

El peligro de querer pasar página

The risk of turning over a new leaf

Mireya Natalia Gómez Diter

Psicóloga sanitaria. Experto en clínica e intervención en trauma con EMDR

Resumen

El presente trabajo pretende realizar una reflexión de cómo el silencio ha constituido y constituye un posible facilitador en la formación de trauma para la persona y un impedimento en el tratamiento del trauma por parte del profesional, haciendo una revisión temporal de su evolución y lanzando algunas propuestas de mejora.

Palabras clave: silencio, trauma, evolución, apoyo

Abstract

The present work intends to reflect on how silence has been and is a possible facilitator in the formation of trauma for the person and an impediment in the treatment of trauma by the professional, making a temporary review of its evolution and launching some proposals of improvement.

Keywords: silence, trauma, evolution, support

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

«Me piden que haga una vida normal, que vuelva a la Universidad, que salga con mis amigas, y no lo consigo». Esta frase puede haber sido pronunciada por cualquier paciente que hayamos tenido en la consulta, pero la realidad es que es una petición de la sociedad y de su contexto, que va mucho más allá del ámbito de la consulta de psicología.

Ahora supongamos que esta paciente ficticia presenció un hecho del que le pidieron no hablar, y que como terapeutas solo atendemos a que no hace una vida normal. Pensaremos que está deprimida y podríamos llevar a cabo una activación conductual, pero vemos que sigue sin funcionar. Tras varias sesiones, la paciente se decide a contarnos algo que tal vez, nos dice, pudo haber contado antes. ¿Qué ha fallado? ¿La falta de habilidad del terapeuta o que la paciente «olvidó» mencionar ese hecho? Falló el silencio, pero no el de la paciente, sino el que pide la sociedad ante este tipo de hechos.

Silencios, una palabra que aporta tranquilidad, pero utilizada también para acallar acontecimientos traumáticos ligados al abuso sexual y emocional, y otros hechos vistos como altamente estresantes.

Frases como «pasa página», «tal vez lo imaginaste», «no lo hables con nadie, qué pensarán!», son expresiones que una víctima de acoso/abuso puede oír; y, de hecho, tal vez se esfuerce por callar esa voz que le dice que hable de ello, que trate de comprender qué pasó.

Dicho de otro modo, el silencio que nos pide la sociedad ante un abuso sexual o un maltrato, en infancia y adultez, hace que acallemos la voz de la defensa. Siguiendo la teoría de la disociación estructural de Pierre Janet, no habría sintonía entre la «parte aparentemente normal» (en adelante, PAN) y la «parte emocional» (en adelante, PE) (Steele, van der Hart & Nijenhuis, 2005). ¿Por qué un padre o una madre podrían haber abusado de su hija o hijo, cuando lo normal es que los cuiden y protejan? Esto entra en conflicto con las figuras de apego, lo que desfavorece un apego seguro y puede favorecer la aparición de un trauma.

De esta manera, el silencio que pide el contexto va en contra de las tres tareas a desarrollar para no generar un trauma: hablar de ello, pensar en ello y soñar con ello (Aznárez, 2021a).

Frente a la petición y la exigencia del silencio, se erige como respuesta la evitación, tanto de pensar en ello como de realizar acciones para la recuperación.

La necesidad de reflexionar en estos casos sobre el silencio y sus consecuencias, en lo que respecta a la salud emocional y los efectos psicopatológicos, surge de mi práctica clínica, donde he podido constatar que evitar hablar del tema constituye un impedimento a la hora de efectuar un correcto tratamiento del trauma y una evaluación de la demanda del paciente, ya que en muchos casos han podido aparecer trastornos de personalidad o disociación, entre otros subyacentes a la vivencia del trauma. Pero si el paciente no habla de ello, o bien no se le hace una correcta evaluación, no podremos unir la vivencia de un acontecimiento traumático a la patología o sintomatología actual.

La petición y el hecho de no hablar del hecho traumático, así como su evitación, aparte de ser un posible predictor de trastornos emocionales —tal como se describe en Alvela Fernández, Mateos Agut, Osorio Guzmán, Abadín Vázquez, Blasco Garrido, Sanz Cid & de la Gándara Martín (2019)— en algunos casos está ligado a un mayor riesgo de padecer trastornos psicopatológicos en el futuro, y por el sentimiento de culpa de la persona agredida no se revela.

Así pues, ante la petición de silencio en acontecimientos traumáticos, y más concretamente en abusos sexuales, aparecen también la culpa y la vergüenza por parte de la víctima; frente a la posibilidad de tal revelación se presentan niveles superiores de autoinculpación, inculpación a la familia y empleo de estrategias de evitación (Cantón-Cortés, Cantón Duarte, Justicia Justicia & Cortés Arboleda, 2011).

Ante el hecho de que evitar hablar de ello, pensar en ello y soñar con ello puede posibilitar la aparición de trastornos psicológicos subyacentes, proponemos una revisión bibliográfica del silencio y sus efectos.

TRAUMA: CONCEPTO Y FACTORES DE PROTECCIÓN Y VULNERABILIDAD

La RAE propone las siguientes definiciones de trauma:

- «1. m. Choque emocional que produce un daño duradero en el inconsciente.
2. m. Emoción o impresión negativa, fuerte y duradera.
3. m. Med. Lesión duradera producida por un agente mecánico, generalmente externo».

La palabra trauma viene del griego y significa «herida». Podemos considerar la aparición de trauma como un resultado, el de una exposición repetida a un acontecimiento que se escapa a nuestros recursos, o bien un único acontecimiento que nos golpea tan fuerte que un único golpe genera esa herida.

Medina Amor (2015) señala que diferentes acontecimientos, como desastres, accidentes o manifestaciones de violencia, pueden dar lugar a un trauma, y que la aparición de este es reactiva a ellos. Resulta interesante, asimismo, atender a la clasificación que nos ofrece sobre los orígenes atribuidos a su aparición en distintas épocas de la historia:

- *Período precientífico o teleológico*: es importante la influencia de los mitos y la religión. Cobran especial importancia el **castigo** y la **culpa**; la víctima debe hacer un ritual o sacrificio para redimirse.
- *Período científico o técnico*: tras la Revolución industrial y otros avances científicos, la víctima pasa a tener un **papel pasivo**; necesita ayuda externa para su recuperación.

- *Período psicosocial*: surge a finales del siglo XX. El trauma se adapta y extiende a otros campos, como el social; la víctima puede y debe ser reconocida socialmente y obtener una reparación, es decir, una compensación; así, empieza a adoptar un **papel activo**.

Cuando hablamos de trauma, siempre pensamos en acontecimientos de una carga estresante alta que solo ocurren una vez; a los de este tipo los llamamos «traumas con "T" mayúscula», pero en realidad son los menos comunes. También existen los llamados «traumas con "t" minúscula», que son más difíciles de identificar (Delgado, 2021). Se trata de hechos que ocurren de manera repetida y que poco a poco van dañando nuestra capacidad de afrontamiento; se suceden de forma acumulativa.

No hay un acuerdo entre expertos sobre qué experiencias deben ser consideradas como traumáticas (González, 2017), si bien se entiende que un accidente o una catástrofe natural son situaciones candidatas a serlo, pues causan un desajuste mayor en el nivel cerebral que los traumas interpersonales.

