollo de esquemas maladaptativos tempranos, de manera acorde a otros estudios previos (Harding et al., 2012; Waller, Ohanian, Meyer y Osman, 2000). Específicamente, se ha encontrado que las víctimas de abuso sexual en la infancia han puntuado más alto en los dominios de Desconexión y Rechazo, Autonomía Deteriorada, y Límites Deteriorados, mientras que no se han encontrado diferencias en los dominios de Orientación a los Demás y Sobrevigilancia e Inhibición. Consecuentemente, estos resultados confirman la hipótesis de que las víctimas de abuso sexual infantil puntúan más alto en los esquemas maladaptativos pertenecientes a los dominios de Desconexión y Rechazo y Autonomía Deteriorada, a pesar de que entre los resultados también se han encontrado relaciones que no se previeron en el estudio. Por lo tanto, estos resultados son acordes al trabajo de Lumley y Harkness (2007), en el que el abuso sexual se relaciona con

puntuaciones altas en los esquemas de Peligro, Dependencia y Fracaso. Además, estos autores encontraron una relación significativa entre el abuso emocional y los esquemas de Privación Emocional, Dependencia, Aislamiento Social, Fracaso, Peligro, Subyugación, y Autosacrificio

En relación a los estilos parentales, los resultados conducen al rechazo de la planteada ya que los estilos parentales son la única variable en la que no se han observado diferencias a nivel multivariado, en función de haber sufrido abuso sexual o no. Por contra, las variables introducidas como covariantes sí que muestran efectos significativos, lo cual resulta indicativo de que los estilos parentales se asocian no con el hecho de haber sufrido abuso sexual o no, sino con el hecho de haber sufrido abuso físico, abuso emocional, negligencia emocional y negligencia física, resultados de gran relevancia en el campo de investigación del maltrato infantil. Igualmente, son resultados que cuentan con respaldo teórico, y, aunque se esperaba también obtener una asociación con los estilos parentales de las víctimas de abuso sexual infantil, es posible considerarla una variable importante en relación a la victimización sexual infantil dada la concurrencia del abuso sexual infantil con otras formas de abuso, como en efecto, recogen los resultados de otras investigaciones (Cutajar et al., 2010; Steiger et al., 2010).

#### **5.4 Sintomatología psicológica disfuncional en el abuso y negligencia infantil en función del modo de recogida de información.**

Objetivo 4. Estudiar las diferencias en los tipos de abuso recibido (abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligencia física y negligencia emocional) y la sintomatología psicológica disfuncional ansiedad; ansiedad fóbica, depresión, impulsividad, conductas impulsivas (abuso/dependencia de alcohol, juego patológico, adicción a sustancias, trastornos de la alimentación, uso abusivo de Internet y videojuegos, gasto compulsivo e hipersexualidad), riesgo de suicidio, la agresión desplazada, los esquemas maladaptativos tempranos y los estilos parentales en función de que el modo de recogida de información haya sido on-line o presencial.

Los resultados obtenidos van en la línea de las hipótesis que se han planteado respecto a la ausencia de diferencias en la sintomatología disfuncional en el abuso y negligencia infantil en las personas que han respondido al cuestionario de forma on-line o de forma presencial como así lo indican las puntuaciones similares obtenidas en ambos

grupos en las personas que refirieron abuso sexual infantil, y las diferencias significativas en la práctica totalidad de las variables estudiadas con respecto al grupo que no refirió abuso sexual infantil.

Tal y como se explica en el apartado de la descripción de la muestra, con objeto de evitar sesgos derivados de limitar la muestra del grupo de víctimas de abuso sexual infantil a personas usuarias de centros y asociaciones (Maya, 2001) se empleo la técnica en cadena o efecto bola de nieve a través de la difusión por Internet. Dicho procedimiento de recolección de datos, en coherencia con lo señalado por otros autores (Wachelke et al., 2011) demuestran que la expansión de la investigación por vía on-line permite una mayor diversidad de la muestra, esencial para lograr una mayor representatividad y evitar a su vez efectos de auto-selección. Algunos autores (Kaplowitz, Hadlock y Levine, 2004) señalan también las ventajas económicas de este método de recogida de datos cara a la democratización de la producción del conocimiento, indicando que los costes se reducen hasta 8 veces cuando las respuestas se recogen vía Internet en lugar de vías cuestionarios en papel. De hecho, los motivos de elección del modo de recogida de información empleado en este estudio son coincidentes con las principales razones que los pioneros de la investigación experimental apuntan al uso de la web: posibilidad de acceder a muestras más grandes, el alto poder estadístico experimental de este tipo de muestras y el bajo coste de ejecución (Musch y Reips, 2000).

Así mismo, el presente estudio cumple los dos supuestos básicos que se requieren para que la investigación a través de Internet se considere una práctica científicamente válida (Wachelke et al., 2011). El primero de ellos, que los procesos psicológicos operan de manera similar en las personas que participaron en el estudio a través de Internet y las que participaron rellenando el cuestionario de manera presencial, tal y como los resultados muestran. El segundo supuesto, las dificultades de acceder a una muestra diversa, y representativa de la población de interés (Best et al., 2001), como ocurre en el caso de las personas víctimas de abuso sexual infantil, dada su delicadeza por el derecho y el respeto a la intimidad y privacidad de las personas afectadas y la imprescindible necesidad de salvaguardar la confidencialidad de los datos por parte de los profesionales.

El presente estudio, se suma a avalar la correspondencia entre los estudios y las encuestas llevadas a cabo a través de Internet y a través de la técnica de "papel y lápiz" (Krantz y Dalal, 2000; McGraw, Tew y Williams, 2000; Andrade y Wachelke, 2006; Wachelke y Andrade, 2006; Wachelke et al., 2011). Sin embargo, también es importante

considerar el error de cobertura sobre el que autores como Wachelke et al. (2011) alertan, en relación a la recogida de información a través de internet, ya que puede ocurrir que aunque se logre la diversidad de la muestra no resulte estadísticamente representativa. Así como otros factores como el hecho de que la población con acceso a Internet suele presentar niveles socioculturales más elevados que la población general (Fricker, Galesic, Tourangeau y Yan, 2005). Por lo que resulta imprescindible investigar a su vez población que tiene parámetros similares a los que presenta la población con acceso a Internet (Hayslett y Wildemuth, 2004) aspecto que en el presente estudio se contempla. Otra consideración para garantizar la representatividad del estudio es utilizar otros procedimientos de recolección de datos además de Internet, es decir la triangulación metodológica (Apostolidis, 2003) que también se cumple en el presente estudio, lo cual permite una mayor cobertura de representación.

Por lo tanto, la recopilación de datos a través de Internet es un procedimiento de gran utilidad para diversificar las características de la muestra, dada la dificultad de acceso a determinadas muestras, como es el caso de las víctimas de abuso sexual infantil, por lo que resulta importante atender a los inconvenientes existentes en relación a esta recogida de datos y aplicar recursos para subsanarlos para optimizar las ventajas que ofrece.

### **5.5 Relación de las diferentes tipologías de abuso y negligencia infantil con la sintomatología psicológica disfuncional, los estilos parentales y los esquemas maladaptativos tempranos.**

Objetivo 5. Analizar la relación de los diferentes tipo de abuso (abuso sexual, abuso físico y abuso emocional) y negligencia infantil (negligencia física y negligencia emocional) con la sintomatología psicológica disfuncional de ansiedad; ansiedad fóbica, depresión, impulsividad, conductas impulsivas (abuso/dependencia de alcohol, juego patológico, adicción a sustancia, trastornos de la alimentación, uso abusivo de Internet y videojuegos, gasto compulsivo e hipersexualidad), riesgo de suicidio, la agresión desplazada, los estilos parentales y los esquemas maladaptativos tempranos.

Otro de los objetivos principales de este estudio fue evaluar las consecuencias psicológicas disfuncionales para los adultos que sufrieron diferentes tipos de abuso infantil. Las víctimas de negligencia y abuso emocional infantil fueron los tipos de maltrato que presentaron la sintomatología más disfuncional en la edad adulta, seguido del

abuso sexual y el abuso físico infantil. Dichos resultados son coherentes con otros estudios que identifican el abuso emocional como un predictor significativo de muchas consecuencias intrapsíquicas a largo plazo (Bifulco, Moran, Baines, Bunn y Stanford, 2002; Higgins y McCabe, 2000; Kent y Waller, 2000; McGee, Wolfe y Wilson, 1997). Una posible explicación para este fenómeno fue proporcionado por McGee et al. (1997) quien indicó que el abuso emocional a menudo potencia los efectos de otros tipos de abuso infantil debido a que en muchos casos concurren con otros tipos de abuso (Davis, Petretic-Jackson y Ting, 2001; Hamarman y Bernet, 2000; Higgins y McCabe, 2001; Manly et al., 2001; Schneider, Ross, Graham y Zielinski, 2005). La negligencia física infantil apenas se correlaciona con la sintomatología disfuncional, en consonancia con el estudio longitudinal realizado por Dubowitz, Papas, Negro y Starr (2002) con niños y niñas.

La sintomatología que en el presente estudio más se asocia con todas las tipologías de abuso infantil fue la depresión, la ansiedad y la ansiedad fóbica, la impulsividad y, más concretamente, consumo abusivo de alcohol, sustancias, la conducta compulsiva alimentaria, sexual y gasto compulsivo. Sin embargo, la relación entre el abuso sexual, físico y emocional en el caso de las conductas impulsivas es negativa. Por lo tanto, estos estudios son consistentes con la literatura existente que relaciona el abuso infantil con el riesgo de incrementar trastornos internalizantes tales como ansiedad (Molnar et al., 2001; Spataro et al., 2004) y la depresión (Shapero et al., 2014; Wells et al., 2014) pero apuntan en una dirección contraria a estudios que indican una relación del abuso infantil con sintomatología externalizante asociada a conductas impulsivas como el abuso de sustancias (Afifi et al., 2007; Fergusson et al., 2008) trastornos alimentarios, conductas autolesivas, comportamientos sexuales de riesgo y problemas sexuales (Lacelle et al., 2012) e intentos de suicidio (Easton et al., 2013; Jakubczyk et al., 2014). Considerando que el 81.2% ( $n = 324$ ) de los y las participantes en el presente estudio está conformado por mujeres, atendiendo a estudios que indican mayor tendencia en hombres a externalizar conducta y a llevar a cabo conductas impulsivas (Najman, Dunne y Boyle, 2007; Najman, Dunne, Purdie, Boyle y Coxeter, 2005) quizás este hecho pudiera explicarse por razones de género. Lo cual podría explicar que las personas víctimas de abuso y negligencia infantil muestren más sintomatología internalizantes como la depresión y la ansiedad (Sachs-Ericsson, Verona, Joiner y Preacher, 2006). Así mismo, resulta de interés acudir a estudios que muestran mayor presencia de sintomatología externalizantes en la infancia y mayor sintomatología internalizante en la edad adulta (Easton, Coohey, O'Leary, Zhang y

Hua, 2011) lo cual sugiere seguir estudiando en los posibles factores intervinientes en los procesos de cambio de la expresión de la sintomatológica como pueden ser la incapacidad para retrasar la gratificación, debido a alteraciones en la autorregulación y la cognición (Correa, Triviño, Pérez-Dueñas, Acosta, y Lupiáñez, 2010; Wulfert, Bloque, Santa Ana, Rodríguez y Colsman , 2002).

De forma los resultados que indican la relación entre los diferentes tipos de abuso y negligencia infantil y la sintomatología disfuncional presente en la edad adulta confirman la hipótesis aunque no toda la sintomatología disfuncional se relacione de igual forma. Igualmente, se confirma y constata la asociación positiva y significativa del abuso sexual infantil con la agresión desplazada manifestada en la edad adulta. Existen pocos trabajos que estudien esta relación pero son resultados que sustentan línea de trabajo previas. En este sentido, Fonagy et al. (2012) han señalado que los niños y niñas con una historia de apego traumático podrían internalizar partes de la persona abusadora como propias, y tratar, o bien de externalizarlas a modo de enfado, miedo, odio etc. sobre el otro, que puede ser alguien externo. Las familias con problemas de violencia tienden a presentar dificultades para contener los impulsos y elaborar las frustraciones, lo cual en ocasiones conduce a la víctima a utilizar el mecanismo primitivo de la identificación con la persona agresora, para defenderse de sentirse pasiva y estar a merced de un perseguidor incontrolable (Nicoló, 2008). Otros trabajos como el de Milner y Crouch (1999) también son una muestra de que las personas que han sido maltratadas tienden a ser más violentas con los demás, mediante expresiones de agresión, y que específicamente las víctimas de abuso sexual infantil expresan la ira hacia otras personas u objetos del entorno (Milligan y Andrews, 2005) de forma desplazada (Clulow, 2008; Person y Klar, 1994).

En esta misma línea, tal y como se esperaba se encontró relación entre los esquemas maladaptativos tempranos y el abuso infantil, resultados que también son consistentes con los hallazgos de la literatura existente en relación al tema (Brière y Runtz, 1993; Cicchetti y Toth, 2000; Collins, Guichard, Ford y Feeney, 2004; Wright, Crawford y Del Castillo, 2009). Notablemente, el abuso sexual y el abuso emocional fueron las tipologías de abuso infantil más relacionados con la presencia de esquemas maladaptativos tempranos en la edad adulta. El abuso físico se correlacionó con varios esquemas maladaptativos tempranos incluyendo los esquemas de Abuso, Privación Emocional e Imperfección (Cecero, Nelson y Gillie, 2004). También es importante señalar que los otros tipos de abuso, también estaban relacionados con los esquemas maladaptativos tempranos, aunque

la negligencia física se relacione en menor medida. Estos resultados en apoyo de la teoría propuesta por Young et al. (2003) confirman la hipótesis de que cualquier forma de abuso infantil influye en la formación de los esquemas maladaptativos tempranos. Sin embargo, aunque existe cierta evidencia preliminar para una relación entre el abuso infantil y los esquemas maladaptativos tempranos, no podemos asumir que los esquemas maladaptativos tempranos conduzcan inevitablemente a conductas inadaptadas (Messman-Moore y Coates, 2007). De ahí la relevancia de llevar a cabo más estudios longitudinales en esta línea de trabajo. Se trata de una necesidad evidenciada por trabajos como el longitudinal estudio de cohorte, con pacientes de diferentes entornos de atención sanitaria, realizado por Glashouwer y de Jong (2010) cuyos resultados apuntan a la importancia potencial de auto-asociaciones automáticas en la comprensión de los mecanismos cognitivos subyacentes de los trastornos afectivos. Estos mismos autores propugnan que para llegar a conclusiones más sólidas, un paso importante es complementar los datos de cohorte transversal con un enfoque longitudinal para examinar el presunto papel de las asociaciones automáticas disfuncionales en el inicio y mantenimiento de la sintomatología.

En apoyo de la hipótesis respecto a la asociación de los esquemas maladaptativos tempranos pertenecientes a los dominios de Desconexión y Rechazo y Autonomía Deteriorada, los esquemas más relacionados con el abuso infantil en este estudio fueron la Privación Emocional, Abuso, Fracaso, y Apego, esquemas todos ellos pertenecientes a dichos dominios. El resto de esquemas que componen el dominio de Desconexión y Rechazo también presentaron importantes relaciones con el abuso infantil, concretamente el esquema de Abandono, Imperfección y Aislamiento Social correlacionan positiva y significativamente con el abuso sexual, físico y emocional, sin embargo, en el caso de la negligencia física y emocional dichas correlaciones son negativas y en algunos casos no significativas. Referente a los esquemas maladaptativos tempranos pertenecientes al dominio de Autonomía Deteriorada, de forma similar la negligencia emocional y la física se correlacionan de forma contraria a las diferentes tipologías de abuso, correspondiendo la correlación más débil a la negligencia física. Cómo cabe esperar el abuso sexual, físico y emocional correlacionan positivamente con el esquema de fracaso y negativamente con el esquema de apego.

En lo que a otros esquemas maladaptativos se refiere también se han encontrado resultados de interés. Por ejemplo el esquema de Peligro no se ha relacionado con ninguno de los tipos de abuso ni negligencia infantil, lo cual es consistente con estudios previos

(Díaz, Arevalo, Angarita, y Ruiz, 2009). Estos estudios contrastan con otros que ponen de relieve la importancia del miedo y la impotencia como secuelas duraderas (Wright et al., 2009). Sin embargo, se requiere de más investigación sobre el tema para determinar el papel que desempeñan ciertas creencias en las consecuencias del abuso infantil en la edad adulta.

En este trabajo se indagó sobre la relación de los esquemas maladaptativos tempranos con la sintomatología disfuncional presente en las personas víctimas de abuso infantil, esperando encontrar una correlación positiva entre ambos factores como se expresa entre las hipótesis del estudio. Como ya se menciona en los resultados los esquemas maladaptativos de Privación Emocional, Abandono, Abuso, Imperfección, Fracaso, Peligro y Aislamiento social se correlacionaron significativamente y altamente con la sintomatología y los esquemas de Autosacrificio, Grandiosidad y Altos Estándares fueron los que menos se relacionaron con la sintomatología disfuncional. Concretamente, los esquemas maladaptativos tempranos más relacionados con los síntomas psicológicos son los de Abandono y Aislamiento social, seguido por el de Fracaso. Estos resultados están en línea con las conclusiones de Moran, Bifulco, Ball, Jacobs y Benaim (2002), que sugirieron que el abuso físico infantil aumenta los niveles de vergüenza, lo cual afecta los niveles de depresión y tal vez otras formas de psicopatología. Estos esquemas a menudo tienen un impacto más significativo y más duradero, ya que interfiere en la capacidad de satisfacer la afectividad y vinculación con los demás de forma segura (Messman-Moore y Coates, 2007). El esquema que promueve la idea de que los demás no son personas merecedoras de confianza o que son personas abusivas, la idea de que los demás les abandonarán o privarán de un vínculo emocional, o las creencias de vergüenza e imperfección sobre su persona pueden desempeñar un papel importante en la construcción de relaciones interpersonales dañinas experimentadas en la edad adulta (Young et al., 2003).

En esta misma línea de estudio, se encontró una asociación positiva significativa entre el abuso sexual infantil y las cinco dimensiones de los esquemas maladaptativos tempranos, con relaciones más altas en las dimensiones de Desconexión y Rechazo y Autonomía Deteriorada. En el caso de abuso físico y emocional, estas dos dimensiones también se correlacionaron positivamente. Estos datos son consistentes con la literatura anterior coincide con estudios previos (Harding et al., 2012; Lumley y Harkness, 2007; Waller et al., 2000). Por otro lado, los resultados corroboran la hipótesis de que el abuso sexual infantil se asocia positiva y significativamente con la agresión desplazada

manifiesta en la edad adulta. Ya que la agresión desplazada se relaciona con la mayoría de los esquemas maladaptativos tempranos (a excepción de los esquemas de *Autosacrificio* y la *Grandiosidad* que como ya se ha mencionado son dos de los tres esquemas que menos correlacionan con la sintomatología disfuncional) y la correlación de mayor significatividad se da con los esquemas pertenecientes a los dominios de Desconexión y Rechazo (Abandono, Abuso, Privación Emocional e Imperfección) y Autonomía Deteriorada (Dependencia, Peligro y Fracaso).

Así mismo, las diferencias de género encontradas en cada una de las variables estudiadas, con resultados que muestran diferencias significativas entre el abuso sexual infantil, el abuso emocional y las dimensiones de Desconexión y Rechazo y Autonomía Deteriorada con puntuaciones superiores en las mujeres por encima de los hombres, corroboran la hipótesis sobre las mayores puntuaciones de las mujeres víctimas de abuso sexual infantil en agresión desplazada y los esquemas cognitivos de esos dominios. Estos resultados son consistentes con la extensa literatura que indica mayor prevalencia de abuso sexual infantil en mujeres (Bebbington et al, 2011; Cantón-Cortés et al., 2011; Hébert et al., 2009). La investigación también advierte que, en muchos casos, el abuso sexual no es una forma aislada de abuso infantil, ya que también acontece con el abuso físico o emocional (Cantón-Cortés et al, 2011; Gibb, 2002; Harding et al., 2012; Lumley y Harkness, 2007; Moreno, 2006). Estudios como el de Calvete et al. (2005), así como el de Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract y Jordan (2002) han encontrado que las mujeres presentaban puntuaciones más altas en los esquemas maladaptativos de Fracaso, Abandono y Autosacrificio. Es necesario tener en cuenta que los esquemas cognitivos al formarse a una edad temprana, son factores que podrían representar un papel importante en la socialización de los individuos. Además, Tolin y Foa (2002) también encontraron que tras el acontecimiento del trauma, los hombres y las mujeres difieren en sus esquemas cognitivos. De forma que las mujeres son más propensas a culparse a sí mismas por lo sucedido y a mantener ideas más negativas sobre sí mismas y sobre el mundo, viéndolo como un lugar más dañino que los hombres que también habían sufrido traumas.

Finalmente, se ha encontrado que las mujeres víctimas de abuso sexual en la infancia puntuaron más alto en los estilos parentales de Privación Emocional, Abandono, Abuso, Dependencia, Imperfección, Fracaso, Subyugación, Negativismo, Punitivo, y Búsqueda de Aprobación, tanto maternos como paternos. Resultados que corroboran la hipótesis sobre la asociación de los esquemas maladaptativos tempranos y los estilos parentales en las

víctimas de abuso sexual infantil. De acuerdo a McGinn y Young (1996), la conducta de los padres y madres de los niños y niñas que han recibido abuso podría caracterizarse por no satisfacer sus necesidades emocionales, de manera que podría conducir a que éstos se sintieran como no merecedores de ser queridos; por no dar suficiente apoyo, disciplina y ánimo para ser persistente y competente; o por ser extremadamente miedosos y transmitir la idea de que el mundo es un lugar peligroso. Todo ello podría relacionarse con las temáticas de los esquemas maladaptativos tempranos mencionados, y conduce a la idea de que los esquemas maladaptativos tempranos podrían estar íntimamente ligados a los estilos parentales. No se encontraron diferencias, entre el estilo parental materno y paterno aunque existen estudios que apoyan la existencia de dichas diferencias y señalan la importancia de estudiar estas relaciones por separado (McKinney, Milone y Renk, 2011). Estos resultados van en la misma línea que aquellos que indican que los estilos parentales de la figura materna y paterna son similares (Oliva, Parra, Sánchez-Queija, y López, 2007), en contraste con aquellos que encontraron una mayor influencia del estilo parental materno (Laible y Carlo, 2004). Sin embargo, son pocos los trabajos que estudian los estilos parentales paterno y materno por separado (Herrera-Gutiérrez, Brito de la Nuez, Pérez-López, Martínez-Fuentes y Díaz-Navarro, 2001; Larson y Richards, 1994), y los existentes muestran resultados no concluyentes y discordantes (López-Soler, Puerto, López-Pina y Prieto, 2009), por lo que es necesario continuar con esta línea de investigación, y examinar cómo se perciben independientemente los estilos parentales paterno y materno.

### **5.6 El papel de los esquemas maladaptativos tempranos en la aparición de la sintomatología disfuncional en las distintas formas de abuso infantil.**

Objetivo 6. Evaluar el papel de los esquemas maladaptativos tempranos como posibles mediadores de la relación entre sufrir abuso sexual, abuso físico y abuso emocional infantil y la sintomatología psicológica disfuncional de ansiedad; ansiedad fóbica, depresión, impulsividad, conductas impulsivas (abuso/dependencia de alcohol, juego patológico, adicción a sustancia, trastornos de la alimentación, adicción a Internet, adicción a videojuegos, gasto compulsivo e hipersexualidad), riesgo de suicidio y agresión desplazada.

El análisis de la mediación de los esquemas maladaptativos tempranos entre el abuso sexual, emocional y físico infantil y la sintomatología disfuncional se ha desarrollado en

dos partes. En la primera, se ha probado el ajuste de un modelo en el cual las tres formas de abuso se asociaban con la distinta sintomatología evaluada, por medio de los esquemas maladaptativos tempranos. Todos los índices de bondad de ajuste obtuvieron valores dentro de los límites aceptables, y los coeficientes lambda del modelo fueron estadísticamente significativos. De esta forma, al concluir que el hecho de haber sufrido algún tipo de abuso en la infancia tiene un efecto directo sobre la construcción de los esquemas maladaptativos tempranos, los cuales a su vez influyen de forma directa en la sintomatología disfuncional, se confirma la hipótesis del papel mediador de los esquemas. Concretamente, en el abuso físico, sexual y emocional infantil, los esquemas de Privación Emocional, Abandono, Abuso, Fracaso, Peligro, Aislamiento Social e Imperfección median la aparición de la ansiedad, ansiedad fóbica, depresión, riesgo de suicidio, agresión desplazada, adicción a videojuegos, trastornos alimentarios, así como al abuso de sustancias, hipersexualidad y gasto compulsivo. Estos resultados son consistentes con otros estudios que muestran que autoesquemas negativos median la relación entre el abuso emocional y el ulterior desarrollo de sintomatología internalizante (Gibb et al., 2001; Hankin, 2005; Rekart, Mineka, Zinbarg y Griffith, 2007; Sachs-Ericsson et al, 2006).

En la segunda parte de este objetivo se analizó, de forma más específica, el papel mediador de las dimensiones de Desconexión y Rechazo y Autonomía Deteriorada entre el abuso sexual sufrido en la infancia y la sintomatología disfuncional evaluada. Los resultados mostraron efectos significativos en el caso de la Desconexión y Rechazo como mediador entre el abuso sexual y el consumo impulsivo de alimentos y la impulsividad total, obteniéndose sendas mediaciones perfectas. Cuando se introdujo en estos mismos modelos la variable mediadora de Autonomía, se observó que a pesar de que el efecto total era significativo el efecto directo mantenía la significación, mostrando el test de Sobel en ambos casos que la reducción de la asociación entre la variable independiente y la dependiente no se reducía de forma significativa. Dichos resultados destacando la incidencia de los esquemas maladaptativos tempranos del dominio de Desconexión y Rechazo, van en línea con otros estudios que vinculan el abuso infantil y este dominio (Carr y Francis, 2010; Cukor y McGinn, 2006). Este dominio se refiere a las expectativas de la persona de que sus necesidades para la seguridad, la estabilidad, la crianza, la empatía, el intercambio de sentimientos, la aceptación y el respeto no se cumplirán de manera previsible, expectativas presumiblemente influenciadas por una experiencia de abuso infantil. Una explicación para estos resultados podría ser, la que Young et al. (2003)

postulan sobre las diferentes maneras de hacer frente de las personas sobrevivientes de abuso infantil a la victimización. Lo cual indica la importancia de entender la relación cognoscitiva entre el acontecimiento traumático y los trastornos psicológicos posteriores para proporcionar un tratamiento eficaz para los sobrevivientes de abuso infantil.

Los resultados mostraron un efecto de mediación perfecta de la dimensión Desconexión y Rechazo en la relación entre el abuso sexual infantil y la agresión desplazada, lo cual no ocurrió con la dimensión de Autonomía Deteriorada independientemente del género. Por lo tanto, las hipótesis sobre el efecto mediador entre los dominio de Desconexión y Rechazo y Autonomía Deteriorada de las estructuras cognitivas maladaptativas en este caso quedó parcialmente confirmada. Estos resultados reflejan la importancia de valorar los esquemas específicos relacionados con el maltrato de la dimensión de Desconexión y Rechazo como Abandono, Abuso, Privación Emocional e Imperfección. En este sentido, existen evidencias de que varios tipos de esquemas maladaptativos pueden desempeñar un papel decisivo en el desarrollo de problemas emocionales posteriores en las víctimas de abuso infantil, por ejemplo O'Dougherty et al. (2009) encontraron que el abuso emocional y la negligencia emocional, ambos emergieron como predictores de los síntomas de ansiedad y depresión, y ambas experiencias fueron mediadas por el esquemas de Imperfección entre otros. Más recientemente, Calvete, Orue y González-Diez (2013) encontraron también que la hostilidad se asoció con el dominio de Desconexión y Rechazo. La mediación ofrece una aproximación significativa para la comprensión de relación entre la exposición al trauma y la externalización de los problemas de conducta (Whitson, Bernard y Kaufman, 2014). Según Ford, Chapman, Mack y Pearson, (2006), el trauma provoca un estado de alarma fisiológica y psicológica en el cual median el pensamiento, las emociones y el comportamiento de las funciones ejecutivas del cerebro abrumadas por la angustia y el terror. Si el trauma persiste a lo largo del tiempo, este elevado estado de alarma agota los recursos mentales de forma que la persona manifestará una capacidad empobrecida de regular el afecto, un estilo cognitivo rígido, respuestas impulsivas, disminución del sentido de empatía hacia los demás y un limitado repertorio de estrategias de afrontamiento. Ford et al. (2006) describen la victimización traumática como una pérdida de la integridad y del control personal que implica una profunda invasión en el desarrollo del yo. En un intento por recuperar el sentido de agente y reparar las injusticias cometidas con ellos y ellas, las jóvenes víctimas pueden adoptar un modo de "supervivencia de afrontamiento" en el que una dura fachada de desafío e

insensibilidad enmascare la desesperanza y la vergüenza interior. Si el entorno no responde a las llamadas de ayuda encubiertas y silenciosas de estos jóvenes, el desafío da paso a la desesperación y a la justificación percibida de tomar todos los medios necesarios para autodefenderse de un mundo hostil. En ese sentido, se requieren más estudios prospectivos como el de Loh y Gidycz (2006) que muestra la ausencia de una relación predictiva entre el abuso sexual infantil en la infancia y la posterior perpetración de la violencia de pareja en la edad adulta en los hombres a pesar de la existencia de una relación significativa entre el abuso sexual en la infancia y la historia de perpetrar agresiones sexuales.

### **5.7 El papel de los estilos parentales en la aparición de los esquemas maladaptativos tempranos en las distintas formas de abuso infantil.**

Objetivo 7. Evaluar el papel de los estilos parentales de la figura materna y paterna como posibles mediadores de la relación entre sufrir abuso emocional infantil y el desarrollo de esquemas maladaptativos tempranos en las víctimas de abuso sexual infantil.

Otro objetivo principal de este trabajo fue estudiar el papel que tienen los estilos parentales en la aparición de esquemas maladaptativos tempranos en las personas que han sufrido abuso sexual infantil. Los resultados indican una mediación completa de los estilos parentales de Abuso, Imperfección y Fracaso; y una mediación parcial de los estilos parentales de Privación Emocional en la relación entre el abuso emocional y los esquemas maladaptativos tempranos. En el caso de la negligencia emocional, los resultados indicaron una mediación completa para los estilos parentales de Abuso e Imperfección, y una mediación parcial para los estilos parentales de Privación Emocional y Fracaso. Consecuentemente, las hipótesis se confirman al comprobar que los estilos parentales de Privación Emocional, Imperfección y Fracaso de las figuras materna y paterna y el estilo parental de Abuso paterno median la relación entre las víctimas de abuso y negligencia emocional infantil y el desarrollo de algunos de los esquemas maladaptativos tempranos en las víctimas de abuso sexual infantil. Estos resultados son compatibles con los encontrados en estudios previos que examinaron la relación entre los estilos parentales y esquemas maladaptativos tempranos (Estévez y Calvete, 2007). Cukor (2004) y McGinn et al. (2005) encontraron que tanto escaso cuidado maternal como paternal se asociaron con el dominio de Desconexión y Rechazo. McCarthy y Lumley (2012) también mostraron que el abuso emocional parental podría predecir la presencia condicional e incondicional de esquemas maladaptativos tempranos. Los datos obtenidos en el presente estudio contrastan con los

resultados obtenidos por Thomas (2009), quien encontró que las personas que eran las principales cuidadoras puntuaban alto en el dominio de Orientación a los Demás y mostraban puntuaciones más bajas en los cuatro dominios de los esquemas maladaptativos tempranos. Pero encontró una relación no significativa entre el cuidado y el abuso sexual en la infancia a través de los cuatro dominios de los esquemas maladaptativos tempranos. Lo cual conduce a suponer que los estilos parentales están significativamente relacionados con los proceso cognitivo (Henáo, 2008). La propia validez empírica del instrumento de medida de las experiencias de crianza percibidas como hipótesis para representar los orígenes de creencias negativas o esquemas cognitivos proporciona sustenta a la relación entre la propia experiencia de los comportamientos parentales y el desarrollo de creencias negativas (Sheffield et al., 2005, Sheffield, Waller, Emanuelli, Murray y Meyer, 2009). Se necesita más investigación para aumentar el conocimiento de los mecanismos implicados en la aparición de esquemas maladaptativos tempranos, así como sobre el proceso a través del cual se desarrollan, en los cuales los estilos de parentales parecen jugar un papel relevante (Ingram, 2003; Van Vlierberghe, Timbremont, Braet y Basile, 2007).

La identificación de los esquemas cognitivos como mediadores en la relación entre las figuras parentales y las consecuencias psicológicas en las víctimas de abuso sexual en la infancia conlleva a importantes implicaciones en el ámbito clínico como en el campo de la investigación. La comprensión de los vínculos entre las figuras parentales, los esquemas cognitivos y la psicopatología podría utilizarse para ayudar a estas personas cuestionar las formas en las que gestionan las emociones desagradables (Kennerley, 1996; Palmer et al., 2003) con el fin de reducir la auto-culpa, lo que permite que la persona entienda que su comportamiento es comprensible y probablemente fue adaptativo y funcional en otro entorno (Sheffield, et al., 2009). El presente estudio proporciona más conocimiento acerca de la relación entre las experiencias traumáticas infantiles y los esquemas maladaptativos tempranos y los estilos parentales. También contribuye a la comprensión de los estilos parentales y cómo se pueden relacionar con la aparición de ciertos esquemas maladaptativos tempranos.



## CAPÍTULO VI. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En primer lugar, es imperativo señalar que el tamaño de la muestra es reducida y el género no se distribuye equitativamente, aunque es cierto que es una población muy específica, hubiese sido deseable un mayor número de participantes de género masculino, con el fin de verificar los resultados obtenidos más fidedignamente.

La generalización de los resultados también conlleva algunas limitaciones, debido a que la selección de la muestra no fue aleatoria. La muestra clínica compuesta por personas en contacto con asociaciones de atención y tratamiento al abuso y maltrato en la infancia por lo que podrían presentar sintomatología psicológica más aguda. Se ha llevado a cabo un contraste con un grupo de control de población general, pero con una muestra de conveniencia, cuyo criterio de selección ha sido la accesibilidad a ésta. Gran parte estas personas son estudiantes universitarios, y a través del método de “bola de nieve” se facilitó la inclusión de participantes externos a la universidad. Por lo que, se trata de una muestra con nivel formativo medio/alto, lo cual pudiera atentar a la generalización de los resultados obtenidos. Estas características de la muestra exigen que los resultados sean analizados con cautela y considerar para futuras investigaciones realizar recogidas de muestra en otros contextos que facilitarían evaluaciones representativas de la población general.

Otro aspecto importante es que se utilizaron medidas de autoinforme retrospectivos, que puede haber sesgado la recopilación de información. La información retrospectiva se encuentra siempre determinada por la memoria de la persona encuestada y su deseo de responder con sinceridad, de modo que los sesgos de memoria pueden intervenir dando lugar a falsos positivos y negativos. Más aún, en el caso del abuso sexual, que al tratarse de una experiencia de escasa revelación, puede aumentar el riesgo de falsos negativos (Oates et al., 2000). El hecho de que todas las variables incluidas en el modelo hayan sido evaluadas mediante autoinforme, puede conllevar a problemas de veracidad, especialmente en el caso del maltrato y específicamente en el abuso sexual infantil. Sin embargo, diferentes estudios apuntan a una adecuada validez de las pruebas de autoinforme (Brown y Zimmerman, 2004; Caballo, Salazar, Iruña, Arias y Nobre, 2013; Sánchez-García, Olivares y Ruiz-Hernández, 2013). Se ha señalado que factores como la influencia de barreras emocionales, la disociación o la creación de falsas memorias creadas por las víctimas podrían incidir en la validez del maltrato autoinformado (J. Allen, 1995; Osorio, Tani y Bazan, 2012). Sin embargo, la investigación sugiere que, ofrece evidencias

sobre la fiabilidad y validez de las historias de abuso autoinformadas, y más aún cuando se registran con instrumentos estandarizados como el CTQ (Bernstein et al., 2003). Las limitaciones de estos instrumentos lejos de suponer la invalidación de la investigación retrospectiva sobre experiencias traumáticas (Hardt y Rutter, 2004) pueden presentar beneficios dado su carácter anónimo, que puede facilitar la transparencia a la hora de informar sobre temas tan delicados. Autores como Cantón y Cortés (2008) ultiman que más del 90% de las víctimas de abuso sexual infantil al no denunciar el abuso ni recibir ningún tipo de apoyo institucional, los informes retrospectivos constituyen el único medio de estudio de dichos casos. Con todo ello, la inclusión de otros métodos de evaluación como la entrevista clínica, hubiera aportado la posibilidad de contraste y una evaluación más precisa.

Finalmente, otra limitación importante del estudio se deriva del diseño trasversal de la investigación que no permite inferir relaciones de causalidad, sino de mera asociación entre variables (Atalay, F. Atalay, Karahan, y Çaliskan, 2008; Sheffield et al., 2009). Es imprescindible que futuras investigaciones longitudinales aborden el estudio del abuso sexual infantil con el fin de examinar la fuerza y las direcciones de las relaciones causales y comparar las consecuencias sobre el ajuste psicológico a través del tiempo (Calvete, Estévez y Corral, 2007; Cantón-Cortés, 2010; Moreno, Morante, Rodríguez y Rodríguez, 2008) para obtener información de mayor fiabilidad. No obstante, la complejidad del tema de estudio limita la posibilidad de establecer conclusiones de tipo causal. Por ello, es necesario recoger toda la información posible que incluyan el estudio de posibles mediadores y moderadores en las víctimas de abuso sexual en la infancia para una mayor comprensión de las consecuencias que las experiencias traumáticas en la infancia pueden tener en la vida adulta, así como analizar cómo diversos elementos pueden afectar al desarrollo cognitivo y emocional posterior.

## CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES

La presente tesis doctoral es un estudio transversal en el que se describen las características del abuso sexual infantil, comprendiendo el género y la relación que vincula a la víctima y la persona que perpetra el abuso, así como el contexto de ocurrencia y la duración del abuso sexual. A su vez, se evalúa en la edad adulta la historia de abuso sexual y otros tipos de abusos y negligencia sufridos en la infancia y la sintomatología psicológica disfuncional asociada a largo plazo, y se estudia la asociación con los estilos parentales y los esquemas maladaptivos tempranos, así como el efecto mediador de éstos.

A continuación se presentan las principales conclusiones de la investigación, teniendo en cuenta las hipótesis de partida y los resultados del presente trabajo:

### 7.1 Características del abuso sexual infantil

- El abuso sexual padecido en la infancia está significativamente más presente en las mujeres, lo que concuerda con lo establecido en la literatura científica.
- La mayoría de los abusos sexuales infantiles son cometidos por hombres independientemente del género de la víctima.
- El abuso sexual infantil es cometido con mayor frecuencia en contextos intrafamiliares.
- La familiaridad más frecuente entre las víctimas de abuso sexual es la intrafamiliar y la persona abusadora es de segundo grado, seguida por la familiaridad de primer grado.
- Los abusos sexuales que acontecen en un ámbito extrafamiliar son mayoritariamente cometidos por hombres conocidos y/o amigos de la familia.
- La duración más frecuente del abuso sexual infantil se prolonga entre 6 y 11 años, seguido por la duración de entre 2 y 5 años y suele ser perpetrado por familiares de 1º, 2º y 3º grado.
- Las personas víctimas de abuso sexual infantil mayoritariamente ha sido víctimas de una única persona abusadora.

## **7.2 Concurrencia del maltrato infantil y la sintomatología psicológica disfuncional y los esquemas maladaptativos tempranos.**

- Las distintas formas de maltrato infantil se dan conjuntamente, de forma que las personas que han sufrido abuso sexual han sido víctimas de otros tipos de maltrato infantil.

- El abuso sexual infantil se correlaciona significativamente con el abuso emocional con mayor fuerza, seguido por el abuso físico y la negligencia emocional. La relación entre el abuso sexual y la negligencia física es una relación más débil pero también significativa.

- La polivictimización impide establecer una clasificación general de la sintomatología psicológica disfuncional, ya que los diferentes tipos de maltrato concurren.

