

# IMPACTO PSICOLÓGICO EN MENORES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Zara García Rodríguez

Graduada en Criminología por la Universidad de Valencia.  
Facultad de Derecho.

Joaquín García-Alandete

Doctor en Psicología por la Universidad de Valencia. Profesor en la Facultad de Psicología y Logopedia. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.

***Title:** Psychological impact on child victims of domestic sexual abuse: a systematic review*

**Resumen:** El abuso sexual intrafamiliar (ASI) es entendido como una forma abusiva de maltrato al menor, siendo considerado, incluso, una forma de violación de los derechos humanos. Se trata de una problemática frecuente en todo tipo de cultura y sociedad, sin distinción de estrato social, que tiene un impacto significativo en la salud mental de la víctima. En el presente trabajo se lleva a cabo una revisión sistemática de la literatura científica publicada durante el periodo 2010-2022 sobre las consecuencias psicológicas a corto y a largo plazo del ASI. El análisis sistemático reveló diferentes temáticas relacionadas con el ASI y sus consecuencias: impacto psicológicas del ASI en la víctima, gravedad del abuso sexual, entorno familiar en la infancia, afrontamiento y apoyo, adaptación en la vida adulta y características del sujeto abusador.

**Palabras Clave:** Abuso sexual intrafamiliar; consecuencias psicológicas; revisión sistemática.

***Abstract:** Intrafamilial sexual abuse (ISA) is understood as an abusive form of child abuse and it is even considered a form of violation of human rights. It is a frequent problem in all types of culture and society, without distinction of social stratum, which has a significant impact on the mental*

*health of the victim. In the present work, a systematic review of the scientific literature published during the period 2010-2022 on the psychological consequences in the short and long term of ISA. The systematic analysis revealed different themes related to SIA and its consequences: psychological impact of ISA on the victim, severity of sexual abuse, family environment in childhood, coping and support, adaptation in adult life and characteristics of the abusive subject.*

**Key words:** *Intrafamiliar sexual abuse; psychological aftermath; systematic review.*

**Sumario:** 1. Abuso sexual intrafamiliar a menores. – 2. Factores específicos del ASI. – 3. Efectos psicológicos del ASI. – 3.1. Consecuencias psicológicas a corto plazo. – 3.2. Consecuencias psicológicas a largo plazo. – 3.3. Otras consecuencias derivadas del ASI. – 3.4. Factores personales: género, edad y discapacidad. – 4. Método. – 5. Resultados. – 5.1. Selección de trabajos. – 5.2. Análisis bibliométrico. – 5.3. Análisis sistemático. – 6. Discusión. – 7. Limitaciones del presente trabajo y sugerencias para futuros trabajos. – 8. Referencias.

## 1. Abuso sexual intrafamiliar a menores

Por abuso sexual infantil se entiende cualquier acto de tipo sexual con un menor para el cual éste no ha dado su consentimiento o no ha podido darlo debido a la falta de madurez que posibilitaría entender y asumir la situación (MURRAY *et al.*, 2014). El abuso sexual infantil es una grave problemática social que ha existido desde nuestra etapa inicial como especie y que perdura hasta la actualidad (p. ej., COLDREY, 1996).

El abuso sexual infantil implica cualquier tipo de agresión sexual, ya sea violación, incesto o explotación sexual comercial de menores (LIM *et al.*, 2021). No supone sólo el contacto físico entre adulto abusador y menor abusado, como en los casos de acoso o masturbación, sino que también implica otras conductas en las que no es necesario el contacto físico, mediante el uso de la manipulación o a través de internet (pornografía infantil, captación de menores en línea o exhibicionismo, entre otros) (SARMIENTO *et al.*, 2011).

Esta tipología de abuso, en la mayoría de los casos, se desarrolla dentro del ámbito familiar, por lo que recibe el nombre de abuso sexual intrafamiliar (ASI) (GARCÍA y MONROY, 2016). En este marco familiar se incluye como sujetos abusadores a padres, madres, hermanos/as, madrastras, padrastros, etc. (SARMIENTO *et al.*, 2011), por lo que no se concede mucha importancia a la diferencia de edad entre agresor y víctima, ya que el 20% del ASI es provocado por otros menores (p. ej., hermanos) (COHEN y GOBETTI, 2003). En el caso de los ASI, el abusador suele decantarse por generar alteraciones psicológicas antes de crear daño físico (ALMONTE *et al.*, 2002), recurriendo a la amenaza o la fuerza para conseguir su objetivo (p. ej., GARCÍA y MONROY, 2016). De esta manera, quebranta los límites que

dividen los diferentes roles que cumple cada uno de los miembros dentro la unidad familiar; pero, sobre todo, el niño percibe como vulnerada la confianza que había depositado en su cuidador (LOSADA y JURSA, 2019).

Mediante el poder que le facilita su posición al manipular el vínculo familiar, el agresor hace que la agresión pueda llegar a ser reiterada en el tiempo y tienda a ser silenciada (SARMIENTO *et al.*, 2011). Esta tendencia hacia la ocultación del abuso aparece justificada por el desequilibrio de las relaciones de poder, encontrándose las víctimas de la unidad familiar en una situación de dependencia y vulnerabilidad (ECHEBURÚA y CORRAL, 2006). Además, en muchas ocasiones, cuando se mantiene la violencia dentro de la familia, se crea una aceptación implícita de la misma, puesto que el sujeto abusador, con el desarrollo de la manipulación, ya sea hacia el menor o hacia otro miembro de la familia, crea un entorno de secretismo (SÁNCHEZ, 2015).

Por último, un ASI dentro del contexto familiar puede ser muy difícil de detectar, porque habitualmente se desarrolla en el ámbito privado y esto hace que las víctimas se sientan impotentes para revelar la circunstancia por la que están pasando a causa del miedo de romper los lazos familiares (CASTRO *et al.*, 2020). Por ello, el ASI intrafamiliar supone graves secuelas en la víctima, favoreciendo la reiteración y mantenimiento de la violencia (AL MAJALI y ALSREHAN, 2019).

## 2. Factores específicos del ASI

Tres variables concretas del ASI pueden llegar a generar un impacto considerable en el menor: (1) gravedad, (2) duración y (3) relación de la víctima con el menor (CANTÓN-CORTÉS y ROSARIO, 2015).

*Gravedad.* Cuanto más graves son los actos de abuso, más probable es que el niño muestre una sintomatología negativa tras el mismo (p. ej., más propensos a experimentar síntomas depresivos, de ansiedad, problemas de conducta, uso y abuso de sustancias, e intento de suicidio (p. ej., KATERNDAHL *et al.*, 2005; LEMIEUX y BYERS, 2008).

*Duración y frecuencia del ASI.* Cuanto mayor sea el tiempo en el que el menor se encuentre en contacto con el abuso, mayores serán los síntomas negativos posteriores (FEIRING *et al.*, 2000; HÉBERT *et al.*, 2006; LOSADA y SABOYA, 2013; SCIOLLA *et al.*, 2011).

*Relación entre la víctima y su perpetrador.* De manera general, cuanto mayor sea el vínculo entre la víctima y su perpetrador, más grave será el posterior impacto en el menor (ULLMAN, 2007). Además, cuando víctima y agresor mantienen una relación muy estrecha, aumenta la accesibilidad hacia aquella (WALLIS y WOODWORTH, 2020), permitiendo que el abusador pueda prolongar la duración del ASI. Cuando los abusos sexuales son perpetrados por adolescentes, resultan menos traumatizantes para las víc-

timas que si los hubiera cometido un adulto (SPERRY y GILBERT, 2005). Sin embargo, algunos estudios (p. ej., QUAS *et al.*, 2003) concluyeron que, aunque hay que tener en cuenta ciertos factores específicos del abuso, no existe relación entre las características del abuso, la víctima o el agresor si no se tienen en cuenta otros aspectos del ASI susceptibles al cambio (p. ej., tratamiento o factores situacionales de la familia) (PAOLUCCI *et al.*, 2001).

La mayoría de los agresores son conocidos por las víctimas, y sólo una minoría son familiares (LEVENTHAL, 1998). Sin embargo, algunos autores consideran que el incesto ha ido aumentando con el paso del tiempo y que el tipo de ASI intrafamiliar más predominante es aquel que se produce en relaciones padre-hija (p. ej., GREENBERG, 1979). RUSELL (1986) concluyó que, en general, las mujeres menores de edad eran más propensas a ser abusadas por conocidos o amigos (60%), por personas extrañas o desconocidas (11%) y algún miembro de su familia (29%). Siguiendo esta línea, RUSELL (1986) descubrió, en una muestra de 930 mujeres, que el 4.5% informó que habían sido abusadas por su padre, ya fuese biológico o adoptivo, y otro 4.5% indicaron que fue su tío el que provocó el abuso sexual; asimismo, encontró que las víctimas menores que fueron adoptadas y, por ello, tenían padres de acogida, luchaban contra un riesgo mayor de sufrir abuso, concretamente del 17%. Por otro lado, aunque el autor disponía de menor información acerca de los sujetos agresores de los chicos, los estudios indicaron que el abuso sexual familiar es mucho menos frecuente que en las chicas. En este sentido, otro estudio llevado a cabo por BAKER y DUNKAN (1985) demostró que los niños tenían cuatro veces menos posibilidades de sufrir abusos sexuales por parte de sus padres o abuelos. Asimismo, estudios epidemiológicos han encontrado hallazgos importantes relacionados con las características de los agresores (BECKER, 1994), en concreto de los masculinos, resaltando tres grandes rasgos: (1) entre una cuarta y una tercera parte de los sujetos abusadores son menores de edad, (2) muchos agresores declaran haber sufrido ASI y (3) la gran mayoría de estos sujetos han abusado sexualmente de más de un menor.

Por último, pocos trabajos evalúan la relación entre haber sufrido ASI y posteriores trastornos psicológicos en la edad adulta (PÉREZ-FUENTES *et al.*, 2013). No obstante, aquellas personas que han sido abusadas sexualmente en la infancia parecen tener mayor probabilidad de experimentar síntomas psicóticos tras el abuso o desarrollar trastornos psicológicos, concretamente Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) (RUNYAN, 1998).