Cabe destacar que el silencio sobre aquello que hemos vivido actúa en traumas de tipo interpersonal, es decir, acontecimientos experimentados en primera persona, no de forma externa. Podríamos decir que también en aquellos que han ocurrido en las primeras etapas del desarrollo, porque producen más conflicto en la identidad del sujeto, así como en las creencias (González, 2017).

Jennifer Freyd (como se citó en Martínez, 2020) formuló la teoría de trauma por traición; este ocurre cuando alguien del que una persona depende para sobrevivir traiciona su confianza. En la etapa infantil son los padres. Los humanos venimos diseñados con la necesidad de sentirnos cuidados y protegidos, y que las figuras de apego nos hieran o traicionen queda fuera de nuestra configuración cerebral, hecho por el cual este tipo de abuso o maltrato es el que más puede desequilibrar, donde más puede entrar en juego la petición de callar y, como consecuencia, la disociación.

Conocemos la diferencia entre trauma con "t" y trauma con "T", y los efectos que pueden causar ambos, así como el trauma por traición presentado por Freyd. Pero ¿existen factores de vulnerabilidad para que una persona llegue a sufrir un trauma?

Según el estudio descrito en Samper Lucena (2016), no se puede concluir que solo la exposición al hecho altamente estresante determine que se convierta en trauma. Hay factores ligados a la **personalidad**, como un perfil neurótico, y otros previos, de tipo psicológico/psiquiátrico. Por otra parte, Lister & Pueyo (2013) señalan que ciertos factores de tipo externo en el personal hospitalario, como la **empatía**, el **sentido del humor** o la **comprensión**, pueden ser moduladores del procesamiento del trauma por parte del paciente. Otros factores que podríamos extrapolar al contexto del paciente son la familia y el ámbito social.

También, atendiendo a otras variables descritas en Rincón González (2003), como el **género**, vemos que los hombres tienen más probabilidades de pasar por un evento traumático, pero la prevalencia de un trastorno de estrés postraumático (en adelante, TEPT) es más alta en mujeres. Con relación a los **estresores**, Rincón González apunta que los hombres son más reactivos a accidentes o situaciones de combate; sin embargo, las mujeres son más proclives a padecer acoso sexual, maltrato o violaciones, sobre todo por parte de un miembro de su familia.

Por otro lado, para Herman (2004), la **naturaleza del hecho** también juega un papel importante. Las violaciones o el abuso sexual se produzcan de manera repetida u ocasional, están hechos para dominar y atemorizar a la víctima; es, pues, el acontecimiento estresante por excelencia para crear trauma. Por ello dedicaremos el siguiente apartado a definir los diferentes tipos de abuso, y nos enfocaremos después en el abuso sexual en la infancia, al ser el que más cambios neurológicos puede causar y el más silenciado.

TIPOS DE ABUSO EN LA INFANCIA Y LA ADULTEZ

Encontramos, en diferentes revisiones, una tipología común para clasificar los abusos/maltratos en infancia y adultez. Nos centraremos en la referida en Aguilar Cárceles (2009), en la cual se definen los siguientes tipos de abuso/maltrato en la etapa infantil:

- **Abuso físico:** puede ser ejercido por un miembro de la familia y provoca daño físico evidente, que constituye la prueba de la existencia del maltrato.
- **Abuso psicológico/emocional:** puede provocar una herida emocional e interferir en el desarrollo emocional cuando se da en la etapa infantil —e impedir y bloquear el funcionamiento normal del niño—, y del adulto si se da en la adultez. El abuso o maltrato psicológico implica aterrorizar, chantajear, o la observación de violencia ejercida por los progenitores.
- **Abuso sexual:** lo constituye cualquier acto sexual entre un menor y un adulto. Existen diferentes tipos, como la explotación sexual, la estimulación delante del menor o la violación¹.
- **Negligencia o abandono:** Aguilar Cárceles (2009) lo define como:

«Omisión del deber de supervisar y/o atender las necesidades de la menor efectuada por aquella persona encargada legalmente de satisfacer tales aspectos, quedando afectados su desarrollo y bienestar por dicha carencia o cuidado mínimo requerido tanto a nivel físico como psicológico. Esta categoría englobaría los siguientes comportamientos: abandono temporal o permanente; desatención

¹ Definimos abuso sexual centrándonos en el infantil, por ser el más común, aunque también puede darse entre adultos.

grave de necesidades médicas, higiénicas, nutricionales o educativas; permiso tácito de conductas desadaptativas (delincuencia, uso de drogas...). Es muy frecuente que este tipo de maltrato se solape con el abandono emocional, desatendiendo de este modo las necesidades afectivas y emocionales del menor involucrado.» (p. 214)

Esta clasificación puede ser extrapolada casi al completo a la edad adulta, añadiendo el abuso financiero y el que se da por medio de las tecnologías (Anónimo, 2022, en womenagainstabuse.org).

Abuso sexual en la etapa infantil y en la adultez

Los abusos sexuales son atendidos desde muchas disciplinas: desde el médico que reconoce a la víctima hasta los psicólogos, que atendemos las heridas emocionales causadas. Aunque existe mucha más literatura científica y estudios acerca del abuso sexual infantil, también se produce en la etapa adulta. Entendemos el abuso sexual como una relación de poder donde un adulto somete a otro adulto o a un niño; puede incluir o no penetración, o tratarse de contactos genitales, o bien consistir en obligar a la víctima a presenciar o realizar conductas sexuales sin su consentimiento.

Redondo Figuro & Ortiz Otero (2005) señalan tres partes principales en el proceso de abuso sexual infantil:

- Víctima: presenta factores de riesgo, como el género, el aislamiento social respecto a otros niños de su edad y algún rasgo disfuncional en la familia.
- Abusador: persona carente de empatía y con poco control de impulsos, muchas veces ayudado de alcohol o drogas.
- Proceso de abuso: el adulto gana la confianza del niño, quien a su vez se ve «conquistado» por la atención de aquel. El abusador logra, a través de esa confianza y de la culpa, forzar el silencio.

Centrándonos en el tema de esta revisión, es importante destacar que la petición de silencio, en el abuso sexual infantil, puede hacerse desde diferentes contextos: familia, amigos y el propio abusador. Así mismo, Summit (1983) afirma que en la víctima se suele dar el **síndrome de acomodación al abuso sexual**², con cinco componentes diferenciados:

- Secreto: una vez ganada la confianza de la víctima, sea mediante manipulación u obligación, el abusador demanda silencio, bien con amenazas o haciendo creer a la víctima que otras personas no la creerían.

² La teoría de Summit (1983) no está respaldada científicamente, pero hemos considerado importante mencionarla para describir cómo el silencio interviene tanto en fases tempranas del abuso como al final de este.

- Impotencia/indefensión: la manipulación del abusador hace creer a la víctima que nadie podrá ayudarla y que ha hecho algo malo que debe ocultar. El niño puede sentir que nunca podrá escapar del abuso.
- Atrapamiento/acomodación: la víctima «se acostumbra» al abuso, ya que en ella se instala la idea de que no contará con la ayuda de nadie y de que debe mantener el silencio.
- Divulgación tardía: la revelación suele producirse cuando la persona ya es adulta, como algo espontáneo, pero a su vez puede darse una retractación por miedo al descrédito.
- Retracción: suele ocurrir cuando la víctima sigue teniendo miedo, o bien si no ha encontrado el apoyo total de su familia y círculo cercano.

