



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

SOCIALES

**Revisión teórica del abuso sexual infantil.  
Análisis de las posibles consecuencias y  
factores protectores y de riesgo.**

Autor/a: Celia Carrasco de Calzada.  
Director/a: Belén Garayoa Molpeceres.

Madrid  
2019/2020

## Índice.

<b>Introducción.....</b>	<b>3</b>
<b>Desarrollo .....</b>	<b>3</b>
<b>Definición de abuso sexual.....</b>	<b>3</b>
<b>Prevalencia del abuso sexual. ....</b>	<b>5</b>
<b>Tipos de abuso sexual.....</b>	<b>6</b>
<b>Consecuencias a corto plazo. ....</b>	<b>8</b>
<b>Consecuencias a largo plazo.....</b>	<b>13</b>
<b>Factores de riesgo y de protección del abuso sexual. ....</b>	<b>16</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>17</b>
<b>Método.....</b>	<b>17</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>18</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>23</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>25</b>

## Índice de tablas y figuras.

<b>Tabla 1. ....</b>	<b>8</b>
<b>Figura 1.....</b>	<b>10</b>
<b>Tabla 2.....</b>	<b>13</b>
<b>Tabla 3.....</b>	<b>19</b>
<b>Tabla 4.....</b>	<b>20</b>

## **Resumen**

El presente Trabajo de Fin de Grado busca hacer una recopilación acerca de la literatura existente sobre el abuso sexual. Centrándose en la definición de abuso sexual que han hecho distintos autores a lo largo de los años, teniendo en cuenta los matices aportados por cada definición. Busca demostrar a través de la literatura existente la comorbilidad entre el abuso sexual infantil y las consecuencias a corto y largo plazo. Se incluye también una revisión de la prevalencia del abuso sexual infantil. Por último, se busca intentar establecer una conexión entre las probabilidades de sufrir abuso sexual, y diferentes factores tanto personales como del entorno.

### **Palabras clave.**

Abuso sexual infantil (ASI), consecuencias a corto plazo, consecuencias a largo plazo, prevalencia y factores de riesgo y protección.

### **Abstract**

The present final project aim is providing a compilation on the existing literature on sexual abuse. Focusing on the definition of sexual abuse that the different authors have made over the years. I have also considered all the diverse aspects that these authors have provided. This paper seeks to demonstrate the comorbidity that exists between child sexual abuse and the short and long-term consequences supported by the existing literature. Moreover, it includes a review of the prevalence of child sexual abuse. Finally, an attempt is made in order to try to establish a connection between the probabilities of being a victim of sexual abuse and the different personal and environmental factors

### **Key Words**

Child sexual abuse, short-term consequences, long-term consequences, prevalence, risk and protection factors

## Introducción

El presente trabajo de Fin de Grado tiene como objetivo principal hacer una revisión bibliográfica del abuso sexual infantil (ASI), analizando las consecuencias que pueden derivarse de esta problemática en las distintas dimensiones de la persona (emocional, conductual, psicológica...) y a su vez, tanto a corto como a largo plazo e identificar los posibles factores protectores o de riesgo que podrían influir en la posibilidad de sufrir ASI.

El abuso sexual infantil es definido por el National Center of Child Abuse and Neglect (1978) como:

Contactos o interacciones entre un niño y un adulto en los que el niño está siendo usado para la estimulación sexual del agresor u otra persona. El abuso sexual puede también ser cometido por una persona de menos de 18 años, cuando esa persona es significativamente más mayor que la víctima, o cuando el agresor se encuentra en una posición de control sobre el niño (*p.2*).

Al mismo tiempo múltiples autores han aportado sus definiciones, incluyendo diferentes matices (Hartan y Burgess, 1989; Berliner y Elliot, 2002; Echeburúa y Guerricaechevarria, 1998) entre otros. En relación a la definición del abuso sexual infantil, Echeburúa y Guerricaechevarria (2005) concluyen que: “hay consenso básico en los dos criterios necesarios para que haya abuso sexual infantil: una relación de desigualdad- ya sea en cuanto a edad, madurez o poder- entre agresor y víctima y la utilización del menor como objeto sexual” (p. 10).

Hay que tener en cuenta que el abuso sexual es un problema social que afecta a una parte importante de la población. En 2013, La Organización Mundial de la Salud (OMS) lleva a cabo un estudio a nivel mundial por medio del cual concluye que el 27% de las mujeres adultas y el 14% de los hombres adultos, que fueron preguntados, afirmaron que habían sido víctimas de abuso sexual durante la infancia. Tres años después, esta misma organización afirma que los estudios sugieren que una de cada cinco mujeres y uno de cada trece hombres, eran víctimas de abuso sexual en la infancia (OMS, 2016).

En cuanto a la evolución de los datos referentes a la prevalencia del abuso sexual concretamente en España, las cifras aportadas por el Ministerio del Interior (2017), a través de su informe sobre delitos contra la libertad e indemnidad sexual, indican que este tipo de delitos ha ido aumentando a lo largo de los últimos años.

Otro punto de gran relevancia en esta revisión bibliográfica es el estudio de las consecuencias, tanto a corto como a largo plazo, derivadas de la experiencia de haber sufrido abuso sexual en la infancia.

Las consecuencias a corto plazo han sido investigadas por múltiples autores, siendo estas muy variadas y heterogéneas. Echeburúa y Guerricaechevarria (2005), hacen una clasificación de las consecuencias dividiéndolas según los síntomas asociados. Tomando esta clasificación de referencia, se puede afirmar que hay consecuencias a nivel psicológico, a nivel sexual relacionadas con las conductas inapropiadas en relación a la edad y por último a nivel conductual, relacionadas con el suicidio (Berliner y Elliot 2002; Nader, Pynoos, Fairbanks, Frederick, 1990; Hibbard, Ingersol, & Orr, 1990; Lutzman y Lutzman, 2013).

Otro de los temas que ha sido muy estudiado son las consecuencias que se extienden hasta la adultez del menor que ha sido abusado sexualmente. Estas consecuencias son clasificadas por Echeburúa y Guerricaechebarria (2005), a nivel conductual, relacionadas con la drogadicción o con la posibilidad de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria; en relación con el plano sexual (trastornos del deseo, de las fantasías, la excitación etc) y por último, en el plano psicológico, donde es común encontrar asociado a esta problemática niveles altos de ansiedad, depresión, tristeza, baja autoestima... (Swanston, Plunkett, O'Toole, Shrimpton, Parkinson y Oates 2003; Noll, Zeller, Trickett & Putnam, 2007; Leonard, Iverson & Follette 2008; Meston, Rellini & Heiman, 2006; Miner, Flitter y Robinson 2006).

Aunque no es posible predecir el abuso sexual infantil, otro de los puntos de este trabajo se centra en identificar qué factores pueden ser protectores y cuáles de riesgo a la hora de sufrir ASI. Se ha investigado la relación que podrían tener algunas características de la víctima (sexo, edad, etc) junto con las estructuras familiares, las características de los progenitores y con las situaciones de guerra como variables que pueden influir siendo factores de riesgo o de protección para que se dé un abuso sexual infantil (López, Hernández y Carpintero 1995; Finkelhor y Asdigian 1996).

Debido a que se trata de un problema actual, que afecta a un número alto de menores tanto en nuestro país como a nivel mundial, y que genera consecuencias que afectan a la persona en su integridad, se ha tomado la decisión de hacer este trabajo de revisión bibliográfica para conceptualizar el abuso sexual, su prevalencia, las consecuencias y los factores protectores y de riesgo.

## Desarrollo

### Definición de abuso sexual.

Se considera abuso sexual toda aquella interacción entre un menor y un adulto, en la que el menor es utilizado como estimulador sexual del adulto abusador o de un tercero (National Center of child Abuse and Neglect en 1978; Hartan y Burgess 1989).

Hartan y Burgess (1989), especifican que, la diferencia entre los menores tiene que ser de cinco o más años para que se pueda considerar abuso sexual. También diferencian entre abuso sexual y explotación sexual; para considerar una interacción de carácter sexual entre un adulto y un menor como explotación sexual, y no como abuso sexual, la fuerza tiene que aparecer como elemento en dicha interacción, teniendo en cuenta que el fin de la misma tiene que ser la comercialización. Estos autores afirman que la forma de explotación sexual más común es la pornografía infantil. Otro de los matices, que dichos autores incluyen, es que cuando el abuso sexual se da, en el contexto familiar recibe el nombre concreto de incesto. Berliner y Elliot (2002), están de acuerdo en que el abuso sexual es todo contacto de carácter sexual que se produzca entre un adulto y un menor, pero clarifican que no hace falta que haya una significación sexual de los actos por parte del menor para que se considere abuso sexual. Dichos autores no mencionan como algo importante establecer un número exacto de años, a partir de los cuales el contacto sexual, podría considerarse abuso sexual, sino que explican que para que sea así considerado, tiene que haber una diferencia significativa de edad, tamaño o desarrollo, no estando uno de los menores involucrado capacitado para dar su consentimiento. Son considerados abusos sexuales por estos autores, conductas tales como tocamientos de carácter sexual, o penetración; pero también aquellas interacciones que no implican contacto entre el adulto y el menor, pero que sin embargo no son apropiadas, como por ejemplo, la exposición del menor a imágenes sexuales, aunque este no tenga un papel activo dentro del acto sexual, y solo tenga el papel de observador; otro ejemplo sería el exhibicionismo por parte de un adulto delante de un menor, que también sería considerado como abuso sexual.

