

**El Abuso Sexual Infantil y su relación con el desarrollo
de Comportamientos Adictivos**



Tesis Doctoral

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Universidad de
Sevilla

Sonia Franco Jaén

Tesis presentada por D^a. Sonia Franco Jaén y realizada bajo la dirección del Dr. José Manuel Rodríguez González y el Dr. Francisco Javier Cano García, en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla, para la obtención del Grado de Doctor por compilación de publicaciones.

En Sevilla, marzo de 2024

“Cuando no somos capaces ya de cambiar una situación, nos enfrentamos al reto de cambiar nosotros mismos”

(V́ctor Frankl)

Agradecimientos

En primer lugar, agradecer a mi director y tutor de tesis por darme la oportunidad de iniciarme en los estudios de doctorado y confiar en mi investigación a lo largo de estos años.

En segundo lugar, destacar la incansable ayuda prestada por mi compañero F. Javier de Río, que ha estado siguiendo de cerca esta investigación y se ha involucrado en los análisis estadísticos, las publicaciones y en la elaboración de esta tesis. Agradecer la confianza puesta en mi y en esta investigación y darme ánimos en los momentos más difíciles.

Destacar el apoyo personal que he estado recibiendo por parte de mi pareja y que no ha dejado que abandonase en los momentos en los que los ánimos flaqueaban. Así mismo, el apoyo de mis padres y familiares que nunca han dudado que lo conseguiría.

Por supuesto, agradecer a las personas que han participado en esta investigación sin las que no podría haber sido posible, como la colaboración de la Universidad de Sevilla, la Universidad de Cádiz, el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología y los distintos centros de adicciones de Proyecto Hombre (Proyecto Hombre Alicante, Proyecto Hombre Almería, Proyecto Hombre provincia de Cádiz, Proyecto Hombre Cantabria, Proyecto Hombre Castilla La Mancha, Proyecto Hombre Galicia, Proyecto Hombre Granada, Proyecto Hombre La Rioja, Proyecto Hombre Sevilla y Proyecto Hombre Valladolid).

INDICE

MARCO LEGISLATIVO DE LA TESIS DOCTORAL	11
JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS	13
INTRODUCCIÓN	15
EL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI)	17
<i>Definición de Abuso Sexual Infantil (ASI)</i>	17
<i>Prevalencia de los ASI</i>	19
<i>Modalidades de los ASI</i>	19
<i>Detección del ASI y valoración de las secuelas derivadas</i>	21
<i>Consecuencias de los ASI</i>	25
<i>Abordaje terapéutico</i>	28
LAS ADICCIONES	30
<i>Definición de droga y comportamiento adictivo</i>	30
<i>Conceptos básicos en adicciones</i>	32
<i>Prevalencia del consumo de drogas</i>	41
<i>Tipos de drogas y consecuencias</i>	43
<i>La relación entre ASI y adicciones</i>	45
<i>Prevalencia de ASI y desarrollo de adicciones</i>	46
<i>Secuelas de la confluencia de ASI y adicción</i>	47
OBJETIVOS E HIPÓTESIS	51
OBJETIVO GENERAL	54
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	54
HIPÓTESIS	54
TRABAJOS QUE CONFORMAN LA TESIS	55
PRIMER TRABAJO	57
SEGUNDO TRABAJO	81

TERCER TRABAJO	91
RESUMEN GLOBAL DE RESULTADOS	111
DISCUSIÓN GENERAL	119
LIMITACIONES Y PERSPECTIVA DE FUTURO	125
CONCLUSIONES	129
REFERENCIAS	133

Marco legislativo de la Tesis Doctoral

Esta Tesis Doctoral se presenta en la modalidad de tesis por compendio de publicaciones, en función del artículo 9 de la normativa reguladora del régimen de Tesis Doctoral (Acuerdo 9.1./CG 19-4-12-) de la Universidad de Sevilla. La línea de trabajo de las publicaciones que la componen es el estudio de las posibles relaciones y consecuencias en la vida adulta de una persona que ha sufrido Abuso Sexual Infantil y que mantiene comportamientos adictivos.

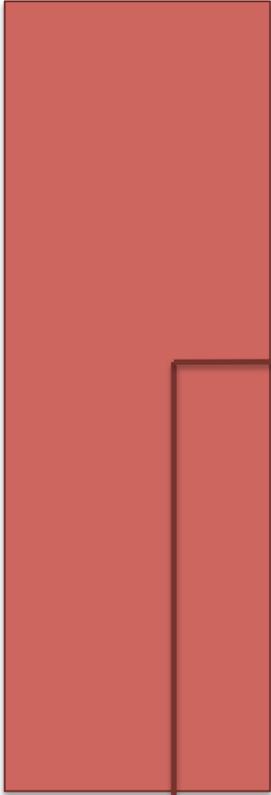
Justificación de la Tesis

Esta tesis surge en el seno del trabajo clínico, cuando atendiendo a usuarios de un centro de adicciones, empiezo a observar en un grupo de usuarios varones, que varios han pasado por acontecimientos vitales en su infancia similares. Entre ellos, se encuentran los Abusos Sexuales en la Infancia (ASI). Esto me hace empezar a observar a otros grupos y ver que este hecho, lejos de ser una coincidencia, es algo que se va repitiendo entre algunos hombres y mujeres que acuden de adultos a terapia por problemas de adicción. No es fácil que las personas que han pasado por estas vivencias quieran hablar de ello. A veces, no son hechos que recuerden, ni que les vean relación con su problema actual. Es por eso que, en la mayoría de los casos, las terapias en centros de adicciones empiezan centrándose principalmente en el problema de adicción y dejan de lado otras variables que puedan mediatizar el consumo. A veces, esto hace que las terapias se prolonguen en el tiempo o que cuando la persona empieza a controlar su adicción tengan recaídas por empezar a ser conscientes de hechos que habían intentado olvidar con el consumo de sustancias, entre otros, el ASI. Además, la falta de instrumentos de evaluación adecuados para explorar el ASI y la sintomatología asociada en adultos, hace que sea más complicada su detección en los momentos iniciales de la terapia y su inclusión en el tratamiento.

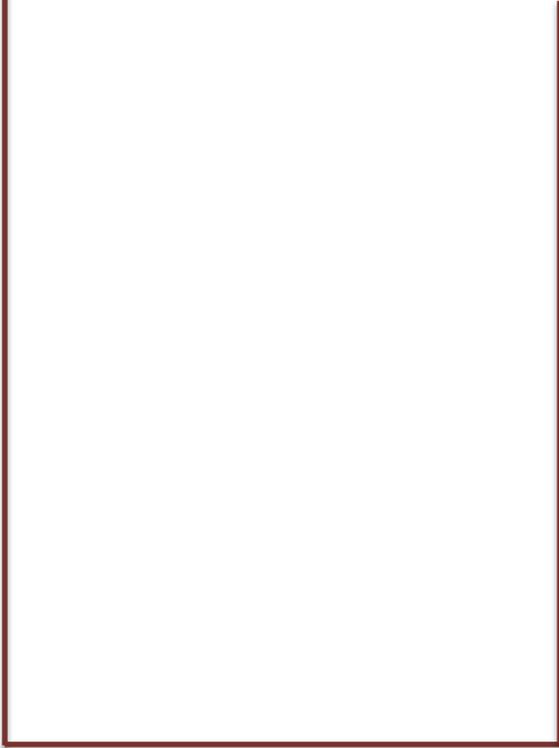
El objetivo de esta tesis es poder establecer la relación que pudiera existir entre haber sido víctima de ASI y el posterior inicio y mantenimiento de conductas adictivas, con o sin sustancia.

Con la realización de esta tesis se pretende visualizar los efectos y consecuencias del ASI en las personas con problemas de adicción y poder aumentar los recursos de evaluación

específicos para este sector, así como tener una visión general de las variables que pueden necesitar atención en estas personas, además de la abstinencia a una sustancia o comportamiento adictivo. Los resultados que se esperan de esta investigación es que las personas que han sufrido ASI tengan mayor predisposición a mantener comportamientos adictivos en la vida adulta, conseguir un cuestionario con propiedades psicométricas adecuadas que permita observar indicios de ASI y evidenciar si las personas víctimas de ASI presentan más disfunciones sexuales que el resto de la población.



INTRODUCCIÓN



El Abuso Sexual Infantil (ASI)

Definición de Abuso Sexual Infantil (ASI)

Los Abusos Sexuales Infantiles (ASI) empiezan a ser objeto de estudio recientemente, pero parece que fue Freud el primero en reconocer su alta frecuencia y propuso que la histeria podría ser una de sus secuelas. A pesar de ello, es probable que la falta de apoyo o la presión le llevaran a afirmar que la mayoría de los casos que estudió eran falsos y tenían su origen en las fantasías de los niños (López et al., 2017).

El ASI se define de diferentes maneras, pero todas presentan características comunes, por ejemplo, el hecho de someter a un/a menor a actividades sexuales que no pueden comprender y que implican un salto de las normas y leyes vigentes. Otra característica en la definición del ASI gira en torno a la diferencia de edad y conocimientos. Esto hace que haya una diferencia de poder entre víctima y agresor/a (López & Müller, 2018). Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2023), los Abusos Sexuales Infantiles se definen de la siguiente manera:

Cualquier tipo de actividad sexual con un niño que esté destinada a proporcionar una satisfacción sexual a uno de los padres, un cuidador o cualquier otro individuo que tenga alguna responsabilidad sobre el niño. Los abusos sexuales incluyen actividades tales como caricias en los genitales del niño, penetración, incesto, violación, sodomización y exhibicionismo indecente. También se incluye como abuso sexual cualquier explotación del niño, sin necesidad de contacto, por parte de un progenitor o cuidador; por ejemplo, obligando, engañando, atrayendo, amenazando o presionando al niño para que participe en actos de satisfacción sexual a terceros, sin contacto físico directo entre el niño y su agresor. (p. 823-824)

Otros autores también aclaran que aunque la diferencia de edad es importante en la relación sexual, lo que define el ASI es la asimetría entre los miembros y la coacción, ya que, en torno al 20% de los ASI se llevan a cabo por otros menores (Echeburúa & Corral, 2006). Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 2018), los Antecedentes Personales de Abuso Sexual se definen como “el historial personal de actos sexuales forzados o coaccionados, actos sexuales con alguien que no puede dar su consentimiento o actos sexuales que involucran a un niño y que tienen la intención de proporcionar gratificación sexual a un adulto”.

