



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
Y SOCIALES

**Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil  
y su relación con la drogodependencia adulta**

Autor: Alejandro Almandoz Fernández

Directora: María Arantzazu Yubero Fernández

Madrid

2019/2020

## Índice

<b>Introducción</b> .....	4
<b>1. Abuso sexual infantil</b> .....	4
<b>1.1 Incidencia</b> .....	5
<b>1.2 Prevalencia</b> .....	6
<b>2. Drogodependencia</b> .....	7
<b>Metodología</b> .....	7
<b>Desarrollo</b> .....	8
<b>1. El género como mediador</b> .....	8
<b>2. Consecuencias del abuso sexual infantil</b> .....	10
<b>2.1 Corto plazo</b> .....	11
<b>2.1.1 Internalizantes</b> .....	11
<b>2.1.2 Externalizantes</b> .....	11
<b>2.2 Largo plazo</b> .....	12
<b>2.2.1 Internalizantes</b> .....	12
<b>2.2.2 Externalizantes</b> .....	13
<b>3. Transmisión intergeneracional del abuso sexual infantil</b> .....	14
<b>4. Causas de la drogadicción tras abuso sexual infantil</b> .....	16
<b>5. Explicación desde la neurobiología y el apego</b> .....	17
<b>Discusión</b> .....	20
<b>Referencias</b> .....	27

## Resumen

*En la presente revisión se recopila información para poder determinar las consecuencias a largo plazo y a corto plazo que tiene el abuso sexual infantil en el estado psicológico de la víctima y la relación que mantiene con padecer posteriormente una drogodependencia. Se realiza una aproximación a otros aspectos relevantes en el abuso sexual infantil como la influencia que tiene el género, o la transmisión intergeneracional. De igual manera, se aportan razones por las que estas personas pueden acabar acudiendo al consumo de sustancias como una vía de salida, desde perspectivas como la neurobiología, el apego, aspectos sociales y la hipótesis de la automedicación. Finalmente se concluye que el abuso sexual infantil es un problema trascendente en la sociedad actual y que se encuentra muy relacionado con padecer una drogodependencia posterior, siendo vital la intervención precoz y que aumente el énfasis de la comunidad científica sobre este fenómeno, para así poder evitar la aparición de futuras adicciones.*

**Palabras clave:** *abuso sexual infantil, drogodependencia, psicopatología, transmisión intergeneracional, apego, disociación, automedicación.*

## Abstract

*In this review, information is presented with the purpose of establishing the main long-term and short-term consequences of child sexual abuse in the psychology of the victim and the relationship with having drug addiction. Other important aspects of child sexual abuse are reviewed, such as gender influence, or the intergenerational transmission. In the same way, arguments are provided to explain why victims could find a way out through substance abuse, from the outlook of neurobiology, attachment, social aspects and the self-medication hypothesis. Finally it is concluded that child sexual abuse is an important problem in today's society and has a strong relationship with later drug addiction, highlighting the utmost importance of early intervention and increase the emphasis of scientific community on this problem in order to avoid the start of those addictions.*

**Key words:** *child sexual abuse, drug addiction, psychopathology, intergenerational transmission, attachment, dissociation, self-medication.*

## **Introducción**

En el presente trabajo se pretende recopilar conocimientos sobre las consecuencias que tiene el abuso sexual sufrido en la primera etapa de la vida en el psiquismo infantil, y cómo esos daños pueden ser un factor de riesgo para el consumo de psicoactivos en la edad adulta, debido a ciertas patologías, fallas en el apego, factores neurobiológicos y aspectos sociales. El abuso sexual infantil (ASI) se trata de un problema a nivel mundial cuya presencia es mayor de lo que generalmente se estima. Del mismo modo, existen problemas a la hora de medir su presencia y por último su relación con la drogadicción ha sido poco estudiada en España. Por todo ello, considero que es un tema importante que requiere mayor atención que la que se le dedica actualmente, para así poder exponer las consecuencias que tiene y de esta manera, prevenir la posibilidad de desarrollar una drogodependencia.

### **1. Abuso sexual en la infancia**

El ASI, se puede conceptualizar cómo una actividad cuyo objetivo primordial es el de proporcionar placer sexual a un adulto, utilizando para ello a un niño (Pérez y Mestre, 2013). También podemos hablar de ASI cuando se cumplen una serie de condiciones de asimetría, ya sea de edad, de poder, de conocimientos, o de gratificación cuando el agresor presiona de una manera sutil al niño sirviendo para que finalmente acabe aceptando el abuso (Sánchez-Meca, Alcázar, y López, 2001). El Código Penal (1995), entiende que los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales pueden dividirse en dos tipos: de acuerdo con el artículo 181 abusos sexuales, cuando se utiliza el engaño o la persuasión y por otro lado, de acuerdo con el artículo 178 agresión sexual en aquellos casos en los que la violencia o la intimidación son los medios que utiliza el adulto. Según el artículo 179 cuando hay acceso carnal, y en el caso de la agresión sexual más aun al usar la violencia, las penas de prisión aumentan debido a la mayor gravedad de la conducta.

Por otro lado, se puede hablar de dos tipos de ASI: intrafamiliar cuando fuera perpetrado por algún miembro de la familia del menor y extrafamiliar cuando el abuso es realizado por una persona completamente ajena a la familia de la víctima. Echeburúa y Guerricaechevarría (2011) muestran que el ASI intrafamiliar es la forma de victimización más frecuente en la infancia, siendo más probable que el agresor sea un familiar a que sea un conocido o desconocido. Aproximadamente el 50% de los ASI se producen una o dos

veces, sin llegar a repetirse en más ocasiones (Fanslow, Robinson, Crengle, y Perese, 2007).

El abuso sexual en la primera etapa de la vida, es un tema relevante en la sociedad actual. En cuanto a cifras a nivel internacional, Orjuela y Rodríguez (2012) exponen que en todo el mundo, una de cada cinco mujeres y uno de cada 10 hombres afirma haber sufrido abusos sexuales durante su infancia. Por otro lado, la OMS reveló en el año 2013 que 18 millones de niños sufren abuso sexual en Europa. En España según datos del Observatorio de la Infancia, en el año 2017 hubo 993 notificaciones de ASI, siendo las Islas Baleares la comunidad autónoma en la que más notificaciones se recibieron, seguida por Andalucía y Cataluña respectivamente.

Sin embargo, al hablar de las estadísticas y presencia del abuso sexual en las primeras etapas de la vida, es cierto que habría que considerar que se trata de un tema difícil de conceptualizar y con dificultades metodológicas. Además, debe recordarse que también se trata de un asunto que ha recibido poca atención, ya que en muchas ocasiones las quejas del menor, frente algún acontecimiento, eran silenciadas o se estimaban como falsas, considerando que las mentiras y fantasías prevalecen en los menores (Ramos-Lira, Saldívar-Hernández, Medina-Mora, Rojas-Guiot, y Villatoro-Velázquez, 1998). Este último aspecto supone una de las principales dificultades a la hora de medir la verdadera presencia de los abusos.

Existen ciertos problemas para computar la presencia del ASI. En las estadísticas sobre este tipo de maltrato, resulta de vital importancia realizar una diferenciación entre incidencia y prevalencia.

**1.1 Incidencia.** En este ámbito, hace referencia a la cantidad de casos nuevos detectados por la autoridades en un periodo de tiempo concreto, que suele consistir en un año (Runyan, 1998). Este método de estudio subestima considerablemente los datos sobre la victimización sexual, idea que ha sido respaldada por distintos autores. Leventhal (1998) explica que la incidencia no refleja, de ninguna manera, la verdadera presencia del ASI. Factores como el secretismo, las sanciones criminales que conllevan las conductas abusivas, y la vergüenza de la víctima, provocan que solo una pequeña parte de las víctimas refieran haber sufrido abuso sexual. Por lo tanto, se puede concluir que la incidencia no es un método adecuado para medir este fenómeno, ya que como Goldman y Padayachi (2000) exponen, el hecho de que solo una pequeña parte de las víctimas sea

la que denuncia los abusos, conlleva que posiblemente las estadísticas oficiales subestimen la verdadera dimensión del ASI.

Pereda (2016) explica que los estudios que se basan en la incidencia de esta problemática, no muestran las características reales de dicha población, sino que dan una información sesgada, mostrando únicamente un sector específico, aquel que denuncia los abusos. Por ello plantea que la incidencia no puede ser usada como un indicador de la extensión de la problemática en el abuso sexual en la primera etapa de la vida, sino como un indicador de la capacidad de detección por parte de los profesionales.

