

PSICOLOGÍA

Relación entre abuso sexual y salud mental, asociada a autoestima, asertividad, depresión y ansiedad, en estudiantes universitarios

LIC. SABINE WIEBE¹

Resumen

El TG “Relación entre abuso sexual y salud mental, asociada a autoestima, asertividad, depresión y ansiedad, en estudiantes universitarios” buscó determinar la cantidad de estudiantes víctimas de abuso sexual antes de sus 18 años de edad, relacionarlo con la salud mental de los estudiantes abusados y compararla con la de sus pares de la misma carrera y facultad, que no pasaron por esa situación. Es una investigación cuantitativa, con un diseño descriptivo, correlacional y comparativo. Los 100 participantes, todos provenientes de una misma carrera de una universidad privada de Asunción, respondieron de forma voluntaria y anónima un Cuestionario sobre Abuso Sexual, la Escala de Autoestima de Rosenberg, el Inventario de Asertividad de Gambrill & Richey, el Inventario de Depresión de Beck y un Cuestionario de Ansiedad Rasgo Rasgo-Estado (STAI). De la comparación de resultados entre las variables se obtuvo que no hay una diferencia significativa en los aspectos medidos entre un grupo y otro de estudiantes. Se concluye que el abuso sexual es una realidad en nuestro contexto, consta de que el 35% de los participantes reportaron abuso sexual en su infancia, que el abuso sexual sí puede repercutir en la salud mental, pero que su presencia o su ausencia no determina el grado de autoestima, de la asertividad, de la depresión y de la ansiedad.

Palabras clave: Abuso sexual, estudiantes universitarios, salud mental.

Introducción

Según un informe de la Unicef (2013), en los últimos años en Paraguay se han triplicado las denuncias del abuso sexual a niños y a adolescentes y hay todavía muchos casos que nunca llegaron a ser denunciados. Mientras que en el 2005 se registraron “solamente” 788 casos, en el 2010 los casos denunciados ya llegaron a ser 2298 (Orfilia Martínez, 2013, p. 59). Según la misma entidad, en Paraguay existe “cierta tolerancia o permisividad” hacia el abuso sexual que se alimenta de un contexto cultural machista y

¹ La Lic. Sabine Wiebe es consejera y profesora en el Instituto Bíblico Asunción. Ha realizado estudios en Formación Docente (Filadelfia, Chaco), Teología (IBA) y Psicología Clínica (Universidad Católica de Asunción). Es miembro de la Iglesia Hermanos Menonitas Concordia. El presente artículo es un resumen de su tesis presentada en cumplimiento de la Licenciatura en Psicología en la Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción (2018).

patriarcal “que produce prácticas discriminatorias hacia mujeres, niños y especialmente niñas”. La representante de la Unicef en Paraguay, Rosa Elcarte, en una conferencia de prensa con Última Hora (26 de mayo del 2015), afirmó que “Paraguay tiene, sobre el papel, el mejor sistema de protección a víctimas de abusos sexuales. Pero el sistema no está funcionando, en gran parte, porque no cuenta con recursos económicos”.

En América Latina y a nivel mundial las cifras reportadas por la Unicef (2017) no son mejores: según datos oficiales uno de cada cinco niños es abusado sexualmente, mayormente por familiares cercanos. Si se diferencia entre niños varones y niñas mujeres, una de cada tres niñas, y uno de cada nueve niños son abusados antes de los 18 años de edad. Solamente en América Latina se calcula que cada año se producen al menos 2.000.000 de casos de abuso sexual. Teniendo en cuenta que la mayoría de los abusos sexuales nunca llegan a luz gracias a la maquinaria del crimen, la cifra podría fácilmente duplicarse.

El abuso sexual así, no solamente es el crimen mejor silenciado y negado, tampoco conoce barreras: traspasa todas las culturas, religiones, estratos sociales y niveles socioeconómicos. También se da en las iglesias y en hogares cristianos, donde suele ser aún más tabuizado y negado porque no concuerda con la cosmovisión cristiana y las enseñanzas bíblicas.

