

**Cómo afecta el abuso sexual vivido en la etapa  
de la infancia en los problemas sexuales de la  
vida adulta. Una revisión.**



**AUTORA: Paula Ferré Esteller**

**DNI: 47862323J**

**TUTORA: Estefanía Ruiz Palomino**

**MÁSTER UNIVERSITARIO PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA**

# ÍNDICE

**Resumen / Abstract**

**Introducción**

Objetivo

**Método**

**Resultados**

**Discusión**

**Conclusion**

**Referencias bibliográficas**

## Resumen

El abuso sexual infantil (ASI) es un tipo de maltrato presente en nuestra sociedad. A nivel mundial, 150 millones de mujeres y 73 millones de hombres son víctimas, lo que trae consecuencias sexuales. El objetivo del trabajo es revisar la evidencia disponible sobre cómo afecta una experiencia ASI en los problemas sexuales de la adultez. Este trabajo se realizó siguiendo las directrices de la guía PRISMA. La búsqueda de artículos se hizo durante diciembre de 2021 en las bases de datos: Web-of-Science, Scopus, Pubmed, PsyArticles y Psycinfo. Los operadores lógicos eran (child sexual abuse) AND (problematic sexual behavior) y (child sexual abuse) AND (sexual dysfunctions). Los criterios de inclusión eran: publicaciones en inglés/español, estudios empíricos, tratar sobre adultos con problemas sexuales víctimas de ASI, publicaciones entre 2010-2021 y con disponibilidad de texto completo. De 644 artículos, se seleccionaron 20 que cumplían con los criterios establecidos. Los resultados arrojan una correlación negativa entre ASI y función sexual; una mayor gravedad de ASI predice una peor función sexual. Una variable muy estudiada es la satisfacción sexual, pero hay contradicciones entre los diferentes estudios. En la discusión hay discrepancias y lagunas de la literatura; hay aspectos en auge como escasas investigaciones longitudinales o con participantes masculinos. Como limitación, no sigue todas las directrices de la guía PRISMA. Para concluir, exponer la relevancia de esta revisión a nivel clínico; el ASI es una problemática frecuente y hay que profundizar en las variables afectadas para ayudar a las víctimas a superar/afrentar más adaptativamente la situación.

**Palabras clave:** abuso sexual infantil, disfunciones sexuales, problemas comportamiento sexual.

## **Abstract**

Child sexual abuse (CSA) is a type of abuse present in our society. Worldwide, 150 million women and 73 million men are victims, which brings sexual consequences. The objective of the work is to review the available evidence on how an ASI experience affects sexual problems in adulthood. This work was carried out following the guidelines of the PRISMA guide. The search for articles was carried out during December 2021 in the databases: Web-of-Science, Scopus, Pubmed, PsyArticles and Psycinfo. The logical operators were (child sexual abuse) AND (problematic sexual behavior) and (child sexual abuse) AND (sexual dysfunctions). The inclusion criteria were: publications in English/Spanish, empirical studies, dealing with adults with sexual problems who were victims of CSA, publications between 2010-2021 and with full text availability. Of 644 articles, 20 that met the established criteria were selected. The results show a negative correlation between ASI and sexual function; greater severity of ASI predicts worse sexual function. A widely studied variable is sexual satisfaction, but there are contradictions between the different studies. In the discussion there are discrepancies and gaps in the literature; there are aspects on the rise such as few longitudinal investigations or with male participants. As a limitation, it does not follow all the guidelines of the PRISMA guide. To conclude, expose the relevance of this review at the clinical level; CSA is a frequent problem and it is necessary to delve into the variables affected to help victims to overcome/cope more adaptively with the situation.

**Key words:** child sexual abuse, sexual dysfunctions, problematic sexual behavior.

# Introducción

El abuso sexual infantil (ASI) es un tipo de maltrato que a lo largo de la historia ha estado presente en nuestra sociedad, no obstante, no es hasta finales de los años 80 cuando se empezó a investigar. En ese momento, en Estados Unidos, y posteriormente en los países nórdicos, se crearon las primeras “casas de los niños” (denominadas *Children Advocacy Centers*, *Childrens House* o *Barnahus*), las cuales surgen como recurso para atender a menores víctimas de abuso sexual y maltrato desde una unidad centralizada (Martinez García, 2019). A partir de entonces, se realizaron diferentes trabajos de investigación epidemiológica en diferentes países con muestras nacionales (López, et al., 1995).

Por otro lado, los estudios sobre ASI en España no empezaron hasta los años 90 (Sánchez, 2014), cuando se realizó el primer estudio de prevalencia encargado por el Ministerio de Asuntos Sociales: “Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España” que se llevó a cabo por el equipo de investigación de Félix López, investigador del departamento de psicología de la Universidad de Salamanca (López et al., 1995).

Desde el inicio de los años 80 hasta la actualidad, se han desarrollado diferentes definiciones de abuso sexual infantil, en las cuales, en cada una de ellas, se tienen en cuenta determinados factores.

La primera definición encontrada en la literatura ha sido la del *National Center of Child Abuse and Neglect* (1981), la cual define el abuso sexual infantil como:

Contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando esta es significativamente mayor que el niño o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre el menor. (p.15)

Unos años más tarde, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1999), hizo una de las definiciones más clásicas, donde se expresa que el abuso sexual infantil:

Corresponde al involucramiento de un niño o niña en una actividad sexual que no comprende, y para el cual, de acuerdo a su nivel de desarrollo u otra circunstancia, no puede dar su consentimiento. Este fenómeno viola las leyes o tabúes sociales y corresponde a una actividad sexual entre un niño, niña y un adulto u otro niño o niña, quienes se encuentra en una relación asimétrica de responsabilidad, confianza o poder y busca satisfacer las necesidades de la persona que se encuentra en la posición de privilegio. (p. 15, 16)

Para complementar la definición más clásica, la *Australian Royal Commission* (2014) (citado en Murillo, 2020), define el ASI como:

Cualquier acto que exponga a un niño, niña o adolescente, o lo involucre en procesos sexuales que van más allá de su comprensión o son contrarios a los estándares comunitarios aceptados. Comportamientos sexualmente abusivos incluyen los tocamientos de genitales, masturbación, sexo oral, penetración vaginal o anal por un pene, dedo o cualquier otro objeto, tocamiento de pechos, voyeurismo, exhibicionismo, y exposición del niño, niña o adolescente, o su involucramiento en pornografía esto incluye el proceso de preparación (grooming), que son las acciones tomadas deliberadamente con el propósito de generar y establecer conexión emocional con un niño, para disminuir sus barreras inhibitorias en vías de preparar la actividad sexual con él. (p.12)

Finalmente, una de las de definiciones más recientes que se encuentra en la literatura es la realizada por Murillo (Murillo, 2020) en la que se considera que el abuso sexual infantil:

Es todo acto y proceso de actos en que se expone o involucra a un niño, niña o adolescente en cualquier actividad sexualizada, utilizando la asimetría que da la autoridad, la confianza, la dependencia (afectiva, social o económica), el poder, la fuerza, el miedo, la cultura, la capacidad comprensiva, la necesidad u otras vulnerabilidades, manipulando, confundiendo, eliminando o viciando el consentimiento. Estos actos pueden incluir, aunque no se reducen a esta lista: tocamientos genitales, penetración oral, vaginal o anal, con pene, dedos u otros objetos; tocamientos de otras partes erógenas del cuerpo; incitación a tocar a otros, masturbación, voyerismo, exposición a situaciones sexuales, pornografía, abusos, violaciones. Tanto acciones, tácticas y estrategias de preparación de estos actos (grooming presencial u online), como las de silenciamiento y desprestigio de la víctima y su entorno, constituyen también parte del proceso del abuso sexual. (p. 22)

Para realizar esta última definición, Murillo (2020), tuvo que profundizar en cuáles son los elementos clave para comprender este fenómeno en toda su profundidad. El primer elemento es la asimetría de poder, la cual se considera que está a la base del abuso sexual y se basa en la diferencia de edad entre la persona víctima y perpetradora, la vulnerabilidad y la dependencia del menor, hechos que impiden que este pueda participar en un verdadero intercambio y decidir de forma libre (Barudy, 1998; citado en Murillo, 2020). El segundo elemento es el consentimiento, una manifestación libre, informada e integral de la voluntad de participar en una actividad; en un menor no se considera que pueda existir dicho consentimiento (Archard, 1998; citado en Murillo, 2020). El tercer elemento es un proceso que consiste en realizar unos actos preparatorios, que se van prolongando en el tiempo, ya que, según este autor, el abuso sexual infantil, se produce por un proceso gradual donde uno de los roles más importantes es la confianza. Este empieza antes de la transgresión genital y acaba después de esta. Finalmente, como último elemento, se

encuentran los comportamientos que involucran contactos genitales y que vulneran los límites sexuales de una persona.

Como se puede ver, en cada una de las definiciones hay algunas diferencias y distintos puntos de vista. La primera habla de la asimetría de poder, pero no hace referencia a los demás elementos, por lo que, se consideraría una definición incompleta. La clásica, está más completa que la primera, ya que, además de la asimetría de poder, ya habla del consentimiento y de la confianza que lleva a cabo un ASI de forma gradual y progresiva. La definición realizada por la *Australian Royal Commission* (2014), citado en Murillo (2020) no habla sobre la asimetría de poder, pero sí sobre el consentimiento, el proceso de preparación y sobre los distintos comportamientos relacionados con el contacto genital. Y, finalmente, la definición considerada más actual ya incluye todos los elementos, por lo que es la definición más completa hasta el momento.

Como se ha visto a lo largo de las diferentes definiciones, el abuso sexual infantil implica muchos tipos de actividades sexuales. Por eso, en el estudio de Vázquez (citado en Rivera, 2012), se plantea el hecho de que cuando se habla o se refiere al ASI, no todos los abusos son iguales, no hay una agresión igual y no afecta igual en la integridad y evolución psicológica del menor.

Una de las clasificaciones más importantes es la realizada en el estudio de Intebi (2011) ya que, en este, se destaca la idea de que para que ocurra un acto abusivo, no es necesario que haya ni contacto físico ni penetración. Por eso, en este estudio se muestran los comportamientos sexuales que constituyen abuso sexual hacia niños, niñas y adolescentes en base a una amplia gama de acercamientos. En primer lugar, están los comportamientos sexuales sin contacto físico, en los que se encuentran los comentarios sexualizados hacia el menor (que pueden ser tanto cuando el menor está presente como por teléfono, notas o cartas), la exhibición de genitales frente al menor (llegando incluso a masturbarse delante de él en ocasiones), el voyerismo, la exhibición de materiales pornográficos al menor (mediante vídeos, películas, revistas, libros, etc.) y la inducción a que el menor se desnude o masturbe delante de la persona perpetradora. En segundo lugar, ya se encuentran los comportamientos con contacto sexual (ya sea por encima o por debajo de la ropa). Aquí se pueden clasificar en: tocamientos en las partes íntimas (genitales, pechos, glúteos), inducción a que el menor realice tocamientos a la persona perpetradora y frotamiento de los genitales de la persona perpetradora contra la vestimenta o el cuerpo del menor. En tercer lugar, está la penetración digital o con objetos, donde podemos ver la introducción del dedo en la vagina y/o el ano, la inducción a que el menor introduzca su(s) propio(s) dedo(s) en la vagina y/o el ano, la introducción de algún elemento en la vagina y/o el ano y la inducción a que el menor se introduzca algún elemento en vagina y/o el ano. En cuarto lugar, está el sexo oral (ya sea de la persona perpetradora al menor, del menor a la persona perpetradora o ambos). Aquí se añaden los besos de lengua, succionar, besar, lamer o morder los pechos, el cunnilingus (lamer, besar, chupar o morder la vagina o colocar la lengua en el orificio vaginal), las felaciones (lamer, besar, chupar o morder el pene) y el anilingus (lamer o

besar el orificio anal). Finalmente, está la penetración peneana, donde se encuentra el coito vaginal, anal y con animales.