Asociaciones como UNICEF (2017) definen el ASI cuando una persona adulta utiliza a un niño/a para conductas sexuales, estimulación a sí mismo, al niño/a u otra persona. Además, se incluyen tocamientos, manoseos, violaciones, explotación o pornografía, obligar a observar comportamientos sexuales de otras personas, etc. Puede darse ASI por un menor de 18 años cuando existe fuerza o asimetría de poder o diferencias etarias entre el agresor y la víctima. Además, el ASI puede ocurrir en el hogar, instituciones, escuelas, trabajo, comunidades, etc. Las personas agresoras pueden ser familiares, conocidos, vecinos o desconocidos sin distinción de nivel educativo y socioeconómico.

Finalmente, el ASI se define por la Organización mundial de la Salud (OMS) como:

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 (Real-López et al., 2023, p.14).

Prevalencia de los ASI

Los datos del Ministerio del Interior (Muniesa et al., 2023) muestran que en España, durante 2022, se dio un aumento de los delitos contra la libertad e indemnidad sexual, pasando de 17.016 en 2021 a 19.013 (un 11,73% más) los hechos conocidos registrados. Entre los delitos que aumentaron en 2022 se encuentran los de agresión y abuso sexual, (4.270 con penetración o 11.426 sin penetración), exhibicionismo (739), acoso sexual (595), corrupción de menores/incapacitados (384) y provocación sexual (178). Disminuyó la pornografía de menores (707), los delitos de contacto mediante tecnología con menores de 16 años (498) y los delitos relativos a la prostitución (216).

Algunos estudios en España, muestran que el 15% de los hombres y el 22% de las mujeres habían sufrido ASI antes de los 17 años (Pereda et al., 2016a). Estos porcentajes también son similares a los que se encuentran en otros estudios españoles y de otros países (López et al., 2017). La Fundación ANAR (2022) ayudó a 1.297 víctimas de ASI, produciéndose en el 49,7% de los casos en su propia casa y por un familiar cercano.

Modalidades de los ASI

Existen diferentes aspectos que permiten diferenciar el ASI y que influyen en la aparición de problemas psicológicos posteriores. Para ello, habría que tener en cuenta (Real-López et al., 2023):

- **La existencia o no de contacto físico.** Caricias, masturbación, penetración vs. proposición verbal explícita, exhibición de órganos sexuales para satisfacción sexual, coito intencionado ante la presencia del menor. Cuando existe ASI con contacto físico, sobre todo en los casos donde hay penetración, aumenta el

riesgo de consecuentes problemas psicológicos.

- **Abuso agudo** (cuando solo ocurre una vez) **o crónico** (cuando el ASI es repetitivo).
- **En contexto intrafamiliar, extrafamiliar o por personas desconocidas.**

Además, el porcentaje de ASI por parte de otros niños o adolescentes es elevado y se puede distinguir entre dos casos (Franck et al., 2018):

- ✓ **Pedofilia.** Cuando los actos de abuso se realizan a niños o niñas preadolescentes.
- ✓ **Efebofilia.** Cuando el abuso se dirige a menores adolescentes.

Según los datos del Ministerio del Interior (Muniesa et al., 2023) aportan que la mayoría de las victimizaciones de delitos sexuales se dan en menores (8.337), de los cuales 3.857 tienen entre 0 a 13 años y 4.480 de 14 a 17 años. En el rango de 0 a 13 años, la agresión y abuso sexual se registra en un 20% de niños y un 80% de niñas, mientras que la agresión y abuso sexual con penetración se sitúa en el 17% de niños y 83% de niñas. En el rango de 14 a 17 años, la agresión y abuso sexual en niños es de un 11% y en niñas del 89% y en la agresión abuso sexual con penetración, un 8% en niños y 92% de niñas.

Desde el punto de vista legal, el Código Penal (2023), incluye en el Título VIII, delitos contra la libertad sexual. En el capítulo II de dicho Título se centra en las agresiones sexuales a menores de dieciséis años. El artículo 181 especifica la pena de prisión de dos a seis años a la persona que realice actos de carácter sexual con un menor de dieciséis años, incluyendo estos actos por parte del menor con un tercero o sobre sí mismo a petición del autor. Entre las conductas penadas se encuentran los actos de contenido sexual con violencia, intimidación o abuso de situación de superioridad o vulnerabilidad de la víctima, incluyendo

a las personas privadas de sentido o de su voluntad. Si el acto sexual consiste en acceso carnal por vía genital, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos en las vías anteriores la pena de prisión es de doce a quince años, en el caso de los menores de dieciséis años.

Detección del ASI y valoración de las secuelas derivadas

Estudios acerca de la prevalencia y los factores de riesgo del ASI. Normalmente, la víctima de ASI suele mantener este hecho en secreto por miedo a no ser creída, por las amenazas o regalos del abusador, no querer separar a la familia, etc. En ocasiones, la madre también puede ocultar la situación por miedo a las represalias o consecuencias de esta revelación. Todo esto lleva a que puedan pasar meses o años hasta que la persona lo cuenta, a que solo un 50% lo cuenten y en torno a un 15% llegue a presentar denuncia (Del Río, 2021; Echeburúa & Corral, 2006).

Para la detección del ASI se suele recurrir a la clasificación de los factores de riesgo y protección según el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987). Entre los factores de riesgo se encontrarían (Zayas, 2016):

- **Factores de riesgo individuales.** El hecho de ser niña, ya que la mayoría de los agresores son varones heterosexuales; estar en el rango de edad entre los seis y siete años y los diez y doce; tener algún trastorno, discapacidad psíquica o carencia afectiva.
- **Factores de riesgo familiares.** Menor que conviva con una sola figura parental biológica o con una figura masculina sin parentesco con el menor, como pareja de la madre o hermanastros u otros miembros de familia extensa,

como abuelos, tíos o primos; cuidado parental inadecuado; relaciones de pareja no satisfactorias; consumo de tóxicos en la familia; existencia de violencia en la familia o transmisión intergeneracional del maltrato.

- **Factores de riesgo socioculturales.** Desempleo, pobreza, dificultades laborales, falta de apoyo social, aislamiento o problemas en la integración social, legitimización de la violencia, aprobación del castigo físico o no cumplimiento de los derechos de la infancia.

Entre los **factores protectores** se pueden encontrar: tener una buena relación afectiva en la familia, red de apoyo psicosocial, economía estable, autonomía y apoyo de la pareja respecto a la educación de los hijos o la integración del menor y sus padres en el grupo de iguales (Zayas, 2016).

Debido a la dificultad para detectar el ASI es importante tener en cuenta una serie de indicadores de abuso, que ayudarán de forma conjunta y no de manera aislada a saber si existe un caso de ASI (Del Río, 2021, p. 45):

- **Indicadores físicos.** Dolor, marcas de golpes, quemaduras o heridas en zona genital o anal; cérvix o vulva hinchadas o rojas; restos de semen en la boca, genitales o boca; ropa interior rota, manchada o con sangre; enfermedades de transmisión sexual en genitales, ano, boca u ojos; dificultad para andar o sentarse; enuresis o encopresis.
- **Indicadores comportamentales.** Pérdida de apetito; llantos frecuentes; miedo a estar en soledad, a los adultos desconocidos o a un miembro de la familia; rechazo al padre o a la madre repentino; cambios bruscos de conducta; resistencia a desnudarse y bañarse; aislamiento y rechazo de las relaciones

sociales; problemas escolares o rechazo a la escuela; fantasías o conductas regresivas; tendencia a la ocultación, agresividad, fugas o acciones delictivas; autolesiones o intentos de suicidio, etc.

- **Indicadores sexuales.** Rechazo a las caricias, a los besos y al contacto físico; conducta seductora; conductas precoces o conocimientos sexuales inadecuados para su edad y su marco de referencia; interés exagerado por conductas sexuales de adultos; agresión sexual de un menor hacia otros.

Estudios jurídicos sobre el testimonio de ASI. La exploración psicológica forense del ASI tiene que tener en cuenta el testimonio del o la menor, los diferentes indicadores o consecuencias del supuesto ASI y los factores de riesgo y protección a los que acabamos de hacer referencia (Zayas, 2016). Debido a que los resultados de las pruebas médicas pueden no ser concluyentes, se hace especial énfasis en el relato del menor. Es importante destacar que los niños no suelen mentir cuando describen un abuso sexual, de hecho el porcentaje de denuncias falsas suele situarse en torno a un 7%. Sin embargo, para obtener declaraciones veraces se utiliza el Análisis de la Validez de las Declaraciones (SVA) que utiliza el Análisis del Contenido Basado en Criterios (CBCA), la entrevista personal y la lista de validez (Alonso, 2022). Además de lo anterior, también se suelen utilizar diferentes test que evalúan la posible sugestibilidad del menor, el uso del dibujo de la figura humana y las muñecas anatómicas (cuestionadas desde hace tiempo) en las entrevistas forenses (Pereda & Arch, 2012).

