





M. Real-López ^{1,2} * 
M. Peraire ² 
C. Ramos-Vidal ^{1,2} 
G. Llorca ^{1,2}
M. Julián ¹
N. Pereda ³ 

1 Grupo de investigación sobre la salud mental de la infancia y la adolescencia (INTEGRA). Universitat Jaume I. Castellón. España.
2 Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. España.
3 Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent (GREVIA). Institut de Neurociències (UBNeuro). Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Matías Real-López
Correo: mreal@uji.es

*Abuso sexual infantil y consecuencias
psicopatológicas en la vida adulta*

*Child sexual abuse and psychopathological
consequences in adult life*

RESUMEN

Introducción: El abuso sexual infantil (ASI) es una forma de maltrato universal e infraestimado que constituye un problema de salud pública. Afecta a la adaptación psicológica y mental de las víctimas, a corto y largo plazo, generando problemas físicos, emocionales, sociales y conductuales. Se pretende estudiar el impacto del ASI en cuanto a psicopatología del adulto, detallando aquellas características que determinan la tipología y gravedad de la sintomatología. **Metodología:** Se lleva a cabo una revisión a través de bases de datos y revistas especializadas, en un intervalo temporal que abarca de enero de 2010 a septiembre de 2021, utilizando las palabras clave: 'child sexual abuse', 'child sex abuse', 'psychopathology', 'psychopathological consequences'. Se preseleccionan 114 artículos, que se filtran según muestra analizada y calidad metodológica, escogiendo 21 para revisar. **Resultados:** Se evidencia que el ASI se asocia de forma determinante con clínica de inicio en la etapa adulta que incluye ansiedad, trastornos del estado de ánimo, quejas somáticas, abuso de sustancias e ideación suicida. La psicopatología es más grave en contexto intrafamiliar, dado que la ruptura de confianza y apego resulta traumática. Aun así, no existe una psicopatología unívoca que pueda constituir un 'síndrome post-abuso'. **Conclusiones:** El abuso sexual infantil es una experiencia

ABSTRACT

Introduction: Child sexual abuse (CSA) is a traumatic, universal, and underestimated type of abuse that constitutes a public health problem. It affects the psychological and mental adaptation of the victims, in the short and long term, generating physical, emotional, social, and behavioral problems. The aim is to study the impact of CSA in terms of adult psychopathology, detailing those characteristics that determine the typology and severity of the symptoms. **Methodology:** A review is carried out through databases and specialized magazines, in a time interval that covers from January 2010 to September 2021, using the keywords: 'child sexual abuse', 'child sex abuse', 'psychopathology', 'psychopathological consequences'. 114 articles are preselected, which are filtered according to sample analyzed and methodological quality, choosing 21 to review. **Results:** It is evidenced that CSA is associated in a decisive way with clinical onset in the adult stage that includes anxiety, mood disorders, somatic complaints, substance abuse and suicidal ideation. Psychopathology is more serious in a family context because the breakdown of trust and attachment is traumatic. Even so, there is no univocal psychopathology that could constitute a

14 vital compleja que se asocia a consecuencias severas. Sería recomendable elaborar programas de prevención y detección precoz, aumentando las campañas de sensibilización y replicando ensayos longitudinales y prospectivos que contribuyan a ampliar el conocimiento sobre sus consecuencias.

Palabras clave: Abuso sexual, infancia, psicopatología, secuelas, adultos.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el maltrato infantil como el abuso o desatención hacia menores de 18 años, incluyendo cualquier conducta que pueda ocasionar un perjuicio a la salud, crecimiento o dignidad del niño, o poner en riesgo su supervivencia, en el marco de una relación de responsabilidad, confianza o poder (1). No existe un consenso en relación con los tipos de maltrato infantil, aunque el Sistema de Clasificación Jerárquico Extendido (SCJE) (2) es uno de los métodos que más apoyo tiene. Esta clasificación categoriza el fenómeno en cuatro tipos diferentes: maltrato físico, maltrato emocional, negligencia y abuso sexual.

El abuso sexual infantil (ASI) implica actividad sexual de diferente tipología (exposición visual, tocamientos, sexo oral, insinuaciones...) por parte de un adulto hacia un menor de 18 años. Este tipo de actividad siempre incluye la excitación o complacencia de la figura adulta, que actúa como un símbolo de autoridad ante el menor (3).

El ASI es un problema de salud pública que genera una interferencia significativa en el desarrollo del niño que lo sufre, repercutiendo de forma negativa en su estado físico y psicológico. Se trata de un fenómeno que no entiende de sociedades o estratos sociales, constituyendo un problema de carácter universal (4).

Aunque no existe una conceptualización universal del ASI, una de las definiciones más importantes es la propuesta por el *National Center on Child Abuse and Neglect* (1978), que considera que el ASI es un fenómeno que incluye tratos e interacciones entre un menor y un adulto, utilizando este último al niño

"post-abuse syndrome". **Conclusions:** Child sexual abuse is a complex vital experience associated to severe consequences. It would be advisable to develop prevention and early detection programs, increase awareness campaigns and replicate longitudinal and prospective tests that contribute to broadening knowledge about its consequences.

Keywords: Sexual abuse, childhood, psychopathology, aftermath, adults.

para la estimulación sexual propia o de terceros (5). El acto abusivo puede perpetrarse también por parte de menores, siempre y cuando el agresor sea significativamente mayor que la víctima (cinco años o más) o a través de la coacción. En este último caso, el agresor usa el contexto de autoridad (fortaleza física, intimidación, presión, autoridad, embuste) para relacionarse con el menor sexualmente, mientras que la desemejanza entre los implicados hace que la víctima no tenga libertad de determinación (6).

Existe un espectro del ASI que permite diferenciar la tipología en función de diferentes parámetros (6,7) que, a su vez, influyen en el desarrollo de problemas psicológicos (8). En ese sentido, hay que considerar (a) la existencia de contacto físico (caricias, masturbación, penetración), o ausencia de éste (proposición verbal explícita, exhibición de órganos sexuales para satisfacción sexual, coito intencionado ante la presencia física del menor). El ASI con contacto físico se asocia a mayor riesgo de desarrollo de psicopatología posterior, especialmente en los casos que se produce penetración (9), incluyendo conductas sexualizadas o comportamientos erotizados; (b) abuso agudo (si ocurre una sola vez), o abuso crónico (si se produce repetidamente); y (c) en contexto intrafamiliar, o en ámbito extrafamiliar, por personas externas.

Se considera incesto al vínculo carnal entre familiares dentro de los grados en los que el matrimonio está impedido (10), incluyendo el contacto sexual entre dos personas vinculadas que puede desarrollarse durante un extenso periodo de tiempo. El ASI intrafamiliar hace alusión a cualquier tipo de conducta sexual con un menor con relación familiar con el objetivo de alcanzar satisfacción sexual

en el agresor (progenitor, cuidador u otro encargado del menor) (11).

Resulta difícil conocer con exactitud la prevalencia del abuso sexual infantil y las cifras que muestran los diferentes estudios de revisión son sólo una aproximación a su verdadera magnitud (12). Además, la concepción de que el contexto familiar proporciona seguridad y protección al niño favorece la infraestimación del fenómeno en dicho ámbito. El número de notificaciones oficiales de menores victimizados sexualmente ha aumentado entre 2012 y 2017 en España (13), posiblemente por una mayor concienciación que ha permitido incrementar las denuncias. Además, concretando aún más en el contexto actual, la crisis sociosanitaria producida por el SARS-CoV-2 ha aumentado el riesgo de exposición a todo tipo de violencias en el ámbito familiar. El aislamiento social, el impacto laboral, la inestabilidad económica y los altos niveles de tensión pueden incrementar el nivel de estrés familiar y, por tanto, el riesgo de victimización (14).

El ASI es más frecuente en mujeres (58,9%) que en hombres (40,1%), siendo la franja de edad más prevalente la de los 6-12 años (15). El ASI intrafamiliar es también más frecuente en niñas, y la edad de inicio se fija en los 7-8 años. El ASI extrafamiliar, por el contrario, es más prevalente en niños, y empieza a una edad más tardía, a los 11-12 años (16). Se considera que el 65-85% de los ASI son de tipo intrafamiliar, y suelen llevarse a cabo por parte de padres, hermanos mayores o tíos (16). El ASI intrafamiliar más usual es el incesto entre hermanos, seguido del de padre-hija. Este último resulta más traumático para familia y víctima, por el vínculo familiar estrecho (17). Con menor frecuencia aparecen los ASI que involucran a tíos, hermanastros, abuelos y el de madre-hijo, que es inusual y se asocia a casos en los que la madre ha padecido ASI o consume tóxicos (18).