El abuso sexual también ha sido incluido en los manuales de psicología como el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5, 2013), que define el abuso sexual como todo contacto sexual que pueda surgir entre un menor y un adulto, que forme parte del círculo más cercano e inmediato de dicho menor, y sea responsable de alguna forma de él. Se considera abuso sexual a todo contacto sexual con los genitales del menor,

penetración, incesto, violación, sodomización o exhibicionismo indecente. Al igual que otros autores, en el DSM, queda especificado que no es necesario que haya contacto físico entre el adulto y el menor, sino que también se consideraría abuso sexual si el adulto convence al menor de participar en actividades sexuales que conlleven la satisfacción de un tercero, sin que exista contacto directo entre la víctima y su agresor.

Save the Children (2001) elabora un informe en el que define lo que es el abuso sexual infantil, quedando en este caso englobado dentro de un tipo de maltrato infantil, refiriéndolo como cualquier acto u omisión que tenga como consecuencia el descuido del bienestar del menor en cuestión. Por ello, cuando hablamos de abuso sexual infantil, estamos descuidando el cuidado, y dejando de priorizar el bienestar del menor y sus derechos. En este informe se establece como elemento principal de diferenciación entre abuso sexual y agresión sexual el uso de la fuerza; dicha organización concluye que la agresión sexual es una categoría que se encuentra dentro del abuso sexual, en la que el agresor usa la fuerza y la violencia para alcanzar su objetivo que en este caso sería abusar de la víctima. Definen también el exhibicionismo, que, aunque es un tipo de abuso sexual, se produce sin contacto físico. Por último, tenemos la explotación sexual, que también está englobada dentro del abuso sexual, pero se diferencia porque en este caso, el agresor es recompensado con una cuantía económica, siendo esto un delito que está penado por la justicia, como veremos más adelante. Lopez y del Campo (cómo se citó en Save the Children 2001) recalcan la importancia de considerar el abuso sexual como un abuso de poder. El agresor se encuentra en una situación de superioridad, por lo que la víctima se ve privada de su libertad. Es muy importante en muchas ocasiones la diferencia de edad, ya que esto genera una serie de características en el abusador, que le colocan directamente en una posición de superioridad, pese a esto el abuso sexual también se puede producir entre iguales.

En relación al ámbito legal, la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (2015), establece en su Título VIII, en su capítulo II bis, de los abusos y agresiones sexuales a menores de dieciséis años, en su artículo 183 en sus apartados del 1 al 3, se establecen diferencias entre abuso sexual y agresión sexual. Afirmando que abuso sexual, es todo contacto de carácter sexual que se produce con un menor, considerando menor, a quien no ha cumplido aún 16 años, teniendo dicho delito una pena de prisión, comprendida entre dos y seis años. En el caso de agresión sexual, el Código Penal hace referencia a aquel contacto de carácter sexual, que se realiza hacia un menor de 16 años con el uso de violencia o intimidación, teniendo así una pena de prisión, de entre cinco y diez años; del mismo modo se tipifica también

como agresión sexual, cuando el menor es obligado con violencia o intimidación, a participar en actos de carácter sexual con un tercero o realizarlos consigo mismo.

Como se ha planteado anteriormente, el abuso sexual está relacionado con el consentimiento sexual. Pérez (2016) lo define, como el acuerdo al que llegan dos personas que están conformes en llevar a cabo una práctica sexual determinada en un momento específico. Al mismo tiempo, que las investigaciones han ido dilucidando en qué consiste el consentimiento sexual, los países han establecido una edad a partir de la cual se considera que un menor tiene los suficientes recursos para dar su consentimiento sexual de forma autónoma. La edad de consentimiento sexual, oscila en los diferentes países, entre los 14 y los 18 años, considerándose que cualquier contacto sexual con un menor que no tiene dicha edad, es ilegal, y por ello se tipifica como abuso sexual, sin atender a ninguna otra característica. Concretamente en España, la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (2015), establece en su Título VIII, en su capítulo II bis de los abusos y agresiones sexuales a menores de dieciséis años, en su artículo 183 apartado 2, que en España la edad de consentimiento sexual son los 16 años. Se especifica en el artículo 183bis, que también serán juzgados por vía penal aquellos adultos, que expongan a menores de esta edad a contenido sexual, aunque sea solo como observadores y no como participantes.

### **Prevalencia del abuso sexual.**

En relación a la prevalencia del abuso sexual, diversos autores han concluido que nos encontramos ante un problema a nivel mundial. Como se muestra a continuación, la prevalencia del abuso sexual varía según diversos estudios. Pereda y Forns (2007), realizan un estudio en población universitaria española y concluyen que el 19% de las mujeres y el 15,5% de los hombres, que fueron encuestados afirmaron haber sufrido abuso sexual durante la infancia. La OMS (2013) publica un estudio a nivel mundial en el que establece que el 27% y el 14% de los hombres han sufrido ASI en su infancia.

Relacionado con los datos de prevalencia de los abusos sexuales en la infancia, Goldman y Padayachi (2000) concluyen que existe una gran varianza según las investigaciones debido a las diferencias en la conceptualización del abuso sexual y a las preguntas y formas de detección utilizadas por los investigadores. La Organización Mundial de la salud (OMS, 2013), reconoce los problemas metodológicos mencionados por los autores anteriores, pero añaden la dificultad de la cultura a la hora de detectar los casos, aunque en su informe



advierten que se trata de un problema a nivel mundial ya que está presente en todos los países en los que se ha estudiado. Pereda Beltrán (2016), concluye que no se pueden conocer todos los casos de abuso sexual, porque solo tenemos constancia de aquellos casos que llegan al conocimiento de los profesionales que trabajan con menores, esto explica la diferencia que hay cuando hablamos de prevalencia en las diferentes investigaciones. Muchos casos no llegan a la policía y no son tratados por profesionales.

### **Tipos de abuso sexual.**

Respecto a las diferentes clasificaciones que han hecho los autores sobre el abuso sexual infantil, podemos identificar distintos tipos de abuso en función de la relación existente entre la víctima y su agresor, la frecuencia del abuso, o la agresividad implicada en el abuso sexual. Una de las primeras clasificaciones, hecha por Herman, Russell y Trocki (1986) y por Badury (1999), estableció la diferencia entre abuso sexual intrafamiliar y extrafamiliar. Estos autores describen que cuando decimos que el abuso es intrafamiliar, es cometido por un familiar de la víctima, afirmando que las secuelas y consecuencias suelen ser más graves, debido a que el menor no tiene estrategias suficientes para afrontar lo ocurrido, y además supone una ruptura con los vínculos más significativos para el menor. Del mismo modo, también recalcan que el abuso sexual se considera más grave, cuando se da de forma repetida y prolongada en el tiempo, siendo una experiencia menos traumática cuando ocurre de forma puntual. Barudy (1999), explica que una de las características especiales del abuso intrafamiliar, es que al ser cometido por un miembro de la familia, el agresor manipula el vínculo que tiene con el menor usando la posición que ocupa dentro de la familia, además explica que los abusos intrafamiliares suelen darse de forma reiterada en el tiempo; también cabe destacar que para el menor es más difícil entender que realmente el agresor, aunque sea un familiar, está abusando de su poder.

En esta misma línea, Perrone y Martínez (2007), explicaron que hay dos tipos de agresores uno que lo hace usando el cariño como modo de acercarse al niño, este es difícil de detectar; y otro que lo hace de forma más violenta y agresiva siendo, este segundo más fácil de identificar. En un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), se especifica que en la mayoría de las ocasiones el abuso sexual a menores de 11 años es perpetrado por un hombre del entorno del menor, pudiendo ser un vecino, el novio de la menor, o el compañero sentimental de la madre de la víctima, resaltan también que en muchas ocasiones el abuso sexual ocurre en su propio domicilio.

Otro de los tipos de abuso sexual, sería aquel que es cometido por una persona que no forma parte del círculo cercano del menor, es el llamado abuso sexual extrafamiliar (Herman et al.1986; Badury, 1999). Las investigaciones de este tipo de abuso sexual sugieren es menos frecuente que el intrafamiliar. Además, los menores no suelen ofrecer resistencia ante el agresor, ni reconocerle después del abuso (Lanyon, 1986). Relacionado con esto, Pereda y Forns (2007), en uno de sus estudios se centran en la relación existente entre la víctima y el abusador, estos autores concluyen que en el caso de varones menores de 13 años, los agresores más comunes son conocidos o amigos de la familia, mientras que, en el caso de las niñas, lo más común es que su agresor sea un familiar, aunque los porcentajes en los que el abuso sexual es cometido por un conocido de la familia es similar. Dichos autores investigaron también en menores con edades superiores a 13 años, concluyendo que en este colectivo el número de agresiones cometidas por familiares y conocidos disminuye, aumentando los casos en los que el abusador es un desconocido, además aparece un nuevo agresor potencial que es la pareja del menor.