### 3. Efectos psicológicos del ASI

Los niños que padecen episodios de abuso sexual tienen mayor riesgo de desarrollar una inmensa variedad de trastornos psicopatológicos en la

edad adulta, pero también, este hecho puede repercutir psicológicamente de muchas maneras a corto plazo (PADILLA, 2011).

Uno de los estudios más importantes, realizado por TONG *et al.* (1987), reveló que, tras el ASI, el 76% de los niños se sentían menos seguros de sí mismos que antes, el 30% tenía menos amigos y el 20% eran más agresivos. Además, observaron que el 24% de la muestra había aumentado su conciencia sexual y el 17% había empeorado su rendimiento escolar. Otros trabajos de revisión señalan que el maltrato sexual en un niño desencadena el uso de estrategias de afrontamiento evitativas, lo cual desarrolla numerosos trastornos de personalidad o de ansiedad, en particular TEPT (p. ej., JOHNSON *et al.*, 2004; PUTNAM, 2003).

### 3.1. Consecuencias psicológicas a corto plazo

Cuando se realiza un estudio a corto plazo de los efectos psicológicos en menores, hay que tener en cuenta dos épocas. Por un lado, la etapa preescolar, sobre la cual la literatura es un poco más limitada (CANTÓN-CORTÉS y ROSARIO, 2015) y, por otro lado, la etapa de la adolescencia, marcada por numerosos cambios que provocan la transformación de niño en adulto (PADILLA, 2011).

De manera general, los efectos más significativos a corto plazo durante la infancia son (MELLON *et al.*, 2006): (1) los problemas somáticos, que abarcan desde la incontinencia nocturna o la defecación involuntaria sin causa patológica o a una edad en la que ya no se espera que suceda, también pueden surgir dolores de cabeza o estomacales; (2) retrasos en el desarrollo; (3) problemas de interiorización, como pueden ser la ansiedad o el aislamiento social, lo cual les hace tener problemas con sus iguales; (4) TEPT y (5) comportamiento sexual inapropiado, sobre lo cual diversos autores coinciden en que es la característica más significativa de los preescolares que han sido objeto de ASI (p. ej., BELTRÁN, 2009). Sin embargo, aunque la sintomatología a corto plazo de los adolescentes es muy similar a la de los niños más pequeños (CANTÓN-CORTÉS y ROSARIO, 2015), se pueden destacar dos tipos de comportamientos, a saber, externalizantes y de interiorización (PÉREZ-FUENTES *et al.*, 2013). Entre los comportamientos externalizantes, los jóvenes adolescentes tienen mayor probabilidad de llevar a cabo actividades delictivas o consumir drogas, suelen mantener conductas sexuales tempranas y de riesgo, o no asisten al colegio, lo que les lleva a tener problemas escolares. Por otro lado, las conductas de interiorización se definen por sufrir trastornos de alimentación y, consecuentemente, problemas físicos de salud o, incluso, tendencia a las conductas suicidas y autolesivas.

Otro efecto relevante, tanto a una edad temprana como en la adolescencia, desencadenado tras el ASI, es la desregularización de los niveles del cortisol (DÍAZ y ASTAIZA, 2016), hormona que controla el nivel de azú-

car en la sangre, mantiene la presión arterial y regula el proceso por el cual nuestro cuerpo utiliza los alimentos y la energía, también llamado metabolismo. En este sentido, según diversos autores, como VAN GOOZEN y FAIRCHILD (2008), una exposición continua y temprana al maltrato infantil intrafamiliar produce la reducción de los niveles de cortisol, provocando en el niño una gran fatiga y falta de apetito, favoreciendo, consecuentemente, la anemia. Sin embargo, autores como SCHALINSKI *et al.* (2015), señalan que sufrir ASI provoca exceso de nivel de cortisol, provocando una gran dificultad para poder conciliar el sueño o lograr un sueño profundo.

### 3.2. *Consecuencias psicológicas a largo plazo*

La literatura científica que evalúa los efectos a largo plazo de los ASI muestra una disminución de la sintomatología con el paso del tiempo (CANTÓN-CORTÉS y ROSARIO, 2015). En este sentido, un meta-análisis llevado a cabo por RIND *et al.* (1998), en el que se examinaron 59 estudios basados en muestras universitarias, concluyeron que no todos los hombres y mujeres que habían sido abusados sexualmente en la infancia mostraban sintomatología clínica en la edad adulta.

Sin embargo, ciertos síntomas pueden aparecer con el transcurso de los años o, de lo contrario, que se hayan agravado con el tiempo si no han recibido un buen tratamiento inicial (MANNARINO *et al.*, 1991). Por ejemplo, BUSHNELL *et al.* (1992), en un estudio realizado con 301 mujeres entre 18 y 44 años en una pequeña ciudad de Nueva Zelanda, encontraron que la prevalencia de ASI intrafamiliar era del 13%, lo cual fue asociado al incremento de los problemas mentales en la edad adulta, concretamente, con síntomas de depresión, bulimia y ansiedad generalizada.

Por lo tanto, se podría afirmar que tras el ASI pueden surgir los llamados «efectos dormidos» (MANNARINO *et al.*, 1991), caracterizados por no mostrarse inmediatamente tras el abuso, sino pasado un tiempo, manifestándose mediante problemas emocionales o conductuales. Por consiguiente, de manera general, los adultos que fueron objeto de abuso en su infancia suelen padecer ansiedad, asociada al miedo o a problemas para dormir, sufren baja autoestima (LERSERMAN, 2005) o tienen dificultades con las relaciones sexuales, lo cual los lleva a prácticas sexuales mal adaptativas y a problemas disfuncionales (MASON *et al.*, 1998). Siguiendo esta línea, la mayoría tienen inconvenientes para confiar en los demás y, consecuentemente, tienen un mayor riesgo de revictimización (WIDOM *et al.*, 2008), son más propensos a recurrir al abuso de drogas y alcohol (Min *et al.*, 2007) y tienden a efectuar conductas delictivas, normalmente crímenes contra la propiedad (WIDOM, 1989) y delitos de drogas (CHANDY *et al.*, 1996). Sin embargo, cuando se trata de analizar los efectos psicológicos a largo plazo tras el ASI, se debe realizar desde una perspectiva

de género (DRAUCKER *et al.*, 2011), ya que la sintomatología puede variar en función de ello. Por un lado, los hombres adultos tienen mayor riesgo de sufrir depresión, TEPT, trastornos de la personalidad, mala imagen de sí mismos, problemas con el abuso de sustancias y trastornos sexuales (ROMANO y DE LUCA, 2001). Por otro lado, en las mujeres adultas, el ASI puede desencadenar malestar emocional, falta de confianza y autoestima durante el parto o la maternidad (SIMKIN, 2010), además no suelen tener percepciones positivas hacia su pareja y tienen mayor posibilidad de ser infieles (COLMAN y WIDOM, 2004); no obstante, algunos autores sostienen que el impacto psicológico en las mujeres puede disminuir con la edad (p. ej., VAN ROODE *et al.*, 2009).

### 3.3. Otras consecuencias derivadas del ASI

*Estilo parental de crianza.* El estilo de crianza parece estar relacionado con ciertas consecuencias que sufre el menor víctima de ASI (DEBLINGER *et al.*, 1999). En este sentido, si tras la revelación el progenitor muestra rechazo en lugar de aceptación, los menores son más propensos a reportar síntomas depresivos y, además, si las estrategias de crianza se basan en culpabilizar o avergonzar al niño, surgen mayores síntomas de TEPT e indicios externalizantes y delictivos.

*Afrontamiento del abuso.* La variable cognitiva más estudiada es el afrontamiento del abuso por el menor (p. ej., HÉBERT *et al.*, 2006), existiendo dos maneras de hacer frente al ASI: en primer lugar, la aproximación, que se caracteriza por emplear comportamientos y pensamientos dirigidos a la amenaza (MERRIL *et al.*, 2001), lo cual genera un mejor ajuste psicológico en el niño y, en segundo lugar, la evitación, que consiste en usar pensamientos o acciones que se alejen de la amenaza, originando en consecuencia un peor ajuste psicológico tras el ASI (STEEL *et al.*, 2004).

*Sentimientos provocados por el ASI en la víctima.* Algunos autores, como FINKELHOR y BROWNE (1985), indican que hay cuatro tipos de sentimientos: (1) la traición, caracterizada por el impacto del menor al darse cuenta de que el daño que siente se lo ha causado una persona de confianza; (2) la estigmatización, creando en el niño baja autoestima asociada a una mala imagen de sí mismo; (3) la indefensión, pensamiento creado tras haber traspasado el agresor la barrera de su propia voluntad y haber invadido la intimidad de su espacio corporal; y (4), el sentimiento de sexualización traumática, creando en el menor actitudes sexuales inadecuadas y disfuncionales (p. ej., DUFOUR y NADEAU, 2001; KALLSTROM-FUQUA *et al.*, 2004).

*Culpabilidad.* Tras sufrir un ASI, el menor tiene más probabilidad de asociar el abuso con alguna cosa que hizo o que no hizo bien (SELIGMAN *et al.*, 1979). En una investigación realizada con 137 niños y adolescentes

tiempo después de haber padecido el abuso, FEIRING *et al.* (2002) informaron de que los menores que experimentaban mayor autoculpabilización en relación con la agresión, desencadenaban pensamientos intrusivos, síntomas de evitación, hiperactividad, depresión y menos autoestima. En este sentido, cuando los niños sienten que la culpa ha sido suya, pueden demorar la revelación del abuso, lo cual deriva a utilizar técnicas de afrontamiento deficientes, utilizando la evitación para gestionar el ASI (STEEL *et al.*, 2004). No obstante, cuando el menor atribuye la agresión a la familia, existe una probabilidad superior de desarrollar TEPT (CANTÓN-CORTÉS *et al.*, 2012).