Respecto al abuso extrafamiliar, el ASI intrafamiliar se manifiesta repetido en el tiempo y presenta una mayor latencia en la revelación (media de 3 años) (19). Asocia mayor porcentaje de familias reconstituidas, con más antecedentes judiciales e historias anteriores de violencia doméstica (20).

El ASI es una experiencia traumática que puede marcar un punto de inflexión vital en el desarrollo emocional de la víctima. Por ello, hay que considerar

aquellos indicadores que hagan sospechar la existencia de un abuso, para valorarlos y poder notificar dicha situación. En ese sentido, destacan (a) señales físicas: enrojecimiento genital, inflamaciones regionales, heridas y equimosis, prurito, sangrado, enfermedades de transmisión sexual o embarazo; (b) señales funcionales: enuresis, encopresis, palpitaciones, cefaleas, convulsiones, pérdida de conciencia, náuseas o vómitos; y (c) señales conductuales: tristeza, miedo, vergüenza, introversión, apatía, baja autoestima, sentimiento de culpa, trastornos del sueño o conducta antisocial, regresiva o autolítica (20).

Las consecuencias producidas por el fenómeno pueden ser múltiples, afectando a varias áreas personales de la víctima. Aun así, y dado que no existe un patrón único de sintomatología, es difícil hablar de un síndrome derivado del abuso sexual (4,20-22). La clínica acostumbra a ser inespecífica, sin ser exclusiva del acto abusivo (16), desarrollándose a partir de la experiencia subjetiva del maltrato infantil (23). Puede iniciarse a corto plazo (dentro de los dos años posteriores al ASI) o a largo plazo (a partir de los dos años siguientes), y hasta varias décadas más tarde.

Es, por tanto, muy frecuente que los síntomas no se desarrollen en la etapa infantil, saliendo a la luz durante la adultez (21) como un fenómeno de 'sleeper effects' o efectos latentes (24). En cualquier caso, las consecuencias a corto y largo plazo pueden llegar a ser graves, ocasionando interferencias en la vida de la víctima. Así, el ASI conlleva un impacto significativo en el bienestar subjetivo de los adultos víctimas (25). En concreto, se postula que ocasiona cuatro efectos en el individuo, que incluyen sexualidad traumática, sentimiento de traición, impotencia y estigmatización (26). Sin embargo, hay investigaciones que concluyen que tanto los abusos intrafamiliares como extrafamiliares son igualmente dañinos, con consecuencias psicológicas persistentes (20).

No hay una vinculación causal entre ASI y psicopatología, ya que hay un número elevado de variables mediadoras, tanto relativas al individuo como relacionadas con el tipo de abuso, que dificultan que se establezca un patrón único y estable de sintomatología (síndrome post-abuso). Aun así, es evidente que el acto abusivo actúa como un agente de riesgo determinante para el surgimiento de sintomatología. En concreto, destacan reacciones

16

de tipo internalizante como ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático o ideación suicida. La depresión es uno de los trastornos con mayor prevalencia en población adulta, seguido del trastorno por estrés postraumático (24). También destaca la presencia de cuadros de estrés agudo, de ansiedad y de conversión (27).

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de las investigaciones nacionales e internacionales que estudian el impacto del ASI en cuanto a psicopatología de inicio en el adulto. Las consecuencias a largo plazo son las que más frecuentemente se detectan en la práctica clínica, dado que la mayoría de las víctimas informan cuando son mayores (28). Dado que la última revisión en lengua española de este tema fue publicada en 2010, se pretende actualizar el conocimiento profesional acerca de esta problemática y facilitar la elaboración de estrategias para su prevención y detección temprana.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de diferentes bases de datos (PubMed, Dialnet, ProQuest, PsycInfo, IBECs, Biblioteca Cochrane, Scielo, Google Académico) y revistas específicas (Revista de Informació Psicològica, Revista de Psicología Conductual, *Child Abuse & Neglect*, *Journal of Child Sexual Abuse*).

Las palabras clave empleadas fueron “*child sex abuse*” OR “*child sexual abuse*” AND “*psychopathology*” OR “*psychopathological consequences*”, con un intervalo temporal que abarca entre el 1 de enero de 2010 y el 30 de septiembre de 2021. Únicamente se consideran aquellos trabajos que estudian un acto abusivo de carácter sexual ocurrido en la etapa infantil, y con consecuencias psicopatológicas presentes en la edad adulta. Dado que la mayoría de los abusos ocurren en el ámbito intrafamiliar, se descarta incluir ese factor como criterio de selección. Aunque se pretende estudiar la psicopatología en la adultez, se decide incluir todos aquellos trabajos que analicen la clínica a partir de los 16 años para ampliar la muestra de trabajos recogidos y considerar la psicopatología en el adulto joven. En cuanto al diseño o metodología: se incluyen revisiones y metaanálisis (incluyendo 1 revisión paraguas) y estudios

empíricos observacionales en los que los participantes informan retrospectivamente haber sufrido abusos, ya que ofrecen información valiosa sobre la prevalencia del ASI en diferentes poblaciones.

En cuanto a los criterios de selección empleados, los de inclusión fueron: (1) Estudios comprendidos entre el 1 de enero de 2010 y el 30 de septiembre de 2021; (2) el acto abusivo debe haber sucedido en la infancia; (3) presencia de psicopatología a partir de los 16 años; (4) estudios de tipo empírico, revisiones o metaanálisis. Los criterios de exclusión fueron: (1) estudios publicados en otras fechas; (2) que el abuso no se hubiera producido en la infancia; (3) aparición de psicopatología previa a los 16 años; (4) estudios de caso único.

El proceso de identificación, exclusión y selección de artículos se refleja en la [Figura 1](#).

RESULTADOS

Características de los artículos incluidos

La descripción metodológica de los estudios analizados se incluye en la [Tabla 1](#).

En la revisión se incluyen 21 trabajos: 2 nacionales y 19 internacionales. La procedencia geográfica de los autores es muy variada, incluyendo Estados Unidos, Israel, Noruega, Islandia, Nueva Zelanda o Etiopía. Hay 1 metaanálisis, 3 revisiones y 17 investigaciones empíricas. La mayoría de estas últimas son evaluaciones transversales sobre muestras procedentes de entornos universitarios, de servicios ambulatorios de salud mental o de asociaciones de supervivientes. Uno de los trabajos incluye seguimiento longitudinal durante varios años (38). El tamaño muestral de los estudios primarios es muy variable y fluctúa entre 23 y 34.653 participantes, aunque la mayoría investigan sobre muestras que giran en torno a los 200-400 participantes. Aquellos trabajos que extraen datos relacionados con el ASI y la salud física y psíquica a partir de encuestas de salud y cohortes poblacionales obtienen mayor volumen muestral, de varios miles. La revisión paraguas analiza un compendio de metaanálisis y sobrepasa los 4 millones de participantes.

Tabla 1. Características metodológicas de los estudios analizados.

Estudio	País	Diseño	Participantes	Tamaño muestral	Edad media [rango]	Sexo	Instrumentos de evaluación
Almendro et al. (2013) (22)	España	Observacional transversal	Pacientes de servicios ambulatorios de salud mental de la Comunidad de Madrid	23	37,96 [18-59]	95,7% ♀ 4,3% ♂	Recogida de información sociodemográfica y relacionada con la experiencia de abuso sexual. Diagnóstico según criterios CIE-9 e Inventario Clínico Multiaxial de Millon
Bak-Klimek et al. (2014) (29)	Reino Unido	Observacional transversal	Pacientes incluidos en un programa de psicoterapia en Escocia, entre 2006 y 2009	149	[16-55]	77,9% ♀ 22,1% ♂	<i>Symptom Checklist-90</i>
Steine et al. (2017) (30)	Noruega	Observacional transversal	Usuarios de un centro de apoyo para supervivientes de abuso sexual	138	42,9 [19-71]	96,4% ♀ 3,6% ♂	<i>Childhood Trauma Questionnaire</i> y <i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i>
McElroy et al. (2016) (31)	Dinamarca	Observacional transversal	Pacientes de un centro de terapia psicológica	434	36,62	85,5% ♀ 14,5% ♂	Inventario Clínico Multiaxial de Millon y un cuestionario de variables sociodemográficas y de problemas sexuales
Adams et al. (2018) (32)	Reino Unido	Observacional transversal	Jóvenes adultos (mayores de 16 años) procedentes de entornos educativos	1268	19,68 [16-24]	51% ♀ 49% ♂	Cuestionario que define inicio y duración del abuso, <i>Childhood Trauma Questionnaire</i> , <i>Diagnostic Interview Schedule for Children Predictive Scales</i> , <i>Revised Children's Manifest Anxiety Scale</i> , y <i>Child PTSD Symptom Scale</i>
Lestrade et al. (2013) (33)	Estados Unidos	Observacional transversal	Mujeres afroamericanas mayores de 18 años	60	35,2	100% ♀	Entrevista clínica estructurada según criterios DSM-IV, autoinforme con ítems de la Escala de Síntomas Traumáticos y la Escala de Conflictos Tácticos, cuestionario sobre enfermedades de transmisión sexual y abuso sexual infantil.
Gal et al. (2011) (34)	Israel	Observacional transversal	Participantes en la Israel National Health Survey mayores de 21 años	4859	47	50,8% ♀ 49,2% ♂	Preguntas elaboradas ad hoc relacionadas con el abuso, 12-item <i>General Health Questionnaire</i> , <i>Composite International Diagnostic Interview</i> y <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV</i>
Steine et al. (2019) (35)	Noruega	Observacional longitudinal con seguimiento de 2-4 años	Miembros de una organización de supervivientes de abuso	533	39,2 [12-73]	94,9% ♀ 5,1% ♂	Cuestionarios ad hoc, <i>Bergen Insomnia Scale</i> , <i>Impact of Event Scale-Revised</i> y <i>Nightmare Distress Questionnaire</i>