Evaluación y valoración de las secuelas del ASI. Para la evaluación y valoración de las secuelas del ASI, Ramírez y Fernández (2011) refieren que, además de las

entrevistas clínicas al menor y la familia, se pueden utilizar instrumentos psicométricos, siempre que sea adecuado. Entre los instrumentos que se pueden usar con menores, estos autores destacan el Inventario del Comportamiento Sexual Infantil (Child Sexual Behavior Inventory; Friedrich, 1997; Friedrich et al., 2001) y el Inventario del Comportamiento de Niños (Child Behavior Checklist, CBCL; Achenbach, 1991; posee validación española, Albores-gallo et al., 2016). Para medir comportamientos asociados al trauma también se utilizan instrumentos como el Inventario del Trastorno por Estrés Postraumático para Niños” (Children’s Posttraumatic Stress Disorder Inventory, CPTSDI-Child; Saigh et al., 2000) y la Escala de cuando suceden cosas malas (When Bad Things Happen Scale; Fletcher, 1996; posee validación española, Montagno, 2007).

Según Abarca-Castro (2022), cuando se evalúa la situación de ASI en personas adultas, los instrumentos más utilizados, son los cuestionarios CASI y entrevistas ad hoc. Además, se suelen utilizar instrumentos que evalúan el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), como TSC-33 (Briere & Runtz, 1989), TSC-40 (Elliott & Briere, 1992), CM-PTSD (Vreven et al., 1995) o IES-R (posee validación española, Costa Requena & Gil Moncayo, 2007; Weiss & Marmar, 1997). Además, también se usan en versión española el CIT (Crespo et al., 2020) y el EGEP 5 (Crespo et al., 2017). Estos autores también han encontrado que las pruebas más empleadas para evaluar las secuelas del ASI son el inventario BDI (Beck et al., 1988), aunque ya es más usado el BDI-II (Sanz et al., 2003) para los síntomas de depresión; pruebas diversas para los aspectos relacionados con la sexualidad; otros para medir la disociación, como la escala DES (Bernstein & Putnam, 1986); la autoestima con la escala RSE (Valdés García et al., 2022); la ansiedad con el inventario STAI

(Spielberg et al., 1982) y el malestar psicológico con la escala BSI (Derogatis, 1993).

Consecuencias de los ASI

Las consecuencias del ASI han sido ampliamente estudiadas y se pueden observar en múltiples síntomas y en distintos momentos, ya sea a corto, medio o largo plazo. Las consecuencias más observadas en las investigaciones son las relaciones entre el ASI y episodios depresivos, Trastorno de Estrés Postraumático en la vida adulta (TEPT), Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), trastornos en la alimentación, problemas afectivo-sexuales, síntomas disociativos y dependencia de sustancias (Ramírez & Fernández, 2011; Real-López et al., 2023). Esto no quiere decir que el ASI sea la única causa de estos trastornos ni que tengan que aparecer estos trastornos en la edad adulta por haber sufrido ASI (Pérez & Mestre, 2016). El estudio de Murillo et al. (2021) también refiere consecuencias del ASI en variables relacionadas con el bienestar, como puede ser TEPT, ansiedad, depresión, esquizofrenia, abuso de sustancias, problemas del comportamiento e interpersonales, dificultades en la sexualidad o revictimizaciones. El número de dificultades durante la infancia guardaría relación con la sintomatología y los trastornos psicopatológicos presentados en la vida adulta.

Según Real-López et al. (2023), los trastornos depresivos son una de las consecuencias más frecuentes del ASI, tanto en poblaciones clínicas como generales, teniendo mayor prevalencia, precocidad e intensidad cuando sucede en la etapa infantil. En los casos de incesto, los síntomas depresivos son más intensos. También se relaciona en estos pacientes menor asertividad, una disposición vital negativa, peor salud física, bienestar subjetivo menor y trastornos del sueño. De hecho, el insomnio intenso se asocia a ASI precoz, con penetración, amenazas o violencia física y menor apoyo social o dificultades

interpersonales. La respuesta recibida ante la revelación del ASI y el sentimiento de culpa también pueden agravar los síntomas afectivos. Estos autores también encuentran que el TEPT es una de las consecuencias del ASI con mayor importancia pudiendo aparecer síntomas disociativos. Además, señalan alta prevalencia de la ansiedad relacionada con ASI y el Trastorno Límite de Personalidad, como el tipo de trastorno de personalidad que más correlación tiene con el ASI. En poblaciones clínicas, se halla la prevalencia de interés de cuadros psicóticos, como la ideación delirante y el psicoticismo en víctimas de ASI.

En relación a las dificultades sexuales, el estudio de Wang et al. (2022) define al ASI como un factor de riesgo para estas. Entre las conclusiones de Tetik y Alkar (2021a), consideran que el ASI es un factor de riesgo para el vaginismo y la dispareunia, siendo estas también las más habituales en población femenina (Becerra-Alfonso, 2015). Además, las personas que han sufrido ASI tienen mayor insatisfacción sexual percibida (Bigras et al., 2015; López, Faro, Lopetegui, Pujol-Ribera, et al., 2017). En el caso de los hombres, también se encuentran relaciones entre ASI y disfunciones sexuales (Gewirtz-Meydan & Opuda, 2022), sobre todo en disfunción eréctil y eyaculación precoz (McCabe et al., 2016).

Entre las consecuencias a corto plazo puede aparecer el Síndrome de acomodación al ASI, que se asemeja al síndrome de Estocolmo y que incluye cinco fases (Horno et al., 2001):

- **Impotencia.** En los niños o niñas que han sufrido ASI puede aparecer indefensión aprendida, sobre todo cuando a pesar de sus intentos, no pueden evitar el ASI.
- **Mantenimiento del secreto.** Especialmente cuando ocurre de forma intrafamiliar, la manipulación y la amenaza hace que lo mantengan en secreto.
- **Entrampamiento y acomodación.** Si el ASI se mantiene en el tiempo la

persona puede acomodarse y asumir el papel de pareja del agresor.

- **Revelación espontánea o forzada.** Suele darse entre iguales de forma espontánea o forzada por un adulto que observe ciertas señales de alarma.
- **Retracción.** Si la intervención no es efectiva o no se interviene puede ser frecuente la retracción por sentimientos de vergüenza, culpa o miedo.

Echeburúa y de Corral (2006) hablan de una serie de consecuencias emocionales que pueden sufrir las personas víctimas de ASI a corto o largo plazo. Entre las primeras, que se pueden dar en el 80% de las víctimas, dependiendo del nivel de culpabilización que sientan o las estrategias de afrontamiento empleadas por las víctimas, se encuentran las siguientes:

- **Efectos físicos.** Problemas de sueño (pesadillas), cambios en los hábitos de comida y pérdida de control de esfínteres.
- **Efectos conductuales.** Consumo de drogas y alcohol, huidas del hogar, conductas autolesivas o suicidas, hiperactividad y bajo rendimiento académico.
- **Efectos emocionales.** Miedo generalizado, hostilidad y agresividad, culpa y vergüenza, depresión, ansiedad, baja autoestima y sentimientos de estigmatización, rechazo del propio cuerpo, desconfianza y rencor hacia los adultos y Trastorno de Estrés Posttraumático.
- **Efectos sexuales.** Conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad, masturbación compulsiva, excesiva curiosidad sexual, conductas exhibicionistas y problemas de identidad sexual.
- **Efectos sociales.** Déficit en habilidades sociales, retraimiento social y conductas antisociales.

Para estos autores, las consecuencias a largo plazo son menos comunes y más difusas (30% de los casos). Entre estas se sitúan consecuencias en las siguientes áreas:

- **Secuelas físicas.** Dolores crónicos generales, hipocondría y trastornos de somatización, alteraciones del sueño (pesadillas), problemas gastrointestinales y desórdenes alimentarios, especialmente bulimia.
- **Secuelas conductuales.** Intentos de suicidio, consumo de drogas y/o alcohol y Trastorno Disociativo de la Identidad.
- **Secuelas emocionales.** Depresión, ansiedad, baja autoestima, estrés postraumático, trastornos de personalidad, desconfianza y miedo de los hombres y dificultad para expresar o recibir sentimientos de ternura y de intimidad.
- **Secuelas sexuales.** Fobias o aversiones sexuales, falta de satisfacción sexual, alteraciones en la motivación sexual, trastornos de la activación sexual y del orgasmo y creencias de ser valorada por los demás únicamente por el sexo.
- **Secuelas sociales.** Problemas en las relaciones interpersonales, aislamiento y dificultades en la educación de los hijos.

Abordaje terapéutico

El tratamiento del ASI puede iniciarse en el momento del suceso, pero a veces, aunque se rompa el pacto de silencio, no se solicita ayuda hasta pasado un tiempo, hasta que la víctima es adulta o percibe dificultades. Por ello, el tratamiento psicológico del ASI en menores debería incluir tanto al menor como a su familia, y trabajar todas las áreas que se vean afectadas en la persona, como cogniciones, emociones y conductas (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011). La culpabilidad tras el ASI es un aspecto que predice peores

resultados en adultos que han sufrido ASI. Por ello, resulta importante trabajar las atribuciones internas, como la autculpa, tanto en las víctimas como en los cuidadores, ya que esto se relaciona con el desarrollo de trastornos del comportamiento y en la recuperación de la persona y la familia (De Champlain et al., 2023).