*Estilo de apego de la víctima.* Otra de las variables cognitivas que desajusta psicológicamente al menor tras el ASI es su estilo de apego (p. ej., MUELA *et al.*, 2012). En este sentido, se pueden destacar tres tipos de apego: (1) apego seguro, caracterizado por el impulso de la confianza del cuidador primario atendiendo al malestar del menor; (2) apego evitativo, entendido por ignorar el sufrimiento del niño, haciendo que disminuya su habilidad de expresar sus emociones de manera adecuada, y (3) apego ambivalente/ansioso, que se caracteriza por atender al malestar del menor de una manera incongruente, haciendo que la víctima sufra niveles altos de ansiedad (BEAUDOIN *et al.* 2013).

### 3.4. Factores personales: género, edad y discapacidad

*Género.* El género es uno de los factores personales más estudiado en relación con la víctima (YOUNG *et al.*, 1994), ya que existía la creencia de que las agresiones sexuales eran producidas por autores masculinos hacia víctimas femeninas, pero con el tiempo se ha incluido a las víctimas masculinas en las investigaciones, siendo resultados obtenidos similares a los de las femeninas (BROWNE y FINKEHLOR, 1986). Por otro lado, tras el ASI se han observado comportamientos diferentes asociados al género (STERN *et al.*, 1995). Por ejemplo, las mujeres son más propensas a mostrar efectos de interiorización (BELTRÁN, 2007), como depresión, ansiedad, baja autoestima o, incluso, autolesión, mientras que los hombres presentan conductas más externalizantes (BELTRÁN, 2007), con tendencia a la agresividad, problemas de conducta y abuso de sustancias, siendo, a pesar de ello, menos propensos a confiar en los demás, por lo que no suelen revelar el abuso (MURRAY *et al.*, 2014) y es menos probable que puedan recibir tratamiento para afrontar los efectos producidos por el ASI que las víctimas femeninas. Siguiendo con esta línea, se han concretado algunos factores de protección, con los cuales este tipo de resultados perjudiciales habrían disminuido (CHANDY *et al.*, 1996). Por una parte, estos factores de protección vinculados a las mujeres consisten en apego emocional a su familia, espiritualidad, creencia de que su familia se mantiene sana y que ambos progenitores se encuentren en el hogar (DEZA, 2005). En contraposición, cuando se trata de los hombres,

los factores de protección se caracterizan porque los padres experimentan bienestar y por tener una madre cuyo nivel educativo sea superior (DEZA, 2005).

*Edad.* La edad está vinculada al desarrollo cognitivo del menor, por lo que se puede apreciar una disparidad de impactos psicológicos en los niños tras haber sufrido una agresión sexual (FISCHER y McDONALD, 1998). Los niños más pequeños tienen mayores problemas para comprender el impacto del abuso (WALLIS y WOODWORTH, 2020) y, por este motivo, es más posible que no lleguen a mostrar tanta sintomatología negativa en comparación con aquellos niños que son un poco más mayores. De este mismo modo, los niños más mayores pueden disponer de estrategias de afrontamiento mucho más efectivas al volver a la vida cotidiana tras haber pasado por el abuso (HÉBERT *et al.*, 2006). Por otro lado, aquellos menores que han sido abusados por primera vez cuando ya se encuentran en la etapa de la adolescencia, son más propensos a informar de síntomas depresivos y de baja autoestima en comparación con las víctimas infantiles (GRIES *et al.*, 2000), ya que se encuentran en una fase de muchos cambios mientras intentan gozar de su independencia (MORENO *et al.*, 2013). Por lo tanto, los menores adolescentes son más susceptibles a interiorizar sus problemas, causándoles un estrés adicional, haciendo que se muestren más vulnerables (BELTRÁN, 2007).

*Discapacidad.* La probabilidad de sufrir abuso sexual es mayor en aquellos menores que padecen una discapacidad en su desarrollo cognitivo (BALOGH *et al.*, 2001). Además, las personas con una discapacidad presentan menor capacidad física y cognitiva tras el ASI, definiéndose su actitud tras la problemática con comportamientos agresivos, también hacia ellos mismos y, sobre todo, con retraimiento exagerado con sus círculos sociales (MANSELL *et al.*, 1998). Por lo tanto, debido a la disminución de sus recursos intelectuales a la hora de afrontar el abuso y, en consecuencia, a la intensificación de que se tornan más vulnerables (BERÁSTEGUI y GÓMEZ-BENGOECHEA, 2006), se hace más probable la revictimización de estos menores.

## 5. Método

Se llevó a cabo una revisión sistemática siguiendo el procedimiento PRISMA (PRISMA, 2022). Para la selección de trabajos se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: (1) tipo de documentos: trabajos empíricos, (2) tipo de publicación: revistas de investigación indexadas en Web of Science (WoS) y Scopus, (3) idioma: inglés, (4) periodo de publicación: 2010-2022, (5) revisión: por pares. Como criterios de exclusión, se utilizaron los siguientes: (1) tesis doctorales y trabajos presentados a congresos y similares, (2) trabajos con metodología cualitativa y (3) estudios de caso único.

Con la literatura finalmente seleccionada, se llevaron a cabo (1) un análisis bibliométrico, examinándose ciertas variables significativas del diseño y el método (autores y año de publicación; país donde fue realizado el estudio; número y tipo de participantes; y principales resultados) y (2) un análisis sistemático, en el cual se identificaron e introdujeron diversos núcleos de interés en relación con el objetivo del presente trabajo.

Para la búsqueda de trabajos en las bases de datos WoS y Scopus se emplearon los siguientes términos en el campo título: «*child\**», «*sexual abuse*», «*sexual violence*», «*violation*», «*groping*», «*rape*», «*raping*», «*famil\**» y «*relative\**». Estos términos fueron combinados entre sí, generándose un total de 12 combinaciones (Tabla 1).

**Tabla 1**

**Combinaciones empleadas con operadores booleanos para la búsqueda de documentos y resultados (n)**

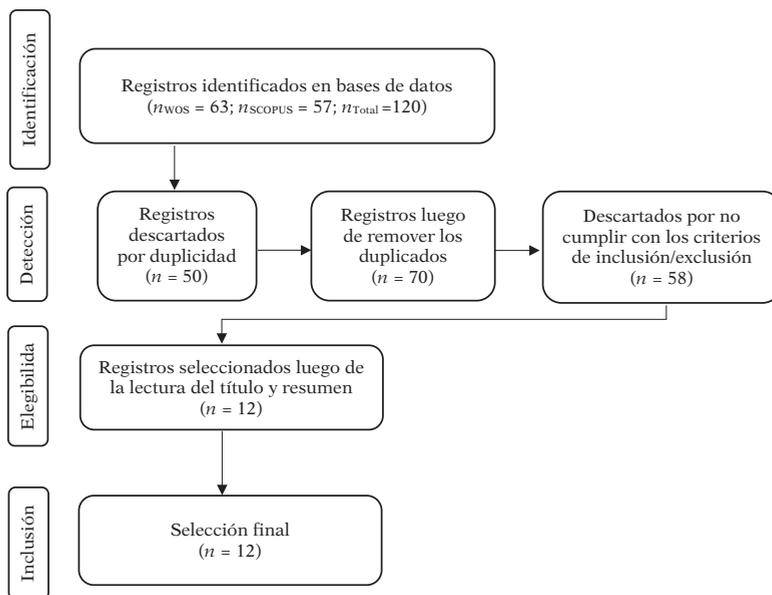
Combinaciones booleanas		WoS	Scopus	Total
1	Child* AND «Sexual abuse» AND Famil*	52	50	102
2	Child* AND «Sexual violence» AND Famil*	1	2	3
3	Child* AND violation AND Famil*	5	4	9
4	Child* AND groping AND Famil*	0	0	0
5	Child* AND rape AND Famil*	1	0	1
6	Child* AND raping AND Famil*	1	0	1
7	Child* AND «Sexual abuse» AND relative*	2	1	3
8	Child* AND «Sexual violence» AND relative*	0	0	0
9	Child* AND violation AND relative*	1	0	1
10	Child* AND groping AND relative*	0	0	0
11	Child* AND rape AND relative*	0	0	0
12	Child* AND raping AND relative*	0	0	0
<b>Total</b>		<b>63</b>	<b>57</b>	<b>120</b>

## 6. Resultados

### 6.1. Selección de trabajos

Se encontraron 120 artículos ( $N_{WOS} = 63$  y  $N_{SCOPUS} = 57$ ), descartándose 50 por estar duplicados, 4 por no haber podido encontrar el resumen, 27 por no ser trabajos empíricos, uno por ser un trabajo cualitativo de caso único, y 26 porque, a pesar de ser estudios empíricos, no seguían la línea del presente trabajo. Por lo tanto, el proceso finalizó con la selección de 14 trabajos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, los cuales fueron objeto de análisis bibliométrico y sistemático, con el fin de identificar sus núcleos temáticos relevantes. (Figura 1) (BHANDARI *et al.*, 2011; CANTÓN-CORTÉS *et al.*, 2011, 2016; LIRA *et al.*, 2017; LOINAZ *et al.*, 2019; MA y LI, 2014; ROBERTSON *et al.*, 2016; SARTOR *et al.*, 2013; TENER *et al.*, 2020; VERMEULEN y GREEFF, 2015; YANCEY *et al.*, 2013; YÜKSEL y KOÇTÜRK, 2020).

**Figura 1. Proceso de selección de documentos**



### 6.2. Análisis bibliométrico

*Autores.* CANTÓN-CORTÉS, CANTÓN y CORTÉS compartieron autoría en dos (16.66%) de los 12 artículos objeto de estudio (CANTÓN-CORTÉS *et al.*, 2016; CORTÉS *et al.*, 2011). El resto de trabajos fueron publicados por diferentes autores (Tabla 2).