## **7.3 Abuso sexual infantil y la sintomatología psicológica disfuncional, esquemas maladaptativos tempranos y estilos parentales.**

- La sintomatología psicológica disfuncional en la edad adulta está relacionada con el abuso sexual en la infancia.

- Las personas víctimas de abuso sexual infantil presentan puntuaciones estadísticamente más elevadas de ansiedad, ansiedad fóbica, depresión, impulsividad, consumo o uso abusivo de sustancias y las conductas impulsivas de alimentación y sexualidad, ideación suicida.

- Las personas que han sufrido abuso sexual durante la infancia muestran puntuaciones estadísticamente más elevadas en los esquemas maladaptativos tempranos pertenecientes a los dominios de Desconexión y Rechazo (expectativa de que las necesidades de aceptación y seguridad no serán satisfechas en un modo predecible); Autonomía Deteriorada (expectativas sobre uno mismo y el entorno, que interfieren con la capacidad de percibirse a uno mismo como capaz de funcionar independientemente o ser competente) y Límites Deteriorados (deficiencia de los límites internos, o en la responsabilidad hacia los otros, así como una falta de autocontrol para conseguir metas u objetivos a largo plazo).

- Los estilos parentales se asocian con el hecho de haber sufrido abuso físico y emocional, y negligencia física y emocional. Dada la concurrencia del abuso infantil con otras formas de abuso, es importante considerar la posible asociación de los estilos parentales con el abuso sexual infantil.

#### **7.4 Diferencias en función del método de recogida de la información.**

- La correspondencia entre las respuestas de las personas participantes en el estudio a través de Internet y a través de la técnica de Papel y Lápiz, valida la recogida de la información on-line.

#### **7.5 Relación entre el maltrato infantil recibido y la sintomatología psicológica disfuncional y los factores cognitivos asociados.**

- Existen relación entre los diferentes tipos de abuso y negligencia infantil y la sintomatología disfuncional presente en la edad adulta aunque no toda la sintomatología disfuncional se relacione de igual forma.

- Existe una asociación positiva y significativa del abuso sexual infantil con la agresión desplazada manifestada en la edad adulta.

- Cualquiera de las diferentes formas de maltrato infantil influye en la formación de esquemas maladaptativos tempranos. Los esquemas maladaptativos más relacionados con el maltrato infantil son la Privación Emocional, Abuso, Fracaso, y Apego, esquemas todos ellos pertenecientes a los dominios de Desconexión y Rechazo y Autonomía Deteriorada.

- Los esquemas maladaptativos de Privación Emocional, Abandono, Abuso, Imperfección, Fracaso, Peligro y Aislamiento social se correlacionaron significativamente y altamente con la sintomatología psicológica. Concretamente, los esquemas de Abandono y Aislamiento social con más fuerza, seguidos por el esquema de Fracaso.

- Los esquemas maladaptativos tempranos de Abandono, Abuso, Privación Emocional e Imperfección (dominio de *Desconexión y Rechazo*) y los esquemas de Dependencia, Peligro y Fracaso (dominio de *Autonomía Deteriorada*) son los esquemas que se correlacionan más significativamente con el abuso sexual infantil y la agresión desplazada.

- Las mujeres víctimas de abuso sexual en la infancia puntuaron más alto en los estilos parentales de Privación Emocional, Abandono, Abuso, Dependencia, Imperfección, Fracaso, Subyugación, Negativismo, Punitivo, y Búsqueda de Aprobación, tanto maternos como paternos.

### **7.6 El papel mediador de los esquemas maladaptativos tempranos en la sintomatología disfuncional del maltrato**

- Ser víctima de maltrato infantil tiene un efecto sobre la construcción de los esquemas maladaptativos tempranos, es decir, sobre las representaciones cognitivas desadaptativas que influyen de forma directa en la sintomatología psicológica disfuncional.

- Existe un efecto de mediación de la dimensión Desconexión y Rechazo en la relación entre el abuso sexual infantil y la agresión desplazada independientemente del género. Por lo tanto, las creencias relacionadas con la falta de apoyo emocional por parte de las personas significativas, intervienen en la aparición de la agresión en las víctimas de abuso sexual infantil tanto en hombres como en mujeres.

### **7.7 El papel de los estilos parentales como posibles mediadores de la relación entre sufrir abuso emocional infantil y el desarrollo de esquemas maladaptativos tempranos en las víctimas de abuso sexual infantil.**

- Existe una mediación completa de los estilos parentales de Abuso, Imperfección y Fracaso; y una mediación parcial del estilo parental de Privación Emocional en la relación entre el abuso emocional y los esquemas maladaptativos tempranos. De forma que las expectativas de que los demás les harán daño o que sus necesidades de apoyo no serán satisfechas, la sensación de inferioridad y las creencias de fracaso, consecuencia de los estilos parentales, intervienen sobre la construcción de las representaciones cognitivas en las víctimas de abuso sexual infantil que han sufrido abuso emocional.

- Existe una mediación completa de los estilos parentales de Abuso e Imperfección, y una mediación parcial para los esquemas de Privación Emocional y Fracaso en la relación entre las víctimas de abuso y negligencia emocional infantil y el desarrollo de algunos de los esquemas maladaptativos tempranos en las víctimas de abuso sexual infantil. Por lo tanto, los estilos parentales que conducen a la persona a desarrollar expectativas de que los demás les harán daño o que sus necesidades de apoyo no serán satisfechas, sensaciones de inferioridad y las creencias de fracaso, intervienen sobre la construcción de las representaciones cognitivas en las víctimas de abuso sexual infantil que han sufrido abuso y negligencia emocional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Aaron, M. (2012). The pathways of problematic sexual behavior: A literature review of factors affecting adult sexual behavior in survivors of childhood sexual abuse. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention*, 19(3), 199–218. doi:10.1080/10720162.2012.690678
- Abbey, A., Wegner, R., Pierce, J. y Jacques-Tiura, A. J. (2012). Patterns of sexual aggression in a community sample of young men: Risk factors associated with persistence, desistance, and initiation over a 1-year interval. *Psychology of violence*, 2(1), 1-15.
- Abbott, M. W. y Volberg, R. A. (1999). *Gambling and problem gambling in the community: An international overview and critique*. Wellington: Department of Internal Affairs.
- Abbott, M. W., Volberg, R. A. y Ronnberg, S. (2004). Comparing the New Zealand and Swedish national surveys of gambling and problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 20, 237-258.
- Aboujaoude, E. (2010). Problematic internet use: an overview. *World Psychiatry*, 9(2), 85-90. doi:10.1002/j.2051-5545.2010.tb00278.x
- Adams, J., McClellan, J., Douglass, D., McCurry, C. y Storck, M. (1995). Sexually inappropriate behaviors in seriously mentally ill children and adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 19(5), 555-568.
- Adams, J. A., Starling, S. P., Frasier, L. D., Palusci, V. J., Shapiro, R. A., Finkel, M. A. y Botash, A. S. (2012). Diagnostic accuracy in child sexual abuse medical evaluation: Role of experience, training, and expert case review. *Child Abuse & Neglect*, 36(5), 383-392. doi:10.1016/j.chiabu.2012.01.004
- Afifi, T. O., Enns, M. W., Cox, B. J., Asmundson, G. J. G., Stein, M. B. y Sareen, J. (2008). Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *American Journal of Public Health*, 98(5), 946–952.
- Afifi, T. O., Enns, M. W., Cox, B. J., De Graaf, R., Ten Have, M. y Sareen, J. (2007). Child abuse and health related quality of life in adulthood. *Journal of Nervous Mental Disease*, 195, 797-804.

- 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 and Psychiatry*, 49(5), 508-515. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01856.x
- Aguilar, M. M. (2009). Abuso sexual en la Infancia. *Anales de Derecho*, 27, 210-240.
- Aguilar, E. J., Hidalgo, M. D., Cano, R., López, J. C., Campillo, M. y Hernández, M. (1995). Estudio prospectivo de la desesperanza en pacientes psicóticos: características psicométricas de la Escala de Desesperanza de Beck. *Anales de Psiquiatría*, 11(4), 121-125.
- Ahrberg, M., Trojca, D., Nasrawi, N. y Vocks, S. (2012). Body image disturbance in binge eating disorder: a review. *European Eating Disorders Review*, 19(5), 375-381. doi:10.1002/erv.1100
- Akanle, F. F. (2010). Sexual coercion of Adolescent Girls in Yorubaland Nigeria. *Current Research Journal of Social Sciences*, 3(2), 132-138.
- Akbas, S., Turla, A., Karabekiroglu, K., Pazvantoglu, O., Keskin, T. y Boke, O. (2009). Characteristics of sexual abuse in a sample of Turkish children with and without mental retardation, referred for legal appraisal of the psychological repercussions. *Sexuality and Disability*, 27, 205-213. doi:10.1007/s11195-009-9139-7
- Akhtar, Z. (2012). The effect of parenting style of parents on the attachment styles of undergraduate students. *Language in India*, 12(1), 555-566.
- Alaggia, R. (2005). Disclosing the trauma of child sexual abuse: A gender analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 10, 453-470.
- Alaggia, R. y Mishna, F. (2014). Self Psychology and Male Child Sexual Abuse: Healing Relational Betrayal. *Clinical Social Work Journal*, 42(1), 41-48. doi:10.1007/s10615-013-0453-2
- Alba, J. L. (2006). *Fundamentos de psicología jurídica e investigación criminal*. Salamanca: Ediciones universitarias.
- Albach, F. y Everaerd, W. (1992). Posttraumatic stress symptoms in victims of childhood incest. *Psychother Psychosom*, 57, 143-151.
- Al-Fayez, G. A., Ohaeri, J. U. y Gado, O. M. (2012). Prevalence of physical, psychological, and sexual abuse among a nationwide sample of Arab high school students: association with family characteristics, anxiety, depression, self-esteem, and quality of life. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(1), 53-66. doi:10.1007/s00127-010-0311-2

- Algood, C. L., Hong, J. S., Gourdine, R. M. y Williams, A. B. (2011). Maltreatment of children with developmental disabilities: An ecological systems analysis. *Children And Youth Services Review*, 33(7), 1142-1148. doi:10.1016/j.childyouth.2011.02.003
- Al-Issa, I. (1982). *Culture and Psychopathology*. Baltimore: University Park Press.
- Allen, J. (1995). The spectrum of accuracy in memories of childhood trauma. *Harvard Review of Psychiatry*, 3, 84-95.
- Allen, B., Tellez, A., Wevodau, A., Woods, C. L. y Percosky, A. (2014). The impact of sexual abuse committed by a child on mental health in adulthood. *Journal Of Interpersonal Violence*, 29(12), 2257-2272. doi:10.1177/0886260513517550
- Alonso, J. y Román, J. M. (2005). Estilos educativos familiares y autoestima de los hijos de 4 y 5 años. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 58(1), 101-114.
- Aluja, A., Barrio, M. V. y García, L. F. (2007). Personalidad, valores sociales y satisfacción matrimonial como predictores de estilos de crianza parentales. *Revista International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 725-737.
- Amaro, H., Fried, L. E., Cabral, H. y Zuckerman, B. (1990). Violence during pregnancy and substance use. *American Journal of Public Health*, 80, 575-579.
- Amazarray, M. R. y Koller, S. H. (1998). Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Revista de Psicologia Reflexão e Crítica*, 11(3), 546-555.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (4th Ed. text revision). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th Ed.). Washington, DC. London, England.
- Ammerman, R. (1990). Etiological models of child maltreatment. *Behavior Modification*, 14, 230-154.
- Anderson, K., Rieger, E. y Caterson, I. (2006). A comparison of maladaptive schemata in treatment-seeking obese adults and normal weight control subjects. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 245-252.
- Andover, M. S., Zlotnick, C. y Miller, I. W. (2007). Childhood physical and sexual abuse in depressed patients with single and multiple suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 467-474.

- Andrade, A. L. y Wachelke, J. F. R. (2006). Pesquisa psicológica via internet: satisfação em relacionamento de casal e bem-estar psicológico, validação e parâmetros psicométricos. En *Anais da 58ª Reunião Anual da SBPC*. Florianópolis: Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência.
- Andreu, J. M., Peña, M. E. y Graña, J. L. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del cuestionario de agresión. *Psicothema*, 14, 476-482.
- Andrews, G., Corry, J., Slade, T., Issakidis, C. y Swanston, H. (2004). Cap. 23. Child Sexual Abuse. En Ezzati, M. (2004). *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors, 1851-1940*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Andrews, B., Qian, M., & Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(1), 29-42.
- Anestis, M. D., Selby, E. A., Fink, E. L. y Joiner, T. E. (2007). The multifaceted role of distress tolerance in dysregulated eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 718–726. doi: 10.1002/eat.20471
- Annerbäck, E. M., Lindell, C., Svedin, C. G. y Gustafsson, P.A. (2007). Severe child abuse: a study of cases reported to the police. *Acta Pediátrica*, 96, 1760-1764.
- Annerbäck, E. M., Wingren, G., Svedin, C. G. y Gustafsson, P. A. (2010). Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden – findings from a population-based youth survey. *Acta Pediátrica*, 99(8), 1229-1236.
- Apostolidis, T. (2003). Représentations sociales et triangulation: enjeux théorico-méthodologiques. En J. C. Abric (Ed.), *Méthodes d'étude des représentations sociales* (pp. 13-35). Ramonville Saint-Agne: Érès.
- Arata, C. M. (2002). Child sexual abuse and sexual revictimization. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 9, 135-164.
- Argo, T. R., Black, D. W. (2004). Clinical characteristics. En: Grant J. E., Potenza, M. N., editores. *Pathological gambling: A clinical guide to treatment* (pp. 39-53). Arlington: APPI.
- Aristizábal, C., Cañón, S. C., Castaño J. J., Castaño, L., García, K. J., Marín, J. L., Osorno, J. C. y Sánchez, G. L. (2013). Factor de riesgo suicida y factores asociados en instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas en la ciudad de Manizales (Colombia), 2012. *Archivos de Medicina*, 13(1), 11-23.

- Aroca, C., Cánovas, P. y Alba, J. L. (2012). Características de las familias que sufren violencia filio-parental: un estudio de revisión. *Educatio Siglo XXI*, 30(2), 231-254.
- Arruabarrena, M. I. y De Paúl, J. (1994). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Arruabarrena, M. I. y De Paúl, J. (2001). *Maltrato a los niños en la familia: Evaluación y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Arruabarrena, I. y De Paúl, J. (2012). Improving accuracy and consistency in child maltreatment severity assessment in child protection services in Spain: New set of criteria to help caseworkers in substantiation decisions. *Children and Youth Services Review*, 34, 666–674.
- Arttime, T. M., McCallum, E. B. y Peterson, Z. D. (2014). Men's acknowledgment of their sexual victimization experiences. *Psychology Of Men & Masculinity*, 15(3), 313-323. doi:10.1037/a0033376
- Asociación para la Protección de la Familia (APROFA). Centro de Atención y Prevención en Violencia Intrafamiliar (2001). *Guía de apoyo de procedimientos en casos de abuso sexual*. Santiago, Chile: Printext Ltda.
- Atalay, H., Atalay, F., Karahan, D. y Çaliskan, M. (2008). Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 12(4), 268-279. doi:10.1080/13651500802095004
- Azar, S. (1991). Models of child abuse: a metatheoretical analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 18, 30-46.
- Azevedo, M. y Maia, A. (2006). *Maus-tratos à criança*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bahali, K., Akçan, R., Tahiroglu, A. Y. y Avcı, A. (2010). Child sexual abuse: Seven years in practice. *Journal of Forensic Sciences*, 55(3), 633-636. doi:10.1111/j.1556-4029.2010.01357.x
- Bain, Q. y Sanders, M. (1996). *A plena luz. Abusos sexuales en la infancia*. Salamanca: Lóguez Lector Joven.
- Bakken, I. J., Wenzel, H. G., Götestam, K. G., Johansson, A., Oren, A. (2009). Internet addiction among Norwegian adults: a stratified probability sample study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50, 121-127. doi:10.1111/j.1467-9450.2008.00685.x
- Bamber, M. y McMahon, R. (2008). Danger – Early maladaptive schemas at work! The role of early maladaptive schemas in career choice and the occupational stress in

- health workers. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 96–112. doi:10.1002/cpp.564
- Bancroft, J., Janssen, E., Carnes, L., Strong, D.A., Goodrich, D. y Long, J. S. (2004). Sexual activity and risk taking in young heterosexual men: The relevance of sexual arousal, mood and sensation seeking. *Journal of Sex Research*, 41(2), 181-192. doi:10.1080/00224490409552226
- Bancroft, J. y Vukadinovic, Z. (2004). Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity or what? Toward a theoretical model. *Journal of Sex Research*, 41(3) 225–234. doi:10.1080/00224490409552230
- Baral, G., Etkind., P., Burke, M. C. y Cram, V. (2008). Sexual Violence and Subsequent Risk of Sexually Transmitted Disease Among Incarcerated Women. *Journal of Correctional Health Care*, 2(14), 80-88. doi:10.1177/1078345807313797
- Baranoff, J., Oei, T., Cho, S. y Kwon, S-M. (2006). Factor structure and internal consistency of the Young schema questionnaire (short form) in Korean and Australian samples. *Journal of Affective Disorders*, 93(1), 133–140. doi:10.1016/j.jad.2006.03.003
- Barker-Collo, S. L. (2001). Adult reports of child and adult attributions of blame for childhood sexual abuse: Predicting adult adjustment and suicidal behaviors in females. *Child Abuse & Neglect*, 25(10), 1329-1341. doi:10.1016/S0145-2134(01)00278-2
- Baron, R. A. (1977). *Human aggression*. New York: Plenum.
- Baron, R. M. y Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173-1982.
- Baron, R. A. y Richarson, D. R. (1994). *Human Aggression* (2nd Ed.). New York: Plenum Press.
- Barratt, E. (1994). Impulsiveness and aggression. En J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: developments in risk assessment* (pp. 61-79). Chicago: The University Chicago Press.
- Barrera, M. I., Cortés, J. F., Guerrero, H. y Aguirre, A. (2005). La fibromialgia: ¿un síndrome somático funcional o una conceptualización de la histeria? Análisis cuali-cuantitativo. *Salud Mental*, 28(6), 41-50.

- Barrera, L., Ordóñez, R., Palacios, E. y Peña, A. (2007). Análisis Bibliométrico de la Producción Científica sobre suicidio en niños en el periodo 1985-2005. *Revista Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(002), 40-62.
- Barrios, Y. V., Gelaye, B., Zhong, Q., Nicolaidis, C., Rondon, M. B., Garcia, P. J., Mascaro, P. A., Sánchez, S. E. y Williams, M. A. (2015). Association of childhood physical and sexual abuse with intimate partner violence, poor general health and depressive symptoms among pregnant women. *Plos one*, 10(1). doi:10.1371/journal.pone.0116609
- Barros, R. D. D., Williams, L. C. D. A. y Brino, R. D. F. (2008). Habilidades de auto proteção acerca do abuso sexual em mulheres com deficiência mental. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 14(1), 93-110.
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S. y Tonia, T. (2012). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469-483. doi:10.1007/s00038-012-0426-1
- Barudy, J. (1994). *Abuso sexual y maltrato infantil. Propuestas de intervención*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós.
- Baumrind, D. (1994). The social context of child maltreatment. *Family Relations*, 45(4), 405-414.
- Baumrind, D. (1996). The Discipline Controversy Revisted. *Family Relations*, 4(4), 405-414.
- Baumrind, D. (2005). Patterns of parental authority and adolescent autonomy. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 108, 61-69.
- Bebbington, P. E., Cooper, C., Minot, S., Brugha, T. S., Jenkins, R., Meltzer, H. y Dennis, M. (2009). Suicide attempts, gender, and sexual abuse: Data from the 2000 British Psychiatric Morbidity Survey. *The American Journal of Psychiatry*, 166(10), 1135-1140. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09030310
- Bebbington, P. E., Jonas, S., Brugha, T., Meltzer, H., Jenkins, R., Cooper, C., King, M. y MsManus, S. (2011). Child sexual abuse reported by an English national sample: characteristics and demography. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 46, 255-262.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.

- Beck, A. T., Freeman, A. y Davis, D. (2004). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Second Edition. New York: The Guildford Press.
- Beck, A. T., Haigh, E. A. P. (2014). Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-24. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. J. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scales. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(6), 861-865.
- Becoña, E. (1999). Epidemiología del juego patológico en España. *Anuario de Psicología*, 30, 7-19.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D. y Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child abuse & neglect*, 16(1), 101-118. doi:10.1016/0145-2134(92)90011-F
- Belanger, Y. (2006). *Gambling with the future: The evolution of Aboriginal gaming in Canada*. Saskatoon, SK: Purich.
- Belanger, Y. (2011). *First Nations gaming in Canada*. Winnipeg, MB: University of Manitoba Press.
- Bell, C. C., Bland, I. J., Houston, E. y Jones, B. E. (1983). Curriculum development and implementation: Enhancement of knowledge and skills for the psychiatric treatment of black populations. En Chunn, J. C., Dunston, P. J. y Ross-Sheriff, F. (Eds.), *Mental health and people of color*. Washington, D.C.: Howard University Press.
- Bell, C. C., Williamson, J. L. y Chien, P. (2008). Cultural, racial and ethnic competence and psychiatric diagnosis. *Ethnicity And Inequalities In Health And Social Care*, 1(1), 34-41. doi:10.1108/17570980200800006
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: an ecological integration, *American Psychologist*, 35, 320-335.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmentalecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 413-434.
- Beltrán, C. (2007). Características y factores precipitantes asociados al abuso sexual. *Medunab*, 10(1), 38-49.
- Bensley, L., Simmons, K. W., Ruggles, D., Putvin, T., Harris, C., Allen, M. y Williams, K. (2004). Community Responses and Perceived Barriers to Responding to Child Maltreatment. *Journal Of Community Health: The Publication For Health Promotion And Disease Prevention*, 29(2), 141-153. doi:10.1023/B:JOHE.0000016718.37691.86

- Bentley, T. y Widom, C. S. (2009). A 30-year follow up of the effects of child abuse and neglect on obesity in adulthood. *Obesity*, 17, 1900-1905. doi:10.1038/oby.2009.160
- Bergen, H. A., Martin, G., Richardson, A. S., Allison, S. y Roeger, L. (2003). Sexual abuse and suicidal behavior: a model constructed from a large community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(11), 1301-1309. doi:10.1097/01.chi.0000084831.67701.d6
- Berlin, L. J., Appleyard, K. y Dodge, K. (2011). Intergenerational continuity in child maltreatment: mediating mechanisms and implications for prevention. *Child Development*, 82, 162-176. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01547.x
- Berliner, L. (2011). Child sexual abuse: Definitions, prevalence, and consequences. En J. E. B. Myers (Ed.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (3rd Ed., pp. 215-232). Los Angeles, CA: Sage.
- Berliner, L. y Elliott, D. M. (2002). Sexual abuse of children. En J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, T. Reid, & C. Jenny (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (2nd Ed., pp. 55-78). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Bernardi, S. y Pallanti, S. (2009). Internet addiction: a descriptive clinical study focusing on comorbidities and dissociative symptoms. *Comprehensive Psychiatry* 50(6), 510-516. doi:10.1016/j.comppsy.2008.11.011
- Bernstein, D. P. y Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective selfreport (CTQ)*. San Antonio, TX: NCS Pearson, Inc.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E. y Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132-1136.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., and Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27(2), 169-190. doi:10.1016/S0145-2134(02)00541-0
- Bernetz, C. Z. y Stein, M. B. (1999). Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. *Depress Anxiety*, 9(4), 164-174.
- Berthelot, N., Godbout, N., Hébert, M., Goulet, M. y Bergeron, S. (2014). Prevalence and correlates of childhood sexual abuse in adults consulting for sexual problems. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(5), 434-443. doi:10.1080/0092623X.2013.772548
- Besharov, D. J. (1981). Toward better research on child abuse and neglect: Making definitional. *Child Abuse and Neglect*, 5(4), 383-390.

- Best, S. J., Krueger, B., Hubbard, C. y Smith, A. (2001). An assessment of the generalizability of internet surveys. *Social Science Computer Review*, 19(2), 131-145. doi:10.1177/089443930101900201
- Bifulco, A., Moran, P. M., Baines, R., Bunn, A., and Stanford, K. (2002). Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66(3), 241-258. doi:10.1521/bumc.66.3.241.23366
- Billieux, J., Gay, P., Rochat, L. y Van der Linden, M. (2010). The role of urgency and its underlying psychological mechanisms in problematics behaviours. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1085-1096. doi:10.1016/j.brat.2010.07.008
- Billieux, J., Lagrange, G., Van der Linden, M., Lançon, C., Adida, M. y Jeanningros, R. (2012). Investigation of impulsivity in a sample of treatment-seeking pathological gamblers: A multidimensional perspective. *Psychiatry Research*, 118, 291-296. doi:10.1016/j.addbeh.2013.11.008
- Björkqvist, K., Lagerspetz, K. y Kaukiainen, A. (1992). Do girls manipulate and boys fight? Developmental trends regarding direct and indirect aggression. *Aggressive Behavior*, 18, 117-127.
- Black, D. W. (1998). Compulsive sexual behavior: A review. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 4, 217-229.
- Black, A., Heyman, E. y Smith-Slep, M. (2001). Risk factors for child sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 203-229.
- Black, D. W. y Moyer, T. (1998). Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatric Services*, 49, 1434-1439.
- Blackson, T. C., Tarter, R. E. y Mezzich, A. C. (1996). Interaction between childhood temperament and parental discipline practices on behavioral adjustment in preadolescent sons of substance abuse and normal fathers. *The American Journal of Drug And Alcohol Abuse*, 22(3), 335-348. doi:10.3109/00952999609001663
- Blain, L. M., Muench, F., Morgenstern, J. y Parsons, J. T. (2012). Exploring the role of child sexual abuse and posttraumatic stress disorder symptoms in gay and bisexual men reporting compulsive sexual behavior. *Child Abuse & Neglect*, 36(5), 413-422. doi:10.1016/j.chiabu.2012.03.003
- Blanchard, G. (1986). Male victims of child sexual abuse: A portent of things to come. *Journal of Independent Social Work* 1, 19-27.

- Blanchard, G. (1990). Differential diagnosis of sex offenders: Distinguishing characteristics of the sex addict. *American Journal of Preventative Psychiatry & Neurology*, 2(3), 45-47.
- Blankenship, R. y Laaser, M. (2004). Sexual addiction and ADHD: Is there a connection? *Sexual Addiction & Compulsivity*, 11(1-2), 7-20. doi:10.1080/10720160490458184.
- Blaszczynski, A. y Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487-499. doi:10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x
- Block, J. J. (2008). Issues for DSM-V: internet addiction. *American Journal of Psychiatry*, 165, 306-307.
- Bohn, D. K. (2003). Lifetime physical and sexual abuse, substance abuse, depression, and suicide attempts among Native American women. *Issues In Mental Health Nursing*, 24(3), 333-352. doi:10.1080/01612840305277
- Bolen, R. M. (2001). *Child sexual abuse: its scope our failure*. Hingham: Kluwer Academic Publishers.
- Bolívar, L., Convers, A. y Moreno, J. (2014). Factores de riesgo psicosocial asociados al maltrato infantil. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(1), 67-76
- Boney-McCoy, S. y Finkelhor, D. (1995). Prior victimization: A risk factor for child sexual abuse and for PTSD-related symptomatology among sexually abused youth. *Child Abuse & Neglect*, 19, 1401-1421.
- Bottoms, B. L. y Goodman, G. S. (1994). Perceptions of children's credibility in sexual assault cases. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 702-732.
- Bouchard, S., Godbout, N. y Sabourin, S. (2009). Sexual attitudes and activities in women with borderline personality disorder involved in romantic relationships. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 35(2), 106-121. doi:10.1080/00926230802712301
- Boughton, R. y Falenchuk, O. (2007). Vulnerability and comorbidity factors of female problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 23(3), 323-334. 10.1007/s10899-007-9056-6.
- Bowlby, J. (1969), *Attachment and loss: Vol. I. Attachment*. New York: Basic Books,
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. II. Separation*. New York: Basic Books.
- Boxer, P. y Terranova, A. M. (2008). Effects of multiple maltreatment experiences among psychiatrically hospitalized youth. *Child Abuse & Neglect*, 32(6), 637-647. doi:10.1016/j.chiabu.2008.02.003

- Brain, P. F. (1994). Hormonal aspects of aggression and violence. En A. J. Reis, Jr. y J. A. Roth (Eds.), *Understanding and control of biobehavioral influences on violence* (pp. 177-244). Washington, DC: National Academy Press.
- Brassard, A., Darveau, V., Péloquin, K., Lussier, Y. y Shaver, P. R. (2014). Childhood sexual abuse and intimate partner violence in a clinical sample of men: The mediating roles of adult attachment and anger management. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(7), 683-704. doi:10.1080/10926771.2014.933464
- Breitenbecher, K. H. (2001). Sexual revictimization among women: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 6(4), 415-432. doi:10.1016/S1359-1789(00)00014-8
- Brewerton, T. D. (2007). Eating disorders, trauma, and comorbidity: focus on PTSD. *Eating Disorders*, 15(4), 285–304. doi:10.1080/10640260701454311
- Brezo, J., Paris, J., Vitaro, F., Hébert, M., Tremblay, R. E. y Turecki, G. (2008). Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *The British Journal of Psychiatry*, 193(2), 134–139. doi:10.1192/bjp.bp.107.037994
- Brière, J. (1992). *Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park, CA: Sage.
- Brière, J. (1996). *Therapy for adults molested as children: Beyond survival*. New York, NY: Springer.
- Brière, J. y Conte, J. (1993). Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children. *Journal of Traumatic Stress*, 6(1), 21–31. doi:10.1002/jts.2490060104
- Brière, J. y Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse and Neglect*, 27(10), 1205-1222. doi:10.1016/j.chiabu.2003.09.008
- Brière, J. y Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609-620.
- Brière, J. y Runtz, M. (1988). Post sexual abuse trauma. En G. Wyatt y J. Powell (Eds.), *Lasting effects of child sexual abuse* (pp. 89-99). Newberry Park (CA): Sage.
- Brière, J. y Runtz, M. (1993). Childhood sexual abuse: Long-term Sequelae and Implications for Psychological Assessment. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 312-330.

- Briggs, F. (2006). Safety issues in the lives of children with learning disabilities. *Social Policy Journal of New Zealand*, 29, 43-59.
- Bringiotti, M. I. (1999). *Maltrato Infantil. Factores de riesgo para el maltrato físico en la población infantil concurrente a las escuelas dependientes del gobierno de la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Miño Dávila Editores.
- Bringiotti, M. I. (2000). *La escuela ante los niños maltratados*. Buenos Aires: Paidós.
- Bringiotti, M. I. (2006). *Las cifras ocultas del abuso sexual infantil*, en Abuso sexual 2., Volnovich, J. (Comp.). Buenos Aires: Editorial Lumen Humanitas.
- Bronfenbrenner, U. (1976). The experimental ecology of education. *Teachers College Record*, 78, 157-204.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by design and nature*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. En T. Husen, & T. N. Postlethwaite (Eds.), *International encyclopedia of education* (pp. 1643-1647). (2nd Ed.). New York: Elsevier Science.
- Bross, D. C. (2000). *World perspectives on child abuse: the fourth international resource book*. Denver: CO. Kempe Children's Center. University of Colorado School of Medicine. En Sáez, A., Castro, M. y Martínez, M. (2008). *Cuidados de enfermería en el maltrato infantil*. Madrid: Escuela universitaria de enfermería, fisioterapia y podología. Universidad Complutense de Madrid.
- Brown, P. J. y Wolfe, J. (1994). Substance-use and posttraumatic stress disorder comorbidity. *Drug and Alcohol Dependence*, 35, 51-59.
- Brown, T. L. y Zimmerman, R. S. (2004). Are adolescents accurate reporters of their alcohol use? *Individual Differences Research*, 2(1), 17-25.
- Browne, A. y Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66-77.
- Browning, C. R. y Laumann, E. O. (2001). Sexual contact between children and adults: A life-course perspective. En E. O. Laumann y R. T. Michael (Eds.) *Sex, love and health in America* (pp. 148-196). Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Bru, M., Santamaría, M., Coronas, R. y Cobo, J. (2009). Dissociative disorder and traumatic events. A study of Spanish population. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37, 200-204.
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Andrade, L. H., Borges, G., Chiu, W. T., de Graaf, R., Deming, C. A., Hwang, I., Sampson, N. A., Williams, D. R., Kessler, R. C. y Nock,

- M. K. (2012). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behavior. En M. K. Nock, G. Borges, Y. Ono, M. K. Nock, G. Borges, Y. Ono (Eds.), *Suicide: Global perspectives from the WHO World Mental Health Surveys* (pp. 113-130). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Buckle, S. K., Lancaster, S., Powell, M. B. y Higgins, D. J. (2005). The relationship between child sexual abuse and academic achievement in a sample of adolescent psychiatric inpatients. *Child Abuse & Neglect*, 29(9), 1031-1047. doi:10.1016/j.chiabu.2004.12.013
- Burns, E. E., Fischer, S., Jackson, J. L. y Harding, H. G. (2012). Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 36(1), 32-39. doi:10.1016/j.chiabu.2011.08.005
- Bursik, R. y Grasmick, H. (1993). *Neighborhoods and crime*. New York: Lexington.
- Buss, A. H. y Perry, M. P. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452-459.
- Butcher, J. N., Mineka, S. y Hooley, J. M. (2010). *Abnormal psychology* (14th Ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Butler, A. (2013). Child sexual assault: Risk factors for girls. *Child Abuse & Neglect*, 37(9), 643-652. doi:10.1016/j.chiabu.2013.06.009
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Arias, B. y Nobre, L. (2013). Evaluando la ansiedad social por medio de cinco medidas de autoinforme, SPAI, LSAS-SR, SPIN, SPES Y SIAS: un análisis crítico de su estructura factorial. *Psicología conductual= behavioral psychology: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 21(3), 423-448.
- Cabra, O., Infante, D. y Sossa, F. (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Revista Médica Sanitas*, 13(2), 28-35.
- Calvete, E., Estévez, A. y Corral, S. (2007). Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquema cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema*, 19(3), 446-451.
- Calvete, E., Estévez, A., López de Arroyabe, E. y Ruiz, P. (2005). The Schema Questionnaire-Short Form: structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 21, 91-100. doi:10.1027/1015-5759.21.2.90
- Calvete, E., Orue, I. y González-Diez, Z. (2013). An examination of the structure and stability of early maladaptive schemas by means of the Young Schema Questionnaire-

3. *European Journal of Psychological Assessment*, 29(4), 283-290. doi:10.1027/1015-5759/a000158
- Cámara, A. M. y Bosco, J. B. (2011). Estilos de educación en el ámbito familiar. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 22(3), 257-276.
- Camerini, J. (2004). *Introducción a la terapia cognitiva: teoría, aplicaciones y nuevos desarrollos*. Buenos Aires: C.A.T.R.E.C.
- Cameron, G. (1990). The potential of informal social support strategies in child welfare. En M. Rothery y G. Cameron (Eds.): *Child maltreatment: expanding our concept of helping* (pp. 145-167). Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum.
- Campo-Redondo, M. S. (2002). El componente afectivo-experiencial en el aprendizaje del abordaje de la violencia intrafamiliar: Una descripción de caso. *EDUCERE, Perspectiva de género*, 6(19), 337-340.
- Camras, L., Ribordy, S., Hill, J., Martino, S., Spaccarelli, S. y Stefani, R. (1988). Recognition and posing of emotional expressions by abused children and their mothers. *Developmental Psychology*, 24, 776-781.
- Cantelmi, T. y Talli, M. (2009). Trapped in the web: the psychopathology of cyberspace. *Journal of cyber therapy and rehabilitation* 2(4), 337-350.
- Cantón, J. y Cantón, D. (2007). El abuso sexual infantil. En Justicia, F., Pichardo, M.C. y Fernández, E. (Eds.), *Enciclopedia de Psicología Evolutiva y de la Educación*. Málaga: Aljibe.
- Cantón, J. y Cortés, M. R. (1997). *Malos tratos y abuso sexual infantil*, Madrid: Siglo XXI.
- Cantón, J. y Cortés, M. R. (2000). *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*. Madrid: Pirámide.
- Cantón, J. y Cortés, M. R. (2008). Consecuencias del abuso sexual infantil. En Cantón, J. y Cortés, M. R., *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cantón, D. y Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicotema*, 20(4), 509-515.
- Cantón-Cortés, D. (2010). *Papel de las estrategias de afrontamiento y de las atribuciones de culpa en el ajuste psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil*. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, España.

- Cantón-Cortés, D., Cantón, J., Justicia, F. y Cortés, M. R. (2011). Un modelo de los efectos del abuso sexual infantil sobre el estrés post-traumático: el rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación. *Psicothema*, 23(1), 66-73.
- Caparrós, B., Villar, E., Juan, J. y Viñas, F. (2007). Symptom Check-List-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International journal of clinical and health psychology*, 7(3), 781-794.
- Caplan, S. E. (2007). Relations among loneliness, social anxiety, and problematic internet use. *Cyberpsychology & Behaviour*, 10, 234-242. doi:10.1089/cpb.2006.9963.
- Carnes, P. (1983). *Out of the shadows: Understanding sexual addiction*. Minneapolis, MN: CompCare.
- Carnes, P. (1989). *Contrary to love: Helping the sexual addict*. Minneapolis, MN: CompCare.
- Carnes, P. (1990). Sexual addiction. En A. Horton, B. L. Johnson, & L. M. Roundy (Eds.), *The incest perpetrator: A family member no one wants to treat* (pp.126–143). NewburyPark, CA.: SagePublications.
- Carnes, P. (1991). *Don't call it love: Recovery from sexual addiction*. New York: Bantam Books.
- Carnes, P. (2001). *Out of the shadows: Understanding sexual addiction* (3rd Ed.), Center City, MN: Hazelden.
- Carnes, P. J. y Adams, K. M. (Eds.). (2002). *Clinical management of sexual addiction*. New York: Brunner-Routledge.
- Carr, S. N. y Francis, A. P. (2010). Do early maladaptive schemas mediate the relationship between childhood experiences and avoidant personality disorder features? A preliminary investigation in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 34(4), 343-358. doi:10.1007/s10608-009-9250-1
- Carrasco, M. A. y González, M. J. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos. *Acción psicológica* 4(2), 7-38. doi:<http://dx.doi.org/10.5944/ap.4.2.478>
- Carter, J. C., Bewell, C., Blackmore, E. y Woodside, D. B. (2006). The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child Abuse & Neglect*, 30, 257-269. doi:10.1016/j.chiabu.2005.09.004
- Casado, J., Díaz, J. y Martínez, C. (1997). *Niños maltratados*. Madrid: Díaz de Santos.