Otra clasificación importante es la referente al entorno en el que ocurre el abuso sexual infantil, ya que, según el estudio de Torres (2019) (citado en Bastos y Costa, 2021), en función del tipo de entorno en el que ocurre puede existir una tendencia a la negación del abuso. En este caso hay dos tipos: dentro del ámbito intrafamiliar o extrafamiliar. Dentro del ámbito intrafamiliar, el ASI puede producirse con una persona con la que el menor mantiene un vínculo sanguíneo (padre, madre, hermanos, tíos, abuelos, primos, etc.) o con una con la que no tenga ningún vínculo sanguíneo pero que esté dentro de la familia (madrastra, padrastro, hermanastros, etc.). Dentro del ámbito extrafamiliar, se encuentran las personas que están en un entorno cercano al menor pero que son ajenas a la familia (amigos, cuidadores, vecinos, entrenadores, etc.) (Kolektiboa, 2016). Actualmente, prevalecen los abusos extrafamiliares (48,8%) sobre los intrafamiliares (46%). Hasta los 9 años, la mayoría son casos intrafamiliares, pero a partir de los 10 años ya hay un crecimiento de casos extrafamiliares (Bastos y Costa, 2021).

Tras el conocimiento de las distintas definiciones y de las tipologías más relevantes, es necesario conocer la prevalencia que tiene el abuso sexual infantil a lo largo de los años. Por eso, a continuación, se muestra una tabla (Tabla 1), en la que se puede apreciar la prevalencia a lo largo de los años.

Tabla 1.

*Prevalencia de abuso sexual infantil*

<b>ESTUDIO</b>	<b>PREVALENCIA MEDIA MUJERES</b>	<b>PREVALENCIA MEDIA HOMBRES</b>	<b>MUESTRA</b>	<b>PAÍS</b>
(Finkelhor, 1970; citado en Losada, 2012)	19%	9%	Estudiantes universitarios	NA
(López et al., 1995)	Entre el 20-25%	Entre 10-15%	Sociedad española	Primer estudio propio en España
(Made, 2001)	23,7%	21,7%	Estudiantes	África del Norte y del Sur
(Dong, et al, 2003)	25%	16%	NA	Estados Unidos
(Pereda y Forns, 2007)	19%	15,5%	Estudiantes universitarios	España
(Pereda et al., 2009)	19,2%	7,4%	NA	Nivel internacional

(Stoltenborgh et al., 2011)	18%	7,6%	NA	Nivel internacional
(Cantón-Cortés, 2013; Lutz-Zois, et al., 2011)	20%	8%	Estudiantes universitarios	NA
(OMS, 2016)	20%	7,7%	NA	A nivel mundial
(Ferragut et al. 2021)	Entre el 3,4 – 24,8%	Entre 2,2 – 24,5%	NA	España

Como se puede apreciar en la tabla, a lo largo de los años, la variación de abuso sexual infantil en mujeres no varía mucho. Desde 1970 hasta 2021, la prevalencia de ASI en mujeres oscila entre 18% y 25%. Por otro lado, en los hombres la prevalencia varía más; en los primeros estudios, desde el 1970 hasta el 2007 hay mayor prevalencia y oscila entre 9% y 21% mientras que desde el 2009 al 2016, la prevalencia es menor, oscila entre 7,4% y el 8%; actualmente, es muy variable ya que en el estudio más reciente (Ferragut et al., 2021) la prevalencia oscila entre 2,2 y el 24,5%.

De los datos más recientes que se encuentran tanto a nivel internacional como en España, podemos ver que, en la actualidad, todavía las cifras siguen siendo muy altas, por eso, es importante identificar claramente cuáles son los factores de riesgo del abuso sexual infantil. Según el estudio de Vicente (2017), el más reciente que se ha encontrado en la literatura especializada, estos se podrían clasificar en 3 grupos: individuales, familiares y sociales.

En los factores de riesgo individuales encontramos: el sexo del menor “datos recientes de la Organización Mundial de la Salud, muestran que a nivel mundial hay más abuso sexual infantil en mujeres (150 millones) que en hombres (73 millones) (González et al., 2016; citado en Fallas et al, 2020)”; tener una discapacidad; la deficiente supervisión de los padres o personas que cuidan al niño/a; los “niños de la calle”, es decir, los que o pasan mucho tiempo en la calle sin supervisión adulta o los que no tienen ningún familiar que se ocupe del menor; los “niños con la llave al cuello”, es decir, los niños que se pasan mucho tiempo solos, que disponen de una llave de su casa pero que no tienen un adulto que se encargue de su cuidado y los niños con necesidad de afecto o con padres muy ocupados, es decir, los niños que tienen mucha facilidad para ser seducidos por una persona que se ocupe de ellos o les preste un poco de atención.

En los factores de riesgo familiares encontramos: cuando hay una separación de los padres conflictiva, ya que puede interferir en el cuidado y supervisión del menor; las familias monoparentales que no tienen ningún tipo de apoyo familiar o social, ya que puede haber dificultad en el cuidado del menor y las circunstancias que puedan interferir en el cuidado y supervisión del menor en general.

En los factores de riesgo sociales encontramos: el modelo económico actual, ya que nos encontramos con un mercado donde el menor se puede percibir como un elemento de consumo; el turismo sexual, en el cual adultos se desplazan a otros países para mantener relaciones sexuales con algún menor y los mitos y creencias que hacen que el ASI esté invisibilizado.

Como se puede ver, hay muchos factores de riesgo, pero, no todos tienen la misma relevancia. Los más importantes son: discapacidad psíquica grave de uno o ambos de los padres, consumo de alcohol o drogas de uno o ambos padres, historia de maltrato previa en uno o ambos padres, falta de establecimiento del vínculo o deficientes relaciones afectivas entre los padres y el niño, falta de red de apoyo psicosocial, aislamiento social de la familia, problemas de disarmonía y ruptura familiar, desempleo o pobreza, falta de reconocimiento de los derechos del niño como persona y aceptación social de pautas como el castigo físico (Save the Children, 2001).

Tras ver cuáles son los factores de riesgo y los más relevantes, a continuación, se exponen las consecuencias a corto plazo del abuso sexual infantil, ya que, estas dependen de muchos factores y, sobre todo, son distintas en función de la edad de la víctima, es decir, hay unos efectos más característicos en función de la etapa de desarrollo en la que se encuentre el menor. En un estudio realizado por Echeberrúa y Guerricaechevarría (2006), se exponen las manifestaciones más señaladas en función de la etapa del ciclo vital.

En la edad preescolar (3 – 6 años) se manifiesta: expresión de algún tipo de conducta considerada como anormal, ansiedad, pesadillas, desórdenes del trastorno de estrés postraumático y problemas internalizantes y externalizantes de conducta.

En la edad escolar (7 – 12 años) se puede ver que: los problemas de conducta tanto a nivel interno como externo se hacen más patentes (especialmente depresión y agresión respectivamente), hay un descenso en la autovaloración personal y niveles de autoestima y, además, puede haber miedos, pesadillas, neurosis, baja autoestima e hiperactividad. También puede haber efectos en el funcionamiento y desarrollo cognitivo y socioemocional (sobre todo en el caso de niñas víctimas de tales abusos), problemas escolares, es decir, funcionamiento académico global deteriorado y mayores problemas de aprendizaje, conductas sexuales inapropiadas (masturbación y preocupación sexual excesiva, exhibicionismo y agresión sexual) y finalmente, comienza aparecer el sentimiento de culpabilidad, sintiéndose las víctimas responsables del abuso.

En la adolescencia (13 – 18 años) se manifiesta: depresión, retraimiento social, baja autoestima, ideas repetitivas de suicidio y conductas autolesivas, trastornos somáticos, conductas antisociales (consumo de drogas y/o alcohol, escapadas del hogar, falta de asistencia a la escuela, etc.), comportamiento sexual precoz (posibilidad de embarazo) y problemas de identidad sexual.

Viendo la cantidad de consecuencias que puede tener un abuso sexual en la infancia, se han realizado estudios para comprobar cuáles de estas son las más comunes. El estudio más

reciente que he encontrado, muestra que la más común son los problemas somáticos, los cuales incluyen problemas de sueño o pérdida del control de esfínteres; problemas emocionales (ansiedad o depresión), TEPT, ideación suicida, baja autoestima y problemas de relación (retraimiento social o problemas de conducta como conductas sexuales de riesgo) (Yüce et al. 2015).

Finalmente, tras ver las consecuencias a corto plazo y cuáles son las más relevantes, a continuación, se desarrollan las que se presentan a largo plazo. Las consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil se han estudiado de una manera muy amplia, evidenciando que tienen un fuerte impacto en la salud y en otras variables que se asocian con el bienestar como el TEPT, la ansiedad, la depresión, la esquizofrenia, el abuso de sustancias, los problemas comportamentales e interpersonales, las dificultades en la esfera de la sexualidad o incluso nuevas revictimizaciones (Lamoureux et al., 2012).

Uno de los estudios más importantes sobre las consecuencias del ASI fue la investigación de Pereda (2010), ya que, muestra la seriedad de las problemáticas que presentan las víctimas de ASI a lo largo de todo su ciclo evolutivo. Concluyó que las distintas problemáticas a largo plazo en víctimas de ASI se pueden separar en problemas emocionales, problemas de relación, problemas de conducta y adaptación social, problemas funcionales, problemas sexuales, revictimización y transmisión intergeneracional.

En el área de problemas emocionales se pueden ver consecuencias como trastornos depresivos y bipolares, ansiedad, TEPT, trastorno límite de la personalidad y conductas autodestructivas y autolesivas, ideas suicidas e intentos de suicidio y baja autoestima.

En cuanto a los problemas de relación, una de las áreas que queda más afectada, tanto al principio como a la larga, es el área de las relaciones interpersonales. Las víctimas de ASI tienden a aislarse y tener más ansiedad social, tener menos amigos e interacciones sociales, además de no presentar mucho interés por participar en las actividades comunitarias. También, pueden presentar un desajuste en las relaciones de pareja, ya que son más inestables y se evalúan de una forma más negativa. Por otra parte, hay una dificultad para criar a los hijos/as, mostrando un estilo de crianza más permisivo, así como también usan el castigo físico cuando hay conflictos con estos y un desprecio por el rol maternal.

Dentro de los problemas de conducta y adaptación social se puede apreciar que las víctimas de abuso sexual infantil son más hostiles, tienen más conductas antisociales y trastornos de conducta.

En los problemas funcionales, se puede ver que afectan mucho las funciones físicas, dolores físicos sin aparente razón médica que los justifique; trastornos de la conducta alimentaria, especialmente bulimia nerviosa; trastornos de conversión, que incluye la afectación de funciones motoras o sensoriales y trastornos de somatización. Por otro lado, se encuentran desórdenes ginecológicos en las mujeres víctimas de ASI, como dolores pélvicos crónicos, menopausia precoz, etc.

En cuanto a los problemas sexuales, hay estudios que confirman que se encuentran muy frecuentemente problemas sexuales en las víctimas de ASI y que algunos de ellos pueden ser: sexualidad insatisfactoria y disfuncional, conductas de riesgo sexual (sin protección, con ETS, con muchas parejas, etc.), conductas promiscuas y precoces, prostitución o maternidad temprana.

Otra de las consecuencias puede ser la revictimización, lo que se entiende por una experiencia que se produce a posteriori de violencia, ya sea física y/o sexual, y realizada por otro agresor diferente al de la infancia (Maker et al., 2001; citado en Pereda, 2010).

Finalmente, es posible que afecte la transmisión intergeneracional de ciertas prácticas parentales como el ASI o el maltrato; aunque todavía se sigue estudiando ya que, según los estudios realizados, hay resultados contradictorios.