**1.2 Prevalencia.** Los estudios de prevalencia revelan unos porcentajes de ASI más ajustados a la realidad (Pereda, 2016), describiendo el número de casos de victimización antiguos y nuevos, al contrario que la incidencia que cómo se describió anteriormente, expone los casos nuevos en un periodo de tiempo determinado.

López (1994), realizó un estudio de prevalencia a nivel nacional y reveló que un 18,9% de las 1.821 personas que componían la muestra, refirió haber sido víctima de ASI. El estudio también reflejó el mayor porcentaje de víctimas mujeres (22,5%) que de varones (15,2%). Por otro lado, Pereda y Forns (2007) realizaron otro estudio de prevalencia en Cataluña con una muestra de 1.033 estudiantes universitarios, que refleja que un 17,9% de la muestra había sufrido ASI, afectando al 15% de varones y a un 19,9% de las mujeres. Sin embargo, recogiendo los datos de incidencia del Observatorio de la Infancia en el año 2017, que se han expuesto con anterioridad, se observa que un 12% de la población menor de edad sufrió abuso sexual durante este año, siendo un 8% niñas y un 4% niños. Como se puede ver, los datos que aportan los estudios de incidencia son muchos menores que los de prevalencia.

De esta manera, se pueden inferir tres conclusiones a través de los estudios de prevalencia e incidencia: en primer lugar, que el ASI es un acontecimiento que afecta más a mujeres que a hombres. En segundo lugar, que se trata de una problemática con una presencia importante, al contrario de lo que se suele considerar. Y por último, que la incidencia no se trata de una forma adecuada de medir este fenómeno, ya que las cifras disminuyen considerablemente si tenemos solo en cuenta los datos de este tipo de estudios y que en definitiva nos revelan únicamente las estadísticas oficiales (Pereda, 2016).

## **2. Drogodependencia**

El DSM 5 hace referencia a la drogadicción como trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, explicando que el consumo excesivo de psicoactivos provoca directamente la activación del sistema cerebral de recompensa, lo cual explicaría por qué se perpetúa el consumo en las personas drogodependientes. Por otro lado, Pérez y Martín (2007) exponen la drogodependencia como un comportamiento que se distingue por la capacidad para producir efectos agradables y por proveer un modo para evitar los estados internos dolorosos. De esta forma, la adicción implica una síntesis de la compulsión y la dependencia.

El consumo de drogas se trata de un asunto que está muy presente en la sociedad actual. Los datos de prevalencia de consumo, tanto de sustancias legales como de ilegales del Observatorio Español de Drogas en el año 2017, muestran que un 42% de la población consume una sustancia, un 41 % consume entre dos y cuatro sustancias y apenas un 16% refiere no haber consumido a lo largo de ese año.

La relación entre haber padecido ASI y ser drogodependiente, no ha sido muy estudiada en España. Sin embargo, diversos autores se han encargado de exponer su prevalencia, (Molnar, Buka, y Kessler, 2001; Pérez y Martín, 2007; Tonmyr y Shields, 2017; Wilson y Widom, 2009), al igual que otros muchos autores describen la existencia de diversas consecuencias en los abusos sexuales, que varían dependiendo de las características específicas del propio abuso. Exponen la complejidad de determinar los efectos que tendrán lugar a largo plazo debido a posibles interferencias de otro factores, sin embargo, afirman la drogodependencia como una de las consecuencias más relevantes y comprobadas.

### **Metodología**

Se ha llevado a cabo una revisión principalmente de artículos científicos y también de libros dedicados al ASI y sus consecuencias, dentro de las cuales se encuentra la drogodependencia. A la hora de realizar las búsquedas he utilizado principalmente los términos “abuso sexual infantil” y “drogodependencia” en las distintas plataformas de búsqueda de información como Psycinfo y Google Scholar. Los principales criterios seguidos en la selección de artículos y libros para la realización de la revisión han sido, el año de publicación para intentar aportar información lo más actualizada posible,

proveniente de autores de referencia en el campo del ASI y la drogodependencia y el uso de revistas que tengan un impacto elevado en la comunidad científica. En este último aspecto destacar que la principal fuente utilizada para la presente revisión ha sido la revista *Child Abuse and Neglect*, tratándose de la revista más importante relacionada con el abuso y maltrato infantil siendo una fuente de información referente en este campo.

## **Desarrollo**

El ASI y su relación con la posterior drogodependencia, se trata de un asunto muy bien documentado y que tiene una relación muy sólida (Molnar et al., 2001; Pérez y Martín, 2007; Tonmyr y Shields, 2017; Wilson y Widom, 2009).

### **1. El género como mediador**

Distintos autores han encontrado diferencias relacionadas con el género. Zilberman, Tavares y el-Guebaly, (2003) refieren que los hombres consumen más psicoactivos que las mujeres, aunque, los distintos cambios que ha sufrido el papel de la mujer en el ámbito social durante las últimas décadas, ha favorecido que esta tendencia comience a cambiar de manera que cada vez hay menos diferencia en este aspecto (Goñi, Colmenero, Carrasco, Arenas, y Pardo, 2010). Por otro lado, Afifi et al., (2014) exponen que en las sociedades occidentales, el ASI es más habitual en mujeres que en hombres, lo cual reafirma las conclusiones de los estudios de incidencia y prevalencia expuestos con anterioridad.

Molnar et al., (2001) encontraron que el porcentaje de mujeres que presentaban adicción al alcohol era del 16% entre aquellas mujeres víctimas de ASI, mientras que los resultados disminuían a un 8% entre las mujeres que no habían sufrido ASI. En el caso de los hombres las diferencias fueron aún mayores, un 39% de aquellos que habían sufrido ASI presentaban adicción al alcohol, mientras que el porcentaje entre la población no víctima de ASI era del 19%. En esta misma línea Rhodes et al., (2011) encontraron una relación directa entre haber sufrido ASI y el consumo de sustancias en hombres.

Sin embargo, no todas las investigaciones coinciden, ya que hay otros autores que solo han encontrado una relación sólida entre sufrir ASI y consumir psicoactivos en mujeres (Widom, Marmorstein, y White, 2006; Widom, White, Czaja, y Marmorstein, 2007).

En cuanto a las diferentes consecuencias que tiene el ASI según el género de la víctima, Molnar, Berkman y Buka (2001) exponen que las mujeres tienen el doble de trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de abuso de sustancias, causados por el ASI, que los hombres. Rhodes et al., (2011) muestran que los hombres que han sufrido ASI son más propensos a presentar síntomas externalizantes, como la realización de actos delictivos, ideación y conductas suicidas, abuso de sustancias, conductas sexuales de riesgo y ataques de violencia. En contraposición, Martínez, Polo y Zelic (2014) refieren una mayor presencia de síntomas internalizantes en las mujeres que han sufrido ASI, como pesadillas, somatizaciones, sobreactivación del sistema de alerta, pensamientos intrusivos, síntomas característicos de trastornos de la conducta alimentaria, disociaciones, síntomas de estrés postraumático, síntomas de trastornos del estado de ánimo, ansiedad, una visión negativa tanto de sí mismas como del mundo en general y del futuro y, por último, mayores niveles de ansiedad sexual.

Sin embargo, Daigneault, Vézina-Gagnon, Bourgeois, Esposito y Hébert (2017) consideran necesario tener precaución al hacer esta consideración, ya que aunque parece ser una tendencia real, no todos los estudios al respecto muestran los mismos datos. De igual forma, también exponen que la falta de grupos de comparación impide asegurar si esta tendencia es exclusiva de situaciones de ASI o si es una característica propia del género. Otros autores como Dorahy y Clearwater (2012) obtuvieron resultados opuestos, exponiendo que las mujeres víctimas de ASI tienden más a presentar problemas de carácter externalizante y los hombres internalizantes. Este hallazgo posiblemente se deba a la mayor dificultad que tienen los hombres para verbalizar el abuso sexual (Cashmore y Shackel, 2013). A esta mayor dificultad para expresar el ASI por parte de los hombres, habría que sumar el hecho de que aunque el propio niño revele la situación, tiene menos probabilidades que las niñas de recibir apoyo profesional (Foster, Boyd, y O'Leary, 2012).

En cuanto a las características de los abusadores sexuales, Gallagher, Bradfor y Pease (2008) exponen que principalmente son varones. Estos resultados cuadrarían con lo socialmente esperado. Sin embargo, no deja de ser interesante que Johnson et al (2006) realizaron un estudio en hombres que estaban encarcelados y descubrieron que el 59% de ellos refería haber sufrido ASI y de este porcentaje el 95% verbalizó que habían sido abusados por una mujer. Estos resultados contrastan considerablemente con los datos que se pueden encontrar en población general. De esta manera según este estudio, aquellos

varones víctimas de ASI por parte de una mujer, tienden a realizar actos delictivos con una frecuencia muy elevada.