**Tabla 2**  
**Datos relevantes de los estudios revisados en el presente trabajo**

<b>Autor(es)</b>	<b>Título</b>	<b>Publicación</b>	<b>País</b>	<b>Participantes</b>
Bhandari <i>et al.</i> (2011)	Family Characteristics and Long-Term Effects of Childhood Sexual Abuse	British Journal of Clinical Psychology	Inglaterra	106 clientes en terapia psicológica, divididos en dos grupos de 53 personas, dependiendo de si habían sufrido ASI o no
Cantón-Cortés <i>et al.</i> (2016)	Emotional Security in the Family System and Psychological Distress in Female Survivors of Child Sexual Abuse	Child Abuse & Neglect	España	167 alumnas de primer curso de una universidad del sur de España
Cortés <i>et al.</i> (2011)	Long Term Consequences of Child Sexual Abuse: The Role of the Nature and Continuity of Abuse and Family Environment	Psicología Conductual	España	209 mujeres estudiantes de la Universidad de Granada entre 18 y 24 años
Lira <i>et al.</i> (2017)	Surviving Sexual Abuse in Everyday Life: Forms of Resistance Used by Children and Adolescents	Texto y Contexto-Enfermagem	Brasil	9 mujeres entre 18 y 53 años que han sufrido ASI intrafamiliar
Loinaz <i>et al.</i> (2019)	Comparing Intra and Extra-Familial Child Sexual Abuse in a Forensic Context	Psicothema	España	221 niños y niñas entre 3 y 18 años de Barcelona
Ma y Li (2014)	Developmental Trauma and Its Correlates: A Study of Chinese Children With Repeated Familial Physical and Sexual Abuse in Hong Kong	Journal of Traumatic Stress	Hong Kong	366 niños entre 9 y 15 años divididos en tres grupos: (1) con trauma por ASI, (2) con trauma sin ASI y (3) grupo control sin antecedentes ASI
Robertson <i>et al.</i> (2016)	Family Violence and Child Sexual Abuse Among South Asians in the US	Journal of Immigrant and Minority Health	USA	368 surasiáticos que vivían en USA

Autor(es)	Título	Publicación	País	Participantes
Sartor <i>et al.</i> (2013)	Child Abuse and Early Substance Use in Adolescent Girls: The Role of Familial Influences	Addiction	USA	3761 mujeres gemelas
Tener <i>et al.</i> (2020)	Victim, Perpetrator or Just My Brother? Sibling Sexual Abuse in Large Families: A Child Advocacy Center Study	Journal of interpersonal violence	Israel	100 familias con 163 casos de ASI
Vermeulen y Greeff (2015)	Family Resilience Resources in Coping With Child Sexual Abuse in South Africa	Journal of Child Sexual Abuse	Sudáfrica	9 familias con casos de ASI que han recibido terapia o vayan a recibirla
Yancey <i>et al.</i> (2013)	The Relationship of Personal, Family and Abuse-Specific Factors to Children's Clinical Presentation Following Childhood Sexual Abuse	Journal of Family Violence	USA	101 niños y niñas, entre 7 y 18 años, junto con sus padres no agresores
Yüksel y Koçtürk (2020)	Child Sexual Abuse in Preschool Age: Victims, Perpetrators and Familial Risk Factors	Children and Youth Services Review	Turquía	3429 niños cuyo expediente de ASI se había llevado al centro de defensa del menor

*Publicación.* Ninguna revista destacó en términos de número de trabajos publicados, es decir, de los 12 artículos objeto de estudio, se encontró una relación 1:1. Tres (25%) revistas (*British Journal of Clinical Psychology*, *Psicología Conductual* y *Psicothema*) pertenecen al ámbito específico de la psicología (BHANDARI *et al.*, 2011; CORTÉS *et al.*, 2011; LOINAZ *et al.*, 2019).

*Año de publicación.* Todos los estudios seleccionados se publicaron entre los años 2011-2020, con un vacío de publicaciones en los años 2010, 2012, 2018, 2021 y 2022.

*Países de realización de los estudios.* En España se publicaron tres (25%) de los estudios seleccionados (CANTÓN-CORTÉS *et al.*, 2016; CORTÉS *et al.*, 2011; LOINAZ *et al.*, 2019), tres (25%) se realizaron en USA (ROBERTSON *et al.*, 2016; SARTOR *et al.*, 2013) y el resto, en proporción 1:1 en Israel, Brasil, Turquía, Inglaterra, Hong Kong y Sudáfrica.

*Tamaños muestrales.* Dos de los estudios revisados (16.66%) incluyeron muestra grande, con 3761 participantes (SARTOR *et al.*, 2013) y 3429 participantes (YÜKSEL y KOÇTÜRK, 2020). La muestra más pequeña incluyó nueve mujeres que habían sufrido ASI (LIRA *et al.*, 2017). En dos (16.66%) de los trabajos seleccionados, la muestra estuvo compuesta por familias (TENER *et al.*, 2020; VERMEULEN y GREEFF., 2015).

*Sexo y edad de los participantes.* Aunque la mayoría (66.66%) de los estudios incluyeron en sus muestras participantes de ambos sexos, en cuatro (33.33%) de ellos todas las participantes fueron mujeres o niñas (CANTÓN-CORTÉS *et al.*, 2016; CORTÉS *et al.*, 2011; LIRA *et al.*, 2017; SARTOR *et al.*, 2013). En ningún trabajo la muestra estuvo compuesta por hombres o niños. En cuanto a la edad de los participantes, cuatro (33.33%) de los estudios seleccionados emplearon participantes con edades entre los 3 y los 18 años (LOINAZ *et al.*, 2019; MA y LI, 2014; YANCEY *et al.*, 2013; YÜKSEL y KOÇTÜRK, 2020), mientras que el resto (66.66%) utilizaron muestras de participantes mayores de edad (BHANDARI *et al.*, 2011; CANTÓN-CORTÉS *et al.*, 2016; CORTÉS *et al.*, 2011; LIRA *et al.*, 2017; ROBERTSON *et al.*, 2016; SARTOR *et al.*, 2013; TENER *et al.*, 2020; VERMEULEN y GREEFF., 2015).

### 6.3. Análisis sistemático

*Consecuencias psicológicas del ASI.* Haber sufrido ASI repercute en la aparición de síntomas psicológicos más graves y un deficiente ajuste sexual posterior (BHANDARI *et al.*, 2011). Según YÜKSEL y KOÇTÜRK (2020), la salud mental del 63% sin ninguna discapacidad de la muestra total de su estudio, había sido afectada de forma negativa como consecuencia del ASI. Además, el hecho de haber sido víctima de abuso sexual se relacionó con el consumo temprano de diversas sustancias como el alcohol,

cigarrillos y cannabis; en este sentido, la investigación llevada a cabo por SARTOR *et al.* (2013) determinó que había un riesgo del 76% para el consumo de estas sustancias en edades entre los 10 y los 14 años, y un riesgo del 15% para edades comprendidas entre los 15 y los 19 años; además, la mayoría de los participantes indicaron que tenían un cuadro depresivo diagnosticado a causa del abuso. Siguiendo esta línea, MA y LI (2014) confirmaron la relación entre ASI y sintomatología psicológica grave; estos autores usaron tres grupos de participantes: uno con traumatismo por ASI intrafamiliar, otro con trauma no relacionado con ASI y un tercero sin antecedentes de exposición al trauma; los resultados mostraron que el primer grupo mostraba un nivel más bajo de expresión emocional, más dificultades de comportamiento y menor autoestima, además de más respuestas de TEPT que los otros dos grupos. Asimismo, CORTÉS *et al.* (2011) también corroboraron que las víctimas que sufrieron ASI presentaron una menor autoestima y una mayor ansiedad.

*Gravedad del abuso sexual.* YANCEY *et al.* (2013) distinguieron tres grados de gravedad del abuso; de mayor a menor gravedad, son los siguientes: (1) penetración anal, vaginal u oral, (2) caricias o manipulación con las manos, y (3) exposición a pornografía. En su estudio, el 70% de los niños que se encontraban muy angustiados experimentaron algún tipo de penetración anal, vaginal u oral, el 15% había sufrido manipulación o caricias y otro 15% había sido expuesto a pornografía (YANCEY *et al.*, 2013). Algo similar sucedió en el estudio de LOINAZ *et al.* (2019), ya que los niños concluyeron que el 96.4% padeció caricias, el 36.7% penetración, el 30.3% tanto caricias como penetración y el 11.8% explotación a través de la pornografía, con alguna actividad sexual o no. Asimismo, BHANDARI *et al.* (2011) encontró que en el 48% de los casos hubo contacto genital y en el 28% de los casos hubo más de un agresor. TENER *et al.* (2020), también concretaron que en un 7% de la muestra de su estudio se expusieron las partes íntimas de los niños, en un 29% realizaron tocamientos sexuales por encima de la ropa, el 40% sufrió tocamientos por debajo de la ropa y el 15% padeció penetración. Análogamente, CORTÉS *et al.* (2011) concluyeron que el 26.3% de la muestra sufrió ASI continuado, siendo el 13.9% a través de exhibicionismo, el 62.2% a través de tocamientos y el 23.9% por penetración. Sin embargo, en la muestra del estudio de YÜKSEL y KOÇTÜRK (2020), el 86.3% de los niños no sufrió penetración, destacando que los niños se encontraban más expuestos a la penetración (23.30%) que las niñas (8.30%). Por lo tanto, cuando se produce una continuidad del abuso y, en consecuencia, varios incidentes de abuso, se considera como abuso más grave porque repercute notoriamente en el niño (CANTÓN-CORTÉS *et al.*, 2016). Por otro lado, YANCEY *et al.* (2013) también establecieron que la prolongación en el tiempo del ASI era otro de los factores que agravaban el abuso, concluyendo en su estudio que aquellos niños que sufrieron ASI durante más tiempo tuvieron conductas más problemáticas. Asimismo, Loinaz *et al.* (2019) confirmaron lo mencionado, ya que la muestra de su estudio corroboró que

los abusos se produjeron más de una vez y con mayor frecuencia cuando se trató de ASI intrafamiliar (88.9%) frente al ASI extrafamiliar (55.7%). Además, en el mismo estudio LOINAZ *et al.* (2019) encontraron que el ASI duró más de un año en el 71.7% de los casos de la muestra estudiada, en el 24% duró más de cuatro años y en el 10% duró más de nueve años. Sin embargo, BHANDARI *et al.* (2011) encontraron que el 42% de los casos el ASI duró cinco meses, en el 14% se prolongó de 6 a 23 meses y en el 44% de los casos, el período de ASI duró dos años o más.