La educación y la intervención psicológica a través de tratamientos cognitivos-conductuales, de apoyo, interacciones psicológicas interpersonales, etc. pueden ayudar a que los niños y niñas adquieran habilidades de comunicación interpersonal, resolución de problemas y habilidades de afrontamiento (Tahan et al., 2023).

El abordaje terapéutico propio del ASI, en víctimas adultas, se suele enfocar a tratar el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), que como bien se sabe, incluye otros acontecimientos, como catástrofes naturales, violaciones, presencia de asesinatos, etc. y el ASI tiene características muy distintas a todo lo anterior. De hecho, cada persona puede manifestar dificultades diferentes ante el mismo suceso. Aún así, las técnicas más eficaces para tratar el TEPT son la exposición, reestructuración cognitiva (para desmontar distorsiones cognitivas), entrenamiento en inoculación de estrés, la terapia de procesamiento cognitivo, la desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular, EMDR (Sarasua et al., 2013; Sciarrino et al., 2020). Algunas de estas herramientas terapéuticas pueden ser útiles en el tratamiento del ASI, mientras que otras no, como la exposición.

La Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma se centra en abordar las respuestas al estrés traumático, la salud en la relación entre el cuidador y el/la joven y el afrontamiento cognitivo. Se pueden desarrollar capacidades de regulación afectiva, cognitiva

y conductual mediante la exposición gradual y la habituación a recuerdos traumáticos, buscando un nuevo significado para las experiencias traumáticas (Grady et al., 2023).

Normalmente, las terapias específicas del ASI ponen la atención en abordar las secuelas postraumáticas, pero a diferencia de las terapias tradicionales, las focalizadas en el trauma dan importancia a este hecho para conseguir una mejor comprensión y tratamiento de los problemas conductuales o mentales. Estos modelos específicos diferencian tres fases en el tratamiento. La primera se centra en estabilizar a la persona y que se sienta segura, la segunda tiene como objetivo el procesamiento e integración del trauma y la tercera se enfoca en la reconexión social (López-Castilla, 2022).

Las Adicciones

Definición de droga y comportamiento adictivo

La historia de las drogas hace referencia a que el uso de estas se remonta a épocas muy antiguas, ya que se encuentra información sobre distintas plantas, como el opio, en tablillas sumerias, imágenes en cilindros babilónicos, jeroglíficos egipcios, donde reconocen su uso como analgésico y calmante. Los usos del cáñamo también se hallan en tratados de medicina china del siglo I. Además, el Atharva Veda recoge que esta planta surge al caer del cielo gotas divinas. En el Medio y extremo Oriente también existen testimonios antiguos sobre el uso de sustancias alucinógenas, como el beleño, la belladona, daturas y mandrágoras (Escohotado, 2022).

Según la Real Academia Española (Real Academia Española, 2001), el término de droga tiene varios significados. Entre ellos están los siguientes: “sustancia mineral, vegetal o animal, que se emplea en la medicina, en la industria o en las bellas artes”; “sustancia o

preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno”; “medicamento”; “deuda, a veces la que no se piensa pagar”; “cosa aburrida, tediosa o de mala calidad”; “embuste, ardid, engaño”. Sin embargo, una de las definiciones más compartida en el ámbito terapéutico y apoyada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la siguiente: “Toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de este” (Kramer & Cameron, 1975).

También es importante definir el comportamiento adictivo, debido a que hay muchas adicciones que no son a una sustancia, pero producen consecuencias en la persona relacionadas con las adicciones a sustancias. Soper y Miller (1983) ya hablaban de adicción a los videojuegos y de los efectos que supone para la persona, como comportamiento compulsivo, falta de interés en otras actividades y síntomas físicos o mentales al intentar detener la conducta. Después se han ido incluyendo las adicciones a internet y a las máquinas tragaperras denominándolas como adicciones tecnológicas y definiéndolas como “adicciones no químicas que implican una interacción excesiva hombre-máquina, que puede ser pasiva o activa y habitualmente contienen características inductoras y reforzantes que pueden contribuir al fomento de tendencias adictivas” (Griffiths, 2005, p.446). López (2004, p.64) define el comportamiento adictivo como “Cualquier conducta normal y/o saludable, utilizada para la satisfacción de una necesidad manifiestamente humana, que por ende proporcione una sensación de satisfacción a la persona ya sea de placer o de evitación de dolor, es susceptible de crear adicción”. Estudios recientes muestran los problemas que el mal uso de los móviles y redes sociales están causando, entre ellos la desregulación emocional (Castillo-Riquelme et al., 2023).

La definición de adicción, inicialmente usada para referirse a las adicciones a sustancias, se ha ampliado a adicciones conductuales. Actualmente, comportamientos como el uso problemático de los videojuegos, las redes sociales y el juego problemático se asemeja a las adicciones a sustancias (Tullett-Prado et al., 2023). Además, la CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 2018) describe a los trastornos debidos a comportamientos adictivos como “síndromes reconocibles y clínicamente significativos relacionados con malestar o interferencia con las funciones personales, debido a comportamientos repetitivos que tienen como fin alguna recompensa que no proviene del uso de sustancias”. Esta incluye entre los trastornos debidos a comportamientos adictivos el trastorno por juego de apuestas, el trastorno por uso de videojuegos, otros trastornos especificados debido a comportamientos adictivos y trastornos debidos a comportamientos adictivos, sin especificación.

La DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2023), solo incluye el trastorno de juego, ya que existe evidencia de que al jugar se activan sistemas de recompensa y comportamientos parecidos a los del consumo de sustancias. Sin embargo, reconocen que hay otros comportamientos que necesitan más investigación como son la adicción al sexo, al ejercicio y a las compras.

Conceptos básicos en adicciones

En el ámbito de las adicciones, suelen darse diferentes comportamientos dependiendo de la relación que una persona tenga con una sustancia o actividad. Para poder determinar la relación o problema y, en caso necesario, el tipo de tratamiento que es más adecuado para una persona, es necesario conocer los conceptos más utilizados en este ámbito.

Uso y tipo de consumo. Se utiliza este término cuando la relación con las drogas no produce consecuencias negativas sobre la persona o su entorno, ya sea por la cantidad o la frecuencia con la que se utiliza. Esta relación no se puede conseguir con todas las sustancias (Medranda & Benítez, 2006). Desde Kramer y Cameron (1975) ya se hablaba de diferentes formas de consumo. Entre ellas estaban las siguientes:

- ***Consumo experimental.*** Se refiere a un uso de la sustancia desde la curiosidad o bajo la presión del grupo de iguales. Esta forma suele ser frecuente en ciertas sustancias como el cannabis.
- ***Ocasional o por placer.*** Suele ser un consumo intermitente sin que llegue a generarse dependencia psíquica o física. Está caracterizado por el objetivo y la forma de usar la sustancia y no tanto la frecuencia. Un ejemplo sería el uso del alcohol, ya que la mayoría de personas lo utilizan de forma ocasional o por placer o el uso del cannabis en los lugares donde es aceptado socialmente.
- ***Por personas farmacodependientes.*** Cuando se da dependencia de una o más drogas. Para establecer que existe dependencia psíquica hay que evaluar si dedica gran parte de su tiempo y energía a pensar en la droga, obtenerla y obtener sus efectos y si recurre a la droga ante distintas circunstancias de su vida, en lugar de otras formas de afrontarlas. Dentro de esta forma de consumo puede darse un consumo sistemático o habitual o un consumo episódico.

La Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-11, (Organización Mundial de la Salud, 2018) se refiere a los trastornos debidos al uso de sustancias de la siguiente manera: “trastornos que resultan de una sola ocasión o del uso repetido de sustancias que tienen propiedades psicoactivas, incluidos ciertos medicamentos”. Al

principio, el consumo de estas puede provocar a la persona efectos psicoactivos agradables y si el uso es continuado, muchas de ellas pueden provocar dependencia.

Además, el consumo puede desarrollar daños físicos y mentales. La CIE 11 (Organización Mundial de la Salud, 2018), incluye los trastornos relacionados con catorce clases o grupos de sustancias psicoactivas. Estas son el alcohol; cannabis; cannabinoides sintéticos; opioides; sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; cocaína; estimulantes incluidos las anfetaminas, metanfetaminas y metcatinona; catinonas sintéticas; cafeína; alucinógenos; nicotina; inhalantes volátiles; metilendioximetanfetamina (MDMA) o drogas relacionadas, incluida la MDA; drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina (PCP).

Por otro lado, en el DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2023) se habla de trastorno por consumo de sustancias, para describir los diferentes problemas relacionados con las mismas, incluyendo desde las formas más leves a las más graves. En este manual se engloban 10 clases de sustancias, como el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos, los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, los estimulantes (anfetamina, cocaína y otros estimulantes), el tabaco y otras. Las características comunes de estas drogas es que activan los sistemas cerebrales de recompensa, reforzando los comportamientos relacionados en el consumo y generando recuerdos que pueden llevar a desatender actividades normales.

Intoxicación aguda. La CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 2018) elimina la definición general de la intoxicación y opta por definiciones particulares

condicionadas por cada sustancia. Los criterios generales para el diagnóstico de una intoxicación se pueden agrupar en los siguientes:

- Es una condición transitoria clínicamente significativa que se desarrolla durante o poco después del consumo.
- Se caracteriza por alteraciones en la conciencia, cognición, percepción, afecto, comportamiento o coordinación.
- Estas alteraciones son causadas por los efectos farmacológicos conocidos de la sustancia y su intensidad está estrechamente relacionada, entre otras cuestiones, con la cantidad consumida.
- Son de tiempo limitado y disminuyen a medida que se eliminan del cuerpo.
- Es preciso considerar las características de presentación propias de cada sustancia.

El DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2023) también define la intoxicación en función de cada sustancia, pero se mantiene una estructura similar en casi todas ellas y existen cuatro criterios a tener en cuenta:

- **Criterio A.** Ingesta o consumo reciente de la droga concreta.
- **Criterio B.** Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (especificando dichos comportamientos en función de la sustancia) que aparecen durante o poco después de la ingesta o el consumo.
- **Criterio C.** Aparición de los signos o síntomas específicos de la sustancia.
- **Criterio D.** Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental.

Dependencia de sustancias. Según el Manual de Trastornos Adictivos (Bobes et al., 2011), este término está cambiando según las actuales clasificaciones internacionales, pero una de las primeras definiciones de dependencia fue realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1964:

Estado psíquico y, a veces, físico resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por un conjunto de respuestas comportamentales, que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos o, en ocasiones, de evitar la sensación desagradable que su falta ocasiona. Los fenómenos de tolerancia pueden estar o no presentes. Un individuo puede ser dependiente de más de una droga.

Más adelante, en 1981, la OMS añade a esa definición que la dependencia se engloba dentro de un conjunto de fenómenos cognitivos, comportamentales y fisiológicos que exigen la utilización de una serie de criterios de referencia para su delimitación y diagnóstico. Estos criterios son:

- La evidencia subjetiva de conductas compulsivas dirigidas a consumir la droga, o drogas, mientras se hacen intentos de interrumpir o moderar su uso.
- El deseo de cesar el consumo.
- La presencia de conductas de administración muy estereotipadas.
- La evidencia de neuroadaptación con fenómenos de tolerancia y abstinencia.
- El predominio de las conductas tendentes a la búsqueda de droga por encima de otras necesidades más prioritarias.
- Una gran facilidad para la reinstauración del consumo compulsivo después de un período de abstinencia.

Posteriormente, los manuales DSM o CIE, han ido incluyendo en su definición el deterioro conductual y el grado de interferencia de estos síntomas en la vida laboral y social de la persona. Los conceptos de tolerancia y abstinencia ya no son tan importantes para el diagnóstico de dependencia, sino que son síntomas asociados a este proceso (Bobes et al., 2011).

Según los cambios aportados por la CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 2018) no se encuentra una definición general de la dependencia sino que se describe para cada sustancia. Sin embargo, el esquema principal que se sigue para cada una de ellas es el siguiente:

- Consumo repetido o continuo de la sustancia.
- Fuerte impulso interno para el consumo, que se manifiesta como una incapacidad de controlar el uso, aumentando la prioridad otorgada al uso sobre otras actividades y la persistencia del uso a pesar del daño o las consecuencias negativas.
- Estas experiencias suelen ir acompañadas de una sensación subjetiva de necesidad o deseo de usar la droga.
- Las características fisiológicas de la dependencia también pueden estar presentes, incluida la tolerancia, a los efectos de la sustancia, los síntomas de abstinencia después del cese o la reducción en el uso de la misma, o el uso repetido de la droga u otras farmacológicamente similares para prevenir o aliviar los síntomas de abstinencia.
- Las características de la dependencia suelen ser evidentes durante un período de al menos 12 meses, pero el diagnóstico puede realizarse si el uso es continuo (diario o casi diario) durante al menos 3 meses.

En cuanto a la DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2023) ya no se habla de dependencia ni abuso a una sustancia sino de trastornos relacionados con las mismas y trastornos adictivos, haciendo diferencia entre los trastornos relacionados con sustancias, y los trastornos inducidos por ellas, donde distinguen entre intoxicación, abstinencia y trastornos mentales inducidos.

Síndrome de Abstinencia. Hace referencia al conjunto de síntomas y signos que una persona padece cuando cesa de forma brusca el consumo. Cada droga puede provocar diferencias a la hora de manifestarse el síndrome de abstinencia y este puede ser diferente en función de la cantidad que se consumiese, la vía de administración y las características de la persona (Del Río, 2016). Para su diagnóstico hay que tener en cuenta ciertas pautas (Organización Mundial de la Salud, 1992) como que es uno de los indicadores del síndrome de dependencia; que su diagnóstico debe tener prioridad si es el motivo de la consulta y tiene gravedad para necesitar atención médica; los síntomas somáticos difieren según las sustancias; los trastornos psicológicos, como ansiedad, depresión o trastornos del sueño, son frecuentes en la abstinencia; los síntomas remiten cuando se vuelve a consumir. Los síntomas del síndrome de abstinencia pueden aparecer por estímulos condicionados o aprendidos, aún en ausencia de la sustancia. En estos casos el diagnóstico solo se realizará si lo requiere su gravedad.

Especial cuidado merece el síndrome de abstinencia producido por el alcohol y los barbitúricos ya que generan alteraciones orgánicas graves, pero el resto de drogas no suelen poner en peligro habitualmente la vida de la persona. Sin embargo,

este síndrome suele ser molesto para la persona, lo que le puede llevar a volver a consumir para evitarlo (Bobes et al., 2011).

Según la CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 2018), como ya hemos venido viendo hasta ahora, se elimina la definición general del síndrome de abstinencia y se define según cada sustancia atendiendo a la siguiente estructura:

- Conjunto clínicamente significativo de síntomas, comportamientos o características fisiológicas, que varían en grado de intensidad y duración, que se producen al cesar o reducir el uso de la droga, en personas que han desarrollado dependencia o la han consumido durante un período prolongado o en grandes cantidades.
- Definición de las características de presentación de la abstinencia de cada sustancia.

La definición general de este síndrome se elimina también del DSM-5-TR y se define en función de cada droga. Sin embargo, la estructura que se utiliza es la siguiente:

- **Criterio A.** Cambios bruscos relevantes y comportamientos problemáticos, unidos con cambios fisiológicos y cognitivos debidos al cese brusco o a la reducción del consumo prolongado y frecuente.
- **Criterio B.** El síndrome específico de la sustancia.
- **Criterio C.** Malestar o deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento.
- **Criterio D.** Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental.

Tolerancia. Se define como un proceso por el cual la persona va aumentando la cantidad consumida para mantener el mismo efecto inicial de la sustancia, ya que el uso repetido de una misma cantidad produce menor efecto. Este fenómeno puede aumentar o disminuir según se mantenga o varíen las condiciones y el entorno en las que una persona consume, pudiendo llevar a la sobredosis (Bobes et al., 2011; San Juan, 2019).

Síndrome amotivacional. Se refiere a una serie de síntomas de larga duración donde aparece apatía, anergia, falta de interés y disminución de actividades. Al principio, se identificaban en personas que tenían consumos agudos y continuados de cannabis. Después, se ha ido extendiendo al consumo de otras drogas, pero genera controversia entre distintos autores (Bobes et al., 2011). En el estudio de Castaño et al. (2021) en consumidores de marihuana, se encuentran conclusiones como que la etiología de la amotivación puede ser muy diversa, encontrándose entre ellas posibles alteraciones cognitivas y neurofisiológicas y las propias características del consumidor/a y sus antecedentes vitales.

Ansia de droga o craving. Es el deseo de consumir que suele estar provocado por ideas, recuerdos, estímulos condicionados, situaciones estresantes, etc. Este deseo es difícil de frenar por la persona y conlleva a la búsqueda de la sustancia (Bobes et al., 2011).

Prevalencia del consumo de drogas

Los datos de la encuesta sobre alcohol y drogas, en población general en España, EDADES, 2022 (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2023) indican que son el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes, con o sin receta, las sustancias más consumidas entre la población española de 15-64 años en 2022. Alcohol y tabaco son las que los jóvenes empiezan a consumir a menor edad, seguidas del cannabis. En el último año, el grupo de 15 a 34 años es el que tiene mayor prevalencia de consumo en general, a excepción de los fármacos con potencial adictivo (hipnosedantes y analgésicos opioides), donde la mayor prevalencia es en edades más avanzadas.

Si analizamos los datos por sustancias, la encuesta EDADES 2022 (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2023) muestra, que la más consumida sigue siendo el alcohol, siendo el 76.4% de las personas entre 15 y 64 años que toman alcohol en el último año, el 64.5% en el último mes y el 9% diariamente. En cuanto al género, el alcohol es el que registra una diferencia más notable, siendo el 82.1% de los hombres que beben alcohol en los últimos 12 meses frente al 70.8% en las mujeres. El consumo de tabaco en 2022 se sitúa en el 69.6% de la población (de 15 a 64 años) y sube el uso de cigarrillos electrónicos (12.1% frente a 10.5% en 2020). Las diferencias del consumo de tabaco por género, registran 44% de hombres y 34% en mujeres. También aumenta el consumo de hipnosedantes con o sin receta a un 13.1%, siendo mayor la proporción entre las mujeres que entre los hombres (16% frente a 10.3%). Entre las sustancias ilegales, es el cannabis la más usada en España entre la población de 15 a 64 años, con un 40.9% de personas que consumen alguna vez en la vida, 10.6% en los últimos 12 meses, 8.6% en el último mes y mostrando un incremento en los últimos años el consumo diario a un 2.8% en 2022. El consumo de cannabis también es mayor en hombres que en mujeres (14.4% vs 6.8%). En cuanto al consumo de cocaína polvo

y/o base, un 12% afirma el consumo alguna vez en la vida, 2.4% en el último año y el 1.4% en el último mes. Los datos muestran estabilidad en el consumo de cocaína a lo largo del tiempo, siendo menor en los jóvenes adultos, pero parece darse un aumento en el tramo temporal “alguna vez en la vida”. En relación al género, el consumo es mayor entre los hombres (3.6%) que en las mujeres (1.1,%). El consumo de heroína se mantiene estable, un 0,6% la prueba alguna vez en la vida y un 0.1% el último año (0.1% hombres y 0% en mujeres). Los consumos de sustancias como éxtasis, anfetaminas, alucinógenos e inhalables volátiles son bajos en 2022 (en el último año: 0.8% éxtasis, 0.6% anfetaminas, 0.6% alucinógenos y 0.2% inhalantes volátiles).