Otro factor importante a tener en cuenta a la hora de ver el papel mediador del género en el ASI, es que como se acaba de exponer, las investigaciones han encontrado una mayor cantidad de hombres abusadores en población general. De esta manera, los niños víctimas de ASI, tienen más probabilidades de ser abusados por personas de su mismo género que las niñas y por tanto, de sufrir mayor violencia y daño físico durante el abuso (Steever, Follette, y Naugle, 2001).

En definitiva, hay muchos estudios que llevan a concluir que el género puede influir considerablemente en esta problemática, sin embargo, no todos conducen a las mismas conclusiones. Una revisión de estudios longitudinales sobre el papel del género en la relación entre el ASI y la drogodependencia muestra que “no está claro el efecto moderador del género a lo largo de la vida” (Kristman-Valente y Wells, 2013). En esta misma línea, Fuller-Thomson, Roane y Brennenstuhl, (2016) y Widom., et al, (2006) presentan que actualmente tenemos muchas lagunas en cuanto al papel moderador del género en la relación entre el ASI y la drogodependencia, debido a la falta de estudios y a la incompreensión del fenómeno.

## **2. Consecuencias del abuso sexual infantil**

Son muchos los estudios que ponen de manifiesto la relación entre sufrir ASI y la presencia de psicopatología posterior, sin embargo, no existe un patrón fijo a la hora de aparecer la sintomatología. En el ASI se comprenden como efectos inmediatos o de corto plazo, aquellos que aparecen durante los dos años posteriores al acontecimiento traumático (López, 1993), por tanto, toda sintomatología que aparezca más adelante se considera de largo plazo.

Existen casos en los que la víctima es asintomática a corto plazo, mostrando estabilidad emocional (López, 1994), pero posteriormente acaba presentando sintomatología a largo plazo, conformando los conocidos efectos latentes del ASI (Kendall-Tacket et al., 1993). De igual manera, hay víctimas que presentan sintomatología tanto a corto plazo como a largo plazo, cuando esta se perpetúa pasados los dos años. Sin embargo, Echeburúa y Guerricaechevarría, (2000) refieren que el ASI

es un acontecimiento que tiene casi siempre consecuencias negativas a corto plazo y en menor medida, aunque no por ello menos importantes, consecuencias a largo plazo.

## **2.1 Efectos a corto plazo o inmediatos.**

**2.1.1 *Internalizantes.*** Pereda (2009) señala el Trastorno por estrés postraumático (TEPT), la sintomatología ansiosa y la depresiva como unas de las principales consecuencias a corto plazo que aparece con mayor frecuencia tras el ASI. Por otro lado, la baja autoestima, sentimientos de culpa, escasas relaciones sociales o incluso aislamiento social, son otras consecuencias a corto plazo muy frecuentes (Hébert, Tremblay, Parent, Daignault, y Piché, 2006). De hecho, Pereda (2009) expone que la relación con los iguales y adultos es una de las áreas que más afectada se ve tras el ASI, debido a la falta de confianza que tiene la víctima en los demás. Echeburúa y Guerricaechevarría, (1998) también refieren la presencia de pesadillas, y problemas en el control de esfínteres (enuresis) tras ASI.

**2.1.2 *Externalizantes.*** Las conductas e ideaciones suicidas, los problemas en la capacidad de atención y en ocasiones unido a sintomatología hiperactiva, las conductas disruptivas y disociales, especialmente en víctimas masculinas y el consumo de psicoactivos (Echeburúa y Guerricaechevarría, 1998 y Pereda, 2010), son las principales consecuencias externalizantes a corto plazo tras el ASI. Por otro lado, Pereda (2009) manifiesta la elevada presencia de conductas sexualizadas en las víctimas de ASI, sirviendo en ocasiones como un marcador fiable en la detección del abuso. Al hablar de conductas sexualizadas Pereda (2009) engloba una curiosidad sexual excesiva, conductas exhibicionistas, masturbación compulsiva, imitación de actos sexuales y uso de vocabulario sexual inapropiado.

Por último, es importante matizar que las consecuencias a corto plazo serán muy distintas dependiendo de la edad de la víctima. A menor edad, el repertorio y habilidades de afrontamiento ante el suceso traumático disminuye. Echeburúa y Guerricaechevarría, (2000) refieren que aquellos niños que estén en la etapa preescolar pueden llegar a mostrar estrategias como la negación o la disociación. En el caso de aquellas víctimas que se sitúen en edad escolar, estos autores hablan de una mayor presencia de culpabilidad y vergüenza. Mientras que si la víctima se encuentra en la adolescencia la situación puede llegar a adquirir mayor gravedad, debido a la posible presencia del coito con el subsiguiente riesgo de embarazo. Además, en la adolescencia la víctima ya tiene una

mayor conciencia de la gravedad del abuso sexual. Cuando el abuso sucede en esta etapa del ciclo evolutivo, es cuando suelen aparecer algunos de los síntomas externalizantes más graves, como son los intentos de suicidio, consumo de drogas o huidas de casa.

**2.2 Efectos a largo plazo.** Si las consecuencias psicológicas de haber sufrido ASI se perpetúan a lo largo del ciclo evolutivo nos encontramos con efectos a largo plazo (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000). Sin embargo, Ibaceta (2007) habla con cautela de estos efectos a largo plazo, manifestando la imposibilidad de determinar que la experiencia de abuso sea la única etiología posible que explique las patologías que surjan a lo largo del ciclo evolutivo, debido a la inmensa cantidad de factores ambientales que están presentes entre el acontecimiento traumático y el momento actual.

Johnson, Cohen, Brown, Smailes y Bernstein, (1999) informan de una probabilidad cuatro veces mayor de padecer algún tipo de trastorno de personalidad en población víctima de ASI, frente a la población general. Más en concreto, estos autores afirma una mayor presencia de trastorno límite de la personalidad, que es el que la mayoría de investigaciones señalan como más común tras ASI. Sin embargo, otros trastornos como el antisocial, evitativo, esquizoide y dependiente también aparecen con mayor probabilidad en población víctima de ASI (Katerndahl, Burge, y Kellogg, 2005). Por otro lado, también encontramos autores que muestran una relación entre sufrir ASI y padecer enfermedades de carácter psicótico como la esquizofrenia y el trastorno delirante (Bendall, Jackson, Hulbert, y McGorry, 2011).

**2.2.1 Internalizantes.** Los síntomas y trastornos depresivos son una de las principales causas a largo plazo del ASI (Afifi et al., 2014; Berliner y Elliot, 2002; Molnar et al., 2001). Por otro lado, la ansiedad aparece muy frecuentemente en estas víctimas (Afifi et al., 2014; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000), y dentro de los trastornos de ansiedad el Trastorno de estrés postraumático (TEPT) es el más habitual tras ASI (Cantón-Cortés y Cantón, 2010; Haj-Yahia, Sokar, Hassan-Abbas, y Malka, 2019; Molnar et al., 2001). En menor medida, aunque también con una presencia importante, se encuentra la ansiedad social, fobias, trastorno obsesivo compulsivo o ansiedad generalizada (Berliner y Elliot, 2002).

Por otro lado, (Cantón-Cortés y Cortés, 2015) ponen especial énfasis en que, según cómo se lleve a cabo todo el proceso que tiene lugar tras la denuncia del ASI, puede aumentar la sintomatología de estrés y ansiedad de la víctima. Diferentes organismos

como los servicios sociales o la policía judicial, realizarán distintas entrevistas al menor, provocando que tenga que relatar constantemente el acontecimiento traumático. Todo esto podría agravar los síntomas que ya presentaba la víctima tras el ASI. Sin embargo, Berliner y Elliot, (2002) exponen que si todas estas entrevistas que se realizan las lleva a cabo el mismo profesional, la sintomatología de la víctima no aumenta.

Por último, como se expone en Pereda (2010) otras consecuencias que también aparecen a largo plazo son la alexitimia, las somatizaciones y los trastornos disociativos.

**2.2.2 Externalizantes.** Como ya se describió con anterioridad, el consumo de sustancias es una de las causas a largo plazo más comprobadas tras el ASI (Molnar et al., 2001; Pérez y Martín, 2007; Tonmyr y Shields, 2017; Wilson y Widom, 2009). Las víctimas de ASI también presentan mayor riesgo de huida de casa y a su vez esto trae como consecuencia una mayor probabilidad de cometer delitos (Kaufman y Widom, 1999). Este aumento del riesgo de delinquir tiene sentido observando que son personas que presentan con una mayor frecuencia conductas antisociales, y hostilidad en comparación con la población normal (Abdulrehman y De Luca, 2001).