Partiendo de publicaciones revisadas y de estudios epidemiológicos realizados a nivel nacional e internacional, esta investigación se propone determinar la cantidad de estudiantes en una carrera de una universidad privada en Asunción que han pasado, en su infancia o adolescencia, por un abuso sexual, y qué posibles consecuencias puedan estar asociadas a su salud mental en comparación con aquéllos que no lo fueron.

Es necesario aclarar, que bien puede ser que la salud mental, tanto de los estudiantes víctimas de abuso sexual, como también, de los estudiantes que no han pasado por abuso sexual, hubieran sido fuertemente influenciados por otros factores, y no principalmente, o exclusivamente, por el abuso sexual. También se sabe que hay víctimas de abuso sexual asintomáticas. No obstante, es bien conocido, que el abuso sexual puede traer consigo consecuencias a corto y a largo plazo.

1. Marco teórico y referencial

Según la psiquiatra infanto-juvenil Beate Besten (2001), “el abuso sexual es toda agresión física o psíquica contra la esfera sexual del niño que se produce en contra de la voluntad del mismo, afecta a su bienestar, viola sus derechos y, en primer término, sirve para satisfacer las necesidades del adulto” (p. 75).

Irene V. Intebi (1998) define al ASI como “un balazo en el aparato psíquico que produce heridas de tal magnitud en el tejido emocional que hacen muy difícil predecir

cómo cicatrizará el psiquismo y cuáles serán las secuelas”.

Melanie Reinke (2002) agrega que el hecho que se le obliga al niño o adolescente a que guarde silencio es central, condenándolo así a la mudez, indefensión e impotencia (p. 20).

La frecuencia de los abusos sexuales se debe a la facilidad de manipulación y el abuso del poder que se presentan en cualquier momento y lugar. Es importante saber también, que “el abuso sexual no siempre involucra un daño físico ni siquiera un contacto físico” (McDowell & Hostetler, 2010, p. 361). El abuso sexual se puede presentar por cualquier violación del espacio personal, físico o emocional del individuo, por medio de palabras, o al exponerlo a que vea imágenes de naturaleza sexual. (Holderread Heggen, 2002, p. 19)

El juez argentino Carlos Rozanski (2005) dice que el crimen del abuso sexual se distingue de otros delitos por las siguientes características: el secreto (imperla la ley del silencio), la confusión (la auto recriminación y la ira), la violencia física y psicológica, las amenazas (aunque acá hay que recordar que cuanto más chico es el niño, menos necesario es recurrir a las amenazas), la responsabilidad, que cae siempre y en su totalidad sobre el abusador, la normalización del fenómeno (el niño recibe la explicación que todos los padres los hacen con sus hijos) y, por último, la asimetría de la relación (Rozanski, 2005, pp. 79-81).

No todas las víctimas se sienten abusadas, aunque lo fueron. Sobre todo en el caso de los varones, debido a que el estado de víctima no cabe en la imagen varonil. Melanie Reinke (2002, pp. 18-19), citando a Bange y a David Finkelhor, aclara que abuso sexual puede existir aunque la víctima no lo percibe como tal. Además hay que aclarar que no cada abuso sexual es traumático debido a que hay niños psíquicamente más fuertes y equipados. En otros, se notan las consecuencias recién mucho más tarde.

Los profesores alemanes, Sabine Andresen y Wilhelm Heitmeyer, citados por Reinhold Ruthe (2016), escriben: “Una experiencia que hacen muchos niños como también adultos es no encontrar oídos o ser acusados de mentira. Un niño sexualmente abusado tiene que hablar en promedio a ocho adultos hasta que alguien le cree” (p. 32).

Sabiendo que “la destrucción de la memoria tiene lugar cuando el sujeto ha atravesado una situación tan violenta, tan fuerte, que debido al impacto de lo acontecido, el sujeto no está en condiciones de contar lo que ha ocurrido” (Calvi, 2009, p. 115). Eso explica también porque hay víctimas que sufren las consecuencias del abuso sexual aún décadas después sin saber el porqué.(Cinalli & Cinalli, 2009, p. 100).