En relación a las adicciones comportamentales, el 58.1% de la población entre 15-64 juega con dinero online y/o presencial en los últimos 12 meses (59.2% hombres y 55.5% mujeres). Respecto al uso compulsivo de internet, el valor se sitúa en un 3.5%, siendo similar en mujeres y hombres, 3.6% vs 3.4% (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2023).

La prevalencia de personas adictas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, en España en 2021, fue de 44.347 (sin incluir alcohol y tabaco), lo que indica un aumento del 15% respecto al año 2020, pero menores que los datos previos a la pandemia por COVID (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2023).

El perfil de las personas que demandan tratamiento ha ido cambiando de forma considerable a lo largo del tiempo. En los primeros años del siglo XXI la demanda era mayor entre las personas que consumen heroína, sin embargo, a partir de 2004 disminuyó esta demanda y subió el número de admisiones a tratamiento por cocaína hasta 2008. Por otro

lado, el consumo de cannabis aumentó hasta 2013, donde se registran las mayores cifras de prevalencia en esta sustancia (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2023).

En 2021, la sustancia ilegal que demanda mayor número de admisiones a tratamiento es la cocaína (46.8%), le siguen el cannabis (27.8%) y los opioides (19.2%). En cuanto al género, la proporción de las personas que demandan tratamiento en 2021 por cocaína y opioides, es más alta en hombres que en mujeres (48.3% vs 39.8% en cocaína y 19.7% vs 16.8% en mujeres). Sin embargo, las admisiones a tratamiento por cannabis e hipnosedantes es mayor entre las mujeres que entre los hombres, siendo el 34.1% de mujeres y el 26.5% de hombres para el caso del cannabis y de 5.5% de mujeres y 1.8% de hombres en hipnosedantes. (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2023).

Tipos de drogas y consecuencias

Existen una gran cantidad y variedad de sustancias psicotrópicas, manteniendo entre ellas en común la capacidad de alterar el funcionamiento del Sistema Nervioso Central (SNC). Según el efecto que consigan en el organismo se pueden dividir en los siguientes tipos, recogidos en la Tabla 1 (Del Río, 2016):

Drogas depresoras del SNC. Son aquellas sustancias que tienen una alta capacidad para desarrollar tolerancia y dependencia.

Drogas estimulantes del SNC. Estas sustancias generan tolerancia y dependencia psicológica sin que tenga que existir dependencia física.

Drogas psicotomiméticas, psicodélicas o perturbadoras del SNC. Son aquellas que alteran la percepción y la sensación de la persona.

Tabla 1*Clasificación de las sustancias*

Efecto en el SNC	Sustancia/Droga
Drogas depresoras del SNC	Opiáceos
	Morfina
	Codeína
	Heroína
	Tranquilizantes mayores
	Tranquilizantes menores
	Grandes narcóticos
	Cloroformo
	Éter
	Gas de la risa
	Fentanilo
	Alcohol
Drogas estimulantes del SNC	Nicotina
	Cafeína
	Cocaína
	Anfetaminas
	Crack
Drogas perturbadoras del SNC	MDMA o éxtasis
	Marihuana
	Hachís
	Mescalina
	LSD
	Ergina
	Hongos psilocibos y sus alcaloides
	Ayahuasca
	Iboga
Kawa	

Nota: SNC (Sistema Nervioso Central); MDMA (Metilendioximetanfetamina); LSD (dietilamida de ácido lisérgico)

La relación entre ASI y adicciones

Una de las dimensiones básicas en la vida de un ser humano es la sexualidad ya que somos seres sexuados desde que nacemos hasta que morimos. Por ello, es imprescindible llevar a cabo conductas que permitan tener una sexualidad sana (Del Río, 2016).

La Organización Mundial de la Salud (2006) define la salud sexual como:

Un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud.

Debido a esto, los seres humanos tienen derecho a buscar activamente el placer y el bienestar sexual. En la búsqueda del placer, el ser humano ha ido utilizando el consumo de sustancias adictivas como manera de obtenerlo de forma inmediata y evitar así afrontar las situaciones de malestar de la vida cotidiana. Son numerosas las ocasiones en las que se utiliza el consumo de sustancias para intentar mejorar la respuesta sexual, sin tener en cuenta los inconvenientes que dicho consumo tiene para la persona y para su respuesta sexual. Además, el consumo de sustancias se asocia frecuentemente a personas que han sufrido ASI (Del Río, 2016).

Prevalencia de ASI y desarrollo de adicciones

El ser o haber sido víctima de Abusos Sexuales en la Infancia (ASI), es una de las situaciones más perjudiciales para una persona, y puede favorecer al consumo de sustancias en la vida adulta, entre otras consecuencias (Murillo et al., 2021). Sin embargo, no todas las personas que han sufrido ASI terminan desarrollando una adicción, pero entre las personas que acuden a tratamiento por adicción, se suele encontrar relación entre ambas patologías (Pérez & Mestre, 2013). En el estudio de Konkolý et al. (2017), encuentran que si el abuso ha tenido lugar en un periodo crítico del desarrollo, los comportamientos adictivos son más duraderos en el tiempo.

El ASI se asocia también al consumo de ciertas sustancias como el alcohol, la nicotina, el cannabis y otras drogas ilegales (Draucker & Mazurczyk, 2013). En el estudio de Gauthier-Duchesne et al. (2023) las tasas más altas de conductas delictivas y consumo de alcohol y drogas son en adolescentes varones que han sido víctimas de ASI. Otro estudio analiza el silenciamiento del yo (la baja asertividad y autoexpresión, evitación de conflictos, presentación de yo no auténtico, ira y hostilidad) y la delincuencia en adolescentes víctimas de ASI, refiriendo que el autosilenciamiento se asocia de manera positiva con conductas delictivas, relación con compañeros delincuentes y el consumo de alcohol y drogas (Hérbert et al., 2023). Un estudio con estudiantes de secundaria señala una relación significativa entre los que han sufrido abusos sexuales y el posterior consumo de alcohol tanto en hombres como en mujeres, con un notable consumo de marihuana en el caso de los varones (Salazar et al., 2004).

Secuelas de la confluencia de ASI y adicción

Cuando en la práctica clínica diaria se analiza el relato de pacientes que han sufrido ASI y están en tratamiento por adicción, se puede observar que, en ocasiones, coincide el inicio del consumo de sustancias con el periodo de ASI o poco después, como forma de evitar o aliviar el recuerdo del ASI, entre otros sucesos estresantes.

En adultos varones que han sufrido ASI, se encuentran ciertas conductas externalizantes, como conductas agresivas para expresar el enfado y proteger su integridad, comportamientos relacionados con el incumplimiento de normas y la injusticia y el consumo de alcohol y drogas para evitar el sufrimiento provocado por el ASI (Gauthier-Duchesne, Fernet, et al., 2023).

En el estudio de Estévez et al. (2019) con mujeres víctimas de ASI, se analizaron las conductas impulsivas como abuso de alcohol, juego, drogas, trastornos alimentarios, abuso de internet, abuso de videojuegos, compras y adicción al sexo. Se encuentran asociaciones positivas entre el ASI y las variables de desconexión, rechazo y autonomía deteriorada. Estas variables se relacionan de forma significativa con la impulsividad. La desconexión y el rechazo se asocia a los trastornos alimentarios y el abuso de alcohol.

A destacar, que sigue siendo mayor el número de mujeres que ha sufrido ASI, una de cada cinco, por lo que tienen mayores factores de riesgo para desarrollar comportamientos adictivos, como es el caso del abuso severo de alcohol (Daigre et al., 2015; Müller et al., 2015; Potthast et al., 2014).

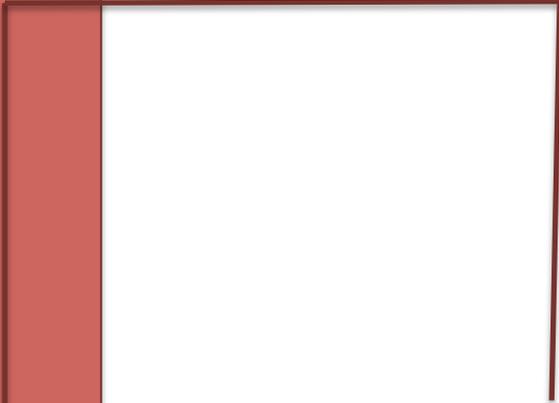
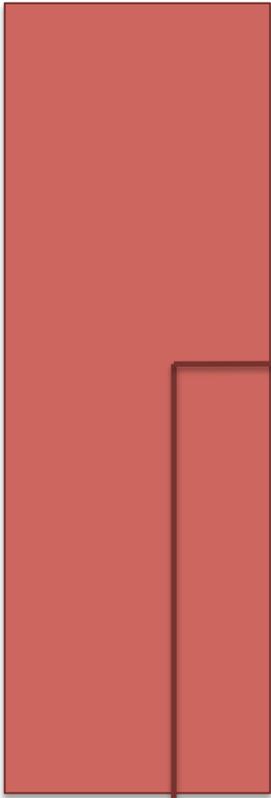
Aunque el ASI se relaciona con el consumo de sustancias en población general, se estudia también este efecto en el ámbito de la delincuencia, encontrando la misma relación, además de que los síntomas de depresión y ansiedad median la relación entre el ASI y las consecuencias del uso de drogas (Swogger et al., 2011).