Por otro lado, las conductas autolesivas (Molnar et al., 2001) y la ideación y conductas suicidas (Molnar et al., 2001) son muy frecuentes entre víctimas de ASI. Fuller-Thomson et al., (2016) exponen que muchas veces las conductas suicidas se verían mediadas por otras patologías como el abuso de sustancias, trastornos del estado de ánimo o el TEPT, los cuales a su vez fueron causados por el ASI. En otras palabras, el ASI provoca una serie de patologías que actúan como hilo conductor desembocando en ocasiones en ideaciones y conductas suicidas. Como se expone en Pereda (2010), las conductas de riesgo sexual, tener dificultades sexuales, maternidad temprana, dificultades en la crianza de los hijos alternando patrones de crianza muy permisivos y uso del castigo físico, son otras de las consecuencias externalizantes que suelen aparecer tras ASI. Por último, para concluir con las consecuencias externalizantes a largo plazo, Noll, Zeller, Trickett y Putnam (2007) han mostrado que los trastornos de conducta alimentaria y en especial la bulimia nerviosa también han sido relacionados con el ASI

Por otra parte, la revictimización también es una de las consecuencias más graves que sucede en víctimas de ASI (Pereda, 2010). Los estudios muestran que el ASI constituye un factor de riesgo considerable para sufrir revictimización (Cantón-Cortés y Cortés, 2015). Sin embargo, Pereda (2010) refiere que a pesar de que supone un factor de

riesgo probado, los resultados que ofrecen los estudios sobre la revictimización tras el ASI son muy dispares como consecuencia de las distintas definiciones y muestras seleccionadas.

Como se muestra en Cashmore y Shackel, (2013) los síntomas de hiperactivación del sistema de alerta del TEPT pueden interferir a la hora de que la persona discrimine correctamente las situaciones peligrosas de las cotidianas y como resultado que sea más vulnerable a posibles abusos sexuales futuros.

### **3. ¿Transmisión intergeneracional del ASI?**

En primer lugar, es importante destacar que a continuación se hablará de transmisión intergeneracional del ASI, pero no hay que obviar el hecho de que la mayoría de las veces los distintos tipos de maltratos están relacionados y suceden simultáneamente por lo que suele ser una transmisión de maltratos infantiles y no tanto de ASI únicamente (Assink et al., 2018).

Assink et al., (2018) exponen que los comportamientos parentales están fuertemente influenciados por las propias experiencias que tuvo el individuo en su infancia, de manera que a la hora de criar a sus hijos, los padres tienden a utilizar los mismos patrones de crianza que utilizaron sus propios padres, pudiendo incluir malos tratos como el ASI.

A continuación se exponen distintas vías explicativas de la transmisión intergeneracional de ASI.

- **Aprendizaje por observación:** En primer lugar, los conductistas consideran que al estar expuesto a malos tratos, los niños pueden acabar aprendiendo mediante el aprendizaje por observación que dañar a los demás es algo normal y acaban internalizando estos comportamientos (Bandura, 1977).
- **Apego:** En segundo lugar, ejercer ASI está considerablemente relacionado con representaciones de apego desorganizado (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg, y Van IJzendoorn, 2010). Por otro lado, se sabe que al mismo tiempo, aquellos niños que sufren maltratos tienden también a tener un apego desorganizado (Hernández, 2019). De esta manera si los perpetradores de abuso infantil suelen tener un apego

desorganizado y las víctimas también tienden a tener este mismo tipo de apego, la transmisión intergeneracional del maltrato es muy plausible.

- **Impulsividad:** En tercer lugar, como se expuso anteriormente unas de las muchas posibles consecuencias de sufrir ASI son el aumento de la hostilidad, irritabilidad e impulsividad. De esta manera, al ser personas donde estos sentimientos afloran con mayor facilidad, no es de extrañar que puedan maltratar a su propia descendencia (Kerig y Becker, 2010).

- **Esquemas desadaptativos:** En cuarto lugar, Zeynel y Uzer (2020) muestran que aquellos padres con esquemas y cogniciones desadaptativos, tenderán a ofrecer un ambiente menos seguro a sus hijos, pudiendo en ocasiones incluir malos tratos como el ASI. Por lo tanto, si los esquemas tanto positivos como negativos tienen una gran posibilidad de transmitirse a la próxima generación, en el caso de que estos sean muy desadaptativos, la probabilidad de que el ASI se transmita a la descendencia no es nada desdeñable, desde esta perspectiva.

- **Transmisión generacional de la psicopatología:** Goodman et al., (2011) manifiestan una mayor probabilidad de desarrollar psicopatología en aquellas familias compuestas por padres con trastornos psicopatológicos. Al mismo tiempo, se sabe que la existencia de psicopatología está relacionada con una mayor presencia de comportamientos abusivos (Stith et al., 2009). Por consiguiente, si tener padres con enfermedad mental aumenta las probabilidades de padecer psicopatología y a su vez esta se relaciona con una mayor probabilidad de ejercer abusos, encontramos otra posible explicación a la transmisión intergeneracional del ASI.

A pesar de las diversas explicaciones posibles de la transmisión intergeneracional del ASI, una limitación a la hora de determinar su presencia consiste en que los resultados de los estudios suelen ser contradictorios (Pereda, 2010). Browne y Herbert (1997) encontraron que únicamente el 7,6% de los padres víctimas de maltrato acabaron abusando de su propia descendencia. En otras palabras, la mayoría de los padres que habían experimentado maltrato no repetían estos patrones con sus propios hijos. En contraposición, Finzi-Dottan y Harel (2014) encontraron evidencias de lo contrario, ya que vieron que el riesgo de ejercer algún tipo de maltrato infantil era seis veces mayor en aquellas personas víctimas de maltrato.

Además de los resultados contradictorios que se encuentran, hay otros factores que complican aún más determinar la presencia e importancia de la transmisión intergeneracional. Pereda (2010) expone que el perpetrador del ASI puede testificar haber sufrido conductas abusivas durante su infancia para así poder justificar su comportamiento ante el terapeuta o ante el juzgado. De esta manera, en las situaciones en las que esto estuviera sucediendo, se estaría realizando una sobrevaloración de los casos de ASI en aquellas personas que abusan sexualmente de otros niños. A pesar de las complicaciones que pueda desentrañar determinar la existencia de la transmisión intergeneracional del ASI, no deja de ser un factor muy importante a tener en cuenta. Conociendo la historia previa de víctimas de ASI se podría prevenir qué personas tienen más riesgo de ejercer malos tratos contra sus propios hijos.

En definitiva, lo que sí se puede concluir de los estudios sobre este fenómeno es que la transmisión intergeneracional no es un factor que determine la presencia de ASI, sino que actúa como un factor más que influye en su presencia. Además, existe la posibilidad de romper el círculo de transmisión del abuso ya que no siempre ocurre (Assink et al., 2018).

#### **4. Causas de la drogadicción tras el abuso sexual infantil**

La aparición de la drogodependencia en personas que fueron víctimas de ASI se puede deber a distintas causas.

Como se expuso en Tonmyr y Shields (2017) existen dos posibles vías para la drogadicción tras ASI. En primer lugar, los síntomas y trastornos psicológicos (como el TEPT o la depresión) causados por el suceso traumático, podrían llevar a la persona al abuso de sustancias. Por otro lado, el consumo de sustancias podría ser una consecuencia directa del ASI y a causa de la drogodependencia empezarían a surgir estos síntomas y trastornos psicológicos. En el caso de que los síntomas provocados por el ASI lleven a la persona a consumir, Álvarez-Alonso et al., (2016) exponen que el consumo de sustancias es usado para intentar manejar las emociones, usando la drogadicción como automedicación (Khantzian, 1985). Más en concreto, Cashmore y Shackel, (2013) exponen que el TEPT (el cual aparece en la mayoría de las ocasiones tras ASI), se trata de un trastorno que está muy relacionado con el consumo de sustancias como forma de automedicación.