Sin embargo, las publicaciones referidas al abuso sexual entre adultos no son tan extensas como en el abuso sexual infantil, al ser más común en la infancia. Entre adultos suele ser sinónimo de violencia, hostigamiento, acoso o agresión sexual hacia las mujeres, siendo el hombre el que ejerce el poder (Martínez, 2021).

Así, aunque utilicemos otros sinónimos en el abuso sexual en adultos, la influencia del silencio es muy prevalente, con lo cual no es algo tan visible; solo conocemos aquellos casos que los medios de comunicación se encargan de hacer públicos³.

Un ejemplo de abuso sexual en la adultez sería el denunciado por el movimiento *#MeToo*. Este ha evidenciado su existencia y cómo el silencio ha hecho que las mujeres víctimas no hayan podido hacerlo público durante mucho tiempo. Gracias a este movimiento, y a que sean mujeres famosas las que lo hayan dado a conocer, han surgido movimientos similares que han animado a mujeres anónimas de varios países a hablar de ello.

Pese a que no existe una extensa literatura científica que haga referencia al abuso sexual en adultos, el perfil de abusador y víctima descrito en este apartado sería muy similar, con ciertos matices: en este caso, el abusador suele ser un hombre que ejerce poder a través de la conducta sexual, y no siempre es necesario que se gane la confianza de la víctima, que suele ser una mujer.

El punto común en infancia y adultez es el silencio: la víctima es silenciada bajo el peso del qué dirán o por la vergüenza de haber sido víctima de un abuso sexual.

SILENCIO: CONCEPTO Y EFECTOS

«La vida nunca se vuelve insoportable a causa de las circunstancias, sino solamente por falta de significado y de propósito.»

Viktor Frankl, *El hombre en busca de sentido*

La cita de Viktor Frankl cobra más sentido cuando nos referimos al trauma y, más concretamente, en lo referido al abuso sexual. Cuando dar significado queda oculto por el peligro,

³ El movimiento *#MeToo* comenzó a ser público en 2017.

aparece el silencio. Pero ¿por qué es peligroso? Aznárez (2021b) apunta que, aunque ante un acontecimiento traumático lo más normal sería acudir a las figuras de apego, frente a la amenaza de desvinculación el niño termina por callar aquello que ha vivido o le ha ocurrido.

De esta manera, la autora señala que poder contar lo que ha pasado requiere que las emociones experimentadas sean traducidas por las figuras de apego para poder procesarlas.

Aquí podríamos distinguir dos casos: o bien el acontecimiento «no se debe» airear, porque ha pasado dentro de la familia —es decir, ha abusado del niño una de sus figuras de apego—, o bien no se airea porque, aunque no haya sido cometido por una figura de apego, no estaría «bien visto». Pero hay muchos temas fuera del abuso sexual que el contexto dice que «no están bien vistos»: ¿qué pasa cuando algo no nos va bien? ¿Si, por ejemplo, hay problemas familiares, económicos o laborales? En tales casos, de forma implícita parece que la persona no vaya a ser validada: se la tilda de exagerada o, como reza el título de esta revisión, se la invita a «pasar página», o a no pensar en ello y hacer vida normal.

Se podría poner como ejemplo el visionado de una película; no queríamos verla, pero decimos: ¿por qué no? Prestamos la máxima atención, porque queremos comentarla con un amigo, y efectivamente nos causa un gran impacto y comienza a hacernos reflexionar. Tal vez hasta nos planteamos por qué estuvimos tanto tiempo sin verla. Cuando pensamos en lo que ha significado y lo que nos ha gustado de ella, queremos comentarlo con un amigo. Así, estaríamos haciendo una traducción y explicándonos a nosotros mismos la película y lo que ha significado; es decir, hacemos una traducción de lo visto, con el fin de integrarlo.

Ahora imaginemos que hemos quedado con ese amigo y, muy ilusionados, vamos a contarle la película. Pero él nos dice que cómo se nos ocurrió verla, que qué va a decir la gente si se entera, y que no se lo contemos a nadie. Nosotros, muy asustados, le preguntamos por qué, cómo haremos para evitarlo, si esa película nos ha impactado tanto que no podemos dejar de pensar en ello. Y ese amigo acaba respondiéndonos: «Es fácil, cada vez que pienses en la película intenta pensar en otra cosa y con el tiempo la olvidarás».

Con esta petición, ese amigo piensa que nos protege del que dirán y de que piensen mal sobre nosotros, pero lo que logra es una invalidación emocional y un bloqueo en la narrativa del episodio, que impedirá también hacer mentalización. Si bien sabemos que el visionado de una película no puede causar, en los ámbitos neuronal, emocional y cognitivo, los mismos efectos que un trauma —y, en este caso, que un abuso sexual—, sirva como ejemplo de todo lo que se impide cuando nos solicitan no hablar de ello o nos aconsejan pensar en otra cosa.

Con la imposibilidad de procesar las emociones y los pensamientos subyacentes a un hecho traumático por el silencio, debemos detenernos también en lo que significa la mentalización. Fue un concepto trabajado por Peter Fonagy (como se citó en Lanza Castelli, 2009) y se relaciona con la capacidad que tenemos de dar significado a nuestro comportamiento y al de las personas del entorno y, a la vez, de unirlos con pensamientos, emociones, creencias o deseos. En otras palabras, nos ayuda a regular la propia experiencia. Que haya o no mentalización depende del tipo de apego que se tenga, hecho que, por ejemplo, para un niño que haya sufrido abuso sexual es más complicado, porque

crece bajo un apego inseguro, y si no se ve comprendido, apoyado y sostenido se le hace difícil la mentalización.

De esta forma, nos encontramos con la siguiente ecuación: un hecho traumático (en este caso, un abuso sexual) y la necesidad de procesarlo, pero con la imposibilidad de hacerlo de una forma fluida, porque choca con nuestro sistema de aproximación y defensa: somos incapaces de asumir que nuestros padres se porten así con nosotros, pero a la vez no podemos reaccionar, porque son nuestros padres.

A esto se suma la exigencia, por parte de la sociedad, de silenciar el hecho, bien por el qué dirán o por la vergüenza; y la petición interna (familiar o social) de pasar página y pensar en otra cosa. Todo ello tiene como resultado un posible trastorno emocional o psiquiátrico. Veremos de forma detallada los efectos del silencio en los siguientes apartados.

El silencio visto en diferentes contextos: ¿qué hace callar al niño, a su familia y a su entorno?

La necesidad de silenciar un hecho traumático puede influir de manera diferente según nos refiramos a la familia o las amistades de la persona, o bien a los medios de comunicación y la sociedad.

Garrigo (2022) señala en el diario *Ara* que «prácticamente todos los agresores (91 %) son hombres: el 65 % forman parte de su familia [de la de la víctima] y en el 85 % son personas conocidas, es decir, de entornos que se supone que tienen que ser de confianza y seguridad para los menores».