Antes de empezar con las consecuencias ocasionadas por el abuso sexual, es importante tener en cuenta que esta problemática en muchas ocasiones es una situación traumática para la víctima. Una experiencia traumática, es aquella que se produce debido a la elevada carga negativa de una situación y que repercute en el sujeto, desarrollando este, dificultad para controlar sus emociones y cogniciones (Pignatiello 2006). Este mismo autor, explica que en muchas ocasiones cuando hablamos de abuso sexual en la infancia, el trauma en ese momento no se relaciona con la experiencia de abuso, ya que el menor no es capaz de darle un significado, sino con la dinámica relacional que aparece entre el abusador, que suele ser alguien de su entorno y querido por el niño. El trauma, en relación al acto abusivo en sí mismo, emerge posteriori, momento en el que el adolescente o adulto empieza a recordar lo ocurrido y le da significado, viviéndolo como algo angustioso, esto supera sus estrategias de afrontamiento lo que supone que la víctima experimente consecuencias a diversos niveles (Pignatiello, 2006).

Teniendo en cuenta que el abuso sexual es considerado una situación traumática, gracias a las investigaciones de diversos autores podemos afirmar que haber pasado por esta situación no solo genera consecuencias inmediatas, y por tanto a corto plazo, sino que hay consecuencias que aparecen o se prolongan en los años que siguen al abuso sexual, llegando a extenderse hasta la adultez.

## Consecuencias a corto plazo.

Según la clasificación realizada por Echeburúa y Guerricaechebarria (2005), se podrían identificar distintos tipos de consecuencias, como se puede apreciar en la Tabla 1. Dichos autores clasifican las consecuencias en: físicas, conductuales, emocionales, sexuales y sociales, también especifican distintos síntomas dentro de cada categoría.

**Tabla 1.**

<i>Consecuencias a corto plazo del abuso sexual infantil</i>	
Tipos de efecto	Síntomas
Físicos:	-Problemas de sueño -Cambios en los hábitos de comida -Pérdida del control de esfínteres.
Conductuales:	-Consumo de drogas y alcohol. -Huidas del hogar. -Conductas autolesivas. -Hiperactividad.
Emocionales:	-Bajo rendimiento académico. -Miedo generalizado. Hostilidad y agresividad. -Culpa y vergüenza. -Depresión. -Ansiedad. -Baja autoestima. -Rechazo del propio cuerpo. -Desconfianza y rencor adultos. -Trastornos de estrés postraumático.
Sexuales:	-Sexualidad precoz o inadecuada para su edad. -Masturbación compulsiva. -Excesiva curiosidad sexual. -Conductas exhibicionistas. -Problemas de identidad sexual.
Sociales:	-Déficit de habilidades sociales. -Retraimiento social. -Conducta antisocial.

Recuperado de Echeburúa y Guerricaechebarria (2005)

Una de las consecuencias más inmediatas del abuso sexual, es lo que se conoce como Síndrome de Acomodación o ley del silencio (Summit, 1983; Badury, 1999; Save the Children 2001). Aunque dichos autores lo presentan de formas distintas, en todos casos se trata de una dinámica establecida entre la víctima y el victimario, para ocultar lo que está ocurriendo; después de esta fase, el secreto puede ser desvelado o no, esto es lo que va a dar lugar a la heterogeneidad de los casos. Badury (1999), explica que la capacidad del niño

para sentirse víctima de la situación favorece que pueda contarlo, enfrentándose así a su agresor, en este caso es más probable que el menor pueda superar la experiencia de ASI de una forma más satisfactorio, sufriendo menos secuelas en su vida adulta. Uno de los primeros autores que describió este Síndrome fue Summit (1983), dándole el nombre de Síndrome de Acomodación, y dividiéndolo en cinco fases. El abuso sexual infantil intrafamiliar, suele empezar con el secreto, el niño no cuenta lo que está ocurriendo por miedo. Luego viene el desamparo, el niño tiene miedo a desvelar el secreto ya que si lo hace pierde el amor del agresor, aunque el abuso le haga sufrir, no lo va a contar. Posteriormente comienza la fase de entrapamiento y acomodación, el menor se adapta para protegerse, no va a contar nada, porque siente que si le pasa a él evita que se reproduzca en otros miembros de la familia. A partir de este momento, el menor puede contarlo o no contarlo, es el origen de la heterogeneidad de los casos. Si lo cuenta se daría la revelación tardía, conflictiva y no conveniente, este autor hace referencia a que el secreto se suele revelar en momentos de conflicto. Por último, puede darse la retractación, el desequilibrio que produce su confesión hace que acabe diciendo que es mentira.

Muy similar a lo llamado por Summit (1983) Síndrome de Acomodación, lo describió Barudy (1999) como la ontogenia del abuso sexual. Barudy (1999), explica que los abusos sexuales intrafamiliares comienzan con lo que llama ley del silencio, para después acabar en un momento de crisis familiar como puede verse en la Figura 1. El abuso empieza con la fase de seducción, momento en el que el agresor se acerca a su víctima, abusa de la confianza y dependencia del menor y comienza a manejar los actos abusivos, como un juego o como un comportamiento normal. A continuación, viene la fase de interacción sexual abusiva, es cuando comienzan los actos abusivos, cabe mencionar que lo normal es que estos actos sigan una progresión gradual, la penetración será el último paso. Solapado con la fase de interacción abusiva viene normalmente la imposición del secreto y la ley de silencio, el adulto sabe que lo que está haciendo está mal, pero supone algún tipo de alivio para él, por lo que convencerá al menor por medio del chantaje, la manipulación o la culpabilización para que no lo cuente, evitando así que le descubran. Las consecuencias en la vida del menor que el ASI puede generar, van ligadas a la capacidad del niño para separarse de su agresor, hay menores que son capaces de divulgarlo, porque se sienten víctimas, mientras que otros, por miedo mantienen durante mucho tiempo el secreto fusionándose con su agresor, esto hace que el menor no se sienta víctima sino que incluso acabe sintiendo placer, lo que va a generar consecuencias muy negativas en su vida adulta.

Una vez finalizado el momento de silencio dentro del abuso sexual intrafamiliar, comienza la crisis, debido a que el menor cuenta su experiencia (Barudy, 1999). En este momento, se inicia la fase de divulgación, hay que distinguir si el secreto queda desvelado porque lo descubre un tercero o porque es la propia víctima la que cuenta lo ocurrido. Este autor explica que en menores entre 2 y 10 años, la motivación para que decidan contarlo, es que el abuso les genera mucho dolor a nivel físico. En menores de más edad, es el momento evolutivo que atraviesan, lo que les ayuda a desvelarlo, la unión con los pares característica de la adolescencia, y la separación del núcleo familiar, hace que en muchas ocasiones decida contarlo, para obtener ayuda y acabar con los abusos. Una vez confesados los hechos, en algunas ocasiones se da la fase represiva, como el secreto ha generado un gran desequilibrio en la familia, es normal que los miembros de esta intenten neutralizar el testimonio de la víctima. Esto explica la frecuencia con la que el menor después de contar el secreto se retracta. Todo lo argumentado por Barudy (1999), queda reflejado en la siguiente Figura.

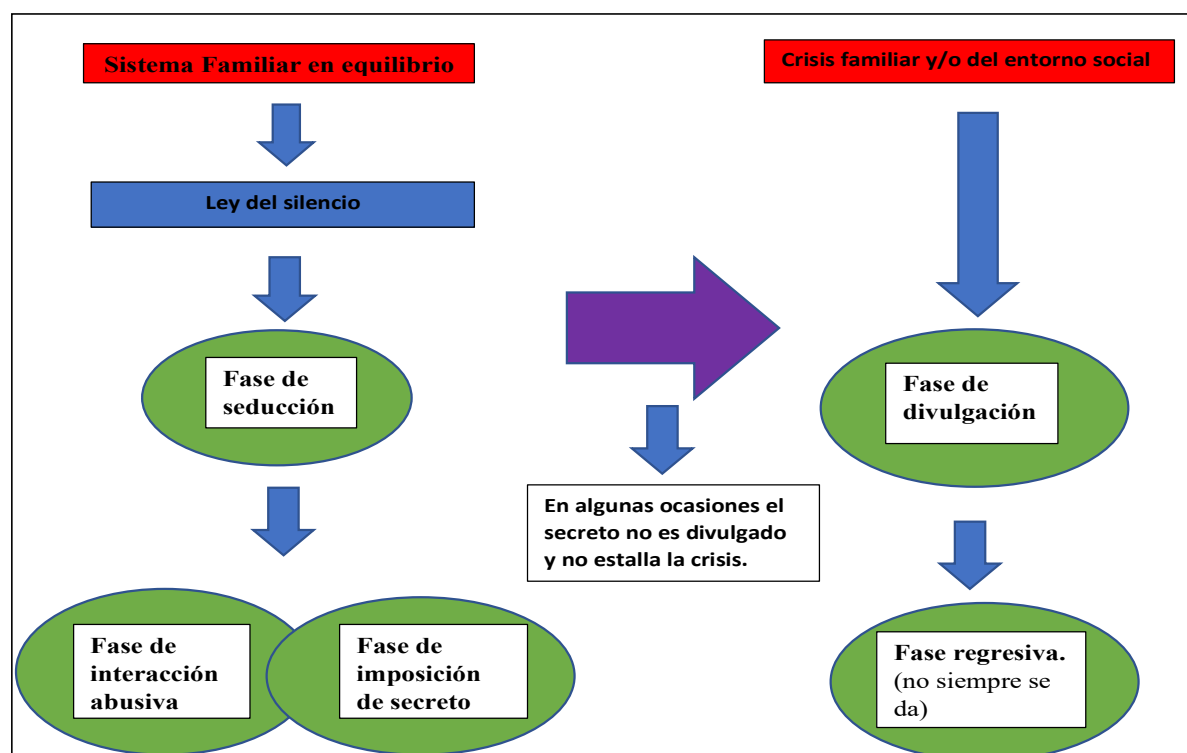


Figura 1: Fases del ASI intrafamiliar según Barudy (1999)