La pregunta habitual: “¿Ahora se producen más abusos, o lo que sucede es que los medios de comunicación los difunden cada vez que ocurren?” podría ser interpretada por un lado como una curiosidad preocupada y, por otro lado, como un intento inconsciente de derivar la atención hacia una

evaluación histórica. Además, esta pregunta puede también contener la espera de una respuesta tranquilizador de un “siempre ocurrió”, es decir, una tendencia a encubrir la gravedad, omitiendo la responsabilidad de un aquí y ahora. (Giberti, 2005, pp. 13-14)

1.1. Consecuencias y efectos del abuso sexual

No todas las personas reaccionan de la misma manera frente a un suceso traumático o a la experiencia de victimización, ni todas las experiencias comparten las mismas características. Según los profesores de Psicología Clínica en la Universidad del País Vasco, Enrique Echeburúa y Paz de Corral (2006, pp. 80-81), hay cuatro variables que modulan el impacto emocional del abuso sexual: el perfil individual de la víctima (estabilidad psicológica, edad, sexo y contexto familiar); las características del acto abusivo (frecuencia, severidad, existencia de violencia o amenazas, cronicidad, etc.); la relación existente con el abusador; y las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso.

Según dichos autores, la gravedad de las secuelas está en función de la frecuencia y duración de la experiencia, así como del empleo de la fuerza y de amenazas o la existencia de una violación propiamente dicha (penetración vaginal, anal o bucal). De este modo, cuanto más crónico e intenso es el abuso, mayor es el desarrollo de un sentimiento de indefensión y de vulnerabilidad y más probable resulta la aparición de síntomas. (Echeburúa & Corral, 2006, pág. 80)

Los psicólogos Cantón-Cortés & Cortés(2015, p. 553) y Noemí Pereda Beltrán (2009, pp. 136-137) afirman que los efectos a corto plazo en niños y adolescentes son más llamativos y significativos que los efectos a largo plazo en personas adultas. Para mencionar algunos: bajo rendimiento escolar, dolores psicósomáticos, desregularizaciones de los niveles de cortisol, trastornos de alimentación, conductas suicidas y conductas sexuales tempranas.

A continuación se desarrollarán algunas consecuencias que suelen ser fuertemente presentes tanto a corto como a largo plazo.

1.1.1. Vergüenza

“La vergüenza es un sentido profundo y doloroso de incompetencia, así como de fracaso personal, el cual tiene como base la inhabilidad de cumplir con los estándares de conducta; estándares impuestos por nosotros mismos o por otros” (Tracy, 2011, p. 167).

Según Tracy (2011, pp. 165-166), la vergüenza es una de las emociones humanas más poderosas. Con frecuencia dirige, abruma y transforma todas las demás emociones, pensamientos y experiencias. Por ejemplo, cuando víctimas de abuso experimentan el placer sensorial, frecuente e instintivamente se sienten culpables. Estos sentimientos de

culpa refuerzan la vergüenza interna y fortalecen la creencia básica que son personas “sucias”, desagradables, defectuosas e incapaces. (Voos, 2013)

La psicoanalista argentina Bettina Calvi, citando a Velázquez (2003), señala tres tipos de sentimientos productos del abuso y devastadores de la psique: un sentimiento de desamparo y de impotencia, el sentimiento de estar permanentemente en peligro y el sentirse diferente a los demás (2009, pp. 49-50).

Algunos síntomas de la vergüenza (Tracy, 2011, pp. 187-188): Lucha crónica en contra de una baja autoestima; Depresión en menor grado; Ansiedad y celos; La necesidad de competir y compararse; Sensación de no encajar; Autocentrismo (La gran inseguridad hace que estas personas se centran en sí mismas. No son capaces de amar y servir a otros con libertad); Perfeccionismo (El perfeccionismo no es otra cosa que controlar estricta y rígidamente lo que los demás ven en lo exterior. Temen, con intensidad, que los demás descubren la verdad sobre sus defectos internos y así desesperadamente, crean la apariencia de que todo está bien.); Tendencia a la adicción (La vergüenza crónica es dolorosa en extremo y a menudo lleva a un comportamiento compulsivo y hasta adictivo. Temporalmente la adicción puede funcionar como una anestesia para el dolor emocional. Con frecuencia, la vergüenza lleva al alcoholismo, la adicción sexual y al desorden alimenticio.); Cansancio.