*Entorno familiar en la infancia, afrontamiento y apoyo.* El entorno pudo suponer un factor de riesgo o un factor de protección para el niño. YANCEY *et al.* (2013) encontraron que aquellos niños que tuvieron uno de los progenitores deprimidos, experimentaron una mayor angustia con respecto al ambiente familiar. TENER *et al.* (2020) informaron en su estudio que el 76% de la muestra pertenecía a una familia con dos padres casados y el 24% de la muestra restante tenían otras estructuras familiares, con padres divorciados, viudos, padrastros, etc. Por otro lado, según el estudio realizado por CANTÓN-CORTÉS *et al.* (2016), el 68.9% de los niños que sufrieron ASI provenían de una familia intacta, el 12.6 % de una familia cuya pareja se divorció, el 7.2% de un hogar con un progenitor fallecido, el 8.4% de una familia cuyo cuidador se volvió a casar y el 1.8% de una familia adoptiva. En el mismo estudio, el 8.4% de los niños fueron hijos únicos, el 44% tenía un hermano, el 25.3% tenía dos hermanos, el 12.7% tenía tres hermanos, el 6% tenía cuatro hermanos, el 1.2% tenía cinco hermanos y otro 1.2% tenía seis hermanos (CANTÓN-CORTÉS *et al.*, 2016). En este sentido, CANTÓN-CORTÉS *et al.* (2016) concluyeron que la seguridad ofrecida por el sistema familiar tras la revelación dependió de las características del abuso, por lo que, cuando se trató de un abuso continuado, se observó mayor preocupación familiar. Por otro lado, en el estudio realizado por ROBERTSON *et al.* (2016), el 41.2% de la muestra declaró haber sido testigo de violencia paterna a algún miembro de la familia, y un 24% informó haber presenciado violencia en la relación de sus padres. Siguiendo esta línea, LOINAZ *et al.* (2019) también observaron que en los casos de ASI intrafamiliar hubo violencia doméstica y abusos sexuales en los antecedentes familiares. Sin embargo, tras el abuso, BHANDARI *et al.* (2011) concluyeron que únicamente el 14% de la muestra de su estudio pudieron revelar el abuso y sólo el 18% recibió alguna manifestación de apoyo familiar. Análogamente, LIRA *et al.* (2017) mostraron interés en estudiar la revelación tras el ASI e informaron que seis de las participantes de la muestra revelaron el abuso intencionadamente a un familiar o en la escuela, una de ellas fue sorprendida por un familiar mientras el sujeto abusaba de ella, otra fue impulsada por un Consejo Tutelar y la última reveló el ASI mientras participaba en este estudio a la edad de 53 años. En otro sentido, VERMEULEN y GREEFF (2015) concretaron que la mayoría de la muestra de su estudio vivía en la pobreza, pero se esforzaba para cubrir las necesidades básicas de la familia; uno de los participantes, describió que

una abuela llevó a su nieta, víctima de ASI, a terapia un día de lluvia intensa a pesar del tiempo y de la dificultad de coger un taxi y el coste adicional. Siguiendo la misma línea, la capacidad con la que los niños de la muestra objeto de estudio afrontaron el abuso tuvieron un efecto positivo cuando los miembros de la familia mostraron sensación de apoyo, mayores niveles de resiliencia y de calidez familiar (VERMEULEN y GREEFF, 2015).

*Adaptación en la vida adulta.* BHANDARI *et al.* (2011) encontraron que aquellos participantes que sufrieron ASI mostraban niveles más altos de malestar psicológico y niveles más bajos de adaptación sexual en la vida adulta. Sin embargo, en su estudio se comprobó que el entorno familiar y la adaptación a la vida adulta no se relacionaba con el ASI del niño (BHANDARI *et al.*, 2011). Sin embargo, MA y LI (2014) determinaron que aquellos niños con trauma por ASI tuvieron una percepción negativa de las relaciones interpersonales, con dificultades de comportamiento en la edad adulta, y creencias de volver a ser revictimizados en un futuro.

*Sujeto abusador.* Se entiende como sujeto abusador a aquella persona que utiliza la fuerza física y las amenazas, actuando en contra de la voluntad de la víctima, aprovechando las situaciones en las que el menor se encuentra desprotegido, como, por ejemplo, cuando duerme (TENER *et al.*, 2020). Además, en una familia con dificultades económicas es más probable que los hermanos más mayores asuman el rol de cuidadores, estableciendo ellos las normas y creando rutinas donde los actos sexuales forman parte de la vida cotidiana entre los hermanos (Tener *et al.*, 2020). TENER *et al.* (2020) hallaron que en el 22% de los casos, el hermano agresor sufrió también ASI y realizó los mismos actos sexuales con sus hermanos pequeños. Por otro lado, MA y LI (2014) encontraron con su muestra que el 81.70% de los niños fueron abusados por sus padres biológicos. Siguiendo esta misma línea, LIRA *et al.*, 2017 informaron que, de la muestra total, los sujetos abusadores fueron tres padres y cuatro padrastros, y una de las participantes reveló que fue abusada por más de un maltratador, concretamente, por tres primos y dos hermanos. Sin embargo, YÜKSEL y KOÇTÜRK (2020) concluyeron que el 4.2% de los sujetos que abusaron fueron mujeres, dos de las cuales ayudaron al agresor masculino para que llevara a cabo el ASI, mientras que las otras cinco abusaron sexualmente de los niños por su cuenta.

## 7. Discusión

El objetivo del presente trabajo consistió en analizar las diferentes secuelas psicológicas que pueden aparecer en personas que sufren abuso sexual durante su infancia, a través de una revisión de estudios recientes de investigación empírica, para poder realizar un contraste con la litera-

tura existente y, de esta manera, contribuir a un mejor conocimiento del fenómeno.

Los estudios seleccionados fueron un total de 12, la mayoría de los cuales se publicaron en España (CANTÓN-CORTÉS *et al.*, 2016; CORTÉS *et al.*, 2011; LOINAZ *et al.*, 2019) y Estados Unidos (ROBERTSON *et al.*, 2016; SARTOR *et al.*, 2013). No obstante, el ASI es un fenómeno muy estudiado globalmente a lo largo del tiempo, lo cual corrobora la literatura precedente (COLDREY, 1996; SINGH *et al.*, 2014). Por otro lado, pese a la importancia del fenómeno objeto de estudio, según los estudios revisados y sus criterios de inclusión y exclusión, a lo largo del período acotado en el presente trabajo se publicaron pocos estudios sobre el ASI. Sin embargo, considerando la literatura precedente, esta temática ha sido objeto de estudio desde hace muchos años (ALONSO y CASTELLANOS, 2006; BAZO, 2002; FERNÁNDEZ, 2020; GÓMEZ y JUÁREZ, 2014; MARTIN, 1995; OLAFSON *et al.*, 1993; WALKOWITZ, 1980).

Por otra parte, en cuanto a los autores, destacaron CANTÓN-CORTÉS, CANTÓN y CORTÉS, compartiendo autoría en varios trabajos (CANTÓN-CORTÉS *et al.*, 2016; CORTÉS *et al.*, 2011); no obstante, cabe destacar que estos mismos autores realizaron varios estudios relacionados con el ASI, sus características y consecuencias, que fueron empleados para realizar la introducción del presente trabajo (CANTÓN-CORTÉS y ROSARIO, 2015; CANTÓN-CORTÉS *et al.*, 2012). Sin embargo, TENER, que únicamente realizó un estudio de los seleccionados por el presente trabajo (TENER *et al.*, 2020), también llevó a cabo otro estudio, como único autor, empleado en la introducción del presente trabajo (TENER, 2018).

El análisis sistemático reveló diferentes temáticas relacionadas con el ASI y sus consecuencias: consecuencias psicológicas del ASI, gravedad del abuso sexual, entorno familiar en la infancia, afrontamiento y apoyo, adaptación en la vida adulta y características del sujeto abusador.

*Consecuencias psicológicas del ASI.* El análisis de resultados informó que sufrir ASI acentúa la posibilidad de padecer una sintomatología psicológica grave, con posible TEPT, cuadros depresivos, menor autoestima y mayor ansiedad (BHANDARI *et al.*, 2011; CORTÉS *et al.*, 2011; MA y LI, 2014). Estos hallazgos son congruentes con los que se encontraron en la literatura previa (BELTRÁN, 2009; CANTÓN-CORTÉS y ROSARIO, 2015; JOHNSON *et al.*, 2004; MELLON *et al.*, 2006; PUTNAM, 2003; TONG *et al.*, 1987).

*Gravedad del abuso sexual.* Los resultados de los estudios seleccionados distinguieron tres grados de gravedad del abuso; de mayor a menor gravedad: (1) penetración anal, vaginal u oral, (2) caricias o manipulación con las manos, y (3) exposición a pornografía, indicando grandes porcentajes de abusos graves, afirmando también que, cuanto más duradero fuese el ASI, mayor serían los síntomas negativos posteriores (BHANDARI *et al.*, 2011; CORTÉS *et al.*, 2011; LOINAZ *et al.*, 2019; TENER *et al.*, 2020; YANCEY *et al.*, 2013; YÜKSEL y KOÇTÜRK, 2020). La bibliografía

fía extensa mostró datos muy similares (LEMIEUX y BYERS, 2008; RUSSELL, 1986; SCIOLLA *et al.*, 2011), incluyendo también como factor de gravedad la relación entre la víctima y su agresor, ya que se demostró que el ASI fue más grave cuando el vínculo entre la víctima y su perpetrador fue más cercano (ULLMAN, 2007). Además, en el caso en el que víctima y agresor mantuvieron una relación muy estrecha, aumentó la accesibilidad al niño, favoreciendo la prolongación de la duración del ASI (WALLIS y WOODWORTH, 2020).