Viendo que el estudio de Pereda (2010) muestra una gran cantidad de consecuencias a largo plazo, posteriormente, en una publicación realizada en este mismo año (Giraldo et al, 2022), se han estudiado las que son más frecuentes. De las consecuencias emocionales destacan el TEPT, el TLP, la depresión, el trastorno bipolar, los trastornos de ansiedad, las conductas autolesivas, la baja autoestima e intentos de suicidio. En el área relacional son más frecuentes la ansiedad y aislamiento social, círculo social reducido, poca interacción social y un desajuste mayor en la relación de pareja. Dentro del área adaptativa hay una frecuencia de altos niveles de hostilidad, comportamientos antisociales y trastornos de conducta. Dentro del área funcional, los más frecuentes son: mayor somatización de los síntomas, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de conversión y trastornos disociativos. Finalmente, dentro de los problemas sexuales, destaca una vida sexual insatisfactoria y disfuncional, mantener relaciones sin protección, un mayor número de parejas, enfermedades de transmisión sexual (VIH y SIDA), prostitución y maternidad precoz.

Finalmente, como dato a tener en cuenta, cabe explicitar que, en nuestro ordenamiento jurídico, estas acciones están penalizadas en el Código Penal Español, libro segundo, capítulo segundo, artículo 183.1, en el cual el abuso sexual a menores es:

El que realizare actos de carácter sexual con un menor de dieciséis años, a través de actos que atenten contra la indemnidad sexual (p.76).

## **Objetivo**

El objetivo general del presente trabajo es revisar la evidencia disponible sobre cómo afecta el abuso sexual producido en la etapa de la infancia en la vida sexual adulta y los problemas sexuales que vienen derivados.

## Método

Para realizar esta revisión, se utilizó como base metodológica las directrices establecidas por el modelo PRISMA. Este está compuesto por una lista de 27 puntos de calidad que deben ser comprobados, así como un diagrama de flujo (Yepes-Nuñez et al., 2021) que expone el proceso que se ha seguido en el presente trabajo.

La selección de las publicaciones, se ha realizado teniendo en cuenta los siguientes criterios de elegibilidad:

- Criterios de inclusión:
  1. Las publicaciones deben estar escritas en inglés o español.
  2. Ser estudios empíricos.
  3. Estudios que incluyan una muestra de personas adultas con problemas sexuales que hayan sufrido abuso sexual en la infancia.
  4. Estudios publicados desde el año 2010 hasta la actualidad; para poder proporcionar una visión actualizada de la temática tratada.
  5. Publicaciones en las que se encuentre el texto completo.
- Criterios de exclusión:
  1. Estudios sobre el abuso sexual sin ser específicos del abuso sexual infantil.
  2. Estudios en los que se expongan otras consecuencias diferentes a los problemas sexuales.
  3. Estudios sobre el abuso sexual infantil y posteriores problemas sexuales pero que estén enfocados a medicamentos, terapias, regiones cerebrales, etc.
  4. Publicaciones repetidas en la búsqueda.
  5. Lecturas que sean otro tipo de documento, como libros o capítulos de libro, trabajos finales de grado, tesis, otras revisiones, etc.

En cuanto a las fuentes de información, para llevar a cabo esta revisión, se han consultado 5 bases de datos en las que se han obtenido resultados, siendo estas: Web of Science, Scopus, Pubmed, PsyArticles y PsyInfo. En este momento, también se ha acotado la fecha de publicación desde año 2010 hasta 2021. Además, en las bases de datos que daba opción, se ha escogido que los artículos estuvieran con el texto completo.

Las palabras clave que se han utilizado en las bases de datos mencionadas estaban en inglés, siendo estas las siguientes: “child sexual abuse”, “problematic sexual behavior” y “sexual dysfunction”. Estas han sido elegidas tras hacer una búsqueda en MeSH (Medical Subject Headings), el diccionario de sinónimos de vocabulario controlado por NLM que se usa para indexar artículos para PubMed. Además, se ha usado el operador lógico “AND”, se ha filtrado de tal modo que los descriptores aparecieran en el título, texto completo y resumen. Asimismo, se ha limitado por idioma ya fuese español o inglés. La búsqueda se ha realizado durante el mes de diciembre de 2021.

En cuanto a la estrategia de búsqueda y la lista de datos, en la siguiente tabla se puede ver cada una de las bases de datos usadas con sus respectivas palabras clave, filtros, límites usados y operadores lógicos.

**Tabla 2**

*Estrategia de búsqueda y lista de datos*

<b>Base de datos</b>	<b>Filtros y límites</b>	<b>Palabras clave + operadores lógicos</b>	<b>Resultados</b>
Web of Science	Acceso abierto	(child sexual abuse) AND	59
	Tipos de documentos: artículos	(problematic sexual	
	Líneas de investigación: Psicología	behavior)	
	Idioma: inglés y español	(child sexual abuse) AND	
Scopus	Año de publicación: 2010 - 2021	(sexual dysfunctions)	82
	Área temática: Psicología	(child sexual abuse) AND	
	Tipo de documento: Artículo	(problematic sexual	
	Idioma: inglés y español	behavior)	
Pubmed	Año: 2010 - 2021	(child sexual abuse) AND	124
	Año: 2010 – 2021	(sexual dysfunctions)	
	Texto completo – texto completo gratis	(child sexual abuse) AND	
	Idioma: inglés y español	(problematic sexual	
PsyArticles	Limitar a: texto completo	behavior)	16
	Fecha de publicación: desde 2010 hasta 2021	(child sexual abuse) AND	
	Idioma: inglés	(sexual behavior)	
		(child sexual abuse) AND	
PsyInfo	Año de publicación: 2010 – 2021	(sexual dysfunctions)	23
	Idioma: inglés	(child sexual abuse) AND	
		(problematic sexual	
		behavior)	
		(child sexual abuse) AND	4
		(sexual dysfunctions)	23
		(child sexual abuse) AND	59
		(sexual dysfunctions)	

El procedimiento que se ha llevado a cabo para la selección de los artículos y la síntesis ha sido, tras la búsqueda bibliográfica de artículos científicos en las bases de datos y con las palabras clave mencionadas, se ha procedido a copiar todos los títulos de los 644 artículos en una página de Word, se han ordenado alfabéticamente y así se ha podido ver cuáles estaban repetidos para poder contar cuántos se encontraban duplicados (100). Tras eliminar los

duplicados se ha procedido a la lectura de los títulos de los documentos, de manera que, solo con la lectura de estos, ya se iban eliminando los que se veía claramente que no tenían relación alguna con la temática tratada y posteriormente, los que no se determinaba con claridad solo con la lectura del título se iban leyendo los resúmenes para poder conocer si estaban dentro de la temática establecida y se iban clasificando en 4 grupos: los que sí podían usarse para esta revisión (n=18), los que se eliminaron porque no tenían relación alguna con la temática (n=454), los que se eliminaron porque hablaban de ASI, pero no de posteriores problemas sexuales (n=29) y los que se eliminaron porque hablaban de problemas sexuales en la adultez, pero no debidos a un ASI (n=43). Realizando este procedimiento, se eliminaron 626 artículos. Una vez clasificados se procedió a contar cuántos artículos había en cada grupo y se hizo el diagrama de flujo, quedando finalmente 18 artículos para analizar. Se procedió a realizar la lectura de estos y se añadieron 2 publicaciones más, encontradas en la bibliografía de dichos artículos y que cumplían todos los criterios de inclusión y exclusión, quedando 20 artículos para la revisión.

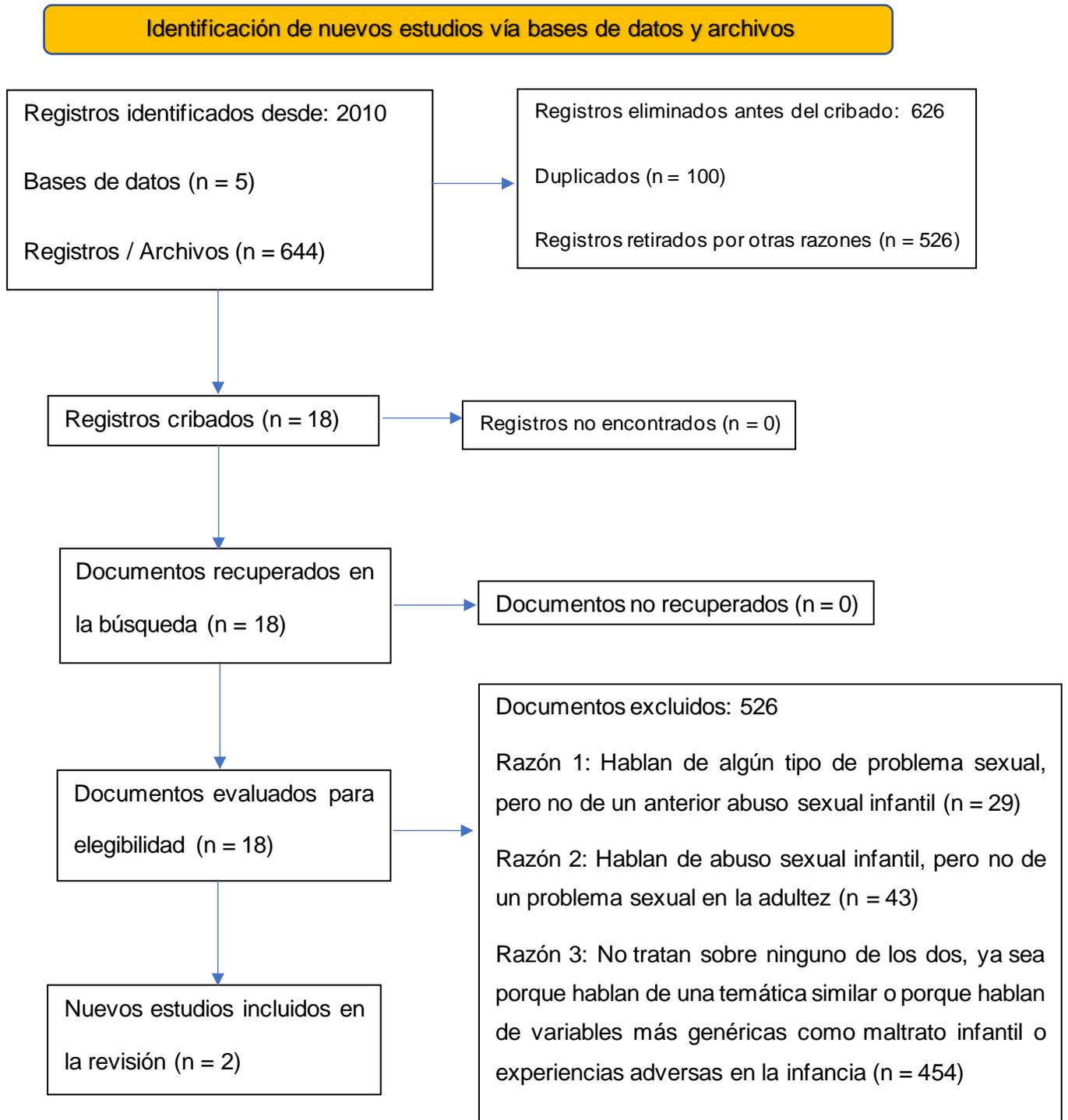
Tanto para este proceso de selección como para el proceso de recopilación de datos solo hubo una revisora que examinó cada registro y cada informe recuperado y, posteriormente, recopiló datos de cada informe. Como solo fue realizado por una persona, no se pudo realizar el estudio y valoración del riesgo de sesgo.

# Resultados

## Selección de estudios

Figura 1

Diagrama de flujo de la búsqueda de artículos.