1.1.2. La impotencia y la falta de vida

Gracias a las investigaciones durante las décadas pasadas, la comprensión sobre el abuso ha crecido. En especial las investigaciones en relación a las consecuencias a largo plazo han sido relevantes para entender por qué y cómo las víctimas de abuso llegan a ser “muertos vivientes”. De manera gradual, los investigadores entendieron que todas las formas de trauma causan estrés radical. A su vez, el estrés puede causar una amplia gama de síntomas emocionales y físicos debilitantes. Esto es lo que se conoce como Estrés Postraumático (TEPT). En este trastorno, los incidentes traumáticos se vuelven a experimentar a través de pesadillas, visiones repentinas del pasado (flashbacks), insensibilidad emocional, hiperactivación (respiración acelerada, palpitaciones cardíacas, etc.) y un deseo extremo de evitar los recuerdos del trauma. Para algunos, los síntomas disminuyen con el paso del tiempo y los recuerdos del incidente traumático se almacenan como sucesos desafortunados del pasado; sin embargo, para otros, los recuerdos y las emociones relacionadas con el trauma controlan la vida. El trauma llega a activarse con el tiempo, la angustia incrementa. Para estas personas, el tiempo no sana todas las heridas. (Pfeifer, 2012, p. 5; Tracy, 2011, pp. 214-223)

1.1.3. El aislamiento

Aunque los efectos del abuso en las relaciones varían de acuerdo al tipo y severidad de éste, el hecho es que, con frecuencia, produce una permanente y profunda discapacidad relacional. La investigación demuestra que las víctimas de abuso sexual tienen muchas más probabilidades de tener relaciones no saludables, en las cuales

vuelven a ser victimizadas; tienen problemas en hacer ajustes sociales, con el fin de experimentar relaciones satisfactorias; y tienen más dificultades para confiar en las relaciones, en comparación con aquellos que no han sufrido abuso. (Australian Institute of Family Studies, 2013)

No solamente en los adultos el abuso deja sus marcas, sino también en niños. Niños o adolescentes abusados son más desconfiados, aislados y tienen menos relaciones cercanas. El aislamiento se acentúa en las víctimas debido a la incomodidad que suelen sentir las personas que las rodean. El impacto relacional es tanto que una de las reacciones primarias del trauma es desconectarse de las demás personas. El abuso, más que cualquier otro comportamiento destructivo, tiene un efecto paralizante sobre las relaciones. (Asociación Redime, 2010)

¿Cuál es la forma en que el abuso paraliza la intimidad relacional? ¿Qué dinámicas está utilizando? Sin lugar a duda, una de las dinámicas más fuertes es la vergüenza, la cual fue desarrollada más arriba. Otras tres dinámicas paralizantes son las siguientes: destrucción de las suposiciones, la desconfianza y la insensibilidad. ¿Cómo actúan? Como el abuso hace sentir a las víctimas inseguridad e impotencia, éstas se sienten más potentes y fuertes cuando evitan la vulnerabilidad de confiar en otros. La desilusión acerca de lo que suponían como seguro y bueno provoca también una intimidad y confianza fracturada. Por tanto, la desconfianza es una de las consecuencias más comunes, ya que la confianza es el combustible relacional. (Tracy, 2011, pp. 259-271)

Según David Finkelhor (1994), la cicatriz post-abuso que más perdura es la incapacidad de confiar en otros. Tienen dificultades para confiar sus emociones o acercarse demasiado, pues temen que todo lo quieren los hombres es sexo. La desconfianza siempre termina en insensibilidad o en un bloqueo emocional, lo cual conlleva a que víctimas de abuso sexual experimentan poco o nada de intimidad relacional. No sentir ni dolor ni placer implica no ser consciente de los propios sentimientos como tampoco reconocer y abrazar los de otros. (Tracy, 2011, pp. 267-273)

Y, una última forma en la cual el abuso suele inhibir cercanía, es que socava el sentido del yo, de modo que hace que las víctimas se sientan desvaloradas, impotentes e inferiores en comparación con otros. A menudo, las mujeres víctimas de abuso sienten esto de forma más profunda, al ser incapaces de establecer límites saludables, hacer peticiones apropiadas a sus parejas o esperar que las traten con respeto. Esto explica porqué las mujeres que experimentaron violencia en la niñez tienen más probabilidades de entablar una relación marital o de convivencia con hombres violentos. (Cloud & Townsend, 2012, pp. 77-78)