*Entorno familiar en la infancia, afrontamiento y apoyo.* El análisis de resultados permitió evidenciar que un deficiente entorno familiar tuvo más riesgo de favorecer el ASI intrafamiliar; asimismo, los miembros de la familia que son agresores tendieron interiorizar que el abuso formaba parte de una actividad cotidiana más; por ello, es importante un mayor apoyo proporcionado por, al menos, uno de los progenitores, ya que contribuyó a un mejor afrontamiento del abuso por parte del menor tras haberlo revelado (BHANDARI *et al.*, 2011; CANTÓN-CORTÉS *et al.*, 2016; LIRA *et al.*, 2017; LOINAZ *et al.*, 2019; TENER *et al.*, 2020; VERMEULEN y GREEFF, 2015; YANCEY *et al.*, 2013). Otros estudios concluyeron también que pertenecer a una familia desorganizada, donde predominaba el alcoholismo por parte de los padres y el divorcio, entre otros factores estresantes, conllevó al distanciamiento social familiar, produciéndose secretos entre los miembros de la unidad y favoreciendo la aparición de ASI. Además, MERRILL *et al.* (2001) añadió que para que el niño obtuviera un mejor ajuste psicológico tras el ASI, debía emplear comportamientos y pensamientos dirigidos a la amenaza (ABELLEIRA, 2009; BARUDY, 2000; FASSLER *et al.*, 2005; KEMPE, 1978; SARMIENTO, 2013).

*Adaptación en la vida adulta.* Los resultados obtenidos mostraron que los niños que sufrieron ASI, experimentaron niveles más altos de malestar psicológico y niveles más bajos de adaptación sexual en la vida adulta y, consecuentemente, tuvieron creencias de volver a ser revictimizados en un futuro (BHANDARI *et al.*, 2011; MA y LI, 2014). Sin embargo, RIND *et al.* (1998) concluyeron en metaanálisis que no todos los hombres y mujeres que habían sido abusados sexualmente en la infancia mostraron sintomatología clínica en la edad adulta, si bien diversos síntomas podían aparecer con el transcurso de los años o agravarse con el tiempo si no recibían un buen tratamiento inicial (MANNARINO *et al.*, 1991).

*Sujeto abusador.* Los resultados del análisis mostraron que cualquier miembro de la familia podía ser un maltratador, mencionando a padres biológicos, padrastros, hermanos y primos, la mayoría hombres (LIRA *et al.*, 2017; MA y LI, 2014; TENER *et al.*, 2020), sin embargo, YÜKSEL y KOÇTÜRK (2020) concluyeron que las mujeres también pueden abusar sexualmente de los menores. En este sentido, la literatura previa mostró datos muy similares, indicando que el sujeto abusador puede ser cualquier miembro familiar, aunque en su mayoría hombres (INTEBI, 2001; SARMIENTO *et al.*, 201), además, parte de la bibliografía extensa (BECKER,

1994) determinó que no existe un perfil preciso de los sujetos que abusan de menores, que no padecen ninguna psicopatología específica, ni pertenecen a un nivel socio-cultural determinado. Sin embargo, ROMI Y GARCÍA (2005) determinaron algunos antecedentes que se pueden asociar al maltratador: (1) poseer algún trastorno de personalidad que tratan de superar a través de la agresión sexual; (2) conflictos de pareja o de familia, y (3) factores externos, como el alcoholismo o el abuso de sustancias.

## **8. Limitaciones del presente trabajo y sugerencias para futuros trabajos**

En primer lugar, una de las limitaciones presentes en este trabajo ha sido que la mayor parte de los estudios analizados trabajaban con una muestra compuesta únicamente por mujeres. En segundo lugar, la naturaleza retrospectiva de la mayoría de investigaciones que estudian la problemática, que puede crear un sesgo en la memoria de los supervivientes o, por el contrario, una posible revictimización de la víctima. Por otra parte, el idioma también ha supuesto una limitación, sobre todo, en aquellos trabajos que se desarrollaban en países más pobres, como, por ejemplo, Sudáfrica, en los cuales muchos estudios se ven obligados a reducir la información otorgada a la muestra por su incomprensión. Por último, otra de las limitaciones se centra en el tamaño de la muestra, siendo en ocasiones demasiado pequeño, lo cual, no permite extrapolar los resultados.

Por otro lado, es necesario que los profesionales de la salud, tanto educadores, como médicos, psicólogos o terapeutas entiendan que el ASI no se limita a un grupo socioeconómico, cultural o étnico; además, deben colaborar para prevenir e identificar de manera adecuada la violencia intrafamiliar para evitar o, al menos paliar las consecuencias a largo plazo. Por ello, los estudios empíricos deberían impulsar a los profesionales a crear tratamientos de prevención de la violencia y el abuso sexual mucho más acotados, dependiendo de la muestra que se quiera estudiar, es decir, establecer unos planes de actuación concretos a las necesidades, circunstancias y estilos de aprendizaje de los participantes, en función de la edad y el género del niño, de la gravedad del abuso y del entorno familiar donde se desarrolla el menor, ya que así se podrían obtener mejores resultados y ayudar en la comprensión de los matices asociados con la violencia familiar y el ASI en comunidades concretas. Por último, debido a que el ASI tiene un impacto tan personal en quienes lo sufren y, a veces, puede extenderse a su entorno, es necesario que se realicen más estudios cualitativos que destaquen los detalles fenomenológicos de la experiencia, y que analicen en profundidad sus efectos.

## 9. Bibliografía

- ABELLEIRA, H. (2009). El Abuso Sexual Infantil en la Familia: Catástrofe en los Vínculos, Complejidades del Abordaje Interdisciplinario. *Cuestiones de Infancia*, 13, 34-45.
- AL MAJALI, S. y ALSREHAN, H. (2019). The Impact of Family Violence on The Social and Psychological Development of The Child. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 24(5), 199-207.
- ALMONTE, C., INSUNZA, C. y RUIZ, C. (2002). Abuso Sexual en Niños y Adolescentes de Ambos Sexos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40(1), 22-30. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000100003>
- ALONSO, J. M. y CASTELLANOS, J. L. (2006). Por un Enfoque Integral de la Violencia Familiar. *Psychosocial Intervention*, 15(3), 253-274.
- BAKER, A. W. y DUNCAN, S. P. (1985). Child Sexual Abuse: A Study of Prevalence in Great Britain. *Child Abuse & Neglect*, 9(4), 457-467. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(85\)90054-7](https://doi.org/10.1016/0145-2134(85)90054-7)
- BALOGH, R., BRETHERTON, K., WHIBLEY, S., BERNEY, T., GRAHAM, S., RICHOLD, P., WORSLEY, C. y FIRTH, H. (2001). Sexual Abuse in Children and Adolescents with Intellectual Disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(3), 194-201. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2001.00293.x>
- BARUDY, J. (2000). *Maltrato Infantil. Ecología Social: Prevención y Reparación*. Galdoc.
- BAZO, M. T. (2002). Diversas Manifestaciones de la Violencia Familiar. *Revista-Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 10, 213-219.
- BEAUDOIN, G., HÉBERT, M. y BERNIER, A. (2013). Contribution of Attachment Security to the Prediction of Internalizing and Externalizing Behavior Problems in Preschoolers Victims of Sexual Abuse. *European Review of Applied Psychology*, 63(3), 147-157. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.12.001>
- BECKER, J. V. (1994). Offenders: Characteristics and Treatment. *The Future of Children*, 4(2) 176-197. <https://doi.org/10.2307/1602530>
- BELTRÁN, C. (2007). Características y Factores Precipitantes Asociados al Abuso Sexual. *Medunab*, 10(1), 38-49.
- BELTRÁN, N. P. (2009). Consecuencias Psicológicas Iniciales del Abuso Sexual Infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 135-144.
- BERÁSTEGUI, A. y GÓMEZ-BENGOECHEA, B. (2006). Los Menores con Discapacidad como Víctimas de Maltrato Infantil: Una Revisión. *Psychosocial Intervention*, 15(3), 293-306.
- BHANDARI, S., WINTER, D., MESSER, D. y METCALFE, C. (2011). Family Characteristics and Long Term Effects of Childhood Sexual Abuse.

- British Journal of Clinical Psychology*, 50(4), 435-451. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2010.02006.x>
- BROWNE, A. y FINKELHOR, D. (1986). Impact of Child Sexual Abuse: A Review of the Research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.66>
- BUSHNELL, J. A., WELLS, J. E. y OAKLEY-BROWNE, M. A. (1992). Long-term Effects of Intrafamilial Sexual Abuse in Childhood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(2), 136-142. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1992.tb01458.x>
- CANTÓN-CORTÉS, D. y ROSARIO, M. (2015). Consecuencias del Abuso Sexual Infantil: Una Revisión de las Variables Intervinientes. *Anales de Psicología*, 31(2), 607-614. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>
- CANTÓN-CORTÉS, D., CANTÓN, J. y CORTÉS, M. R. (2012). The Interactive Effect of Blame Attribution with Characteristics of Child Sexual Abuse on Post-Traumatic Stress Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(4), 329-335. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31824cc078>
- (2016). Emotional Security in the Family System and Psychological Distress in Female Survivors of Child Sexual Abuse. *Child Abuse & Neglect*, 51, 54-63. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.005>
- CASTRO, Y. R., ROMÁN, R. M. y RUIDO, P. A. (2020). Experiencias de Violencia Sexual Sufrida por Estudiantes Universitarias. En E. J. Díez y J. R. Rodríguez (Dir.), *Educación para el Bien Común: hacia una práctica crítica, inclusiva y comprometida socialmente* (114-123). Octaedro.
- CHANDY, J. M., BLUM, R. W. y RESNICK, M. D. (1996). Gender-Specific Outcomes for Sexually Abused Adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 20(12), 1219-1231. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(96\)00117-2](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(96)00117-2)
- COHEN, C. y GOBETTI, G. J. (2003). *O Incesto: O Abuso Sexual Intrafamiliar*. <https://www.usp.br/cearas/ARTIGOS/oIncestoOabusoSexual-Intrafamiliar.htm>
- COLDREY, B. M. (1996). The Sexual Abuse of Children: The Historical Perspective. *Studies: An Irish Quarterly Review*, 85(340), 370-380. <http://www.jstor.org/stable/30091236>
- COLMAN, R. A. y WIDOM, C. S. (2004). Childhood Abuse and Neglect and Adult Intimate Relationships: A Prospective Study. *Child Abuse & Neglect*, 28(11), 1133-1151. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.02.005>
- CORTÉS, M. R., CANTÓN-CORTÉS, D. y CANTÓN, J. (2011). Consecuencias a Largo Plazo del Abuso Sexual Infantil: Papel de la Naturaleza y Continuidad del Abuso y del Ambiente Familiar. *Psicología Conductual*, 19(1), 41-56.