Cabe destacar que haber sufrido un abuso sexual no es algo que se comunique con tanta facilidad, al ser de una envergadura tan grave. Con estas cifras, ¿es fácil para un niño comunicar qué le ha pasado? La respuesta es no, pero podemos ver que, dependiendo de si el abuso es intrafamiliar o no, la necesidad de silenciarlo aumenta o disminuye, según si el abusador es:

- Uno de los padres.
- Alguien de la familia.
- Un amigo o conocido de la familia.
- Alguien externo a la familia.

En los primeros casos estaríamos hablando de abuso intrafamiliar, según lo clasifican Echeburúa & Guerricaechevarría (2011). Son los casos más difíciles de confesar, porque, como ya hemos comentado, están relacionados con las figuras de apego del niño, y ello hace tambalearse la supuesta imagen de quienes deberían darle cariño y protección. Para que la familia pida al niño silenciar el hecho, o bien este crea que debe silenciarlo, pueden existir los siguientes componentes:

- **Vergüenza y culpa:** aparecen cuando la familia piensa en sus allegados, en qué creerán de ellos por haberlo permitido, o si ven que el abuso ha ocurrido en su familia y lo han tolerado o no se han dado cuenta. Aquí la familia puede actuar, bien dando valor a la palabra del abusador y desacreditando la del niño, o bien haciendo ver a este que exagera.
- **Resistencia a realizar un duelo:** descubrir que un miembro de la familia ha abusado de un menor supone una pérdida, y puede haber cierta resistencia a perder a ese familiar (por ejemplo, si la madre descubre que su marido ha abusado de su hijo) (Urra, 2011).
- **Familias negligentes:** son las que no se ocupan del bienestar y cuidado de sus hijos, o aquellas en las que uno de los padres está ausente o sufre algún problema de drogas o alcohol.
- **Familias patriarcales:** López Pena (2014) señala que en este tipo de familias puede haber más miedo a desvelar un abuso, por temor a la figura principal.
- **Débil educación sexual y de valores:** cuando no se sabe detectar que no está bien propasarse con un niño, no se sabe cómo poner límites o existe un insuficiente conocimiento de la sexualidad.
- **Débil educación y gestión emocional:** cuando se pide ocultar la tristeza (por ejemplo, si se dice que llorar en público está mal) o no expresar un enfado («déjalo pasar»). En estos casos se educa al niño bajo el prisma de la evitación de las emociones desadaptativas.

Si el abuso es extrafamiliar, es decir, si lo comete alguien del entorno del niño, como un párroco o un profesor, puede que el menor sea desacreditado, pero la familia dará mucho más valor a su testimonio, al no ser el abusador parte de la familia y no haber implicación emocional. Si, en este caso, la familia pide silencio, hablaríamos de nuevo de vergüenza y culpa, o de evitación de emociones desadaptativas.

La posibilidad de contar a las amistades que se ha sufrido abuso es tarea un poco más sencilla, pero es más probable que se dé en la edad adulta, dado que el abuso sexual no es fácil de explicar a un igual, debido a la complejidad del hecho y la dificultad de comprensión por parte de un menor. Creemos que para que la víctima de abuso pueda desvelar a sus amistades que lo ha sufrido tiene que reconocer en ellas:

- **Confianza**
- **Empatía**
- **Conciencia social del problema**
- **Capacidad resolutive**

Hemos visto que la vergüenza y la culpa familiar, además de otros componentes, influyen en el contexto de la víctima para «pedirle que pase página». Pero ¿qué hace callar a la víctima?

Loureiro (2003) apunta que para la víctima el hecho es tan traumático que le es difícil narrarlo, por lo que el silencio se torna en un mecanismo de defensa que puede acabar convirtiéndose en

disociación. Cuando desvelarlo supone romper con la imagen de familia, para el niño implica que llegue a ser cómplice de desvelar el secreto familiar, lo que puede ocasionarle sentimientos de culpa y rechazo por lo ocurrido (Polo, 2012, p. 24).

Cuando el abuso ocurre de manera continuada, sobre todo por parte de un progenitor, crea en la víctima un estado de confusión y angustia, puesto que los roles se distorsionan: abusador y progenitor son la misma persona, y se construye una relación de poder en la que, sea por amenazas directas o indirectas, el niño encuentra obstáculos para desvelar el abuso.

Summit (2005) recalca que el abusador puede ejercer la intimidación de forma gentil o amenazante, pero dejando claro que desvelar el abuso es malo y peligroso, ya que, tal como señala este autor, «un preescolar sin conciencia del sexo y aun sin dolor o vergüenza de experiencia sexual en sí misma, será no obstante estigmatizado con un sentimiento de maldad y de peligro a partir del penetrante secreto» (p. 6).

De esta manera, el abuso, como hemos indicado, distorsiona en el presente y en el futuro la imagen del niño, ya que este llega a creer que es indigno y que merece lo que le está pasando, es decir, el castigo (Nannini & Perrone, 2000, como se citó en López Pena, 2014).

Asimismo, las neurociencias explican la naturaleza del trauma, a través de la teoría polivagal (Aznárez, 2021b): el niño puede llegar a desconectarse de la realidad; el sistema nervioso parasimpático se «apaga» porque el nervio vago infiere cuándo debe hacerlo, a modo de defensa. Ese «apagado» es el motivo por el que no hay reacción, y es otra de las razones del silencio de la víctima, ya que no es consciente de lo que ha pasado.

LA EVOLUCIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL ABUSO SEXUAL EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Si partimos de la revisión histórica de Sáez Martínez (2015), vemos que el abuso sexual a niños, en las antiguas Grecia y Roma, era algo consentido y una parte de la educación infantil; el silencio era prevalente porque formaba parte de una iniciación. A lo largo del tiempo, cometer abuso sexual contra un menor se ha ido regulando: se ha pasado por etapas en las que se veía normal, o como parte de un contexto de guerra, hasta llegar a ser un delito. El papel de la víctima ha ido erigiéndose como más activo, en parte por las campañas en medios de comunicación y el conocimiento de casos dentro de la Iglesia o que afectan a personas famosas.

Así, las revelaciones de casos como los englobados en el #MeToo, en #Yositecreo o los que tienen que ver con pederastia dentro de la Iglesia han intentado minimizar —con el testimonio y el apoyo de celebridades y de los medios— el conocimiento y el reconocimiento de dos de los

sentimientos principales que mueven al silencio de las víctimas: la vergüenza y la culpa; además de promover la conciencia social sobre el tema.

Sin embargo, son muy pocos casos los que se dan a conocer, en proporción a los datos: cada vez hay más casos anónimos de abuso sexual (Garrigo, 2022).

CUANDO EL PROFESIONAL NO AYUDA A LA VÍCTIMA

A lo largo del apartado previo hemos revisado qué factores influyen en la víctima de abuso y en su familia, y de qué modo el abuso sexual es mantenido en silencio también por los medios. Pero, en nuestra opinión, existe otro factor importante, si consideramos que hay personas que, aunque acuden a la consulta, no revelan inicialmente su historia y basan su relato en su sintomatología.