Tabla 1. Características metodológicas de los estudios analizados (Continuación).

O'Keefe et al. (2014) (36)	Estados Unidos	Observacional transversal	Estudiantes universitarios	1178	21 [18-86]	100% ♂	Entrevista personal, Escala de Depresión del centro de estudios epidemiológicos, Escala de Intimidad, Escala de satisfacción sexual, Escala de conflictos (hiperseualidad, comportamientos sexuales de riesgo) y Escala de orientación sexual
Pérez-Fuentes et al. (2013) (37)	Estados Unidos	Observacional transversal	Participantes en el <i>National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (I-II)</i> mayores de 18 años	34653	[18-24]	75,2% ♀ 24,8% ♂	Entrevista semiestructurada con preguntas relacionadas con variables sociodemográficas, diagnósticas y relacionadas con el abuso
Sciolla et al. (2011) (38)	Estados Unidos	Observacional transversal	Usuarias afroamericanas y latinas de la red de atención comunitaria y hospitalaria	94	35,1 [18-50]	100% ♀	<i>Wyatt Sexual Health Questionnaire, 16-item questionnaire of childhood adversities, la Chronic Burden Scale, Checklist of Sexual Abuse and Related Stressors y Center for Epidemiological Studies-Depression Scale</i>
Cortés et al. (2011) (39)	España	Observacional transversal	Estudiantes universitarios	2159	20,38 [18-50]	84,1% ♀ 15,9% ♂	Cuestionario anónimo sobre abuso sexual a menores diseñado ad hoc, Escala de Autoestima de Rosenberg, Inventario de Asertividad, Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo y Escala de pensamientos suicidas
Jonas et al. (2011) (40)	Reino Unido	Observacional transversal	Participantes mayores de 16 años reclutados por el <i>National Centre for Social Research</i>	7403			Autoinformes creados ad hoc para explorar el abuso. <i>Clinical Interview Schedule – Revised, AUDIT, Severity of Alcohol Dependence Questionnaire, Diagnostic Interview Schedule, Trauma Screening Questionnaire y SCOFF questionnaire</i>
Bebbington et al. (2011) (41)	Reino Unido	Observacional transversal	Participantes mayores de 16 años reclutados por el <i>National Centre for Social Research</i>	7403			Autoinformes creados ad hoc para explorar abuso, consumo de cannabis y sintomatología psicótica (según criterios CIE-10)
O'Brien et al. (2013) (42)		Revisión					Búsqueda electrónica en bases de datos (PubMed, PsycINFO, MedLine) de artículos publicados entre 1990 y 2012 relacionados con el trauma sexual infantil y su relación con la conducta suicida
Fergusson et al. (2013) (43)	Nueva Zelanda	Observacional transversal	Cohorte incluida en la <i>Health and Development Study</i> .	987	[16-30]	80% ♀ 20% ♂	Entrevistas semiestructuradas realizadas a los 16, 18, 21, 25 y 30 años, con preguntas sobre abuso sexual infantil, salud mental, situación socioeconómica, salud física, conductas sexuales y bienestar psicológico

Tabla 1. Características metodológicas de los estudios analizados (Continuación).

Fergusson et al. (2013) (43)	Nueva Zelanda	Observacional transversal	Cohorte incluida en la Health and Development Study.	987	[16-30]	80% ♀ 20% ♂	Entrevistas semiestructuradas realizadas a los 16, 18, 21, 25 y 30 años, con preguntas sobre abuso sexual infantil, salud mental, situación socioeconómica, salud física, conductas sexuales y bienestar psicológico
Morrill (2014) (44)	Estados Unidos	Observacional transversal	Estudiantes universitarios	87	23 [15-59]	67,1% ♀ 32,9% ♂	Entrevista exploratoria para el abuso sexual entre hermanos, Escala de conflictos tácticos y Escala de Autoestima de Rosenberg
Beard et al. (2017) (45)	Estados Unidos	Observacional transversal	Mujeres víctimas de abuso sexual intra y extrafamiliar	429	25,4	100% ♀	Entrevista asistida por ordenador, <i>Center of Epidemiologic Studies Depression Scale</i> y <i>Escala de Satisfacción Sexual</i>
Vonderlin et al. (2018) (46)		Metaanálisis	65 revisiones	7352	35,9 [20,4-46,6]	74% ♀ 26% ♂	Se tienen en consideración las variables sociodemográficas (edad, género, inicio del abuso, duración de este, relación con el abusador) y la Escala de Experiencia Disociativa
Hailles et al. (2019) (47)		Revisión paraguas	19 metaanálisis de 559 estudios primarios	4089547			Compran odds ratios (OR) para diferentes trastornos mentales, examinan la heterogeneidad entre estudios y el sesgo de publicación
Noll (2021) (48)		Revisión					Se incluyen metaanálisis, estudios longitudinales y análisis retrospectivos que estudian la vinculación entre abuso sexual y trastornos mentales, hipotetizando mecanismos causales. Se controlan siempre que sea posible, los factores de confusión.

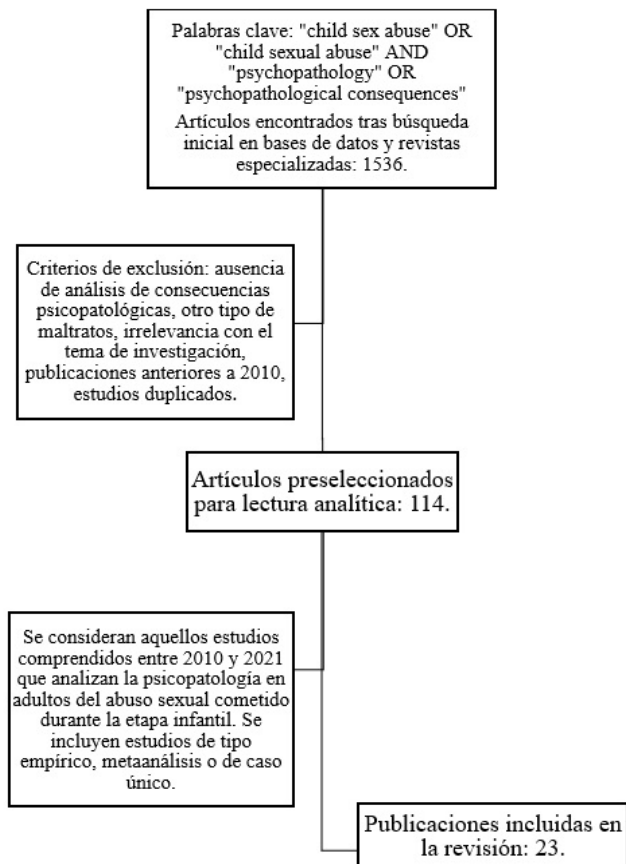


Figura 1. Proceso de identificación, exclusión y selección de artículos.

Los trabajos se realizan de forma exclusiva en población femenina o abarcan muestras compuestas mayoritariamente por mujeres, con porcentajes que varían entre el 67,1 y 96,4%. Un único estudio está enfocado en el análisis de varones victimizados. La edad media de la mayoría de los trabajos se fija en la tercera década (35-37 años), aunque hay tres con medias menores (finales de la primera década y mediados de la segunda) y dos con mayores (cuarta década).