Otra explicación propuesta es que los problemas conductuales que pueden aparecer tras el ASI, pueden llevar a la persona a consumir sustancias, debido a la impulsividad y falta de regulación que les caracteriza. En estos casos, implicaría una mayor gravedad en el plano conductual cuando se trata de consumidores de drogas ilegales, frente a los consumidores de drogas legales como el caso del alcohol (Mota, Rubio, Hernández, y Martínez, 2020). En esta misma línea, la mayor probabilidad de cometer actos delictivos o de realizar huidas de casa (ambas conductas se dan en ocasiones tras ASI) también suponen por sí solos un factor de riesgo de consumir psicoactivos (White y Widom, 2008). Estos autores encontraron tres factores que aumentan la probabilidad de desarrollar una drogodependencia a largo plazo en las víctimas de ASI: la presencia de situaciones estresantes en la edad adulta, el desarrollo de un TEPT y las conductas delincuentes.

Por otro lado, Álvarez-Alonso et al., (2016) exponen que los casos en los que los progenitores tienen una drogodependencia, es más probable que se ejerza ASI, ya que suelen ser familias desestructuradas y con mucha violencia doméstica. Estos autores a su vez, exponen que esto explicaría porque los hijos de padres drogodependientes tienen más probabilidad de consumir sustancias, ya que el hecho de sufrir ASI está altamente relacionado con desarrollar drogodependencia y al mismo tiempo, el haber observado ese consumo en los progenitores puede provocar un aprendizaje por observación.

## **5. Explicación desde la neurobiología y el apego**

Desde la neurobiología y el apego, se puede entender mejor el ASI y la razón por la que las víctimas pueden encontrar en las adicciones una posible salida al malestar psicológico.

Hernández (2019) expone que todo acontecimiento es almacenado en nuestro cuerpo y nuestra mente con un afecto positivo o negativo, con la finalidad de que busquemos o evitemos de nuevo esos mismos acontecimientos. Las personas que acaban acudiendo al consumo de psicoactivos tras ASI sienten sensaciones placenteras al no pensar en lo ocurrido (Álvarez-Alonso et al., 2016). Esto explicaría porque las personas que sufren abuso en las primeras etapas de la vida tienden a caer en la drogadicción, evitando estar en contacto con el suceso traumático y las sensaciones que le genera. Cuando una persona no ha encontrado un equilibrio psicológico saludable en su infancia,

lo buscará de una manera patológica mediante estrategias internas (pensamientos) o externas (comida, drogas u otras personas). Estas nuevas estrategias patológicas tienen como principal fin encontrar la homeostasis y también evitar sentir malestar (Hernández, 2019).

Cuando hay un acontecimiento excesivamente peligroso para el sujeto, la amígdala se sobreactiva y el hipocampo es totalmente incapaz de regular tanta activación, provocando lo que comúnmente se conoce como trauma (Hernández, 2019). Mesa-Gresa y Moya-Albiol, (2011) exponen que los niños que sufren ASI padecen una activación crónica de la amígdala que puede acabar deteriorando el desarrollo del córtex prefrontal, provocando alteraciones conductuales caracterizadas principalmente por la desinhibición y la falta de control de los impulsos. Esta escasa capacidad para controlar los impulsos puede ser una de las explicaciones a la inmensa mayoría de consecuencias psicológicas a largo plazo de carácter externalizante que se expusieron anteriormente, como por ejemplo el consumo de sustancias.

Ante un peligro excesivo, la activación de la rama simpática con la consiguiente movilización de huida, no resulta útil y como resultado se termina activando la rama dorsovagal (sistema nervioso parasimpático) que provoca inmovilización y en ocasiones la disociación (Hernández, 2019). Si esta activación de la rama dorsovagal es muy frecuente durante la infancia, se produce una sensibilización que acaba haciendo imposible un desarrollo emocional sano en la edad adulta. Hernández, (2019) expone que en algunos casos de ASI, la gravedad emocional de la experiencia puede provocar que el cerebro lleve a cabo una compartimentalización que permite dejar apartada información muy traumática de la consciencia. Este autor también refiere que a mayor gravedad del abuso y menor edad de la víctima, mayor será la compartimentalización y por tanto la disociación, debido al escaso repertorio emocional y cognitivo que tiene la víctima para afrontar la situación.

El efecto del kindling (Morrell, 1990) provoca que el miedo aparezca cada vez con estímulos de menor intensidad, de manera que el menor víctima de ASI tenderá a responder con un miedo excesivo antes situaciones que a priori no lo merecen. Por ello, no es de extrañar que los trastornos de ansiedad sean una de las principales consecuencias internalizantes. Panksepp y Biven (2012) refieren que cuando la activación excesiva del circuito de miedo (como en los casos de ASI), tenga lugar durante los primeros seis años

de vida, el niño será propenso a presentar sintomatología ansiosa y depresiva de forma crónica y con una marcada inseguridad en la edad adulta. Ante estos síntomas intentará recuperar la homeostasis y muchas veces encontrará en las adicciones una posible vía. Hernández (2019) expone que cuando se usan estrategias patológicas para buscar la homeostasis, el individuo intentará evitar la incertidumbre a corto plazo, sin llegar a pensar en las posibles consecuencias que tengan lugar a largo plazo. Se produce una situación paradójica en la que el consumo de sustancias que en un inicio les proporciona equilibrio y sensación de control (aunque sea patológico), acaba provocando más desequilibrio y descontrol, al convertirse en una adicción. En palabras de Hernández (2019): “Lo que se usó primero como un intento de solucionar el problema, se acabará convirtiendo a medio y largo plazo en otro problema más a resolver”. El consumo de sustancias sería un claro ejemplo de intentar buscar el equilibrio desde una manera patológica, gracias a su efecto ansiolítico y tranquilizador.

Además, en el caso de ASI intrafamiliar, puede existir la situación paradójica de que la fuente de la amenaza al mismo tiempo es la figura de referencia para el niño, siendo una situación muy traumática. Cuando se activa el circuito del miedo, el niño intentará buscar la cercanía de sus figuras de referencia. Sin embargo, si los cuidadores son quienes están abusando del niño, este se encontrará en una situación paradójica entre la búsqueda de cercanía y alejamiento, pudiendo llegar a provocar la disociación (Hernández, 2019). En el ASI intrafamiliar llevado a cabo por alguno de las figuras de referencia del niño, existe una clara falta de regulación y sincronización emocional con los cuidadores, de manera que el niño buscará estrategias ajenas a ellos para conseguir autorregularse (Hernández, 2019). Este proceso en un inicio resulta adaptativo, pero en la edad adulta puede acabar desembocando en estrategias erróneas y patológicas de autorregularse.

Hay que tener en cuenta que el ASI intrafamiliar suele aparecer junto a otras formas de maltrato como la negligencia o maltrato físico. En estos casos es obvio que el niño seguramente no se sienta querido y más aún sentirá que no tiene control sobre lo que sucede. La terapia cognitiva defiende que el ser humano siempre intenta buscar certezas y evitar la incertidumbre o la falta de equilibrio. De esta manera, en la adolescencia y edad adulta, serán personas que busquen desesperadamente cualquier cosa que les otorgue equilibrio y control, sustituyendo el vacío que deja esa carencia de afecto, siendo el uso de sustancias una vía muy plausible (Hernández, 2019).

Por todo esto, parece obvio que los casos de ASI intrafamiliar influirán considerablemente en el apego que desarrolle el niño. La relación entre sufrir algún tipo de maltrato, como el ASI intrafamiliar y desarrollar un apego desorganizado (Main y Solomon, 1990) es muy consistente (Cyr et al., 2010; Hernández, 2019). Según exponen Becoña, Fernández del Río, Calafat y Fernández-Hermida (2014), cuanto mejor sea la relación entre los padres y haya una buena relación con el hijo de manera que este pueda desarrollar un apego seguro, mayor será el nivel de protección ante el consumo de sustancias. En definitiva, si el apego seguro y una buena relación con las figuras de referencia, funciona como un factor de protección contra la drogodependencia adulta, la presencia de ASI intrafamiliar con el probable desarrollo de apego desorganizado, actuaría de forma opuesta, siendo un factor de riesgo muy importante.

Hernández (2019) expone que aquellos niños con un apego desorganizado, actuarán de maneras extremas pasando de una completa ausencia de emociones a un uso excesivo de ellas. Cuando sean adultos serán muy problemáticos, siendo proclives a situaciones de riesgo, autolesiones, abuso de drogas y a relaciones de pareja conflictivas. En el caso de las mujeres, con una mayor tendencia a desarrollar trastorno límite de la personalidad, y en el caso de los hombres trastorno antisocial. Esto cuadra perfectamente con las consecuencias a largo plazo del ASI expuestas anteriormente, ya que los dos trastornos de personalidad que más aparecen tras este acontecimiento traumático, son el límite y el antisocial (Johnson, Cohen, Brown, Smailes, y Bernstein, 1999; Katerndahl, Burge, y Kellogg, 2005). La inestabilidad emocional, las conductas de riesgo, abuso de sustancias, relaciones problemáticas e ideaciones y conductas suicidas, también son problemas que la literatura ha mostrado como principales consecuencias del ASI.