Dolor de cabeza, dificultad para concentrarse, hiperactividad o problemas para relacionarse suelen ser síntomas que relata un paciente en las primeras sesiones de entrevista con un profesional. Pero, aunque en teoría puede estar claro el vínculo de dicha sintomatología con el trauma, es necesario tener una buena formación para explorar lo que refiere el paciente, ofrecerle un vínculo estable y lograr el clima necesario para que se dé la develación⁴. Fossa Arcila (2012) subraya que el vínculo es el principal factor del proceso terapéutico, y que es importante disponer de uno de calidad para que la persona se cure.

Si esta base no se cumple, el terapeuta puede transmitir **miedo** e inseguridad al paciente, y, como consecuencia, generar una **transferencia negativa**; o bien centrar el tratamiento en lo que conoce, como aumento de autoestima, depresión o fobias. Pero esto no constituye una **base sólida suficiente** para el tratamiento del trauma.

El miedo puede no estar relacionado con la falta de experiencia o el poco dominio del tratamiento del trauma; a veces el terapeuta puede relacionarlo también con su historia personal, y ello será un factor fundamental para determinar su actitud en la terapia, según describe Abarca (2019).

Al respecto, Aznárez (2021a) señala como ejemplo y recomendación que, ante una consulta referente a una fobia, no tendamos a dirigir el tratamiento hacia la eliminación de esta, porque de ese modo **no veremos qué puede estar enmascarando** dicha fobia.

De la misma manera, hay otras variables que tienen que ver con el terapeuta y que influyen en que se dé un tratamiento deficiente de la sintomatología del paciente que ha sufrido un trauma.

Corbin (2016) afirma que contar con especialización o experiencia en el tema tratado es importante para ver de forma adecuada al paciente; también señala que el terapeuta debería no juzgar al paciente, no realizar demasiadas autorrevelaciones y no imponer su sistema de valores. Todo ello son **herramientas personales y profesionales** que ayudan a un correcto tratamiento.

⁴ Capella Sepúlveda (2010) la define como el proceso por el cual el abuso sexual es conocido por personas ajenas a la situación abusiva (es decir, distintas del agresor y la víctima).

Así, vemos que un terapeuta que no tenga una formación adecuada, ni recursos personales para ayudar a un paciente que haya sufrido un trauma, puede hacer lo contrario: no ayudarlo, sino hacerle mantener aún más el silencio, lo cual puede ocasionar resistencias.

FACTORES QUE PUEDEN OCULTAR UN TRAUMA

A lo largo de esta revisión hemos mencionado las posibles consecuencias de haber sufrido abuso sexual, como ejemplo de uno de los traumas que causa más impacto en la persona. Llegados a este punto, revisaremos los principales trastornos y consecuencias de un trauma a largo plazo, para así poner de manifiesto la importancia de observar no solo la sintomatología, y ayudar al paciente a la develación del trauma.

El efecto de la disociación

La disociación tiene como función protegernos del peligro, es un mecanismo de defensa que hace a la persona huir de la realidad y encontrar un refugio. Bonilla (2012) define la disociación como una «amortiguación» de la experiencia traumática; lo que en principio podría ser adaptativo hace alejarse a la persona de la realidad, y así llega a olvidar qué le ha pasado con relación al trauma.

Trastornos disociativos y TEPT complejo

La disociación comienza a convertirse en un problema cuando deja de ser un mecanismo adaptativo puntual y se extiende en el tiempo; de este modo, llega a modificar la personalidad de la víctima, es decir, ese «escape» cambia sus patrones de respuesta ante ciertas emociones y situaciones (Vázquez, 2008).

Así pues, muchos autores comienzan a considerar la disociación como parte o consecuencia de un evento traumático o una situación continuada, no un mero mecanismo de adaptación, sino un continuo.

En este sentido, Otto van der Hart *et al.* formularon en 1989 (véase, p. e., van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006) la teoría de la disociación estructural de la personalidad a partir de la observación de que pacientes con trastornos complejos que habían pasado por un trauma experimentaban un conflicto entre PAN y PE. La PAN busca la normalidad e intenta silenciar a la PE para que no se exprese, lo cual impide la narrativa del hecho. Una persona presenta síntomas disociativos cuando aparecen conductas como la mentira, los olvidos, los comportamientos destructivos o autoagresivos, o la falta de control de los impulsos. Cuando alguien tiene este tipo de sintomatología hablaríamos de **trastornos disociativos** (Rodríguez, 2001), clasificados dentro de la

disociación estructural secundaria, en la que también podemos incluir el trastorno de personalidad límite.

Por otro lado, González (2008, como se citó en González, 2017) divide los síntomas disociativos en positivos (como alucinaciones o pseudocrisis convulsivas) y negativos (como amnesia o anestesia). Estos últimos están asociados al TEPT y al **TEPT complejo**, que describiremos más adelante.

El TEPT es el trastorno más directamente unido a la vivencia de una situación estresante de alto impacto; su sintomatología oscila desde el miedo y la ansiedad hasta *flashbacks* o embotamiento afectivo, ya que el malestar psicológico depende de muchos factores, como la naturaleza del hecho, el tiempo de exposición, las herramientas personales de afrontamiento o el apoyo del contexto de la persona. En casos de abuso sexual continuado o de naturaleza más grave se suele categorizar el TEPT bajo la acepción de «complejo», aunque no existe tal clasificación en el DSM-V.

Esta categoría, «TEPT complejo», fue propuesta por Hermann en 1992, y en ella se englobaría a las personas que han sufrido dicha exposición de forma traumática y prolongada (Jarero, 2014). En el DSM IV-R fue incluido como DESNOS (siglas en inglés de trastorno de estrés extremo no especificado).

La principal diferencia entre el TEPT y el TEPT complejo es que este último implica una exposición larga al acontecimiento estresante, lo que a su vez modifica en gran medida el funcionamiento de la persona, incluyendo la disociación. No existe acuerdo acerca de cómo categorizar a pacientes con trauma complejo en el TEPT; como se ha señalado antes, en parte esto se debe al infradiagnóstico producido por el silencio de vivencias de abuso sexual en determinados pacientes.

Fobias, ansiedad y depresión

Los trastornos de pánico recurrentes, el bloqueo al enfrentarse a una situación, o una fobia a algo que no parece guardar relación⁵ son ejemplos de patologías tras las que puede esconderse el trauma, y que pueden «engañar» al terapeuta: si este no descubre si hay antecedentes de trauma, puede basar el tratamiento en la sintomatología, en el aquí y ahora.

Hoy por hoy, el término ansiedad engloba muchas situaciones y elementos distintos: decimos que tenemos ansiedad cuando en realidad muchas veces queremos decir que tememos afrontar una situación o que sufrimos estrés. No obstante, en esta revisión nos centraremos en la ansiedad solo cuando impide el funcionamiento cotidiano de la persona: si, por ejemplo, no puede dormir, le cuesta respirar, se acelera sin saber por qué, o le pasa desde hace mucho tiempo y no es reactiva al estrés. El cuadro clínico de ansiedad agravado puede ir desde trastorno de ansiedad generalizada a trastorno de pánico.

⁵ Nos referimos a fobias específicas y de origen desconocido, no a la fobia a la reexperimentación, porque estamos revisando desde el supuesto de las patologías ocultas por un abuso no revelado.

Cantón-Cortés y Cortés (2015) señalan que, aunque en la infancia hayan aparecido ya el miedo y la ansiedad, muchas veces esta tiende a agravarse si no es tratada desde el inicio.