- Casale, S. y Fioravanti, G. (2011). Psychosocial correlates of internet use among Italian students. *International Journal Psychology*, 46, 288-398. doi:10.1080/00207594.2010.541256
- Caspar, R. C. y Lyubomirsky, S. (1997). Individual psychopathology relative to reports of unwanted sexual experiences as predictor of a bulimic eating pattern. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 229-236.
- Caspi, J. (2011). *Sibling aggression: Assessment and treatment*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Caspi, A., Vishne, T., Sasson, Y., Gross, R., Livne, A. y Zohar, J. (2008). Relationship between childhood sexual abuse and obsessive-compulsive disorder: Case control study. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 45, 177-182.
- Castille, K., Prout, M., Marczyk, G., Shmidheiser, M., Yoder, S. y Howlett, B. (2007). The early maladaptive schemas of selfmutilators: Implications for therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21(1), 58-71. doi:10.1891/088983907780493340
- Catalán Frías, M. J. (2003). *Concepto y repercusiones psicológicas del abuso sexual infantil*, en Vázquez, B. (Ed.), *Abuso Sexual Infantil: Evaluación de la credibilidad del testimonio*. Madrid: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Cecchet, S. J. y Thoburn, J. (2014). The psychological experience of child and adolescent sex trafficking in the United States: Trauma and resilience in survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, And Policy*, 6(5), 482-493. doi:10.1037/a0035763
- Cecero, J. J., Nelson, J. D. y Gillie, J. M. (2004). Tools and tenets of schema therapy: Toward the construct validity of the early maladaptive schema questionnaire-research version (EMSQ-R). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 344-357. doi:10.1002/cpp.401
- Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. (2011). *Maltrato infantil en la familia en España. Informe del Centro Reina Sofía*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Cerezo, M. A. y D'Ocon, A. (1995). Maternal inconsistent socialization: an interactional pattern with maltreated children. *Child Abuse Review*, 4, 14-31.
- Chak, K. y Leung, L. (2004). Shyness and locus of control as predictors of internet addiction and internet use. *Cyberpsychology & Behaviour*, 7(5), 559-570. doi:10.1089/cpb.2004.7.559

- Chamberlain, S. R. y Sahakian, B. J. (2007). The neuropsychiatry of impulsivity. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(3), 255-61. doi:10.1097/YCO.0b013e3280ba4989
- Chance, T. C. y Scannapieco, M. (2002). Ecological correlates of child maltreatment: Similarities and differences between child fatality and nonfatality cases. *Child and Adolescent Social Work Journal* 19(2), 139-161. doi:10.1023/A:1014598423396
- Charnigo, R., Noar, S. M., Garnett, C., Crosby, R., Palmgreen, P. y Zimmerman, R. S. (2013). Sensation Seeking and Impulsivity: Combined Associations with Risky Sexual Behavior in a Large Sample of Young Adults. *Journal of Sex Research*, 50(5), 480-488. doi:10.1080/00224499.2011.652264
- Chávez, A. M., Pérez, R., Macías, L. F. y Páramo, D. (2004). Ideación e intento suicida en estudiantes de nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato. *Acta Universitaria*, 14, 12-20. doi:<http://dx.doi.org/10.15174/au.2004.221>
- Chávez-Ayala, R., Rivera-Rivera, L., Ángeles-Llerenas, A., Díaz-Cerón, E., Allen, B. y Lazcano-Ponce, E. (2009). Factores del Abuso Sexual en la Niñez y la Adolescencia en Estudiantes de Morelos, México. *Revista de Salud Pública*, 43(3), 506–514.
- Chen, J. Q., Dunne, M. P. y Han, P. (2006). Child sexual abuse in Henan province, China: Associations with sadness, suicidality, and risk behaviors among adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*, 38(5), 544-549. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.04.001>
- Chen, L. P., Murad, H., Paras, M.L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., Elamin, M. B., Seime, R. J., Shunozaki, G., Prokop, L. J. y Zirakzadeh, A. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 856, 18–629. doi:10.4065/mcp.2009.0583
- Choate, L. H. (2012). Sexual trauma: An ecological approach to conceptualization and treatment. En L. Lopez Levers, L. Lopez Levers (Eds.), *Trauma counseling: Theories and interventions* (pp. 116-131). New York, NY, US: Springer Publishing Co.
- Cicchetti, D. y Barnett, D. (1991). Toward the development of a scientific nosology of child maltreatment. En W. M. Grove y D. Cicchetti (Eds.), *Thinking clearly about psychology: Essays in honour of Paul E. Meehl. Vol. 2. Personality and Psychopathology* (pp. 346-377). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Cicchetti, D. y Rizley, R. (1981). Development perspectives on the etiology, intergenerational transmission and sequela of child maltreatment. *New Directions for Child Development*, 11, 31-35. doi:10.1002/cd.23219811104

- Cicchetti, D. y Toth, S. L. (2000). Developmental processes in maltreated children. En D. J. Hansen (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation Vol. 46, 1998: Motivation and child maltreatment* (pp. 85-160). Lincoln, NE US: University of Nebraska Press.
- Cipriano-Essel, E., Skowron, E. A., Stifter, C. A. y Teti, D. M. (2013). Heterogeneity in maltreated and non-maltreated preschool children's inhibitory control: The interplay between parenting quality and child temperament. *Infant and Child Development*, 22(5), 501-522. doi:10.1002/icd.180
- Classen, C. C., Palesh, O. G. y Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: A review of the empirical literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(2), 103-129. doi:10.1177/1524838005275087
- Claussen, A. H. y Crittenden, P. M. (1991). Physical and psychological maltreatment: Relations among types of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 15(1), 5-18. doi:10.1016/0145-2134(91)90085-R
- Clulow, C. (2008). Naming and shaming in attachment based psychotherapy with violent couples. *Revista Internacional de Psicoanálisis de Pareja y Familia*, 2, 31-42.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2nd Ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, M., Deamant, C., Barkan, S., Richardson, J., Young, M., Holman, S., Anastos, K., Cohen, J. y Melnick, S. (2000). Domestic violence and childhood sexual abuse in HIV-infected women and women at risk for HIV. *American Journal of Public Health*, 90(4), 560-565.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. y Rogal, S. (2001). Treatment practices for childhood posttraumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 25, 123-135.
- Cohen, Y., Spirito, A., Sterling, C., Donaldson, D., Seifer, R., Plummer, B., Avila, R. y Ferrer, K. (1996). Physical and sexual abuse and their relation to psychiatric disorder and suicidal behavior among adolescents who are psychiatrically hospitalized. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(8), 989-993.
- Colangelo, J. J. y Keefe-Cooperman, K. (2012). Understanding the impact of childhood sexual abuse on women's sexuality. *Journal of Mental Health Counseling*, 34(1), 14-37.
- Coleman, E. (1990). The obsessive-compulsive model for describing compulsive sexual behavior. *American Journal of Preventive Psychiatry & Neurology*, 2(3), 9-14.
- Collins, N. L., Guichard, A. C., Ford, M. B. y Feeney, B. C. (2004). Working models of attachment: New developments and emerging themes. En W. S. Rholes and J. A.

- Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research and clinical implications* (pp. 196-239). New York: Guilford Press.
- Compas, B. E. y Phares, V. (1991). Stress during childhood and adolescence: Sources of risk and vulnerability. En Cummings, E. M., Greene, A. L. y Karraker, K. H. (Eds), (1991). *Life-span developmental psychology: Perspectives on stress and coping* (pp. 111-129). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Condon, L., Morales-Vives, F., Ferrando, P. J. y Vigil-Colet, A. (2006). Sex Differences in the Full and Reduced Versions of the Aggression Questionnaire: A Question of Differential Item. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(2), 92-97. doi:10.1027/1015-5759.22.2.92
- Connor, P. L. y Higgins, D. J. (2008). The “HEALTH” model. Part 1: Treatment program guidelines for complex PTSD. *Sexual and Relationship Therapy*, 23(4), 293-303. doi:10.1080/14681990802342617
- Convención de los Derechos del Niño (1990). *Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25*, de 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990.
- Cooper, A., Delmonico, D. L. y Burg, R. (2000). Cybersex users, abusers, and compulsives: New findings and implications. *Cybersex: The dark side of the force. A special issue of the Journal of Sexual Addiction & Compulsivity*, 7(1-2), 5-27. doi:10.1080/10720160008400205
- Cornellà, J. y Juárez, J. R. (2014). Sintomatología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y su relación con el maltrato infantil: predictor y consecuencia. *Anales de Pediatría*, 81(6), 398.e1-398.e5. doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.05.022
- Cornelis, M. C., Nugent, N. R., Amstadter, A. B. y Koenen, K. C. (2010). Genetics of post-traumatic stress disorder: review and recommendations for genome-wide association studies. *Current psychiatry reports*, 12(4), 313-326. doi:10.1007/s11920-010-0126-6
- Corral, V., Frías, A. M., Romero, M. y Muñoz, A. (1995). Validity of a scale measuring beliefs regarding the “positive” effects of punishing children: a study of Mexican mothers. *Child Abuse and Neglect*, 19, 669-679.
- Correa, A., Triviño, M., Pérez-Dueñas, C., Acosta, A. y Lupiáñez, J. (2010). Temporal preparation, response, and impulsivity. *Brain and Cognition*, 73(3), 222-228. doi:10.1016/j.bandc.2010.05.006

- Corstorphine, E., Waller, G., Lawson, R. y Ganis, C. (2007). Trauma and multi-impulsivity in the eating disorders. *Eating Behavior*, 8(1), 23–30. doi:10.1016/j.eatbeh.2004.08.009
- Cortés, M. R., Cantón, J. y Cantón-Cortés, D. (2011). Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 157-165. doi:10.1016/j.gaceta.2010.10.009
- Cortés, M. R., Cantón-Cortés, D. y Cantón-Duarte, J. (2011). Long term consequences of child sexual abuse: the role of the nature and continuity of abuse and family environment. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*, 19(1), 41-56. doi:10.1016/j.gaceta.2010.10.009
- Cosgrove, V. E., Rhee, S. H., Gelhorn, H. L., Boeldt, D., Corely, R. C., Ehringer, M. A., Young, S. E. y Hewitt, J. K. (2011). Structure and etiology of co-occurring internalizing and externalizing disorders in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(1), 109–123. doi:10.1007/s10802-010-9444-8
- Coulborn, K. (1988). *Understanding child sexual abuse*. London: Sage Publications.
- Coulton, C., Korbin, J., Su, M. y Chow, J. (1995). Community level factors and child maltreatment rates. *Child Development*, 66, 1262-1276.
- Cowburn, M., Gill, A. K. y Harrison, K. (2014). Speaking about sexual abuse in British South Asian communities: offenders, victims and the challenges of shame and reintegration. *Journal of Sexual Aggression*, 21(1), 4-15. doi:10.1080/13552600.2014.929188
- Coxell, A., King, M., Mezey, G. y Gordon, D. (1999). Lifetime prevalence, characteristics, and associated problems of non-consensual sex in men: cross sectional study. *British Medical Journal*, 318, 846-850.
- Crick, N. R. y Grotpeter, J. K. (1995). Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child Development*, 66, 710-722.
- Crittenden, P. M., Claussen, A. H. y Sugarman, D. B. (1994). Physical and psychological maltreatment in middle childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 6(01), 145-164. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400005927>
- Crivillé, A. (1987). *Parents maltraitants. Enfants Meurtris*. Paris: E.S.F.
- Crivillé, A. (1990). La sociedad, los profesionales y la familia del niño maltratado. Dinámica relacional. *Infancia y Sociedad*, 2, 75-91.
- Crowder, A. (1995). *Opening the Door: A treatment model for therapy with male survivors of sexual abuse*. New York: Brunner/Mazel.

- Cuevas, C. A., Finkelhor, D., Ormrod, R. y Turner, H. (2009). Psychiatric diagnosis as a risk marker for victimization in a national sample of children. *Journal of interpersonal violence*, 24(4), 636-652. doi:10.1177/0886260508317197
- Cukor, D. (2004). *The relation between parenting patterns, childhood events, and cognitive schema*. (Doctoral Dissertation). Yeshiva University, New York City.
- Cukor, D. y McGinn, L. K. (2006). History of child abuse and severity of adult depression: The mediating role of cognitive schema. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, and Program Innovations For Victims, Survivors, and Offenders*, 15(3), 19-34. doi:10.1300/J070v15n03\_02
- Culp, R., Culp, A., Soulis, J. y Letts, D. (1989). Self-esteem and depression in abusive, neglecting, and nonmaltreating mothers. *Infant Mental Health Journal*, 10, 243-251.
- Cunningham, N. J., Taylor, M., Whitten, M. E., Hardesty, P. H., Eder, K. y DeLaney, N. (2010). The relationship between self-perception of physical attractiveness and sexual bullying in early adolescence. *Aggressive Behavior*, 36(5), 271-281. doi:10.1002/ab.20354
- Curcio, A. L. y George, A. M., (2011). Selected impulsivity facets with alcohol use/problems: The mediating role of drinking motives. *Addictive Behaviors*, 36(10), 959-964. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.05.007
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. P., Thomas, S. D., Wells, D. L. y Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect*, 34(11), 813-822. doi:10.1016/j.chiabu.2010.04.004
- Cyders, M. A. y Smith, G. T. (2008). Emotion based dispositions to rash action: Positive and negative urgency. *Psychological Bulletin*, 134(6), 807-828. doi:10.1037/a0013341
- Cyders, M. A., Smith, G. T., Spillane, N. S., Nichea, S., Fischer, S., Annus, A. M. y Peterson, C. (2007). Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior: Development and validation of a measure of positive urgency. *Psychological Assessment*, 19(1), 107-118. doi: 10.1037/1040-3590.19.1.107
- Dalbudak, E., Evren, C., Aldemir, S., Coskun, K. S., Ugurlu, H. y Yildirim, F. G. (2013). Relationship of internet addiction severity with depression, anxiety, and alexithymia, temperament and character in university students. *Cyberpsychology & Behaviour*, 16(4), 272-278. doi:10.1089/cyber.2012.0390

- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J. y van der Kolk, B. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187–200. doi:10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x
- Dalley, J. W., Everitt, B. J. y Robbins, T. W. (2011). Impulsivity, Compulsivity, and Top-Down Cognitive Control. *Neuron*, 69(4), 680-694. doi: 10.1016/j.neuron.2011.01.020
- Damashek, A., Nelson, M. M. y Bonner, B. L. (2013). Fatal child maltreatment: Characteristics of deaths from physical abuse versus neglect. *Child Abuse & Neglect*, 37(10), 735-744. doi:10.1016/j.chiabu.2013.04.014
- Danese, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., Polanczyk, G., Pariante, C. M., Poulton, R. y Caspi, A. (2009). Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease: depression, inflammation, and clustering of metabolic risk markers. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 163(12), 1135-1143. doi:10.1001/archpediatrics.2009.214
- Daniel, S. S., Goldston, D. B., Erkanli, A., Franklin, J. C. y Mayfield, A. M. (2009). Trait anger, anger expression, and suicide attempts among adolescents and young adults: A prospective study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(5), 661–671. doi:10.1080/15374410903103494
- Dansky, B. S., Brewerton, T. D., Kilpatrick, D. G. y O'Neil, P. M. (1997). The National Women's Study: Relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21(3), 213–228.
- Davis, J. L., Petretic-Jackson, P. A. y Ting, L. (2001). Intimacy dysfunction and trauma symptomatology: Long-term correlates of different types of child abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 63-79. doi:10.1023/A:1007835531614
- Dawe, S., Gullo, M. J. y Loxton, N. J. (2004). Reward drive and rash impulsiveness as dimensions of impulsivity: Implications for substance misuse. *Addictive Behaviors*, 29(7), 1389–1405. doi: 10.1016/j.addbeh.2004.06.004
- Deblinger, E. y Runyon, M. K. (2005). Understanding and treating feelings of shame in children who have experienced maltreatment. *Child Maltreatment*, 10(4), 364-376. doi:10.1177/1077559505279306
- Decamps, G., Battaglia, N. y Idier, L. (2010). Elaboration of the Addictive Intensity Evaluation Questionnaire (AIEQ): Evaluation of addictive behaviors and co-addictions with or without substances. *Psychologie Francaise*, 55(4), 279-294. doi:10.1016/j.psfr.2010.06.001

- Del Campo, A. (2003). Colaboraciones especiales. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 5(20), 629-641.
- Del Campo, A. y López, F. (2006). Evaluación de un programa de prevención de abuso sexual a menores en Educación Primaria. *Psicothema*, 18(1), 1-8.
- DeLillo, D. (2001). Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: Empirical findings and methodological issues. *Clinical Psychology Review*, 21(4), 553-576. doi:10.1016/S0272-7358(99)00072-0
- DeMause, L.I. (1991). *Historia de la infancia*. Madrid: Alianza Universidad.
- Denson, T. F., Pedersen, W. C. y Miller, N. (2006). The displaced aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(6), 1032-1051. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.90.6.1032>
- De Paúl, J. y Arruabarrena, M. (2005). *Maltrato a los niños en la familia*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- De Paúl, J., Milner, J. S. y Múgica, P. (1995). Childhood maltreatment, childhood social support, and child abuse potential in a Basque sample. *Child Abuse & Neglect*, 19(8), 907-920. doi:10.1016/0145-2134(95)00053-B
- De Paúl, J., Pérez-Albéniz, A., Paz, P.M., Alday, N. y Mocoroa, I. (2002). Recuerdos de maltrato infantil en maltratadores y potencial de maltrato en víctimas de maltrato físico y abuso sexual. *Psicothema*, 14(1), 53-62.
- Derogatis, L. R. (1975). *The SCL-90-R*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (1983). *The SCL-90 administration, scoring and procedures manual*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 ítems*. Madrid: TEA Ediciones.
- Derogatis, L. R., Lipman, R.S. y Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale- preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-28.
- Derogatis, L. R., Rickels, K. y Rock, A.F. (1976). The SCL-90-R and the MMPI: A step in the validation of new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128(3), 280-289. doi:10.1192/bjp.128.3.280
- Desair, K. y Adriaenssens, P. (2011). Policy toward child abuse and neglect in Belgium: Shared responsibility, differentiated response. En N. Gilbert, N. Parton, M. Skivenes, N. Gilbert, N. Parton, M. Skivenes (Eds.), *Child protection systems: International trends and orientations* (pp. 204-222). New York, NY, US: Oxford University Press. doi:10.1093/acprof:oso/9780199793358.003.0010

- Desierto, G. G. (2015). *'Kumibo ka naman diyan': Childhood sexual abuse disclosures of Filipino American Men*. (Doctoral Dissertation). Alliant International University, California.
- Deza, S. (2005). Factores protectores en la prevención del abuso sexual infantil. *Liberabit*, 11(11), 19-24.
- Dhaliwal, G. K., Gauzas, L., Antonowicz, D. H. y Ross, R. R. (1996). Adult male survivors of childhood sexual abuse: Prevalence, sexual abuse characteristics, and long-term effects. *Clinical Psychology Review*, 16(7), 619-639. doi:10.1016/S0272-7358(96)00018-9
- Díaz, C., Arévalo, J., Angarita, E. y Ruiz, Y. (2009). Historia de maltrato físico en la infancia y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(2), 127-134.
- Dick, D. M., Smith, G., Olausson, P., Mitchell, S. H., Leeman, R. F., O'Malley, S. S. y Sher, K., (2010). Understanding the construct of impulsivity and its relationship to alcohol use disorders. *Addiction Biology*, 15, 217-226. doi:10.1111/j.1369-1600.2009.00190.x
- Di Giacomo, E., Alamia, A., Cicolari, F., Cimolai, V. y Clerici, M. (2014). Sexual abuse in adulthood: when psychic and somatic suffering blends. *Rivista di psichiatria*, 49(4), 172-179. doi:10.1708/1600.17454
- DiLillo, D., Tremblay, G. C. y Peterson, L. (2000). Linking childhood sexual abuse and abusive parenting: The mediating role of maternal anger. *Child Abuse & Neglect*, 24(6), 767-779. doi:10.1016/S0145-2134(00)00138-1
- Dingemans, A. E., Spinhoven, P. y van Furth, E. F. (2007). Predictors and mediators of treatment outcome in patients with binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45(11), 2551-2562. doi:10.1016/j.brat.2007.06.003
- Dion, J., Collin-Vézina, D., De La Sablonnière, M., Philippe-Labbé, M. y Giffard, T. (2010). An exploration of the connection between child sexual abuse and gambling in Aboriginal communities. *International Journal Of Mental Health And Addiction*, 8(2), 174-189. doi:10.1007/s11469-009-9234-0
- Diputación Foral de Gipuzkoa (2004). *Guía de actuación en situaciones de desprotección infantil*. Donostia-San Sebastián: Diputación Foral de Gipuzkoa.
- Dixon, L., Hamilton-Giachritsis, C. y Browne, K. (2005). Attributions and behaviours of parents abused as children: a mediational analysis of the intergenerational continuity

- of child maltreatment (Part II). *Journal of Child Psychology And Psychiatry*, 46(1), 58-68. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00340.x
- Dolan, M., Anderson, I. M. y Deakin, J. F. W. (2001). Relationship between 5-HT function and impulsivity and aggression in male offenders with personality disorders. *British Journal of Psychiatry*, 178(4), 352-359. doi:10.1192/bjp.178.4.352
- Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., Loo, C. M. y Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse and Neglect*, 28(7), 771-784. doi:10.1016/j.chiabu.2004.01.008
- Douglas, E. M. (2013). Case, service and family characteristics of households that experience a child maltreatment fatality in the United States. *Child Abuse Review*, 22(5), 311-326. doi:10.1002/car.2236
- Douglas, K. S., Lilienfeld, S. O., Skeem, J. L., Poythress, N. G., Edens, J. F. y Patrick, C. J. (2008). Relation of antisocial and psychopathic traits to suicide-related behavior among offenders. *Law and Human Behavior*, 32(6), 511-525. doi:10.1007/s10979-007-9122-8
- Downs, W. y Harrison, L. (1998). Childhood maltreatment and the risk of substance problems in later life. *Health & Social Care in the Community*, 6(1), 35-46.
- Dozois, D. J. A. y Beck, A. T. (2008). Cognitive schemas, beliefs and assumptions. En K. S. Dobson and D. J. A. Dozois (Eds.), *Risk factors in depression* (pp. 121-143). New York: Academic Press.
- Dozois, D. J., Bieling, P. J., Evraire, L. E., Patelis-Siotis, I., Hoar, L., Chudzik, S., McCabe, K. y Westra, H. A. (2014). Changes in Core Beliefs (Early Maladaptive Schemas) and Self-Representation in Cognitive Therapy and Pharmacotherapy for Depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, 7(3), 217-234. doi:10.1521/ijct.2014.7.3.217
- Draucker, C. B. (1992). *Counselling survivors of childhood sexual abuse*. London: Sage.
- Duarte, J. C. y Arboleda, M. R. C. (2004). Sintomatologia, avaliação e tratamento do abuso sexual infantil. En V. Caballo (Ed.), *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: Transtornos gerais* (pp. 293-321). São Paulo: Santos.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F. y Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study.

- JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 286(24), 3089-3096.  
doi:10.1001/jama.286.24.3089
- Dube, S. R., Anda, R. F., Whitfield, C. L., Brown, D. W., Felitti, V. J., Dong, M. y Giles, W. H. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(5), 430-438.  
doi:10.1016/j.amepre.2005.01.015
- Dubowitz, H., Papas, M. A., Black, M. M. y Starr Jr, R. H. (2002). Child Neglect: Outcomes in High-Risk Urban Preschoolers. *Pediatrics*, 109(6), 1100-1107.  
doi:10.1542/peds.109.6.1100
- Duncan, G. J., Ziol-Guest, K. M. y Kalil, A. (2010). Early-childhood poverty and adult attainment, behavior, and health. *Child Development*, 81(1), 306-325.  
doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01396.x
- Dunlap, E., Golub, A. y Johnson, B. D. (2003). Girls' sexual development in the inner city: from compelled childhood sexual contact to sex-for-things exchanges. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12(2), 73-96. doi:10.1300/J070v12n02\_04
- Dupont, M., Rey-Salmon, C., Messerschmitt, P. y Marty, F. (2015). Violences sexuelles à l'adolescence: Constats et réflexions. Analyse de la population adolescente reçue pour suspicion de violences sexuelles à l'unité médico-judiciaire de Paris. = Sexual abuse in the adolescence: Reports and reflections. Analysis of the adolescent population received for suspicion of sexual violence in the medical-judicial unit of Paris. *Neuropsychiatrie De L'enfance Et De L'adolescence*, 63(1), 36-43.  
doi:10.1016/j.neurenf.2014.10.002
- Durkee, T., Kaess, M., Carli, V., Parzer, P., Wasserman, C., Floderus, B., Apter, A., Balazs, J., Barzilay, S., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Cotter, P., Despalins, R., Graber, N., Guillemin, F., Haring, C., Kahn, J. P., Mandelli, L., Marusic, D., Mészáros, G., Musa, G. J., Postuvan, V., Resch, F., Saiz, P. A., Sisask, M., Varnik, A., Sarchiapone, M., Hoven, C. W. y Wasserman, D. (2012). Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors. *Addiction*, 107(12), 2210–2222. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.03946.x
- Dutra, L., Callahan, K., Forman, E., Mendelsohn, M. y Herman, J. (2008). Core schemas and suicidality in a chronically traumatized population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(1), 71–74. doi:10.1097/NMD.0b013e31815fa4c1
- Dyer, A., Borgmann, E., Feldmann, R. r., Kleindienst, N., Priebe, K., Bohus, M. y Vocks, S. (2013). Body image disturbance in patients with borderline personality disorder:

- Impact of eating disorders and perceived childhood sexual abuse. *Body Image*, 10(2), 220-225. doi:10.1016/j.bodyim.2012.12.007
- Dyer, A., Borgmann, E., Kleindienst, N., Feldmann, R. r., Vocks, S. y Bohus, M. (2013). Body image in patients with posttraumatic stress disorder after childhood sexual abuse and co-occurring eating disorder. *Psychopathology*, 46(3), 186-191. doi:10.1159/000341590
- Dworkin, E., Javdani, S., Verona, E. y Campbell, R. (2014). Child sexual abuse and disordered eating: The mediating role of impulsive and compulsive tendencies. *Psychology Of Violence*, 4(1), 21-36. doi:10.1037/a0031779
- Easton, S. D., Coohey, C., O'Leary, P., Zhang, Y .J. y Hua, L. (2011). The effect of childhood sexual abuse on psychosexual functioning during adulthood. *Journal of Family Violence*, 26(1), 41-50. doi:10.1007/s10896-010-9340-6
- Easton, S. D., Renner, L. M. y O'Leary, P. (2013). Suicide attempts among men with histories of child sexual abuse: Examining abuse severity, mental health, and masculine norms. *Child Abuse & Neglect*, 37(6), 380-387. doi:10.1016/j.chiabu.2012.11.007
- Easton, S. D., Saltzman, L. Y. y Willis, D. G. (2014). 'Would you tell under circumstances like that?': Barriers to disclosure of child sexual abuse for men. *Psychology Of Men & Masculinity*, 15(4), 460-469. doi:10.1037/a0034223
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones (juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Echeburúa, E. (2012). ¿Existe realmente la adicción al sexo? *Adicciones: Revista de Sociodogralcohol*, 24(4), 281-286.
- Echeburua, E. y Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 43-44, 75-82.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales. *Adicciones*, 22(2), 91-96.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (1998). Abuso sexual en la infancia, en M. A. Vallejo (Ed.), *Manual de terapia de conducta* (vol. 2), Madrid: Dykinson.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual intrafamiliar: un enfoque integrador. *Psicología conductual*, 19(2), 469-486.

- Echeburúa, E. y Subijana, I. J. (2008). Guía de buena práctica psicológica en el tratamiento judicial de los niños abusados sexualmente. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 733-749.
- Eckert, E., Ribeiro, E., Silva, A. y Souza, A. (2007). Castigo físico adotado por pais acompanhantes no disciplinamento de crianças e adolescentes. *Acta Paulista Enfermagem*, 20(3), 377-383.
- Edelson, M. G. (2013). Why have all the boys gone? Gender differences in prosecution acceptance of child sexual abuse cases. *Sexual Abuse: Journal of Research And Treatment*, 25(5), 461-481. doi:10.1177/1079063212465900
- Edwards, V., Holden, G., Felitti, V. y Anda, R. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453-1460.
- Egeland, B. R. y Sroufe, L. A. (1981). Developmental sequelae of maltreatment in infancy. *New Directions for Child Development*, 11, 72-92.
- Eisenberg, M. E., Ackard, D. M. y Resnick, M. D. (2007). Protective factors and suicide risk in adolescents with a history of sexual abuse. *The Journal of pediatrics*, 151(5), 482-487. doi:10.1016/j.jpeds.2007.04.033
- El-Bassel, N., Witte, S., Wada, T., Gilbert, L. y Wallace, J. (2001). Correlates of partner violence among female streetbased sex workers: Substance abuse, history of childhood abuse, and HIV risks. *AIDS Patient Care and STDs*, 15(1), 41-51. doi:10.1089/108729101460092
- El-Guebaly, N., Mudry, T., Zohar, J., Tavares, H. y Potenza, M. N. (2011). Compulsive features in behavioural addictions: the case of pathological gambling. *Addiction*, 107(10), 1726–1734. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03546.x
- Elhammady, M., Awara, M., Aty, A. A. Yousef, S. y Moselhy, H. F. (2014). Self-reported child sexual abuse, physical abuse, and parental history of drug misuse in opioid dependence syndrome. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 13(4), 151-158. doi:10.1097/ADT.0b013e31829bb3b9
- Elliot, D. M. y Brière, J. (1995). Post-traumatic stress associated with delayed recall of sexual abuse: a general population study. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), 629-647.
- Elliott, M., Browne, K. y Kilcoyne, J. (1995). Child sexual abuse prevention: What offenders tell us. *Child Abuse & Neglect*, 19(5), 579–594. doi:10.1016/0145-2134(95)00017-3

- Elliott, K. y Urquiza, A. (2006). Ethnicity, culture, and childmaltreatment. *Journal of Social Issues*, 62(4), 787–809. doi:10.1111/j.1540-4560.2006.00487.x
- Ellis, B. H., Alisic, E., Reiss, A., Dishion, T. y Fisher, P. A. (2014). Emotion regulation among preschoolers on a continuum of risk: The role of maternal emotion coaching. *Journal Of Child And Family Studies*, 23(6), 965-974. doi:10.1007/s10826-013-9752-z
- Ellonen, N. y Sariola, H. (2008). Seksuaalinen hyväksikäyttö. En Ellonen, N., Kääriäinen, J., Salmi, V. & Sariola, H. (Ed.), *Lasten ja nuorten väkivaltakokemukset. Tutkimus peruskoulun 6. ja 9. luokan oppilaiden kokemasta väkivallasta* (pp. 99–114). Tampere: Poliisiammattikorkeakoulu.
- English, D. J., Bangdiwala, S. I. y Runyan, D. (2005). The dimensions of maltreatment: Introduction. *Child Abuse & Neglect*, 29(5), 441-460. doi:10.1016/j.chiabu.2003.09.023
- English, D. J., Upadhyaya, M. P., Litrownik, A. J., Marshall, J. M., Runyan, D. K., Graham, J. C. y Dubowitz, H. (2005). Maltreatment's wake: The relationship of maltreatment dimensions to child outcomes. *Child abuse & neglect*, 29(5), 597-619. doi:10.1016/j.chiabu.2004.12.008
- Erickson, M. F. y Egeland, B. (2002). Child neglect. En J. Myers, L. Berliner, J. Brière, C., Hendrix, C. Jenny y T. A. Reid (Eds.). *The APSAC handbook of child maltreatment* (2ª Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Espelage, D. L., Low, S. y De La Rue, L. (2012). Relations between peer victimization subtypes, family violence, and psychological outcomes during early adolescence. *Psychology of Violence*, 2(4), 313–324.
- Espelage, D. L. y Swearer, S. M. (2003). Research on school *bullying* and victimization: what have we learned and where do we go from here? *School Psychology Review*, 32(3), 365-383.
- Espitia, M. V. G. y Gaitán, R. C. (2012). Las instituciones educativas y la comunidad frente al maltrato infantil: una experiencia de investigación acción participativa. *Educação e Pesquisa*, 38(1), 79-96.
- Estévez, A. y Calvete, E. (2007). Esquemas cognitivos en personas con conducta de juego patológico y su relación con experiencias de crianza. *Clínica y Salud*, 18(1), 23- 43.
- Euser S., Alink L. R. A., Tharner A., Van IJzendoorn M. H. y Bakermans-Kranenburg M. J. (2013). The prevalence of child sexual abuse in out-of-home care: a comparison

- between abuse in residential and in foster care. *Child Maltreatment*, 18, 221–231. doi:10.1177/1077559513489848
- Euser, S., Alink, L. R., Tharner, A., IJzendoorn, M. H. y Bakermans-Kranenburg, M. J. (2015). The prevalence of child sexual abuse in out-of-home care: Increased risk for children with a mild intellectual disability. *Journal of Applied Research In Intellectual Disabilities*. doi:10.1111/jar.12160
- Evenden, J. L. (1998). The pharmacology of impulsive behaviour in rats III: the effects of amphetamine, haloperidol, imipramine, chlordiazepoxide and ethanol on a paced fixed consecutive number schedule. *Psychopharmacology*, 138(3-4), 283-294. doi:10.1007/s002130050673
- Evenden, J. (1999). Impulsivity: a discussion of clinical and experimental findings. *Journal of Psychopharmacology*, 13(2), 180-192. doi:10.1177/026988119901300211
- Fakunmoju, S. B., Bammeke, F. O., Bosiakoh, T. A., Boakye Asante, R. K., Wooten, N. R., Hill, A. C. y Karpman, H. (2013). Perception and determination of child maltreatment: Exploratory comparisons across three countries. *Children and Youth Services Review*, 35(9), 1418-1430. doi:10.1016/j.childyouth.2013.06.001
- Faller, K. C. (1993). *Child sexual abuse: intervention and treatment issues*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office/U.S. Department of Health and Human Services/National Center on Child Abuse and Neglect.
- Fallon, B., Trocmé, N., Fluke, J., MacLaurin, B., Tonmyr, L. y Yuan, Y. Y. (2010). Methodological challenges in measuring child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 34(1), 70–79. doi:10.1016/j.chiabu.2009.08.008
- Famularo, R., Kinscherff, R. y Fenton, T. (1992). Parental substance abuse and the nature of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 16(4), 475-483. doi:10.1016/0145-2134(92)90064-X
- Fang, X., Brown, D. S., Florence, C. S. y Mercy, J. A. (2012). The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child abuse & neglect*, 36(2), 156-165. doi:10.1016/j.chiabu.2011.10.006
- Fanslow, J. L., Robinson, E. M., Crengle, S. y Perese, L. (2007). Prevalence of child sexual abuse reported by a cross-sectional sample of New Zealand women. *Child Abuse & Neglect*, 31(9), 935-945. doi:10.1016/j.chiabu.2007.02.009
- Favaro, A., Zanetti, T., Tenconi, E., Degortes, D., Ronzan, A., Veronese, A. y Santonastaso, P. (2005). The relationship between temperament and impulsive

- behaviors in eating disordered subjects. *Eating Disorders*, 13(1), 61–70. doi:10.1080/10640260590893647
- Feinauer, L. L. y Stuart, D. A. (1996). Blame and resilience in women sexually abused as children. *American Journal of Family Therapy* 24(1), 31-40. doi:10.1080/01926189508251014
- Feiring, C. y Cleland, C. (2007). Childhood sexual abuse and abusespecific attributions of blame over 6 years following discovery. *Child Abuse & Neglect* 31, 1169-1186.
- Feiring, C., Simon, V. A., Cleland, C. M. y Barrett, E. P. (2013). Potential pathways from stigmatization and externalizing behavior to anger and dating aggression in sexually abused youth. *Journal Of Clinical Child And Adolescent Psychology*, 42(3), 309-322. doi:10.1080/15374416.2012.736083
- 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. doi:10.1177/1077559505276686
- Feiring, C., Taska, L. y Chen, K. (2002). Trying to understand why horrible things happen: Attribution, shame, and symptom development following sexual abuse. *Child Maltreatment*, 7(1), 26-41. doi:10.1177/1077559502007001003
- Feiring, C., Taska, L. y Lewis, M. (1996). A process model for understanding adaptation to sexual abuse: The role of shame in defining stigmatization. *Child Abuse and Neglect*, 20(8), 767-782. doi:10.1016/0145-2134(96)00064-6
- Fergusson, D. M., Boden, J. M. y Horwood, L. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 32(6), 607–619. doi:10.1016/j.chiabu.2006.12.018
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. y Lynskey, M. T. (1997). Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse and Neglect*, 21(8), 789-803. doi:10.1016/S0145-2134(97)00039-2
- Fergusson, D. M, Lynskey, M. T. y Horwood, L. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood, I: Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1355–1364. doi:10.1097/00004583-199610000-00023
- Fergusson, D. M. y Mullen, P. E. (1999). *Childhood sexual abuse: An evidence based perspective*. Developmental Clinical Psychology and Psychiatry Series, 40: Sage Publications.

- Fergusson, D. M. y Woodward, L. J. (2002). Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry*, 59(3), 225–231. doi:10.1001/archpsyc.59.3.225
- Fernández, R., Lameiras, M. y Failde, J. M. (2008). Estrés postraumático y nivel de bienestar vital en víctimas no recientes de abusos sexuales infantiles. *Sexología integral*, 5(2), 62-69.
- Ferrari, A. M. (2002). The impact of culture upon child rearing practices and definitions of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 26(8), 793–813. doi:10.1016/S0145-2134(02)00345-9
- Filipas, H. H. y Ullman, S. E. (2006). Child sexual abuse, coping responses, self-blame, posttraumatic stress disorder, and adult sexual revictimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(5), 652-672. doi:10.1177/0886260506286879
- Finkelhor, D. (1979). *Sexually victimized children*. New York: Free Press.
- Finkelhor, D. (1984): *Child Sexual Abuse. New Theory and Research*. Nueva. York: Free Press.
- Finkelhor D. (1993). Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 17(1), 67-70. doi:10.1016/0145-2134(93)90009-T
- Finkelhor, D. (1994). The International epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18(5), 409-417. doi:10.1016/0145-2134(94)90026-4
- Finkelhor, D. (1997). The homicide of children & youth: A developmental perspective. En G. Kaufman Kantor & J. Jasinski (Eds.), *Out of the darkness: Contemporary research perspectives on family violence* (pp. 17-34). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Finkelhor, D. (2000). *Infancia y trauma: separación, abuso, guerra*. Madrid: Brand.
- Finkelhor, D., Hotaling, G. T., Lewis, I. A. y Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women; prevalence, characteristics and risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 14(1), 19-28. doi:10.1016/0145-2134(90)90077-7
- Finkelhor, D., Ji, K., Mikton, C. y Dunne, M. (2013). Explaining lower rates of sexual abuse in China. *Child Abuse & Neglect*, 37(10), 852-860. doi:10.1016/j.chiabu.2013.07.006
- Finkelhor, D., Moore, D., Hamby, S. y Straus, M. (1997). Sexually abused children in a national survey of parents: Methodological issues. *Child Abuse & Neglect*, 21(1), 1–9. doi:10.1016/S0145-2134(96)00127-5

- Finkelhor, D. y Ormrod, R. K. (1999). *Reporting crimes against juveniles. Juvenile Justice Bulletin*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. y Chaffin, M. (2009). *Juveniles Who Commit Sex Offenses Against Minors*. Office of Juvenile Justice and Delinquency: Washington, DC.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H. y Hamby, S. L. (2005). The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child maltreatment*, 10(1), 5-25. doi:10.1177/1077559504271287
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H. y Holt, M. (2009). Pathways to poly-victimization. *Child Maltreatment*, 14(4), 316–329. doi: 10.1177/1077559509347012
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A. y Hamby, S. L. (2014). The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 55(3), 329-333. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.12.026
- Fischer, S., Stojek, M. y Hartzell, E. (2010). Effects of multiple forms of childhood abuse and adult sexual assault on current eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 11(3), 190-192. doi:10.1016/j.eatbeh.2010.01.001
- Flaherty, E. G., Sege, R., Price, L. L., Christoffel, K. K., Norton, D. P. y O'Connor, K. G. (2006). Pediatrician characteristics associated with child abuse identification and reporting: Results from a national survey of pediatricians. *Child Maltreatment*, 11(4), 361-369. doi:10.1177/1077559506292287
- Flaherty, E. y Weiss, H. (1990). Medical evaluation of abused and neglected children. *American Journal of Diseases Children*, 144(3), 330-334. doi:10.1001/archpedi.1990.02150270080030
- Fleming, J. (1997). Prevalence of childhood sexual abuse in a community sample of Australian women. *Medical Journal of Australia*, 166(2), 65-68.
- Fleming, J., Mullen, P. E. y Bammer, G. (1997). A study of potential risk factors for sexual abuse in childhood. *Child Abuse and Neglect*, 21(1), 49-58.
- Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R. y Rutter, M. (2001). The Maudsley long-term followup of child and adolescent depression. 1. Psychiatric outcomes in adulthood. *British Journal of Psychiatry*, 179(3), 210–217. doi:10.1192/bjp.179.3.210
- Fonagy, P., Bateman, A.W. y Luyten, P. (2012). Introduction and Overview. En A.W. Bateman y P. Fonagy (Eds.). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (pp. 3-42). Arlington: American Psychiatric Publishing.