1.2. Abuso sexual en relación con autoestima, asertividad, depresión y ansiedad

1.2.1. Depresión y ansiedad

En general, los estudios acerca de consecuencias a largo plazo del abuso sexual

infantil muestran una disminución de la sintomatología con el paso del tiempo. Rind, Tomovich y Bauserman (citados en Cantón-Cortés & Cortés, 2015, p. 553) concluyeron, en su estudio meta-analítico, que alrededor de 2/3 de hombres víctimas de abuso sexual y 1/3 de las mujeres víctimas no mostraban sintomatología clínica en la edad adulta.

Sin embargo, una revictimización o sucesos estresantes pueden hacer aparecer la sintomatología. De acuerdo a autores como Berliner y Elliot (2003) y Guerricaechevarría y Echeburúa (2005, pp. 86-112), la depresión es una de los síntomas más frecuentes en adultos abusados sexualmente durante su infancia. Además, según los mismos autores, víctimas adultos presentan una mayor probabilidad de padecer trastornos emocionales como ansiedad, baja autoestima o problemas en las relaciones sexuales.

Los doctores y especialistas americanas en abuso sexual, Lucy Berliner y Diana M. Elliot (2003), afirman que víctimas de abuso sexual, en comparación con el resto de la población, presentan hasta 5 veces mayores probabilidades de desarrollar un trastorno generalizado de ansiedad, fobias, trastorno de pánico o el trastorno obsesivo compulsivo.

De acuerdo a autores como Berliner y Elliott (2003), la depresión es uno de los cuadros psicopatológicos más frecuentes en adultos sexualmente abusados durante la infancia.

Una correlación similar ocurre también entre abuso sexual y síntomas de ansiedad, tanto en muestras clínicas como en comunitarias. De acuerdo a Berliner & Elliott (2003), víctimas de abuso sexual pueden adquirir 5 veces más probable un cuadro de ansiedad generalizada, fobias, trastorno de pánico o un trastorno obsesivo compulsivo.

1.2.2. Autoestima y asertividad

La autoestima es una tercera área afectada en víctimas de abuso sexual. En un estudio con un muestra de 83 estudiantes universitarios, llevado a cabo por David Cantón y Fernando Justicia (2009), se obtuvo una relación significativa entre el historial de abuso sexual y autoestima baja. Los estudiantes con antecedentes de abuso sexual presentaron un incremento de 21% en la probabilidad de sufrir de una autoestima baja. Los investigadores también afirmaron que sus participantes femeninos tendían también a involucrarse en prácticas sexuales riesgosos e insalubres, experimentando en mayor cantidad problemas y disfunciones sexuales en comparación con mujeres sin historial de abuso.

La autoestima es muy relacionada con asertividad. ¿Qué es asertividad? Asertividad es la capacidad de ejercer y/o defender los derechos personales, como decir “no”, expresar desacuerdos, dar opiniones contrarios, expresar sentimientos complicados/negativos sin dejarse manipular y sin manipular a los demás. (Riso, 2012, p. 20)

Como es justamente el derecho a decir NO que se le quita a una víctima de abuso sexual, ésta frecuentemente se desarrolla como una persona pasiva que se deja

manipular o como una persona agresiva, que manipula a los demás. Piensan que es su deber de complacer siempre a los demás y a defenderles. ¿Cómo entonces se desarrolla la capacidad de decir NO? Según Riso (2012, p. 36), para exigir respeto uno debe empezarse por sí mismo, respetar a sí mismo y reconocer aquello lo que hace a uno especialmente valioso. Asertividad puede prevenir depresión, resentimiento, frustración y violencia (UC San Diego, 2017).

Conclusión

El abuso sexual infantil es un fenómeno invisible, un tema tabú, un crimen silencioso y una experiencia fuertemente estresante. Los datos obtenidos en esta investigación avalan la conclusión de que son muchas las personas afectadas por abuso sexual en la infancia o en la adolescencia.