También Shin *et al.* (2015, como se citó en Franco-Jaén, Rodríguez G. & del Río, 2020) remarcan que tanto los trastornos de **ansiedad** como los de **depresión** suelen estar **presentes** en las víctimas de abuso sexual infantil.

Asimismo, que la ansiedad o una fobia específica de origen desconocido puede implicar un trauma no desvelado se puede observar en la depresión persistente.

Ballesteros, Vitriol, Florenzano, Vacarezza & Calderón (2007) llevaron a cabo un estudio en Curicó (Chile) en el que hallaron que, de 173 mujeres, el 43 % señaló haber sufrido abuso sexual. ¿Cuánto podría haber subido ese porcentaje si haber pasado por un trauma de ese tipo fuera algo más normalizado?

Abuso de sustancias y conductas autoagresivas

Normalmente, cuando se trata de justificar el abuso de sustancias o las conductas autoagresivas, mencionamos la huida de la realidad o la evitación de emociones desagradables. Numerosos estudios apoyan el hecho de que muchas de las personas que acuden a tratamiento por adicciones han podido sufrir un trauma. Fernández-Montalvo *et al.* (2005, como se citó en Franco-Jaén *et al.*, 2020) señalan que del conjunto de pacientes que acuden a tratamiento por adicciones un 46 % ha sufrido algún abuso en la infancia; en mujeres, la cifra asciende al 60 % en comportamientos sexuales de riesgo o inicio temprano en el consumo de alcohol o drogas.

El abuso de sustancias no solo lleva implícita la **evasión de emociones desagradables**, también la falta de **control de impulsos**, relacionado asimismo con haber sufrido un abuso temprano (Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa & Rodríguez, 2004).

A su vez, la falta de control de impulsos se relaciona también con el incremento de conductas de **juego patológico** en personas que han sufrido abuso sexual (Hamilton-Wright *et al.*, 2016, como se citó en Franco-Jaén *et al.*, 2020). También podemos relacionarla con conductas autoagresivas, ya que haber pasado por un abuso sexual infantil se asocia con patrones de conducta inadaptados y dificultades en la regulación emocional y psicofisiológica, es decir, cuando las acciones pasan de ser reflexivas a ser automáticas (Steele *et al.*, 2005).

Trastornos de personalidad y de alimentación

Se han hallado muchas evidencias de que un evento traumático temprano cambia el funcionamiento emocional del niño, así como la formación de la personalidad y su desarrollo (Aguilar Cárceles, 2009), puesto que el niño puede ir incorporando ese modo de funcionar a su forma de ser.

No existe una relación lineal entre tener un trastorno de personalidad o de alimentación y haber sufrido un abuso sexual, pero tal como señalan Figueroa *et al.* (2016, como se citó en Abarca, 2019) el profesional debe sospechar de la existencia de una experiencia traumática como hay inestabilidad emocional, resistencia a tratamientos convencionales o trastornos de personalidad.

Bajo la hipótesis de la disociación, cuando hay un abuso sexual en la infancia hablamos de una disociación estructural de la personalidad secundaria, pensando en ella como acciones defensivas: conductas autoagresivas, inestabilidad emocional o miedo al abandono; acciones todas ellas que se corresponden con el trastorno límite de personalidad.

Este trastorno es de los más estudiados, y cada vez está siendo más diagnosticado. Existen diferentes teorías sobre su origen, pero cabe destacar que muchas de ellas lo vinculan con **relaciones de apego temprano** (Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2009; Barone, 2003; Buchheim *et al.*, 2007; Grover *et al.*, 2007; y Newman, Harris & Allen, 2010, como se citó en Mosquera, González & van der Hart, 2011). En otros estudios se remarca la **existencia de un trauma temprano, grave y crónico** en pacientes *borderline* adultos (Ball & Links, 2009; Horesh *et al.*, 2008; y Tyrka *et al.*, 2009, como se citó *ibidem*).

Evitación, intentos de regulación emocional, falta de control de impulsos, cambios en la personalidad... A lo largo de esta revisión hemos ido tratando las mismas consecuencias que puede sufrir un adulto que ha pasado por un abuso sexual. De esta manera, podemos incluir asimismo en este grupo los trastornos de la alimentación, entendiéndolos como un intento de evitación o falta de regulación emocional, ya que la adicción a la comida, por ejemplo, pone en funcionamiento los sistemas de recompensa del cerebro (Nunes-Neto *et al.*, 2017, como se citó en Franco-Jaén *et al.*, 2020).

Somatizaciones

La relación entre la somatización y el trauma comenzó a estudiarla Pierre Janet tras la observación de la aparición de histeria en mujeres. Janet fue de los primeros en vincular la **histeria** (enfermedad neurológica basada en cambios emocionales que pueden ir acompañados de convulsiones o parálisis) con la experimentación de eventos traumáticos. A través de la hipnosis fue descubriendo una personalidad subyacente en sus pacientes, hecho que permitió conocer la disociación.

Este descubrimiento dio lugar al establecimiento de muchas más relaciones entre dolencias físicas sin origen conocido y la parte psicológica. En 1977, Engel formuló el **modelo biopsicosocial**, que propone la interrelación de todos los factores sin excluir ninguno. Ejemplo de ello sería el tratamiento desde las tres perspectivas de cualquier patología que curse con dolor, como la fibromialgia, de la que hablaremos más adelante.

Actualmente es un modelo muy extendido; ya se habla de enfermedades psicosomáticas, las basadas en una relación directa entre la salud emocional, psíquica y física, y también de los eventos experimentados como fuente de dolor. La psicosomática se encarga de estudiar esta relación.

Volviendo al vínculo con el trauma, en este caso el provocado por el abuso sexual infantil, encontramos su efecto en la **fibromialgia** y en el **síndrome de colon irritable**.

En esta línea, Garulo (2020) ha descrito la presencia de alteraciones emocionales en relación con la fibromialgia: trastornos por ansiedad (50 % de pacientes) y alteraciones del estado de ánimo (26 % en pacientes depresivos), en casos de antecedentes personales de abuso o maltrato.

Muñoz Rodríguez & Millán Torres (2018) también destacan evidencia científica de que la implicación del sistema nervioso central (SNC) y la sensibilización central pueden ser provocadas por un trauma complejo de la infancia.

En el síndrome de colon irritable también está siendo estudiada la relación entre su sintomatología y haber pasado por un evento traumático grave. Antón Hurtado & Madrid Jordán (2020) observaron una alta prevalencia de este síndrome entre mujeres que habían sufrido violencia doméstica; víctimas de abuso físico, sexual y emocional en la edad adulta; víctimas de abuso sexual infantil; mujeres veteranas de guerra y adultos expuestos durante la infancia a condiciones severas en tiempos de guerra.

Pero no solo la fibromialgia y el síndrome de colon irritable basan parte de su origen en un evento traumático. Pereda Beltrán (2010) también describe su relación con **trastornos ginecológicos, crisis no epilépticas o trastornos de somatización**.