- DEBLINGER, E., STEER, R. y LIPPMANN, J. (1999). Maternal Factors Associated with Sexually Abused Children's Psychosocial Adjustment. *Child Maltreatment*, 4(1), 13-20. <https://doi.org/10.1177/1077559599004001002>
- DEZA, S. (2005). Factores Protectores en la Prevención del Abuso Sexual Infantil. *Liberabit*, 11(11), 19-24.
- DÍAZ, C. Y ASTAIZA, A. (2016). Secuelas del Maltrato Infantil. *Revista Psicología Científica*, 10(11). <http://www.psicologiacientifica.com/secuelas-del-maltrato-infantil>
- DRAUCKER, C. B., MARTSOLF, D. S., ROLLER, C., KNAPIK, G., ROSS, R. y STIDHAM, A. W. (2011). Healing from Childhood Sexual Abuse: A Theoretical Model. *Journal of Child Sexual Abuse*, 20(4), 435-466. <https://doi.org/10.1080/10538712.2011.588188>
- DUFOUR, M. H. y NADEAU, L. (2001). Sexual Abuse: A Comparison between Resilient Victims and Drug-Addicted Victims. *Violence and Victims*, 16(6), 655-72.
- ECHEBURÚA, E. y CORRAL, P. D. (2006). Secuelas Emocionales en Víctimas de Abuso Sexual en la Infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, (43-44), 75-82.
- FASSLER, I. R., AMODEO, M., GRIFFIN, M. L., CLAY, C. M. y ELLIS, M. A. (2005). Predicting Long-term Outcomes for Women Sexually Abused in Childhood: Contribution of Abuse Severity Versus Family Environment. *Child Abuse & Neglect*, 29(3), 269-84. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.12.006>
- FEIRING, C., ROSENTHAL, S. y TASKA, L. (2000). Stigmatization and the Development of Friendship and Romantic Relationships in Adolescent Victims of Sexual Abuse. *Child Maltreatment*, 5(4), 311-322. <https://doi.org/10.1177/1077559500005004003>
- FEIRING, C., TASKA, L. y CHEN, K. (2002). Trying to Understand Why Horrible Things Happen: Attribution, Shame, and Symptom Development Following Sexual Abuse. *Child Maltreatment*, 7(1), 25-39. <https://doi.org/10.1177/1077559502007001003>
- FERNÁNDEZ, M. A. G. (2020). Delitos Sexuales Contra Menores: Especial Referencia a Agresiones y Abusos Sexuales. *Revista Internacional de Doctrina y Jurisprudencia*, (23), 2.
- FISCHER, D. G. y McDONALD, W. L. (1998). Characteristics of Intrafamilial and Extrafamilial Child Sexual Abuse. *Child Abuse & Neglect*, 22(9), 915-929. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00063-5](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00063-5)
- GARCÍA, L. B. y MONROY, Y. M. (2016). Caracterización del Abuso Sexual Infantil a partir de Historias Clínicas. *Avances en Psicología*, 24(2), 135-147. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2016.v24n2.149>
- GÓMEZ, E. y JUÁREZ, E. (2014). Criminología Sexual. *Revista Ius*, 8(34), 141-165.

- GREENBERG, N. H. (1979). The Epidemiology of Childhood Sexual Abuse. *Pediatric Annals*, 8(5), 16-28. <https://doi.org/10.3928/0090-4481-19790501-05>
- GRIES, L. T., GOH, D. S., ANDREWS, M. B., GILBERT, J., PRAVER, F. y STELZER, D. N. (2000). Positive Reaction to Disclosure and Recovery from Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 9(1), 29-51. [https://doi.org/10.1300/J070v09n01\\_03](https://doi.org/10.1300/J070v09n01_03)
- HÉBERT, M., TREMBLAY, C., PARENT, N., DAIGNAULT, I. V. y PICHÉ, C. (2006). Correlates of Behavioral Outcomes in Sexually Abused Children. *Journal of Family Violence*, 21(5), 287-299. <https://doi.org/10.1007/s10896-006-9026-2>
- INTEBI, I. V. (2001). *Abuso Sexual Infantil: En las Mejores Familias*. Granica.
- JOHNSON, D., SHEAHAN, T. C. y CHARD, K. M. (2003). Personality Disorders, Coping Strategies, and Posttraumatic Stress Disorder in Women with Histories of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12(2), 19-39. [https://doi.org/10.1300/J070v12n02\\_02](https://doi.org/10.1300/J070v12n02_02)
- KALLSTROM-FUQUA, A. C., WESTON, R. y MARSHALL, L. L. (2004). Childhood and Adolescent Sexual Abuse of Community Women: Mediated Effects on Psychological Distress and Social Relationships. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 980. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.6.980>
- KATERNDAHL, D., BURGE, S. y KELLOGG, N. (2005). Predictors of Development of Adult Psychopathology in Female Victims of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 193, 258-264. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000158362.16452.2e>
- KEMPE, C. H. (1978). Sexual Abuse, Another Hidden Pediatric Problem: The 1977 C. Anderson Aldrich Lecture. *Pediatrics*, 62(3), 382-389. <https://doi.org/10.1542/peds.62.3.382>
- LEMIEUX, S. R. y BYERS, E. S. (2008). The Sexual Well-Being of Women Who Have Experienced Child Sexual Abuse. *Psychology of Women Quarterly*, 32(2), 126-144. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2008.00418.x>
- LEVENTHAL, J. M., (1998). *Epidemiology of Sexual Abuse of Children: Old Problems, New Directions*, 22(6), 481-491. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(98\)00014-3](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(98)00014-3)
- LIM, Y. Y., WAHAB, S., KUMAR, J., IBRAHIM, F. y KAMALUDDIN, M. R. (2021). Typologies and Psychological Profiles of Child Sexual Abusers: An Extensive Review. *Children*, 8(5), 333. <https://doi.org/10.3390/children8050333>
- LIRA, M. O. D. S. C., NITSCHKE, R. G., RODRIGUES, A. D., RODRIGUES, V. P., COUTO, T. M. y DINIZ, N. M. F. (2017). Surviving Sexual Abuse in Everyday life: Forms of Resistance Used by Children and Adolescents.

*Texto y Contexto-Enfermagem*, 26(2), 1-9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000050016>

- LOINAZ, I., BIGAS, N. y SOUSA, A. M. D. (2019). Comparing Intra and Extra-Familial Child Sexual Abuse in a Forensic Context. *Psicothema*, 31(3), 271-276. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.351>
- LOSADA, A. V. y JURSA, I. R. (2019). Abuso Sexual Infantil y Dinámica Familiar. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(3), 2803-2828.
- LOSADA, A. V. y SABOYA, D. (2013). Abuso Sexual Infantil, Trastornos de la Conducta Alimentaria y su Tratamiento. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 102-134.
- MA, E. Y. y LI, F. W. (2014). Developmental Trauma and its Correlates: A Study of Chinese Children with Repeated Familial Physical and Sexual Abuse in Hong Kong. *Journal of Traumatic Stress*, 27(4), 454-460. <https://doi.org/10.1002/jts.21944>
- MANNARINO, A. P., COHEN, J. A., SMITH, J. A. y MOORE-MOTILY, S. (1991). Six-and Twelve-month Follow-up of Sexually Abused girls. *Journal of Interpersonal Violence*, 6(4), 494-511. <https://doi.org/10.1177/088626091006004008>
- MANSELL, S., SOBSEY, D. y MOSKAL, R. (1998). Clinical Findings Among Sexually Abused Children with and without Developmental Disabilities. *Mental Retardation*, 36(1), 12-22. [https://doi.org/10.1352/0047-6765\(1998\)036<0012:CFASAC>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(1998)036<0012:CFASAC>2.0.CO;2)
- MARTIN, E. J. (1995). Incest/Child Sexual Abuse: Historical perspectives. *Journal of Holistic Nursing*, 13(1), 7-18. <https://doi.org/10.1177/089801019501300103>
- MASON, W. A., ZIMMERMAN, L. y EVANS, W. (1998). Sexual and Physical Abuse among Incarcerated Youth: Implications for Sexual Behaviour, Contraceptive Use, and Teenage Pregnancy. *Child Abuse & Neglect*, 22(10), 987-995. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00080-5](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00080-5)
- MELLON, M. W., WHITESIDE, S. P. y FRIEDRICH, W. N. (2006). The Relevance of Fecal Soiling as an Indicator of Child Sexual Abuse: A Preliminary Analysis. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27(1), 25-32. <https://doi.org/10.1097/00004703-200602000-00004>
- MIN, M., FARKAS, K., MINNES, S. y SINGER, L. T. (2007). Impact of Childhood Abuse and Neglect on Substance Abuse and Psychological Distress in Adulthood. *Journal of Traumatic Stress*, 20(5), 833-844. <https://doi.org/10.1002/jts.20250>
- MORENO, S. C., FLÓREZ, C. M. y TECANO, C. A. (2013). Fenomenología del Cuerpo en el Abuso Sexual Intrafamiliar: el Caso de una Adolescente con Características de Estrés Postraumático. *Criterios*, 6(1), 277-300. <https://doi.org/10.21500/20115733.1993>