Los pacientes que acuden a los centros de tratamientos de adicción evitan hablar sobre el ASI debido a las emociones de malestar que esto le provoca, sobre todo culpa y vergüenza. Muchos de ellos, tienen el pensamiento de que han permitido estas situaciones al tener lugar con alguna figura de referencia para ellos, lo que hace que su malestar se intensifique. Este evento suele ser parte de un gran secreto que no han compartido con sus familiares y en el caso de sí contarlo, no se sienten apoyados o protegidos por ellos. El tener que denunciar este tipo de actos suele provocar un enorme conflicto en las familias, por lo que algunas tienden a ocultarlo y no hablar de ello, lo que provoca mayor culpa en la víctima (Echeburúa & Corral, 2006).

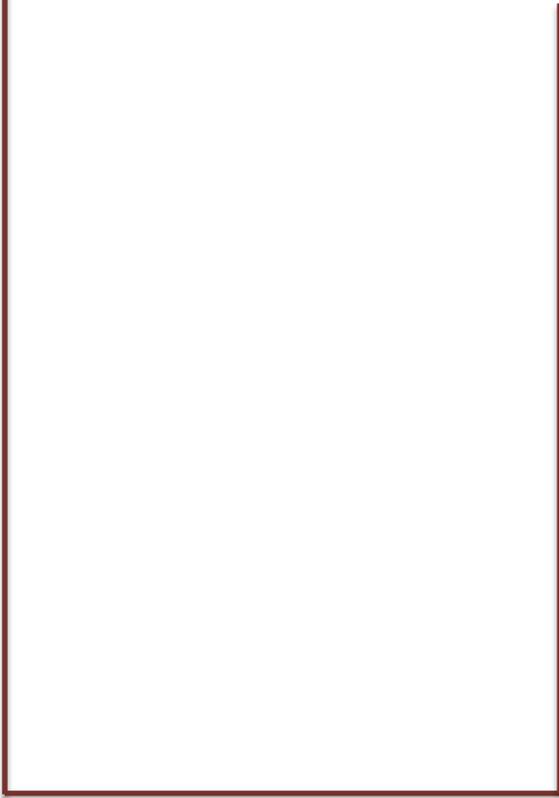
Las personas que han sufrido ASI y tienen problemas de adicción suelen tener mayor número de recaídas, mayor gravedad de la adicción o comorbilidad psicopatológica como los síntomas de ansiedad, depresión, estrés postraumático e ideación suicida (Daigre et al., 2015; Fernández-Montalvo et al., 2015).

El empleo de estrategias de afrontamiento inapropiadas para las situaciones de evitación y autodestrucción suele conllevar a las personas que han sufrido ASI a presentar mayores síntomas de depresión y menor autoestima. Además, la estrategia de afrontamiento autodestructiva puede ser muy perjudicial ya que lleva al empleo del alcohol u otras drogas (Cantón & Justicia, 2008).

También existen relaciones entre el ASI y comportamientos impulsivos y/o adictivos, como un uso compulsivo de la pornografía, mayor riesgo de problemas con el juego, adicción a la comida o a internet (Bedoya et al., 2023; Chen et al., 2017; Dion et al., 2015; Hamilton-Wright et al., 2016; Imperatori et al., 2016; Jaisoorya et al., 2017; Kim et al., 2017; Mason et al., 2013; Nunes-Neto et al., 2018; Richard et al., 2023).



OBJETIVOS E HIPÓTESIS



Los abusos sexuales en la infancia siguen siendo actualmente motivo de consulta y a pesar de tener evidencias de las consecuencias negativas que tienen para la persona, continúan silenciándose y apenas se trabaja la prevención en los colegios o en los centros de salud.

Hablar de abusos sexuales sigue siendo un tema tabú en la sociedad y pocas son las investigaciones que estudian la relación del ASI y los comportamientos adictivos. De hecho, en la evaluación en adultos víctimas de ASI, no existe un cuestionario específico validado para evaluar la gravedad de determinados síntomas o cómo ha afectado esta situación a la persona. Ante la dificultad de las víctimas a hablar de ello, en ocasiones, el problema se va agravando y puede reaparecer en la adultez con otros síntomas, como las adicciones. En el DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2023), los abusos sexuales infantiles se enmarcan dentro del apartado “otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica”, lo que denota la poca importancia que se le da a esta situación, como si la mayoría de las víctimas de ASI no sufrieran consecuencias a nivel personal, social y en su sexualidad.

Debido a todo lo explicado anteriormente, se hace fundamental seguir investigando en esta línea para que desde los centros de tratamiento y otras entidades públicas se haga especial énfasis en la prevención y tratamiento de los abusos sexuales. Es por ello, por lo que este trabajo plantea los siguientes objetivos e hipótesis:

Objetivo general

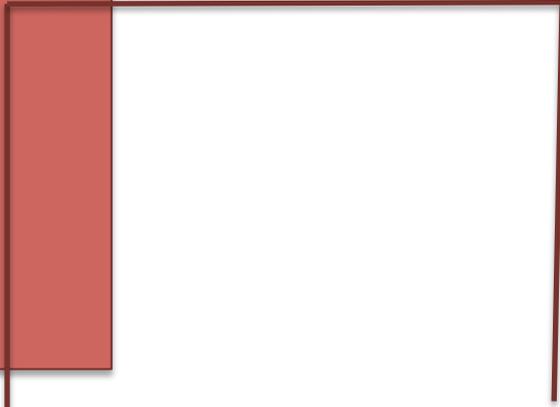
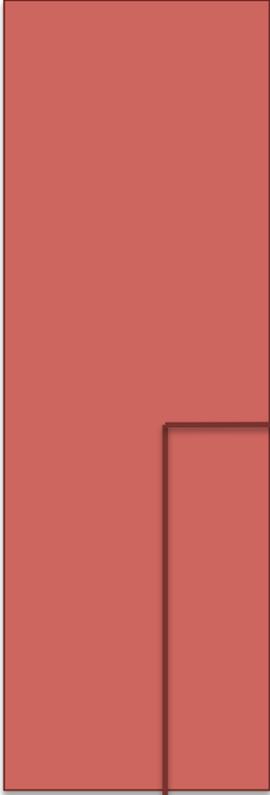
- Establecer la relación que pueda existir entre haber sido víctima de ASI y el posterior inicio y mantenimiento de conductas adictivas, con o sin sustancia.

Objetivos específicos

1. Realizar una revisión sistemática de la situación actual del ASI y la relación con el desarrollo de comportamientos adictivos con o sin sustancias.
2. Diseñar y analizar las propiedades psicométricas de un cuestionario de screening que permita al clínico poder empezar a observar, desde las primeras sesiones, indicios de presencia de ASI, aunque el motivo de consulta sea otra patología.
3. Analizar las diferentes disfunciones sexuales en las personas que han sufrido ASI, con problemas de adicción y en la población general.

Hipótesis

1. Las personas que han sufrido ASI tiene mayor riesgo de desarrollar comportamientos adictivos.
2. El cuestionario ABSEIN-AD es capaz de discriminar sintomatología relacionada con el ASI.
3. Las personas que han sufrido ASI pueden presentar más diversidad de disfunciones sexuales que las que no lo han sufrido.
4. Las personas que han sufrido ASI pueden presentar más disfunciones sexuales que las que tienen comportamientos adictivos.



TRABAJOS QUE CONFORMAN LA TESIS



Primer trabajo

Titulado “El abuso sexual infantil y la relación con el desarrollo de comportamientos adictivos. Una revisión sistemática. Child sexual abuse and the relationship with the development of addictive behaviors. A systematic review”.

Este trabajo está publicado en la Revista Terapia Psicológica con la siguiente referencia:

Franco-Jaén, S., Rodríguez-González, J. M. y del Río, F. J. (2020). El abuso sexual infantil y la relación con el desarrollo de comportamientos adictivos: una revisión sistemática. *Terapia Psicológica (En línea)*, 38(3), 317-338. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000300317>.



El abuso sexual infantil y la relación con el desarrollo de comportamientos adictivos. Una revisión sistemática

Child sexual abuse and the relationship with the development of addictive behaviors. A systematic review

Sonia Franco-Jaen

0000-0003-1999-4327

sonfrajae@cop.es
Universidad de Sevilla, España.
Depto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento, Facultad de Psicología.
Instituto Andaluz de Sexología y Psicología.

José M. Rodríguez G.

0000-0002-4048-544X

pepe@us.es
Universidad de Sevilla, España.
Depto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento, Facultad de Psicología.

F. Javier del Río

0000-0002-9488-7623

franciscojavier.delrio@uca.es
Universidad de Cádiz, España.
Depto. de Psicología, Facultad de Ciencias de la Educación. Instituto Andaluz de Sexología y Psicología.

Resumen:

El Abuso Sexual Infantil (ASI) está relacionado con el desarrollo de comportamientos adictivos en la edad adulta. El presente estudio tuvo el objetivo de realizar una revisión sistemática sobre la relación que existe entre el ASI y el desarrollo de comportamientos adictivos con o sin sustancias. Se analizaron 36 artículos desde 2014 a 2018, que cumplieron los criterios de inclusión para formar parte de esta revisión. Este trabajo ha permitido visibilizar la escasa información existente acerca de la relación entre ASI y comportamientos adictivos. Se concluye que se necesita más investigación sistematizada que analice la relación existente entre el haber sido víctima de ASI y tener una adicción en la vida adulta, que se utilicen instrumentos específicos y validados para evaluar la posible presencia o ausencia de ASI en adultos y ser más específicos a la hora de considerar las variables que influyen en esta relación.