En la Figura 1 se puede apreciar el diagrama de flujo de la búsqueda de artículos. La búsqueda se hizo de publicaciones desde el año 2010 hasta el 2021 en 5 bases de datos distintas, donde hubo 644 resultados. De estos se eliminaron 626, por distintas razones: 1) hablaban de algún tipo de problema sexual pero no de un anterior abuso sexual infantil (29); 2) hablaban de abuso sexual infantil, pero no de un problema sexual en la adultez (43); 3) no tratan sobre ninguno de los dos temas, ya sea porque hablan de una temática similar o porque hablan de variables más genéricas como maltrato infantil o experiencias adversas en la infancia (454) y 4) se trata de artículos que se encuentran duplicados (100). Eliminando estos 626 quedaron 18 estudios evaluados para elegibilidad a los que se les añadieron 2 más en la inclusión de nuevos estudios.

A partir de los criterios mencionados anteriormente, al final se analizaron un total de 20 estudios (Tablas 3, 4 y 5). Al ser todas publicaciones que tratan sobre la relación entre el abuso sexual infantil y los posteriores problemas sexuales en la adultez, se tratan de estudios cuantitativos ya que en todos se estudia la asociación entre el ASI y otra(s) variable(s) cuantificadas.

En la Tabla 3, se explican las características de los estudios y se identifican las siguientes variables:

**Autores:** Los/as investigadores/as que han realizado el estudio.

**Año:** El año en el que se ha publicado el estudio.

**País:** El lugar donde se ha realizado el estudio.

**Tipo de estudio:** Clasificación del diseño según si el estudio es analítico o descriptivo, transversal o longitudinal y prospectivo o retrospectivo.

En la Tabla 4, se explican las características de la muestra y se identificarán las siguientes variables:

**N:** Número de participantes

**Distribución grupos:** Cómo se han distribuido los grupos y qué número de participantes hay en cada uno de ellos.

**Edad de la muestra:** Rango de edad que abarcan los participantes en la actualidad.

**Edad a la que sufrieron ASI:** Edad que tenían los participantes cuando fueron víctimas de ASI.

**Edad media de la muestra (actualidad):** Media de las edades que tienen los participantes actualmente.

**Género:** Número de participantes que son mujeres o hombres

**Condición sexual y estado civil:** Orientación sexual de los participantes y su estado civil.

**Lugar donde vive:** Lugar donde residen los participantes.

**Muestra clínica vs. no clínica:** Conocer si se trata de una muestra clínica o no clínica

**Con/sin antecedentes de ASI:** Cuantos participantes hay con o sin antecedentes de ASI.

**Actividad sexual:** Conocer si en el momento del estudio tienen actividad sexual o no.

**Concepto ASI:** Definición usada en el estudio sobre ASI.

**Tipos ASI sufridos por las víctimas:** Conocer qué tipo de abuso sexual ha sufrido la víctima: penetración, sexo oral, exposición a material pornográfico, etc.

En la Tabla 5, se explican cómo se ha medido el ASI y los resultados y se identificarán las siguientes variables:

**Como han medido el ASI:** Instrumento que se ha usado para evaluar el ASI.

**Función sexual:** Afectación que ha tenido el ASI en el funcionamiento sexual.

**Aspectos cognitivos:** Afectación que ha tenido el ASI en los pensamientos relacionados con la sexualidad de la víctima.

**Aspectos emocionales o afectivos:** Afectación que ha tenido el ASI en las emociones y las relaciones afectivas de la víctima que se relacionan con la sexualidad.

**Aspectos conductuales:** Afectación que ha tenido el ASI en los distintos comportamientos que afectan a la funcionalidad sexual.

**Aspectos interpersonales:** Afectación que ha tenido el ASI en la salud de las relaciones con otras personas debido a las dificultades sexuales de la víctima.

En la presente revisión, han sido incluidos un total de 20 estudios encontrados; mayoría se presentan en casi todas las bases de datos. De los autores/as, las más destacadas por haber hecho numerosos estudios sobre esta temática son Alessandra Rellini (n=7), investigadora especializada en el estudio de la función y disfunción sexual en hombres y mujeres, y Cindy Meston (n=7), directora del laboratorio de psicofisiología sexual de la Universidad de Texas. Tras estas dos autoras, tenemos muchos autores que han participado en uno de los estudios seleccionados.

Estas investigaciones oscilan entre el 2010 y 2020, habiendo más en los primeros años que en los últimos. En los 5 primeros años se han hecho el 65% de los estudios, mientras que, en los últimos 5 esta cifra se reduce al 35%.

La revisión abarca estudios que han sido publicados mayoritariamente en Estados Unidos (n=16). Las otras publicaciones son de otros países como: Canadá (n=2), España (n=1) y Turquía (n=1).

Además, en esta Tabla 3, se puede ver que se han clasificado las investigaciones según el tipo de estudio al que pertenecen, viendo que suelen tratarse de estudios de tipo analítico, transversal y retrospectivo.

Finalmente, añadir que el idioma oficial de los estudios es el inglés; en casi su totalidad, concretamente 19 de 20 estudios que se han analizado, lo son. Sólo hay uno que no lo es; se trata del estudio realizado en España (Cataluña), donde se usa el idioma oficial de ese país, el castellano.

**Tabla 3.***Características de los estudios.*

<b>Base de datos bibliográfica</b>	<b>Autores</b>	<b>Año de publicación</b>	<b>País</b>	<b>Tipo estudio</b>	<b>Idioma</b>
Web of science, Scopus, Psyinfo	Julia Camuso y Alessandra Rellini	2010	Estados Unidos	Analítico, transversal, retrospectivo	Inglés
Web of science, Scopus, Pubmed, Psyinfo	Alessandra Rellini y Cindy Meston	2010	Estados Unidos	Analítico, transversal, retrospectivo	Inglés
Web of science, Scopus, Psyinfo	Scott Easton, Carol Coohy, Patrick O'leary, Ying Zhang y Lei Hua	2010	Estados Unidos	Analítico, transversal, retrospectivo	Inglés
Web of science, Scopus, Pubmed, Psyinfo	Alessandra Rellini, Samantha Elinson, Erick Janssen y Cindy Meston	2011	Estados Unidos	Analítico, transversal, retrospectivo	Inglés
Web of science, Scopus, Pubmed, Psyinfo	Jennifer Staples, Alessandra Rellini y Sarah Roberts	2011	Estados Unidos	Analítico, transversal, retrospectivo	Inglés
Pubmed	Alessandra Rellini, David Ing y Cindy Meston	2011	Estados Unidos	Analítico, transversal, retrospectivo	Inglés
Web of Science, Scopus, Pubmed, Psyinfo	Tierney Ahrold Lorenz y Cindy Meston	2012	Estados Unidos	Analítico, transversal, retrospectivo	Inglés
Web of science, Scopus, Pubmed, Psycarticles, Psyinfo	Kyle Stephenson, Corey Hughan y Cindy Meston	2012	Estados Unidos	Analítico, transversal, retrospectivo	Inglés

Web of science, Scopus, Pubmed, Psyarticles, Psyinfo	Nathan Hasen, Lauren Brown, Elizabeth Tsatkin, Brittany Zelgowski y Viena Nightingale	2012	Estados Unidos	Analítico, transversal, retrospectivo	Inglés
Web of science, Scopus, Pubmed, Psyarticles, Psyinfo	Elizabeth Bird, Martin Seehuus, Jessica Clifton y Alessandra Rellini	2013	Nueva York	Analítico, transversal, retrospectivo	Inglés
Web of science, Scopus, Pubmed, Psyarticles, Psyinfo	Gena Zollman, Alessandra Rellini y Danielle Desrocher	2013	Estados Unidos	Analítico, transversal, retrospectivo	Inglés
Web of science, Scopus, Pubmed, Psyarticles, Psyinfo	Kyle Stephenson, Carey Pulverman y Cindy Meston	2014	Estados Unidos	Analítico, transversal, retrospectivo	Inglés
Web of science, Scopus, Pubmed, Psyarticles, Psyinfo	Boadie Dunlop, Eric Hill, Benjamin Johnson, Daniel Klein, Alan Gelenberg, Barbara Rothbaum, Michael Thase y James Kocsis	2014	Estados Unidos	Analítico, transversal, retrospectivo	Inglés
Web of science, Scopus, Pubmed, Psyarticles, Psyinfo	Noémie Bigras, Natacha Goodbout y John Briere	2015	Canadá	Descriptivo, transversal, retrospectivo	Inglés
Web of science, Scopus	Sílvia López, Concepció Faro, Lourdes Lopetegui, Enriqueta Pujol Ribera, Mònica Monteagudo, Jesús Cobo, María Isabel Fernández & Grupo de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva de Cataluña	2016	Barcelona	Analítico, transversal, retrospectivo	Español

Web of science, Scopus, Pubmed, Psyarticles, Psyinfo	Chelsea Kiminik y Cindy Meston,	2016	Estados Unidos	Analítico, transversal, retrospectivo	Inglés
Web of science, Scopus, Pubmed, Psyarticles, Psyinfo	Zoë Peterson, Erick Janssen, David Goodrich, Dennis Fortenberry, Devon Hensel y Julia Heiman	2017	Estados Unidos	Analítico, transversal, retrospectivo	Inglés
Web of science, Scopus, Pubmed, Psyarticles, Psyinfo	Ruken Ağaçhanlı, İzgi Alniak y Cunevt Evren	2018	Turquía	Descriptivo, transversal, retrospectivo	Inglés
Web of science, Scopus, Pubmed, Psyarticles, Psyinfo	Carey Pulverman y Cindy Meston	2019	Estados Unidos	Analítico, transversal, retrospectivo	Inglés
Web of science, Scopus, Pubmed, Psyarticles, Psyinfo	Mathilde Baumann, Noémie Bigras, Alison Paradis y Natacha Godbout	2020	Canadá	Analítico, transversal, retrospectivo	Inglés

En la Tabla 4 se presentan las características de la muestra de cada uno de los estudios. El número de participantes oscila entre 50 perteneciente al estudio Rellini, et al (2011) y 1.013 del estudio de López et al. (2016). En todos los estudios se tienen en cuenta que los participantes, en el momento en el que son evaluados, tengan la mayoría de edad. Hay 7 artículos que basta con que los participantes sean mayores de 18 años, pero, en otros 6, es necesario que se encuentren dentro del rango de 25 a 35 años. Al ser estudios retrospectivos, la media de edad de la muestra evaluada en la actualidad oscila entre 23,6 y 47,9 años, pero, el abuso sexual sucedió en 9 de los estudios antes de los 16 años. Hay 6 estudios en los que se da a conocer que el abuso sucede en la infancia, pero no se especifica la edad concreta y finalmente, en 3 se especifica que el abuso sexual se ha llevado a cabo antes de los 18 años.

En cuanto al género, hay 14 estudios en los cuales todas las participantes son mujeres, 5 dónde hay de ambos grupos (mujeres y hombres) y sólo en uno tienen participantes que son exclusivamente hombres, el realizado por Peterson et al. (2017).

La condición sexual de los participantes se tiene en cuenta en 6 estudios, en los que uno de los criterios de inclusión es que los participantes tengan una determinada condición sexual. En todos estos, se pide que los participantes sean heterosexuales y hay uno, el estudio realizado por Pulverman y Meston (2019), que, además, también pueden ser bisexuales.

El estado civil se ha estudiado en un 50% de los artículos. Hay 5 estudios en los que un criterio de inclusión era que los participantes tengan pareja en el momento del estudio y finalmente hay 4 donde se registraban las distintas posibilidades en las que se podía encontrar el/la participante en el momento de la evaluación como soltero, casado, pareja de hecho, en compromiso, etc.

La nacionalidad de la muestra se tiene en cuenta en un 40% de los artículos. Hay 3 estudios que hablan de que la muestra se ha tomado en algún lugar de EEUU y otros 5 donde explicitan que la muestra se ha tomado en algún lugar más concreto como Cataluña, Sant Louis o Indianápolis, etc.