Sin embargo, a pesar de que comienza a haber mucha evidencia sobre la relación de un evento traumático con una enfermedad física, aún no está muy reconocida socialmente; se ha llegado a considerar incluso la fibromialgia como un «invento», fomentando así el silencio del paciente. Muchas veces no se considera «científico» —ni por parte de las personas que lo sufren ni de la sociedad en general— que lo mental y la dolencia estén relacionados. La **medicina psicosomática** se ocupa cada vez más de establecer esa relación y darle la **importancia que merece**.

CONCLUSIONES

Comenzamos esta revisión bajo la hipótesis de todo lo que puede esconder un trauma, más aún cuando actúa el silencio. ¿Qué quiere decir esto, que el silencio actúa? Se refiere a las situaciones en las que la gente nos incita a «pasar página», a no sentir, a pensar en otra cosa. Hemos repasado el concepto de trauma y los tipos de abusos, pero ahondando en qué hace que la familia pida silencio y qué hace callar al niño. El abuso sexual infantil es quizá el mejor ejemplo de esa situación, y el trauma que causa mayores lesiones psíquicas y físicas a corto y largo plazo.

Existen evidencias de que haber sufrido abuso sexual en la infancia provoca consecuencias a corto plazo como enuresis, comportamientos sexualizados, pesadillas, etc. Estas lesiones tendrán

buen pronóstico si la familia ayuda hablando de ello, haciendo que el niño se trate y apartando al abusador; lo mismo ocurrirá si la víctima cuenta con una figura de apoyo. Es, pues, imprescindible que el niño tenga una base segura para prevenir consecuencias peores a largo plazo, ya que haber sufrido un abuso sexual le hace vulnerable a otros trastornos emocionales o psíquicos, tal y como se constata en los estudios citados.

Por tanto, la relación entre abuso sexual y consecuencias a largo plazo existe, pero es más difusa porque a veces los síntomas se asocian a otros episodios de la vida del paciente. Es decir, pueden haber pasado muchos más eventos en la historia personal del adulto que justifiquen esos efectos. En la adultez, el silencio está más instaurado, porque durante la infancia a esa persona se le pidió callar, y callar impide tanto un futuro tratamiento como un correcto funcionamiento emocional e incluso físico de la persona. Existe más dificultad cuando hay disociación, ya que no hay develación y, por tanto, es más complicado que surja ayuda del contexto y que el terapeuta no lo pase por alto.

Cuando el silencio no es silencio, sino que es un secreto, podemos hablar más bien de disociación: la persona ha olvidado de forma inconsciente el trauma, a modo de protección, o bien está encubriendo el abuso de forma consciente. De esta manera, observamos consecuencias psíquicas, pero el trauma está más escondido: es tarea del terapeuta lograr desvelar esa parte de la historia del paciente.

En mi experiencia profesional he podido constatar que la sociedad está viviendo cada vez más bajo la cultura de la evitación, de obviar las emociones negativas, de no hablar de episodios desagradables de nuestra historia vital. «No llores, no lo pienses, pasa página» son frases que hoy por hoy estamos acostumbrados a escuchar, se haya o no pasado por un trauma.

Así pues, la influencia del silencio está muy instalada en todos los niveles: no solo respecto a contar o no que se ha pasado por un abuso sexual, sino en el día a día, bajo el influjo del «pasar página» o del falso positivismo.

Llegados a este punto, presentamos una serie de propuestas en relación con la cuestión tratada en la revisión:

- Más incidencia en la formación en trauma y disociación en terapeutas.
- Mayor conocimiento de EMDR como forma de tratamiento.
- Promoción de la cultura de hablar de lo que se siente y no tanto de reconocer emociones.
- Integración de emociones desagradables en la vida cotidiana.
- Normalización de experiencias traumáticas: mayor número de talleres, más presencia en medios.
- Ampliación de estudios sobre las consecuencias psíquicas del abuso sexual en adultos.

En conclusión, se necesitan estudios que aborden la relación entre abuso sexual infantil y comportamientos adictivos, donde los instrumentos de evaluación sean específicos y validados para

adultos, y en los cuales se analicen las variables personales y contextuales que puedan influir en esta relación.

Debido a lo anterior, planteamos como líneas futuras de investigación el diseño y la validación de un cuestionario específico sobre abuso sexual infantil para personas adultas, y el estudio de la relación actual entre estas variables (abuso sexual infantil y comportamientos adictivos, con o sin sustancias).

BIBLIOGRAFÍA

- Abarca, E. (2019). Cuando la historia traumática no es vista por el terapeuta. *Revista digital SEMPYP*. https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Cuando_la_historia_traumatica_no_es_vista_por_el_terapeuta_Estrella_Abarca.pdf
- Aguilar, D. P. M. (2018). Desafíos en psicoterapia: trauma complejo, apego y disociación. *Avances en Psicología*, 26(2), 135-144.
- Aguilar Cárceles, M. M. (2009). Abuso sexual en la infancia. <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/20582/1/Abuso%20sexual%20en%20la%20infancia.pdf>
- Alvela Fernández, S., Mateos Agut, M., Osorio Guzmán, A., Abadín Vázquez, M., Blasco Garrido, A., Sanz Cid, B. & de la Gándara Martín, J. J. (2019). Relación entre el trauma infantil y los trastornos mentales en la edad adulta. *Psicosomática y Psiquiatría*, n.º 11 [en línea], <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrum1104> [Consulta: 17-06-2022].
- Anónimo (2022). *Tipos de abuso* [Mensaje en un blog]. <https://www.womenagainstabuse.org/en-espanol/tipos-de-abuso>
- Antón Hurtado, F. & Madrid Jordán, A. (2020). Aproximación antropológica a la somatización de la violencia: el síndrome del intestino irritable (SII). *Antropología Experimental* (20), 165–180. <https://doi.org/10.17561/rae.v20.12>
- Ayala, J. L. M. & de Paúl Ochotorena, J. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*, 16(1), 45-49.
- Ayza, A. A., Ferré-Pavia, C., Ballester, M. & Corbinos, J. (2021). La cobertura de los abusos sexuales en la prensa en la era Me Too: los casos Polanski, Weinstein y P. Domingo. *Quaderns de Filologia- Estudis Lingüístics*, 26, 19-41.
- Aznárez, B. (2021a). [Cátedra]. *Experto en Clínica e Intervención en Trauma con EMDR*.
- Aznárez, B. (2021b). *El trauma psíquico es de todos*. Publicación independiente. Amazon.
- Ballesteros, S., Vitriol, V., Florenzano, R., Vacarezza, A. & Calderón, A. (2007). Mujeres con depresión severa: Relación entre trauma infantil y gravedad de síntomas clínicos. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 45(4), 288-295.