### **Discusión**

La relación entre el ASI y la drogodependencia es un asunto muy relevante que en España no ha recibido casi atención. En otros países como Estados Unidos si se trata de una problemática que ha sido más estudiada. Sin embargo, resulta reseñable el hecho de que aun así la mayoría de estudios nombran la relación existente entre sufrir malos tratos como el ASI y el consumo de sustancias, pero la mayoría no tratan exclusivamente de esta relación. Esta falta de estudios puede provocar que en ocasiones se subestime la probabilidad de entrar en una drogodependencia tras sufrir ASI. El conocer la elevada presencia de personas drogodependientes que sufrieron ASI, permite poder prevenir la

aparición del consumo de psicoactivos tras sufrir malos tratos. Si únicamente el ASI tiene multitud de consecuencias negativas en el psiquismo, el hecho de que la persona use psicoactivos como vía de salida hará más que probable que aumente la sintomatología y que con ello crezca el sufrimiento. De esta manera, prevenir la aparición de la drogodependencia en esta población resulta vital para poder mejorar su estado psicológico y no caer en pseudosoluciones que lo único que harán será empeorar la salud mental de la persona.

Como se ha reflejado en la presente revisión, son muchos los estudios que exponen la presencia de una relación sólida entre el ASI y presentar una drogodependencia posterior. Sin embargo, no existe una única teoría que explique por qué estas personas presentan una mayor tendencia a consumir psicoactivos. Principalmente, esto se debe a la multitud de factores que influyen en la víctima hasta que desarrolla una drogadicción, a la gran complejidad que entraña el fenómeno y a la escasez de investigación al respecto. No obstante, la hipótesis del uso de sustancias como automedicación ha sido muy respaldada.

Como anteriormente se expuso, las principales consecuencias internalizantes que aparecen tras el ASI son la ansiedad y depresión. Goñi (2010) encontró que las tres principales drogas que usa la población víctima de ASI son los opiáceos, cocaína y alcohol. Este descubrimiento puede ser útil a la hora de entender la hipótesis del uso de sustancias como automedicación tras el ASI. Los opiáceos y el alcohol son sustancias depresoras del sistema nervioso central, por lo que siguiendo la hipótesis de la automedicación serían útiles para paliar los efectos de la ansiedad, mientras que la cocaína es una droga activadora del sistema nervioso central, de manera que sería utilizada por aquellas personas con sintomatología depresiva para así disminuir su malestar.

Sánchez, López, Velázquez y Flores (2008) añaden la marihuana como otra de las sustancias que más consume la población víctima de ASI. La marihuana por sus características depresoras y perturbadoras podría ser útil para paliar los síntomas de ansiedad y para intentar disociar de la realidad. Además, estos autores muestran que el consumo de sustancias en la población víctima de ASI tiende a aumentar a lo largo del tiempo. Kandel, (1975) expuso que la marihuana muchas veces es una sustancia que actúa como una puerta de entrada a la adicción de otras sustancias ilícitas, siendo la antesala del consumo de otras drogas ilegales menos frecuentes y más “fuertes” como la heroína,

la cocaína o LSD, entre otras. El propio autor denominó a este fenómeno, teoría de la escalada. Por este motivo, resulta primordial intervenir de una manera precoz, intentando evitar la adicción al alcohol o marihuana, ya que siguiendo la teoría de la escalada podría desembocar en el policonsumo de otras sustancias ilícitas.

En el ASI los síntomas que aparecen en el momento del trauma (como ya se ha referido, en casos muy graves principalmente surge la disociación) cumplen una función defensiva y por tanto son adaptativos. Lo paradójico es que como en un inicio han resultados adaptativos, tenderán a perpetuarse a lo largo del ciclo evolutivo, pudiendo acabar convirtiéndose en patrones y formas de conducta características de la personalidad de la víctima, que ya no es solo que no sean adaptativos, sino que resultan patológicos.

Hernández (2019) refiere que aquellas estrategias que utilicen los niños para autorregularse ante situaciones traumáticas en la infancia, serán la base de las que acaben utilizando en la edad adulta. De esta manera, se puede hipotetizar que si la principal estrategia para evitar el dolor tras ASI suele ser la disociación (para así no sentir malestar), el uso de psicoactivos en la edad adulta podría tener su origen en las estrategias disociativas que el organismo usaba inconscientemente durante la infancia. En otras palabras, si tras el ASI suele aparecer la disociación cuando el suceso ha sido muy traumático, en la edad adulta se tenderá a usar estrategias similares ante acontecimientos estresantes y el uso de psicoactivos podría ser una forma de disociar y no permitir que lo que le duele a la persona se haga consciente.

Es muy importante señalar que el ASI es un asunto que actualmente se encuentra muy estigmatizado. Un ejemplo claro es la escasez de estudios que hay respecto al ASI y su relación con la drogodependencia adulta, en comparación con los estudios referentes a otros tipos de maltrato infantil como la negligencia o maltrato físico y el posterior uso de psicoactivos. Esta diferencia resulta sorprendente si se tiene en cuenta que el tipo de maltrato infantil que generalmente se encuentra más relacionado con la drogodependencia es el ASI. El hecho de que se suele pensar que su presencia es inferior a la real, aumenta la estigmatización ante el fenómeno, que es percibido como inusual y extraño, más aún cuando se trata de ASI intrafamiliar, que por otro lado es la forma de victimización más común. Esta estigmatización que existe alrededor del ASI puede provocar que muchas veces la víctima no denuncie el abuso por vergüenza o miedo y utilice estrategias que le ayuden a evitar pensar en el suceso traumático. De esta manera, el consumo de sustancias

es una forma de disociar o evitar la problemática y el malestar, por lo tanto podría ser una estrategia que estuviera fuertemente influenciada por la estigmatización que existe en torno al ASI. Además, el hecho de que en ocasiones las quejas del menor sean evaluadas como una mentira o engaño a causa de su inmadurez, no hace otra cosa que aumentar la estigmatización del fenómeno y con ello la menor presencia de denuncias por parte de víctimas de ASI, perpetuando de este modo su desarrollo.

Es importante exponer que el apoyo de la figura paterna y materna puede influir en el desarrollo de la drogodependencia. Yoon et al., (2018) reflejan que el apoyo y una buena relación padre-hijo es un factor de protección para no consumir psicoactivos en la adolescencia, sin embargo, una buena conexión madre-hijo no llega a considerarse como tal. Shin (2019) refiere que esto puede deberse a que en la mayoría de las situaciones las concepciones sociales llevan a pensar al menor que las demostraciones de cariño paterno son menos frecuente y por tanto se perciben como más valiosas, mientras que las maternas se dan por sentado, considerándolas más habituales. Como se ha expuesto en la presente revisión, la mayoría de perpetradores de ASI suelen ser varones, por lo tanto en el caso de que el abuso sea de origen intrafamiliar, el hecho de que el abusador sea el padre provocaría generalmente una relación padre-hijo adversa. Esta relación adversa con la figura paterna podría suponer un aumento de las probabilidades de consumir psicoactivos, ya que como se acaba de exponer, la buena relación entre la madre y el hijo no es considerada, según estos autores, como un factor protector. De esta manera, la falta de cariño y apoyo por parte de la figura paterna en los casos en los que sea la figura abusadora, sería otra explicación posible de la relación entre el ASI y la drogodependencia.

Este descubrimiento puede ser muy revelador y sin embargo, se trata de un asunto que apenas ha sido estudiado, por ello considero que se le debería otorgar más importancia ya que aportaría una información útil a la hora de prevenir la aparición de la drogodependencia. Sabiendo que el ASI está relacionado con la adicción a sustancias y más en concreto esta tendencia parece aumentar cuando quien perpetra el abuso es el padre, se debería prestar especial atención ya no solo a todas las víctimas de ASI, sino más aun a aquellos casos de abuso por parte de la figura paterna con el fin de evitar el inicio de una drogodependencia posterior.

En esta misma línea, también considero relevante determinar si a la hora de realizar un tratamiento psicológico con víctimas de ASI, la figura de un terapeuta varón podría influir positivamente en la alianza con el paciente funcionando como un factor de protección contra el consumo de sustancias, de la misma manera que una buena relación con la figura paterna. Si el afecto paterno es considerado como menos usual, debido a la concepción social que se atribuye generalmente al género masculino de ser más distante en el ámbito emocional, una relación terapéutica cálida comprendida desde la aceptación incondicional, empatía, y congruencia por parte de un terapeuta varón podría ser útil como factor de protección. Por ello considero que podría ser una línea de investigación muy útil y en el caso de que existiera dicha relación aportaría datos esclarecedores a la hora de tratar con personas víctimas de ASI.