- Fontanella, C., Harrington, D. y Zuravin, S. J. (2001). Gender differences in the characteristics and outcomes of sexually abused preschoolers. *Journal of Child Sexual Abuse*, 9(2), 21-40. doi:10.1300/J070v09n02\_02
- Ford, J. D., Chapman, J., Mack, M. y Pearson, G. (2006). Pathways from traumatic child victimization to delinquency: Implications for juvenile and permanency court proceedings and decisions. *Juvenile & Family Court Journal*, 57(1), 13-26. doi:10.1111/j.1755-6988.2006.tb00111.x
- Ford, J. D., Elhai, J. D. y Connor, D. F. (2010). Poly-victimization and risk of posttraumatic, depressive, and substance use disorders and involvement in delinquency in a national sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 46(6), 545–552. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.11.212
- Forde, D. R., Baron, S. W., Scheck, A. C., Stein, M. B. (2012). Factor structure and reliability of the Childhood Trauma Questionnaire and prevalence estimates of trauma for male and female streetyouth. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(2), 364–379. doi:10.1177/0886260511416461
- Forouzan, E. y Van Gijseghem, H. (2005). Psychosocial adjustment and psychopathology of men sexually abused during childhood. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49(6), 626–651. doi:10.1177/0306624X04273650
- Fréchette, S., Zoratti, M. y Romano, E. (2015). What is the link between corporal punishment and child physical abuse?. *Journal of Family Violence*, 30(2), 135-148. doi:10.1007/s10896-014-9663-9
- Frías, S. M. y Erviti, J. (2014). Gendered experiences of sexual abuse of teenagers and children in Mexico. *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 776-787. doi:10.1016/j.chiabu.2013.12.001
- Fricker, S., Galesic, M., Tourangeau, R. y Yan, T. (2005). An experimental comparison of web and telephone surveys. *Public Opinion Quarterly*, 69(3), 370-392. doi:10.1093/poq/nfi027
- Fuentes, G. (2012). Abuso sexual infantil intrafamiliar. El abordaje desde el trabajo social y la necesidad de una mirada interdisciplinaria. *Margen*, 64, 1-56.
- Fuster, E. G., García, F. y Musitu, G. (1988). Maltrato infantil: Un modelo de intervención desde la perspectiva sistémica. *Cuadernos de consulta psicológica*, 73(4), 73-82.
- Galen, B. R. y Underwood, M. K. (1997). A developmental investigation of social aggression among children. *Developmental Psychology*, 33(4), 589-600.

- Gallagher, B., Bradford, M. y Pease, K. (2008). Attempted and completed incidents of stranger-perpetrated child sexual abuse and abduction. *Child Abuse & Neglect*, 32(5), 517-528. doi:10.1016/j.chiabu.2008.02.002
- Gantiva, C. A., Bello, J., Vanegas, E. y Sastoque, Y. (2009). Historia de maltrato físico en la infancia y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(2), 127-134.
- Garbarino, J. (1976). A preliminary study of some ecological correlates of child abuse: the impact of socioeconomic stress on mothers, *Child Development*, 47(1), 178-185.
- Garbarino, J. (1993). Detección y valoración como intervención. En *Departamento de trabajo y seguridad social del Gobierno Vasco*. II Congreso estatal sobre infancia maltratada. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Vitoria.
- Garbarino, J. y Kostelny, K. (1992). Child maltreatment as a community problem. *Child Abuse and Neglect journal*, 16(4), 465-464.
- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D. S., Kennedy, S., Kaplan A. S. y Woodside, D. B. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1052-1058.
- Gasman, N., Villa Torres, L., Moreno, C. y Billings, D. L. (2006). Violencia sexual en México. En R. Lozano Ascencio, A. Del Rio Zolezzi, E. Azaola Garrido, R. Castro, F. Pamplona Rangel, M. Atrian Salazar, & M. Híjar-Medina (Eds.), *Informe Nacional sobre Violencia y Salud* (pp. 167-204). Mexico, DF: Secretaría de Salud & UNIFEM.
- Gaudin, J. M., Polansky, N. A., Kilpatrick, A. C. y Shilton, P. (1996). Family functioning in neglectful families. *Child Abuse and Neglect*, 20(4), 363-377. doi:10.1016/0145-2134(96)00005-1
- Garrido, V. (2002). *Contra la Violencia: las semillas del bien y del mal*. Valencia: Algar.
- Gelles, R. J. (1973). Child abuse as psychopathology: A sociological critique and reformulation. *American Journal of Orthopsychiatry* 43(3), 611-621.
- Gelles, R. J. y Cornell, C. P. (1985). *Intimate violence in families*. London: SAGE.
- Gelles, R. J. y Loseke, D. (1993). Issues in causes. En R. Gelles, & D. Loseke (Eds.), *Current controversies on family violence* (pp. 209-221). California: Sage.
- Gentile, K., Raghavan, C., Rajah, V. y Gates, K. (2007). It doesn't happen here: Eating disorders in an ethnically diverse sample of economically disadvantaged, urban college students. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 15(5), 405-425. doi:10.1080/10640260701667904

- Geraerts, E., Smeets, E., Jellicic, M., Merckelbach, H. y Van Heerden, J. (2006). Retrieval inhibition of trauma-related words in women reporting repressed or recovered memories of childhood sexual abuse. *Behaviour research and therapy*, 44(8), 1129-1136. doi:10.1016/j.brat.2005.09.001
- Gerbaka, B. (2009). Child protection in Lebanon. Society and strategy: More than one? *International Journal of Child Health and Human Development*, 2(3), 287-292.
- Ghetti, S., Weede A. K. y Goodman, G. S. (2002). Legal involvement in child sexual abuse cases: Consequences and interventions. *International Journal of Law And Psychiatry*, 25(3), 235-251. doi:10.1016/S0160-2527(02)00104-8
- Gibb, B. E. (2002). Childhood maltreatment and negative cognitive styles: A quantitative and qualitative review. *Clinical Psychology Review*, 22(2), 223-246. doi:10.1016/S0272-7358(01)00088-5
- Gibb, B. E., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Rose, D. T., Whitehouse, W. G., Donovan, P. y Tierney, S. (2001). History of childhood maltreatment, negative cognitive styles, and episodes of depression in adulthood. *Cognitive Therapy and Research*, 25(4), 425-446. doi:10.1023/A:1005586519986
- Gil, D.G. (1970). *Violence against children*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gil, J., Ostos, R., Largo, E., Acosta, L. y Caballero, M. A. (2006). Valoración médica de la sospecha de abuso sexual en personas menores de edad: a propósito del estudio de tres casos. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12(43-44), 57-74.
- Giles, J. (2006). No such thing as excessive sexual behavior [Letter to the Editor]. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 641-642.
- Glaser, D. y Frosh, S. (1997). *Abuso sexual de niños*. Argentina: Paidós.
- Goldberg, J. F., Gerstein, R. K., Wenzel, S. J., Welker, T. M. y Beck, A. T. (2008). Dysfunctional attitudes and cognitive schemas in bipolar manic and unipolar depressed outpatients: Implications for cognitively based psychotherapeutics. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(3), 207-210. doi:10.1097/NMD.0b013e3181663015
- Goldfried, M. R. (1995). *From cognitive-behavior therapy to psychotherapy integration*. New York: Springer Publishing.
- Goldman, J. y Padayachi, U. K. (1997). The prevalence and nature of child sexual abuse in Queensland, Australia. *Child Abuse & Neglect*, 21(5), 489-498.

- Goldman, J. y Padayachi, U. K. (2000). Some methodological problems in estimating incidence and prevalence in child sexual abuse research. *The Journal of Sex Research*, 37(4), 305-314. doi:10.1080/00224490009552052
- Gomes, V., Jardim, P., Taveira, F., Dinis-Oliveira, R. J. y Magalhães, T. (2014). Alleged biological father incest: A forensic approach. *Journal Of Forensic Sciences*, 59(1), 255-259. doi:10.1111/1556-4029.12310
- Gómez, E., Muñoz, M. y Haz, A. (2007). Familias Multiproblemáticas y en Riesgo Social: Características e Intervención. *Psikhe*, 16(2), 43-54.
- Gómez de Terreros, M. (2006). Maltrato psicológico. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12(43-44), 103-116.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, L. E., Ramírez, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24(6), 16-25.
- Goodman, A. (1997). Sexual addiction. En J. H. Lowenson, P. Ruiz, R. B. Millman, & J. G. Langrod (Eds.), *Substanceabuse: Acomprehensive textbook* (3rd Ed., pp. 340–354). Baltimore: Williams &Wilkins.
- Goodman, A. (2008). Neurobiology of addiction: Anintegrative review. *Biochemical Pharmacology*, 75(1), 266–322. doi:10.1016/j.bcp.2007.07.030
- Gore, M. y Janssen, K. (2007). What educators need to know about abused children with disabilities. *Preventing School Failure*, 52(1), 49–55. doi:10.3200/PSFL.52.1.49-55
- Gorey, K. M. y Leslie, D. R. (1997). The prevalence of child sexual abuse: Integrative. review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse & Neglect*, 21(8), 391-8. doi:10.1016/S0145-2134(96)00180-9
- Gorey, K. M., Richter, N. L. y Snider, E. (2001). Guilt, isolation and hopelessness among female survivors of child sexual abuse: effectiveness of group work intervention. *Child Abuse and Neglect*, 25(3), 347-355. doi:10.1016/S0145-2134(00)00255-6
- Gracia, E., Fuentes, M. C. y García, J. F. (2010). Barrios de riesgo, estilos de socialización parental y problemas de conducta en adolescentes. *Intervención Psicosocial Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida*, 19(3), 265-278.
- Gracia, E. y Herrero, J. (2006). Acceptability of domestic violence against women in the European Union: A multilevel analysis. *Journal of Epidemiol & Community Health*, 60(2), 123-9. doi:10.1136/jech.2005.036533
- Granero, R., Penelo, E., Martínez-Giménez, R., Alvarez-Moya, E., Gomez-Pena, M. y Aymami, M. N. (2009). Sex differences among treatment-seeking adult pathologic

- gamblers. *Comprehensive Psychiatry*, 50(2), 173-180. doi:10.1016/j.comppsy.2008.07.005
- Graxiola-Romero, J. C. y Frías-Armenta, M. (2012). Factores protectores, estilos de crianza y maltrato infantil: un modelo ecológico. *Infancia y Aprendizaje*, 3(3), 259-270. doi:10.1174/217119712802845769
- Griffee, K., O’Keefe, S. L., Stroebel, S. S., Beard, K. W., Swindell, S. y Young, D. H. (2012). On the brink of paradigm change? Evidence for unexpected predictive relationships among sexual addiction, masturbation, sexual experimentation, and revictimization, child sexual abuse, and adult sexual risk. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 19(4), 225-264. doi:10.1080/10720162.2012.705140
- Griffiths, M. (2001). Sex on the Internet: Observations and implications for Internet sex addiction. *The Journal of Sex Research*, 38(4), 333-342. doi:10.1080/00224490109552104
- Grilo, C. M. (2002). Recent research of relationships among eating disorders and personality disorders. *Current Psychiatry Reports* 4(1), 18-24. doi:10.1007/s11920-002-0007-8
- Guzzo, G., Lo Cascio, V. y Pace, U. (2013). The role of individual and relational characteristics on alcohol consumption among Italian adolescents: a discriminant function analysis. *Child Indicators Research*, 6(3), 605–618. doi:10.1007/s12187-013-9188-4
- Gwandure, C. (2007). Sexual assault in childhood: Risk HIV and AIDS behaviours in adulthood. *AIDS Care*, 19(10), 1313–1315. doi:10.1080/09540120701426508
- Habigzang, L., Stroelor, F., Hatzenberg, R., Cunha, R., Ramos, M. y Koller, S. (2009). Grupos de terapia comportamental para crianças adolescentes vítimas de abuso sexual. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 70-78.
- Hae-Soo, K. (2014). A Delphi study on the development of healing counseling contents for the victims of sexual abuse. *Korea Journal of Counseling*, 15(1), 1-15.
- Hahm, H. C., Lee, Y., Ozonoff, A. y Van Wert, M. J. (2010). The impact of multiple types of child maltreatment on subsequent risk behaviors among women during the transition from adolescence to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(5), 528–540. doi:10.1007/s10964-009-9490-0
- Haj-Yahia, M. M. y Tamish, S. (2001). The rates of child sexual abuse and its psychological consequences as revealed by a study among Palestinian university

- students. *Child Abuse and Neglect*, 25(10), 1303-1237. doi:10.1016/S0145-2134(01)00277-0
- Hall, G. C. y Hirschman, R. (1991). Towards a theory of sexual aggression: a quadripartite model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 662-669.
- Halperin, D. S., Bouvier, P., Jaffe, P. D., Mounoud, R. L., Pawlak, C. H., Laederach, J., Wicky, H. R. y Astie, F. (1996). Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: Results of a cross sectional survey. *British Medical Journal*, 312, 1326–1329. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.312.7042.1326>
- Hamarman, S. y Bernet, W. (2000). Evaluating and reporting emotional abuse in children: Parent-based, action-based focus aids in clinical decision-making. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(7), 928-930. doi:10.1097/00004583-200007000-00023
- Han, I., Park, M., Yoo, S. y Ryu, S. (2008). Factors affecting victimization syndromes of sexual abuse: With a focus on parental response to incidents of sexual abuse. *Korean Journal of Youth Studies*, 15, 327–356.
- Han, I., Lee, Y., Yoo, S., Park, M. y Kim, J. (2008). A national survey on the prevalence and risk factors of child sexual abuse. *Korean Journal of Social Welfare*, 60, 131–153.
- Han, I. Y., Lee, Y., Yoo, S. K. y Hong, J. S. (2011). Prevalence of and risk factors for male sexual abuse: The case of South Korea. *Journal of Loss and Trauma*, 16(1), 84-101. doi:10.1080/15325024.2010.519290
- Hankin, B. L. (2005). Childhood maltreatment and psychopathology: Prospective tests of attachment, cognitive vulnerability, and stress as mediating processes. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 645-671. doi:10.1007/s10608-005-9631-z
- Harding, H. G., Burns, E. E. y Jackson, J. L. (2012). Identification of child sexual abuse survivor subgroups based on early maladaptive schemas: Implications for understanding differences in posttraumatic stress disorder symptom severity. *Cognitive Therapy And Research*, 36(5), 560-575. doi:10.1007/s10608-011-9385-8
- Hardt, J. y Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 260-273. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00218.x
- Harford, T. C., Yi, H. y Grant, B. F. (2014). Associations between childhood abuse and interpersonal aggression and suicide attempt among U.S. adults in a national study. *Child Abuse & Neglect*, 38(8), 1389-1398. doi:10.1016/j.chiabu.2014.02.011

- Harkness, K. L., Wildes, J. E. (2002). Childhood adversity and anxiety versus dysthymia co-morbidity in major depression. *Psychological Medicine*, 32(07), 1239-1249.
- Harrington, R., Bredenkamp, D., Groothues, C., Rutter, M., Fudge, H. y Pickles, A. (1994). Adult outcomes of childhood and adolescent depression. III. Links with suicidal behaviours. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(7), 1309–1319. doi:10.1111/j.1469-7610.1994.tb01236.x
- Harris, A. y Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26(3), 405–416. doi:10.1023/A:1016085112981
- Harrison, P. A., Fulkerson, J. A. y Beebe, T. J. (1997). Multiple substance use among adolescent physical and sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 21(6), 529-539. doi:10.1016/S0145-2134(97)00013-6
- Hartt, J. y Waller, G., (2002). Child abuse, dissociation, and core beliefs in bulimic disorders. *Child Abuse & Neglect*, 26(9), 923-38. doi:10.1016/S0145-2134(02)00362-9
- Hashima, P. y Amato, P. (1994). Poverty, social support, and parental behavior. *Child Development*, 65(2), 399-403.
- Haugaard, J. J. (2000). The challenge of defining child sexual abuse. *American Psychologist*, 55(9), 1036-1039.
- Haugaard, J. J. (2003). Recognizing and treating uncommon behavioral and emotional disorders in children and adolescents who have been severely maltreated: Introduction. *Child Maltreatment*, 9(2), 123-130. doi:10.1177/1077559504264311
- Hawkins, N. y Richards, P. S. (2004). The impact of exposure to the thin-ideal media image on women. *Eating Disorders*, 12(1), 35–50. doi:10.1080/10640260490267751
- Hayatbakhsh, M. R., Clavarino, A. M., Williams, G. M., Bor, W. y Najman, J. M. (2013). Early life course predictors of young adults' gambling. *International Gambling Studies*, 13(1), 19-36. doi:10.1080/14459795.2012.700941
- Hayden, E. P. y Klein, D. N. (2001). Outcome of dysthymic disorder at 5-year followup: The effect of familial psychopathology, early adversity, personality, comorbidity, and chronic stress. *American Journal of Psychiatry*, 158(1), 1864-1870.
- Hayslett, M. M. y Wildemuth, B. M. (2004). Pixels or pencils? The relative effectiveness of web-based versus paper surveys. *Library & Information Science Research*, 26(1), 73-93. doi:10.1016/j.lisr.2003.11.005

- Haz, A. M., Castillo, R. y Aracena, M. (2002). Adaptación preliminar del instrumento Multidimensional Trauma Recovery and Resilience (MTRR) en una muestra de madres maltratadoras físicas con historia de maltrato físico y madres no maltratadoras con historia de maltrato físico. *Child Abuse & Neglect*, 27(7), 807-820. doi:10.1016/S01452134(03)00118-2
- He, H., McCoy, H. V., Stevens, S. J. y Stark, M. J. (1998). Violence and HIV sexual risk behaviors among female sex partners of male drug users. *Women & Health*, 27(1-2), 161-175. doi:10.1300/J013v27n01\_10
- Hébert, M., Tourigny, M., Mireille, C., McDuff, P. y Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(9), 631-636.
- Hederich, C. y Camargo, A. (2001). *Estilos cognitivos en el contexto escolar*. Bogotá: Arfo Editores.
- Helweg-Larsen, K. y Bøving, H. (2006). The prevalence of unwanted and unlawful sexual experiences reported by Danish adolescents: Results from a national youth survey in 2002. *Acta Pædiatrica*, 95(10), 1270-1276. doi:10.1080/08035250600589033
- Henáo, G. (2008). *Perfil cognitivo parental (esquemas maladaptativos y estrategias de afrontamiento), estilo de interacción parental y su influencia en el desarrollo emocional infantil*. (Tesis Doctoral). Universidad de Manizales-CINDE, Colombia.
- Herrmann, B., Banaschak, S., Csorba, R., Navratil, F. y Dettmeyer, R. (2014). Physical Examination in Child Sexual Abuse: Approaches and Current Evidence. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(41), 692. doi:10.3238/arztebl.2014.069
- Hernández, A., Arntz, A., Gaviria, A. M., Labad, A. y Gutiérrez-Zotes, J. (2012). Relationships between childhood maltreatment, parenting style, and borderline personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 727-736. doi:10.1521/pedi.2012.26.5.727
- Hernández, A., Gallardo-Pujol, D., Pereda, N., Arntz, A., Bernstein, D. P., Gaviria, A. M., Labad, A., Valero, J. y Gutiérrez-Zotes, J. A. (2012). Initial validation of the Spanish Childhood Trauma Questionnaire-Short Form: Factor Structure, reliability and association with parenting. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(10), 1-21. doi:10.1177/0886260512468240
- Herrera-Gutiérrez, E. Brito de la Nuez, A. G., Pérez-López, J., Martínez-Fuentes, M. T. y Díaz-Navarro, A. (2001). Percepción de estilos educativos parentales e inadaptación en adolescentes. *Universitas Tarraconensis*, 23(1), 45-58.

- Herrero-Fernández, D. (2011). Psychometric adaptation of the Driving Anger Expression Inventory in a Spanish sample. Differences by age and gender. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 14(4), 324-329. doi:10.1016/j.trf.2011.03.001
- Herrero-Fernández, D. (2012). Análisis de diferencias en la magnitud de la ira provocada por distintos eventos del tráfico y en las formas de expresarl. *Securitas Vialis*, 13, 11-23.
- Herrero-Fernández, D. (2013a). Adaptación española de la dimensión conductual del Displaced Aggression Questionnaire. Análisis de validez con medidas de ira y agresión genéricas y en la conducción. *Revista de Psicología Social*, 28(3), 273-284. doi:10.1174/021347413807719094
- Herrero-Fernández, D. (2013b). Do people change behind the wheel?. A comparison of anger and aggression on and off the road. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 21, 66-74. doi:10.1016/j.trf.2013.09.008
- Hershkowitz, I., Lamb, M. E. y Horowitz, D. (2007). Victimization of children with disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 629-635. doi: 10.1037/0002-77.4.629 9432
- Heyman R.E. y Slep, A.M.S. (2006). Creating and field-testing diagnostic criteria for partner and child maltreatment. *Journal of Family Psychology*, 20(3), 397-408.
- Heyman, R. E. y Slep, A. M. S. (2009). Reliability of family maltreatment diagnostic criteria: 41 site dissemination field trial. *Journal of Family Psychology*, 23(6), 905–910.
- Hien, D. A., Nunes, E., Levin, F. R. y Fraser, D. (2000). Posttraumatic stress disorder and short-term outcome in early methadone treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(1), 31–37. doi:10.1016/S0740-5472(99)00088-4
- Higgins, D. J. y McCabe, M. P. (2000). Relationships between different types of maltreatment during childhood and adjustment in adulthood. *Child Maltreatment*, 5(3), 261-272. doi:10.1177/1077559500005003006
- Higgins, D. J. y McCabe, M. P. (2001). Multiple forms of child abuse and neglect: Adult retrospective reports. *Aggression and Violent Behavior*, 6(6), 547-578. doi:10.1016/S1359-1789(00)00030-6
- Híjar-Medina, M., Flores-Regata, L., Valdez-Santiago, R. y Blanco, J. (2003). Atención médica de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar. *Salud pública de México*, 45(4), 252-258.

- Hill, J., Davis, R., Byatt, M., Burnside, E., Rollinson, L. y Fear, S. (2000). Childhood sexual abuse and affective symptoms in women: A general population study. *Psychological Medicine*, 30(06), 1283-1291.
- Hillson, J. M. y Kuiper, N. A. (1994). A stress and coping model of child maltreatment. *Clinical Psychology Review*, 14(4), 261-286.
- Hoagwood, K. (1990). Blame and adjustment among women sexually abused as children. *Women & Therapy* 9(4), 89-110.
- Hodgins, D. C., Schopflocher, D. P., el-Guebaly, N., Casey, D. M., Smith, G. J., Williams, R. J. y Wood, R. T. (2010). The association between childhood maltreatment and gambling problems in a community sample of adult men and women. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(3), 548-554.
- Hollander, E. y Rosen, J. (2000). Impulsivity. *Journal of Psychopharmacology*, 14(2 suppl 1), 539-544.
- Hollander, E. y Stein, D. J. (2006). *Clinical Manual of Impulsive Control Disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Hollomotz, A. (2007). Beyond “vulnerability”: An ecological model approach to conceptualizing risk of sexual violence against people with learning disabilities. *British Journal of Social Work*, 39(1), 99-112. doi:10.1093/bjsw/bcm091
- Holmes, W. C. (2007). Men’s childhood sexual abuse histories by one-parent versus two-parent status of childhood home. *Journal of Epidemiology Community Health*, 61(4), 319-325. doi:10.1136/jech.2005.040188
- Holmes, G. R., Offen, L. y Waller, G. (1997). See no evil, hear no evil, speak no evil: why do relatively few male victims of childhood sexual abuse receive help for abuse-related issues in adulthood? *Clinical Psychology Review*, 17(1), 69-88.
- Holmes, W. C. y Slap, G. B. (1998). Sexual abuse of boys. Definition, prevalence, correlates sequelae, and management. *Journal of the American Medical Association*, 280(21), 1855-1862. doi:10.1001/jama.280.21.1855
- Hong, J. S., Kral, M. J., Espelage, D. L. y Allen-Meares, P. (2012). The social ecology of adolescent-initiated parent abuse: A review of the literature. *Child Psychiatry And Human Development*, 43(3), 431-454. doi:10.1007/s10578-011-0273-y
- Hong, J. S., Lee, N. Y., Park, H. J. y Faller, K. C. (2011). Child maltreatment in South Korea: An ecological systems analysis. *Children and Youth Services Review*, 33(7), 1058-1066. doi:10.1016/j.childyouth.2011.01.012

- Horno, P., Santos, A. y Del Molino, C. (2001). Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales. Save the Children.
- Honor, G. (2005). Physical abuse: recognition and reporting. *Journal Pediatric Health Care*, 19(1), 4–11. doi:10.1016/j.pedhc.2004.06.009
- Honor, G. (2010). Child sexual abuse: Consequences and implications. *Journal of Pediatric Health Care*, 24(6), 358-364. doi:10.1016/j.pedhc.2009.07.003
- Honor, G. (2011). Medical evaluation for child sexual abuse: what the PNP needs to know. *Journal of Pediatric Health Care*, 25(4), 250–256. doi:10.1016/j.pedhc.2011.01.004
- Huang, J., Yang, Y., Wu, J., Napolitano, L. A., Xi, Y. y Cui, Y. (2012). Childhood abuse Chinese patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26(2), 238-254. doi:10.1521/pedi.2012.26.2.238
- Hueppelsheuser, M., Crawford, P. y George, D. (1997). The link between incest abuse and sexual addiction. *The Sexual Addiction and Compulsivity Journal*, 4(4), 335-355.
- Hund, A. R. y Espelage, D. L. (2005). Childhood Sexual Abuse, Disordered Eating, Alexithymia, and General Distress: A Mediation Model. *Journal Of Counseling Psychology*, 52(4), 559-573. doi:10.1037/0022-0167.52.4.559
- Hund, A. R. y Espelage, D. L. (2006). Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: Mediating influence of alexithymia and distress. *Child abuse & neglect*, 30(4), 393-407. doi:10.1016/j.chiabu.2005.11.003
- Hunter, J. A., Goodwin, D. W. y Wilson, R. J. (1992). Attributions of blame in child sexual abuse victims: An analysis of age and gender influences. *Journal of Child Sexual Abuse* 1(3), 75-89. doi:10.1300/J070v01n03\_06
- Hurley, D. L. (1991). Women, alcohol, and incest: An analytical review. *Journal of Studies on Alcohol*, 52(3), 253-268.
- Hussey, J. M., Chang, J. J. y Kotch, J. B. (2006). Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics*, 118(3), 933-942. doi:10.1542/peds.2005-2452
- Hyun-Sil, K. y Hun-Soo, K. (2005). Incestuous Experience Among Korean Adolescents: Prevalence, Family Problems, Perceived Family Dynamics, and Psychological Characteristics. *Public Health Nursing*, 22(6), 472-482. doi: 10.1111/j.0737-1209.2005.220604.x

- Ibarra, M. C., Ortiz, J. A., Alvarado, F. J., Graciano, H. y Jiménez, A. (2010). Correlatos del maltrato físico en la infancia en mujeres adultas con trastorno distímico o depresión mayor. *Salud Mental*, 33(4), 317-324.
- Idisis, Y. y Oz, S. (2011). Disclosing the secret: Working with families around sexual abuse victimization. En D. P. Boer, R. Eher, L. A. Craig, M. H. Miner, F. Pfäfflin, D. P. Boer, F. Pfäfflin (Eds.), *International perspectives on the assessment and treatment of sexual offenders: Theory, practice, and research* (pp. 397-418). Wiley-Blackwell. doi:10.1002/9781119990420.ch20
- Inglés, A. (1995). Origen, proceso y algunos resultados del estudio sobre los malos tratos infantiles en Cataluña. *Infancia y aprendizaje*, 18(71), 23-32.
- Inglés, A. (Dir.) (2000). *El maltractament d'infants a Catalunya. Quants, Com. Perquè*. Barcelona: Departament de Justícia.
- Ingram, R. E. (2003). Origins of cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27(1), 77–88. doi:10.1023/A:1022590730752
- Intebi, I. (1998). *Abuso sexual infantil en las mejores familias*. Barcelona: Granica.
- International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN). (2010). *World perspectives on child abuse*, 8th edn. doi:<http://www.ispcan.org/CAN-facts/definition.html>
- IREFREA. Grupo Europeo de Estudios Toxicomanías e Identidad de Género (2001). *Treatment Barriers for women with drug-related problems in Europe*. Informe Comisión Europea.
- Iribarren, M., Jiménez, M. García, J. M. y Rubio, G. (2011). Validación y propiedades psicométricas de la Escala de Impulsividad Estado (EIE). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1), 49-60.
- Isquith, P. K., Levine, M. y Scheiner, J. (1993). Blaming the child: attribution of responsibility to victims of child sexual abuse. En Goodman G. S., & Bottoms B. L. (Eds.), *Child victims, child witnesses: understanding and improving testimony* (pp. 203–228). New York: Guilford Press.
- Jacobi, C. (2005). Psychosocial risk factors for eating disorders. En S. Wonderlich, J. Mitchell, M. Zwaan, & H. Steiger (Eds.), *Eating disorders review, part 1* (pp. 59–85). Oxford, UK: Radcliffe Publishing Ltd.
- Jacobi, C., Hayward, C., De Zwaan, M., Kraemer, H. C. y Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19-65.

- Jacobs, D. F. (2008). *Growth of Aboriginal casinos in North America: Future prospects*. Paper presented at the Responsible Gambling Council Discovery 2008 Conference.
- Jakubczyk, A. A., Klimkiewicz, A. A., Krasowska, A. A., Kopera, M. M., Sławińska-Ceran, A. A., Brower, K. J. y Wojnar, M. M. (2014). History of sexual abuse and suicide attempts in alcohol-dependent patients. *Child Abuse & Neglect*, doi:10.1016/j.chiabu.2014.06.010
- Jayasinghe, N., Giosan, C., Difede J., Spielman, L. y Robin, L. (2006). Predictors of responses to psychotherapy referral of WTC utility disaster workers. *Journal of Traumatic Stress*, 19(2), 307–312. doi:10.1002/jts.20113
- Ji, K., Finkelhor, D. y Dunne, M. P. (2013). Child sexual abuse in China: A meta-analysis of 26 studies. *Child Abuse & Neglect*, 37(9), 613-622. doi:10.1016/j.chiabu.2013.03.008
- Jiménez-Murcia, S., Álvarez-Moya, E. M., Granero, Aymamí, M. N., Gómez-Peña, M. Jaurrieta, N., Sans, B., Rodríguez-Martí, J. y Vallejo, J. (2007). Cognitive behavioral group treatment for pathological gambling: Analysis of effectiveness and predictors of therapy outcome. *Psychotherapy Research*, 17(5), 544-552. doi:10.1080/10503300601158822
- Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Álvarez, E., Aymamí, M. N., Gómez-Peña, M., Bueno, B., Santamaría, J. J., Moragas, L., Penelo, E., Jaurrieta, N., Alonso, M. P., Segalás, C., Real, E., Labad, J., Bove, F., Vallejo, J. y Menchón, J. M. (2009). Comorbilidad del juego patológico: variables clínicas, personalidad y respuesta al tratamiento. *Revista De Psiquiatría y Salud Mental*, 2(4), 178-189. doi:10.1016/S1888-9891(09)73236-7
- Johnson, G. M. (2010). Young children's internet use at home and school: patterns and profiles. *Journal of Early Childhood Resch*, 8(3), 282–293. doi:10.1177/1476718X10379783
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S. y Brook, J. S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 394–400.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Joiner, T. E., Sachs-Ericsson, N. J., Wingate, L. R., Brown, J. S., Anestis, M. D. y Selby, E. A. (2007). Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: A persistent and theoretically important relationship. *Behavioural Research and Therapy*, 45(3), 539–547. doi:10.1016/j.brat.2006.04.007

- Justicia, F., Benítez, J., Pichardo, M., Fernández, E., García, T. y Fernández, M. (2006). Aproximación a un nuevo modelo explicativo del comportamiento antisocial. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 4(9), 131-150.
- Kafka, M. P. (2007). Paraphilia-related disorders: The evaluation and treatment of nonparaphilic hypersexuality. En S. Leiblum (Ed.), *Principles and practice of sex therapy* (4th Ed., pp. 442–476). New York: Guilford Press.
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 377-400. doi:10.1007/s10508-009-9574-7
- Kafka, M. P. y Hennen, J. (1999). The paraphilia-related disorders: An empirical investigation of nonparaphilic hypersexuality disorders in outpatient males. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 25(4), 305-319. doi:10.1080/00926239908404008
- Kaiser, A. y Delaney, E. (1996). The effects of poverty on parenting young children. *Peabody Journal of Education*, 71(4), 66-85.
- Kalebic, K. y Ajdukovic, M. (2011). Risk factors of child physical abuse by parents with mixed anxiety-depressive disorder or posttraumatic stress disorder. *Mental Health*, 52(1), 25-34. doi:10.3325/cmj.2011.52.25
- Kamsler, A. (2002). La formación de la imagen de sí misma. Terapia con mujeres que sufrieron abuso sexual durante la infancia. En Durrant, M. y White, C. (2002). *Terapia del abuso sexual*. Barcelona: Gedisa.
- Kanamüller, J., Riala, K., Nivala, M., Hakko, H. y Räsänen, P. (2014). Correlates of Sexual Abuse in a Sample of Adolescent Girls Admitted to Psychiatric Inpatient Care. *Journal of child sexual abuse*, 23(7), 804-823. doi:10.1080/10538712.2014.950401
- Kaplan, G. y Davis, B. (1997). *Gambling, alcohol & others drugs. Prevalence & implications of dual problem clients*. Manitoba: Addictions foundation of Manitoba.
- Kaplowitz, M. D., Hadlock, T. D. y Levine, R. (2004). A comparison of web and mail survey response rates. *Public Opinion Quarterly*, 68(1), 94-101. doi:10.1093/poq/nfh006
- Karatekin, C., Gehrman, R. y Lawler, J. (2014). A study of maltreated children and their families in juvenile court: I. Court performance measures. *Children and Youth Services Review*, 41, 62-74. doi:10.1016/j.childyouth.2014.03.010
- Kausch, O., Rugle, L. y Rowland, D. Y. (2006). Lifetime histories of trauma among pathological gamblers. *The American Journal on Addictions*, 15(1), 35-43. doi:10.1080/10550490500419045

- Kaye, W. H., Frank, G. K., Bailer, U. F. y Henry, S. E. (2005). Neurobiology of anorexia nervosa: Clinical implications of alterations of the function of serotonin and other neuronal systems. *The International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 15-19. doi:10.1002/eat.20109
- Keeshin, B. R. y Campbell, K. (2011). Screening homeless youth for histories of abuse: prevalence, enduring effects, and interest in treatment. *Child Abuse & Neglect*, 35(6), 401–407. doi:10.1016/j.chiabu.2011.01.015
- Kempe, H. y Helfer, R.(1972). *Helping the battered child and his family*. Philadelphia: J. B. Pippincott.
- Kempe, R. S, y Kempe, C. H. (1978). *Niños maltratados*. Madrid: Morata.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M. y Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180.
- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J. y Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and co-twin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 953-959. doi:10.1001/archpsyc.57.10.953
- Kennedy, A. M., Ip, K., Samra, J. y Gorzalka, B. B. (2007). The role of emotional abuse in disordered eating. *Journal of Emotional Abuse*, 7(1), 17–36. doi:10.1300/J135v07n01\_02
- Kennerley, H. (1996). Cognitive therapy of dissociative symptoms associated with trauma. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(3), 325–340.
- Kenny, M. C. y McEachern, A. G. (2000). Racial, ethnic, and cultural factors of childhood sexual abuse: a selected review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 20(7), 905-922. doi:10.1016/S0272-7358(99)00022-7
- Kent, A. y Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review* 20(7), 887–903. doi:10.1016/S0272-7358(99)00018-5
- Kent, A., Waller, G. y Dagnan, D. (1999). A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: The role of mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*, 25(2), 159–167.
- Kerber, C. S., Black, D. W. y Buckwalter, K. (2008). Comorbid psychiatric disorders among older adult recovering pathological gamblers. *Issues Ment Health Nurs*, 29(9), 1018-1128. doi:10.1080/01612840802274933

- Kerr-Corrêa, F., Tarelho, L. G., Crepaldi, A., Camiza, C. y Villanassi, R. (2000). Abuso sexual, transtornos mentais e doenças físicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27(5), 257-273.
- Kim, Y. R. (2010). Personal safety programs for children with intellectual disabilities. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities* 45(2), 312–319.
- Kim, J., Talbot, N. L. y Cicchetti, D. (2009). Childhood abuse and current interpersonal conflict: The role of shame. *Child Abuse & Neglect*, 33, 362–371. doi:10.1016/j.chiabu.2008.10.003
- Kingston, S. y Raghavan, C. (2009). The relationship of sexual abuse, early initiation of substance use and adolescent trauma to PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 22(1), 65-68. doi:10.1002/jts.20381
- Kinnally, E. L., Huang, Y., Haverly, R., Burke, A. K., Galfalvy, H., Brent, D. P., Oquendo, M. A. y Mann, J. J. (2009). Parental care moderates the influence of MAOA-uVNTR genotype and childhood stressors on trait impulsivity and aggression in adult women. *Psychiatric Genetics*, 19(3), 126-133. doi:10.1097/YPG.0b013e32832a50a7
- Kiselica, M. y Morrill-Richards, M. (2007). Sibling maltreatment: The forgotten abuse. *Journal of Counseling & Development*, 85, 148-161. doi:10.1002/j.1556-6678.2007.tb00457.x
- Klatt, T., Cavner, D. y Egan, V. (2014). Rationalising predictors of child sexual exploitation and sex-trading. *Child Abuse & Neglect*, 38(2), 252-260. doi:10.1016/j.chiabu.2013.08.019
- Klevens, J. y Leeb, R. T. (2010). Child maltreatment fatalities in children under 5: Findings from the National Violence Death Reporting System. *Child Abuse and Neglect*, 34(4), 262–266. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.07.005
- Klump, K. L., McGue, M. y Iacono, W. G. (2000). Age differences in genetic and environmental influences on eating attitudes and behaviors in preadolescent and adolescent female twins. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 239-251. doi:10.1037/0021-843X.109.2.239
- Knickerbocker, L., Heyman, R. E., Slep, A., Jouriles, E. N. y McDonald, R. (2007). Co-occurrence of child and partner maltreatment definitions, prevalence, theory, and implications for assessment. *European Psychologist*, 12(1), 36-44. doi:10.1027/1016-9040.12.1.36

- Knutson, J. F. (1995). Psychological characteristics of maltreated children: putative risk factors and consequences. *Annual Review of Psychology*, 46, 401-431. doi: 10.1146/annurev.ps.46.020195.002153
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. S., Chen, C. C. y Yen, C. F. (2008). Psychiatric comorbidity of internet addiction in college students: an interview study. *CNS Spectrums*, 13(2), 147-153. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S1092852900016308
- Kong, S. y Bernstein, K. (2009). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 18(13), 1897–1907. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02740.x
- Koob, G. F. (2009). Substrates for the neurobiology for the dark side of compulsivity in addiction. *Neuropharmacology*, 56(1), 18-31.
- Korkman, J., Svanbäck, J., Finnilä, K. y Santtila, P. (2014). Judges' views of child sexual abuse: Evaluating beliefs against research findings in a Finnish sample. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(5), 497-504. doi:10.1111/sjop.12147
- Kort, J. (2004). Covert Cultural Sexual Abuse of Gay Male Teenagers Contributing to Etiology of Sexual Addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 11(4), 287-300. doi:10.1080/10720160490900632
- Koss, M. P. y Figueredo, A. J. (2004). Cognitive mediation of rape's mental health impact: Constructive replication of a cross sectional model in longitudinal data. *Psychology of Women Quarterly*, 28(5), 273-286. doi:10.1111/j.1471-6402.2004.00145.x
- Koss, M. P., Figueredo, A. P. y Prince, R. J. (2002). Cognitive mediation of rape's mental, physical, and social health impact: Test of four models in cross-sectional data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 926–941. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.70.4.926>
- Kraemer, H. C., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D. y Kupfer, D. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 158(6), 848-856. doi:<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.158.6.857>
- Krafft-Ebing, R. (1965). *Psychopathia sexualis: A medico forensic study*. New York: Putnam, en Haugaard, J. J. The challenge of Refining child sexual abuse. *American Psychologist*, 9, 1036-1039.
- Krantz, J. H. y Dalal, R. (2000). Validity of web-based psychological research. En M. H. Birnbaum (Ed.), *Psychological experiments on the internet* (pp. 35-60). San Diego: Academic Press.