Por otro lado, Berliner y Ellor (2002), explicaron que el abuso sexual puede generar desajustes de carácter psicológico debido a la falta de consenso, y a que el contacto sexual no es adecuado para el nivel de desarrollo evolutivo del menor. Además, cuando se produce cualquier tipo de contacto sexual entre un menor y un adulto, la relación entre ellos cambia,

generando secuelas al niño. Por último, puede hacer que el niño sienta miedo, confusión, vergüenza o dolor, interfiriendo en los procesos de desarrollo normales, haciéndole más propenso a desajustes psicológicos (Depresión y conductas suicidas). En esta línea, Hebert, Tremblay, Parent, Daignault y Piché (2006) y Mannarino y Cohen (1996) concluyeron que, los menores que habían sufrido ASI tenían más probabilidad de desarrollar trastornos internalizantes (ansiedad, depresión o trastornos somáticos), y externalizantes (relacionados con la agresividad y la dificultad a la hora de controlar su comportamiento), comparado con aquellos que no habían pasado por esa experiencia. Dichos autores afirmaron que uno de cada tres niños que había sufrido ASI, no presentaba deterioro significativo observable tras el acontecimiento.

McFarlane (1987) y Nader et al. (1990) estudiaron la incidencia del estrés postraumático, en niños que habían sufrido abuso sexual durante la infancia. Según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5) (2013), el estrés postraumático se producía tras haber estado expuesto de forma directa o indirecta, de forma real o de amenaza, a la muerte, a una lesión grave o a violencia sexual. Esto genera una serie de síntomas deshabilitantes para la persona (recordar de forma constante la experiencia traumática, sueños con el acontecimiento, disociación, reacciones fisiológicas desajustadas a los estímulos que las provocan, y malestar a nivel psicológico). Además, las personas que lo padecen intentan evitar estímulos que les recuerden a la situación traumática. Genera también alteraciones a nivel cognitivo, y del estado de ánimo (alteraciones de la memoria, o estados de ánimo negativos).

Saunders, Kilpatrick, Hanson, Resnick, & Walker (1999), hallaron en sus estudios que las personas que tenían una historia de abuso sexual infantil, eran el triple de propensas a desarrollar trastornos de estrés postraumático, y el doble a tener depresiones, en comparación con menores que no habían pasado por esta experiencia en sus vidas. Relacionado con lo anterior, Mcleer et al. (1998) y Hibbard et al. (1990), afirman que en personas que habían sufrido ASI, el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático tenía una mayor comorbilidad con el trastorno de ansiedad por separación, la distimia, la depresión mayor, los trastornos del espectro ansioso, o con los trastornos de la conducta, incluyendo el déficit de atención e hiperactividad. Dichos autores encontraron que los trastornos depresivos, eran igual de comunes tanto en niños como en niñas, que habían sufrido abuso sexual, mientras que los trastornos de ansiedad eran más comunes en las niñas. Cabe destacar, que una de las consecuencias se asoció al cuadro de estrés postraumático, fue el suicidio. El riesgo de suicidio, suele aparecer durante la etapa de la

adolescencia en algunos menores que han sufrido ASI, siendo alarmante la alta tasa de éxito a la hora de consumar el suicidio en esta población (McLeer et al. 1998; Hibbard et al. 1990). Usta & Farver (2010) encontraron, una mayor comorbilidad entre el abuso sexual y el trastorno de estrés postraumático, en aquellos menores que vivían en países que en ese momento se encontraban en guerra, además encontraron que en las niñas, es más común este trastorno; las diferencias en el diagnóstico relacionadas con el sexo, las atribuyeron a la educación, justificando que los niños por lo general eran educados para expresar la ira y el enfado, mientras que las niñas solían aprender a gestionar todas las emociones solas, de tal forma que cuando se enfrentaban a una situación traumática para la que no tenían herramientas de afrontamiento, las consecuencias solían ser peores y se prolongaban más en el tiempo. Hibbard et al. (1990), destacaron también que haber tenido una historia de vida marcada por el abuso sexual aumentaba las posibilidades de suicidio.

Otra consecuencia observada a corto plazo en menores que han sufrido abuso sexual, son las conductas sexualizadas inapropiadas. Friedrich et al. (2001) explicaron que una conducta sexual normal en un menor era toda aquella que surge de forma espontánea, con consenso mutuo y sin usar la coacción. Si había otro menor implicado, dichos autores especificaban que este tipo de prácticas sexuales, no solían llevar asociado el coito ni el sexo oral. Conviene saber que el interés por las actividades sexuales, la curiosidad y la simulación forman parte de un desarrollo evolutivo normal. Así mismo, Silovsky y Bonner (como se citó en Chaffin et al., 2008) consideraron que una conducta sexual inapropiada sería aquella que se lleva a cabo por menores de 12 años pudiendo ser dañina para ellos, al no estar suficientemente desarrollados; en el caso de las conductas desadaptativas de carácter sexual, la motivación no tiene por qué ser el placer, sino que en muchas ocasiones buscan disminuir la ansiedad o conseguir atención. Por otro lado, Friedrich (1998) etiquetó de problemáticas, todas aquellas conductas sexuales agresivas, intrusivas o imitativas del comportamiento adulto, en las cuales había contacto genital-oral o penetración con objetos. En la misma línea, Latzman y Latzman (2013), concluyeron en su estudio, que las niñas son más propensas a desarrollar comportamientos sexualizados inapropiados debido al ASI.

Senn, Carey, Venable, Coury-Doniger & Urban (2006), se centraron en el riesgo, que un menor que ha sufrido ASI, podría tener para desarrollar comportamientos sexuales precoces. Estos autores encontraron que los menores que habían sufrido ASI, eran más propensos a tener contacto sexual de manera temprana. Senn et al. (2006), concluyeron que los menores que habían experimentado esta problemática, tenían más parejas sexuales a lo largo de su vida, y eran más propensos a llevar a cabo conductas sexuales, a cambio de

dinero, drogas u otro tipo de beneficios. Al mismo tiempo, no encontraron diferencias en el uso del condón durante las relaciones sexuales, al compararlo con un grupo que no había sufrido abuso sexual en la infancia.

## Consecuencias a largo plazo

Siguiendo la clasificación de Echeburúa y Guerricaechevarria (2005) en función del tipo de secuelas: físicas, conductuales, emocionales, sexuales y sociales, se pueden identificar los siguientes síntomas recogidos en la Tabla 2:

**Tabla 2**

<i>Consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil</i>	
Tipos de secuela	Síntomas
Físicas:	-Dolores crónicos generales. -Hipocondría y trastorno de somatización. -Alteraciones del sueño (pesadillas). -Problemas gastrointestinales. -Desordenes alimenticios, especialmente bulimia.
Conductuales:	-Intentos de suicidio. -Consumo de drogas y/o alcohol. -Trastorno disociativo de identidad (Personalidad múltiple).
Emocionales	-Depresión. -Ansiedad. -Estrés postraumático. -Baja autoestima. -Trastorno de personalidad. -Desconfianza y miedo de los hombres. -Dificultades para expresar o recibir sentimientos de ternura y de intimidad.
Sexuales:	-Fobias o aversiones sexuales. -Falta de satisfacción sexual. -Alteraciones en la motivación sexual. -Trastornos de activación sexual y del orgasmo. -Creencias de ser valorada por los demás únicamente por el sexo.
Sociales:	-Problemas de relaciones interpersonales. -Aislamiento. -Dificultad en la educación de los hijos.