Quisiera dedicar un espacio al suicidio en víctimas de ASI. La sintomatología que aparece tras el suceso traumático, así como la vergüenza y culpa que en muchas ocasiones siente la víctima por haber consentido el abuso, puede llevar a la persona a desarrollar ideación y conductas suicidas. Sin lugar a dudas, se trata de una de las peores y más graves consecuencias que puede provocar el ASI. Mota et al., (2020) exponen que el uso de ciertas sustancias, más en concreto del cannabis, aumenta las probabilidad de suicidio. Si se tiene en cuenta que el ASI por sí solo constituye un factor de riesgo para la ideación y conductas suicidas, y el uso de ciertas sustancias como el cannabis también, el hecho de que las personas víctimas de ASI que también sean drogodependientes muestren ideación o conductas suicidas parece ser más que probable. De esta manera, resulta vital tener estos datos en cuenta, para poder prevenir la aparición de ideación y conductas suicidas en esta población, ya que al ser personas que generalmente presentan una mayor dificultad en el plano conductual para inhibir sus impulsos, las conductas suicidas podrían aparecer de una manera muy repentina.

Por último, como ya se expuso anteriormente, la escasez de estudios sobre la relación entre sufrir ASI y desarrollar una drogodependencia ha complicado el desarrollo de la presente revisión. Otra de las principales dificultades con las que me he topado, son las incongruencias que hay entre los resultados que aportan distintos estudios respecto a algunos de los puntos expuestos en el trabajo. Estas incongruencias, limitan considerablemente las inferencias que se pueden llevar a cabo de los distintos estudios, ya que no todas las investigaciones apuntan en la misma dirección.

En el caso de la influencia del género en esta problemática, se ha observado que aunque la mayoría de estudios señalan una mayor presencia de trastornos externalizantes en la población masculina víctima de ASI y por consiguiente en la femenina mayor presencia de trastornos internalizantes, existen estudios que aportan datos distintos, por lo que es complicado inferir conclusiones definitivas al respecto. Asimismo, los estudios de revictimización y especialmente los de transmisión intergeneracional del ASI aportan resultados muy dispares. En el caso de la revictimización, a causa de las distintas definiciones utilizadas y en el caso de la transmisión del abuso a lo largo de las generaciones, debido a los testimonios falsos que pueden utilizar los abusadores para justificar su comportamiento. El hecho de que en estos dos fenómenos los estudios aporten conclusiones contradictorias, complica la extracción de información relevante y útil para la prevención, ya sea de volver a sufrir maltrato o de perpetuarlo a lo largo de las generaciones.

De acuerdo con lo expuesto hasta el momento, considero que es importante la existencia de más estudios sobre el ASI con el fin de esclarecer ciertos aspectos relevantes como la influencia del género, la revictimización y la transmisión intergeneracional. Esta necesidad de investigar más al respecto, también concierne a la relación entre el ASI y el desarrollo de una drogadicción, con el fin de poder tener datos más esclarecedores al respecto pudiendo actuar de manera preventiva ante la posibilidad de consumir sustancias tras experimentar el abuso. Igualmente, creo que es vital el uso de grupos de control en los estudios, ya que muchos carecen de ellos y por tanto las conclusiones que se pueden obtener son menos fiables. Por otro lado, el descubrimiento de que los varones víctimas de ASI realizado por una mujer, suelen ser más propensos a conductas delictivas (Johnson et al., 2006), podría ser una línea de investigación interesante. La finalidad sería poder predecir si el menor presenta un mayor riesgo de desarrollar comportamientos delictivos a causa de haber sido abusado por una mujer, ya que además como se ha expuesto en la presente revisión, las conductas delictivas suponen un factor de riesgo para el desarrollo de una drogodependencia (White y Widom, 2008).

Para finalizar, considero que es necesaria una definición unánime del ASI, ya que en algunas ocasiones se utilizan definiciones distintas y se toman como referencia edades diferentes para saber si el ASI puede considerarse como tal. En ocasiones fijando el límite, en menores de 18 años, de 16 años e incluso en algunos casos edades más tempranas. En la misma línea, los estudios suelen utilizar el término abuso sexual infantil tanto para los

casos en los que no hay violencia, como en aquellos que sí. Sin embargo, el Código Penal realiza una distinción entre ambos refiriendo la presencia de abuso sexual infantil y por otro lado, de agresión sexual infantil. Esta diferenciación es importante, porque sin duda las consecuencias serán distintas según el tipo de abuso que sufra la víctima, sin embargo, la literatura no suele realizar esta distinción aglomerando ambas situaciones bajo el término de abuso sexual infantil.

En definitiva, el ASI es una problemática que desgraciadamente tiene una presencia mayor de lo que se suele considerar, por lo tanto requiere mayor atención y estudios al respecto, para así poder tener más conocimientos a la hora de intervenir. Para ello, considero necesaria una mayor presencia de estudios que examinen exhaustivamente la demostrada relación que guarda el fenómeno con la drogodependencia, con el único fin de poder tratar los síntomas del trauma y evitar la aparición de adicciones futuras, que seguramente agravarían la problemática y por tanto complicarían el tratamiento psicológico.

## Referencias

- Abdulrehman, R. Y. y De Luca, R. V. (2001). The implications of childhood sexual abuse on adult social behavior. *Journal of Family Violence*, 16 (2), 193-203.
- Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Taillieu, T., Cheung, K., & Sareen, J. (2014). Child abuse and mental disorders in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 186, E324–E332.
- Alvarez-Alonso, M. J., Jurado-Barba, R., Martinez-Martin, N., Espin-Jaime, J. C., Bolaños-Porrero, C., Ordoñez-Franco, A., ... & Manzanares, J. (2016). Association between maltreatment and polydrug use among adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 51, 379-389.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- Assink, M., Spruit, A., Schuts, M., Lindauer, R., van der Put, C. E., & Stams, G. J. J. (2018). The intergenerational transmission of child maltreatment: A three-level meta-analysis. *Child abuse & neglect*, 84, 131-145.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Becoña, E., Fernández del Río, E., Calafat, A., & Fernández-Hermida, J. R. (2014). Attachment and substance use in adolescence: a review of conceptual and methodological aspects. *Adicciones*, 26(1), 77-86.
- Bendall, S., Jackson, H. J., Hulbert, C. A., & McGorry, P. D. (2011). Childhood trauma and psychosis: An overview of the evidence and directions for clinical interventions. *Family Matters*, 89, 53–60.
- Berliner, L., & Elliott, D. M. (2002). Sexual abuse of children. *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (pp. 55-78).
- Boletín Oficial del Estado. (1995). Ley Orgánica 10/1995, del 23 noviembre del Código Penal. Título VIII, artículo 178, 179 y 181
- Browne, K. D., & Herbert, M. (1997). *Preventing family violence*. Chichester: Wiley.
- Cantón-Cortés, D., & Cantón, J. (2010). Coping with child sexual abuse among college students and post-traumatic stress disorder: The role of continuity of abuse and relationship with the perpetrator. *Child Abuse & Neglect*, 34, 496-506.
- Cantón-Cortés, D., y Cortés, M. R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 31(2), 552-561.

- Cashmore, J., & Shackel, R. (2013). *The long-term effects of child sexual abuse* (p. 11). Melbourne: Australian Institute of Family Studies.
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22, 87–108.
- Daigneault, I., Vézina-Gagnon, P., Bourgeois, C., Esposito, T., & Hébert, M. (2017). Physical and mental health of children with substantiated sexual abuse: Gender comparisons from a matched-control cohort study. *Child abuse & neglect*, 66, 155–165.
- Dorahy, M. J., & Clearwater, K. (2012). Shame and guilt in men exposed to childhood sexual abuse: A qualitative investigation. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21(2), 155–175.
- 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 infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Psicología conductual*, 19(2), 469.
- Fanslow, J. L., Robinson, E. M., Crengle, S., & Perese, L. (2007). Prevalence of child sexual abuse reported by a cross-sectional sample of New Zealand women. *Child Abuse & Neglect*, 31, 935-945.
- Finzi-Dottan, R., & Harel, G. (2014). Parents’ potential for child abuse: An intergenerational perspective. *Journal of Family Violence*, 29(4), 397–408.
- Foster, G., Boyd, C., & O’Leary, P. (2012). *Improving policy and practice responses for men sexually abused in childhood* (ACCSA Wrap No. 12). Melbourne: Australian Centre for the Study of Sexual Assault.
- Fuller-Thomson, E., Roane, J. L., & Brennenstuhl, S. (2016). Three types of adverse childhood experiences and alcohol and drug dependence among adults: An investigation using population-based data. *Substance Use & Misuse*, 51, 1451–1461.