Análisis de los artículos revisados

Los trabajos investigan las consecuencias de múltiples tipologías abusivas. Aquellos diseñados específicamente para el estudio de los ASI recogen una descripción precisa y completa del maltrato. En cambio, los que analizan datos incluidos en macroencuestas son menos concretos a la hora de precisar las características

de los abusos. Las características de la experiencia abusiva se recogen en la [Tabla 2](#).

Se extraen conclusiones comunes en cuanto a la edad de inicio de los ASI, siendo el más frecuente el intervalo comprendido entre los 5 y los 10 años (22,29-35,38,39,46). Los ASI suelen tener un único victimario y en los de tipo intrafamiliar es más común que se trate de un familiar de primer grado, destacando la figura paterna en varios de los estudios analizados (22,29,30). También se señala la tendencia a la repetición (29) y que la duración de los abusos se prolonga a lo largo de varios años (31).

La experiencia vital de abuso sexual afecta de forma significativa a la salud de las víctimas, comportando una variedad de problemas a largo plazo. Se confirma en rigurosos estudios de revisión que, sin existir una relación causal entre la experiencia de ASI y el desarrollo de psicopatología, el ASI supone un factor de riesgo importante en el desarrollo de una multitud de diagnósticos psiquiátricos, psicológicos y psicosociales (48,65) ([Tabla 3](#)).

Los cuadros depresivos son una de las consecuencias más frecuentes, detectándose en gran parte de las investigaciones revisadas tanto en poblaciones clínicas como generales. Los síntomas afectivos tienen repercusiones relacionales y emocionales graves (22,31,33). El abuso sexual favorece el desarrollo de trastornos del ánimo, con mayor prevalencia, precocidad e intensidad si ocurre en etapa infantil (34). Es relevante mencionar que los síntomas depresivos son más intensos en casos de incesto (46). En ese perfil de pacientes se advierte menor asertividad, con una disposición vital negativa (39). También asocian peor salud física, menor bienestar subjetivo (43) y trastornos del sueño (34). El insomnio intenso se relaciona con un ASI de inicio precoz (34), con penetración, amenazas y/o violencia física, y se acompaña de menor apoyo social percibido y dificultades relacionales (35).

La gravedad del ASI se asocia con sintomatología depresiva de forma independiente a otras variables sociodemográficas o familiares (43,48), aunque se ha descrito que la respuesta recibida ante la revelación y el sentimiento de autoculpa pueden agravar la clínica afectiva (38).

El trastorno de estrés postraumático es una de las consecuencias del ASI con mayor relevancia (30),

especialmente en situaciones de contacto sexual no consentido (40). Se ha detectado una prevalencia del 73,2% entre supervivientes de ASI (35). El momento de inicio de abuso y la duración de éste predicen la cantidad de sintomatología postraumática que presentan las víctimas, especialmente en el caso de las mujeres (32). Se vincula con baja autoestima y menor satisfacción con la vida, propiciando con mayor frecuencia la aparición de ideación suicida e intentos autolíticos (43).

Dentro de la 'esfera postraumática', se ha llegado a identificar dos trayectorias clínicas: una de curso subclínico y decreciente; y otra de mayor intensidad sintomatológica. La segunda es menos frecuente y se da en ASI concomitante con violencia física y que se acompaña de impotencia o miedo durante la agresión

Los mecanismos disociativos pueden aparecer en el contexto peri y postraumático, ya en la edad infantil, con fenómenos de amnesia, despersonalización y desrealización (52), como una estrategia de supervivencia frente al ASI (53).

La ansiedad también es muy prevalente, con cifras que alcanzan el 76,3% (31) en población clínica. Puede aparecer como estado y rasgo, siendo especialmente significativa en hombres de población general victimizados (39), y se correlaciona de forma significativa con síntomas depresivos y postraumáticos (32). Asimismo, se ha detectado la presencia de trastorno de pánico, ansiedad social y fobias específicas (37).

A nivel de trastornos de personalidad, el que mayor correlación presenta con el ASI es el subtipo límite (22,51). Otras investigaciones han relacionado la experiencia del abuso sexual con una mayor probabilidad de desarrollar un trastorno de personalidad antisocial, paranoide, histriónico, narcisista o dependiente (51), pero en los artículos estudiados no se encuentran resultados que apunten en esa dirección.

En poblaciones clínicas se describe una prevalencia significativa de cuadros psicóticos (37) que se cifra hasta en un 13% (22). En concreto, se ha descrito la presencia de ideación delirante y psicoticismo entre las supervivientes de ASI (29). El desarrollo de la psicosis viene mediado de forma parcial por los síntomas ansiosos y depresivos, pero no

por el consumo de cannabis o la revictimización en la edad adulta (41). En cuadros psicóticos, se ha descrito que el ASI temprano (antes de los 11 años) conlleva un peor rendimiento social y funcional, incluso antes del debut de la enfermedad (54). Asimismo, pueden desarrollarse trastornos de conducta alimentaria (40), especialmente bulimia nerviosa (44), y trastornos conversivos (30).

En hombres victimizados que acuden a terapia se detecta una presencia significativa de dependencia de alcohol (5,5%) y sustancias (4,1%) (31). En general, se considera que el ASI propicia la automedicación y el consumo de alcohol y otras drogas (43,44); por ello, las víctimas de ASI tienen un riesgo relativo significativamente elevado de presentar abuso de tóxicos (40).

El ASI provoca un funcionamiento sexual disfuncional que puede incluir tener sexo con desconocidos, intercambiar sexo por dinero o droga, o ser coaccionada emocionalmente para mantener relaciones sexuales (33). También favorece conductas de riesgo como promiscuidad, prematuridad sexual o sexo sin protección (44). En comparación con mujeres abusadas por un desconocido, las víctimas de incesto presentan primeras experiencias sexuales más tempranas, más parejas sexuales (43), peor satisfacción sexual y menor frecuencia en las relaciones sexuales en la adultez (45). Los hombres victimizados asocian mayor hipersexualidad con comportamientos sexuales tempranos y de riesgo, y problemas de adaptación en parejas adultas (infidelidades, elevado número de parejas sexuales, dificultades para la comunicación sexual) (36).

También se ha descrito el trastorno obsesivo-compulsivo como consecuencia psicopatológica del ASI (29). Destacan pensamientos relacionados con quitarse la ropa en público, observar partes íntimas de terceros y tener fantasías sexuales perturbadoras (33). Es relevante mencionar que un 11% de jóvenes victimizados sufren episodios de revictimización, con experiencias posteriores de violencia física y/o sexual cometida por abusadores diferentes al de la infancia (39). También puede darse la transmisión intergeneracional, reproduciendo la conducta de abuso de padres a hijos, situación que se da en el 20-30% de los casos (6).

Tabla 2. Características de los abusos.