Datos recuperado de Echeburúa y Guerricaechevarria 2005

Diversos autores, concluyen que haber sufrido ASI, puede ser un factor de riesgo para desarrollar secuelas conductuales como puede ser el consumo de drogas. Autores como



Saunders et al. (1999) y Owens & Chard (2003) sugieren que las personas que han sufrido ASI suelen tomar medicamentos sin prescripción médica, abusar de las drogas, especialmente la marihuana y el alcohol, y por ello suelen formar parte de los programas de desintoxicación más a menudo. Swanston et al. (2003), por el contrario, no encontraron diferencias significativas en el consumo de alcohol, marihuana, alucinógenos y heroína, siendo significativas estas diferencias en el consumo de tabaco, anfetaminas y cocaína.

Otra de las consecuencias a largo plazo mencionadas en la tabla, son los efectos secundarios a nivel sexual, múltiples autores han estudiado las secuelas que pueden aparecer en las víctimas a la hora de mantener relaciones sexuales. Leonard et al. (2008), se centraron en el estudio de la disfunción sexual, y la dificultad para experimentar placer en las relaciones sexuales, que encuentran las personas que han pasado por un abuso sexual en su infancia. Encontraron, que el abuso sexual genera problemas relacionados con el deseo sexual, las fantasías y el nivel de excitación, aunque el área en el que se encontraron los problemas más significativos, fue en la capacidad para llegar al orgasmo a través de las relaciones sexuales. Dichos autores probaron que el abuso sexual y la disfunción sexual, están relacionados directamente con la evitación experiencial. Otros autores como Staples, Rellini, & Roberts (2011), también se preocuparon por la importancia de la evitación, como mecanismo de defensa en las relaciones sexuales, dicho mecanismo hace que las personas que han sufrido abusos sexuales severos, puedan perder la función fisiológica del orgasmo. Pereda (2016), en su estudio afirma que tienden a tener un mayor número de parejas, pero que la evaluación que hacen de las relaciones suele ser negativa. Otra de las consecuencias relacionadas con la esfera sexual que ha sido estudiada, son los problemas ginecológicos, a nivel hormonal, desencadenados a raíz de haber sufrido ASI, siendo los niveles de hormonas de las víctimas diferentes, a los de las personas que no han pasado por esta experiencia (Allsworth, Zierler, Krieger & Harlow 2001). Relacionado con ello también Jonzon, & Lindblad (2005), afirmaron que hay correlación entre haber sufrido abuso sexual, y tener psicomatizaciones en la edad adulta, estas psicomatizaciones estaban relacionadas con síntomas ginecológicos, dolores musculares, gastrointestinales y déficits en el sistema inmune.

Entre las consecuencias físicas a largo plazo, una de las más comunes es padecer alteraciones de la conducta alimenticia. Noll et al. (2007), descubrieron que las personas que habían sufrido ASI tenían más probabilidades de padecer trastornos de la conducta alimenticia, especialmente obesidad, a largo plazo. Swanston et al. (2003), en esta línea

también encontraron que haber pasado por una experiencia de ASI tiene comorbilidad con trastornos de la conducta alimenticia que impliquen vómitos o atracones.

A nivel emocional, haber sufrido ASI también supone un factor de riesgo para desarrollar ciertos trastornos, Meston et al. (2006), hallaron que las personas que han pasado por una situación de ASI, son más propensas a tener episodios depresivos a lo largo de su adultez. También reportaron sentir emociones de ansiedad, miedo, o desagrado, mientras mantenían relaciones sexuales, al mismo tiempo, que una afectividad negativa. Miner et al. (2006), encontraron que los adultos que habían tenido historias de vida relacionadas con el abuso sexual, tenían más probabilidades de llevar a cabo conductas autolíticas, e intentos de suicidio. Así mismo hallaron que las personas que habían sufrido abuso sexual eran más propensas a ejercer la prostitución, a cambio de dinero, drogas o comida. Por otro lado, no vieron diferencias significativas, en cuanto a cómo se comunican las víctimas de abuso sexual con sus parejas al hablar de sexo, ni tampoco en la edad a la que deciden tener hijos. Roberts, O'Connor, Dunn, Golding y ALSPAC (2004), por el contrario, encontraron que las mujeres que habían sufrido abuso sexual en su infancia, tenían más probabilidad de quedarse embarazadas durante la adolescencia.

Relacionado con lo anterior, Swanston et al. (2003), junto con Roberts et al. (2004), llegaron a la conclusión de que las personas que han tenido historias de vida relacionadas con haber sufrido ASI, tienden a sacar puntuaciones más altas en tristeza y depresión, así como niveles de autoestima más bajos, comparándolos con la población que no ha sufrido ASI. En la misma línea, McLean, Toner, Jackson, Desrocher y Stuckless (2006), estudiaron la relación que podía tener haber sufrido abuso sexual en la infancia con poder desarrollar trastornos afectivos, especialmente alexitimia. Encontraron que el mejor predictor de la alexitimia era haber sido víctima de abuso sexual por parte de uno de los dos progenitores.

A nivel social también se han encontrado secuelas relacionadas con haber sufrido abuso sexual en la infancia. Roberts et al. (2004), hallaron que eran más común que los abusos sexuales se dieran en composiciones familiares poco tradicionales, como por ejemplo, las familias de madres solteras. Dichos autores también vieron que había una repercusión en el vínculo que las víctimas de abuso sexual establecían con sus hijos, afirmando que los vínculos eran menos positivos, y con menos confianza; del mismo modo no encontraron diferencias significativas con la percepción de disfrute que tenían de su maternidad.

## **Factores de riesgo y de protección del abuso sexual.**

Es importante reseñar que algunos autores, han realizado diversos estudios, acerca de los factores de riesgo que pueden favorecer en ciertas situaciones, que un menor sea víctima de abuso sexual. Uno de los primeros estudios realizados fue el de López et al. (1995), dicho estudio encontró que la edad de mayor vulnerabilidad para sufrir abuso sexual es entorno a los 12-13 años. La explicación que aportó, fue que los niños menores de esta edad, puede que no sean conscientes del abuso, por lo que existen menos datos; por el contrario, los niños mayores de esta edad, pueden tener más facilidad para resistirse a los abusos. Relacionado con lo anterior, Finkelhor y Asdigian (1996), en su estudio concluyeron que ser mujer y estar en la adolescencia son factores de riesgo. Perrone y Martínez (2007), hacen una distinción en cuanto al tipo de abuso según la edad, explicando que entre los 7 y los 8 años es más común el abuso a través de caricias o tocamientos sin penetración, sin embargo, la penetración se convierte en el método de abuso por excelencia en la pubertad.

Finkelhor y Asdigian (1996) afirmaron que tener una discapacidad a nivel físico, puede funcionar como factor protector para no sufrir abuso sexual. Por el contrario, Frantz, Carey & Bryen (2006), encontraron que las personas que tienen alguna discapacidad a nivel físico o mental son más propensas a sufrir abusos sexuales.

Por otro lado, se llegó a la conclusión de que el abuso sexual es más común en las familias monoparentales y puede ser normal que este, esté relacionado con el divorcio ya que supone un momento de crisis familiar (Sack Mason & Higgins 1985). Relacionado con la familia

Un factor que también ha sido estudiado por algunos autores como Egeland, Erickson, Butcher & Ben-Porath (1991), es la personalidad. Hallaron que las madres con trastornos antisociales de personalidad eran más propensas a cometer abusos de carácter sexual hacia sus hijos. Del mismo modo, una falta de ingresos o de apoyo social podría ser un predictor de abuso sexual. Relacionado con esto, podemos decir que tener un bajo nivel de educación o depresión por parte de la madre, puede hacer que el menor tenga un entorno más vulnerable para sufrir ASI (Usta & Farver 2010). Algunos estudios, han mostrado, que el número de casos de abuso sexual aumentaba durante las guerras, siendo esto un factor de riesgo (Usta & Farver 2010).

Lee & Lathrop (2010), mencionan que en los casos en los que uno de los dos progenitores ha sufrido abuso sexual en su infancia, aumenta el riesgo del menor de sufrir ASI. Barudy (1999), explica también la transmisión generacional del abuso sexual.

## Objetivos

El presente Trabajo de Fin de Grado tiene como finalidad hacer una revisión bibliográfica acerca del abuso sexual infantil. El objetivo concreto de estudio es el análisis del abuso sexual infantil, poniéndolo en relación con las consecuencias a corto y largo plazo, así como, con los factores protectores y de riesgo que pueden mediar e influir a la hora de ser víctima de abuso sexual. Los objetivos específicos son:

- Conceptualizar y matizar la definición de abuso sexual infantil.
- Diferenciar los tipos de abuso sexual, atendiendo a la relación entre la víctima y el victimario.
- Analizar la prevalencia e incidencia del abuso sexual infantil tanto en España como a nivel mundial.
- Analizar las consecuencias a corto y largo plazo relacionadas con haber sufrido abuso sexual en la infancia.
- Investigar la existencia de factores protectores y de riesgo, en relación con el abuso sexual infantil.