Por otra parte, los resultados relativos a las características de los abusos (lugares, circunstancias), de los agresores (formas de actuación, estrategias) y de las víctimas (sexo, edad de inicio, edad de término) pueden ser muy útiles para el diseño y la puesta en práctica de programas de detección y de prevención de los abusos sexuales a menores, de acompañamiento terapéutico para personas adultas, así como de planes de formación para profesionales de la salud como de la educación.

Numerosos trabajos publicados constan que la vivencia de una experiencia fuertemente estresante, como lo es el abuso sexual infantil, puede conllevar el posible desarrollo de problemas emocionales, sociales, conductuales y sexuales. La naturaleza de dichos factores o el conjunto de síntomas post-abuso varía y depende de numerosos factores, como el momento evolutivo, las características del agresor, de la víctima y del abuso mismo. Además, factores ambientales, y según Cantón-Cortés & Cortés (2015, p. 560), sobre todo los factores cognitivos que se relacionan con la resiliencia (estrategias de afrontamiento, estilo de apego, atribuciones de responsabilidad), juegan en un rol clave en el incremento o la disminución de la sintomatología post-abuso.

Uno de los axiomas de la terapia contra el trauma establece que las víctimas enfrenten la realidad y la forma en la cual fueron afectados. Sería enfrentar la verdad del daño. Un trauma sin resolverlo sigue entrometiéndose en la vida de las víctimas a través de realidades somáticas, visuales y audibles (flashbacks). “En resumen, los síntomas del trauma no se sanan al ignorarlo sino al enfrentarlo, tratarlo e interpretarlo” (Tracy, 2011, p. 362).

Como resultado de esta investigación se obtuvo que el 35% de los estudiantes (18 hombres y 17 mujeres) han sufrido uno o varios abusos sexuales durante su infancia o adolescencia. La edad promedio de inicio y fin del abuso sexual es de 7,6 y 10,2 años respectivamente. La gran mayoría de los perpetradores son hombres (87%), y 80% de las situaciones abusivas son por toqueamiento físico. Las consecuencias más reportadas son vergüenza (74%), desconfianza (60%), masturbación compulsiva (51%), culpa (47%), y dificultades con el establecimiento de límites (43%).

La hipótesis de la investigación, que existe una relación entre salud mental, asociada a autoestima, asertividad, depresión y ansiedad, y abuso sexual, fue rechazada. Al comparar los estudiantes con historial de abuso sexual y los estudiantes sin antecedentes de abuso en estos cuatro aspectos, no se encontró una diferencia significativa en su autoestima, en su capacidad asertiva, en sus niveles de depresión y de ansiedad.

Nohemí Pereda Beltrán (2009, p. 135) afirma también que numerosos trabajos demuestran la no existencia de un patrón único de síntomas, así como la presencia de una extensa variedad de síntomas o una ausencia total de síntomas en el 20 al 30% de las víctimas de abuso sexual, lo cual impide una definición fija de consecuencias emocionales, sociales y físicos correlacionados significativamente con la experiencia de abuso sexual.

Aunque la relación entre salud mental, evaluada a través de indicadores como autoestima, asertividad, depresión y ansiedad, y el abuso sexual no fue significativa, la problemática está presente en los altos índices en nuestro país y es una responsabilidad del profesional de la salud, conocerla, saber cómo detectarla e intervenir si fuese el caso.

Es una invitación a “hablar de lo que no se habla”, a contener y a acompañar a personas que pasan y han pasado por esta experiencia. “El abuso sexual es un problema que nos incumbe a todos y por ende debemos estar en la capacidad de contribuir con el combate de este tipo de maltrato infantil” (Acuña Navas, 2014, p. 1415).