- Bonilla, A. M. (2012). Disociación como defensa al trauma: caso clínico de fuga disociativa. *Revista Cúpula*, 2, 26.
- Cantón-Cortés, D., Cantón Duarte, J., Justicia Justicia, F. & Cortés Arboleda, 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.
- Cantón-Cortés, D. & Cortés, M. R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, 31(2), 607-614.
- Capella Sepúlveda, C. (2010). Develación del abuso sexual en niños y adolescentes: un artículo de revisión. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 21, 44-56. <http://www.sopnia.com/boletines/Revista%20SOPNIA%202010-1.pdf>
- Corbin, J. A (2016). *10 señales para detectar a un mal psicólogo o terapeuta* [Mensaje en un blog]. <https://psicologiaymente.com/psicologia/senales-detectar-mal-psicologo-terapeuta>
- Delgado, J. (2021). *Trauma psicológico: traumas con "T" mayúscula y traumas con "t" minúscula* [Mensaje en un blog]. <https://rinconpsicologia.com/trauma-psicologico-los-traumas-con/>
- Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Psicología Conductual*, 19(2), 469.
- Fossa Arcila, P. (2012). Obstáculos del proceso terapéutico: una revisión del concepto de vínculo y sus alteraciones. *Revista de Psicología Gepu*, vol. 3, junio, 101-126.
- Franco-Jaén, S., Rodríguez G., J. M. & del Río, F. J. (2020). El abuso sexual infantil y la relación con el desarrollo de comportamientos adictivos. Una revisión sistemática. *Terapia psicológica*, 38(3), 317-338. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000300317>
- Frankl, V. (2004). *El hombre en busca de sentido*, pp. 9-157. Herder.
- Garrigo, G. (14/01/2022). Romper el silencio del trauma sexual infantil: «No lo decía por vergüenza, porque se sentía sucia». *Ara*. https://es.ara.cat/sociedad/romper-silencio-trauma-sexual-infantil-no-decia-verguenza-sentia-sucia_1_4240127.html
- Garulo, D. C. (2020) *Fibromialgia juvenil y síndrome de fatiga crónica*. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/27_fibromialgia.pdf
- González, A. (2017). *No soy yo: entendiendo el trauma complejo, el apego, y la disociación: una guía para pacientes*. Anabel González.
- Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Espasa Calpe.
- Jarero, I. (2014). Comentarios sobre el Trastorno por Estrés Postraumático Complejo: perspectivas del DSM-5 y del CIE-11. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 6(1), 1-5.
- Jiménez, C. P. (2017). ¿Podemos prevenir el trauma? Reflexiones del uso de la arteterapia como vía para la prevención del trauma y el desarrollo de la resiliencia. *Arteterapia*, 12, 277.
- Lanza Castelli, G. (2009). Mentalización y expresión de los afectos: un aporte a la propuesta de Peter Fonagy. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista de Psicoanálisis en Internet*, n.º 031. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=588>

- Lister, M. S. Á. & Pueyo, A. A. (2013). Características de personalidad y vulnerabilidad a la victimización sexual. *Intervención Psicoeducativa en la desadaptación social: IPSE-ds* (6), 9-18.
- López Pena, N. (2014). *El silencio en torno al incesto paterno-filial*. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/5315>
- Loureiro, R. (2003). *Lo que pasa en casa: de la violencia que no se habla*. Psicolibros Waslala.
- Martínez, A. C. (2021). Acoso y hostigamiento sexual: una revisión conceptual a partir de #MeToo. *GénErosos. Revista de investigación y divulgación sobre los estudios de género*, 28(29), 243-268.
- Martínez, S. (2020). *¿Qué es el trauma por traición y cómo nos afecta?* [Mensaje en un blog]. <https://psychotherapyandcounselingservices.com/es/que-es-el-trauma-de-la-traicion-y-como-nos-afecta/>
- Medina Amor, J. L. (2015). *Trauma psíquico*. Ediciones Paraninfo, S. A.
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M. E., Garrosa, E., & Rodríguez, R. (2004). Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma. *Psicología Conductual*, 12(2), 215-231.
- Mosquera, D., González, A. & van der Hart, O. (2011). Trastorno límite de personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad. *Revista Persona*, 11(1), 10-40.
- Muñoz Rodríguez, L. & Millán Torres, M. R. (2018). *Trauma complejo en la infancia como factor de riesgo para fibromialgia, revisión sistemática de la literatura*. <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/19010/MuñozRodriguez-%20Laura-2018.pdf?sequence=1>
- Pereda, N., Greco, A. M., Hombrado, J., Segura, A. & Gómez-Martín, V. (2018). ¿Qué factores inciden para romper el silencio de las víctimas de abuso sexual? *Revista Española de Investigación Criminológica*, 16, 1-27.
- Pereda Beltrán, N. (2010). Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil. *Pediatría Atención Primaria*, 12(46), 273-285. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000300010&lng=pt&tlng=es [consultado el 12/07/2022].
- Pérez, C., Vicente, B., Zlotnick, C., Kohn, R., Johnson, J., Valdivia, S. & Rioseco, P. (2009). Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastornos de estrés post-traumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud Ment (Mex)*, January 1; 32(2): 145-153.
- Perrone, R. & Nannini, M. (1998). *Violencia y abusos sexuales en la familia, un abordaje sistémico y relacional*. Paidós Ibérica.
- Polo, E. (2012) *El silencio en el Abuso Sexual* [Trabajo de grado, Universidad de San Buenaventura (Cali, Colombia)]. http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/jspui/bitstream/10819/1158/1/Silencio_Abuso_Sexual_Polo_2012.pdf
- Redondo Figuero, C. & Ortiz Otero, M. R. (2005). El abuso sexual infantil. *Bol. Pediatr*, 45(191), 3-16.

- Rincón González, P. (2003). *Trastorno de Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención*. Universidad Complutense de Madrid.
- Rodríguez, G. (2001). *El trauma en la infancia: trauma, abuso, amnesia y trastornos de disociación*. <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/2394/>
- Samper Lucena, E. (2016). Personalidad ante el trauma en el siglo XXI: fragilidad y antifragilidad ante el trauma. *Sanidad Militar*, 72(3), 209-215.
- Sarmiento, I. V. (2013). El abuso sexual infantil: perfil del abusador, la familia, el niño víctima y consecuencias psíquicas del abuso. *Psicogente*, 16(30), 451-470.
- Serrano Ibáñez, E. R., López-Martínez, A. E., Ruiz Párraga, G. T., Esteve, R., Ramírez-Maestre, M. D. C., González, H. & Sampedro, S. (2016). Relación entre las variables asociadas al trauma (disociación, culpa, evitación experiencial y síntomas de estrés postraumático) y su influencia en la salud percibida. [Póster]
<https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/12504>
- Sáez Martínez, G. J. (2015). Aproximación histórica a los abusos sexuales a menores. *EGUZKILORE*, 29, 137-170.
- Steele, K., van der Hart, O. & Nijenhuis, E. R. (2005). Tratamiento secuenciado en fases de la disociación estructural en la traumatización compleja: superar las fobias relacionadas con el trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 11-53.
- Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 7(2), 177-193.
- Summit, R. C. (19/01/2005). *Síndrome de acomodación en el abuso sexual infantil* (trad. Ps. Eugenio Araya Olivares). <https://es.slideshare.net/elmundodelosasi/sndrome-de-acomodacin-al-abuso-sexual-infantil-por-roland-c-summit-md>
- Urra, J. (2011). Abuso de los menores en el ambiente intrafamiliar. *Psicología Conductual*, 19(1), 239.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. & Steele, K. (2006). Disociación: una característica principal del TEPT complejo insuficientemente reconocida (trad. Drs. Luis González Pérez & Olaf Holm Cox). *Journal of Traumatic Stress* (18).
- Vázquez, A. G. (2008). Disociación y trauma. *Cadernos de Psicología*, 32, 63-78.