22

Estudio	Características de la experiencia abusiva
Almendro et al. (2013) (22)	El abuso sexual es el motivo de consulta para el 39,1% de la muestra, y se mantiene en el tiempo en el 47,8% de los casos. En el 42,9% la relación con el abusador era de primer grado, en el 28,6% de segundo y en el 28,6% tienen relación de tercer grado. En el 65,2% de los casos, el abuso se inicia a los 5-10 años; el 47,8% sufre ASI repetido en el tiempo. Tipos de ASI: tocamientos (52,2%), penetración (26,1%) y felación (17,4%). El 70% de víctimas no informa del ASI, y sólo el 15% denuncia. El 71,4% no recibe protección legal o apoyo psicoterapéutico.
Bak-Klimek et al. (2014) (29)	La mayoría de los abusos se inician a los 5-10 años (32,3%), se componen de varios episodios (37,6%), tienen un único victimario (60,4%), que suele ser varón (75,8%) y del ámbito intrafamiliar (55%). Destaca la figura paterna (21,5%).
Steine et al. (2017) (30)	La edad media de inicio del ASI es 5.9 años. La mayoría (78,3%) refiere abuso con penetración. En el 6,5% de los casos se reportan daños físicos significativos. El perpetrador suele ser alguien con quien se confía (76,1%), destacando la presencia del padre biológico (38,4%).
McElroy et al. (2016) (31)	El acto abusivo se inicia, de media, a los 6,57 años, extendiéndose durante 6,88. El 83,3% de las víctimas describen una situación de incesto, mientras que el 24,9% afirma haber sido maltratada por más de un agresor.
Adams et al. (2018) (32)	Se detecta que los abusos ocurren con mayor frecuencia sobre mujeres (51,4%) e infantes pertenecientes a minorías raciales (64,7%).
Lestrade et al. (2013) (33)	La edad media cuando se inicia el abuso es de 8,1 años.
Gal et al. (2011) (34)	La primera exposición al ASI es más frecuente en la infancia (67%), y en mujeres. Únicamente el 8,1% de mujeres y el 2,4% de varones denuncian, antes de los 18 años, los abusos sexuales.
Steine et al. (2019) (35)	La edad media de inicio del ASI es 6,5 años. El 48,5% de los abusos se acompañan de violencia física, y el 37,8% son perpetrados por el padre biológico.
O'Keefe et al. (2014) (36)	Evalúa el impacto del incesto hermana-hermano como primera experiencia sexual de la víctima.
Pérez-Fuentes et al. (2013) (37)	La prevalencia de ASI en la muestra es de 10,14%, destacando en mujeres (75,2%). Se asocia con maltrato físico, negligencia infantil, padre con problema de abuso de sustancias, violencia doméstica y escaso apoyo familiar.
Sciolla et al. (2011) (38)	El 57% de las participantes describe que el abuso se prolonga durante años, siendo el perpetrador mayoritario un miembro de la familia. La edad media del primer incidente fue 9,58 años.
Cortés et al. (2011) (39)	Los abusos ocurren, de media, a los 8,87 años. Los perpetradores son generalmente hombres (95,5%), parientes de la víctima, y menores de edad. Actúan en la intimidad del hogar (de abusador o víctima), en un contexto de vinculación con el abusado (baño, acostarse a dormir, compartir dormitorio), o durante las visitas. El modus operandi es el engaño sin uso de violencia. Se usan sobornos, privilegios, juegos o seducción.
Jonas et al. (2011) (40)	Se incluyen diferentes tipologías de abuso que incluyen agresiones verbales y físicas, y relaciones sexuales no consentidas. No se realiza un análisis descriptivo de los abusos.
Bebbington et al. (2011) (41)	Se incluyen diferentes tipologías de abuso que incluyen agresiones verbales y físicas, y relaciones sexuales no consentidas. No se realiza un análisis descriptivo de los abusos.
O'Brien et al. (2013) (42)	No se realiza un análisis descriptivo de los actos abusivos.
Fergusson et al. (2013) (43)	El 14,1% del total de la muestra reconoce ASI, incluyendo de tipo verbal (2,7%), con ausencia de penetración (5,1%), o con penetración vaginal, oral y/o anal (6,3%).
Morrill (2014) (44)	Se estudia el incesto tipo hermano-hermano, que acostumbra a ser de baja representatividad y larga duración.
Beard et al. (2017) (45)	El perpetrador es el padre o quien ejerce la función paterna. El comportamiento sexual durante el abuso es variable, aunque la conducta más frecuente incluye tocamientos de vagina y penetración.
Vonderlin et al. (2018) (46)	La edad media de inicio del abuso son 7,6 años, y se prolonga durante 6,8 años. El 48% de los abusos son perpetrados por los padres, e incluyen penetración y contacto genital/oral.
Hailles et al. (2019) (47)	Revisan el abuso sexual antes de los 18 años y sus consecuencias a largo plazo (después de los 18 años).
Noll (2021) (48)	No se realiza un análisis descriptivo de los actos abusivos.

Tabla 3. Consecuencias psicopatológicas del abuso sexual infantil.

Estudio	Descripción psicopatológica
Almendro et al. (2013) (22)	Se detectan trastornos neuróticos (fobia, distimia) en el 39,1% de la muestra, trastornos de personalidad (límite) en el 26,1%, trastornos psicóticos en el 13%, trastornos adaptativos en el 13% y otra patología en un 8,7%.
Bak-Klimek et al. (2014) (29)	Encuentran un vínculo causal entre agresiones sexuales prematuras y psicopatología grave. Entre las víctimas destaca la presencia de somatización, trastorno obsesivo-compulsivo, depresión, ansiedad, psicoticismo y estrés postraumático.
Steine et al. (2017) (30)	Dentro del trastorno de estrés postraumático se identifican dos trayectorias clínicas: una caracterizada por una intensidad subclínica y decreciente (54,9%), y otra por un nivel sintomatológico alto (45,1%). La segunda trayectoria se asocia con niveles altos de exposición a ASI, mediado por violencia física o amenazas, asociando ansiedad intensa, impotencia o miedo durante el abuso. La segunda trayectoria se vincula con menos apoyo social percibido y más dificultades relacionales.
McElroy et al. (2016) (31)	Describen elevada prevalencia de trastornos de ansiedad (76,3%), distimia (39,9%), depresión mayor (37,1%), dependencia al alcohol (5,5%), y dependencia a sustancias (4,1%). En hombres es más frecuente la distimia y la dependencia a alcohol o sustancias. En mujeres destaca el trastorno somatomorfo y la depresión. No hay diferencias significativas por sexo en trastornos de ansiedad, trastorno bipolar o trastorno delirante.
Adams et al. (2018) (32)	El abuso sexual produce de forma significativa ansiedad, depresión y estrés postraumático. Dichas enfermedades se correlacionan con duración y gravedad del abuso, y se intercorrelacionan de forma moderada. El ASI tiene un impacto más perjudicial a partir de los 5 años, y predice más síntomas TEPT en mujeres que en hombres.
Lestrade et al. (2013) (33)	Entre las 60 mujeres, 49 fueron diagnosticadas de trastorno de estrés postraumático y 27 de depresión mayor sin características psicóticas. El ASI intrafamiliar se vincula con más conductas sexuales de riesgo (18,3% reconocen sexo con desconocidos, 25% intercambia sexo por dinero o drogas, 28,3% recibe coacción emocional para tener relaciones sexuales).
Gal et al. (2011) (34)	El abuso sexual favorece el desarrollo de trastornos del ánimo, con mayor prevalencia, precocidad e intensidad si ocurre en etapa infantil. También se asocia con ansiedad y distrés emocional, aunque la edad de inicio de abuso no influye en el debut de los trastornos. El ASI en la infancia también produce patologías relacionadas con el sueño.
Steine et al. (2019) (35)	El 73,2% cumple criterios de trastorno de estrés postraumático. Se identifican tres trayectorias distintas de insomnio: una de síntomas elevados que disminuyen de forma progresiva (30,6%); una de síntomas intermedios y estables (41,5%); y una con clínica menor y estable (27,9%). La primera trayectoria se asocia a inicio precoz, abuso con penetración, amenazas y/o violencia física y estrés postraumático. Ese perfil clínico se asocia con bajo nivel de apoyo social percibido y mayores dificultades relacionales.
O'Keefe et al. (2014) (36)	Las víctimas de incesto obtienen peor puntuación en la Escala de conflictos y la Escala de Satisfacción sexual. También tienen más conductas de riesgo y de forma temprana, con mayor probabilidad de desarrollar una adicción al sexo. Presentan problemas de adaptación sexual con parejas adultas (infidelidad, promiscuidad, problemas de comunicación).
Pérez-Fuentes et al. (2013) (37)	El ASI produce un riesgo relativo significativo de desarrollar depresión, trastorno bipolar, trastorno de pánico, TEPT, TDAH, trastorno de conducta e intentos de suicidio. En menor medida, abuso de sustancias, ansiedad social, fobias específicas y trastornos psicóticos. La gravedad del ASI se correlaciona significativamente con la psicopatología.
Sciolla et al. (2011) (38)	El 63,8% de las participantes cumple criterios de trastorno depresivo. Los síntomas se modulan según edad de inicio, edad de revelación, respuesta ante la revelación y sentimiento de autoculpa.
Cortés et al. (2011) (39)	Las mujeres que sufren abuso sexual presentan, respecto al grupo control, puntuaciones inferiores en autoestima y asertividad, y puntuación mayor en depresión, ansiedad estado y rasgo, y actitud vital negativa (menos deseos de vivir). Presentan mayor riesgo de revictimización, así como de perpetrar abusos sexuales a otros menores (transmisión intergeneracional).
Jonas et al. (2011) (40)	El abuso sexual conlleva un riesgo relativo significativamente elevado de padecer cualquier trastorno mental (5,85), abuso de sustancias (5,09) y alcohol (3,50), trastorno de estrés postraumático (6,57) y trastornos alimentarios (5,23). El incremento del riesgo es mayor en mujeres y tras relaciones sexuales no consentidas.
Bebbington et al. (2011) (41)	El ASI antes de los 16 años produce un riesgo relativo significativamente elevado de padecer cuadros psicóticos (10,14). Se detecta una mediación parcial con ansiedad y depresión, pero no con consumo de cannabis o revictimización en la etapa adulta.

Tabla 3. Consecuencias psicopatológicas del abuso sexual infantil (Continuación).