En cuanto a la tipología de la muestra, en 14 estudios ha sido recogida por medio de anuncios e internet. Sólo 5 son muestra clínica y sólo uno tiene ambos tipos, el estudio realizado por Hasen et al. 2012. Los estudios con muestra clínica presentan un determinado tipo de muestra: con problemas en las relaciones íntimas en la adultez, con depresión (en la que influye el ASI, pero no es el factor causal), con problemas de salud sexual y reproductiva, con infecciones de transmisión sexual (ITS) o trastorno del consumo de opiáceos (TCO). Por otro lado, solo 4 son estudios no clínicos que tienen estipulado que uno de los criterios de inclusión de la muestra es padecer alguna dificultad o disfunción sexual.

Todos los estudios tienen participantes que han sido víctimas de abuso sexual infantil, pero hay 8 donde la muestra es sólo de ASI y 12 donde hay un grupo con y otro sin antecedentes de ASI.

En cuanto a la actividad sexual de los pacientes, en 11 estudios se hace referencia a que los participantes son sexualmente activos, mientras que en 9 no se habla de esta variable como tal.

En referencia al concepto de abuso sexual infantil, hay una gran variedad de definiciones. En 9 mencionan el hecho de que la persona perpetradora tiene que tener al menos 5 años más que la víctima. En 6 mencionan los tipos de ASI que puede haber como penetración oral, anal o vaginal, tocamientos, sexo oral, etc. En 5 no mencionan los tipos, pero sí que hacen referencia a que hay penetración o tocamientos. Por otro lado, se puede ver que hay una definición, la de Finkelhor, et al. (1989), que destaca por ser la más usada para definir el concepto de ASI en 4 artículos. A pesar de que en la mayoría se define el concepto, ha habido 3 artículos en los que no se menciona ningún tipo de definición.

Finalmente, se puede ver que la mayoría de artículos (n=13) sí tienen en cuenta los tipos de ASI que afectan a la víctima. A pesar de ellos, hay otros 7 en los que no se muestran las distintas tipologías.

**Tabla 4.**

*Características de la muestra participante en los estudios seleccionados*

<b>N</b>	<b>Edad muestra</b>	<b>Edad ASI</b>	<b>Edad media muestra (actualidad)</b>	<b>Género</b>	<b>Condición sexual y estado civil</b>	<b>Lugar donde vive</b>	<b>Clínica vs. no clínica</b>	<b>Con / Sin antecedentes ASI</b>	<b>Actividad sexual</b>	<b>Concepto ASI</b>	<b>Tipos ASI sufridos por víctimas</b>
180	18-60	Antes 14 años	ASI: 33,6 Sin ASI: 28,6	Sólo mujeres	Solteras, con novio, comprometidas y casadas	Varias ciudades EEUU	No clínica	ASI (N=60) Sin ASI (N=120)	Sexualmente activas	Haber experimentado encuentros sexuales antes de los 14 años con alguien de al menos 5 años más	Ser acariciado, coito forzado, sexo oral (realizar o recibir) y sexo anal
103	25-35	Antes 16 años	ASI: 29,7 Sin ASI: 25,7	Sólo mujeres	Heterosexuales y con pareja(s)	2 ciudades noroeste y sudoeste EEUU	No clínica	ASI (N=53) Sin ASI (N=50)	Sexualmente activas	Encuentro sexual en el que se tocaba o penetraba los genitales antes de los 16 años con alguien al menos 5 años mayor (Finkelhor et al., 1989)	Actividad sexual forzada o coaccionada (penetración, contacto genital)
165	Mayores 20 años	NA	NA	Mujeres (N=133) Hombres (N=32)	NA	Victoria (Australia)	No clínica	Todos ASI	NA	Proceso en el que la sexualidad de un niño (que incluye tanto los sentimientos sexuales como las actitudes sexuales) se moldea de una manera inapropiada para el desarrollo e interpersonalmente disfuncional como resultado del abuso sexual	NA
50	25-35	Antes 16 años	ASI: 29,8 Sin ASI: 27,7	Sólo mujeres	Con pareja(s) 4 semanas antes estudio	2 ciudades medianas	No clínica	ASI (N=25) Sin ASI (N=25)	Sexualmente activas	Cualquier experiencia sexual no deseada antes de los 16 años en la que alguien cinco o más años mayor tocó o penetró los genitales (Finkelhor, et al., 1989)	Tocamientos o penetración genital
54	25-35	Antes 16 años	ASI: 30,3 Sin ASI: 27,6	Sólo mujeres	NA	NA	No clínica	ASI (N=32) Sin ASI (N=22)	NA	Experiencia sexual no deseada antes de los 16 años cuando alguien cinco o más años mayor les tocó o penetró los genitales	Tocamientos o penetración genital
53	25-35	Antes 16 años	ASI: 28,5 Sin ASI: 30,8	Sólo mujeres	Heterosexuales y con pareja(s)	NA	No clínica	ASI (N=34) Sin ASI (N=22)	Sexualmente activas	Autoinformes de un encuentro sexual en el que ocurrió contacto no deseado o penetración de genitales antes de los 16 años con alguien al menos 5 años mayor.	Contacto no deseado o penetración de genitales
227	Mayores 18 años	Antes 16 años	34	Sólo mujeres	NA	NA	Clínica, mujeres con ASI y problemas en	ASI (N=128) Sin ASI (N=99)	Sexualmente activas	Haber experimentado al menos 1 evento sexual involuntario antes de los 16 años y no menos de 2 años antes de la ingesta.	Coito oral, anal o vaginal, penetración de la vagina o el ano con

							relaciones íntimas adultas				Los "eventos sexuales" incluyen 1 o más de los siguientes: coito oral, anal o vaginal, penetración de la vagina o el ano con objetos o dedos, o caricias o caricias genitales.	objetos o dedos o caricias o caricias genitales
176	Mayores 18 años	Antes 16 años	ASI: 33,71 Sin ASI: 32,63	Sólo mujeres	NA	Suroeste EEUU	No clínica, mujeres con dificultades sexuales	ASI (N=105) Sin ASI (N=71)	Sexualmente activas		Contacto sexual no deseado antes de los 16 años que incluye 1 o más de los siguientes actos: coito oral, anal o vaginal, penetración de la vagina o el ano con objetos o dedos, o tocar o acariciar los genitales.	Coito oral, anal o vaginal, penetración de la vagina o el ano con objetos o dedos, o tocar o acariciar los genitales.
57	Mayores 18 años	Antes 17 años	Mujeres: 47,9 Hombres: 46,6	Mujeres (N=26) Hombres (N=31)	NA	NA	Clínica y no clínica, adultos que viven con infección de VIH	Todos ASI	NA		Cualquier experiencia sexual no consensuada (exposición sexual; contacto sexual; o sexo anal, oral o vaginal) o experiencia sexual consensuada que ocurra con alguien 5 o más años mayor que el participante si ocurre a los 12 años o menos o 10 o más años mayor que el participante si tiene entre 13 y 17 años de edad.	Exposición sexual, contacto sexual, sexo anal, oral o vaginal.
63	25-35	Antes 16 años	ASI: 30,77 Sin ASI: 28,5	Sólo mujeres	Con pareja(s) 4 semanas antes estudio	NA	No clínica	ASI (N=39) Sin ASI (N=24)	Sexualmente activas		Experimentando una situación forzada o coaccionada. encuentro sexual en el que el contacto o la penetración de los genitales ocurrió antes de los 16 años con alguien al menos 5 años mayor (adaptado de Finkelhor, et al., 1989)	Contacto o penetración de los genitales
62	25-35	NA	29,7	Mujeres (N=62)	Con y sin pareja	NA	No clínica	Todas ASI	Al menos 1 actividad sexual en pareja (penetración genital) en el último mes y sin dificultades sexuales		NA	NA

238	Mayores 18 años	Antes 16 años	ASI: 34,16 Sin ASI: 32,71	Sólo mujeres	La mayoría casadas o en relación comprometida	NA	No clínica, mujeres que informaron dificultades sexuales	ASI (N=134) Sin ASI (N=104)	NA	Tener, antes de los 16 años, al menos una experiencia de oral no deseada, coito anal o vaginal; penetración con dígitos u objetos; o caricias sexuales	Experiencia oral, coito anal o vaginal; penetración con dígitos u objetos: o caricias sexuales
808	18-75	NA	44,2	Mujeres y hombres	NA	NA	Clínica, adultos que cumplían criterios diagnósticos del DSM-IV para un episodio depresivo mayor	Con y sin antecedentes ASI	NA	NA	NA
302	Mayores 18 años	NA	28,6	Mujeres (N=257) Hombres (N=48)	89% heterosexuales 44% relación íntima, 24% relación hecho, 12% casados y 19% solteros	NA	No clínica, estudiantes, docentes y otros profesionales asociados a la psicología	Sólo ASI	NA	Haber experimentado contacto sexual no deseado en la niñez / adolescencia o contacto sexual durante la niñez o adolescencia con un adulto, alguien con autoridad o alguien cinco años mayor.	Mostrar genitales, toques, sexo oral, penetración vaginal o anal
1013	Mayores 18 años	Antes 18 años	40,6	Sólo mujeres	NA	Cataluña	Clínica, mujeres que acudían a una visita psicológica por problemas relacionados con salud sexual o reproductiva	Solo ASI	NA	Contacto o manipulación sexual por parte de alguna persona, sin consentimiento de la víctima, antes de los 18 años de edad, y tipo de abuso (haber sufrido tocamientos, haber sido obligada a tocar, haber padecido intento de penetración, haber padecido penetración).	Tocamientos, haber sido obligada a tocar, haber padecido intento de penetración o penetración
222	Mayores 18 años	Antes 18 años	34	Sólo mujeres	NA	NA	No clínica, mujeres con disfunción sexual, angustia o baja satisfacción sexual	ASI (N=139) Sin ASI (N=83)	Sexualmente activas	Al menos una experiencia sexual involuntaria, definida como coito oral, anal o vaginal no deseado, penetración de la vagina o el ano con objetos o dedos, o tocar o acariciar los genitales antes de los 18 años de edad.	Coito oral, anal o vaginal. Penetración de vagina o ano con objetos o dedos. Tocar o acariciar los genitales
377	18-30	NA	23,6	Sólo hombres	Heterosexuales y no casados	Sant Louis (N=161)	Clínica, pacientes reclutados de	Todos ASI	NA	NA	NA

						Indianápolis (N=216)	dos clínicas de ITS urbanas					
99	NA	NA	Mujeres TCO: 27,84 Grupo control: 31,4	Sólo mujeres	Casadas, divorciadas, enviudadas o solteras	NA	Clínica, mujeres con y sin trastorno por consumo de opioides. Mujeres TCO (N=51) Grupo control (N=48)	Todas ASI	Sexualmente activas	NA	NA	
120	18-49	Antes 16 años	27,66	Sólo mujeres	Heterosexuales o bisexuales	NA	No clínica, mujeres con y sin disfunción sexual	ASI (N=63) Sin ASI (N=57)	NA	Contacto sexual no deseado antes de los 16 años	NA	
320	18-75	Antes 18 años	NA	Mujeres (N=226) Hombres (N=94)	91,6% heterosexual 35% relación pareja sin convivir 49,1% relación hecho y 15,9 casados	Canadá	No clínica, en población general de Canadá	Todos ASI	En relación íntima (al menos 6 meses)	Haber experimentado algún contacto sexual no deseado o alguna experiencia sexual para la cual no pudieran dar su consentimiento (por ejemplo, alguien cinco años mayor, posición de autoridad) antes de los 18 años	NA	

En la Tabla 5, se puede ver como se ha medido el ASI en cada uno de los estudios y cómo ha afectado este en las distintas áreas de la vida de la víctima.

El abuso sexual infantil, se ha medido con el Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein y Fink, 1998) en 8 de los estudios. Este es un cuestionario de 60 ítems que está diseñado principalmente para medir de una manera fiable el significado tomado de experiencias traumáticas en la infancia: historial de ASI, abuso físico, abuso emocional, negligencia física y negligencia emocional. En 4 estudios se ha hecho con el Child Sexual Abuse Measure (Finkelhor, 1979), un cuestionario de 8 ítems que comprende comportamientos sexuales invasivos desde el mínimo (forzado a acariciar a otros) hasta el más invasivo (penetración anal o vaginal), antes de los 14 años. En otros 3, se ha medido el ASI con el Trauma History Questionnaire (Green, 1996), una medida de autoinforme de 24 ítems que se utiliza para examinar experiencias traumáticas físicas y sexuales.