- Kreinert, J. y Walsh, J. (2011). Sibling sexual abuse: An empirical analysis of offender, victim, and event characteristics in national incident-based reporting system (NIBRS) data, 2000-2007. *Journal of Child Sexual Abuse*, 20(4), 353-372. doi:10.1080/10538712.2011.588190
- Kropp, J. P. y Haynes, O. M. (1987). Abusive and nonabusive mother's ability to identify general and specific emotion signals of infants. *Child Development*, 58(1), 187-190.
- Krueger, R. B. y Kaplan, M. S. (2000). Disorders of sexual impulse control in neuropsychiatric conditions. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 5(4), 266-274.
- Krueger, R. B. y Kaplan, M. S. (2001). The paraphilic and hypersexual disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 7(6), 391-403.
- Krug, E. G., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. y Lozano, R. (2002). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Organización Mundial de la Salud: Ginebra.
- Laaksonen, T., Sariola, H., Johansson, A., Jern, P., Varjonen, M., von der Pahlen, B., Sandnabba, N. K. y Santtila, P. (2011). Changes in the prevalence of child sexual abuse, its risk factors, and their associations as a function of age cohort in a Finnish population sample. *Child Abuse & Neglect*, 35(7), 480-490. doi:10.1016/j.chiabu.2011.03.004
- Lacelle, C., Hébert, M., Lavoie, F., Vitaro, F. y Tremblay, R. E. (2012). Child Sexual Abuse and Women's Sexual Health: The Contribution of CSA Severity and Exposure to Multiple Forms of Childhood Victimization. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21(5), 571-592. doi:10.1016/j.chiabu.2011.10.011
- Lachica, E. (2010). Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales. *Cuadernos de Medicina Forense*, 16(1-2), 53-63.
- Ladouceur, R. (2000). *Le Jeu excessif: Comprendre et vaincre le gambling*. Montreal: Éditions de l'Homme.
- Ladouceur, R. (2004). Gambling: the hidden addiction. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(8), 501-503.
- Lagerspetz, K., Björkqvist, K. y Peltonen, T. (1988). Is indirect aggression typical of females? Gender differences in aggressiveness in 11-to 12-years-old children. *Aggressive Behavior*, 14(6), 403-414. doi:10.1002/1098-2337
- Lages, L., Gil, D. y Dalbosco, D. (2013). Sintomas e Quadros Psicopatológicos Identificados nas Perícias em Situações de Abuso Sexual Infanto-Juvenil. *Psico*, 44(2), 235-244.

- Laghi, F., Vitoroulis, I., Schneider, B. H., Coplan, R. J., Baiocco, R., Amichai-Hamburger, Y., Hudek, N., Koszycki, D., Miller, S. y Flament, M. (2013). Knowing when not to use the internet: shyness and adolescents' on-line and off-line interactions with friends. *Computers in Human Behavior* 29(1), 51–57. doi:10.1016/j.chb.2012.07.015
- Laible, D. J. y Carlo, G. (2004). The differential relations of maternal and paternal support and control to adolescent social competence, self-worth, and sympathy. *Journal of Adolescent Research*, 19(6), 759-782. doi:10.1177/0743558403260094
- Lang, A. J., Gartstein, M. A., Rodgers, C. S. y Lebeck, M. M. (2010). The impact of maternal childhood abuse on parenting and infant temperament. *Journal Of Child And Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(2), 100-110. doi:10.1111/j.1744-6171.2010.00229.x
- Langström, N. y Hanson, R. K. (2006). High rates of sexual behavior in the general population: Correlates and predictors. *Archives of Sexual Behavior*, 35(1), 37-52. doi:10.1007/s10508-006-8993-y
- Larsen, C., Curtis, T. y Bjerregaard, P. (2013). Gambling behavior and problem gambling reflecting social transition and traumatic childhood events among Greenland Inuit: A cross-sectional study in a large indigenous population undergoing rapid change. *Journal of Gambling Studies*, 29(4), 733-748. doi:10.1007/s10899-012-9337-6
- Larson, J. H., Newell, K. E., Holman, T. B. y Feinauer, I. D. (2007). The role of family environment in the dating relationships and readiness for marriage of young adult male survivors of non-familial childhood sexual abuse. *The American Journal of Family Therapy*, 35(3), 173-186. doi:10.1080/01926180600968423
- Larson, R. W. y Richards, M. H. (1994). *Divergent realities: The emotional lives of mothers, fathers and adolescents*. Nueva York: Basic Books.
- Lau, A. S., Leeb, R. T., English, D., Graham, J. C., Briggs, E. C., Brody, K. E. y Marshall, J. M. (2005). What's in a name? A comparison of methods for classifying predominant type of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 29(5), 533-551. doi:10.1016/j.chiabu.2003.05.005
- Leahy, T., Pretty, G. y Tenenbaum, G. (2004). Perpetrator methodology as a predictor of traumatic symptomatology in adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(5), 521-540. doi:10.1177/0886260504262963
- Leclerc, B., Proulx, J. y Beauregard E. (2009). Examining the modus operandi of sexual offenders against children and its practical implications. *Aggress Violent Behavior*, 14(1), 5-12. doi:10.1016/j.avb.2008.08.001

- Lee, B. W. y Stapinski, L. A. (2012). Compensatory internet use among individuals higher in social anxiety and its implications for wellbeing. *Personality and Individual Differences*, 53(3), 191-195. doi:10.1016/j.paid.2012.03.003
- Lemieux, S. R. y Byers, E. S. (2008). The sexual well-being of women who have experienced child sexual abuse. *Psychology of Women Quarterly*, 32(2), 126-144. doi:10.1111/j.1471-6402.2008.00418.x
- Lepisto, S., Luukkaala, T. y Paavilainen, E. (2010). Witnessing and experiencing domestic violence: a descriptive study of adolescents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 70-80. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00792.x
- Lestrade, K. N., Talbot, N. L., Ward, E. A. y Cort, N. A. (2013). High-risk sexual behaviors among depressed black women with histories of intrafamilial and extrafamilial childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 37(6), 400-403. doi:10.1016/j.chiabu.2013.01.007
- Leung, N., Waller, G. y Thomas, G. (1999). Core beliefs in anorectic and bulimic women. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(2), 736-741.
- Levitan, R. D., Rector, N. A., Sheldon, T. y Goering, P. (2003). Childhood adversities associated with major depression and/or anxiety disorders in a community sample of Ontario: issues of comorbidity and specificity. *Depression and Anxiety*, 17(1), 34-42. doi:10.1002/da.10077
- Lev-Wiesel, R. (2000). Quality of life in adult survivors of childhood sexual abuse who have undergone therapy. *Journal of Child Sexual Abuse*, 9(1), 1-13. doi:10.1300/J070v09n01\_01
- Li, N., Ahmed, S. y Zabin, L. S. (2012). Association between childhood sexual abuse and adverse psychological outcomes among youth in Taipei. *Journal of Adolescent Health*, 50(3), 45-51. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.12.003
- Liao, M., Lee, A. S., Roberts-Lewis, A. C., Hong, J. S. y Jiao, K. (2011). Child maltreatment in China: An ecological review of the literature. *Children and Youth Services Review*, 33(9), 1709-1719. doi:10.1016/j.childyouth.2011.04.031
- Libby, A. M., Orton, H. D., Novins, D. K., Beals, J. y Manson, S. M. (2005). Childhood physical and sexual abuse and subsequent depressive and anxiety disorders for two American Indian tribes. *Psychological Medicine*, 35(03), 329-340. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S0033291704003599
- Liebschutz, J., Savetsky, J. B., Saitz, R., Horton, N. J., Lloyd-Travaglini, C. y Samet, J. H. (2002). The relationship between sexual and physical abuse and substance abuse

- consequences. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(3), 121–128. doi:10.1016/S0740-5472(02)00220-9
- Lighthfoot E., Hill K. y LaLiberte T. (2011) Prevalence of children with disabilities in the child welfare system and out of home placement: an examination of administrative records. *Children and Youth Services Review* 33(11), 2069-2075. doi:10.1016/j.childyouth.2011.02.019
- Lin, M. P., Ko, H. C. y Wu, J. Y. (2011). Prevalence and psychosocial risk factors associated with internet addiction in a nationally representative sample of college students in Taiwan. *Cyberpsychology & Behaviour*, 14(12), 741–746. doi:10.1089/cyber.2010.0574
- Lindauer, R. J., Brilleslijper-Kater, S. N., Diehle, J., Verlinden, E., Teeuw, A. H., Middeldorp, C. M., Tuinebreijer, W., Bosschaart, T. F., van Duin, E. y Verhoeff, A. (2014). The Amsterdam Sexual Abuse Case (ASAC)-study in day care centers: longitudinal effects of sexual abuse on infants and very young children and their parents, and the consequences of the persistence of abusive images on the internet. *BMC psychiatry*, 14(1), 295. doi:10.1186/s12888-014-0295-7
- Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E. y Weisskopf, 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 Journal of Public Health*, 59(2), 359-372. doi:10.1007/s00038-013-0519-5
- Link, B. G. y Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Littleton, H. L., Grills-Taquechel, A. E., Axsom, D., Bye, K. y Buck, K. S. (2012). Prior sexual trauma and adjustment following the Virginia Tech campus shootings: Examination of the mediating role of schemas and social support. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(6), 578-586. doi:10.1037/a0025270
- Liu, H., Longshore, D., Williams, J. K., Rivkin, I., Loeb, T., Warda, U. S., Carmona, J. y Wyatt, G. (2006). Substance Abuse and Medication Adherence Among HIV-Positive Women with Histories of Child Sexual Abuse. *AIDS And Behavior*, 10(3), 279-286. doi:10.1007/s10461-005-9041-y
- Lizardi, H., Klein, D. N., Ouimette, P. C., Riso, L. P., Anderson, R. L. y Donaldson, S.K. (1995). Reports of the childhood home environment in early-onset dysthymia and

- episodic major depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 104(1), 132-139. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.104.1.132>
- Llopis, J., Castillo, A., Rebollida, M. y Stocco, P. (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. *Revista del Instituto de Investigación en Drogodependencias*, 5(2), 137-145.
- Lockwood, R., Lawson, R. y Waller, G. (2004). Compulsive features in the eating disorders: A role for trauma? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(3), 247-249. doi:10.1097/01.nmd.0000116468.54734.f4
- Loh, C. y Gidycz, C. A. (2006). A prospective analysis of the relationship between childhood sexual victimization and perpetration of dating violence and sexual assault in adulthood. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(6), 732-749. doi:10.1177/0886260506287313
- Loinaz, I., Echeburúa, E., e Irureta, M. (2011). Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. *Psicología conductual. Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 19(2), 421-438.
- Long, K. A. (1986). Cultural considerations in the assessment and treatment of intrafamilial abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(1), 131-136.
- Long, P. J. y Jackson, J. L. (1994). Childhood sexual abuse: An examination of family functioning. *Journal of Interpersonal Violence*, 9(2), 270-277. doi:10.1177/088626094009002009
- López, F. (1993). Efectos de los abusos a menores. *II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Bilbao.
- López, F. (1995). Necesidades de la infancia: respuesta familiar. *Infancia y Sociedad*, 30, 8-47.
- López, F. (1997). Abuso sexual: un problema desconocido. En Casado, J., Díaz, J.A. y Martínez, C. (Ed.). Madrid: Díaz de Santos.
- López, F. (1999). *La inocencia rota. Abusos sexuales a menores*. Barcelona: Océano.
- López, F., Carpintero, E., Hernández, A., Martín, M. J. y Fuentes, A. (1995). Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España. *Child Abuse and Neglect*, 19(9), 1039-1050. doi:10.1016/0145-2134(95)00066-H
- López, F., Hernández, A. y Carpintero, E. (1995). Los abusos sexuales de menores: Concepto, prevalencia y efectos. *Infancia y aprendizaje*, 18(71), 77-98. doi:10.1174/02103709560575505

- López, F., Torres, B., Fuertes, J., Sánchez, J. M. y Merino, J. (1995). *Necesidades de la infancia y protección infantil: actuaciones frente a los malos tratos y desamparo de menores*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- López-Alonso, A. O., Kerman, B. y Pavía, J. P. (2009). Un estudio panorámico sobre el riesgo y la prevención del abuso sexual infantil. *Calidad de vida y salud*, 2(1), 3-47.
- López-Pell, A. F., Cid Colom, J., Obst Camerini, J., Rondón, J. M., Alfano, S. M. y Cellerino, C. (2011). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de personalidad para profesionales, desde el modelo de Young, Klosko y Wheishar (2003). *Ciencias Psicológicas* 5(1), 83-115.
- López-Pell, A. F., Rondón, J. M., Alfano, S. M. y Cellerino, C. (2012). Relaciones entre esquemas tempranos inadaptados y afectividad positiva y negativa. *Ciencias Psicológicas*, 6(2), 149-173.
- López-Soler, C., Puerto, J. C., López-Pina, J. A. y Prieto, M. (2009). Percepción de los estilos educativos parentales e inadaptación en menores pediátricos. *Anales de Psicología*, 25(1), 70-77.
- Losada, A. V. (2012). Epidemiología del abuso sexual infantil. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 201-229.
- Low, S. y Mulford, C. (2013). Use of a social–ecological framework to understand how and under what conditions family violence exposure affects children's adjustment. *Journal Of Family Violence*, 28(1), 1-3. doi:10.1007/s10896-012-9486-5
- Lowe, W. Jr., Pavkov, T. W., Casanova, G. M. y Wetchler, J. L. (2005). Do American Ethnic Cultures Differ in Their Definitions of Child Sexual Abuse? *American Journal of Family Therapy*, 33(2), 147-166. doi:10.1080/01926180590915914
- Lumley, M. N. y Harkness, K. L. (2007). Specificity in the relations among childhood diversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31(5), 639–657. doi:10.1007/s10608-006-9100-3
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562. doi:10.1111/1467-8624.00164
- Lyman, J. M., McGwin, G., Jr., Malone, D. E., Taylor, A. J., Brissie, R. M., Davis, G. y Rue, L. W. (2003). Epidemiology of child homicide in Jefferson County, Alabama. *Child Abuse & Neglect*, 27(9), 1063-1073. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134(03)00166-2

- Lyndon, A. E., White, J. W. y Kadlec, K. M. (2007). Manipulation and force as sexual coercion tactics: Conceptual and empirical differences. *Aggressive Behavior*, 33(4), 291-303. doi:10.1002/ab.20200
- Maccallum, F., Blaszczynski, A., Ladouceur, R. y Nower, L. (2007). Functional and dysfunctional impulsivity in pathological gambling. *Personality and Individual Differences*, 43(7), 1829-1838. doi:10.1016/j.paid.2007.06.002
- Maccoby, E. E. (2000). Parenting and its effects on children: On reading and misreading behavior genetics. *Annual Review of Psychology*, 51, 1-27.
- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jamieson, E., Duku, E. K., Walsh, C. A., Wong, M. Y. Y. y Beardslee, W. R. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1878-1883.
- Madansky, D. (1996): *Abusos sexuales*, en Parker, S. y Zuckerman, B. (Ed.), *Pediatría del comportamiento y del desarrollo*, Barcelona: Masson.
- Madigan, S., Vaillancourt, K., McKibbin, A. y Benoit, D. (2012). The reporting of maltreatment experiences during the Adult Attachment Interview in a sample of pregnant adolescents. *Attachment & Human Development*, 14(2), 119-143. doi: 10.1080/14616734.2012.661230
- Madu, S. N. y Peltzer, K. (2000). Risk factors and child sexual abuse among secondary school students in the Northern Province (South Africa). *Child Abuse and Neglect*, 24(2), 259-268. doi:10.1016/S0145-2134(99)00128-3
- Madu, S. N. y Peltzer, K. (2001). Prevalence and patterns of child sexual abuse and victim-perpetrator relationship among secondary school students in the Northern Province (South Africa). *Archives of Sexual Behavior*, 30(3), 311-321. doi:10.1023/A:1002704331364
- Mahecha, J. C. y Martínez, N. C. (2005). Conductas parentales y perfil sociofamiliar en estados socioeconómicos bajos de Bogotá. *Suma Psicológica*, 12(2), 175-195.
- Maier, T., Mohler-Kuo, M., Landolt, M. A., Schnyder, U. y Jud, A. (2013). The tip of the iceberg. Incidence of disclosed cases of child sexual abuse in Switzerland: Results from a nationwide agency survey. *International Journal of Public Health*, 58(6), 875-883. doi:10.1007/s00038-013-0498-6
- Maikovich-Fong, A. K. y Jaffee, S. R. (2010). Sex differences in childhood sexual abuse characteristics and victims' emotional and behavioral problems: Findings from a

- national sample of youth. *Child Abuse & Neglect*, 34(6), 429–437. doi:10.1016/j.chiabu.2009.10.006
- Maker, A. H., Kemmelmeier, M. y Peterson, C. (2001). Child sexual abuse, peer sexual abuse, and sexual assault in adulthood: a multi-risk model of revictimization. *Journal of Traumatic Stress*, 14(2), 251-368. doi:10.1023/A:1011173103684
- Malón, A. (2015). Adult–child sex and the limits of liberal sexual morality. *Archives of Sexual Behavior*, 44(4), 1071-1083. doi:10.1007/s10508-014-0442-8
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647–657. doi:10.1016/j.cpr.2009.08.003
- Maniglio, R. (2013a). Prevalence of child sexual abuse among adults and youths with bipolar disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33(4), 561-573. doi:10.1016/j.cpr.2013.03.002
- Maniglio, R. (2013b). Child Sexual Abuse in the Etiology of Anxiety Disorders A Systematic Review of Reviews. *Trauma, Violence, & Abuse*, 14(2), 96-112. doi:10.1177/1524838012470032
- Manion, I., McIntyre, J., Firestone, P., Ligezinska, M., Ensom, R. y Wells, G. (1996). Secondary traumatization in parents following the disclosure of extrafamilial child sexual abuse: Initial effects. *Child Abuse & Neglect*, 20(11), 1095–1109. doi:10.1016/0145-2134(96)00098-1
- Manly, J. T., Cicchetti, D. y Barnett, D. (1994). The impact of subtype, frequency, chronicity, and severity of child maltreatment on social competence and behavior problems. *Development and Psychopathology*, 6(01), 121-143. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400005915
- Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F. A. y Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, 13(4), 759-782. doi:<http://dx.doi.org/>
- Mannarino, A. P. y Cohen, J. A. (1986). A clinical-demographic study of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 10(1), 17-23. doi:10.1016/0145-2134(86)90027-X
- Mannarino, A. P. y Cohen, J. A. (1996). Family-related variables and psychological symptom formation in sexually abused girls. *Journal of Child Sexual Abuse*, 5(1), 105-120. doi:10.1300/J070v05n01\_06

- Mansbach-Kleinfeld, I., Ifrah, A., Apter, A. y Farbstein, I. (2014). Child sexual abuse as reported by Israeli adolescents: social and health related correlates. *Child abuse & neglect*, 40, 68-80. doi:10.1016/j.chiabu.2014.11.014
- Manso, J. M. M. (2006). Revisión de los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil. *Enseñanza e investigación en psicología*, 11(2), 271-292.
- Markou, A., Weiss, F., Gold, L. H., Caine, S. B., Schulteis, G. y Koob, G. F. (1993). Animal models of drug craving. *Psychopharmacology*, 112(2-3), 163-182.
- Marshall, W. L. y Barbaree, H. E. (1990). Outcome of comprehensive cognitive-behavioral treatment programs. En W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault* (pp. 363-385). New York: Plenum Press.
- 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 and Neglect*, 28(5), 491-503.
- Martin, J. C., Maiquez, M. L., Rodrigo, M. J., Correa, A. D. y Rodríguez, G. (2004). Evaluación del programa “Apoyo personal y familia” para madres y padres en situación de riesgo psicosocial. *Infancia y Aprendizaje*, 27(4), 437-445. doi:10.1174/0210370042396887
- Martin, A., Najman, J. M., Williams, G. M., Bor, W., Gorton, E. y Alati, R. (2011). Longitudinal analysis of maternal risk factors for childhood sexual abuse: early attitudes and behaviours, socioeconomic status, and mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(8), 629-637. doi:10.3109/00048674.2011.587395
- Martínez, A. y De Paúl, J. (1993). *Maltrato y abandono en la infancia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Martínez, O., Serrano, A. y Hernández, I. (2005) *Incidencia de abuso sexual en niñas y adolescentes en un periodo de 10 años: 1995-2005*. Centro Territorial de Medicina Legal Manzanillo, Granma, Cuba.
- Martínez, M. A., Zeichner, A., Reidy, D. E. y Miller, J. D. (2008). Narcissism and displaced aggression: Effects of positive, negative, and delayed feedback. *Personality and Individual Differences*, 44(1), 140-149. doi:10.1016/j.paid.2007.07.012
- Mason, O., Platts, H. y Tyson, M. (2005). Early maladaptive schemas and adult attachment in a UK clinical population. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78(4), 549-564. doi:10.1348/147608304X21374

- Masson, H., Hackett, S., Phillips, J. y Balfe, M. (2015). Developmental markers of risk or vulnerability? Young females who sexually abuse-characteristics, backgrounds, behaviours and outcomes. *Child & Family Social Work*, 20(1), 19-29. doi:10.1111/cfs.12050
- Maxfield, M. G. y Widom, C. S. (1996). The cycle of violence revisited six years later. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 150(4), 390-395. doi:10.1001/archpedi.1996.02170290056009
- Maya, I. (2001). Sesgos de medida y problemas de muestreo en las encuestas de poblaciones inmigrantes. *Metodología de encuestas*, 3(2), 197-213.
- May-Chahal, C. y Cawson, P. (2005). Measuring child maltreatment in the United Kingdom: A study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 29(9), 969-984. doi:10.1016/j.chiabu.2004.05.009
- McCann, I. L. y Pearlman, L. A. (1990). Constructivist self development theory as a framework for assessing and treating victims of family violence. En S. M. Stith, M. B. Williams, & K. Rosen (Eds.), *Violence hits home: Comprehensive treatment approaches to domestic violence*. New York: Springer Publishing.
- McCartan, F. M., Law, H., Murphy, M. y Bailey, S. (2011). Child and adolescent females who present with sexually abusive behaviours: a 10-years UK prevalence study. *Journal of Sexual Aggression*, 17(1), 4-14. doi:10.1080/13552600.2010.488302
- McCarthy, M. C. y Lumley, M. N. (2012). Sources of emotional maltreatment and the differential development of unconditional and conditional schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(4), 288-297. doi:10.1080/16506073.2012.676669
- McCranra, D., Lalor, K. y Katabaro, J. K. (2006). Childhood sexual abuse among university students in Tanzania. *Child Abuse Neglect*, 30(12), 1343-1351. doi:10.1016/j.chiabu.2006.05.009
- McDonald, M. (1998). The myth of epidemic false allegations of sexual abuse in divorce cases. *Court Review*, 35(1), 12-19.
- McElroy, S. L., Pope, H. G., Keck, P. E., Hudson, J. I., Phillips, K. A. y Strakowski, S. M. (1996). Are impulse-control disorders related to bipolar disorder? *Comprehensive Psychiatry*, 37(4), 229-240. doi:10.1016/S0010-440X(96)90001-2
- McElvaney, R., Greene, S. y Hogan, D. (2013). To tell or not to tell? Factors influencing young people's informal disclosures of child sexual abuse. *Journal of interpersonal violence*, 29(5), 928-947. doi:10.1177/0886260513506281

- McGee, R., Wolfe, D. y Olson, J. (2001). Multiple maltreatment, attribution of blame, and adjustment among adolescents. *Development and Psychopathology*, 13(04), 827-846.
- McGee, R. A., Wolfe, D. A. y Wilson, S. K. (1997). Multiple maltreatment experiences and adolescent behavior problems: Adolescents' perspectives. *Development and Psychopathology*, 9(01), 131-149. doi:10.1017/S0954579497001107
- McGinn, L. K., Cukor, D. y Sanderson, W. C. (2005). The relationship between parenting style, cognitive style, and anxiety and depression: Does increased early adversity influence symptom severity through the mediating role of cognitive style? *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 219–242. doi:10.1007/s10608-005-3166-1
- McGinn, L. K. y Young, J. E. (1996). Schema-focused therapy. En P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 182- 207). New York: Guilford Press.
- McGraw, K. O., Tew, M. D. y Williams, J. E. (2000). The integrity of web-delivered experiments: can you trust the data? *Psychological Science*, 11(6), 502-506. doi:10.1111/1467-9280.00296
- McGuire, B. E. y Bayley, A. A. (2011). Relationships, sexuality and decision-making capacity in people with an intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry* 24(5), 398–402. doi:10.1097/YCO.0b013e328349bbcb
- McKinney, C., Milone, M. y Renk, K. (2011). Parenting and late adolescent emotional adjustment: Mediating effects of discipline and gender. *Child Psychiatry and Human Development*, 42(4), 463-481. doi:10.1007/s10578-011-0229-2
- McPherson, S., Clayton, S., Wood, H., Hiskey, S. y Andrews, L. (2013). The role of childhood experiences in the development of sexual compulsivity. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20(4), 259-278. doi:10.1080/10720162.2013.803213
- Mebarak, M. R., Martínez, M. L., Sánchez, A. S. y Lozano, J. E. (2010). Una revisión acerca de la sintomatología del abuso sexual infantil. *Psicología desde el Caribe*, 25, 128-154.
- Meinck, F., Cluver, L. D., Boyes, M. E. y Mhlongo, E. L. (2015). Risk and protective factors for physical and sexual abuse of children and adolescents in Africa: A review and implications for practice. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(1), 81-107. doi:10.1177/1524838014523336
- Melander, L. A., Tyler, K. A. (2010). The effect of early maltreatment, victimization, and partner violence on HIV risk behavior among homeless young adults. *Journal of Adolescent Health* 47(6), 575–581. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.04.010

- Mellor, D., Carne, L., Shen, Y., McCabe, M. y Wang, L. (2013). Stigma toward mental illness: A cross-cultural comparison of Taiwanese, Chinese immigrants to Australia and Anglo-Australians. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(3), 352-364. doi:10.1177/0022022112451052
- Mendelson, T. y Letourneau, E. J. (2015). Parent-focused prevention of child sexual abuse. *Prevention Science*, 1-9. doi:10.1007/s11121-015-0553-z
- Menéndez, F. (2014). Salud Mental Infantil: de qué hablamos al referirnos al niño en psicopatología: prevención y clínica en psicopatología infantil. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(122), 353-372. doi:10.4321/S0211-57352014000200008
- Menendez, S., Hidalgo, M. V., Jiménez, L., Lorence, B. y Sánchez, J. (2010). Perfil psicosocial de familias en situación de riesgo. Un estudio de necesidades con usuarias de los Servicios Sociales Comunitarios por razones de preservación familiar. *Anales de Psicología*, 26, 378-389.
- Meneses, C. (2002). ¿Una atención específica para mujeres? Reflexiones para el debate. *Proyecto*, 43, 23-26.
- Messman-Moore, T. L. y Brown, A. L. (2004). Child maltreatment and perceived family environment as risk factors for rape: Is child sexual abuse the most salient experience? *Child Abuse & Neglect*, 28(10), 1019-1034. doi:10.1016/j.chiabu.2004.05.003
- Messman-Moore, T. L. y Coates, A. A. (2007). The impact of childhood psychological abuse on adult interpersonal conflict: The role of early maladaptive schema patterns of interpersonal behavior. *Journal of Emotional Abuse*, 7(2), 75-92. doi:10.1300/J135v07n02\_05
- Messman-Moore, T. L. y Long, P. J. (1996). Child sexual abuse and its relationship to revictimization in adult women: a review. *Clinical Psychology Review*, 16(5), 397-420. doi:10.1016/0272-7358(96)00019-0
- Messman-Moore, T. L. y Long, P. J. (2003). The role of childhood sexual abuse sequelae in sexual revictimization: An empirical review and theoretical reformulation. *Clinical Psychology Review*, 23(4), 537-571. doi:10.1016/S0272-7358(02)00203-9
- Meston, C. M., Rellini, A. H. y Heiman, J. R. (2006). Women's history of sexual abuse, their sexuality and sexual self-schemas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 229-236.

- Mick, T. M. y Hollander, E. (2006). Impulsive–compulsive sexual behavior. *CNS Spectrums*, 11(2), 944–955.
- Mieles, M., Gaitán, M. V. y Cepeda, R. (2012). Las instituciones educativas y la comunidad frente al maltrato infantil: una experiencia de investigación acción participativa. *Educação e Pesquisa*, 38(1), 79-96.
- Miller, A. B. y Cross, T. (2006). Ethnicity in child maltreatment research: A replication of Behl et al's Content Analysis. *Child Maltreatment*, 11(1), 16–26. doi:10.1177/1077559505278272
- Milligan, R. y Andrews, B. (2005). Suicidal and other self-harming behaviour in offender women: The role of shame, anger and childhood abuse. *Legal and Criminological Psychology*, 10(1), 13-25. doi:10.1348/135532504X15439
- Milner, J. S. (1988). An ego-strength scale for the Child Abuse Potential Inventory. *Journal of Family Violence*, 3(2), 151-162. doi:10.1007/BF00994032
- Milner, J. S. (1993). Social information processing and psysical child abuse. *Clinical Psychology Review*, 13(3), 275-294. doi:10.1016/0272-7358(93)90024-G
- Milner, J. S. (1995). La aplicación de la teoría del procesamiento de información social al problema del maltrato físico a niños. *Infancia y Aprendizaje*, 18(71), 125-134. doi:10.1174/02103709560575532
- Milner, J. S. (2002). Factores de riesgo. En J. SanMartin (Eds.), *Violencia contra niños* Barcelona, Ariel.
- Milner, J. S. y Crouch, J. L. (1999). Child physical abuse: Theory and research. En R.L. Hampton, T.P. Gullotta, G.R. Adams, E.H. Potter, y R. Weissberg (Eds.), *Family violence: Prevention and treatment* (pp.33-65). Newbury Park CA: Sage.
- Milner, J. S., Robertson, K. R. y Rogers, D. L. (1990). Childhood history of abuse and adult child abuse potential. *Journal of Family Violence*, 5(1), 15-34. doi:10.1007/BF00979136
- Milrad, R. (1999). Coaddictive recovery: Early recovery issues for spouses of sex addicts. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 6(2), 125-136. doi:10.1080/10720169908400185
- Miner, M. H., Coleman, E., Center, B. A., Ross, M. y Rosser, B. R. S. (2007). The Compulsive Sexual Behavior Inventory: Psychometric properties. *Archives of Sexual Behavior*, 36(4), 579-587. doi:10.1007/s10508-006-9127-2
- Miragoli, S., Procaccia, R. y Di Blasio, P. (2014). Language Use and PTSD Symptoms: Content Analyses of Allegations of Child Sexual Abuse. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 14(5), 355-382. doi:10.1080/15228932.2014.970423

- Mitchell, K. J., Becker-Blease, K. A. y Finkelhor, D. (2005). Inventory of Problematic Internet Experiences Encountered in Clinical Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 498-509. doi:10.1037/0735-7028.36.5.498
- Mitchell, K. J., Finkelhor, D. y Wolak, J. (2003). The exposure of youth to unwanted sexual material on the Internet. *Youth & Society*, 34(3), 330-358. doi:10.1177/0044118X02250123
- Molnar, B. E., Berkman, L. F. y Buka, S. L. (2001). Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: Relative links to subsequent suicidal behavior in the US. *Psychological Medicine*, 31, 965-977. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S0033291701004329
- Molnar, B. E., Buka, S. L. y Kessler R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91(5), 753-760.
- Monterosso, J. y Ainslie, G. (1999). Beyond discounting: possible experimental models of impulse control. *Psychopharmacology*, 146(4), 339-347. doi:339-347. 10.1007/PL00005480
- Montoya, D., Díaz, R., Reyes, F. y Abusleme, C. (2004). Peritaje médico legal en delitos sexuales: una pauta práctica para su correcta realización. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 69(1), 55-59. doi:http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262004000100012
- Moore, T. L. y Jados, T. (2002). *The etiology of pathological gambling: A study to enhance understanding of causal pathways as a step towards improving prevention and treatment*. Wilsonville: Oregon Gambling Addiction Treatment Foundation.
- Morales, F. (2008). *El efecto de la impulsividad sobre la agresividad y sus consecuencias en el rendimiento de los adolescentes*. (Tesis Doctoral). Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- Moran, P. M., Bifulco, A., Ball, C., Jacobs, C. y Benaim, K. (2002). Exploring psychological abuse in childhood: I. Developing a new interview scale. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66(3), 213-240. doi:10.1521/bumc.66.3.213.23367
- Moreno, J. M. (2003). Maltrato infantil: características familiares asociadas a situaciones de desprotección al menor. *Intervención Psicosocial*, 13(1), 99-115.
- Moreno, J. M. (2006). Revisión de los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil. *Enseñanza e investigación en psicología*, 11(2), 271-292.

- Moreno, J. M. (2014). Maltrato infantil: análisis diferencial entre el abandono físico y el emocional. *Psicología y Salud*, 14(2), 215-227.
- Moreno, B., Morante, M. E., Rodríguez, R. y Rodríguez, A. (2008). Resistencia y vulnerabilidad ante el trauma: El efecto moderador de las variables de personalidad. *Psicothema*, 20(1), 124-130.
- Moreno, P., Prior, C. y Monge, J. (1998). Abusos sexuales en la infancia y toxicomanía. *Psiquiatría Pública*, 10(6), 78-81.
- Morillas, L. (2006). *Sobre el maltrato a la mujer. Una serie de 338 casos*. Dykinson: Madrid.
- Morrill, M. (2014). Sibling Sexual Abuse: An Exploratory Study of Long-term Consequences for Self-esteem and Counseling Considerations. *Journal of Family Violence*, 29(2), 205-213. doi:10.1007/s10896-013-9571-4
- Morrill, A. C., Kasten, L., Urato, M. y Larson, M. J. (2001). Abuse, addiction, and depression as pathways to sexual risk in women and men with a substance abuse. *Journal of Substance Abuse*, 13(1), 169-184. doi:10.1016/S0899-3289(01)00065-7
- Moulton, S. J., Newman, E., Power, K., Swanson, V. y Day, K. (2015). Childhood trauma and eating psychopathology: A mediating role for dissociation and emotion dysregulation? *Child Abuse & Neglect*, 39, 167-174. doi:10.1016/j.chiabu.2014.07.003
- Muela, A. (2008). Hacia un sistema de clasificación nosológico de maltrato infantil. *Anales de psicología*, 24(1), 77-87.
- Mullen, P. y Fleming, J. (1998). *Long-term Effects of Child Sexual Abuse*. Melbourne: Australian Institute of Family Studies.
- Muñetón, M. J. B. (2013). Relación entre esquemas inadaptativos, distorsiones cognitivas y síntomas de ludopatía en jugadores de casinos. *Pensamiento Psicológico*, 11(2), 89-102.
- Murphy, J. M., Jellinek, M., Quinn, D., Smith, G., Poitras, F. G. y Groshko, M. (1991). Substance abuse and serious child mistreatment: prevalence, risk, and outcome in a court sample. *Child Abuse and Neglect*, 15(3), 197-211. doi:10.1016/0145-2134(91)90065-L
- Musch, J. y Reips, U. D. (2000). A brief history of web experimenting. En M. H. Birnbaum (ed.), *Psychological experiments on the internet* (pp. 61-87). San Diego: Academic Press.

- Musitu, G. (1984). *Intervención Psico-Social en el maltrato y abandono infantil*. En Servicios Sociales: hacia una nueva definición. Diputación provincial de Valencia.
- Musitu, G. (2000). Socialización familiar y valores en el adolescente: un análisis intercultural. Universidad de Barcelona. *Anuario de Psicología*, 31(2), 15-32.
- Myers, H., Wyatt, G. E., Loeb, T. B., Carmona, J. V., Warda, U., Longshore, D., Rivkin, I., Chin, D. y Liu, H. (2004). The Severity of Child Sexual Abuse: Associations with HIV Positive Women's Post-Traumatic Stress, Trauma Symptoms, and Sexual Risks. *AIDS and Behavior*, 10(2), 191-199. doi:10.1007/s10461-005-9054-6
- Nadan, Y., Spilsbury, J. C. y Korbin, J. E. (2014). Culture and context in understanding child maltreatment: Contributions of intersectionality and neighborhood-based research. *Child Abuse & Neglect*, 41, 40-48. doi:10.1016/j.chiabu.2014.10.021
- Najman, J. M., Dunne, M. P. y Boyle, F. M. (2007). Childhood Sexual Abuse and Adult Sexual Dysfunction: Response to Commentary by Rind and Tromovitch. *Archives of Sexual Behaviour*, 36(1), 107-109. doi:10.1007/s10508-006-9073-z
- Najman, J. M., Dunne, M. P., Purdie, D. M., Boyle, F. M. y Coxeter, P. D. (2005). Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood: An Australian population-based study. *Archives of Sexual Behaviour*, 34(5) 517-526. doi:10.1007/s10508-005-6277-6
- Narvaz, M. y Oliveira, L. (2009). A relação entre abuso sexual e transtornos alimentares: uma revisão. *Revista Interamericana de Psicología*, 43(1), 22-29.
- National Research Council (1999). *Pathological gambling: A critical review*. Washington DC: National Academy Press.
- Natsuaki, M. N., Leve, L. D. y Mendle, J. (2011). Going through the rites of passage: timing and transition of menarche, childhood sexual abuse, and anxiety symptoms in girls. *Journal of youth and adolescence*, 40(10), 1357-1370. doi:10.1007/s10964-010-9622-6
- Navarro, Y. (2013). Percepción de la sexualidad y el amor en una muestra de personas con discapacidad intelectual: aportaciones para la elaboración de programas de educación sexual de calidad. *Información Psicológica*, 103, 15-30.
- Navas, J. F., Torres, A., Cándido, A. y Perales, J. C. (2014). ¿'Nada' o 'un poco'? ¿'Mucho' o 'demasiado'? La impulsividad como marcador de gravedad en niveles problemático y no problemático de uso de alcohol e Internet. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 26(2), 159-167.

- Nelson, E., Heath, A., Madden, P., Cooper, M. L., Dinwiddie, S. H., Bucholz, K. K., Glowinski, A., McLaughlin, T., Dunne, M. P., Statham, D. J. y Martin, N. G. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: Results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59(2), 139–146. doi:10.1001/archpsyc.59.2.139
- Nelson, K. G. y Oehlert, M. E. (2008). Psychometric exploration of the Sexual Addiction Screening Test in veterans. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 15(1), 39-58. doi:10.1080/10720160701876609
- Nemeroff, C. B., Heim, C. M., Thase, M. E., Klein, D. N., Rush, A. J., Schatzberg, A. F., Ninan, P. T., McCullough, J. P., Weiss, P. M., Dunner, D. L., Rothbaum, B. O., Kornstein, S., Keitner, G. y Keller, M. B. (2003). Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100(24), 14293-14296. doi:10.1073/pnas.2336126100
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P., Beuhring, T. y Resnick, M. D. (2000). Disordered eating among adolescents: associations with sexual/physical abuse and other familial/psychosocial factors. *International Journal of Eating Disorders*, 28(3), 249–258. doi:10.1002/1098-108X(200011)28
- Nice, S. y Forrest, R. (1990). *Childhood sexual abuse: A survivor's guide for men*. Center City, MN: Hazelden Foundation.
- Nicoló, A. M. (2008). La violencia en la pareja. *Revista Internacional de Psicoanálisis de Pareja y Familia*, 2, 3-7.
- Noblett, S. y Nelson, B. (2001). A psychosocial approach to arson. A case controlled study of female offenders. *Medicine Science and the Law*, 41(4), 325-330. doi: 10.1177/002580240104100409
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. y Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA psychiatry*, 70(3), 300-310. doi:10.1001/2013.jamapsychiatry.55
- Noguerol, V. (1997). Aspectos psicológicos del abuso sexual infantil. En J. Casado, J. A. Díaz y C. Martínez (Eds.), *Niños maltratados* (pp. 177-182). Madrid: Díaz de Santos.