O'Brien et al. (2013) (42)	El ASI se relaciona con un aumento de depresión, trastorno de estrés postraumático, trastornos de conducta, trastornos de alimentación, abuso de alcohol y drogas, trastorno de pánico y trastorno límite de la personalidad. Favorece impulsividad, conductas de riesgo y tendencias suicidas.
Fergusson et al. (2013) (43)	El ASI se asocia con mayores tasas de depresión, ansiedad, ideación suicida, intentos autolíticos, dependencia del alcohol y drogas ilícitas. También se vincula con estrés postraumático, menor autoestima y peor satisfacción con la vida, peor salud física, inicio de actividad sexual precoz y más parejas sexuales.
Morrill (2014) (44)	Ese tipo de incesto produce confusión en la identidad sexual, depresión, ansiedad, disociación, trastornos alimentarios (bulimia), autolesiones, quejas somáticas, trastorno de estrés postraumático, ideación suicida y comportamientos de riesgo (sexo sin protección, prematuridad sexual, promiscuidad, automedicación, uso de alcohol y drogas).
Beard et al. (2017) (45)	Las víctimas de ASI intrafamiliar obtienen puntuaciones más altas en depresión y en problemas de satisfacción sexual, y presentan una menor frecuencia de relaciones sexuales adultas.
Vonderlin et al. (2018) (46)	Una mayor disociación se asocia con edades más tempranas, mayor duración del abuso y ante la existencia de relación parental con el abusador. El abuso sexual implica más disociación que el físico y el emocional.
Hailes et al. (2019) (47)	El ASI se asocia a múltiples diagnósticos psiquiátricos, peor situación social y menor salud física. Las asociaciones más fuertes se detectan con trastorno de conversión, trastorno límite de personalidad, ansiedad, depresión, estrés postraumático, psicosis y abuso de sustancias. Hay una alta heterogeneidad entre estudios.
Noll (2021) (48)	El ASI se asocia con estrés postraumático, trastornos del estado de ánimo, ansiedad, abuso de sustancias y trastornos de personalidad. También se vincula con apego inseguro, desregulación emocional, evitación o estrés persistente. Debido a la sexualización traumática, favorece la disfunción sexual, la revictimización, las conductas sexuales de riesgo y los delitos de índole sexual.

En síntesis, los trabajos empíricos revisados corroboran que el abuso sexual infantil se asocia a una gran variedad de consecuencias psicopatológicas en la edad adulta, especialmente de tipo afectivo y ansioso. Los resultados de las revisiones analizadas son coincidentes con los estudios empíricos. En concreto, concluyen que los trastornos asociados al ASI con mayor frecuencia son TEPT, depresión, ansiedad, trastornos disociativos, trastornos alimentarios, autolesiones, quejas somáticas e ideación suicida (42,47). Las asociaciones más fuertes se detectan con trastornos de conversión, trastorno límite de personalidad, ansiedad y depresión, y estrés postraumático. También se identifica riesgo de desarrollar trastorno de déficit de atención e hiperactividad, ansiedad social y fobias específicas. Se evidencia que los síntomas disociativos son más intensos en abusos de inicio temprano, con duración prolongada, y perpetrados por los padres (46). El ASI también incrementa la impulsividad y las conductas de riesgo, favoreciendo los trastornos de conducta (42). Aun así, no se articulan entorno a un patrón de síntomas único dado que hay múltiples variables que modulan el desarrollo de síntomas.

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo de revisión ha sido analizar las consecuencias psicopatológicas en la edad adulta de haber sido víctima de ASI, para facilitar a los profesionales españoles un resumen de los principales trabajos publicados en el ámbito nacional e internacional desde el año 2010. Aunque no se han seleccionado únicamente aquellos referidos a abusos en ámbito intrafamiliar, la mayoría de los trabajos estudian víctimas procedentes de ese contexto concreto, dado que se trata de una de las variables que más influyen en el desarrollo de psicopatología (20).

En cuanto a las limitaciones de la revisión, hay que señalar que se incluye un número reducido de estudios, lo que dificulta la generalización de resultados, y que los trabajos presentan diversidad metodológica. Además, investigan sobre muestras reducidas y con heterogeneidad sociocultural (pacientes en seguimiento, población general, estudiantes universitarios, adolescentes...), con desproporción en la presencia de ambos sexos y sin grupos control. Se detecta gran diversidad en el uso de instrumentación

psicométrica, sin que exista un consenso en la evaluación del ASI. Generalmente, se realizan evaluaciones transversales, impidiendo explorar el curso de la sintomatología, pudiendo incluir falsos positivos y con el riesgo de ignorar la coexistencia de diferentes tipos de maltrato al mismo tiempo (polivictimización). El carácter retrospectivo de los estudios impide que se consideren otras experiencias adversas que, como variables moduladoras, puedan mediar en la psicopatología. Cabe añadir que la presente revisión se ha centrado en aquellos estudios que tratan la presencia de trastornos mentales en general en la víctima ya adulta, no aquellas centradas en algún diagnóstico concreto. Así, si se buscan problemas específicos como el abuso de sustancias, los trastornos de conducta, los intentos de suicidio o los trastornos de ansiedad, se encuentran revisiones con un mayor número de trabajos (61-63).

En general, los estudios son heterogéneos y escasos, hecho razonable dado que tratan un fenómeno con visibilidad reducida. Las niñas tienen más riesgo de ser víctimas a nivel intrafamiliar, y a una edad más temprana (15). Las prevalencias en estudios nacionales e internacionales suelen ser coincidentes (6,16,20). Sin embargo, las frecuencias varían en función del tipo de muestra, los instrumentos de evaluación, y la operativización de la definición del concepto situándose, generalmente, entre un 10 y un 20% de la población general (64). Se considera que la problemática puede estar subestimada dado que en las estadísticas oficiales sólo se reflejan aquellos casos notificados, existiendo una cantidad significativa de abusos que no se denuncian. El hecho de que se detecte la psicopatología en la edad adulta puede deberse, entre otras causas, a que únicamente una minoría revela el ASI antes de los 18 años (34).

Aunque hay diferentes variables mediadoras que evitan una relación causal directa (20,47,55,56), y no existe un patrón típico de sintomatología post-abuso, el ASI actúa como un factor de riesgo grave para el desarrollo de psicopatología en el adulto (24). Así, el impacto del abuso es mayor en aquellas víctimas que son agredidas por familiares o personas cercanas, vinculando la tipología del ASI con la gravedad de la psicopatología (37). El abuso propiciado por la figura paterna es más traumático que el efectuado por otros

familiares, implica un mayor sentimiento de traición y pérdida de confianza, junto con mayor conflictividad familiar y menor apoyo emocional. En ese sentido, se ha descrito que preservar la cercanía con figuras de apego en la edad adulta modula las consecuencias psicopatológicas del abuso (57). También sufren efectos más intensos y crónicos aquellos que sufren abuso en edades más tempranas y durante un tiempo más prolongado (39). Además, se ha descrito un elevado riesgo de revictimización durante la etapa adulta, independientemente de la psicopatología o el abuso de sustancias, especialmente en varones (58).

Se han detectado antecedentes de abuso sexual infantil en casi la mitad de una muestra de enfermos con trastorno mental grave. Los supervivientes presentan psicopatología más grave y peor funcionamiento, por lo que detectar el abuso es fundamental para elaborar un plan terapéutico exitoso (60). Por otro lado, se ha descrito que aquellas víctimas que se autodefinen como supervivientes de abuso, con percepciones de violencia concordantes con la experiencia real, tienen mayores niveles de psicopatología y conductas de riesgo. En cambio, aquellas víctimas con percepciones discordantes con los hechos asocian mayor déficit en su funcionalidad. Ello implica que es necesario aproximarse al significado que las víctimas atribuyen a su experiencia, para realizar intervenciones clínicas individualizadas (61).

La pandemia por SARS-CoV-2 ha producido dificultades ambientales y emocionales, empeorando la dinámica familiar y reduciendo las denuncias de abuso infantil (59). Por ello, es imprescindible que en el contexto actual se esté especialmente pendiente de cualquier indicador que haga sospechar la existencia de ASI intrafamiliar. La formación de los profesionales sanitarios que trabajan en recursos especializados mejora la eficacia de las intervenciones y la percepción de las víctimas (60).

CONCLUSIONES

Las secuelas de las víctimas de abuso sexual son significativas y perduran a lo largo del tiempo, llegando a afectar a la edad adulta. Sin embargo, la psicopatología se presenta de forma heterogénea y dispar, como producto de la individualidad concreta de

26

la víctima, dificultando la constitución de un 'síndrome post-abuso'. Por ello, es complejo elaborar protocolos de intervención que puedan generalizarse a la mayoría de las víctimas.