El funcionamiento sexual es el área en la que hay afectación en todos los estudios. La Tabla 5 muestra en 4 estudios que una mayor gravedad de ASI produce una menor excitación sexual, aunque, hay otros 2, en los que muestra lo contrario, la excitación sexual es la misma independientemente de si se ha sido víctima de ASI o no. En uno de estos 2 estudios, el realizado por Kiminik y Meston (2016), además muestra que la inhibición sexual es diferente cuando se trata de una persona que ha sido víctima de ASI y de una que no. Otros 4 estudios relacionados, muestran que cuanto más gravedad de ASI peor funcionamiento sexual general y más disfunciones sexuales que afectan principalmente en el deseo, excitación, lubricación y orgasmo. Por otro lado, el estudio de Stephenson et al. (2014) muestra que cuando hay dificultades sexuales, hay una dificultad en la función sexual independientemente de si se ha sufrido ASI o no.

También vemos que hay una variable que se compone de aspectos fisiológicos, cognitivos y conductuales al mismo tiempo y que se ve alterada en una persona víctima de ASI, la ansiedad sexual ya que, una persona con antecedentes de ASI, presenta menos autocapacidades para poder tener una buena sexualidad, lo que a su vez afecta teniendo una mayor ansiedad sexual.

Analizando cómo afecta el ASI en los distintos aspectos cognitivos relacionados con la sexualidad, se puede ver que hay algunos procesos que se encuentran deteriorados como las fantasías sexuales, los procesos implícitos de estímulos sexuales y los autoesquemas sexuales. También se encuentran 2 artículos donde la gravedad de ASI se asocia a más experiencias disociativas durante la conducta sexual y por consiguiente un peor funcionamiento sexual.

En los aspectos emocionales/afectivos relacionados con la sexualidad, la variable más estudiada es la satisfacción sexual, pero, actualmente, se puede ver que hay mucha discordancia entre los diferentes estudios. En 5 se ve que el ASI produce una menor satisfacción sexual. Hay estudios que muestran variables que median entre el ASI y la menor satisfacción sexual como las palabras sexuales que representan una emoción positiva, las autocapacidades que tenga la

víctima para poder tener una buena sexualidad o la vergüenza sexual. Por otro lado, hay 3 estudios que dicen que, o no contribuye o es la misma satisfacción sexual en mujeres con dificultades sexuales independientemente de si han sido víctimas o no de ASI. Y, por último, el estudio de López et al. (2016) hace referencia a la satisfacción sexual en cuanto al tipo de agresión, en el que se ve que, si la persona perpetradora es conocida, después hay menor satisfacción sexual en la vida adulta.

A pesar de que la satisfacción sexual es una variable muy importante y por tanto muy estudiada, dentro de los aspectos emocionales hay una segunda variable que influye en muchas ocasiones en las víctimas de ASI, la angustia sexual, que, tal y como se ve en 3 estudios, es mucho mayor en víctimas de ASI. Además de estas 2, también influyen, el miedo al sexo o la culpabilidad, viendo que son mayores cuando se ha sufrido ASI y la estima corporal, siendo menor en víctimas de ASI.

En las investigaciones donde se estudian los aspectos conductuales relacionados con la sexualidad, se puede ver que las personas con antecedentes de ASI presentan más problemas de tacto (evitación contacto), son más propensos a cometer una agresión sexual y realizan más conductas riesgo sexual que les lleva a contraer VIH. Por otro lado, también se han estudiado algunas variables que no han sido significativas ya que no median el ASI con la función sexual como la ansiedad por apego, la evitación del apego y la imagen corporal de la víctima, expuesto en la investigación de Pulverman y Meston (2019). Así mismo, hay un estudio realizado por Staples et al. (2011) en el que tampoco se muestran diferencias entre una persona que ha sufrido ASI o no en cuanto a la búsqueda o distanciamiento de la relación sexual.

Finalmente, en cuanto a los aspectos interpersonales relacionados con la sexualidad; en los últimos años ha habido 2 estudios que se ha relacionado el ASI con las relaciones de pareja. En ambos, el abuso sexual infantil se correlaciona negativamente, en uno expone que cuanto más gravedad de ASI hay menos salud de la relación y en otro, muestra que cuanto más gravedad de ASI hay menos satisfacción de la relación.

**Tabla 5.**

*Tabla de resultados.*

<b>Cómo han medido ASI</b>	<b>Función sexual</b>	<b>Aspectos cognitivos relacionados con la sexualidad</b>	<b>Aspectos emocionales / afectivos relacionados con la sexualidad</b>	<b>Aspectos conductuales relacionados con la sexualidad</b>	<b>Aspectos interpersonales relacionados con la sexualidad</b>
Child Sexual Abuse Measure (Finkelhor, 1979)	<b>Excitación sexual</b> No fue estadísticamente significativa, el grupo ASI no tuvo menor excitación sexual en comparación con el grupo sin antecedentes de ASI.	<b>Fantasías sexuales</b> En el grupo de ASI, la utilización de fantasías durante el sexo se asoció con puntuaciones de función sexual más altas, mientras que en el otro grupo sucedió lo contrario.	NA	NA	NA
The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (Bernstein y Fink, 1998)	NA	<b>Autoesquemas sexuales</b> Estos explican parcialmente el hecho de que hay menor función de excitación sexual en las mujeres que experimentaron ASI en comparación con las mujeres sin antecedentes de ASI.	<b>Satisfacción sexual</b> Las mujeres del grupo ASI informaron una menor satisfacción que las del grupo sin antecedentes de ASI	NA	NA
Preguntas	<b>Problemas excitación</b> 2,17 más probabilidades de tener dificultades para las víctimas agraviadas por el agresor.	NA	<b>Miedo al sexo</b> 4 veces mayor en los más mayores que en jóvenes.  <b>Culpabilidad</b> 2,5 mayor para más mayores que en jóvenes.	<b>Problemas tacto (evitación contacto)</b> 2,25 más probabilidades de tener problemas para las víctimas lastimadas por agresor.	NA
Child Sexual Abuse Measure (adaptado por Finkelhor, 1979)	<b>Excitación sexual fisiológica</b> Las respuestas sexuales fisiológicas son significativamente más pequeñas en el grupo ASI en comparación con el grupo sin ASI.  <b>Excitación sexual subjetiva</b> Hay asociación significativa entre afecto positivo preexistente y la excitación sexual subjetiva	NA	NA	NA	NA

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (Bernstein y Fink, 1998) y Childhood Sexual Abuse Measure (CSAM; adaptado de Finkelhor et al., 1989)	Una mayor gravedad de ASI que predice una menor función sexual (excitación)	NA	NA	<b>Búsqueda y distanciamiento de contacto sexual</b> No hay diferencias significativas en la búsqueda o el distanciamiento entre las mujeres en los grupos con y sin antecedentes de ASI. Una mayor persecución predice una mayor función sexual (excitación).	NA
NA	NA	<b>Procesos cognitivos implícitos de los estímulos sexuales y románticos</b> Los procesos implícitos de estímulos sexuales estaban deteriorados en el grupo con antecedentes de ASI en comparación con los que no tienen antecedentes de ASI.	<b>Satisfacción sexual</b> Haciendo una regresión total para la satisfacción sexual en los procesos cognitivos y la función sexual fue estadísticamente significativa	NA	NA
NA	NA	NA	<b>Emociones positivas (esquemas sexuales)</b> . Las mujeres del grupo sin ASI utilizaron más palabras de emoción positiva en general que las mujeres del grupo de ASI. El uso de palabras de emoción positiva predijo significativamente el funcionamiento sexual	NA	NA
NA	NA	NA	<b>Satisfacción sexual</b> El uso de palabras de emoción positiva predijo significativamente la satisfacción sexual	NA	NA
Trauma History Questionnaire (THQ; Green, 1996)	Hubo interacciones significativas entre el estado de ASI y el funcionamiento sexual. Específicamente, deseo, excitación, lubricación y orgasmo.	NA	<b>Angustia sexual</b> Las mujeres sin antecedentes de ASI exhiben niveles mucho más bajos de angustia relacionada con la sexualidad cuando informan altos niveles de funcionamiento sexual.	NA	NA
Entrevista de historia de trauma	NA	<b>Experiencias disociativas durante la conducta sexual</b> Las variables de diagnóstico de exposición al trauma y relacionadas con el trauma se relacionaron	<b>Satisfacción sexual actual</b> La satisfacción sexual actual no contribuyó significativamente.	NA	NA

		significativamente con experiencias disociativas durante el comportamiento.			
Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ) (Bernstein y Fink, 1998). Subescala abuso sexual (CTQ-Sex)	NA	NA	<p><b>Angustia sexual</b> Las mujeres con antecedentes de ASI y dificultades sexuales presentan niveles más altos de angustia sexual que las mujeres sin antecedentes de ASI y dificultades sexuales.</p> <p><b>Satisfacción sexual</b> La función sexual y la satisfacción probablemente se manifiestan de manera similar en mujeres que experimentan dificultades sexuales, independientemente del historial de ASI.</p>	NA	NA
Childhood Abuse Severity (CTQ) (Bernstein et al., 2004)	<p><b>Excitación sexual</b> La excitación sexual se correlacionó negativa y significativamente con el ASI. Hay evidencia de que hay efecto de mediación del estrés diario entre el ASI y la excitación sexual. El ASI se asoció significativamente con síntomas de estrés postraumático, pero ni los síntomas de estrés postraumático ni el afecto negativo proporcionaron un efecto directo sobre la excitación sexual.</p>	NA	NA	NA	NA
Trauma History Questionnaire (Green, 1996)	La función sexual probablemente se manifiesta de manera similar en mujeres que experimentan dificultades sexuales, independientemente del historial de ASI.	NA	<p><b>Satisfacción sexual (angustia sexual)</b> Las mujeres con antecedentes de ASI y dificultades sexuales mostraron un vínculo más débil entre la función sexual y la angustia sexual y niveles más altos de angustia sexual que las mujeres sin antecedentes de abuso y dificultades sexuales.</p>	NA	NA
Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-SA)	<p>La puntuación ASI se asoció significativamente con el funcionamiento sexual.</p> <p>El funcionamiento sexual no se asoció significativamente con la salud de la relación.</p>	NA	NA	NA	<p><b>Salud de la relación</b> La puntuación ASI se asoció significativamente con la salud de la relación.</p>