- Noll, J. G., Zeller, M. H., Trickett, P. K. y Putnam, F. W. (2007). Obesity risk for female victims of childhood sexual abuse: A prospective study. *Pediatrics*, 120(1), 61-67. doi:10.1542/peds.2006-3058
- Nudel, C. R. (2014). Abuso sexual intrafamiliar: el dibujo conjunto como medio de evaluación: lo icónico y lo plástico en el gráfico. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 18(1), 245-273.
- Oakes, J. y Currie, C. (2004). *Gambling and problem gambling in First Nations communities*. Guelph: Ontario Problem Gambling Research Center.
- Oates, R. K., Jones, D. P., Denson, D., Sirotnak, A., Gary, N. y Krigman, R. D. (2000). Erroneous concerns about child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 24(1), 149-157. doi:10.1016/S0145-2134(99)00108-8
- Oates, R. K., Tebbutt, D., Swanston, H., Lynch, D. y O'Toole, B. (1999). Prior childhood sexual abuse in mothers of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 22(11), 1113-1118. doi:10.1016/S0145-2134(98)00091-X
- Observatorio de la Infancia, (2006). *Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos*. Madrid: Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales.
- Ochaita, E. (2012). Los Derechos de la Infancia desde la perspectiva de las necesidades. *Educatio Siglo XXI*, 30(2), 25-46.
- O'Dougherty Wright, M., Crawford, E. y Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse and Neglect*, 33(1), 59-68. doi:10.1016/j.chiabu.2008.12.007
- O'Leary, P. y Gould, N. (2009). Men who were sexually abused in childhood and subsequent suicidal ideation: Community comparison, explanations, and practice implications. *British Journal of Social Work*, 39(5), 950-968. doi:10.1093/bjsw/bcn130
- Olf, M., Langeland, W., Draijer, N. y Gersons, B. P. (2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 133(2), 183-204. doi: http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.133.2.183
- Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología*, 37(3), 209-223.
- Oliva, A., Antolín-Suárez, L., Ramos, P., Jiménez, L., Jiménez-Iglesias, A., Moreno, M. C. y Hidalgo, M. V. (2014). En Laespada, M. T. y Estévez, A. (eds.). *¿Existen las adicciones sin sustancias?* (pp. 87-99). Bilbao: Deusto.

- Oliva, A., Moreno, M. C., Palacios, J. y Saldaña, D. (1995). Ideas sobre la infancia y predisposición hacia el maltrato infantil. *Infancia y Aprendizaje*, 18(71), 111-124. doi:10.1174/02103709560575523
- Oliva, A., Parra, A., Sánchez-Queija, I. y López, F. (2007). Estilos educativos materno y paterno: Evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales de Psicología*, 23(1), 49-56.
- Oliveira, R. V., Maroco, J. y Pais, L. G. (2012). The origin of maltreatment: An exploratory study on the intergenerational transmission of child abuse typologies. *Interdisciplinaria*, 29(2), 271-286.
- Olson, K. y Jacobson, K. K. (2014). The importance of assessing for abuse and neglect in children with chronic health conditions referred for neuropsychological evaluation. *Applied Neuropsychology: Child*, 3(1), 66-72. doi:10.1080/21622965.2012.695881
- Organización Paramericana de la Salud (1999). La violencia en las Américas: la pandemia social del siglo XX. Violencia contra la mujer. Washington, DC: OPS.
- Organización Paramericana de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, DC: OPS.
- Orozco-Cabal, L. F. y Barratt, E. S. (2007). Implicaciones para el estudio de la neurobiología de la experiencia consciente. El acto impulsivo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(1), 109-126.
- Orzack, M. H. y Ross, C. J. (2000). Should virtual sex be treated like other sex addictions? *Sexual Addiction & Compulsivity*, 7(1-2), 113-125. doi:10.1080/1072016000840021
- Osorio, M., Tani, F. y Bazan, G. E. (2012). Cuestionario Maltrato en el Noviazgo (CMN): Instrumento Binacional (Italia-México). *Revista de Psicología*, 14(1), 47-60.
- Osuna, M. J. P., Cabrera, J. H. y Morales, M. C. M. (2000). Estudio de las consecuencias del abandono físico en el desarrollo psicológico de niños de edad preescolar en España. *Child abuse & neglect*, 24(7), 911-924. doi:10.1016/S0145-2134(00)00149-6
- Owens, G. P. y Chard, K. M. (2003). Comorbidity and psychiatric diagnoses among women reporting child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27(9), 1075-1082.
- Paavilainen, E., Merikanto, J., Ástedt-Kurki, P., Laippala, P., Tammentie, T. y Paunonen-Ilmonen, M. (2002). Identification of child maltreatment while caring for them in a university hospital. *International Journal of Nursing Studies*, 39(3), 287-294. doi:10.1016/S0020-7489(01)00035-9
- Palacios, J., Moreno, M. C. y Jiménez J. (1995). El maltrato infantil: concepto, tipos, etiología. *Infancia y Aprendizaje*, 18(71), 7-21. doi:10.1174/02103709560575442

- Palm, M. D. (2011). We have a scary secret: Sexual abuse in the family. En C. Franklin, R. Fong, C. Franklin, R. Fong (Eds.), *The church leader's counseling resource book: A guide to mental health and social problems* (pp. 246-257). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Palmer, R. L., Birchall, H., Damani, S., Gatward, N., McGrain, L. y Parker, L. (2003). A dialectical behaviour therapy program for people with an eating disorder and borderline personality disorder: Description and outcome. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 281-286. doi:10.1002/eat.10141
- 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: Interdisciplinary and Applied*, 135(1), 17–36. doi:10.1080/00223980109603677
- Paradise, J., Rose, L., Sleeper, L. y Nathanson, M. (1994). Behavior, family function, school performance, and predictors of persistent disturbance in sexually abused children. *Pediatrics*, 93(3), 452-459.
- Páramo, D. y Chávez, A (2007). Maltrato y Suicidio Infantil en el estado de Guanajuato. *Salud Mental*, 30(3), 59-67.
- Park, S., Hong, K. E., Park, E. J., Ha, K. S. y Yoo, H. J. (2013). The association between problematic internet use and depression, suicidal ideation and bipolar disorder symptoms in Korean adolescents. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(2), 153–159. doi:10.1177/0004867412463613
- Parke, R. y Collmer, C. (1975). Child abuse: An interdisciplinary review. En E. M. Hetherington (Ed.), *Review of child development research* (pp. 509-590). Chicago: University of Chicago Press.
- Parke, R. D. y Lewis, N. G. (1981). The family in context: a multilevel interactional analysis of child abuse. En R. Henderson (Ed.), *Parent-child interaction*. New York: Academic Press.
- Parke, R. D. y Slaby, R. G. (1983). The development of aggression. En P. H. Mussen (Series Ed.) y E. M. Hetherington (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Socialization, personality, and social development* (pp. 547-641). New York: Wiley.
- Parsons, J. T., Grov, C. y Golub, S. A. (2012). Sexual compulsivity, co-occurring psychosocial health problems, and HIV risk among gay and bisexual men: Further evidence of a syndemic. *American Journal of Public Health*, 102(1), 156–162. doi:10.2105/AJPH.2011.300284

- Patriquin, M. A., Wilson, L. C., Kelleher, S. A. y Scarpa, A. (2012). Psychophysiological reactivity to threat in sexually re-victimized women. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21, 758-775. doi:10.1080/10926771.2012.690835
- Payne, J. S., Galvan, F. H., Williams, J. K., Prusinski, M., Zhang, M., Wyatt, G. E. y Myers, H. F. (2014). Impact of childhood sexual abuse on the emotions and behaviours of adult men from three ethnic groups in the USA. *Culture, health & sexuality*, 16(3), 231-245. doi:10.1080/13691058.2013.867074
- Pears, K. y Capaldi, D. (2001). Intergenerational transmission of abuse: A two generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse & Neglect*, 25(1), 1439-1461. doi:10.1016/S0145-2134(01)00286-1
- Pedrero, P. E., Rodríguez, M. T., Gallardo, F., Fernández, M., Pérez M. y Chicharro, J. (2007). Validación de un instrumento para la detección de trastornos de control de impulsos y adicciones: el MULTICAGE CAD-4. *Trastornos Adictivos*, 9(4), 269-279. doi:10.1016/S1575-0973(07)75656-8
- Peltan, J. R. y Cellucci, T. (2011). Childhood sexual abuse and substance abuse treatment utilization among substance-dependent incarcerated women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41(3), 215-224. doi:10.1016/j.jsat.2011.03.004
- Pereda, N. (2006). *Malestar psicológico en estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual infantil y otros estresores*. (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, España.
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 135-144.
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201.
- Pereda, N. y Forns M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse Neglect*, 31(4), 417-426. doi:10.1016/j.chiabu.2006.08.010
- Pereda, N., Guilera, G. y Abad, J. (2014). Victimization and polyvictimization of Spanish children and youth: Results from a community sample. *Child abuse & neglect*, 38(4), 640-649. doi:10.1016/j.chiabu.2014.01.019
- Pereda N., Guilera G., Forns M. y Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clinical Psychology*, 29(4), 328-338. doi:10.1016/j.cpr.2009.02.007

- Pereira, A., Canavarro, C., Cardoso, M. y Mendonac, D. (2009). Patterns of parental rearing styles and child behaviour problems among portuguese school-age children. *Child Fam Stud*, 18(4), 454-464. doi:10.1007/s10826-008-9249-3
- Pérez, E.G. y de Paúl, J. (2003). La transmisión intergeneracional del maltrato físico infantil: Estudio en dos generaciones. *Psicothema*, 15(3), 452-457.
- Pérez, F., Lara, F. y González, M. (2010). Abuso sexual, prostitución y dependencia afectiva en drogodependientes. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 365-378.
- Pérez, F. y Martín, I. (2007). *Nuevas adicciones ¿adicciones nuevas?* Guadalajara: Intermedio ediciones.
- Pérez, J., Menéndez, S. y Hidalgo, M. V. (2014). Estrés parental, estrategias de afrontamiento y evaluación del riesgo en madres de familias en riesgo usuarias de los Servicios Sociales. *Psychosocial Intervention*, 23(1), 25-32. doi: <http://dx.doi.org/10.5093/in2014a3>
- Pérez, F. y Mestre, M. (2013). Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta. *Papeles del Psicólogo. Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 34(2), 144-149.
- Pérez Alonso-Geta, P. M. (2003). Crianza y estilos familiares de educación. En Gervilla, E. (coord.), *Educación Familiar: Nuevas relaciones humanas y humanizadoras* (pp. 65-80). Madrid: Narcea.
- Person, S. E. y Klar, H. (1994). *Il trauma tra memorie e fantasie*. En: Ammaniti M., Stern D. (comp.), *Fantasia e realtà nelle relazioni interpersonali* (pp. 113-139). Bari: Laterza.
- Pescosolido, F. J. (1989). Sexual abuse of boys by males: Theoretical and treatment implications. En S. Sgroi (Ed.), *Vulnerable populations: Volume II* (pp. 85-109), Lexington, MA: Lexington Press.
- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Lang, A. y Olafsdottir, S. (2008). Rethinking theoretical approaches to stigma: A framework integrating normative influences on stigma (FINIS). *Social Science and Medicine*, 67(3), 431-440. doi:10.1016/j.socscimed.2008.03.018
- Peterson, Z. D., Voller, E., Polusny, M. A. y Murdoch, M. (2011). Prevalence and consequences of adult sexual assault of men: Review of empirical findings and state of the literature. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 1-24. doi:10.1016/j.cpr.2010.08.006

- Petrocelli, J. V., Glaser, B. A., Calhoun, G. B. y Campbell, L. F. (2001). Personality and affect characteristics of outpatients with depression. *Journal of Personality Assessment*, 77(1), 162–175. doi:10.1207/S15327752JPA7701\_11
- Petry, N. M. y Steinberg, K. L. (2005). Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers. *Psychology of Addictive Behaviors* 19(2), 226–229. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0893-164X.19.2.226
- Pfeffer, C. R., Klerman, G. L., Hurt, S. W., Kakuma, T., Peskin, J. R. y Siefker, C. A. (1993). Suicidal children grow up: Rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(1), 106–113. doi:http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199301000-00016
- Pichardo, M., Justicia, F. y Fenández, M. (2009). Práctica de crianza y competencia social en niños de 3 a 5 años. *Pensamiento psicológico*, 6(13), 37-48.
- Pineda, A. G., Trujillo, B., Millán, R. O. y Vásquez, C. (2008). Prevalence of childhood sexual abuse among Mexican adolescents. *Child: care, Health and development*, 35(2) 184-189. doi:10.1111/j.1365-2214.2008.00888.x
- Pinheiro, P. S. (2006). World report on violence against children. Geneva: United Nation.
- Pino, M., Herruzo, J. y Morales, M. (2000). Estudio de las consecuencias del abandono físico en el desarrollo psicológico de niños de edad preescolar en España. *Child Abuse & Neglect*, 24(7), 911-924. doi:10.1016/S0145-2134(00)00149-6
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, A. y Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30(5), 571–584. doi:10.1007/s10608-006-9027-8
- Pitman, R. K., Rasmusson, A. M., Koenen, K. C., Shin, L. M., Orr, S. P., Gilbertson, M. W., Milad, M. R. y Liberzon, I. (2012). Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(11), 769-787. doi:10.1038/nrn3339
- Plant, M., Plant, M. y Miller, P. (2005). Childhood and adult sexual abuse: Relationships with “addictive” or “problem” behaviours and health. *Journal of Addictive Diseases*, 24(1), 25–38. doi:10.1300/J069v24n01\_03
- Pluck, G., Lee, K. H., David, R., Macleod, D. C., Spence, S. A. y Parks, R. W. (2011). Neurobehavioural and cognitive function is linked to childhood trauma in homeless adults. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(1), 33-45. doi:10.1348/014466510X490253

- Polusny, M. A. y Follette, V. M. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse: theory and review of the empirical literature. *Applied & Preventive Psychology*, 4(3), 143-166. doi:10.1016/S0962-1849(05)80055-1
- Post, L. A., Biroscak, B. J. y Barboza, G. (2011). Prevalence of sexual violence. En J. W. White, M. P. Koss, A. E. Kazdin, J. W. White, M. P. Koss, A. E. Kazdin (Eds.), *Violence against women and children, Vol 1: Mapping the terrain* (pp. 101-123). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi:10.1037/12307-005
- Potenza, M. N. (2006). Should addictive disorders include non-substance related conditions? *Adicction*, 101(1), 142-151. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01591.x
- Potenza, M. N. y Taylor, J. R. (2009). Found in Translation: Understanding Impulsivity and Related Constructs Through Integrative Preclinical and Clinical Research. *Biological Psychiatry*, 66(8), 714-716. doi: 10.1016/j.biopsych.2009.08.004
- Pou, J., Ruiz, A., Comas, Ll., Petitbó, M. aD., Ibáñez, M. y Bassets, C. (2001). Abuso sexual. Experiencia en una unidad funcional de abusos a menores. *Anales de Pediatria*, 54(3), 443-250. doi:10.1016/S1695-4033(01)77521-2
- Preti, A., Incani, E., Camboni, M. V., Petretto, D. R. y Masala, C. (2006). Sexual abuse and eating disorder symptoms: The mediator role of bodily dissatisfaction. *Comprehensive Psychiatry*, 47(6), 475-481. doi:10.1016/j.comppsy.2006.03.004
- Pribor, E. F. y Dinwiddie, S. H. (1992). Psychiatric correlates of incest in childhood. *American Journal of Psychiatry*, 149(1), 52-56.
- Priebe, G. y Svedin, C. G. (2008). Child sexual abuse is largely hidden from the adult society: An epidemiological study of adolescents' disclosures. *Child Abuse & Neglect*, 32(12), 1095-1108. doi:10.1016/j.chiabu.2008.04.001
- Prinz, R. J., Sanders, M. R., Shapiro, C. J., Whitaker, D. J. y Lutzker, J. R. (2009). Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. Triple P system population trial. *Prevention Science*, 10(1), 1-12. doi:10.1007/s11121-009-0123-3
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278. doi:10.1097/00004583-200303000-00006
- Putnam, K. T., Harris, W. W. y Putnam, F. W. (2013). Synergistic childhood adversities and complex adult psychopathology. *Journal of Traumatic Stress*, 26(4), 435-442. doi:10.1002/jts.21833

- Qiao, D. P. y Chan, Y. C. (2005). Child abuse in China: A yet-to-be-acknowledged 'social problem' in the Chinese Mainland. *Child & Family Social Work*, 10(1), 21-27. doi:10.1111/j.1365-2206.2005.00347.x
- Quas, J. A., Goodman, G. S. y Jones, D. P. (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. doi:10.1111/1469-7610.00158
- Quayle, E. y Taylor, M. (2003). Model of problematic Internet use in people with a sexual interest in children. *CyberPsychology & Behavior*, 6(1), 93-106. doi:10.1089/109493103321168009
- Quezada, V. Neno, R. y Luzoro, J. (2006). *Abuso Sexual Infantil ¿Cómo Conversar con los Niños?* Santiago: Ediciones de la Universidad Internacional.
- Quintero, Y. A. y Andrade, P. (2012). Evaluación de un programa de intervención terapéutica en mujeres que han vivido abuso sexual infantil. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 14(1), 49-71.
- Quiroga, M. A. (2013). Adolescentes ofensores sexuales. *Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 18(3), 233-251.
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C., Fisher, H., Bassett, C., Howat, N. y Collishaw, S. (2011). *Child abuse and neglect in the UK today*. London: NSPCC.
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C. y Fisher, H. L. (2013). The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child Abuse & Neglect*, 37(10), 801-813. doi:10.1016/j.chiabu.2013.02.004
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C. y Fisher, H. L. (2014). La victimisation, la polyvictimisation et la délinquance chez les enfants et les jeunes adultes au Royaume-Uni. *Criminologie*, 47(1), 59-83. doi:10.7202/1024007a
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401. doi:10.1177/014662167700100306
- Raman, S. y Hodge, D. (2012). Cultural issues in child maltreatment. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 48(1), 30-37. doi:10.1111/j.1440-1754.2011.02184.x
- Ramírez, C. (2008). *Consecuencias del abuso sexual en el desarrollo psicológico en la infancia y adolescencia*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Bogotá.
- Ramírez, J. M. y Andreu, J. M. (2006). Aggression and some related psychological constructs (anger, hostility, and impulsivity). Somme comments from a research

- project. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30(3), 276-291. doi:10.1016/j.neubiorev.2005.04.015
- Ramírez, C., Pinzón-Rondón, A. M. y Botero, J. C. (2011). Contextual predictive factors of child sexual abuse: The role of parent-child interaction. *Child Abuse & Neglect*, 35(12), 1022-1031. doi:10.1016/j.chiabu.2011.10.004
- Ratican, K. L. (1992). Sexual abuse survivors: Identifying symptoms and special treatment considerations. *Journal of Counseling & Development*, 71(1), 33-38. doi:10.1002/j.1556-6676.1992.tb02167.x
- Ray, K. C., Jackson, J. L. y Townsley, R. M. (1991). Family environments of victims of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse. *Journal of Family Violence*, 6(4), 365-374. doi:10.1007/BF00980539
- Raya, A. (2008). *Estudio sobre los estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia*. (Tesis Doctoral). Universidad de Córdoba, España.
- Raymond, N. C., Coleman, E. y Miner, M. H. (2003). Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior. *Comprehensive Psychiatry*, 44(5), 370-380. doi:10.1016/S0010-440X(03)00110-X
- Redondo, S. y Santos, M. (2010). *Necesidades terapéuticas de las mujeres drogodependientes atendidas en los Centros de Tratamiento Ambulatorios y Residenciales de Castilla y León*. Junta de Castilla y León: Comisionado Regional para las Drogas.
- Reid, R. C. (2007). Assessing readiness to change among clients seeking help for hypersexual behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 14(3), 167-186. doi:10.1080/10720160701480204
- Reid, R. C., Harper, J. M. y Anderson, E. H. (2009). Coping strategies used by hypersexual patients to defend against the painful effects of shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(2), 125-138. doi:10.1002/cpp.609
- Reigstad, B., Jorgensen, K y Wichstrom, L. (2006). Diagnosed and self-reported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: Prevalences and correlates. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(1), 58-66. doi:10.1080/08039480500504933
- Reinemann, D. H., Stark, K. D. y Swearer, S. M. (2003). Family factors that differentiate sexually abused and nonabused adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(5), 471-489. doi:10.1177/0886260503251068

- Rekart, K. N., Mineka, S., Zinbarg, R. E. y Griffith, J. W. (2007). Perceived family environment and symptoms of emotional disorders: The role of perceived control, attributional style, and attachment. *Cognitive therapy and research*, 31(4), 419-436. doi:10.1007/s10608-007-9131-4
- Relf, M. V. (2001). Childhood sexual abuse in men who have sex with men: The current state of the science. *JANAC: Journal of The Association of Nurses In AIDS Care*, 12(5), 20-29. doi:10.1016/S1055-3290(06)60260-4
- Rellini, A. (2008). Review of the empirical evidence for a theoretical model to understand the sexual problems of women with a history of CSA. *Journal of Sexual Medicine*, 5(1), 31-46. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00652.x
- Renner, L. y Slack, K. (2006). Intimate partner violence and child maltreatment: Understanding intra- and intergenerational connections. *Child Abuse & Neglect*, 30(6), 599-617. doi:http://dx.DOI.org/10.1016/j.chiabu.2005.12.005
- Retz-Junginger, P., Retz, W., Koch, A. y Rösler, M. (2014). ADHS und sexueller Missbrauch. = ADHD and child sexual abuse. *Zeitschrift Für Psychiatrie, Psychologie Und Psychotherapie*, 62(3), 175-181. doi:10.1024/1661-4747/a000193
- Rhodes, A. E., Boyle, M. H., Tonmyr, L., Wekerle, C., Goodman, D., Leslie, B., Mironova, P., Bethell, J. y Manion, I. (2011). Sex differences in childhood sexual abuse and suiciderelated behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(3), 235–254. doi:10.1111/j.1943-278X.2011.00025.x
- Ricciardelli, L., Tate, D. y Wiliams, R. (1997). Body dissatisfaction as a mediator of the relationship between dietary restraint and bulimic eating patterns. *Appetite*, 29(1), 43–54. doi:10.1006/appe.1997.0093
- Richaud, M. C., Mestre, M. V., Lemos, V. N., Tur, A., Ghiglione, M. E. y Samper, P. (2013). La influencia de la cultura en los estilos parentales en contextos de vulnerabilidad social. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(2), 419-431.
- Rinehart, N. J. y McCabe, M. P. (1997). Hypersexuality: Psychopathology or normal variant of sexuality. *Sexual and Marital Therapy*, 12(1), 45-60. doi:10.1080/02674659708408201
- Rinehart, J. K., Yeater, E. A., Musci, R. J., Letourneau, E. J. y Lenberg, K. L. (2014). The role of ethnicity, sexual attitudes, and sexual behavior in sexual revictimization during the transition to emerging adulthood. *Child Maltreatment*, 19(3-4), 178-187. doi:10.1177/1077559514551946

- Robbins, T. W., Curran, H. V. y De Wit, H. (2012). Special issue on impulsivity and compulsivity. *Psychopharmacology*, 219(2), 251–252. doi:10.1007/s00213-011-2584-x
- Robboy, J. y Anderson, K. G. (2011). Intergenerational child abuse and coping. *Journal of interpersonal violence*, 26(17), 3526-3541. doi:10.1177/0886260511403758
- Roberts, B. W., Caspi, A. y Moffitt, T. E. (2001). The kids are alright: Growth and stability in personality development from adolescence to adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(4), 670–683. doi:10.1037/0022-3514.81.4.670
- Roberts, K. P. y Lamb, M. E. (2010). Reality-monitoring characteristics in confirmed and doubtful allegations of child sexual abuse. *Applied Cognitive Psychology*, 24(8), 1049-1079. doi:10.1002/acp.1600
- Robinaugh, D. J. y McNally, R. J. (2011). Trauma centrality and PTSD symptom severity in adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of traumatic stress*, 24(4), 483-486. doi:10.1002/jts.20656
- Rodrigo, M. J. y Byrne, S. (2011). Social support and personal agency in at-risk mothers. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 13-24. doi:10.5093/in2011v20n1a3
- Rodríguez, L. A. (2003). Intervención interdisciplinaria en casos de abuso sexual infantil. *Universitas Psicológica*, 2(1), 57-70.
- Rodríguez, C. (2013). Analog of parental empathy: Association with physical child abuse risk and punishment intentions. *Child Abuse and Neglect*, 37(8), 493-499. doi:10.1016/j.chiabu.2012.10.004
- Rodríguez, Y., Aguiar, B. A. y García, I. (2012). Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil. *Eureka*, 9(1), 58-68.
- Rodríguez, G., Camacho, J., Rodrigo, M. J., Martín, J. C. y Maiquez, M. L. (2006). Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias de los servicios sociales municipales. *Psicothema*, 18(2), 200-206.
- Rodríguez, J. M., Peña, E. y Graña, J. L. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Agresión. *Psicothema*, 14(2), 476-482.
- 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(1), 55-78. doi:10.1016/S1359-1789(99)00011-7
- Romans, S. E., Gendall, K. A., Martin, J. L. y Mullen, P. E. (2001). Child sexual abuse and later disordered eating: A New Zealand epidemiological study. *International Journal of Eating Disorders*, 29(4), 380–392. doi:10.1002/eat.1034

- Roodman, A. y Clum, G. (2001). Revictimization rates and method variance: a metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, 21(2), 183–204. doi:10.1016/S0272-7358(99)00045-8
- Roosa, M. W., Reinholtz, C. y Angelini, P. J. (1999). The relation of child sexual abuse and depression in young women: Comparisons across four ethnic groups. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(1), 6-76.
- Rorty, M. y Yager, J. (1996). Histories of childhood trauma and complex post-traumatic sequelae in women with eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America* 19(4), 773–791. doi:10.1016/S0193-953X(05)70381-6
- Rorty, M., Yager, J. y Rossotto, E. (1994). Childhood sexual, physical, and psychological abuse in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1122–1126.
- Rosegrant, J. (2012). Introduction: clinicians respond to their client's technology. *Journal of Clinical Psychology*, 68(11), 1161-1163. doi:10.1002/jclp.21915
- Rossiter, A., Byrne, F., Wota, A. P., Nisar, Z., Ofuafor, T., Murray, I., Byrne, C. y Hallahan, B. (2015). Childhood trauma levels in individuals attending adult mental health services: An evaluation of clinical records and structured measurement of childhood trauma. *Child Abuse & Neglect*, 44, 36-45. doi:10.1016/j.chiabu.2015.01.001
- Roy, A. y Janal, M. (2006). Gender in suicide attempt rates and childhood sexual abuse rates: Is there an interaction? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3), 329–335. doi:10.1521/suli.2006.36.3.329
- Rubin, D. C., Bernsten, D. y Bonhi, M. K. (2008). A memory-based model of posttraumatic stress disorder: evaluating basic assumptions underlying the PTSD diagnosis. *Psychology Review* 115(4), 985–1011. doi: 10.1037/a0013397
- Rueda, J., Germán, E., Díaz, P. A., Rangel, A. M., Castro-Rueda, V. A. y Camacho, P. A. (2011). Diferencias de género en pacientes con suicidabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(4), 637-646.
- Rumstein-McKean, O. y Hensley, J. (2001). Interpersonal and family functioning of female survivors of child sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 471-490. doi:10.1016/S0272-7358(99)00069-0
- Runyon, M. K., Steer, R. A. y Deblinger, E. (2009). Psychometric characteristics of the Beck Self-Concept Inventory for Youth with adolescents who have experienced sexual abuse. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(2), 129-136. doi:10.1007/s10862-008-9100-6

- Russell, D. E. H. (1983). The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse and Neglect*, 7(2), 133-146. doi:10.1016/0145-2134(83)90065-0
- Saariaho, T., Saariaho, A., Karila, I. y Joukamaa, M. I. (2011). Early maladaptive schemas in Finnish adult chronic pain patients and a control sample. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(2), 146-153. doi:10.1111/j.1467-9450.2010.00849.x
- Sachs-Ericsson, N., Gayman, M. D., Kendall-Tackett, K., Lloyd, D. A., Medley, A., Collins, N. y Sawyer, K. (2010). The long-term impact of childhood abuse on internalizing disorders among older adults: The moderating role of self-esteem. *Aging and Mental Health*, 14(4), 489-501. doi:10.1080/13607860903191382
- Sachs-Ericsson, N., Verona, E., Joiner, T. y Preacher, K. J. (2006). Parental verbal abuse and the mediating role of self-criticism in adult internalizing disorders. *Journal of affective disorders*, 93(1), 71-78. doi:10.1016/j.jad.2006.02.014
- Sack, M., Boroske-Leiner, K. y Lahmann, C. (2010). Association of nonsexual and sexual traumatizations with body image and psychosomatic symptoms in psychosomatic outpatients. *General Hospital Psychiatry*, 32(3), 315-320. doi:10.1016/j.genhosppsych.2010.01.002
- Sádaba, M. E. G., Bracho, M. D. C. A., Astray, A. A., de Lucas, F., de la Cueva, M. y Madera, D. P. (2002). La detección de los casos de abuso sexual infantil desde los servicios sociales generales: principales dificultades y algunas sugerencias para su solución. *Alternativas: cuadernos de trabajo social*, 10, 241-251.
- Sadeh, N. y McNiel, D. E. (2013). Facets of anger, childhood sexual victimization, and gender as predictors of suicide attempts by psychiatric patients after hospital discharge. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3), 879-890. doi:10.1037/a0032769
- Sáez, A., Castro, M. y Martínez, M. (2008). *Cuidados de enfermería en el maltrato infantil*. Universidad Complutense de Madrid. Escuela universitaria de enfermería, fisioterapia y podología: Madrid.
- Sánchez, C., Carreño, J., Watty, A. y Belmont, A. I. (2013). Psicoterapia de grupo para parejas como modelo de intervención en un instituto de tercer nivel. *Salud Mental*, 36(4), 291-305.
- Sánchez, I. y Cuenya, L. (2011). Estudio sobre maltrato infantil en niños y adolescentes de la provincia de Buenos Aires. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 3(3), 8-15.

- Sánchez, E. M. y Martín, I. (2007). Características de una muestra de niños con sospecha de abuso sexual en un dispositivo especializado andaluz. *Intervención Psicosocial*, 16(3), 339-359.
- Sánchez-García, R., Olivares, J. y Ruiz-Hernández, J. A. (2013). Versión entrevista clínica versus autoinforme de la Liebowitz Social Anxiety Scale for children and adolescents. *Anales de psicología*, 29(2), 534-539.
- Sanci, L., Coffey, C., Olsson, C., Reid, S., Carlin, J. B. y Patton, G. (2008). Childhood sexual abuse and eating disorders in females. Findings from the Victorian adolescent health cohort study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162(3), 261–267. doi:10.1001/archpediatrics.2007.58
- Sanmartín, J. (Dir.) (2002). *Maltrato Infantil en la familia. España (1997/1998)*. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Sanz, D. y Molina, A. (1999). *Violencia y abuso en la familia*. Buenos Aires: Editorial Lumen/Hvmanitas.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., de Corral, P. y Echeburúa, E. (2012). Factores de vulnerabilidad y de protección del impacto emocional en mujeres adultas víctimas de agresiones sexuales. *Terapia psicológica*, 30(3), 7-18. doi:http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300002
- Sartor, C. E., Lynskey, M. T., Bucholz, K. K., McCutcheon, V. V., Nelson, E. C., Waldron, M. y Heath A. C. (2007). Childhood sexual abuse and the course of alcohol dependence development: Findings from a female twin sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 89(2-3), 139-144. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.12.022
- Sayin, A., Candansayar, S. y Welkin, L. (2013). Group psychotherapy in women with a history of sexual abuse: what did they find helpful?. *Journal of clinical nursing*, 22(23-24), 3249-3258. doi:10.1111/jocn.12168
- Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berliner, L. y Cohen, J. A. (2000). Treatment of sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55(9), 1040-1049. doi:10.1037/0003-066X.55.9.1040
- Schaefer, E. S. y Bell, R. Q. (1958) Development of a parental attitude research instrument. *Child Development*, 29(3), 339-361. doi:10.2307/1126348
- Schechter, M. y Roberge, L. (1976). *Child Sexual Abuse*, en Helter, R. Y Kempe, C., *Child Abuse and Neglect: The Family and the Community*. Cambridge: Mass.

- Scherrer, J. F., Xian, H., Kapp, J. M., Waterman, B., Shah, K. R., Volberg, R. y Eisen, S. A. (2007). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(1), 72–78. doi:10.1097/01.nmd.0000252384.20382.e9
- Schimmenti, A. (2012). Unveiling the hidden self: developmental trauma and pathological shame. *Psychodynamic Practice: Individuals, Groups and Organisations*, 18(2), 195–211. doi:10.1080/14753634.2012.664873
- Schimmenti, A., Caretti, V. (2010). Psychic retreats or psychic pits? Unbearable states of mind and technological addiction. *Psychoanalytic Psychology*, 27(2), 115–132. doi:10.1037/a0019414
- Schimmenti, A., Guglielmucci, F., Barbasio, C. y Granieri, A. (2012). Attachment disorganization and dissociation in virtual worlds: a study on problematic Internet use among players of online role playing games. *Clinical Neuropsychiatry*, 9(5), 195–202.
- Schimmenti, A., Passanisi, A., Gervasi, A., Manzella, S. y Famà, F. (2013). Insecure attachment attitudes in the onset of problematic internet use among late adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 45(5), 588–595. doi:10.1007/s10578-013-0428-0
- Schmidt, H. y Benbenishty, R. (2011). Public attitudes toward child maltreatment in Israel: Implications for policy. *Children and Youth Services Review*, 33(7), 1181–1188. doi:10.1016/j.childyouth.2011.02.015
- Schmidt, N. B. y Joiner T. E. (2004). Global maladaptive schemas, negative life events, and psychological distress. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 65–72. doi:10.1023/B:JOBA.00000007457.95008.d2
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E. y Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19(3), 295–301. doi:10.1007/BF02230402
- Schneider, J. P. (2000). A qualitative study of cybersex participants: Gender differences, recovery issues, and implications for therapists. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 7(4), 249–278. doi:10.1080/10720160008403700
- Schneider, J. P. (2003). The impact of compulsive cybersex behaviours on the family. *Sexual and Relationship Therapy*, 18(3), 329–354. doi:10.1080/146819903100153946
- Schneider, M. W., Ross, A., Graham, J. C. y Zielinski, A. (2005). Do allegations of emotional maltreatment predict developmental outcomes beyond that of other forms

- of maltreatment? *Child Abuse and Neglect*, 29(5), 513-532. doi:10.1016/j.chiabu.2004.08.010
- Schnitzer, P. G., Slusher, P. L., Kruse, R. L. y Tarleton, M. M. (2011). Identification of ICD codes suggestive of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 35(1), 3-17. doi:10.1016/j.chiabu.2010.06.008
- Schoedl, A. F., Costa, M. C. P., Mari, J. J., Mello, M. F., Tyrka, A. R., Carpenter, L. L. y Price, L. H. (2010). The clinical correlates of reported childhood sexual abuse: an association between age at trauma onset and severity of depression and PTSD in adults. *Journal of child sexual abuse*, 19(2), 156-170. doi:10.1080/10538711003615038
- Schönbucher, V., Maier, T., Mohler-Kuo, M., Schnyder, U. y Landolt, M. (2011). Prevalence of child sexual abuse in Switzerland: a systematic review. *Swiss Medical Weekly*, 140, 1-8. doi:10.4414/smw.2011.13123
- Schönbucher, V., Maier, T., Mohler-Kuo, M., Schnyder, U. y Landolt, M. A. (2014). Adolescent perspectives on social support received in the aftermath of sexual abuse: A qualitative study. *Archives of sexual behavior*, 43(3), 571-586. doi:10.1007/s10508-013-0230-x
- Schumm, J. A., Hobfoll, S. E. y Keogh, N. J. (2004). Revictimization and interpersonal resource loss predicts PTSD among women in substance-use treatment. *Journal of Traumatic Stress*, 17(2), 173-181. doi:10.1023/B:JOTS.0000022624.53181.21
- Schwartz, M. F. y Gay, P. (1996). Physical and sexual abuse and neglect and eating disorder symptoms. En M. F. Schwartz & L. Cohn (Eds.), *Sexual abuse and eating disorders* (pp. 23-35). New York: Brunner/Mazel.
- Schwartz, M. R. y Masters, W. H. (1994). Integration of trauma-based, cognitive, behavioral, systemic and addiction approaches for treatment of hypersexual pair-bonding disorder. *Sexual Addiction and Compulsivity Journal*, 1(1), 57-76. doi:10.1080/10720169408400028
- Scott, S. T. (2007). Multiple traumatic experiences and the development of posttraumatic stress disorder. *Journal of Interpersonal Violence* 22(7), 932-938. doi:10.1177/0886260507301226
- Sedlak, A. (1997). Risk factors for the occurrence of child abuse and neglect. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 1(1), 149-187. doi: 10.1300/J146v01n01\_09
- Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A. y Li, S. (2010). *Fourth national incidence study of child abuse and neglect (NIS-4)*.