Los estudios analizados evidencian que las víctimas presentan trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastorno obsesivo-compulsivo, fobias y trastorno por estrés postraumático. También son prevalentes el abuso de sustancias, la ideación autolítica, las tentativas suicidas, los comportamientos sexuales de riesgo y la revictimización. En menor medida pueden aparecer trastornos psicóticos, de personalidad y disociativos. El ASI intrafamiliar es más traumático por la pérdida de confianza que supone, y por la alteración en el apego, aunque hay pocas investigaciones que trabajen con muestras absolutas de víctimas de incesto y que, además, sean representativas.

La variabilidad en los resultados se explica por la heterogeneidad en las muestras estudiadas y en el diseño de las investigaciones, y por la dificultad para trazar una relación directa entre ASI y psicopatología: existen múltiples factores mediadores o moduladores que pueden interferir en dicha relación, repercutiendo en las consecuencias clínicas de las víctimas.

Aunque en los últimos años se ha detectado un interés creciente en el tema, el fenómeno del ASI continúa siendo un reto en la actualidad. Resulta fundamental elaborar programas de prevención y detección precoz, y difundirlos entre los profesionales de la salud. Hay que aumentar las campañas de sensibilización para que el abuso deje de ser un tema tabú. Es necesario mejorar la formación de los trabajadores sanitarios para mejorar la atención integral hacia el menor victimizado. Finalmente, sería interesante resolver las dificultades metodológicas encontradas, mejorando los instrumentos de evaluación y los protocolos de actuación, y desarrollando estudios longitudinales y prospectivos que contribuyan a ampliar el conocimiento sobre las consecuencias del abuso sexual infantil.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores del trabajo declaran que no existen conflictos de intereses.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil [Internet]. 2020 [citado 27 septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
2. Lau AS, Leeb RT, English D, Graham JC, Briggs E.C., Brody K.E. et al. What's in a name? A comparison of methods for classifying predominant type of maltreatment. *Child Abuse Negl.* 2005;29(5): 533-51. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.05.005>
3. Pedreira Massa J, Martín Alvarez L. Maltrato en la infancia. *Paidopsiquiatría.* 2014;21: 25-9. <https://docplayer.es/12492978-Maltrato-en-la-infancia.html>
4. Pereda Beltrán N. Short-term consequences of child sexual abuse. *Papeles del Psicólogo.* 2009;30(2):135-44. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1702.pdf>
5. National Center of Child Abuse and Neglect. Child sexual abuse: Incest, Assault, and Sexual exploitation. [Internet]. Washington DC; 1978 [citado 27 septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.ojp.gov/pdffiles1/Digitization/57111NCJRS.pdf>
6. Pereda N. El espectro del abuso sexual en la infancia: definición y tipología. *Rev Psicopatología y Salud Ment del niño y del Adolesc.* 2010;16: 69-78. <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Pereda-Noemi-16.pdf>
7. Fernández Fernández M del C. Abuso sexual infantil e incesto padre-hija en la provincia de Barcelona: Evaluación del modelo de las precondiciones de Finkelhor y exploración de la constelación familiar. [Barcelona]: Universitat de Barcelona; 2016. Disponible en https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/100721/1/MCFF_TESIS.pdf
8. Loeb TB, Gaines T, Wyatt GE, Zhang M, Liu H. Associations Between Child Sexual Abuse and Negative Sexual Experiences and Revictimization Among Women: Does Measuring Severity Matter? *Child Abuse Negl.* 2011;35(11): 946. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.06.003>

9. Amado BG, Arce R, Herraiz A.. Psychological injury in victims of child sexual abuse: A meta-analytic review. *Psychosocial Intervention*. 2015;24(1): 49-62. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2015.03.002>
10. Real Academia Española. Incesto: definición [Internet]. *Diccionario de la lengua española*. 2021 [citado 27 septiembre 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/incesto>
11. American Psychiatric Association. *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 5th ed. Editorial Médica Panamericana; 2014.
12. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International Journal Of Public Health*, 2013;58(3): 469-83. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1>
13. Secretaría de Estado de seguridad. Gabinete de coordinación y estudios. Informe sobre delitos contra la libertad e indemnidad sexual. 2017. Disponible en <https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/prensa/balances-e-informes/2017/Informe-delitos-contra-la-libertad-e-indemnidad-sexual-2017.pdf>
14. Pereda N, Díaz-Faes DA. Family violence against children in the wake of COVID-19 pandemic: a review of current perspectives and risk factors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Heal*. 2020;14(1): 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00347-1>
15. Echeburúa E, de Corral P. Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuad Med Forense*. 2006;12: 75-82. <https://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/06.pdf>
16. Gil Arrones J, de Manuel Vicente C. Abuso sexual infantil. *Congr Actual Pediatría*. 2019;267-75. https://www.aepap.org/sites/default/files/pags_267-276_abuso_sexual_infantil.pdf
17. Marco Francia MP. El abuso sexual intrafamiliar. El agresor sexual como pariente o familiar de la víctima. El incesto. *Anuario del Centro de la Universidad Nacional de Educación a Distancia en Calatayud*. 2018;129-41. <http://www.calatayud.uned.es/web/actividades/revista-anales/24/2-5-Marco.pdf>
18. Echeburúa Odriozola E, Guerricaechevarría C. *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Editorial Ariel; 2009. 191 p.
19. Seto MC., Babchishin KM., Pullman LE., McPhail IV. (2015). The puzzle of intrafamilial child sexual abuse: A meta-analysis comparing intrafamilial and extrafamilial offenders with child victims. *Clinical Psychology Review*. 2015;39: 42-57. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.001>
20. Loinaz I, Bigas N, de Sousa AM. Comparing intra and extra-familial child sexual abuse in a forensic context. *Psicothema*. 2019;31(3): 271-6. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.351>
21. Rodríguez López Y, Aguiar Gigato BA, Garcia Alvarez I. Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil. *Eureka*. 2012; 9(1): 58-68. Disponible en <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eureka/v9n1/a07.pdf>
22. Almendro Marín MT, Eimil Ortiz B, García Baró R, Sánchez HP. Abuso sexual en la infancia: consecuencias psicopatológicas a largo plazo. *Rev Psicopatología y Salud Ment del niño y del Adolesc*. 2013;22: 51-63. Disponible en <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Almendro-Maria-22.pdf>
23. Danese A, Widom CS. Objective and subjective experiences of child maltreatment and their relationships with psychopathology. *Nat Hum Behav*. 2020;4(8): 811-8. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0880-3>
24. Cantón-Cortés D, Cortés MR. Consecuencias del abuso sexual infantil: Una revisión de las variables intervinientes. *An Psicol*. 2015;31(2): 552-61. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>
25. Murillo JA, Mendiburo-Seguel A, Pía Santelices M, Araya P, Narváz S, Piraino C, et al. Childhood sexual abuse and its impact on adult well-being. *Psicoperspectivas*. 2021;20(1). <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol20-issue1-fulltext-2043>
26. Villanueva Sarmiento I. El abuso sexual infantil: perfil del abusador, la familia, el niño víctima y consecuencias psíquicas del abuso. *Psicogente*. 2013;16(30): 451-70. Dis <https://www.redalyc.org/pdf/4975/497552364016.pdf>
27. Yüce M, Karabekiroğlu K, Yildirim Z, Şahın S, Sapmaz D, Babadağı Z, et al. The psychiatric