- Preguntas iniciales - Preguntas adicionales (para los que sufrieron ASI)	<b>Ansiedad sexual</b> La relación entre ASI y ansiedad no fue significativa. La relación entre las autocapacidades y la ansiedad sexual fue significativa.	NA	<b>Satisfacción sexual</b> La relación entre ASI y satisfacción sexual no fue significativa. La relación entre las autocapacidades y la satisfacción sexual fue significativa.	NA	NA
Cuestionario sobre Abuso Sexual en la Infancia y Adolescencia (Dube et al., 2005)	<b>Disfunciones sexuales</b> La baja frecuencia de deseo es del 48,9% cuando el abusador es un conocido o amigo. Cuando el agresor fue un desconocido se observa una mayor capacidad para llegar al orgasmo (59,4%), menos dolor y menos sentimientos de rechazo de las relaciones sexuales (15,9%)	NA	<b>Satisfacción sexual percibida</b> La satisfacción con la vida sexual es más baja (40%) cuando el agresor fue un conocido.	NA	NA
Childhood Trauma Questionnaire Sexual Abuse Factor y Childhood Sexual Abuse Measure	<b>Respuestas sexuales excitatorias e inhibitorias</b> Las mujeres con antecedentes de ASI tenían significativamente más inhibición sexual que las mujeres sin antecedentes de ASI. No hubo diferencias significativas entre las mujeres con y sin antecedentes de ASI en la excitación sexual. Los efectos entre sujetos demostraron que el historial de ASI tuvo un pequeño efecto significativo sobre la inhibición sexual, pero no en la excitación sexual.	NA	<b>Estima corporal</b> Las mujeres con antecedentes de ASI tenían una estima corporal significativamente más baja en los tres dominios (atractivo sexual, preocupaciones sobre el peso y condición física) en comparación con las mujeres que no sufrieron abuso. Hay un efecto principal significativo de la historia de ASI después de controlar la estima corporal sobre la excitación e inhibición sexual	NA	NA
Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein, et al., 1997; Bernstein et al., 2003)	NA	NA	NA	<b>Agresión sexual (cometida por la víctima de ASI)</b> El ASI se asoció significativamente con la agresión sexual. Sin embargo, las vías directas entre ASI y agresión sexual no fueron significativas.	NA
Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-	<b>Funcionamiento sexual (Disfunciones sexuales)</b>	NA	NA	<b>Conductas de riesgo sexual que lleva a contraer VIH</b> El ASI se asoció significativamente con el riesgo de VIH. Sin embargo, las vías directas entre ASI y el riesgo de VIH no fueron significativas.	NA

28) (Bernstein et al., 1994)	En las mujeres con TCO, se encontró que el abuso sexual se correlacionó significativamente con la evitación, falta de sensualidad y puntuación GRISS total.					
Trauma History Questionnaire (THQ; Goodman, et al., 1998)	NA	<p><b>Disociación durante actividad sexual</b></p> <p>La disociación durante la actividad sexual mostró una mediación completa de la relación entre el historial de abuso y la función sexual.</p> <p>La disociación durante el estímulo erótico y la autoimagen genital no median la relación entre ASI y función sexual.</p>	<p><b>Vergüenza sexual</b></p> <p>La vergüenza sexual mostró una mediación completa de la relación entre el historial de abuso y la función sexual.</p> <p>El atractivo sexual de la imagen corporal no media la relación entre ASI y función sexual</p>	La ansiedad por apego, la evitación del apego y la condición física de la imagen corporal no median la relación entre ASI y función sexual	NA	
Preguntas	NA	NA	NA	NA	NA	<p><b>Satisfacción de la relación</b></p> <p>La presencia de ASI se correlacionó negativamente con la satisfacción de la relación.</p>

## Discusión

Tras ver una gran variedad de estudios empíricos en los que hay una amplia gama de dificultades sexuales en la vida adulta en personas víctimas de ASI, realizamos una revisión que abarca la última década para poder sintetizar lo que se sabe actualmente sobre la asociación entre ASI y problemas sexuales en la adultez.

Viendo el análisis de los estudios, se puede ver que mayoritariamente son realizados en Estados Unidos, por lo que los estudios pueden estar sesgados por la cultura y los valores de ese país. La cultura y valores juegan un papel determinante en el desarrollo de los seres humanos, influyendo en las conductas, los pensamientos, la religión, etc. por lo que, se debería tratar de hacer más estudios en diferentes países para poder apreciar de una mejor forma la diversidad cultural. Además, se encuentra que, en los últimos años, sólo hay un estudio por año de la temática tratada lo que se podría deber a que a pesar de que el ASI ocurre muy frecuentemente en la sociedad, todavía no está muy establecido como problemática mundial, por lo que sería relevante hacer más investigación sobre esta. También se ve que todos usan un diseño transversal en los que se ven los efectos causales, por lo que no se controlan covariables importantes como por ejemplo los entornos familiares o los traumas infantiles, sino que, más bien se tiene en cuenta la subjetividad de la víctima de ASI, por lo que sería interesante que se realizaran más estudios longitudinales, ya que así además de poder controlar esas variables, podríamos ver cómo afecta el abuso sexual infantil en los problemas sexuales en las distintas etapas de la vida.

En las características de la muestra se puede ver que hay estudios donde la muestra no es representativa, mientras que en otros sí; por ejemplo, los estudios realizados en el 2011 son muy representativos ya que, por la dificultad de encontrar participantes con un perfil adecuado y que quieran colaborar en el estudio, exponiéndose a revivir todo lo ocurrido en su infancia, hay unos 50 participantes en cada uno, mientras que, el realizado en Cataluña es el más representativo ya que supera los 1000 participantes.

En cuanto a la edad en el momento de realizar los estudios todos los participantes tienen más de 18 años, pero se ve que hay muchos estudios donde se emplea un rango de edad de 25 a 35 años. Esto es una postura convincente para enfocarse en un grupo de personas que tengan la oportunidad de tener experiencias sexuales y aumentar la homogeneidad en todos los niveles de experiencia sexual. En los distintos estudios, la media de edad oscila entre 23,6 y 47,9 años por lo que no se tiene en cuenta el posible abuso sexual infantil que hayan podido sufrir las personas de la tercera edad. Esto deja aparte un amplio abanico de posibilidades ya que no se puede ver cómo ha ido cambiando el concepto de ASI y sus posteriores problemas sexuales en la vida adulta según las distintas generaciones. Además, viendo que las personas que exponen lo vivido en la infancia lo hacen años después, no se tiene en cuenta un posible sesgo de memoria.

Viendo detenidamente el género de las distintas muestras, la mayoría de estudios sólo incluyen el género femenino, ya que en muchas de las estadísticas se muestra que hay más prevalencia de ASI en mujeres que en hombres, pero esto deja de lado en muchas ocasiones en género masculino. Esto supone una controversia ya que por un lado el ASI, a pesar de que es más frecuente en mujeres, afecta a ambos géneros, pero por otro, no se ha implicado lo suficiente en los estudios sobre los diferentes problemas sexuales en la adultez que pueden tener los hombres víctimas de ASI. Por tanto, es necesario destacar que no se puede extraer ninguna conclusión sobre los hombres sobrevivientes al ASI, ya que se encuentran subrepresentados en los estudios analizados.

Hay 3 variables de la muestra que, por lo visto en los análisis de los estudios, no están muy investigadas o no se especifican, por lo que sería relevante que se tuvieran más en cuenta. Estas son: la condición sexual de la muestra, en la que solo en algunos estudios se tiene en cuenta porque una de las pruebas es un video de una pareja heterosexual; el estado civil, que, o no se especifica o hay una gran variedad heterogénea en cada estudio; y, el lugar donde se ha estudiado, referenciado en muy pocos estudios.

En la muestra, también que puede ver que mucha de ella no es clínica, se ha recogido mediante anuncios, internet, etc. mostrando de esa forma que muchas de las víctimas de ASI con problemas sexuales actuales, no acuden a un especialista que les ayude en sus dificultades. Esto tiene su complejidad ya que, al no tratarse ni el ASI ni los problemas sexuales puede desencadenar en posteriores problemas de otra tipología. Además, por lo visto en los distintos estudios, no es necesario que la muestra sea clínica para que los participantes presenten problemas sexuales, es una dificultad que presenta toda la comunidad.

En cuanto a la definición que se ha propuesto en los distintos estudios sobre el concepto de "abuso sexual infantil", se puede ver que hay una falta de consenso en la comunidad científica. Hay una dificultad para comparar estudios ya que, por ejemplo, en algunos estudios, la definición muestra de forma detallada los distintos tipos de actos sexuales que se tienen en cuenta, mientras que en otros estudios la definición no hace referencia a esto, por lo que podría crear confusión. Habría que unificar criterios en la definición; cuestión que sería base para realizar los estudios con mayor precisión.

Además de unificar los criterios de la definición, sería interesante unificar también, la tipología de ASI sufrido por las víctimas, ya que, ayudaría a precisar con más detalle qué tienen en cuenta los investigadores cuando exponen que la víctima ha sufrido abuso sexual en la infancia.

Por tanto, tras ese análisis en profundidad sobre las características de la muestra, se puede llegar a la conclusión de que muchos de los estudios tienen algunas lagunas al describir la muestra, sobre todo, cuando no cuentan en que consiste el ASI, ya que se crea una dificultad para comparar los estudios.

A pesar de las dificultades para coincidir en cuanto a la definición y los tipos de ASI, en muchos de los estudios coinciden en la forma de medirlo, usando principalmente 3 pruebas: Chilhood Trauma Questionnaire (Bernstein y Fink, 1979), Child Sexual Abuse Measure (Finkelhor, 1979) y Trauma History Questionnaire (Green, 1996). Después hay algunos que no usan pruebas tan estandarizada ya que o miden el ASI con otra prueba, mediante una entrevista o simplemente no hace referencia a cómo se ha medido. Viendo esto podemos decir que, por lo general, en la mayoría de estudios, ha habido una buena prueba estandarizada para medir el abuso sexual infantil.

El funcionamiento sexual de las víctimas ha sido muy estudiado abarcando muchísimas variables que se han visto afectadas, pero en todas ellas, sólo se ha tenido en cuenta tanto el ASI como las consecuencias en las mujeres, abarcando la explicación de lo que ocurre a la mitad de la población. Es de vital necesidad realizar investigaciones sobre como afecta el ASI en el funcionamiento sexual de los hombres ya que estos también pueden ser víctimas y por ahora no hay mucha información sobre ellos.

También hay que tener en cuenta que hay algunas de las variables que se ven afectadas por ciertas características de la muestra, lo que hace muy compleja la discriminación entre si las dificultades sexuales se deben al ASI o a otros factores. Por ejemplo, en el estudio de Ağaçhanlı, et al (2018) la muestra presenta trastorno por consumo de opioides, por lo que es muy complicado saber si la evitación y la falta de sensualidad se debe al abuso sexual infantil, al TCO o a otros factores mediadores.

En general, la excitación sexual tiene una correlación negativa con el abuso sexual infantil, cuanto más gravedad de ASI, menor excitación sexual. Aun así, hay una contradicción ya que, en dos de los estudios no es así, no hay diferencia entre los participantes que han sido víctimas que con lo que no lo han sido, por lo que sería conveniente realizar más estudios y analizar si realmente es así o por el contrario hay algún otro factor que hace que en dichos estudios se haya concluido ese resultado.

Dentro de los aspectos emocionales/afectivos, se considera relevante para la comunidad científica estudiar cómo afecta el ASI en la satisfacción sexual, pero todavía es un aspecto desconcertante ya que, según el tipo de muestra y el tipo de estudio, los resultados son muy diversos, viéndose que en algunos afecta, en otros no, en otros necesita un mediador para que se vea afectada, etc. Por tanto, viendo los estudios de la última década, sería conveniente analizar en profundidad a qué se deben estas discordancias.

Por otra parte, no se puede analizar con profundidad los aspectos cognitivos, fisiológicos, conductuales e interpersonales. Hacen referencia a estos en muy pocos estudios; viéndose que son aspectos a tener en cuenta cuando se evalúan las consecuencias que presenta una persona víctima de ASI, pero sin ir más allá como para poder establecer unas buenas relaciones ya sean de forma directa o indirecta. Sería interesante indagar más sobre los distintos aspectos que a su vez afectan al funcionamiento sexual.

Entonces, y en base al objetivo principal de esta revisión que trata de exponer cómo afecta el abuso sexual en la infancia en la vida sexual adulta y los problemas sexuales derivados, se podría concluir que, a grandes rasgos, el abuso sexual infantil es significativo con la función sexual, es decir, cuanto más gravedad de ASI, menor funcionamiento sexual, pero, que viendo limitaciones que tienen los distintos estudios, no se puede decir que haya una causalidad ya que, en muchas ocasiones, el ASI ocurre en entornos familiares deficientes u en infantes con otros traumas interpersonales. Bien es cierto que los investigadores deben evaluar todos los antecedentes para así tener una visión clara de los diferentes factores que contribuyen a los problemas sexuales de la actualidad, pero no se debe asumir que se deben todos al abuso sexual infantil o que una persona víctima de ASI, sistemáticamente ya tendrá problemas sexuales en la vida adulta. Entonces el abuso sexual infantil sí que está correlacionado negativamente con los problemas sexuales de la adultez, más que ser una causa de ellos.