## Método

Se realizó una revisión sistemática de documentos recuperados de bases científicas especializadas en psicología. Las principales plataformas que se han utilizado han sido Psycinfo, Psycodoc, Pubmed y Google Scholar. Para las consecuencias se realizó la búsqueda bajo los criterios “sexual abuse” junto con uno o varios de los siguientes terminos AND “psycopatology”, AND behavioural manifestations”, AND Psychological symptomatology, AND, “risk”, AND “sexual behaviour problems” AND “dysfunction” AND “functioning” AND “satisfaction”. En todas las búsquedas se acotaron los idiomas a español e inglés. Al mismo tiempo se revisaron las bibliografías de cada uno de los artículos con el fin de encontrar nuevas investigaciones relacionadas con la cuestión tratada en esta revisión bibliográfica.

También se han utilizado fuentes oficiales del estado como el BOE con el fin de poder conocer las leyes que rigen el abuso sexual infantil. Y artículos publicados por la organización mundial de la salud o por Save the Children (2001).

El principal criterio de exclusión fue todos aquellos artículos en los que no se mencionara nada sobre el abuso sexual. Para poder discernir los artículos válidos para la investigación se revisó el abstract de todos ellos, y en algunos casos se revisó la investigación entera prestando especial interés a los resultados obtenidos por el estudio para ver si dicho artículo era relevante para la cuestión investigada. La fecha no ha sido un criterio de exclusión a la hora de seleccionar los artículos.

## Discusión

En primer lugar, en cuanto a la conceptualización del abuso sexual infantil, la literatura existente es muy amplia, son muchos los autores que se han pronunciado y han aportado matices a este término. Todos los autores coinciden en la importancia de que dicha definición sea amplia y clara, ya que de cara a la investigación esto permite una mayor claridad a la hora de clasificar e identificar los abusos sexuales en la infancia. Se considera abuso sexual infantil a todo acercamiento de carácter sexual entre dos personas en el que una de ellas se encuentra en una posición de superioridad sobre la otra (National Center of child Abuse and Neglect en 1978; Hartan y Burgess 1989). Hartan y Burgess (1989), matizan que en el caso de que el abuso ocurra entre dos menores, la diferencia de edad tiene que ser de cinco años, para estos autores esta sería la disparidad de edad que otorga a uno de ellos las características necesarias para tener una posición de superioridad sobre el otro. Berliner y Elliot (2002), añaden que no importa que el menor no tenga capacidad comprensiva para dar significado al acto sexual, considerando abuso sexual no solo el contacto sexualizado entre un adulto y un menor, sino también el exhibicionismo u otras situaciones en las que el menor no tenga un papel activo pero esté involucrado en la satisfacción de un tercero. El DSM 5 (2013) incluye también la definición de ASI, en ella matizan que el agresor tiene que ser una persona cercana al menor. Save the Children (2001), hace referencia al abuso sexual como un tipo de maltrato, haciendo la distinción entre abuso sexual y la agresión sexual, incorporando a la conceptualización de esta última el uso de la fuerza como elemento en la relación sexual; se define también el exhibicionismo, destacando que no es necesario el contacto físico para que se produzca un

abuso sexual. Lo más importante de esta definición es el poder como elemento central, que tiene el agresor sobre la víctima (Lopez y del Campo, como se citó en Save the Children 2001).

Otro de los conceptos importantes cuando abordamos la realidad del abuso sexual es el consentimiento, que es la capacidad del menor para aceptar participar en contactos sexuales, de forma autónoma e informada (Pérez, 2016). Hay que tener en cuenta que la edad de consentimiento es establecida por cada país y varía de unos a otros.

Las investigaciones revisadas en este trabajo, avalan la asociación entre abusos sexuales sufridos en la infancia y las consecuencias asociadas, tanto a corto plazo como a largo plazo. Son muchos los autores que han investigado esta cuestión. Llegando a la conclusión de que, hay una alta comorbilidad entre haber sufrido abuso sexual y desarrollar diferentes trastornos, tanto durante la infancia (a corto plazo) como durante la adultez (a largo plazo). Los síntomas relacionados con las distintas categorías de las consecuencias a corto plazo, junto con los autores que han investigado sobre esta cuestión se muestran en la Tabla 3.

**Tabla 3**

*Consecuencias a corto plazo de haber sufrido abuso sexual: relación entre los síntomas y los autores que han investigado esta cuestión.*

Tipos de efectos	Síntomas	Autores
Psicológicos:	-Síndrome de Acomodación -Miedo -Confusión -Dolor. -Depresión. -Ansiedad. -Suicidio -Agresividad -Impulsividad -Estrés postraumático.	Summit, Save the Children. Berliner y Elliot (2002). Hebert et al. (2006) Mannarino y Cohen (1996). Hibbard et al. (1990).  McFarlane (1987) Nader et al. (1990). Saunders et al. (1999). Mcleer et al. (1998). Hibbard et al. (1990). Friedrich (1998). Latzman y Latzman (2013).
Sexual:	-Conductas agresivas, intrusivas o imitativas de adultos. -Comportamientos sexuales precoces. -Mayor número de compañeros sexuales.	Senn et al. (2006).
Conductuales:	-Suicidio	Berliner y Ellior (2002).

A continuación, en la Tabla 4 se muestran los síntomas asociados a las distintas categorías de consecuencias a corto plazo, en relación a los autores que han realizado investigaciones sobre estas cuestiones.

**Tabla 4**

*Consecuencias a largo plazo de haber sufrido abuso sexual: relación entre los síntomas y los autores que han investigado esta cuestión.*

Tipos de efectos	Síntomas	Autores
Conductuales:	-Consumo de drogas, medicamentos sin prescripción y alcohol.	Saunders et al. (1999). Owens, & Chard (2003) Swanston et al. (2003)
	-Conducta autolítica e intentos de suicidio.	Miner et al. (2006)
Sexual:	-Disfunción sexual.	Leonard et al. (2008)
	-Dificultad para experimentar placer.	
	-Uso de la evitación en las relaciones sexuales.	Staples et al. (2011)
	-Mayor número de parejas sexuales.	Pereda (2015)
	-Problemas ginecológicos a nivel hormonal.	Allsworth et al. (2001).
	-Psicosomatizaciones relacionadas con el plano sexual.	Jonzon, & Lindblad (2005)
Físicos:	-Dolores musculares.	Jonzon, & Lindblad (2005)
	-Síntomas gastrointestinales.	
	-Conducta alimenticia.	Noll et al. (2007) Swanston et al. (2003)
Emocionales:	-Depresión y ansiedad.	Meston et al. (2006) Swanston et al. (2003) Roberts et al. (2004)
	-Alexitimia.	McLean et al. (2006)
Sociales:	-Comunicación con sus parejas.	Roberts et al. (2004)
	-Vínculos poco seguros con sus hijos.	Roberts et al. (2004)

Algunas de las consecuencias ocasionadas por el abuso sexual en la infancia surgen de manera inmediata, una de ellas es el Síndrome de Acomodación, que fue descrito por Summit (1983) dicho Síndrome ha sido definido más recientemente por Save the Children (2001) y por Badury (1999). Aunque dichos autores establecen pequeñas diferencias, cabe

mencionar que es un elemento principal del abuso sexual infantil intrafamiliar. A través de este síndrome, estos autores explican la manipulación que usa el agresor para que el secreto no se desvele, y la culpabilidad que suscitan en la víctima; además explican las diferencias que se dan entre los casos, haciendo referencia al desvelo del secreto y la posterior retracción por parte del menor, los autores especifican que las dos últimas fases no tienen por qué darse o puede producirse la revelación pero no la posterior retracción . Badury (1999) hipotetiza que en los casos en los que el menor lo revela y es capaz de enfrentar al agresor porque se identifica como víctima, las consecuencias en la vida adulta disminuyen.

Hay múltiples investigaciones, que se han centrado en el estudio de los desajustes internalizantes, concluyendo que la correlación existente entre haber sufrido ASI y desarrollar posteriormente desajustes psicológicos de carácter internalizante, es positiva y significativa (Hibbard et al.1990; Marianno et al. 1996).

En cuanto a las consecuencias a corto plazo, Berliner et al. 2002 concluyen que existe una alta probabilidad de desarrollar trastornos depresivos o conductas suicidas. Estos estudios dicen que es dos veces más probable que el menor desarrolle un trastorno depresivo cuando ha pasado por dicha experiencia (Saunders et al., 1999). A largo plazo este fenómeno también ha sido estudiado, Meston et al. (2006), Swanston et al. (2003) y Roberts et al. (2004), relacionan el hecho de haber sufrido ASI con desarrollar trastornos depresivos en la vida adulta del individuo, explicando que la vida de las víctimas suele estar marcada por episodios de tristeza y por niveles más bajos de autoestima.

Otra de las consecuencias frecuentes a largo plazo, tras haber sufrido ASI es el trastorno de estrés postraumático , según McFarlane (1987) y Hibbard et al. (1990), dicho trastorno tiene comorbilidad con los trastornos depresivos y trastornos de ansiedad, lo que podría explicar porque una de las consecuencias frecuentes del abuso sexual es la depresión, teniendo en cuenta que algunos autores como Pignatiello (2006) explican el abuso sexual como un trauma en la vida de la víctima. Otra de las consecuencias mencionadas por algunos autores es el aumento de las probabilidades de llevar a cabo conductas autolesivas, lo que hace que el riesgo de suicidio aumente, esto podría estar relacionado con lo mencionado previamente (Hibbard et al. 1990 y Miner et al. 2006).