- Gallagher, B., Bradford, M., & Pease, K. (2008). Attempted and completed incidents of stranger-perpetrated child sexual abuse and abduction. *Child abuse & neglect*, 32(5), 517-528.
- Goldman, J. D. G., & 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.
- Goñi, M. S., Colmenero, L. G., Carrasco, A. B., Arenas, E. Q., y Pardo, L. S. (2010). Antecedentes traumáticos en mujeres drogodependientes: abuso sexual, físico y psicológico. *Trastornos Adictivos*, 12(3), 109-117.
- Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 1–27.
- Haj-Yahia, M. M., Sokar, S., Hassan-Abbas, N., & Malka, M. (2019). The relationship between exposure to family violence in childhood and post-traumatic stress symptoms in young adulthood: The mediating role of social support. *Child abuse & neglect*, 92, 126-138.
- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I. V. & Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21, 287-299.
- Hernández, M. (2019). *Apego y psicopatología: la ansiedad y su origen (5ta. ed)*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Ibaceta, F. (2007). Agresión sexual en la infancia y Viaje al Futuro: Clínica y psicoterapia en la edad adulta. *Terapia Psicológica*, 25(2), 189-198.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., y Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56 (7), 600-606.
- Johnson, R. J., Ross, M. W., Taylor, W. C., Williams, M. L., Carvajal, R. I., & Peters, R. J. (2006). Prevalence of childhood sexual abuse among incarcerated males in county jail. *Child Abuse & Neglect*, 30(1), 75–86.
- Kandel, D. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190(4217)
- Katerndahl, D., Burge, S., & Kellogg, N. (2005). Predictors of development of adult psychopathology in female victims of childhood sexual abuse. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 193, 258-264.

- Kaufman, J. G., & Widom, C. S. (1999). Childhood victimization, running away, and delinquency. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 36 (4), 347-370.
- Kendall-Tackett, K. A., Meyer Williams L., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113 (1), 164-180.
- Kerig, P. K., & Becker, S. P. (2010). From internalizing to externalizing: Theoretical models of the processes linking PTSD to juvenile delinquency. In S. J. Egan (Ed.). *Post-traumatic stress disorder* Nova Science Publishers, Inc..
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 142, 1259–1264.
- Kristman-Valente, A., & Wells, E. A. (2013). The role of gender in the association between child maltreatment and substance use behavior: A systematic review of longitudinal research from 1995 to 2011. *Substance Use & Misuse*, 48, 645–660.
- Leventhal, J. M. (1998). Epidemiology of sexual abuse of children: Old problems, new directions. *Child Abuse & Neglect*, 22(6), 481-491.
- López, F. (1993). Efectos de los abusos sexuales a menores. En II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Bilbao: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Victoria-Gasteiz.
- López, F. (1994). Los abusos sexuales de menores. *Lo que recuerdan los adultos*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, 1, 121-160.
- Martinez, W., Polo, A. J., & Zelic, K. J. (2014). Symptom variation on the trauma symptom checklist for children: A within-scale meta-analytic review. *Journal of Traumatic Stress*, 27(6), 655–663.
- Martínez-Mota, L., Jiménez-Rubio, G., Hernández, O. T. H., y Páez-Martínez, N. (2020). Tipos de violencia en la infancia que inciden en el abuso y dependencia de cannabis entre adolescentes: una revisión sistemática y metaanálisis. *adicciones*, 32(1), 63-76.
- Mesa-Gresa, P y Moya-Albiol, L. (2011). “Neurobiología del maltrato infantil: el “ciclo de la violencia” ”. *Revista de neurología*, 52(8), 489-503

- Molnar, B. E. Buka, S. L., & 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.
- Molnar, B. E., Berkman, L. F., & 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.
- Morrel, F. (1990). *Kindling and Synaptic Plasticity: The Legacy of Graham Goddard*. Ed. Birkhauser.
- Noll, J. G., Zeller, M. H., Trickett, P. K. & Putnam, F. W. (2007). Obesity risk for female victims of childhood sexual abuse: A prospective study. *Pediatrics, 120* (1), 61-67.
- Observatorio de la Infancia. (2019). Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Boletín número 20. Datos 2017.
- Observatorio Español de las Drogas. (2017). ESTUDES 2016. Encuesta sobre alcohol y drogas en España.
- Orjuela, L., y Rodríguez, V. (2012). Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Guía de material básico para la formación de profesionales. *España. Ed. Save the children*.
- Panksepp, J. & Biven, L. (2012). *The archeology of mind. Neuroevolutionary origins of humans emotions*. Ed. Norton.
- Pereda, N. y Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect, 31*, 417-426.
- 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. (2016). ¿Uno de cada cinco?: Victimización sexual infantil en España. *Papeles del psicólogo, 37*(2), 126-133.
- Pérez, F. y Martín, I. (2007). Nuevas adicciones ¿adicciones nuevas? Guadalajara: Intermedio ediciones.
- Pérez, F. y Mestre, M. (2013). Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta. *Papeles del psicólogo, 34*(2), 144-149.

- Ramos-Lira, L., Saldívar-Hernández, G., Medina-Mora, M. E., Rojas-Guiot, E., y Villatoro-Velázquez, J. (1998). Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Salud pública de México*, 40, 221-233.
- Rhodes, A. E., Boyle, M. H., Tonmyr, L., Wekerle, C., Goodman, D., Leslie, B., et al. (2011). Sex differences in childhood sexual abuse and suicide-related behaviors. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 41(3), 235–254.
- Runyan, D. K. (1998). Prevalence, risk, sensitivity, and specificity: a commentary on the epidemiology of child sexual abuse and the development of a research agenda. *Child Abuse & Neglect*, 22(6), 493-498.
- Sánchez, J., López, M., Velázquez, J y Flores., F. (2008) El abuso sexual y su relación con el consumo de drogas, en estudiantes de bachillerato y licenciatura. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
- Sánchez-Meca, J., Alcazar, A. & López, C. (2001). The Psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A metanalysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 67-93.
- Shin, S. H., Wang, X., Yoon, S. H., Cage, J. L., Kobulsky, J. M., & Montemayor, B. N. (2019). Childhood maltreatment and alcohol-related problems in young adulthood: The protective role of parental warmth. *Child abuse & neglect*, 98, 104238.
- Steever, E. E., Follette, V. M., & Naugle, A. E. (2001). The correlates of male adults' perceptions of their early sexual experiences. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 189–205.
- Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., ... Dees, J. E. M. E. G. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 13–29.
- Tonmyr, L., & Shields, M. (2017). Childhood sexual abuse and substance abuse: A gender paradox?. *Child abuse & neglect*, 63, 284-294.
- White, H. R., & Widom, C. S. (2008). Three potential mediators of the effects of child abuse and neglect on adulthood substance use among women. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 69(3), 337-347.
- Widom, C. S., Marmorstein, N. R., & White, H. R. (2006). Childhood victimization and illicit drug use in middle adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 394–403.

- Widom, C. S., White, H. R., Czaja, S.J., & Marmorstein, N. R. (2007). Longterm effects of child abuse and neglect on alcohol use and excessive drinking in middle adulthood. *J. Stud. Alcohol Drugs* 68: 317-326.
- Wilson, H. W. & Widom, C. S. (2009). A prospective examination of the path from Child Abuse and Neglect to illicit drug use in middle adulthood: The potential mediating role of four risk factors. *Journal of Youth Adolescence*, 38, 340-354.
- World Health Organization. (2013). European report on preventing child maltreatment. Summary.
- Yoon, S., Pei, F., Wang, X., Yoon, D., Lee, G., McCarthy, K. S., & Schoppe-Sullivan, S. J. (2018). Vulnerability or resilience to early substance use among adolescents at risk: The roles of maltreatment and father involvement. *Child Abuse & Neglect*, 86, 206–216.
- Zeynel, Z., & Uzer, T. (2020). Adverse childhood experiences lead to trans-generational transmission of early maladaptive schemas. *Child abuse & neglect*, 99, 104235.
- Zilberman, M., Tavares, H., & el-Guebaly, N. (2003). Gender similarities and differences: The prevalence and course of alcohol- and othersubstance-related disorders. *Journal of Addictive Diseases*, 22, 61–74.