- Washington: Report to congress US Department of Health and Human Services Administration for Children and Families.
- Seides, R. R. (2010). Should the current DSM-IV-TR definition for PTSD be expanded to include serial and multiple microtraumas as aetiologies? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(8), 725-731. doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01591.x
- Seloilwe, E. (2009). Sexual Abuse and Violence Among Adolescent Girls in Botswana: A Mental Health Perspective. *Issues In Mental Health Nursing*, 30(7), 456-459. doi:10.1080/01612840903039367
- Sepúlveda, A. (2010). *El trastorno de estrés postraumático en mujeres que sufieron violencia sexual en edades comprendidas entre los 3 y los 20 años*. (Tesis Doctoral). Universidad de Sevilla, España.
- Sepúlveda, A y Sepúlveda, P. (1999). *Abusos sexuales a menores*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Asuntos Sociales.
- Serafim, A. D. P., Saffi, F., Achá, M. F. F. y Barros, D. M. D. (2011). Demographic, psychological and behavioral characteristics of child and adolescent victims of sexual abuse. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(4), 143-147. doi:http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832011000400006
- Seto, M. C. (2013). Child pornography. En *Internet sex offenders* (pp. 37-69). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi:10.1037/14191-003
- Shaffer, H. J. y Korn, D. A. (2002). Gambling and related mental disorders: a public health analysis. *Annual Review of Public Health*, 23(1), 171-212. doi:10.1146/annurev.publhealth.23.100901.14053
- Shapero, B. G., Black, S. K., Liu, R. T., Klugman, J., Bender, R. E., Abramson, L. Y. y Alloy, L. B. (2014). Stressful life events and depression symptoms: The effect of childhood emotional abuse on stress reactivity. *Journal of Clinical Psychology*, 70(3), 209-223. doi:10.1002/jclp.22011
- Shapira, N. A., Lessig, M. C., Goldsmith, T. D., Szabo, S. T., Lazoritz, M., Gold, M. S. y Stein, D. J. (2003). Problematic Internet use: Proposed classification and diagnostic criteria. *Depression and Anxiety*, 17(4), 207-216. doi:10.1002/da.10094
- Shaw, J. A., Lewis, J. E., Loeb, A., Rosado, J. y Rodriguez, R. A. (2000). Child on child sexual abuse: Psychological perspectives. *Child Abuse & Neglect*, 24(12), 1591-1600. doi:10.1016/S0145-2134(00)00212-X
- Sheffield, A., Waller, G., Emanuelli, F., Murray, J. y Meyer, C. (2005). Links between parenting and core beliefs: Preliminary psychometric validation of the Young

- Parenting Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 787-802. doi:10.1007/s10608-005-4291-6
- Sheffield, A., Waller, G., Emanuelli, F., Murray, J. y Meyer, C. (2009). Do schema processes mediate links between parenting and eating pathology?. *European Eating Disorders Review*, 17(4), 290-300. doi:10.1002/(ISSN)1099-096810.1002/erv.v17:410.1002/erv.922
- Sheldon, K. y Howitt, D. (2008). Sexual fantasy in paedophile offenders: Can any model explain satisfactorily new findings from a study of Internet and contact sexual offenders? *Legal and Criminological Psychology*, 13(1), 137-158. doi:10.1348/135532506X173045
- Shin, S. E., Kim, N. S. y Jang, E. Y. (2011). Comparison of problematic internet and alcohol use and attachment styles among industrial workers in Korea. *Cyberpsychology & Behaviour*, 14(11), 665-672. doi:10.1089/cyber.2010.0470
- Shipman, K. L., Schneider, R., Fitzgerald, M. M., Sims, C., Swisher, L. y Edwards, A. (2007). Maternal emotion socialization in maltreating and non-maltreating families: Implications for children's emotion regulation. *Social Development*, 16(2), 268-285. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00384.x
- Sidebotham, P., Bailey, S., Belderson, P. y Brandon, M. (2011). Fatal child maltreatment in England, 2005-2009. *Child Abuse and Neglect*, 35(4), 299-306. doi:10.1016/j.chiabu.2011.01.005
- Sidebotham, P. y Heron, J. (2006). Child maltreatment in the 'children of the nineties': a cohort study of risk factors. *Child Abuse & Neglect* 30(5), 497-522. doi:10.1016/j.chiabu.2005.11.005
- Sierra, A., Negrete, A. y Miranda, D. (2012). Relación mediacional de los esquemas cognitivos maternos en los problemas de comportamiento infantil. *Psicología y Salud*, 22(1), 27-36.
- Sigfusdottir, I. D., Asgeirsdottir, B. B., Gudjonsson, G. H. y Sigurdsson, J. F. (2013). Suicidal ideations and attempts among adolescents subjected to childhood sexual abuse and family conflict/violence: the mediating role of anger and depressed mood. *Journal of adolescence*, 36(6), 1227-1236. doi:10.1016/j.adolescence.2013.10.001
- Sigurdardottir, S. y Halldorsdottir, S. (2013). Repressed and silent suffering: Consequences of childhood sexual abuse for women's health and well being. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 422-432. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01049.x

- Silva, A. P. (2006). *Dano psíquico em crianças vítimas de abuso sexual sem comprovação de ato libidinoso ou conjunção carnal*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Silverman, A. B., Reinherz, H. Z. y Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse Neglect*, 20(8), 709-723. doi:10.1016/0145-2134(96)00059-2
- Simón C., López, J. L. y Linaza, J. L. (2000). *Maltrato y desarrollo infantil*. Madrid: Comillas.
- Skarbek, D., Hahn, K. y Parrish, P. (2009). Stop sexual abuse in special education: An ecological model of prevention and intervention strategies for sexual abuse in special education. *Sexuality and Disability*, 27(3), 155-164. doi:10.1007/s11195-009-9127-y
- Skegg, K., Nada-Raja, S., Dickson, N. y Paul, C. (2010). Perceived “out of control” sexual behavior in a cohort of young adults from the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study. *Archives of Sexual Behavior*, 39(4), 968–978. doi:10.1007/s10508-009-9504-8
- Slep, A. S., Heyman, R. E. y Foran, H. M. (2015). Child maltreatment in dsm-5 and icd-11. *Family Process*, 54(1), 17-32. doi:10.1111/famp.12131
- Slep, A. M. S., Heyman, R. E. y Malik, J. (2012). Child maltreatment: Definitions, prevalence, and implications for diagnosis. En H. M. Foran, S. Beach, A. M. S. Slep, R. E. Heyman, & M. Wamboldt (Eds.), *Family problems and family violence: Reliable assessment and the ICD- 11* (pp. 111–130). New York, NY: Springer.
- Smallbone, S. y Rayment-McHugh, S. (2013). Preventing youth sexual violence and abuse: Problems and solutions in the Australian context. *Australian Psychologist*, 48(1), 3-13. doi:10.1111/j.1742-9544.2012.00071.x
- Smallbone, S. W. y Wortley, R. K. (2001). *Child sexual abuse: Offender characteristics and modus operandi*. Canberra: Australian Institute of Criminology.
- Smith, C. y Thornberry, T.P. (1995). The relationship between childhood maltreatment and adolescent involvement in delinquency. *Criminology*, 33(4), 451-481. doi:10.1111/j.1745-9125.1995.tb01186.x
- Smolak, L. y Murnen, S. K. (2002). A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31(2), 136-150. doi:10.1002/eat.10008
- Snarr, J. D., Heyman, R. E., Slep, A. M. S., Malik, J. y U. S. A. F. Family Advocacy Program. (2011). *Preventive impacts of reliable family maltreatment criteria*. Journal

- of Consulting and Clinical Psychology*, 79(9), 826-833. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0025994>
- Sneddon, H., Iwaniec, D. y Stewart, M. (2010). Prevalence of childhood abuse in mothers taking part in a study of parenting their own children. *Child Abuse Review*, 19(1), 39-55. doi:10.1002/car.1078
- Sobsey, D. (2002). Exceptionality, education, and maltreatment. *Exceptionality*, 10(1), 29-46. doi:10.1207/S15327035EX1001\_3
- Sobsey D., Randall W. y Parrila R. (1997). Gender differences in abused children with and without disabilities. *Child Abuse and Neglect*, 21(8), 707-720. doi:10.1016/S0145-2134(97)00033-1
- Soler-Baillo, J. M., Marx, B. P. y Sloan, D. M. (2005). The psychophysiological correlates of risk recognition among victims and non-victims of sexual assault. *Behavior Research and Therapy*, 43(2), 169-181. doi:10.1016/j.brat.2004.01.004
- Solís de Ovando, R. (2003). Los malos tratos a la infancia: aproximación al problema, identificación de factores de riesgo y el reto de la prevención. *El observador*, 23, 8-37.
- Soloff, P. H., Lynch, K. G. y Kelly, T. M. (2002). Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 16(3), 201–214. doi:10.1521/pedi.16.3.201.22542
- Soriano, F. J. (2001). Prevención y detección del maltrato infantil. *PrevInfad*, 1-21.
- Soriano, A. (2008). ¿Por qué maltratan los padres a sus hijos?: Escuela y programas educativos en la educación primaria. *Bordón. Revista de pedagogía*, 60(2), 159-174.
- Sorsoli, L., Kia-Keating, M. y Grossman, F. K. (2008). “I keep that hush-hush”: Male survivors of sexual abuse and the challenges of disclosure. *Journal of Consulting Psychology*, 55(3), 333–345. doi:10.1037/0022-0167.55.3.333
- Spataro, J., Mullen, P.E., Burgess, P.M., Well, D.L. y Moss, S.A. (2004). Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females. *British Journal of Clinical Psychiatry*, 184(5), 416–421. doi:10.1192/bjp.184.5.416
- Spatz-Widom, C., DuMont, K. y Czaja, S. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of General Psychiatry*, 64(1), 49-56. doi:10.1001/archpsyc.64.1.49
- Spatz-Widom, C., Marmorstein, N. R. y Raskin White, H. (2006). Childhood victimization and illicit drug use in middle adulthood. *Psychology Of Addictive Behaviors*, 20(4), 394-403. doi:10.1037/0893-164X.20.4.394

- Speizer, I. S., Goodwin, M., Whittle, L., Clyde, M. y Rogers, J. (2008). Dimensions of child sexual abuse before age 15 in three Central American countries: Honduras, El Salvador, and Guatemala. *Child abuse & neglect*, 32(4), 455-462. doi:10.1016/j.chiabu.2007.03.026
- Sperry, D. M. y Gilbert, B. O. (2005). Child peer sexual abuse: Preliminary data on outcomes and disclosure experiences. *Child Abuse & Neglect*, 29(8), 889-904. doi:10.1016/j.chiabu.2004.12.011
- Spielberger, C.D. (1996). State-trait anger expression inventory professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberg, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (2002). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA.
- Spirito, A., Valeri, S., Boergers, J. y Donaldson, D. (2003). Predictors of continued suicidal behavior in adolescents following a suicide attempt. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(2), 284-289. doi:10.1207/S15374424JCCP3202\_14
- Spokas, M., Wenzel, A., Stirman, S., Brown, G. K. y Beck, A. T. (2009). Suicide risk factors and mediators between childhood sexual abuse and suicide ideation among male and female suicide attempters. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 467-470. doi:10.1002/jts.20438
- Sprague, J. y Verona, E. (2010). Emotional conditions disrupt behavioral control among individuals with dysregulated personality traits. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(2), 409-419. doi:10.1037/a0019194
- Stainton-Rogers, W., Stainton, R. y Musitu, G. (1994). Abuso sexual infantil: ¿qué deberíamos hacer? *Intervención Psicosocial*, 3(9), 53-66.
- Steele, B. F. (1978). The Child abuser. En I. Kutash y L. Schlesinger. (Eds.), *Violence: Perspectives on murder and aggression*. San Francisco, C.A: Jossey Bass.
- Steele, B. F. y Pollock, C.B. (1968 ). A psychiatric study of parents who abuse infants and small children. En R.E. Helfer, y C.H. Kempe (Eds.), *The battered child* (pp.89-133). Chicago: University of Chicago Press.
- Steiger, H., Richardson, J., Schmitz, N., Israel, M., Bruce, K. R. y Gauvin, L. (2010). Trait-defined eating-disorder subtypes and history of childhood abuse. *International Journal of Eating Disorders*, 43(5), 428-432. doi:10.1002/eat.20711
- Stein, D. J., Black, D. W. y Pienaar, W. (2000). Sexual disorders not otherwise specified. *CNS Spectrums*, 5(01), 60-64.

- Steinberg, L. (2001). We know some things: Parentadolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11(1), 1-19. doi:10.1111/1532-7795.00001
- Steinberg, L., Blatt-Eisengart, I. y Cauffman, E. (2006). Patterns of Competence and Adjustment Among Adolescents from Authoritative, Authoritarian, Indulgent and Neglectful Homes: A Replication in a Sample of Serious Juvenile Offenders. *Journal of Research on Adolescence*, 16(1), 47-58. doi:10.1111/j.1532-7795.2006.00119.x
- Stern, E., Cooper, D. y Greenbaum, B. (2015). The relationship between hegemonic norms of masculinity and men's conceptualization of sexually coercive acts by women in South Africa. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(5), 796-817. doi:10.1177/0886260514536275
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.825
- Stice, E., Killen, J. D., Hayward, C. y Taylor, C. B. (1998). Age of onset for binge eating and purging during late adolescence: A 4-year survival analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(4), 671-675. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.107.4.671
- Stoltenborgh, M. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101. doi:10.1177/1077559511403920
- Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M., Euser, E. M. y Bakermans-Kranenburg, M. (2011). A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101. doi:10.1177/1077559511403920
- Stolzenberg, S. N. y Lyon, T. D. (2014). How attorneys question children about the dynamics of sexual abuse and disclosure in criminal trials. *Psychology, Public Policy, and Law*, 20(1), 19-30. doi:10.1037/a0035000
- Striegel-Moore, R. H., Dohm, F., Pike, K. M., Wilfley, D. E. y Fairburn, C. G. (2002). Abuse, bullying, and discrimination as risk factors for binge eating disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 159(11), 1902-1907.
- Stroud, D. S., Martens, S. L. y Barker, J. (2000). Criminal investigation of child sexual abuse: A comparison of cases referred to the prosecutor to those not referred. *Child Abuse and Neglect*, 24(5), 689-700.
- Sturge-Apple, M. L., Davies, P. T. y Cummings, M. E. (2006). Impact of hostility and withdrawal in interparental conflict on parental emotional unavailability and

- children's adjustment difficulties, *Child Development*, 77(6), 1623-1641. doi: 10.1111/j.1467-8624.2006.00963
- Sullivan, P. F., Daly, M. J. y O'Donovan, M. (2012). Genetic architectures of psychiatric disorders: the emerging picture and its implications. *Nature Reviews Genetics*, 13(8), 537-551. doi:10.1038/nrg3240
- Sullivan, J. y Quayle, E. (2012). Manipulation Styles of Abusers Who Work With Children. En: Erooga M, *Creating Safer Organisations: Practical Steps to Prevent the Abuse of Children by Those Working With Them* (pp. 85-98). London: Wiley & Sons.
- Sun, J. y Buys, N. (2013). Child abuse, neglect and maltreatment health service in Australia: A literature review. En J. Sun, N. Buys, J. Merrick, J. Sun, N. Buys, J. Merrick (Eds.), *Health promotion: Strengthening positive health and preventing disease* (pp. 25-48). Hauppauge, NY, US: Nova Biomedical Books.
- Sundin, E. C. y Baguley, T. (2015). Prevalence of childhood abuse among people who are homeless in Western countries: A systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(2), 183-194. doi:10.1007/s00127-014-0937-6
- Swann, A. C., Bjork, J. M., Moeller, F.G. y O'Dougherty Wright, M. (2002). Two models of impulsivity: relationship to personality traits and psychopathology. *Biological Psychiatry*, 51(12), 988-994. doi:10.1016/S0006-3223(01)01357-9
- Swanston, H. Y., Parkinson, P. N., Oates, R. K., O'Toole, B. I., Plunkett, A. M. y Shrimpton, S. (2002). Further abuse of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 26(2), 115-127. doi:10.1016/S0145-2134(01)00311-8
- Swanston, H. Y., Plunkett, A. M., O'Toole, B. I., Shrimpton, S., Parkinson, P. N. y Oates, R. K. (2003). Nine years after of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 27(8), 967-984. doi:10.1016/S0145-2134(03)00143-1
- Tardif, M., Auclair, N., Jacob, M. y Carpentier, J. (2005). Sexual abuse perpetrated by adult and juvenile females: An ultimate attempt to resolve a conflict associated with maternal identity. *Child Abuse & Neglect*, 29(2), 153-167. doi:10.1016/j.chiabu.2004.05.006
- Tavares, H., Zilberman, M. L., Beites, F. J. y Gentil, V. (2001). *Journal of Gambling Studies*, 17(2), 151-159. doi:10.1023/A:1016620513381
- Tebbutt, J., Swanston, H., 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.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199703000-00011>
- Teixeira-Filho, F. S., Rondini, C. A., Silva, J. M. y Araújo, M. V. (2013). Tipos e consequências da violência sexual sofrida por estudantes do interior paulista na infância e/ou adolescência. *Psicologia & Sociedade*, 25(1), 90-102.
- Tharinger, D., Horton, C. B. y Millea, S. (1990). Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. *Child Abuse and Neglect*, 14(3), 301-312. doi:10.1016/0145-2134(90)90002-B
- The Society for the Advancement of Sexual Health (2012). *Sexual addiction*. Recuperado de <http://sash.net/content/view/24/39/>
- Therese, M. (2003). Pushing the wrong buttons: Men's and women's attitudes toward online and offline infidelity. *CyberPsychology & Behavior*, 6(6), 569-579. doi:10.1089/109493103322725342
- Thomas, A. M. (2009). *An exploration of the relationship between childhood sexual abuse, caregiver support, and maladaptive cognitive schema among incarcerated women*. (Tesis doctoral). Universidad de Akron, Ohio.
- Thomas, N., Farhall, J. y Shawyer, F. (2015). Beliefs about Voices and Schemas about Self and Others in Psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(2), 209-223. doi:10.1017/S1352465813000817
- Thompson, P. L. (2010). *Predictors of sexual abuse investigation and substantiation by child protection services involving children less than three years old*. (Tesis Doctoral). Universidad de Utah, Estados Unidos.
- Thompson, K. M. y Wonderlich, S. A. (2004). Child sexual abuse and eating disorders. En J. K. Thompson (Ed.), *Handbook of Eating Disorders and Obesity* (pp. 679-694). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Thornburgh, D. y Lin, H. S. (2003). Youth, pornography, and the Internet. *Issues in Science & Technology*, 20, 43-48.
- Tietjen, G. E., Brandes, J. L., Peterlin, B. L., Eloff, A., Dafer, R. M., Stein, M. R., Drexler, E., Martín, V. T., Hutchinson, S., Aurora, S. K., Recober, A., Herial, N. A., Utley, C., White, L. y Khuder, S. A. (2010). Childhood maltreatment and migraine (part I). Prevalence and adult revictimization: a multicenter headache clinic survey. *Headache*, 50(1), 20-31. doi:10.1111/j.1526-4610.2009.01556.x
- Tinbergen, N. (1951). *The study of instinct*. Oxford University Press: New York.

- Todt, M., Maciuga, A. y Debertin, A. S. (2014). Differenzialdiagnose sexueller Kindesmissbrauch. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 163(1), 52-57. doi:10.1007/s00112-014-3270-y
- Toldos, M. P. (2002). *Adolescencia, violencia y género*. (Tesis doctoral). Facultad de psicología. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Madrid.
- Tolin, D. F. y Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959–992. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.959
- Tomeo, M. E., Templer, D. I., Andereson, S. y Kotler, D. (2001). Comparative data of childhood and adolescence molestation in heterosexual and homosexual persons. *Archives of Sexual Behavior*, 30(5), 535-541. doi:10.1023/A:1010243318426
- Torío, S. y Peña, J. V. (2006). Etiología y factores de riesgo de los malos tratos intrafamiliares a la infancia. Intervención desde la escuela. *Revista española de pedagogía*, 64(235), 525-544.
- Torío, S., Peña, J. V. e Inda, M. (2008). Estilos de educación familiar. *Psichotema*, 20(1), 62-70.
- Toro, D. C., Paniagua, R. E., González, C. M. y Montoya, B. (2009). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Revista Facultad Nacional Salud Pública*, 27(3), 302-8
- Torres, A., Catena, A., Megías, A., Maldonado, A., Cándido, A., Verdejo-García, A. y Perales, J. C. (2013). Emotional and non-emotional pathways to impulsive behavior and addiction. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 43. doi:10.3389/fnhum.2013.00043
- Tossone, K., Jefferis, E. S., Grey, S. F., Bilge-Johnson, S., Bhatta, M. P. y Seifert, P. (2014). Poly-traumatization and harmful behaviors in a sample of emergency department psychiatric intake response center youth. *Child Abuse & Neglect*, 40, 142-151. doi:10.1016/j.chiabu.2014.11.015
- Tourigny, M., Gagné, M.-H., Joly, J. y Chartrand, M. È. (2006). Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise. *Canadian Journal of Public Health*, 97(2), 109-113.
- Tremblay, C., Hebert, M. y Piche, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 23(9), 929-945. doi:10.1016/S0145-2134(99)00056-3

- Treuer, T., Koperdák, M., Rózsa, S. y Füred, J. (2005). The impact of physical and sexual abuse on body image in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13(2), 106-111. doi:http://dx.doi.org/10.1002/erv.616
- Trickett, P. K., Kuczynski, L. (1986). Children's misbehaviors and parental discipline strategies in abusive and nonabusive families. *Developmental Psychology*, 22(1), 115-123. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.22.1.115
- Trickett, P. K., Noll, J. G., Reiffman, A. y Putnam, F. W. (2001). Variants of intra-familial sexual abuse experience: Implications for short- and long-term development. *Development and Psychopathology*, 13(04), 1001-1019.
- Trocmé, N. (2008). Epidemiology of child maltreatment. En: Lindsey D, Shlonsky A (eds), *Child welfare research: advances for practice and policy*. University Press, Oxford, pp 15–24.
- Tromovitch, P. y Rind, B. (2007). Child sexual abuse definitions, metaanalytic findings, and a response to the methodological concerns raised by Hyde (2003). *International Journal of Sexual Health*, 19(4), 1-13. doi:10.1300/J514v19n04\_01
- Tusher, C. P. y Cook, S. L. (2010). Comparing revictimization in two groups of marginalized women. *Journal of Interpersonal Violence*, 25, 1893-1911. doi:10.1177/0886260509354513
- Twohig, M. P. y Crosby, J. M. (2010). Acceptance and commitment therapy as a treatment for problematic Internet pornography viewing. *Behavior Therapy*, 41(3), 285-295. doi:10.1016/j.beth.2009.06.002
- Tyler, K. A. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: A review of recent research. *Aggression and Violent Behavior*, 7(6), 567-589. doi:10.1016/S1359-1789(01)00047-7
- Tzeng, O., Jackson, J. y Karlson, H. (1992). *Theories of child abuse and neglect: differential perspectives, summaries and evaluations*. NewYork: Praeger.
- Ulibarri, M. D., Ulloa, E. C. y Salazar, M. (2015). Associations between Mental Health, Substance Use, and Sexual Abuse Experiences among Latinas. *Journal of child sexual abuse*, 24(1), 35-54. doi:10.1080/10538712.2015.976303.
- Ullman, S. E. y Filipas, H. H. (2005). Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 29(7), 767-782. doi:10.1016/j.chiabu.2005.01.005
- Ulloa, R. E. y Navarro, I. G. (2011). Estudio descriptivo de la prevalencia y tipos de maltrato en adolescentes con psicopatología. *Salud Mental*, 34(3), 219-225.

- United Nations Children's Fund (2001). *Profiting from abuse. An investigation into the sexual exploitation of our children*. USA: UNICEF.
- United Nations Children's Fund (2005). *Changing a Harmful Social Convention: Female genital mutilation/Cutting*. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.
- United Nations Children's Fund (2009). *Estado Mundial de la Infancia: Conmemoración de los 20 años de la Convención sobre los Derechos del Niño*. UNICEF.
- Universidad Cheongho Baikseok (2014). Application of situational crime prevention for a safe city from child sexual abuse crimes. *The Korean Association of Criminal Psychology*, 10(3), 73-108.
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families. (2009). *Child maltreatment 2007*. Washington, DG: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families. (2010). *Child maltreatment 2009*. Washington, DG: U.S. Government Printing Office.
- Usta, J. y Farver, J. (2010). Child sexual abuse in Lebanon during war and peace. *Child Care, Health & Development*, 36(3), 361-368. doi:10.1111/j.1365-2214.2010.01082
- Vaillancourt-Morel, M., Godbout, N., Labadie, C., Runtz, M., Lussier, Y. y Sabourin, S. (2014). Avoidant and compulsive sexual behaviors in male and female survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 40, 48-59. doi:10.1016/j.chiabu.2014.10.024
- Valcke, M., Bonte, S., De Wever, B. y Rots, I. (2010). Internet parenting styles and the impact of internet use on primary school children. *Computers & Education*, 55(2), 454-464. doi:10.1016/j.compedu.2010.02.009
- Valdiserri, S. y Kihlstrom, J. F. (1995). Abnormal eating and dissociative experiences: A further study of college women. *International Journal of Eating Disorders*, 18(2), 145-150. doi:10.1002/1098-108X(199509)
- Vallejo, A. R. y Córdoba, M. I. (2012). Abuso sexual: tratamientos y atención. *Revista de Psicología*, 30(1), 19-46.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A. y Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575-600. doi:http://dx.doi.org/10.1037/a0018697
- Van Vlierberghe, L., Timbremont, B., Braet, C. y Basile, B. (2007). Parental schemas in youngsters referred for antisocial behaviour problems demonstrating depressive

- symptoms. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 18(4), 515-533. doi:10.1080/14789940701515442.
- Vander Mey, B. J. y Neff, R. L. (1986). *Incest as Child Abuse: Research and Application*. New York: Praeger.
- Vázquez, B. (Ed.) (2004). *Abuso sexual infantil. Evaluación de la credibilidad del testimonio*. Valencia. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Veenema, T. G., Thornton, C. P. y Corley, A. (2015). The public health crisis of child sexual abuse in low and middle income countries: An integrative review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4), 864-881. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.10.017.
- Vega, M. T. y Moro, L. (2013). La representación social de los malos tratos infantiles en la familia: factores psicosociales que influyen en la percepción de las conductas de maltrato. *Intervención Psicosocial*, 22(1), 7-14. doi:10.5093/in2013a2
- Verdejo-García, A., Lawrence, A. J. y Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience Biobehavior Review*, 32(4), 777-810. doi:10.1016/j.neubiorev.2007.11.003
- Verdejo-García, A., Perales, J. C. y Pérez-García, M. (2007). Cognitive impulsivity in cocaine and heroin polysubstance abusers. *Addictive Behaviors*, 32(5), 950-966. doi:10.1016/j.addbeh.2006.06.032
- Verdugo, M. A., Gutiérrez, B. y Fuertes, J. (1994). *Maltrato infantil y minusvalía*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Verona, E. y Curtin, J. J. (2006). Gender differences in the negative affective priming of aggressive behavior. *Emotion*, 6(1), 115-124. doi:10.1037/1528-3542.6.1.115
- Verona, E., Patrick, C. J. y Joiner, T. E. (2001). Psychopathy, antisocial personality, and suicide risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(3), 462-470. doi:10.1037/0021-843X.110.3.462
- Vianchá, M. A., Bahamón, M. L. y Alarcón, L. L. (2013). Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Revista Tesis Psicológica*, 8(1), 112-123.
- Vigil-Colet, A., Morales-Vives, F. y Tous, J. (2008). The relationships between functional and dysfunctional impulsivity and aggression across different samples. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(02), 480-487. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S1138741600004480

- Villalobos-Galvis, F. H. (2009). Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. *Salud Mental*, 31(2), 165-171.
- Villanueva, I. (2013). El abuso sexual infantil: perfil del abusador, la familia, el niño víctima y consecuencias psíquicas del abuso. *Psicogente*, 16 (30), 451-470.
- Villarroel, A. M., Penelo, E., Portell, M. y Raich, R. M. (2012). Childhood Sexual and Physical Abuse in Spanish Female Undergraduates: Does It Affect Eating Disturbances? *European Eating Disorders Review*, 20(1), 32-41. doi:10.1002/erv.1086
- Villatoro, J., Quiroz, N., Gutiérrez, M., Díaz M. y Amador, N. G. (2006). ¿Cómo educamos a nuestros/as hijos/as? *Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados*. México: Instituto Nacional de Mujeres (INMUJERES), Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Violato, C. y Genuis, M. (1993). Problems of research in male child sexual abuse: a review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 2(3), 33-54. doi:10.1300/J070v02n03\_03
- Vize, C. M. y Cooper, P. J. (1995). Sexual abuse in patients with eating disorders, patients with depression and normal controls: A comparative study. *British Journal of Psychiatry*, 167(1), 80–85. doi:10.1192/bjp.167.1.80
- Vogelgesang, M. (2005). Pathologisches Glücksspielen bei Frauen: Charakteristika-Ätiologie-Therapie. En Fachverband Sucht e.V. (Hrsg), *Perspektiven für Suchtkranke-Teilhabe fördern, fordern, sichern*, Bd 28. Neuland: Geesthacht.
- Wachelke, J. F. R. y Andrade, A. L. (2006). Coleta de dados de pesquisa pela internet: validação de duas escalas psicométricas sobre identificação de torcedores de futebol. En *Anais da 58ª Reunião Anual da SBPC*. Florianópolis: Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
- Wachelke, J. F. R., Camargo, B. V., Lins, S. L. B. y Nunes, A. V. (2011). *Avances en Psicología Latinoamericana edición electrónica*, 29(1), 11-18.
- Wahl, K. y Metzner, C. (2012). Parental influences on the prevalence and development of child aggressiveness. *Journal of Child and Family Studies*, 21(2), 344-355. doi:10.1007/s10826-011-9484-x
- Waldron, J. C., Wilson, L. C., Patriquin, M. A. y Scarpa, A. (2015). Sexual victimization history, depression, and task physiology as predictors of sexual revictimization: Results from a 6-month prospective pilot study. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(4), 622-639. doi:10.1177/0886260514535258.

- Walker, M. G. (1996). The prevalence of problem and pathological gambling: a critical analysis. *Journal of Gambling Studies*, 12(2), 233-249. doi:10.1007/BF01539176
- Walker-Descartes, I., Laraque, D. y Rohas, M. (2011). Caregiver perceptions of sexual abuse and its effect on management after a disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 35(6), 437-447. doi:10.1016/j.chiabu.2011.02.003
- Waller, G., Hamilton, K., Rose, N., Sumra, J. y Baldwin, G. (1993). Sexual abuse and body-image distortion in the eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 32(3), 350-352. doi:10.1111/j.2044-8260.1993.tb01066.x
- Waller, G., Kennerley, H. y Ohanian, V. (2007). Schema-focused cognitive behavioral therapy with eating disorders. En L. P. Riso, P. L. du Toit, D. J. Stein, & J. E. Young (Eds.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychiatric disorders: A scientist practitioner guide* (pp. 139–175). New York, NY: American Psychological Association. doi:10.1037/11561-007
- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C. y Osman, S. (2000). Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. *International Journal of Eating Disorders*, 28(2), 235-241. doi:10.1002/1098-108X(200009)
- Waller, G., Shah, R., Ohanian, V. y Elliot, P. (2001). Core beliefs in bulimia nervosa and depression: the discriminant validity of Young's Schema-Questionnaire. *Behavior Therapy*, 32(1), 139–153. doi:10.1016/S0005-7894(01)80049-6
- Walsh, C., MacMillan, H. y Jamieson, E. (2002). The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: Findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse & Neglect*, 26(1), 11–22. doi:10.1016/S0145-2134(01)00308-8
- Walters, M. L., Chen, J. y Breiding, M. J. (2013). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 findings on victimization by sexual orientation*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Wang, C. T. y Daro, D. (1998). *Current Trends in Child Abuse Reporting and Fatalities: The Results of the 1997 Annual Fifty State Survey*. Chicago: Prevent Child Abuse America.
- Wanklyn, S. G., Ward, A. K., Cormier, N. S., Day, D. M. y Newman, J. E. (2012). Can we distinguish juvenile violent sex offenders, violent non-sex offenders, and versatile violent sex offenders based on childhood risk factors?. *Journal of interpersonal violence*. 27(11), 2128-2143. doi:10.1177/0886260511432153

- Ward, T. (2001). A critique of Hall Hirsman's quadripartite model of child sexual abuse. *Psychology, Crime & Law*, 7, 333-350.
- Ward, T. (2002). Marshall and Barbaree's integrated theory of child abuse: a critique. *Psychology, Crime & Law*, 8(3), 209-228. doi:10.1080/10683160208401816
- Ward, T. y Hudson, S. M. (2001). Finkelhor's precondition model of child sexual abuse: a critique. *Psychology, Crime & Law*, 7(1-4), 291-307. doi:10.1080/10683160108401799
- Ward, T. y Siegert, R. J. (2002). Toward a comprehensive theory of child sexual abuse: a theory knitting perspective. *Psychology, Crime & Law*, 8(4), 319-351. doi:10.1080/10683160208401823
- Wardman, D., el-Guebaly, N. y Hodgins, D. C. (2001). Problem and pathological gambling in North American aboriginal populations: A review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 17(2), 81-100. doi:10.1023/A:1016699628402
- Watkins, B. y Bentovim, A. (1992). The sexual abuse of male children and adolescents: A review of current research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33(1), 197-248.
- Weaver, T. L., Resnick, H. S. y Kokoska, M. S. (2007). Appearance-related residual injury, posttraumatic stress, and body image: Associations within a sample of female victims of intimate partner violence. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 999-1008. doi:10.1002/jts.20274
- Weiner, K. E. y Thompson, J. K. (1997). Overt and covert sexual abuse: Relationship to body image and eating disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, 22(3), 273-284. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199711)
- Weiss, E. L., Longhurst, J. G. y Mazure, C. M. (1999). Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: Psychosocial and neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 816-828. doi:http://dx.doi.org/10.1176/ajp.156.6.816
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A. y Jordan, S. (2002). The Schema-Questionnaire short form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26(4), 519-530. doi:10.1023/A:1016231902020
- Welch, S. L. y Fairburn, C. G. (1994). Sexual abuse and bulimia nervosa: Three integrated case control comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 151(3), 402-407.

- Wells, T. T., Vanderlind, W. M., Selby, E. A. y Beevers, C. G. (2014). Childhood abuse and vulnerability to depression: *Cognitive scars in otherwise healthy young adults*. *Cognition & emotion*, 28(5), 821-833. doi:10.1080/02699931.2013.86425
- Welte, J., Barnes, G., Wieczorek, W., Tidwell, M. C. y Parker, J. (2001). Alcohol and gambling pathology among U.S. adults: prevalence, demographic patterns and comorbidity. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(5), 706-712. doi:http://dx.doi.org/10.15288/jsa.2001.62.706
- Wenninger, K. y Heiman, J. R. (1998). Relating body image to psychological and sexual functioning in child sexual abuse survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 543–562. doi:10.1023/A:1024408830159
- Westby, C. E. (2007). Child maltreatment: A global issue. *American Speech-Language-Hearing Association*, 38(2), 140-148. doi:10.1044
- Whang, L. S., Lee, S. y Chang, G. (2003). Internet over-users' psychological profiles: a behavior sampling analysis on internet addiction. *Cyberpsychology & Behaviour* 6(2), 143–150. doi:10.1089/109493103321640338
- Whipple, E. y Webster-Stratton, C. (1991). The role of parental stress in physically abusive families. *Child Abuse and Neglect*, 15(3), 279-291. doi:10.1016/0145-2134(91)90072-L
- White, J. W., Kadlec, K. M. y Sechrist, S. (2006). Adolescent sexual aggression within heterosexual relationships. En: Barbaree HE, Marshall WL, (ed). *The Juvenile Sex Offender*. New York: Guilford Press.
- Whiteside, S. P. y Lynam, D. R. (2001). The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and individual differences*, 30(4), 669-689. doi:10.1016/S0191-8869(00)00064-7
- Whitson, M. L., Bernard, S. y Kaufman, J. S. (2014). The Mediating Role of Parenting Stress for Children Exposed to Trauma: Results from a School-Based System of Care. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 1141-1151. doi:10.1007/s10826-014-9922-7.
- Whittle, H. C., Hamilton-Giachritsis, C. E. y Beech, A. R. (2014). En their own words: Young peoples' vulnerabilities to being groomed and sexually abused online. *Psychology*, 5(10), 1185-1196. doi:10.4236/psych.2014.510131
- Widom, C. S. (2000). Motivation and Mechanisms in the «cycle of violence». En D.J. Hansen (Ed.), *Motivation and child maltreatment*, vol. 46 of the Nebraska Symposium on Motivation. Lincoln: University of Nebraska Press.

- Widom, C. S., Dumont, K. y Czaja, S. J. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of General Psychiatry*, 64(1), 49-56. doi:10.1001/archpsyc.64.1.49
- Widom, C. S. y Morris, S. (1997). Accuracy of adult recollections of childhood victimization: Part 2. Childhood sexual abuse. *Psychological Assessment*, 9(1), 34-46. doi:http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.9.1.34
- Wilson, D. (2010). Health consequences of childhood sexual abuse. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(1), 56-63. doi:10.1111/j.1744-6163.2009.00238.x
- Windham, A. M., Rosenberg, L., Fuddy, L., McFarlane, E., Sia, C. y Duggan, A. K. (2004). Risk of mother-reported child abuse in the first 3 years of life. *Child Abuse & Neglect*, 28(6), 645-667. doi:10.1016/j.chiabu.2004.01.003
- Wissink, I. B. y Moonen, X. M. H. (2014). Seksueel misbruik bij kinderen en jongeren met een (Licht) Verstandelijke Beperking [Sexual abuse of children and adolescents with a (mild) intellectual disability]. *Onderzoek & Praktijk, Research & Practice*, 12(1), 8-14.
- Wissink, I. B., Moonen, X. M. H., Van Vugt, E. S., Stams, G. J. J. M. y Vergeer, M. (2012). *Seksueel grensoverschrijdend gedrag en misbruik bij kinderen en jongeren met een (Licht) Verstandelijke Beperking*. [Unacceptable sexual behaviour and abuse of children and adolescents with a (mild) intellectual disability]. Den Haag: Commissie-Samson.
- Wissink, I. B., van Vugt, E., Moonen, X., Stams, G. M. y Hendriks, J. (2015). Sexual abuse involving children with an intellectual disability (ID): A narrative review. *Research In Developmental Disabilities*, 36, 20-35. doi:10.1016/j.ridd.2014.09.007
- Witthöfta, M., Borgmannb, E., Whiteb, A. y Dyer, A. (2015). Body-related attentional biases in patients with posttraumatic stress disorder resulting from childhood sexual abuse with and without co-occurring borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46, 72-77. doi:10.1016/j.jbtep.2014.07.010
- Wodarski, J. S. y Johnson, S. R. (2015). Contributing factors to child sexual abuse. En J. S. Wodarski, M. J. Holosko, M. D. Feit, J. S. Wodarski, M. J. Holosko, M. D. Feit (Eds.), *Evidence-informed assessment and practice in child welfare* (pp. 53-65). Cham, Switzerland: Springer International Publishing. doi:10.1007/978-3-319-12045-4\_4

- Wolak, J., Mitchell, K. J. y Finkelhor, D. (2003). *Internet sex crimes against minors: The response of law enforcement*. Alexandria, VA: National Center for Missing and Exploited Children.
- Wolfe, D. (1985). Child abusive parents: an empirical review and analysis. *Psychological Bulletin*, 97(3), 462-482. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.97.3.462>
- Wolfe, D. (1987). *Child abuse: Implications for child development and psychopathology*. London: Sage.
- Wolfe, D. A. y McIsaac, C. (2011). Distinguishing between poor/dysfunctional parenting and child emotional maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 35(10), 802-813. doi:10.1016/j.chiabu.2010.12.009
- Wood, S. L. (2010). *Working with sexual addictions in couples therapy*. Recuperado de [http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas10/Article\\_21.pdf](http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas10/Article_21.pdf)
- World Health Organization. (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Editorial Meditar.
- World Health Organization (1999). International Labour Conference. Recommendation 190. II Hazardous Work. International Labour Conference. 87th Session. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2006). *Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence*. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.
- Wright, C., Collinsworth, L. L. y Fitzgerald, L. F. (2010). Why did this happen to me? Cognitive schema disruption and posttraumatic stress disorder in victims of sexual trauma. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(10), 1801-1814. doi:10.1177/0886260509354500
- Wright, M. O., Crawford, E. y Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse and Neglect*, 33(1), 59-68. doi:10.1016/j.chiabu.2008.12.007
- Wright, M. O., Crawford, E. y Sebastian, K. (2007). Positive resolution of childhood sexual abuse experiences: The role of coping, benefit finding and meaning-making. *Journal of Family Violence*, 22(7), 597-608. doi:10.1007/s10896-007-9111-1
- Wulfert, E., Block, J. A., Santa Ana, E., Rodriguez, M. L. y Colsman, M. (2002). Delay of gratification: Impulsive choices and problem behaviors in early and late adolescence. *Journal of Personality*, 70(4), 533-552. doi:10.1111/1467-6494.05013

- Wurr, C. J. y Partridge, I. M. (1996). The prevalence of a history of childhood sexual abuse in an acute adult inpatient population. *Child Abuse and Neglect*, 20(9), 867-872. doi:10.1016/0145-2134(96)00074-9
- Wyatt, G. E. (1985). The sexual abuse of Afro-American and white-American women in childhood. *Child abuse & neglect*, 9(4), 507-519. doi:10.1016/0145-2134(85)90060-2
- Wyatt, G. E. y Peters, S. D. (1986). Issues in the definition of child sexual abuse in prevalence research. *Child Abuse and Neglect*, 10(2), 231-240. doi:10.1016/0145-2134(86)90084-0
- Xie, H., Swift, D. J., Cairns, B. D. y Cairns, R. B. (2002). Aggressive behaviors in social interaction and developmental adaptation: A narrative analysis of interpersonal conflicts during early adolescence. *Social Development*, 11(2), 205-224. doi:10.1111/1467-9507.00195
- Yang, C., Narayanasamy, A. y Chang, S. (2012). Transcultural spirituality: The spiritual journey of hospitalized patients with schizophrenia in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 358-367. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05747.x
- Yates, T. M. y Wekerle, C. (2009). The long-term consequences of childhood emotional maltreatment on development: Maladaptation in adolescence and young adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 33(1), 19-21.
- Yen, S., Shea, T., Sanislow, C., Grilo, C., Skodol, A., Gunderson, J., McGlashan, T., Zanarini, M. y Monrey, L. (2004). Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 161(7), 1296-1298. doi:http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.161.7.1296
- Yen, J. Y., Yen, C. F., Chen, C. S., Tang, T. C. y Ko, C. H. (2009). The association between adult ADHD symptoms and internet addiction among college students: the gender difference. *Cyberpsychology & Behaviour*, 12(2), 187-191. doi:10.1089/cpb.2008.0113
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schemata-focused-approach*. Sarasota, FL: Professional Resources Exchange.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (rev. ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach* (3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E. (2003). Young Parenting Inventory (YPI). Recuperado de [www.schematherapy.com/id205.htm](http://www.schematherapy.com/id205.htm)

- Young, K. S. (2004). Internet addiction. A new clinical phenomenon and its consequences. *American Behavioral Scientist*, 48(4), 402–415. doi:10.1177/0002764204270278
- Young, K. S. (2009). Internet addiction: diagnosis and treatment considerations. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39(4), 241-246. doi:10.1007/s10879-009-9120-x
- Young, J. E. y Brown, G. (1990). *Young Schema Questionnaire*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. E. y Brown, G. (1994). *Young Schemas Questionnaire-S1*. New York, NY: Cognitive Therapy Center.
- Young, J. E. y Klosko, J. (1994). *Reinventing your life*. New York: Plume.
- Young, J. E. y Klosko, J. (2001). *Reinventando tu vida*. Barcelona: Paidós.
- Young, J. E., Klosko, J. S. y Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Publications.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R. y Hennen, J. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-Year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry*, 161(11), 2108–2114.
- Zanarini, M. C., Hörz, S., Frankenburg, F. R., Weingeroff, J., Reich, D. B. y Fitzmaurice, G. (2011). The 10-year course of PTSD in borderline patients and Axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(5), 349-356. doi:10.1111/j.1600-0447.2011.01717.x
- Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F. y Vujanovic, A. A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *Journal of Nervous Mental Diseases*, 190(6), 381–387.
- Zelaya de Milgiorisi, L., Piris de Almirón, L. y Milgiorisi, B. (2012). Intentos de suicidio en niños y adolescentes. ¿Máscara de Maltrato Infantil? *Órgano Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría*, 39(3), 2012.
- Zhang, L., Amos, C., McDowell, W. C. (2008). A comparative study of internet addiction between the United States and China. *Cyberpsychology & Behaviour*, 11(6), 727–729. doi:10.1089/cpb.2008.0026
- Zingraff, M. T., Leiter, J., Myers, K. A. y Johnsen, M. C. (1993 ). Child maltreatment and youthful problem behavior. *Criminology*, 31, 173 -202.
- Zlotnick, C., Zatriski, A. L., Shea, M. T., Costello, E., Begin, A., Pearlstein, T., et al. (1996). The long-term sequelae of sexual abuse: Support for a complex posttraumatic

stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 9(2), 195–205.  
doi:10.1002/jts.2490090204

Zuravin, S. (1988). *Child abuse, child neglect, and maternal depression: is there a connection?* Research Symposium on Child Neglect. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services/National Center on Child Abuse and Neglect.