Por otro lado, se ha visto que es común que los menores que han sufrido abuso sexual durante la infancia desarrollen trastornos de carácter externalizantes (Hibbard et al. 1990; Marianno & Cohen 1996), esto ocurría a corto plazo, pero a largo plazo también se ha visto



que hay conductas relacionadas con desajustes psicológicos externalizantes. Saunders et al (1999) y Swanston et al (2003), están de acuerdo en que haber sufrido ASI aumenta las posibilidades de tener episodios de consumo durante la vida adulta del individuo que ha pasado por dicha experiencia.

Otra de las consecuencias que se han identificado a raíz de la investigación teórica llevada a cabo en este trabajo, han sido las relacionadas con el desarrollo de comportamientos sexuales inapropiados y las conductas sexuales de riesgo, junto con las disfunciones sexuales (Allsworth et al. 2001, Leonard et al. 2008, Staples et al. 2011, Frederich et al. 2001, Latzman et al. 2013, Silovsky et al. 2003 y Senn et al. 2006). A corto plazo el abuso sexual se ha relacionado mucho con conductas sexuales inapropiadas, con ello nos referimos a aquellas conductas que no surgen de forma espontánea, para las que el menor no está lo suficientemente desarrollado, que se producen en menores de doce años, y por tanto de manera precoz; cabe destacar que las niñas además son más propensas a llevar a cabo conductas inapropiadas (Frederich et al. 2001; Latzman et al. 2013; Chaffin et al. Senn et al. 2006). A largo plazo, aunque las consecuencias son diferentes, también podemos encontrarlas; los autores parecen coincidir en que los problemas surgen en relación a la disfunción sexual, fantasías, problemas relacionados con el deseo y con la evitación, lo que genera y correlaciona con las alteraciones mencionadas anteriormente (Leonard et al. 2008; Staples et al. 2011). También, otras investigaciones han demostrado que haber sufrido ASI puede correlacionar con problemas de carácter hormonal que afectan a nivel ginecológico (Allsworth et al. 2001), esto puede ser una de las explicaciones que ocasionan las disfunciones sexuales.

Algunas de las contradicciones que he encontrado en la búsqueda de información han sido relacionadas con el abuso de sustancias. Tanto Saunders et al. (1999), como Swanston et al. (2003), están de acuerdo en que haber tenido una historia de ASI, es un factor de riesgo para desarrollar adicción a algún tipo de sustancias, no coinciden en el tipo de sustancias al que hay mayor probabilidad de desarrollar una adicción. Por un lado, Saunders et al. (1999) encontraron que las drogas que generan más adicción en relación al abuso sexual son la marihuana y el alcohol. Por otro lado, Swanders et al (2003), llegaron a resultados contradictorios en relación a la investigación anterior, ellos hallaron que no hay diferencias significativas en cuanto a las adicciones al alcohol y a la marihuana con población normal; siendo más propensas las personas que han sufrido abuso sexual a consumir anfetaminas, cocaína o tabaco.

Por otro lado, Roberts et al. (2004) y Miner et al. (2006), investigaron sobre la correlación entre haber sufrido ASI y tener embarazos precoces, llegando a conclusiones opuestas. Por un lado, Roberts et al. (2004), llegan a la conclusión de que es más común que haya embarazos adolescentes en población que ha sufrido ASI. Por otro lado, Miner et al. (2006), determina que no hay correlación significativa entre los embarazos precoces y haber sufrido ASI.

Aunque la literatura no es clara en cuanto a la posibilidad de anticiparse y evitar los abusos sexuales en la infancia, se han investigado una serie de factores que influyen aumentando el riesgo o disminuyéndolo de sufrir abuso sexual. Múltiples autores coinciden en que el inicio de la adolescencia, es el momento en el que más riesgo hay de padecer abuso sexual siendo mayor este riesgo en niñas que en niños, influyendo también los niveles de ansiedad a los que está sometida la víctima previamente (López et al. 1995; Finkelhor y Asdigian 1996). Otro factor que ha sido estudiado son las familias con estructuras atípicas, pertenecer a dichas estructuras familiares también es considerado como factor de riesgo (Sack et al. 1985). En cuanto a factores relacionados con los progenitores, la literatura identifica como factores de riesgo para sufrir ASI, la presencia de diagnósticos de trastornos de personalidad o depresión en la madre. Siguiendo en la misma dirección, diversos autores concluyen que las situaciones de dificultad a nivel económico, y la baja formación a nivel educativo, también son considerados como factores de riesgo para los menores (Egeland et al. 1991; Usta & Farver 2010). Vivir en países de guerra según Usta & Farver (2010), es también considerado un factor de riesgo para sufrir ASI.

Por último, en la bibliografía revisada, no hay un acuerdo en cuanto a si padecer una enfermedad o discapacidad física o mental es un factor protector o de riesgo. Finkelhor y Asdigian (1996), encontraron que las víctimas de abuso sexual disminuían cuando nos fijáramos en población con discapacidad; sin embargo, Frantz et al. (2006), encontraron que la disfunción física o mental puede ser un factor de riesgo que aumente las probabilidades de sufrir ASI.

## **Conclusiones**

Se puede resaltar que la bibliografía existente acerca del abuso sexual es muy amplia. En cuanto a la definición de abuso sexual, podemos decir que hay consenso, ya que todos los autores coinciden en que se trata de una interacción de carácter sexual, en la que uno de

los participantes se encuentra en una situación de poder sobre el otro. Aun así, podemos decir que, relacionado con los matices específicos, no hay consenso entre los autores, lo que supone un problema a la hora de investigar.

Los estudios han demostrado y están de acuerdo, en la comorbilidad existente entre el abuso sexual infantil y las consecuencias tanto a corto plazo como a largo plazo. Dichas consecuencias, son muy heterogéneas y se ven influidas por diversos factores. Al mismo tiempo, las investigaciones han demostrado que hay factores que pueden actuar como protectores, mientras que hay otros, que al contrario actúan aumentando la probabilidad de que el menor sufra abuso sexual.

Relacionado con lo anterior, una futura línea de estudio para este trabajo podría ser investigar los tipos de tratamiento que pueden influir disminuyendo las posibilidades de que un adulto que ha sido víctima de ASI, se convierta en abusador en el futuro. En esta línea, creo que también se podría profundizar más en los factores protectores con el fin de promoverlos, para tratar de disminuir el ASI.

Una de las dificultades, con la que me he encontrado en este trabajo, es que existen muy pocos documentos oficiales a nivel nacional, en los que se cuantifiquen los abusos sexuales a menores, ya que en la mayoría de las ocasiones se engloban junto con las agresiones sexuales, o en el cómputo de abusos sexuales generales (que incluyen a niños y adultos).

Sin embargo, la mayor limitación del estudio es la antigüedad de algunas de las referencias encontradas. Cabe mencionar, que muchos de los autores más recientes hacen referencia a autores antiguos, especialmente a la hora de definir el ASI.

Me gustaría resaltar que la prevalencia del ASI es difícil de estimar por distintos factores, como puede ser la definición usada por la literatura existente, la dificultad de los menores para desvelar el secreto, la población y cultura en la que se realicen los estudios... por ello, en un futuro sería interesante tratar de controlar las variables metodológicas que están al alcance de los investigadores, como por ejemplo, controlando la definición que se usa para considerar que los participantes han pasado por una situación de abuso sexual en la infancia; alcanzando así una mayor fiabilidad en cuanto a los datos estadísticos relacionados con la prevalencia.

Para concluir, me gustaría resaltar la importancia de que los profesionales que trabajen con menores, tengan un conocimiento amplio de esta problemática, pudiendo así detectar los abusos de forma temprana, protegiendo a los menores de las consecuencias negativas que el abuso puede tener tanto a largo como a corto plazo.