- MUELA, A., TORRES, B. y BALLUERKA, N. (2012). Estilo de Apego y Psicopatología en Adolescentes Víctimas de Maltrato Infantil. *Infancia y Aprendizaje*, 35(4), 451-469. <https://doi.org/10.1174/021037012803495294>
- MURRAY, L. K., NGUYEN, A. y COHEN, J. A. (2014). Child Sexual Abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 321-337. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.01.003>
- OLAFSON, E., CORWIN, D. L. y SUMMIT, R. C. (1993). Modern History of Child Sexual Abuse Awareness: Cycles of Discovery and Suppression. *Child Abuse & Neglect*, 17(1), 7-24. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(93\)90004-o](https://doi.org/10.1016/0145-2134(93)90004-o)
- PADILLA, R. J. (2011). Trastornos de Personalidad en Víctimas de Abuso Sexual Infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(2), 131-139.
- PAOLUCCI, E. O., GENUIS, M. L. y VIOLATO, C. (2001). A Meta-analysis of the Published Research on the Effects of Child Sexual Abuse. *The Journal of Psychology*, 135(1), 17-36. <https://doi.org/10.1080/00223980109603677>
- PÉREZ-FUENTES, G., OLAFSON, M., VILLEGAS, L., MORCILLO, C., WANG, S. y BLANCO, C. (2013). Prevalence and Correlates of Child Sexual Abuse: A National Study. *Comprehensive Psychiatry*, 54(1), 16-27. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.05.010>
- PRISMA. (2022). *Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-Analyses*. [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org)
- PUTNAM, F. W. (2003). Ten-year Research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278. <https://doi.org/10.1097/00004583-200303000-00006>
- QUAS, J. A., GOODMAN, G. S. y JONES, D. P. (2003). Predictors of Attributions of Self-blame and Internalizing Behavior Problems in Sexually Abused Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(5), 723-736. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00158>
- RIND, B., TROMOVITCH, P. y BAUSERMAN, R. (1998). A Meta-analytic Examination of Assumed Properties of Child Sexual Abuse Using College Samples. *Psychological Bulletin*, 124(1), 22-53. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.124.1.22>
- ROBERTSON, H. A., CHAUDHARY NAGARAJ, N. y VYAS, A. N. (2016). Family Violence and Child Sexual Abuse Among South Asians in the US. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(4), 921-927. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0227-8>
- ROMANO, E. y DE LUCA, R. V. (2001). Male sexual abuse: A Review of Effects, Abuse Characteristics, and Links with Later Psychological Functioning. *Aggression and Violent Behaviour*, 6(1), 55-78. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(99\)00011-7](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(99)00011-7)

- ROMI, J. C. y GARCÍA, L. (2005). Algunas Reflexiones sobre la Pedofilia y el Abuso Sexual de Menores. *Cuadernos de Medicina Forense*, 3(2), 93-112.
- RUNYAN, D. K. (1998). Prevalence, Risk, Sensitivity, and Specificity: A Commentary on the Epidemiology of Child Sexual Abuse and the Development of a Research Agenda. *Child Abuse & Neglect*, 22(6), 493-498. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(98\)00015-5](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(98)00015-5)
- SÁNCHEZ, R. G. (2015). Abuso Sexual en Menores de Edad, Problema de Salud Pública. *Avances en Psicología*, 23(1), 61-71.
- SARMIENTO, I. V. (2013). El abuso sexual infantil: Perfil del Abusador, la Familia, el Niño Víctima y Consecuencias Psíquicas del Abuso. *Psicogente*, 16(30), 451-470.
- SARMIENTO, I. V., GONZÁLEZ, P. G., HERNÁNDEZ, M. A., ACOSTA, F. B., GARCÍA, Y. G. y VILLALBA, I. P. (2011). Funcionamiento Familiar en Familias Víctimas de Abuso Sexual Intrafamiliar-Incesto. *Psicogente*, 14(25), 100-121.
- SARTOR, E. C., WALDRON, M., DUNCAN, E. A., GRANT, D. J., MCCUTCHEON, V. V., NELSON, C. E., MADDEN, A. F. P., BUCHOLZ, K. K. y HEATH, C. A. (2013). Childhood Sexual Abuse and Early Substance Use in Adolescent Girls: The Role of Familial Influences. *Addiction*, 108, 993-1000. <https://doi.org/10.1111/add.12115>
- SCHALINSKI, I., ELBERT, T., STEUDE-SCHMIEDGEN, S. y KIRSCHBAUM, C. (2015). The Cortisol Paradox of Trauma-related Disorders: Lower Phasic Responses but Higher Tonic Levels of Cortisol are Associated with Sexual Abuse in Childhood. *PloS One*, 10(8): e0136921. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136921>
- SCIOLLA, A., GLOVER, D. A., LOEB, T. B., ZHANG, M., MYERS, H. F. y WYATT, G. E. (2011). Childhood Sexual Abuse Severity and Disclosure as Predictors of Depression Among Adult African American and Latina Women. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(7), 471. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31822142ac>
- SELIGMAN, M. E., ABRAMSON, L. Y., SEMMEL, A. y VON BAEYER, C. (1979). Depressive Attributional Style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(3), 242-247. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.88.3.242>
- SIMKIN, P. (2010). Survivor Moms: Women's Stories of Birthing, Mothering and Healing after Sexual Abuse. *Birth*, 37(1), 81-82. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00384.1.x>
- SINGH, M. M., PARSEKAR, S. S. y NAIR, S. N. (2014). An Epidemiological Overview of Child Sexual Abuse. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 3(4), 430. <http://doi.org/10.4103/2249-4863.148139>
- SPERRY, D. M. y GILBERT, B. O. (2005). Child Peer Sexual Abuse: Preliminary Data on Outcomes and Disclosure Experiences. *Child Abuse & Neglect*, 29(8), 889-904. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.12.011>

- STEEL, J., SANNA, L., HAMMOND, B., WHIPPLE, J. y CROSS, H. (2004). Psychological Sequelae of Childhood Sexual Abuse: Abuse-related Characteristics, Coping Strategies, and Attributional Style. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 785-801. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.12.004>
- STERN, A. E., LYNCH, D. L., OATES, R. K., O'TOOLE, B. I. y COONEY, G. (1995). Self Esteem, Depression, Behaviour and Family Functioning in Sexually Abused children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(6), 1077-1089. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1995.tb01352.x>
- TENER, D. (2018). The Secret of Intrafamilial Child Sexual Abuse: Who Keeps it and How? *Journal of Child Sexual Abuse*, 27(1), 1-21. <https://doi.org/10.1080/10538712.2017.1390715>
- TENER, D., TARSHISH, N. y TURGEMAN, S. (2020). «Victim, Perpetrator, or Just My Brother?» Sibling Sexual Abuse in Large Families: A Child Advocacy Center Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(21-22), 4887-4912. <https://doi.org/10.1177/0886260517718831>
- TONG, L., OATES, K. y MCDOWELL, M. (1987). Personality Development Following Sexual Abuse. *Child Abuse & Neglect*, 11(3), 371-383. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(87\)90011-1](https://doi.org/10.1016/0145-2134(87)90011-1)
- ULLMAN, S. E. (2007). Relationship to Perpetrator, Disclosure, Social Reactions, and PTSD Symptoms in Child Sexual Abuse Survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16(1), 19-36. [https://doi.org/10.1300/J070v16n01\\_02](https://doi.org/10.1300/J070v16n01_02)
- VAN GOOZEN, S. H. y FAIRCHILD, G. (2008). How Can the Study of Biological Processes Help Design New Interventions for Children with Severe Antisocial Behavior? *Development and Psychopathology*, 20(3), 941-973. <https://doi.org/10.1017/S095457940800045X>
- VAN ROODE, T., DICKSON, N., HERBISON, P. y PAUL, C. (2009). Child Sexual Abuse and Persistence of Risky Sexual Behaviors and Negative Sexual Outcomes Over Adulthood: Findings from a Birth Cohort. *Child Abuse & Neglect*, 33(3), 161-172. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.09.006>
- VERMEULEN, T. y GREEFF, A. P. (2015). Family Resilience Resources in Coping with Child Sexual Abuse in South Africa. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(5), 555-571. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1042183>
- WALKOWITZ, J. (1980). *Prostitution and Victorian Society: Women, Class, and the State*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511583605>
- WALLIS, C. y WOODWORTH, M. D. (2020). Child Sexual Abuse: An Examination of Individual and Abuse Characteristics that May Impact Delays of Disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 107, 104604. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104604>

- WIDOM, C. S. (1989). The Cycle of Violence. *Science*, 244(4901), 160-166. <https://doi.org/10.1126/science.2704995>
- WIDOM, C. S., CZAJA, S. J. y DUTTON, M. A. (2008). Childhood Victimization and Lifetime Revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 785-796. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.12.006>
- YANCEY, C. T., NAUFEL, K. Z. y HANSEN, D. J. (2013). The Relationship of Personal, Family, and Abuse-Specific Factors to Children's Clinical Presentation Following Childhood Sexual Abuse. *Journal of Family Violence*, 28(1), 31-42. <https://doi.org/10.1007/s10896-012-9485-6>
- YOUNG, R. E., BERGANDI, T. A. y TITUS, T. G. (1994). Comparison of the Effects of Sexual Abuse on Male and Female Latency-Aged Children. *Journal of Interpersonal Violence*, 9(3), 291-306. <https://doi.org/10.1177/088626094009003001>
- YÜKSEL, F. y KOÇTÜRK, N. (2020). Child Sexual Abuse in Preschool Age: Victims, Perpetrators and Familial Risk Factors. *Children and Youth Services Review*, 117, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105297>