- consequences of child and adolescent sexual abuse. *Arch Neuropsychiatry*. 2015 Dec 1;52(4): 393-9.
<https://doi.org/10.5152/npa.2015.7472>
28. Tamarit Sumalla JM, Abad Gil J, Hernández-Hidalgo P. Las víctimas de abuso sexual infantil ante el sistema de justicia penal: estudio sobre sus actitudes, necesidades y experiencia. *J Vict*. 2015;(2): 27-54.
<https://doi.org/10.12827-RVJV-2-02>
 29. Bak-Klimek A, Karatzias T, Elliott L, Campbell J, Pugh R, Laybourn P. Nature of child sexual abuse and psychopathology in adult survivors: results from a clinical sample in Scotland. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21(6): 550-7.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12127>
 30. Steine IM, Winje D, Skogen JC, Krystal JH, Milde AM, Bjorvatn B, et al. Posttraumatic symptom profiles among adult survivors of childhood sexual abuse: A longitudinal study. *Child Abuse Negl*. 2017 May 1;67: 280-93.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.002>
 31. McElroy E, Shevlin M, Elklit A, Hyland P, Murphy S, Murphy J. Prevalence and predictors of Axis I disorders in a large sample of treatment-seeking victims of sexual abuse and incest. *Eur J Psychotraumatol*. 2016 Apr 8;7(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.30686>
 32. Adams J, Mrug S, Knight DC. Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Child Abuse Negl*. 2018 Dec 1;86: 167-77.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.019>
 33. Lestrade KN, Talbot NL, Ward EA, Cort NA. High-risk sexual behaviors among depressed Black women with histories of intrafamilial and extrafamilial childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2013 Jun;37(6): 400-3.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.01.007>
 34. Gal G, Levav I, Gross R. Psychopathology among adults abused during childhood or adolescence: Results from the Israel-Based World Mental Health Survey. *J Nerv Ment Dis*. 2011 Apr;199(4): 222-9.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31820c7543>
 35. Steine IM, Skogen JC, Krystal JH, Winje D, Milde A.M, Grønli J, et al. Insomnia symptom trajectories among adult survivors of childhood sexual abuse: A longitudinal study. *Child Abuse Negl*. 2019 Jul 1;93: 263-76.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.05.009>
 36. O'Keefe SL, Beard KW, Swindell S, Stroebel SS, Griffiee K, Young DH. Sister-brother Incest: Data from Anonymous Computer Assisted Self Interviews. *Sex Addict Compulsivity*. 2014 Jan;21(1): 1-38.
<https://doi.org/10.1080/10720162.2013.877410>
 37. Pérez-Fuentes G, Olfson M, Villegas L, Morcillo C, Wang S, Blanco C. Prevalence and Correlates of Child Sexual Abuse: A National Study. *Compr Psychiatry*. 2013 Jan;54(1): 16.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.05.010>
 38. Sciolla A, Glover DA, Loeb TB, Zhang M, Myers HF, Wyatt GE. Childhood sexual abuse severity and disclosure as predictors of depression among adult African American and Latina women. *J Nerv Ment Dis*. 2011 Jul;199(7): 471-7.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31822142ac>
 39. Cortés Arboleda MR, Cantón Duarte J, Cantón-Cortés D. Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. *Gac Sanit*. 2011 Mar;25(2): 157-65.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000200013
 40. Jonas S, Bebbington P, McManus S, Meltzer H, Jenkins R, Kuipers E, et al. Sexual abuse and psychiatric disorder in England: results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Psychol Med*. 2011 Apr;41(4): 709-19.
<https://doi.org/10.1017/S003329171000111X>
 41. Bebbington P, Jonas S, Kuipers E, King M, Cooper C, Brugha T, et al. Childhood sexual abuse and psychosis: data from a cross-sectional national psychiatric survey in England. *Br J Psychiatry*. 2011 Jul;199(1): 29-37.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083642>
 42. O'Brien BS, Sher L. Child sexual abuse and the pathophysiology of suicide in adolescents and adults. *Int J Adolesc Med Health*. 2013 Sep 1;25(3): 201-5.
<https://doi.org/10.1515/ijamh-2013-0053>
 43. Fergusson D.M., McLeod G.F., John Horwood L. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse Negl*. 2013;37: 664-74.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.013>
 44. Morrill M. Sibling Sexual Abuse: An Exploratory Study of Long-term Consequences for Self-esteem and Counseling Considerations. *J Fam Violence*. 2014 Feb;29(2): 205-13.
<https://doi.org/10.1007/s10896-013-9571-4>

45. Beard KW, Griffee K, Newsome JE, Harper-Dorton KV, O'Keefe SL, Linz TD, et al. Father-Daughter Incest: Effects, Risk-Factors, and a Proposal for a New Parent-Based Approach to Prevention. *Sex Addict Compulsivity*. 2017 Apr 3;24(1-2): 79-107.
<https://doi.org/10.1080/23311908.2019.1633809>
46. Vonderlin R, Kleindienst N, Alpers GW, Bohus M, Lyssenko L, Schmahl C. Dissociation in victims of childhood abuse or neglect: A meta-analytic review. *Psychol Med*. 2018 Nov 1;48(15): 1-10.
<https://doi.org/10.1017/S0033291718000740>
47. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*. 2019 Oct 1;6(10): 830-9. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)
48. Noll JG. (2021). Child Sexual Abuse as a Unique Risk Factor for the Development of Psychopathology: The Compounded Convergence of Mechanisms. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2021;17: 439-64.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-112621>
49. Li N, Ahmed S, Zabin LS. Association Between Childhood Sexual Abuse and Adverse Psychological Outcomes Among Youth in Taipei. *J Adolesc Heal*. 2012 Mar 1;50(3): S45-51.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.12.003>
50. Bedi S, Nelson EC, Lynskey MT, McCutcheon V, Heath AC, Madden PAF, et al. Risk for Suicidal Thoughts and Behavior after Childhood Sexual Abuse in Women and Men. *Suicide Life Threat Behav*. 2011 Aug;41(4): 406.
<https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00040.x>
51. Pereda N, Gallardo-Pujol D, Padilla RJ. Personality disorders in child sexual abuse victims. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39(2): 131-40.
<https://www.actapsiquiatria.es/repositorio/13/70/ENG/13-70-ENG-131-139-398093.pdf>
52. Tsur N, Katz C. "And Then Cinderella Was Lying in My Bed": Dissociation Displays in Forensic Interviews With Children Following Intrafamilial Child Sexual Abuse. *J Interpers Violence*. 2022;37(17-18).
<https://doi.org/10.1177/08862605211016347>
53. Katz C, Tsur N, Nicolet R, Klebanov B, Carmel N. No way to run or hide: Children's perceptions of their responses during intrafamilial child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2020 Aug 1;106: 104541.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104541>
54. Alameda L, Ferrari C, Baumann PS, Gholam-Rezaee M, Do KQ, Conus P. Childhood sexual and physical abuse: age at exposure modulates impact on functional outcome in early psychosis patients. *Psychol Med*. 2015 Oct 11;45(13): 2727-36.
<https://doi.org/10.1017/S0033291715000690>
55. Albiñana Durà J, Carbonell Vayà E. Abús sexual infantil: conseqüències psicològiques a llarg termini i factors de risc i protectors. *Anu Psicol la Soc Valencia Psicol*. 2015 Oct 16;15(2): 33-54.
<https://doi.org/10.7203/anuari.psicologia.15.2.33>
56. Ramírez Herrera C, Fernández Parra A. Abuso sexual infantil: una revisión con base en pruebas empíricas. *Behav Psychol*. 2011;19: 7-39. Disponible en https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/02.Ram%C3%ADrez_19-10a.pdf
57. Dimitrova N, Pierrehumbert B, Glatz N, Torrisi R, Heinrichs M, Halfon O, et al. Closeness in relationships as a mediator between sexual abuse in childhood or adolescence and psychopathological outcome in adulthood. *Clin Psychol Psychother*. 2010 May 1;17(3): 183-95.
<https://doi.org/10.1002/cpp.650>
58. Werner KB, McCutcheon VV, Challa M, Agrawal A, Lynskey MT, Conroy E, et al. The association between childhood maltreatment, psychopathology, and adult sexual victimization in men and women: results from three independent samples. *Psychol Med*. 2016 Feb 1;46(3): 563.
<https://doi.org/10.1017/S0033291715002056>
59. Tener D, Marmor A, Katz C, Newman A, Silovsky JF, Shields J, et al. How does COVID-19 impact intrafamilial child sexual abuse? Comparison analysis of reports by practitioners in Israel and the US. *Child Abuse Negl*. 2021 Jun 1;116(2).
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104779>
60. Hartman A. Lasting Psychological Effects On Survivors Of Intrafamilial Child Sexual Abuse And The Available Resources And Interventions [Internet]. Salem State University; 2021 [citado 27 septiembre 2021]. Disponible en: https://digitalcommons.salemstate.edu/honors_theses
61. Maniglio R. The role of child sexual abuse in the etiology of substance-related disorders. *J Addict Dis*. 2011;30(3): 216-28.
<https://doi.org/10.1080/10550887.2011.581987>

62. Maniglio R. Child sexual abuse in the etiology of anxiety disorders: a systematic review of reviews. *Trauma Violence Abuse*. 2013;14(2): 96-112. <https://doi.org/10.1177/1524838012470032>
63. Maniglio R. Prevalence of sexual abuse among children with conduct disorder: a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2014;17(3): 268-82. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0161-z>
64. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia, T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International Journal Of Public Health*. 2013;58(3): 469-83. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1>
65. Hailes HP., Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*. 2019;6(10): 830-39. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)