Zwickl, S. y Merriman, G. (2011). The association between childhood sexual abuse and adult female sexual difficulties. *Sexual And Relationship Therapy*, 26(1), 16-32.  
doi:10.1080/14681994.2010.530251



## ANEXOS.

### Anexo A. Información del estudio para los centros y las personas participantes en el estudio.



Estimado centro:

Nos ponemos en contacto con vosotros con motivo de dar a conocer el estudio que estamos realizando sobre las consecuencias psicológicas de las experiencias infantiles tempranas.

Las experiencias de **maltrato físico, emocional o abuso sexual en la infancia** son vivencias muy traumáticas para las personas que lo padecen. Se trata de experiencias que afectan de manera muy importante la vida de las personas y dejan secuelas graves en quienes las sufren. Numerosos estudios muestran sintomatología disfuncional consecuente en la edad adulta, como una mayor presencia de trastornos psiquiátricos, elevada frecuencia de trastornos depresivos o ansiosos y consumo de sustancias tóxicas.

Por esa razón resulta imprescindible profundizar en el conocimiento de una situación vital tan devastadora con vistas a desarrollar programas de prevención y de intervención adecuados desde el respeto y cuidado de las víctimas.

**Nos gustaría poder contar con vuestra colaboración para la obtención de muestra.** La participación consistiría en rellenar un cuestionario. Nosotros/as nos desplazaríamos al centro y/o facilitaríamos las copias de dichos cuestionarios al centro. El cuestionario también puede completarse online siguiendo el siguiente enlace que indicamos a continuación:

<https://spreadsheets.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dG5JeGtmUHd1R0poZVJjeGlWYW0wQlE6MA>

La cumplimentación de la prueba es de carácter **anónimo y confidencial**. Los datos serán incluidos en un fichero que estará sometido a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Las participantes tendrán la posibilidad de preguntar o aclarar cualquier duda o cuestión que pueda suscitarles su participación en el estudio, así como de abandonarlo en cualquier momento si así lo decidieran, sin necesidad de justificar las razones que les han conducido a tomar dicha decisión.

Somos conscientes de que puede resultar costoso rellenar estos cuestionarios, sin embargo, son una herramienta que nos ayuda a poder profundizar en el conocimiento de situaciones que dejan secuelas graves en las personas. Por otro lado, algunas preguntas pueden ser dolorosas y pueden hacer revivir experiencias pasadas. En ese caso, ofrecemos vías de contacto con las personas que forman parte de este proyecto y derivamos a una terapeuta con la que tratar lo que sucede a la persona de manera gratuita. **Contamos también con asociaciones y centros a los que poder dirigirse.**

**En caso de desear más información** contactar con el equipo de investigación que os atenderá en la siguiente dirección de correo electrónico o teléfono:

**E-mail:** [investigacion@garaitza.org](mailto:investigacion@garaitza.org)

**Teléfono:** 34 944 139 000 (Ext. 2878)      Universidad de Deusto  
622 218 016      Asociación Garaitza

**Muchas gracias por el esfuerzo, vuestra colaboración es muy valiosa.**

Atentamente,

Un cordial saludo.

### **IKERKETAREN GAINEKO INFORMAZIOA.**

Zure parte hartzea eskatu nahiko genuke haurtzaroko esperientzia goiztiarren ondorio psikologikoak neurtzen dituen Deustuko unibertsitatean garatzen ari den ikerketa baterako.

**Biziki eskertuko genuke zuen lankidetzak lagina eskuratzeko.** Xede horrekin, galdetegi bat betetzea beharko genuke. Galdetegiak Garaitzarekin harremanetan jarritz lor ditzakezu (Santa Clara kalea, 2 – Tarteko soilairua 48006 – BILBO). Nahiago izanez gero hurrengo estekan zuzenean erantzun ditzakezu:

<https://spreadsheets.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dGNYSVBJOGNYVGxtOEV1dm1CbFJzRGc6MA>

Frogak, **anonimo**, **isilpeko** eta **borondatezko** izaera dute. Datu pertsonalen babesari buruzko abenduaren 13ko 15/1999 Lege Organikoari jarraiki, datuak fitxategi baten babespean gordeko direla jakinarazten zaitugu.

Parte hartzaileek ikerketaren gainean sorturiko edozein zalantza argitzeko aukera izango dute uneoro. Hala ere, beraien parte hartzearekin bukatu nahi izanez gero, edozein momentutan bertan behera uzteko eskubide osoa izango dute, inolako azalpenik emateko beharrik gabe.

Ohartzen gara, galdetegiok betetzea neketsua izan daitekeela, baina aldi berean, esku hartze eta prebentzio programak diseinatu eta egokitze tresna baliagarriak dira. Bestalde, hainbat galdera mingarriak suerta daitezke eta bizipenen birgogorapena ere ekar ditzakete. Kasu horretan, ez zalantzarik izan proiektu hau osatzen dugun pertsonokin harremanetan jartzeko, gertatutakoaz hitz egiteko aukera izango duzun terapeuta baten eskuetan jarriko baitzaitugu, doanik. Jo dezakezun elkarte eta zentroekin ere lan egiten baitugu.

**Informazio gehiago behar izanez gero** idatzi hurrengo helbide elektronikora edo hots egin jarraian luzatutako telefono zenbakira, ikerketa taldeak zuzenean erantzungo baitzaitu:

**E-mail:** [investigacion@garaitza.org](mailto:investigacion@garaitza.org)

|           |                            |                         |
|-----------|----------------------------|-------------------------|
| Telefono: | 34 944 139 000 (Ext. 2878) | Deustuko unibertsitatea |
|           | 622 218 016                | Garaitza                |

**Mila esker zure ahaleginagatik, zure lankidetzak oso baliotsua da.**

**Anexo B. Permiso ético de la Universidad de Deusto.**



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN, UNIVERSIDADES E INVESTIGACIÓN  
DIRECCIÓN DE POLÍTICA CIENTÍFICA

**DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE DEUSTO**

Ref: Psi-02/11-12

Tras la valoración interna del proyecto de investigación sobre **abuso sexual en la infancia y adolescencia** que presenta la **Dra. Ana Estévez Gutiérrez**, para su valoración al Comité de Ética de la Universidad de Deusto,

Declaro que:

Habiendo examinado la memoria técnica del proyecto, las consideraciones relativas a los principios éticos que han de respetar los proyectos de investigación, así como el cumplimiento de las exigencias éticas que exige la metodología propuesta en el estudio, el Comité de Ética de la Universidad de Deusto, tal y como se hace constar en el acta de la reunión del 1 de septiembre de 2011 en la que se tomó el acuerdo, no encuentra objeción alguna, y califica el proyecto de **APTO**, de acuerdo a los criterios éticos tenidos en cuenta para el desarrollo de esta investigación.

Y para que así conste,

Fdo: Cristina de la Cruz Ayuso  
Responsable de la Comisión de Ética de la UD  
En Bilbao a 2 de septiembre de 2011



## SITUACIÓN LABORAL ACTUAL:

Estudiante  
 Trabajando  
 Amo/a de casa  
 Baja laboral  
 Desempleado  
 Prejubilado/a/Jubilado/a

A continuación, lee atentamente la lista que presentamos. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piensa si te ha pasado **en las últimas semanas**, incluyendo el día de hoy.

**0 = Si no has tenido esa molestia en absoluto**

**1 = Si la has tenido un poco presente**

**2 = Si la has tenido moderadamente**

**3 = Si la has tenido bastante**

**4 = Si la has tenido mucho o extremadamente**

|                                                                                  |   |   |   |   |   |
|----------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. Nerviosismo o agitación interior.                                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Temblores.                                                                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Tener miedo de repente y sin razón.                                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Sentirse temeroso/a.                                                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Que tu corazón palpita o vaya muy deprisa.                                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Sentirse tenso/a o con los nervios de punta.                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Ataques de terror o pánico.                                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Sentirse tan inquieto/a que no puede ni estar sentado tranquilo/a.            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Presentimientos de que va a pasar algo malo.                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Pensamientos o imágenes estremecedoras que le dan miedo.                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle.                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Miedo a salir de casa solo/a.                                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes.                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Sentirse incómodo/a entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Sentirse nervioso/a cuando se queda solo/a.                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Tener miedo de desmayarse en público.                                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Indica con qué frecuencia experimentaste cada una de las siguientes vivencias durante el **último mes**. Anota las respuestas marcando una cruz sobre la que consideres que es más adecuada para cada caso, según la siguiente escala:

**0 = Prácticamente Nunca**

**2 = Bastantes veces**

**1 = Algunas veces**

**3 = Casi todo el tiempo**

|                                                                                            |   |   |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 1. Sentí que no podía salir de la tristeza incluso con la ayuda de mi familia y amigos/as. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Sentí que era tan buena como otras personas.                                            | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Me sentí molesto/a por cosas que habitualmente no me molestan.                          | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Las personas eran poco amistosas.                                                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Tuve dificultades en concentrarme en lo que estaba haciendo.                            | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Me sentí deprimido/a.                                                                   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Me sentí esperanzado/a respecto al futuro.                                              | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. No me apetecía comer. Tenía poco apetito.                                               | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Sentí que no gustaba a la gente.                                                        | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Sentí que mi vida había sido un fracaso.                                               | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Me sentí solo/a.                                                                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Fui feliz.                                                                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Sentí que todo lo que hacía me suponía un esfuerzo.                                    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Sentí miedo.                                                                           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Tuve ganas de llorar.                                                                  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Disfruté de la vida.                                                                   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Mi sueño fue agitado o inquieto.                                                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Hablé menos de lo habitual.                                                            | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Me sentí triste.                                                                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Sentí que no podía continuar.                                                          | 0 | 1 | 2 | 3 |

A continuación, te presentamos una serie de preguntas relacionadas con tu infancia y con el trato que recibiste de las personas que te cuidaron. Estas preguntas son totalmente anónimas, intenta responder con sinceridad. Responde con una cruz, dependiendo si los sucesos han ocurrido:

**0: Nunca****2: A veces****4: Siempre****1: Raramente****3: A menudo**

| <b>Durante mi infancia o adolescencia</b>                                                                      |   |   |   |   |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. No tenía suficiente para comer.                                                                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Sabía que había alguien que me cuidaba y me protegía.                                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Alguno de mis familiares me llamó cosas como estúpido, vago o feo.                                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Mis padres estaban demasiado bebidos o colocados cómo para ocuparse de la familia                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Hubo alguien en mi familia que me ayudó a sentir que era importante o especial.                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Tuve que llevar ropa sucia.                                                                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Me sentí querido.                                                                                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Pensé que mis padres deseaban que no hubiera nacido.                                                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Alguno de mis familiares me pegó tan fuerte que tuve que ir al médico o al hospital.                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. No había nada que quisiera cambiar de mi familia.                                                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Alguno de mis familiares me pegó tan fuerte que me dejó moratones o marcas.                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Me castigaron con un cinturón, con una tabla, con una cuerda o con otro objeto contundente.                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Mis familiares cuidaban los unos de los otros.                                                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Alguno de mis familiares me dijo cosas ofensivas o hirientes.                                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Creo que fui maltratado físicamente.                                                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Tuve la infancia perfecta.                                                                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Fui golpeado o apaleado tan gravemente que alguien, como un maestro, un vecino o un médico, se dio cuenta. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Sentí que alguien en mi familia me odiaba.                                                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Las personas de mi familia se sentían muy unidas las unas a las otras.                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Alguien intentó tocarme sexualmente, o intentó que yo le tocara.                                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Alguien amenazó con herirme o contar mentiras sobre mi si no hacía algo sexual con él/ella.                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Tuve la mejor familia del mundo.                                                                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Alguien intentó que hiciera cosas sexuales o presenciara actos sexuales.                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Alguien me importunó sexualmente.                                                                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Creo que fui maltratado emocionalmente.                                                                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Había alguien que me llevaba al médico si lo necesitaba.                                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Creo que fui abusado sexualmente.                                                                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Mi familia era una fuente de fuerza y de apoyo.                                                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

0 = Nunca; 1 = Raramente; 2 = A veces; 3 = A menudo; 4 = Siempre

En caso de haber puntuado de 2 a 4 en el ítem 15, 25 y 27 indica en el siguiente cuadro la persona responsable de la misma (ej.: padre, madre, tío/a, abuelo/a, hermano/a...) y su duración aproximada (en días, meses o años).

|             |    |    | POR PARTE DE QUIÉN/QUIENES | DURACIÓN |
|-------------|----|----|----------------------------|----------|
|             | SI | NO |                            |          |
| Físico      |    |    |                            |          |
| Psicológico |    |    |                            |          |
| Sexual      |    |    |                            |          |
|             |    |    |                            |          |

Seguidamente encontrarás una serie de preguntas acerca de diversos hábitos y consumos. Pedimos tu colaboración respondiendo a ellas con sinceridad. Por favor, responde SÍ o NO a cada una de las preguntas que se muestran a continuación:

|                                                                                                                                   |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1. ¿Has pensado alguna vez que deberías beber menos?                                                                              | SI NO |
| 2. ¿Te has sentido molesto cuando alguna persona te ha criticado tu manera o forma de beber?                                      | SI NO |
| 3. ¿Te has sentido culpable alguna vez por su manera o forma de beber?                                                            | SI NO |
| 4. ¿Alguna vez lo primero que has hecho por la mañana es beber alguna bebida alcohólica para relajarte o para eliminar la resaca? | SI NO |
| 5. ¿Has tenido la sensación de que deberías reducir tu conducta de juego?                                                         | SI NO |
| 6. ¿Niegas u ocultas tu verdadera conducta de juego ante las posibles críticas de los demás sobre tus supuestos excesos?          | SI NO |
| 7. ¿Has tenido problemas psicológicos, familiares, económicos o laborales a causa del juego?                                      | SI NO |
| 8. ¿Te sientes con frecuencia impulsado irremediabilmente a jugar a pesar de sus problemas?                                       | SI NO |
| 9. ¿Has pensado alguna vez que deberías consumir menos drogas?                                                                    | SI NO |
| 10. ¿Niegas tu consumo de drogas a familiares, amigos o compañeros para evitar que te critiquen?                                  | SI NO |
| 11. ¿Has tenido problemas psicológicos, económicos, laborales o familiares a causa de tu consumo de drogas?                       | SI NO |
| 12. ¿Te sientes a veces impulsado a consumir drogas aunque hayas decidido no hacerlo?                                             | SI NO |
| 13. ¿Alguna vez te has provocado el vómito para evitar engordar?                                                                  | SI NO |
| 14. ¿Te preocupa que hayas perdido el control sobre la cantidad de comida que ingieres?                                           | SI NO |

|                                                                                                                                                                              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 15. ¿Crees que estás gordo/a aunque los demás te digan que está demasiado delgado/a?                                                                                         | SI NO |
| 16. ¿Estás obsesionado/a con la comida, las dietas y el control de tu peso?                                                                                                  | SI NO |
| 17. ¿Dedicas más tiempo del que crees que debería a estar conectado a Internet con objetivos distintos a los de tu trabajo?                                                  | SI NO |
| 18. ¿Se han quejado tus familiares de las horas que dedicas a Internet?                                                                                                      | SI NO |
| 19. ¿Te resulta duro permanecer alejado de Internet varios días seguidos?                                                                                                    | SI NO |
| 20. ¿Tienes problemas para controlar el impulso de conectarte a Internet o has intentado sin éxito reducir el tiempo que dedicas a estar conectado?                          | SI NO |
| 21. ¿Dedicas más tiempo del que crees que deberías a jugar a la videoconsola o juegos de ordenador?                                                                          | SI NO |
| 22. ¿Se queja tu familia de que pasas demasiado tiempo jugando a la videoconsola o el ordenador?                                                                             | SI NO |
| 23. ¿Te cuesta trabajo estar varios días sin usar tu videoconsola o tus juegos de ordenador?                                                                                 | SI NO |
| 24. ¿Has intentado sin éxito reducir el tiempo que dedicas a jugar con tu videoconsola o tu ordenador?                                                                       | SI NO |
| 25. ¿Tienes dificultades para controlar tu impulso de comprar, gastando con frecuencia más dinero del que deberías?                                                          | SI NO |
| 26. ¿Has tenido problemas con tus familiares debido a tus gastos excesivos y tu falta de control sobre el dinero?                                                            | SI NO |
| 27. ¿Has tenido problemas con tu banco o con familiares por hacer un uso excesivo de las tarjetas de crédito o por haberte quedado sin fondos debido a gastos incontrolados? | SI NO |
| 28. ¿Has intentado sin éxito controlar tu dinero y reducir los gastos innecesarios?                                                                                          | SI NO |
| 29. ¿Tu actividad sexual te ha impedido realizar tareas habituales en tu vida, como trabajo u obligaciones familiares?                                                       | SI NO |
| 30. ¿Se han quejado tus parejas de tu excesiva actividad sexual?                                                                                                             | SI NO |
| 31. ¿Alguna vez has considerado que su actividad sexual es excesiva?                                                                                                         | SI NO |
| 32. ¿Has intentado alguna vez sin éxito moderar tu actividad sexual?                                                                                                         | SI NO |

A continuación se indican una serie de afirmaciones que representan distintas formas de comportarse o sentirse, todas ellas relacionadas con situaciones de enfado. Contesta según el grado en que se ajusten a su forma de comportarse **habitualmente**.

**1: Nunca****3: A Veces****5: Muchas Veces****2: Casi Nunca****4: Bastantes Veces****6: Casi Siempre****7: Siempre**

|                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Cuando algo o alguien hace que me enfade, pago mi cabreo con otra persona.                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Cuando me siento mal, la pago con otros.                                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Cuando he estado enfadado, la he tomado con personas cercanas a mí.                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Algunas veces me cabreo con un amigo o miembro de mi familia, aunque esa persona no sea la causante de mi enfado.     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Saco mi rabia con alguien que, en realidad, es inocente.                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Cuando las cosas no marchan según las había planeado, expreso mi frustración con la primera persona que veo.          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Si alguien me hace enfadar, probablemente exprese mi ira con otra persona.                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Algunas veces me enfado tanto por mi trabajo o estudios que llego a ser hostil con mi familia o amigos.               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Cuando estoy enfadado, no me importa a quién le caigan los golpes.                                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Si he tenido un día duro en el trabajo o en los estudios, probablemente me aseguraré de que todo el mundo se entere. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Este cuestionario consiste en un listado de 20 afirmaciones. Por favor, léelas cuidadosamente una por una. Si la afirmación describe tu actitud con respecto a la **última semana, incluido el día de hoy**, escribe VERDADERO (V) al lado. Si la afirmación es falsa para ti, escribe FALSO (F) al lado. Por favor. Asegúrate de leer cada afirmación.

|                                                                          |          |          |
|--------------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| 1. Veo el futuro con esperanza y entusiasmo.                             | <b>V</b> | <b>F</b> |
| 2. Quizás debería abandonar todo, porque no puedo hacer las cosas mejor. | <b>V</b> | <b>F</b> |
| 3. En lo que a mi respecta, espero más éxito en el futuro.               | <b>V</b> | <b>F</b> |
| 4. No puedo imaginar cómo va a ser mi vida dentro de 10 años.            | <b>V</b> | <b>F</b> |
| 5. Tengo suficiente tiempo para realizar las cosas que deseo hacer.      | <b>V</b> | <b>F</b> |
| 6. En el futuro, espero tener éxito en lo que más me importa.            | <b>V</b> | <b>F</b> |
| 7. Mi futuro me parece oscuro.                                           | <b>V</b> | <b>F</b> |

|                                                                                         |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 8. En la vida, espero lograr más cosas buenas que el común de la gente.                 | V | F |
| 9. En realidad, no puedo estar bien, y no hay razón para estarlo en el futuro.          | V | F |
| 10. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro.                      | V | F |
| 11. Más que bienestar, todo lo que veo por delante son dificultades.                    | V | F |
| 12. No espero conseguir lo que realmente quiero.                                        | V | F |
| 13. Espero ser más feliz de lo que soy ahora.                                           | V | F |
| 14. Las cosas nunca van a marchar de la forma en que yo quiero.                         | V | F |
| 15. Tengo gran fe en el futuro.                                                         | V | F |
| 16. Como nunca logro lo que quiero, es estúpido desear algo.                            | V | F |
| 17. Es poco probable que en el futuro consiga una satisfacción real.                    | V | F |
| 18. El futuro aparece vago e incierto para mí.                                          | V | F |
| 19. Puedo esperar más buenos tiempos que malos.                                         | V | F |
| 20. No hay razón para tratar de conseguir algo deseado, pues probablemente no lo logre. | V | F |

A continuación encontrarás una lista de frases que una persona puede utilizar para describirse a sí misma. Por favor, lee cada frase y decide el grado de exactitud con que te describe. Cuando no estés seguro/a, basa tu respuesta en lo que **emocionalmente sientes, no en lo que pienses que es verdad**. Escoge la puntuación más elevada desde 1 a 6 que te describe y rellena la opción en la hoja de respuestas. La ESCALA DE PUNTUACIONES es la siguiente:

**1 = Totalmente falso**

**2 = La mayoría de las veces falso**

**3 = Más verdadero que falso**

**4 = En ocasiones verdadero**

**5 = La mayoría de las veces verdadero**

**6 = Me describe perfectamente**

|                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 1. Presiento que la gente se aprovechará de mí.                                                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Pienso que ningún hombre/mujer que yo desee podría amarme cuando viese mis defectos.                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. No me aceptan en ningún lugar.                                                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Es sólo una cuestión de tiempo el que alguien me traicione.                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. No hago casi nada en el trabajo (o en mis estudios) tan bien como lo pueden hacer otras personas.    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Siento que en cualquier momento podría ocurrir un desastre (natural, criminal, financiero o médico). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

|                                                                                                                               |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 7. No he sido capaz de independizarme de mis padres, en la medida en que las otras personas de mi edad parecen haberlo hecho. | 1 2 3 4 5 6 |
| 8. Nadie que yo desee, querría estar cerca de mí si me conociese realmente.                                                   | 1 2 3 4 5 6 |
| 9. La mayoría de las personas están más capacitadas que yo en temas de trabajo y de rendimiento.                              | 1 2 3 4 5 6 |
| 10. No puedo escapar a la sensación de que algo malo va a ocurrir.                                                            | 1 2 3 4 5 6 |
| 11. Tengo que ser el/la mejor en la mayoría de las cosas que hago; no puedo aceptar ser el segundo/a mejor.                   | 1 2 3 4 5 6 |
| 12. Me siento aferrado/a a las personas a las que estoy muy unido/a porque tengo miedo de que me abandonen.                   | 1 2 3 4 5 6 |
| 13. Lo paso mal cuando tengo que sacrificar gratificaciones inmediatas por conseguir un objetivo a largo plazo.               | 1 2 3 4 5 6 |
| 14. Normalmente estoy al acecho de las intenciones ocultas de los demás.                                                      | 1 2 3 4 5 6 |
| 15. Soy básicamente diferente de las otras personas.                                                                          | 1 2 3 4 5 6 |
| 16. No me siento capaz de arreglármelas por mí mismo/a en las cosas de cada día.                                              | 1 2 3 4 5 6 |
| 17. No merezco el cariño, la atención ni el respeto de los demás.                                                             | 1 2 3 4 5 6 |
| 18. Pienso que si hago lo que quiero, sólo me buscaré problemas.                                                              | 1 2 3 4 5 6 |
| 19. A menudo siento que no tengo una identidad independiente de la de mis padres o de mi pareja.                              | 1 2 3 4 5 6 |
| 20. Siempre he sido el/la que escucha los problemas de los demás.                                                             | 1 2 3 4 5 6 |
| 21. Tengo muchas dificultades para exigir que se respeten mis derechos y que se tengan en cuenta mis sentimientos.            | 1 2 3 4 5 6 |
| 22. A menudo siento como si mis padres (o uno de ellos) estuviesen viviendo a través de mí; no tengo una vida propia.         | 1 2 3 4 5 6 |
| 23. Intento hacer las cosas lo mejor que puedo; no puedo aceptar un "bastante bien".                                          | 1 2 3 4 5 6 |
| 24. Siento que no tendría que seguir las normas básicas ni convencionalismos que siguen los demás.                            | 1 2 3 4 5 6 |
| 25. No tengo sentido común.                                                                                                   | 1 2 3 4 5 6 |
| 26. Las personas me ven como alguien que hace demasiadas cosas para los demás y no las suficientes para sí mismo/a.           | 1 2 3 4 5 6 |
| 27. Me preocupa que me puedan atacar.                                                                                         | 1 2 3 4 5 6 |
| 28. Me veo a mí mismo/a como una persona dependiente, en lo que se refiere al funcionamiento de cada día.                     | 1 2 3 4 5 6 |
| 29. Durante gran parte de mi vida, no me he sentido alguien especial para nadie.                                              | 1 2 3 4 5 6 |
| 30. Estoy tan ocupado/a haciendo cosas por las personas que me importan, que me queda poco tiempo para mí mismo/a.            | 1 2 3 4 5 6 |
| 31. Algunas veces estoy tan preocupado/a por la posibilidad de que las personas me dejen que me alejo de ellas.               | 1 2 3 4 5 6 |
| 32. Odio que me limiten o que no me dejen hacer lo que quiera.                                                                | 1 2 3 4 5 6 |

1 = Totalmente falso; 2 = La mayoría de las veces falso; 3 = Más verdadero que falso; 4 = En ocasiones Verdadero; 5 = La mayoría de las veces verdadero; 6 = Me describe perfectamente.

|                                                                                                                                                         |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 33. Me siento poco integrado en los grupos.                                                                                                             | 1 2 3 4 5 6 |
| 34. Soy una buena persona porque pienso más en los demás que en mí mismo/a.                                                                             | 1 2 3 4 5 6 |
| 35. Debo cumplir todas mis responsabilidades.                                                                                                           | 1 2 3 4 5 6 |
| 36. En general, no he tenido a mi lado personas que me dieran cariño, apoyo y afecto.                                                                   | 1 2 3 4 5 6 |
| 37. Siento que no puedo bajar la guardia cuando estoy con otras personas, si no, ellos me harán daño intencionadamente.                                 | 1 2 3 4 5 6 |
| 38. En las relaciones, dejo que la otra persona tome la iniciativa.                                                                                     | 1 2 3 4 5 6 |
| 39. No me permito eludir mis responsabilidades ni buscar excusas para mis errores.                                                                      | 1 2 3 4 5 6 |
| 40. Soy especial y no tendría que aceptar muchas de las restricciones que se les imponen a las otras personas.                                          | 1 2 3 4 5 6 |
| 41. Necesito tanto a los demás que me preocupa perderlos.                                                                                               | 1 2 3 4 5 6 |
| 42. No puedo fiarme de mi criterio en las situaciones cotidianas.                                                                                       | 1 2 3 4 5 6 |
| 43. No me siento unido/a a nadie. Soy una persona solitaria.                                                                                            | 1 2 3 4 5 6 |
| 44. Siento que no tengo otra opción que ceder ante los deseos de los demás, de lo contrario se vengarán de mí o me rechazarán de alguna manera.         | 1 2 3 4 5 6 |
| 45. No soy tan inteligente como la mayoría de las personas en lo que se refiere al trabajo (o estudio).                                                 | 1 2 3 4 5 6 |
| 46. La gente me ve como alguien emocionalmente rígido/a.                                                                                                | 1 2 3 4 5 6 |
| 47. En mí hay demasiadas cosas básicas que son inaceptables, como para poder abrirme a los demás.                                                       | 1 2 3 4 5 6 |
| 48. Cuando siento que alguien que me importa va a alejarse de mí, me desespero.                                                                         | 1 2 3 4 5 6 |
| 49. Soy incompetente cuando se trata de rendir en cualquier tarea.                                                                                      | 1 2 3 4 5 6 |
| 50. Durante la mayor parte de mi vida no he tenido a nadie que me escuchase, me comprendiese o conectase con mis verdaderas necesidades o sentimientos. | 1 2 3 4 5 6 |
| 51. No tengo tantas aptitudes para el trabajo (o estudio) como la mayoría de la gente.                                                                  | 1 2 3 4 5 6 |
| 52. Soy demasiado tímido/a para expresar sentimientos positivos hacia los demás (por ejemplo, cariño, preocupación ...)                                 | 1 2 3 4 5 6 |
| 53. Me preocupa perder todo mi dinero y acabar en la miseria.                                                                                           | 1 2 3 4 5 6 |
| 54. Soy el/la que normalmente acabo cuidando de las personas cercanas a mí.                                                                             | 1 2 3 4 5 6 |
| 55. Si no puedo alcanzar un objetivo, me siento frustrado/a enseguida, y dejo de intentarlo.                                                            | 1 2 3 4 5 6 |
| 56. Me controlo tanto que las personas piensan que no tengo sentimientos.                                                                               | 1 2 3 4 5 6 |
| 57. Raramente he tenido a una persona fuerte que me diese un buen consejo o que me guiase cuando no estaba seguro/a de lo que hacer.                    | 1 2 3 4 5 6 |
| 58. Soy bastante desconfiado/a respecto a las intenciones de los demás.                                                                                 | 1 2 3 4 5 6 |
| 59. No confío en mi habilidad para resolver los problemas que van surgiendo en el día a día.                                                            | 1 2 3 4 5 6 |

1 = Totalmente falso; 2 = La mayoría de las veces falso; 3 = Más verdadero que falso; 4 = En ocasiones Verdadero; 5 = La mayoría de las veces verdadero; 6 = Me describe perfectamente

|                                                                                                                                   |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 60. Mi padre y/o mi madre se involucran demasiado en mi vida y yo en la suya.                                                     | 1 2 3 4 5 6 |
| 61. Siempre dejo que los demás decidan por mí, de manera que no sé lo que verdaderamente quiero para mí mismo/a.                  | 1 2 3 4 5 6 |
| 62. Me resulta embarazoso tener que expresar mis sentimientos a los demás.                                                        | 1 2 3 4 5 6 |
| 63. La mayor parte de mi vida no he tenido a nadie que me cuide, ni que comparta y se preocupe realmente por lo que me ocurre.    | 1 2 3 4 5 6 |
| 64. Siento que no soy simpático/a.                                                                                                | 1 2 3 4 5 6 |
| 65. Es muy difícil para mis padres (o para uno de ellos) y para mí ocultarnos intimidades sin sentirnos culpables o traicionados. | 1 2 3 4 5 6 |
| 66. Siento que lo que yo puedo ofrecer es más valioso que lo que los demás me aportan a mí.                                       | 1 2 3 4 5 6 |
| 67. Me es muy difícil aceptar un "no" como respuesta cuando quiero algo de los demás.                                             | 1 2 3 4 5 6 |
| 68. Me preocupa estar empezando a sufrir una enfermedad grave, aunque ningún médico me ha diagnosticado nada importante.          | 1 2 3 4 5 6 |
| 69. Me es difícil ser cálido/a y espontáneo/a.                                                                                    | 1 2 3 4 5 6 |
| 70. Me preocupa que las personas a las que me siento unido/a me dejen o me abandonen.                                             | 1 2 3 4 5 6 |
| 71. No consigo obligarme a hacer aquello que no me gusta, aunque sepa que es por mi bien.                                         | 1 2 3 4 5 6 |
| 72. Raramente he sido capaz de mantenerme firme en mis propósitos.                                                                | 1 2 3 4 5 6 |
| 73. Siento una presión constante por hacer las cosas y darlas por terminadas.                                                     | 1 2 3 4 5 6 |
| 74. Me siento alejado/a del resto de personas.                                                                                    | 1 2 3 4 5 6 |
| 75. Me cuesta obligarme a terminar tareas rutinarias o aburridas.                                                                 | 1 2 3 4 5 6 |

*1 = Totalmente falso; 2 = La mayoría de las veces falso; 3 = Más verdadero que falso; 4 = En ocasiones Verdadero; 5 = La mayoría de las veces verdadero; 6 = Me describe perfectamente*

A continuación encontrarás una lista de frases que una persona puede utilizar para describir a sus padres. Por favor, lee con atención cada frase y decide el grado de exactitud con que describiría a los tuyos. Selecciona la **puntuación del 1 al 6** que describiría primero a tu madre, y después a tu padre, cuando tú **eras niño/a** y márcalo junto a cada frase. Si alguien sustituyó a tu madre o a tu padre, por favor responde lo que describiría a esta persona. Si no tuviste madre o padre, deja sin responder esa columna. La escala es la siguiente:

**1 = Totalmente falso**

**4 = Más verdadero que falso**

**2 = La mayoría de las veces falso**

**5 = La mayoría de las veces verdadero**

**3 = Más falso que verdadero**

**6 = Me describe perfectamente**

| Madre       | Padre       | DESCRIPCIÓN                                                                                                     |
|-------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 1. Me quiso, me trató como alguien especial.                                                                    |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 2. Pasó tiempo conmigo y me prestó atención.                                                                    |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 3. Me sirvió de guía y orientación.                                                                             |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 4. Me escuchó, me comprendió y compartió sus sentimientos conmigo.                                              |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 5. Fue cálido/a y afectuoso/a.                                                                                  |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 6. Murió o dejó la casa permanentemente cuando yo era un niño/a.                                                |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 7. Era una persona que cambiaba mucho de estado de ánimo, era impredecible, o tenía un problema de alcoholismo. |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 8. Prefería a mi hermano (s) o hermana(s) antes que a mí.                                                       |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 9. Me retiró de su lado o me dejó solo/a por largos periodos de tiempo.                                         |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 10. Me mintió, engañó o traicionó.                                                                              |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 11. Abusó de mí física, psicológica o sexualmente.                                                              |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 12. Me utilizó para satisfacer sus necesidades.                                                                 |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 13. Parecía que obtenía placer haciéndome daño.                                                                 |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 14. Se preocupaba en exceso de que yo no me hiciese daño.                                                       |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 15. Se preocupaba en exceso de que yo me pusiera enfermo.                                                       |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 16. Era una persona miedosa o fóbica.                                                                           |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 17. Me sobreprotegió.                                                                                           |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 18. Me hizo sentir que no podía confiar en mis decisiones o en mi juicio.                                       |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 19. Hizo demasiadas cosas por mí en vez de dejarme hacerlas a mí.                                               |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 20. Me trató como si fuese más pequeño de lo que realmente era.                                                 |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 21. Me criticó mucho.                                                                                           |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 22. Me hizo sentir no querido/a o rechazado/a.                                                                  |

|             |             |                                                                                                                 |
|-------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 23. Me trató como si hubiese algo malo en mí.                                                                   |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 24. Me hizo sentir avergonzado/a de mi mismo/a en aspectos importantes.                                         |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 25. Nunca me inculcó la disciplina necesaria para tener éxito en la escuela.                                    |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 26. Me trató como si fuera estúpido o sin talento.                                                              |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 27. No quería que yo tuviese éxito.                                                                             |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 28. Esperaba que yo fuera un fracasado.                                                                         |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 29. Me trató como si mis opiniones o deseos no contaran.                                                        |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 30. Hizo lo que él/ella quería, sin tener en cuenta mis necesidades.                                            |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 31. Controló mi vida y tuve poca libertad para elegir.                                                          |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 32. Todo había que hacerlo a su manera.                                                                         |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 33. Sacrificó sus propias necesidades por el bien de la familia.                                                |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 34. Era incapaz de asumir muchas responsabilidades, por lo que yo tuve que hacer más de lo que me correspondía. |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 35. Fue muy infeliz y se apoyó en mí para que la entendiese y apoyase.                                          |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 36. Me hizo sentir que yo era fuerte y que podía hacerme cargo de otras personas.                               |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 37. Tenía altas expectativas para si mismo/a.                                                                   |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 38. Esperaba de mí que hiciera todo lo mejor todo el tiempo.                                                    |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 39. Era un perfeccionista en muchas áreas; las cosas tenían que ser “justamente así”.                           |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 40. Me hizo sentir que casi nada de lo que yo hacía era lo bastante bueno.                                      |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 41. Era estricto/a, con reglas rígidas sobre lo que estaba bien y lo que estaba mal.                            |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 42. Llegó a ser impaciente si las cosas no se hacían adecuadamente o suficientemente rápido.                    |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 43. Daba más importancia a hacer las cosas bien que a relajarse o a disfrutar.                                  |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 44. Me consintió, fue demasiado indulgente en muchos sentidos.                                                  |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 45. Me hizo sentir que yo era especial, mejor que la mayoría de la gente.                                       |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 46. Fue demandante, esperaba que las cosas se hiciesen a su manera.                                             |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 47. No me enseñó que yo tenía responsabilidades para con otras personas.                                        |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 48. Me dio poca disciplina y organización.                                                                      |

1 = Totalmente falso; 2 = La mayoría de las veces falso; 3 = Más falso que verdadero; 4 = Más verdadero que falso; 5 = La mayoría de las veces verdadero; 6 = Me describe perfectamente

|             |             |                                                                                                                |
|-------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 49. Me estableció pocas reglas o responsabilidades.                                                            |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 50. Me permitió perder el control o enfadarme mucho.                                                           |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 51. Era una persona indisciplinada.                                                                            |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 52. Estábamos tan unidos que nos entendíamos casi a la perfección.                                             |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 53. Sentí que no tenía suficiente individualidad o sentido de mi mismo separado/a de él/ella.                  |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 54. Sentí que no encontraba mi propia identidad mientras crecía, porque él/ella tenía una fuerte personalidad. |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 55. Sentí que nos haríamos daño si alguno de los dos se alejaba del otro.                                      |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 56. Se preocupaba mucho de los problemas financieros de la familia.                                            |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 57. Me hizo sentir que si cometía un pequeño error, algo malo podría ocurrir.                                  |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 58. Era pesimista. Habitualmente esperaba que ocurriese lo peor.                                               |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 59. Se centró en los aspectos negativos de la vida, o en las cosas que salían mal.                             |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 60. Tenía todo bajo control.                                                                                   |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 61. Se sentía a disgusto a la hora de expresar cariño o vulnerabilidad.                                        |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 62. Era una persona estructurada y organizada; prefería lo conocido frente a los cambios.                      |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 63. Raramente expresaba rabia.                                                                                 |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 64. Era reservado/a; raramente hablaba sobre sus sentimientos.                                                 |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 65. Se enfadaba o me criticaba duramente si hacía algo mal.                                                    |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 66. Me castigaba si hacía algo mal.                                                                            |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 67. Me llamaba cosas (como “estúpido” o “idiota”) si cometía errores.                                          |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 68. Culpaba a la gente cuando las cosas salían mal.                                                            |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 69. Estaba interesado/a en el estatus social y en la apariencia.                                               |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 70. Daba mucha importancia al éxito y a la competición.                                                        |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 71. Estaba interesado/a en cómo mi comportamiento podría desacreditarlo/a a ojos de demás.                     |
| 1 2 3 4 5 6 | 1 2 3 4 5 6 | 72. Sentía que me quería más o me prestaba más atención cuando sobresalía en algo.                             |

1 = Totalmente falso; 2 = La mayoría de las veces falso; 3 = Más falso que verdadero; 4 = Más verdadero que falso; 5 = La mayoría de las veces verdadero; 6 = Me describe perfectamente

**MUCHAS GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN**