Por todo lo expuesto, queda claro que hay unas importantes lagunas en la literatura y que es necesaria una investigación más rigurosa, que abarque muchos aspectos que todavía están en auge, como la realización de estudios longitudinales o estudios donde se tenga mucho más en cuenta el género.

Para finalizar, cabe exponer que una limitación que ha tenido este trabajo ha sido que no se han podido cumplir todas las directrices establecidas por el modelo PRISMA, ya que cómo he comentado anteriormente, este está compuesto por una lista de 27 puntos, de los cuales en este trabajo hay algunos que no se han podido cumplir. Por ejemplo, en los puntos 8 y 9, el proceso de selección y el proceso de recopilación de datos, se exige que haya más de un revisor que haga estas funciones, pero en este trabajo no ha sido posible; o los puntos 11, 14, 18 y 20a, en los que hay que evaluar el riesgo de sesgo, que también implica que haya un segundo revisor tampoco han sido posibles de cumplir. Otros puntos que no se han podido cumplir son los que exigen que se hagan un análisis de sensibilidad, ya que se necesitan unos programas especializados; estos serían los puntos 13f y 20d.

# Conclusiones

A lo largo de toda esta revisión, se han descrito los resultados obtenidos por distintos investigadores con respecto al abuso sexual vivido en la etapa de la infancia y la vida sexual adulta con los problemas sexuales que vienen derivados.

La información encontrada tiene mucha relevancia a nivel clínico ya que, el abuso sexual infantil sigue siendo una problemática muy frecuente que causa muchas consecuencias en la persona que lo padece, por lo que, por consiguiente, se debe hacer una investigación exhaustiva para poder conocer en profundidad todos los problemas derivados y así, poder ayudar a las víctimas a superar o afrontar de una forma más adaptativa la situación.

Finalmente, exponer que esta revisión puede ser de mucha utilidad en la aplicación práctica ya que se puede conocer cuáles son las variables que afectan en las víctimas e incluso cuales son las que más prevalecen, para que se pueda tratar con más facilidad y conocimiento a las personas que viven esta situación.

# Referencias bibliográficas

Ağaçhanlı, R., Alniak, İ., & Evren, C. (2018). Sexual dysfunctions are predicted by childhood sexual abuse in women with opioid use disorder. *Substance Use & Misuse*, 53(13), 2184–2189. <https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1461228>

Bastos, P., & Costa, L. (2021). Caracterización de las víctimas y de la violencia sexual cometida por adolescentes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales*, 19(2), 50–73.

Baumann, M., Bigras, N., Paradis, A., & Godbout, N. (2021). It's good to have you: The moderator role of relationship satisfaction in the link between child sexual abuse and sexual difficulties. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(1), 1–15. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1797965>

Bigras, N., Godbout, N., & Briere, J. (2015). Child sexual abuse, sexual anxiety, and sexual satisfaction: The role of self-capacities. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(5), 464–483. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1042184>

Bird, E. R., Seehuus, M., Clifton, J., & Rellini, A. H. (2014). Dissociation during sex and sexual arousal in women with and without a history of childhood sexual abuse. *Archives of Sexual Behavior*, 43(5), 953–964. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0191-0>

Camuso, J., & Rellini, A. H. (2010). Sexual fantasies and sexual arousal in women with a history of childhood sexual abuse. *Sexual and Relationship Therapy: Journal of the British Association for Sexual and Relationship Therapy*, 25(3), 275–288. <https://doi.org/10.1080/14681994.2010.494659>

Cantón-Cortés, D., En, D., Cantón-Cortés, M. R., Cortés, M. D., & Justicia Y J. Cantón, V (2013). *Características y consecuencias del abuso sexual infantil*. Pirámide.

Center, N. (1981). *Study Findings: National Study of the Incidence and Severity of Child Abuse and Neglect*. DHHS Pub. #(OHDS) 81-30325

Dong, M., Anda, R. F., Dube, S. R., Giles, W. H., & Felitti, V. J. (2003). The relationship of Exposure to childhood. Sexual Abuse to other forms of abuse, neglect and household dysfunction during childhood. *Child Abuse and Neglect*, 27, 625–639

Dunlop, B. W., Hill, E., Johnson, B. N., Klein, D. N., Gelenberg, A. J., Rothbaum, B. O., Thase, M. E., & Kocsis, J. H. (2015). Mediators of sexual functioning and marital quality in chronically depressed adults with and without a history of childhood sexual abuse. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(3), 813–823. <https://doi.org/10.1111/jsm.12727>

Easton, S. D., Coohey, C., O'leary, P., Zhang, Y., & Hua, L. (2011). The effect of childhood sexual abuse on psychosexual functioning during adulthood. *Journal of Family Violence*, 26(1), 41–50. <https://doi.org/10.1007/s10896-010-9340-6>.

Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C. (2006). Abuso sexual de menores. En E. Baca, Manual de victimología (págs. 129-148). Valencia: Tamarit.

Ferragut, M., Ortiz-Tallo, M. y Blanca, M. J. (2021). Prevalence of Child Sexual Abuse in Spain: A representative Sample Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 088626052110428. <https://doi.org/10.1177/08862605211042804>

Fung Fallas, M. P., Medina Correas, N. V. y Quesada Musa, C. (2020). Abordaje del abuso sexual infantil. *Revista Medica Sinergia*, 5(4), Artículo e368. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i4.368>

Giraldo-Rodríguez, L., Mino-León, D., Aragón-Grijalva, S. O., & Agudelo-Botero, M. (2022). The revictimization of older Mexican women: understanding the accumulation of multiple victimizations throughout a lifetime. *BMC Geriatrics*, 22(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02734-5>

Hansen, N. B., Brown, L. J., Tsatkin, E., Zelgowski, B., & Nightingale, V. (2012). Dissociative experiences during sexual behavior among a sample of adults living with HIV infection and a history of childhood sexual abuse. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 13(3), 345–360. <https://doi.org/10.1080/15299732.2011.641710>

Intebi, I. V. (2011). *Proteger, reparar, penalizar: evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil*. Granica.

Kilimnik, C. D., & Meston, C. M. (2016). Role of body esteem in the Sexual Excitation and inhibition responses of women with and without a history of childhood sexual abuse. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(11), 1718–1728. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.09.004>

Kolektiboa, E. (2016). Abuso Sexual en la Infancia. Visibilizando violencias. Bilbao.

Lamoureux, B. E., Palmieri, P. A., Jackson, A. P., & Hobfoll, S. E. (2012). Child sexual abuse and adulthood-interpersonal outcomes: Examining pathways for intervention. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 4(6), 605–613. <https://doi.org/10.1037/a0026079>

López, F., Carpintero, E., Hernández, A., Martín, M. J., & Fuertes, A. (1995). Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España. *Child abuse & neglect*, 19(9), 1039–1050. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00066-h](https://doi.org/10.1016/0145-2134(95)00066-h)

López, S., Faro, C., Lopetegui, L., Pujol-Ribera, E., Monteagudo, M., Cobo, J., & Fernández, M. I. (2017). Impacto del abuso sexual durante la infancia-adolescencia en las relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas. *Gaceta sanitaria*, 31(3), 210–219. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.010>

Lorenz, T. A., & Meston, C. M. (2012). Associations among childhood sexual abuse, language use, and adult sexual functioning and satisfaction. *Child Abuse & Neglect*, 36(2), 190–199. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.09.014>

Losada, A. V. (2012). Epidemiología del abuso sexual infantil. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 201-229. .

Made, A. (2001) Prevalencia y los patrones de abuso sexual infantil y la relación víctima-agresor dentro de una muestra de estudiantes universitarios. Manuscrito no publicado, cedido por el autor.

Martínez García, C. (2019). Barnahus: bajo el mismo techo. Un recurso para proteger a niños y niñas víctimas de violencia en la Comunidad de Madrid. España: Save the Children.

Murillo, J. A. (2020). Abuso sexual, de conciencia y de poder: hacia una nueva definición. *Estudios eclesiásticos*, 95(373), 415–440. <https://doi.org/10.14422/ee.v95.i373.y2020.005>

Oms, G. (1999). Informe de la Reunión Consultiva sobre el Maltrato de Menores, 29-31 de marzo de 1999. OMS.

Organización Mundial de la Salud. OMS (2016): Informe de septiembre de 2016. Documento disponible en línea: [who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/](http://who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/).

Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30, 135–144.

Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31, 191–201.

Pereda, N., & Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child abuse & neglect*, 31(4), 417–426. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.08.010>

Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect*, 33(6), 331–342. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.07.007>

Peterson, Z. D., Janssen, E., Goodrich, D., Fortenberry, J. D., Hensel, D. J., & Heiman, J. R. (2018). Child sexual abuse and negative affect as shared risk factors for sexual aggression and sexual HIV risk behavior in heterosexual men. *Archives of Sexual Behavior*, 47(2), 465–480. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1079-1>

Pulverman, C. S., & Meston, C. M. (2020). Sexual dysfunction in women with a history of childhood sexual abuse: The role of sexual shame. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 12(3), 291–299. <https://doi.org/10.1037/tra0000506>

Rellini, A. H., & Meston, C. M. (2011). Sexual self-schemas, sexual dysfunction, and the sexual responses of women with a history of childhood sexual abuse. *Archives of Sexual Behavior*, 40(2), 351–362. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9694-0>

Rellini, A. H., Elinson, S., Janssen, E., & Meston, C. M. (2012). The effect of pre-existing affect on the sexual responses of women with and without a history of childhood sexual abuse. *Archives of Sexual Behavior*, 41(2), 329–339. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9772-y>

Rellini, A. H., Ing, A. D., & Meston, C. M. (2011). Implicit and explicit cognitive sexual processes in survivors of childhood sexual abuse. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(11), 3098–3107. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02356.x>

Rivera, N. (2012). *Los Abusos Sexuales en los menores. (Trabajo Final de Grado)*.

Sánchez, L. (2014). Los abusos sexuales a menores y otras formas de maltrato sexual. *Síntesis*.

Save the children. (2001). Abuso Sexual Infantil. Manual de formación para profesionales. *Save the children*

Staples, J., Rellini, A. H., & Roberts, S. P. (2012). Avoiding experiences: sexual dysfunction in women with a history of sexual abuse in childhood and adolescence. *Archives of Sexual Behavior*, 41(2), 341–350. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9773-x>

Stephenson, K. R., Hughan, C. P., & Meston, C. M. (2012). Childhood sexual abuse moderates the association between sexual functioning and sexual distress in women. *Child Abuse & Neglect*, 36(2), 180–189. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.09.015>

Stephenson, K. R., Pulverman, C. S., & Meston, C. M. (2014). Assessing the association between childhood sexual abuse and adult sexual experiences in women with sexual difficulties: Assessing impact of CSA. *Journal of Traumatic Stress*, 27(3), 274–282. <https://doi.org/10.1002/jts.21923>

Stoltenborgh, M., Van Ljzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79–101. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>

Vicente, M. (2017). Detectando el abuso sexual infantil. *Pediatría atención primaria*, 19, 39–47.

Yepes-Nuñez, J. J., Urrútia, G., Romero-García, M., & Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790–799.

Yüce, M., Karabekiroğlu, K., Yildirim, Z., Şahin, S., Sapmaz, D., Babadaği, Z., Turla, A., & Aydin, B. (2015). The psychiatric consequences of child and adolescent sexual abuse. *Noro Psikiyatri Arsivi*, 52(4), 393–399. <https://doi.org/10.5152/npa.2015.7472>

Zollman, G., Rellini, A., & Desrocher, D. (2013). The mediating effect of daily stress on the sexual arousal function of women with a history of childhood sexual abuse. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39(2), 176–192. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.691950>