Bibliografía

- Acuña Navas, M. J. (2014). Abuso sexual en menores de edad: generalidades, consecuencias y prevención. *Medicina Legal de Costa Rica*, 31 (1), 1409-1415.
- Asociación Redime. (19 de Junio de 2010). *Consecuencias del abuso sexual infantil*. Recuperado el 27 de Noviembre de 2017, de redime.net: <http://redime.net/consecuencias-del-abuso-sexual-infantil/>
- Australian Institute of Family Studies. (11 de Enero de 2013). *The long-term effects of child sexual abuse*. Recuperado el 27 de Noviembre de 2017, de aifs.gov.au: <https://aifs.gov.au/cfca/publications/long-term-effects-child-sexual-abuse/interpersonal-outcomes>
- Berliner, L., & Elliott, D. (2003). Treating psychological symptoms in sexually abused children. *The British Journal of Psychiatry*, 183 (6), 484-490.
- Besten, B. (2001). *Abusos sexuales en los niños* (2ª ed.). (C. Halberstadt, Trad.) Barcelona, España: Herder.
- Calvi, B. (2009). *Abuso sexual en la infancia: efectos psíquicos* (2ª reimp. ed.). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Cantón-Cortés, D., & Cortés, M. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *anales de psicología*, 31 (2), 552-561.
- Cantón, D., & Justicia, F. (08 de Enero de 2009). *Los efectos del abuso sexual infantil sobre la depresión y autoestima y el papel de las estrategias de afrontamiento*.

- Recuperado el 27 de Noviembre de 2017, de infocop.es: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2154
- Cinalli, J., & Cinalli, S. (2009). *Inocencia robada: Cómo identificar y ayudar a víctimas de abuso sexual*. Buenos Aires, Argentina: Lux.
- Cloud, H., & Townsend, J. (2012). *Nein sagen ohne Schuldgefühle: Gesunde Grenzen setzen* (décimoquinta ed.). (J. Reinhardt, Trad.) Holzgerlingen, Alemania: SCM Hänssler.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuad Med Forense*, 12 (43-44), 75-82.
- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2005). *Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos del abuso sexual infantil* (3ª ed.). Barcelona, España: Ariel.
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child abuse Neglect*, 18 (17).
- Giberti, E. (2005). Una pregunta engañosa acerca del maltrato y del abuso sexual contra niños y niñas. En E. Giberti, *Abuso sexual y malos tratos contra niños, niñas y adolescentes: Perspectiva psicológica y social* (págs. 13-15). Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.
- Holderread Heggen, C. (2002). *Abuso sexual en los hogares cristianos y la iglesia*. (C. H. Beltrán, Trad.) Bogotá, Colombia: Buena semilla.
- Intebi, I. (1998). *Abuso sexual infantil en las mejores familias*. Buenos Aires, Argentina: Granica.
- McDowell, J., & Hostetler, B. (2010). *Manual para consejeros de jóvenes* (7ª ed.). Bogotá, Colombia: Mundo Hispano.
- Orfilia Martínez, R. (2013). Intervención judicial y asistencial en casos de abuso sexual infantil denunciados en la ciudad de Encarnación. *Revista sobre Estudios e Investigaciones del Saber Académico*, VII (7), 59-64.
- Pereda Beltrán, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30 (2), 135-144.
- Reinke, M. (2002). *Das Recht eines jeden Kindes auf Schutz vor sexuellen Missbrauch*. Marburg, Alemania: Tectum.
- Riso, W. (2012). *Cuestión de dignidad: El derecho a decir NO*. México, D.F., México: Océano.
- Rozanski, C. (2005). Obstáculos institucionales de la intervención en casos de abuso sexual infantil. Algunas respuestas. En E. Giberti, *Abuso sexual y malos tratos contra niños, niñas y adolescentes: Perspectiva psicológica y social* (págs. 79-101). Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.
- Ruthe, R. (2016). *Fass mich nicht an! Sexueller Missbrauch Informieren, Erkennen, Sensibilisieren (E-Book)*. Moers, Alemania: Brendow.
- Tracy, S. R. (2011). *Cómo comprender y sanar el abuso*. (G. Durán, Trad.) Miami, Florida, Estados Unidos: Vida.
- UC San Diego. (2017). Assertiveness. Recuperado el 29 de Noviembre de 2017, de [revelle.ucsd.edu: https://revelle.ucsd.edu/res-life/life-skills/assertiveness.html](https://revelle.ucsd.edu/res-life/life-skills/assertiveness.html)
- Voos, D. (27 de Mayo de 2013). "Selbst schuld" am sexuellen Missbrauch? Recuperado el 28 de Noviembre de 2017, de [medizin-im-text.de: https://www.medizin-im-text.de/blog/2013/21805/selbst-schuld-am-sexuellen-missbrauch/](https://www.medizin-im-text.de/blog/2013/21805/selbst-schuld-am-sexuellen-missbrauch/)