## Referencias bibliográficas.

- Allsworth, J. E., Zierler, S., Krieger, N., & Harlow, B. L. (2001). Ovarian Function in Late Reproductive Years in Relation to Lifetime Experiences of Abuse. *Epidemiology*, *12*(6), 676–681. doi:10.1097/00001648-200111000-00016.
- American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub., Arlington, VA.
- Barudy, J. (1999). *Maltrato infantil. Ecología social. Prevención y reparación*. Santiago de Chile: Galdoc.
- Berliner, L., & Elliot, D. (2002). Sexual Abuse of Children. En L. Berliner, J. Myers, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, & T. A. Reid (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (pp. 55-79). Thousand Oaks, Canadá: SAGE Publications.
- Chaffin, M., Berliner, L., Block, R., Cavanagh, T., Friedrich, W., Garza, D., ... Silovsky, J. (2008). Report of the ATSA Task Force on Children with Sexual Behavior Problems. *Child Maltreatment*, *13*(2), 199-218. Doi: 10.1177/1077559507306718
- Echeburúa., E., & Guerricaechevarría, C. (2005). *Abuso Sexual en la Infancia: víctimas y agresores, un enfoque clínico* (6ª ed.). Barcelona: Editorial Ariel.
- Egeland, B., Erickson, M. F., Butcher, J. N., & Ben-Porath, Y. S. (1991). MMPI-2 Profiles of Women at Risk for Child Abuse. *Journal of Personality Assessment*, *57*(2), 254–263. doi:10.1207/s15327752jpa5702\_5
- España, Ley 1/2015, de 30 de marzo, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, 31 de marzo, núm. 77.
- Finkelhor, D., & Asdigian, N. (1996). Risk Factors for Youth Victimization: Beyond a Lifestyles/Routine Activities Theory Approach. *Violence and Victims*, *11*(1), 3–19. Doi: 10.1891/0886-6708.11.1.3
- Frantz, B. L., Carey, A. C., & Bryen, D. N. (2006). Accessibility of Pennsylvania's Victim Assistance Programs. *Journal of Disability Policy Studies*, *16*(4), 209–219. doi:10.1177/10442073060160040201
- Friedrich, W. N. (1998). Behavioral manifestations of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, *22*, 523–531. doi:10.1016/S0145-2134(98)00020-9.
- Friedrich, W. N., Fisher, J. L., Dittner, C. A., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., ... Wright, J. (2001). Child Sexual Behavior Inventory: Normative, Psychiatric, and Sexual Abuse Comparisons. *Child Maltreatment*, *6*(1), 37–49. doi:10.1177/1077559501006001004

- Goldman, J. D. G. y Padayachi, U. K. (2000). Some methodological problems in estimating incidence and prevalence in child sexual abuse research. *The Journal of Sex Research, 37* (4), 305-314.
- Hartman, C. R. y Burgess, A. W. (1989). Sexual abuse of children: causes and consequences. En D. Cicchetti y V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: theory and research on the cause and consequences of child abuse and neglect* (pp. 95-129). Cambridge, Cambridge: University Press.
- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I. V. y Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence, 21*, 287-299.
- Herman, J.; Russell, D. y Trocki, K. (1986). Long-term effects of incestuous abuse in childhood. *American Journal of Psychiatry, 143*, 1293-1296.
- Hibbard, R. A., Ingersoll, G. M., & Orr, D. P. (1990). Behavior risk, emotional risk, and child abuse among adolescents in a nonclinical setting. *Pediatrics, 86*, 896-890.
- Horno, P., del Molino, C., & Santos, A. (2001). *Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales* (1.a ed.). Madrid, España: Save the Children.
- Jonzon, E., & Lindblad, F. (2005). Adult Female Victims of Child Sexual Abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 20*(6), 651–666. doi:10.1177/0886260504272427
- Kotch, J. B., Browne, D. C., Ringwalt, C. L., Dufort, V., Ruina, E., Stewart, P. W., & Jung, J.-W. (1997). Stress, social support, and substantiated maltreatment in the second and third years of life. *Child Abuse & Neglect, 21*(11), 1025–1037. doi:10.1016/s0145-2134(97)00063-x
- Lanyon, R. I. (1986). Theory and treatment in child molestation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, pp. 176-182.
- Latzman, N. E., & Latzman, R. D. (2013). Exploring the Link Between Child Sexual Abuse and Sexually Intrusive Behaviors: The Moderating Role of Caregiver Discipline Strategy. *Journal of Child and Family Studies, 24*(2), 480–490. doi:10.1007/s10826-013-9860-9.
- Lee, C. K., & Lathrop, S. L. (2010). Child Abuse-Related Homicides in New Mexico: A 6-year Retrospective Review. *Journal of Forensic Sciences, 55*(1), 100–103. doi:10.1111/j.1556-4029.2009.01253.x
- Leonard, L. M., Iverson, K. M., & Follette, V. M. (2008). Sexual Functioning and Sexual Satisfaction Among Women Who Report a History of Childhood and/or Adolescent Sexual Abuse. *Journal of Sex & Marital Therapy, 34*(5), 375–384. doi:10.1080/00926230802156202.

- López, F., Hernández, A., & Carpintero, E. (1995). Los abusos sexuales de menores: concepto, prevalencia y efectos. *Infancia y Aprendizaje*, *18*(71), 77–98. doi:10.1174/02103709560575505
- Marianno, A. P., & Cohen, J. A. (1996). A Follow-Up Study of Factors that Mediate the Development of Psychological Symptomatology in Sexually Abused Girls. *Child Maltreatment*, *1*(3), 246–260. doi:10.1177/1077559596001003007.
- McFarlane A. C. (1987). Post traumatic phenomena in a longitudinal study of children following a natural disaster. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *26*, 764-769.
- McLean, L. M., Toner, B., Jackson, J., Desrocher, M. y Stuckless, N. (2006). The Relationship between childhood sexual abuse, complex post-traumatic stress disorder and alexithymia in two outpatient samples examination of women treated in community and institutional clinics. *Journal of Child Sexual Abuse*, *15* (3), 1-17
- McLeer, S. V., Dixon, J. F., Henry, D., Ruggiero, K., Escovitz, K., Niedda, T., & Scholle, R. (1998). Psychopathology in Non—Clinically Referred Sexually Abused Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *37*(12), 1326–1333. doi:10.1097/00004583-199812000-00017.
- Meston, C. M., Rellini, A. H., & Heiman, J. R. (2006). Women’s history of sexual abuse, their sexuality, and sexual self-schemas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(2), 229–236. doi:10.1037/0022-006x.74.2.229
- Miner, M. H., Flitter, J. M. y Robinson, B. E. (2006). Association of sexual revictimization with sexuality and psychological function. *Journal of Interpersonal Violence*, *21* (4), 503-524.
- Ministerio del interior. (2017). *Informe sobre los delitos contra la libertad e indemnidad sexual en España*. España: Autor.
- Nader K, Pynoos R, Fairbanks L, Frederick, C. (1990). Children’s PTSD reactions one year after a sniper attack at their school. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *147*, 1526-1530.
- National Center on Child Abuse and Neglect. (1978). *child sexual abuse: incest, assault, and sexual exploitation*. Washington, D. C: Autor.
- 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. doi:10.1542/peds.2006-3058.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres*. Washington, D.C: Autor.
- Owens, G. P., & Chard, K. M. (2003). Comorbidity and psychiatric diagnoses among women reporting child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 27*(9), 1075–1082. doi:10.1016/s0145-2134(03)00168-6.
- Pereda, N. (2016). ¿Uno de cada cinco?: Victimización sexual en España. *Papeles del Psicólogo, 37*(2), 126-133.
- Pereda, N., & Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect, 31*, 417-426. doi:10.1016/j.chiabu.2006.08.010
- Perrone, R. & Martínez, N. (2007). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. México: Editorial Paidós.
- Pignatiello, Antonio. (2006). Trauma y otras repercusiones del abuso sexual desde una perspectiva psicoanalítica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer, 11*(26), 161-168.
- Roberts, R., O'Connor, T., Dunn, J., Golding, J. y ALSPAC (2004). The effects of child sexual abuse in later family life; mental health, parenting and adjustment of offspring. *Child Abuse & Neglect, 28*, 525-545.
- Sack, W. H., Mason, R., & Higgins, J. E. (1985). The single-parent family and abusive child punishment. *American Journal of Orthopsychiatry, 55*(2), 252–259. doi:10.1111/j.1939-0025.1985.tb03439.x
- Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G., Hanson, R. F., Resnick, H. S., & Walker, M. E. (1999). Prevalence, Case Characteristics, and Long-Term Psychological Correlates of Child Rape among Women: A National Survey. *Child Maltreatment, 4*(3), 187–200. doi:10.1177/1077559599004003001.
- Senn, T. E., Carey, M. P., Vanable, P. A., Coury-Doniger, P., & Urban, M. A. (2006). Childhood sexual abuse and sexual risk behavior among men and women attending a sexually transmitted disease clinic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(4), 720–731. doi:10.1037/0022-006x.74.4.720.
- Staples, J., Rellini, A. H., & Roberts, S. P. (2011). Avoiding Experiences: Sexual Dysfunction in Women with a History of Sexual Abuse in Childhood and Adolescence. *Archives of Sexual Behavior, 41*(2), 341–350. doi:10.1007/s10508-011-9773-x.
- Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accomodation syndrome. *Child Abuse & Neglect, 7*(2), 177–193. doi:10.1016/0145-2134(83)90070-4

- Swanston, H. Y., Plunkett, A. M., O'Toole, B. I., Shrimpton, S., Parkinson, P. N. y Oates, R. K. (2003). Nine years after child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27, 967-984.
- Usta, J., & Farver, J. (2010). Child sexual abuse in Lebanon during war and peace. *Child: Care, Health and Development*, 36(3), 361–368. doi:10.1111/j.1365-2214.2010.01082.x
- World Health Organization, & International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect. (2006). *Preventing Child Maltreatment*. Ginebra: Autor.
- World Health Organization: WHO. (2016, septiembre 30). Maltrato infantil. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>