Palabras claves: abuso sexual infantil; adicción y revisión sistemática.

Abstract:

Child Sexual Abuse (ASI) is related to the development of addictive behaviors in adulthood. The present study had the objective of carrying out a systematic review on the relationship that exists between ASI and the development of addictive behaviors. 36 articles were found from 2014 to 2018, which met the inclusion criteria to be part of this review. This work has made it possible to visualize the scarce existing information about the relationship between ASI and addictive behaviors. It is concluded that studies are needed that use specific and validated instruments to assess the possible presence or absence of ASI in adults and to be more specific in the variables that influence this relationship.

Keywords: child sexual abuse; addiction and systematic review.

Definición de ASI

La Asociación Americana de Psiquiatría, en la guía de criterios diagnósticos DSM-5 (APA, 2013) define los Abusos Sexuales Infantiles (ASI) como cualquier actividad sexual con un niño o niña por parte de un adulto con el fin de obtener placer sexual, ya sea padre, madre, cuidador u otra persona. Las actividades que forman parte del ASI son caricias en los genitales, penetración, incesto, violación, sodomización y exhibicionismo indecente. También se consideraría abuso sexual la explotación del niño o niña, obligando, engañando, atrayendo, amenazando o presionando al/a la menor para que participe en actos de satisfacción sexual a terceros, sin contacto físico directo entre el/la niño/a y su agresor/a. Otras definiciones de ASI consideran que éste existe cuando se dan circunstancias de asimetría entre víctima y agresor/a. La asimetría puede darse respecto a la edad, considerándose ASI cuando hay diferencia de 5 años en víctimas menores de 12, y de 10 años en víctimas mayores de 12; asimetría de poder entre abusador/a y víctima, autoridad, conocimientos o habilidades, llegando a usar la manipulación para conseguir el objetivo o presión sutil en forma de regalos, viajes, etc. (Finkelhor, 1979).

Epidemiología

El ASI sigue siendo un problema que afecta del 8 al 31% de niñas y del 3-17% de los niños (Barth et al., 2013). Según la literatura científica, los niños y niñas que han sufrido ASI muestran mayor riesgo de desarrollar comportamientos de consumo de sustancias, adicción a internet, conductas sexuales de riesgo y problemas de salud mental (Chen et al., 2017). Esta asociación entre ASI y abuso de sustancias se reconoce desde 1970 (Hammersley et al., 2015). Aunque el ASI es una situación de la que hombres y mujeres pueden haber sido víctimas, hay mayor prevalencia entre las mujeres con adicción que entre los hombres (Fernández-Montalvo et al., 2015). Entre las personas que acuden a tratamiento por adicciones, un 46% ha sufrido algún tipo de abuso en la infancia y entre las mujeres la cifra asciende al 60% (Fernández-Montalvo et al., 2015). De hecho, una de cada cinco mujeres ha sufrido ASI y ha tenido más riesgo de sufrir eventos estresantes en su vida usando el abuso severo de alcohol en la adultez (Sartor & O'Malley, 2016). Entre las mujeres que han sufrido ASI aumentan los factores de riesgo para el abuso de sustancias, trastornos de conducta, trastornos alimenticios, trastornos de personalidad límite, síntomas somáticos, violación en la adultez y divorcio (Elhammady et al., 2014). Según el estudio realizado por Imperatori et al. (2016) el 44% de los trastornos mentales que se han desarrollado en la infancia o adolescencia y el 30% en la adultez vienen precedidos por experiencias traumáticas en la infancia, como la negligencia, el abuso sexual o físico.

Consecuencias del ASI

Las personas que han sufrido ASI pueden presentar una serie de consecuencias negativas, teniendo mayor riesgo de iniciarse en el consumo de sustancias, utilizando comportamientos evitativos hacia el malestar y desarrollando ciertas psicopatologías como trastornos de estrés postraumático, trastornos de ansiedad o del estado de ánimo e intentos de suicidio (Daigre et al., 2015; Potthast et al., 2014). En relación a los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), también suelen observarse en las personas que acuden a tratamiento por consumo de sustancias y que han sufrido ASI (Kjoesnes et al., 2017). Sin embargo, no todas las personas con un trastorno por uso de sustancias y que han sufrido alguna experiencia traumática, han desarrollado TEPT (Kok, de Haan et al., 2015). Uno de los factores que afecta a la relación entre el ASI y el uso de sustancias, otros comportamientos adictivos y problemas de salud mental, es la violencia familiar (Elhammady et al., 2017).

Cuando se analizan diferencias de género se encuentra mayor frecuencia de ASI en las mujeres que en los hombres (Ogai et al., 2015). Con frecuencia se observa que las mujeres que consumen cocaína o alcohol lo hacen para evitar emociones de malestar y su primer consumo coincide con algún tipo de violencia (Lozano-Verduzco et al., 2016). Entre las características de las personas que han sufrido ASI también se asocian incremento de psicopatologías, comportamientos sexuales de riesgo, inicio temprano de consumo de alcohol o drogas y arrestos relacionados por el uso de sustancias (Banducci et al., 2014). Además de lo anterior, la autoestima de estas personas suele estar dañada por las vivencias experimentadas de ASI (Kim et al., 2017). Entre los hombres homosexuales también se ha encontrado mayor vulnerabilidad en la conducta de fumar tabaco en aquellos que han tenido experiencias traumáticas como abuso sexual o físico o violencia en la pareja (O'Cleirigh et al., 2015).

Otra de las variables que se estudia es la actividad cerebral entre las personas que han sufrido ASI y desarrollan comportamientos adictivos, encontrando similitudes entre las áreas que se activan en ambas situaciones (Regier et al., 2016). Una de las consecuencias tras haber sufrido ASI son los cambios inducidos por estrés (como resultado de abusos físicos y sexuales) en los endocannabinoides y la amígdala basolateral lo que facilita el incremento de la ansiedad y el consumo de sustancias (Carey et al., 2016).

Entre las personas que acuden a tratamiento por trastornos por consumo de sustancias también se encuentran aquellas que han sufrido ASI (Schäfer et al., 2017). De las personas que acudían a tratamiento por este consumo, Simpson y Miller (2002), encontraron que del 16.3% al 60.9% afirmaban haber sufrido ASI. No es extraño hallar una covariación entre la gravedad del trastorno de consumo de sustancias o adicción y los niveles de abuso físico, emocional y sexual en la infancia y los síntomas de estrés postraumático (Kuksis et al., 2017). Otros factores

que aumentan la gravedad de dicha asociación son la persistencia del ASI, que haya tenido lugar por personas cuidadoras o familiares, la internalización de la responsabilidad por parte del niño o niña, daños físicos o la ruptura familiar (Hammersley et al., 2015).

Entre las personas con adicción a los opioides señalaban que el peor trauma que recordaban se referían a haber sufrido ASI en su infancia (Kjoesnes et al., 2017).

La adicción al alcohol suele estar presente entre estas personas que nos ocupan (Kok et al., 2015; Sugarman et al., 2014; Müller et al., 2015; Schneeberger et al., 2014). Los pacientes con esta adicción además de relatar historias de ASI suelen tener síntomas de trastorno de estrés postraumático (Schneeberger et al., 2014), en estas, el curso o la gravedad de la adicción va a correlacionar con el tipo e intensidad de la experiencia vivida, presentando mayor comorbilidad con otros trastornos y en su tratamiento suelen tener menor adherencia, más recaídas y periodos más cortos de abstinencia (Lotzin et al., 2016). Los trastornos de ansiedad y depresión suelen estar presentes tanto entre los dependientes al alcohol como en las víctimas de ASI (Shin et al., 2015).

El cannabis también es usado por personas que han sufrido ASI encontrándose una alta relación en mujeres (53%) (Baiden et al., 2014). Existen evidencias de que personas con ciertos genotipos tienen mayor riesgo de dependencia al cannabis en función de haber sido víctimas de ASI (Carey et al., 2016). Además, el historial de ASI puede llevar a la persona a desarrollar una serie de síntomas depresivos y otras patologías que aumentan las probabilidades de dependencia al cannabis y el desarrollo de psicosis (Saddichha et al., 2015).

Entre las personas que se encuentran en prisión, las investigaciones señalan que hay una alta probabilidad de haber sido víctima de ASI (10.20-18%), correlacionando esto con comportamientos delictivos, trastornos psicológicos y el ya consabido abuso de sustancias (Chen & Gueta, 2016; Saddichha et al., 2015; Winham et al., 2015).

El ASI y otros comportamientos adictivos sin sustancias

Otros comportamientos adictivos que se han relacionado con el ASI han sido el juego problemático, la comida e internet. Los adolescentes que tienen familias menos cohesionadas son más proclives a desarrollar una conducta de juego problemático con el fin de ganar dinero, socializarse o escapar de sus problemas (Hamilton-Wright et al., 2016). Algunas características psicológicas en los adolescentes con problemas de juego son los síntomas depresivos, ansiedad, soledad y baja satisfacción personal (Jaisoorya et al., 2016). Además, el estudio de Dion et al. (2015) hace referencia a que las experiencias de abusos sexuales en la

infancia y la escolarización residencial están asociados a la probabilidad de juego patológico entre los pueblos indígenas.

En cuanto a los comportamientos adictivos hacia la comida, las personas que han sufrido ASI tienen mayor probabilidad de desarrollar esta conducta (Imperatori et al., 2016). En esta problemática se activan las mismas regiones del cerebro que en los mecanismos de recompensa relacionados con las adicciones a sustancias y estas personas tienen un pobre control sobre sus impulsos (Nunes-Neto et al., 2017).

Otro de los comportamientos adictivos que se relaciona con el hecho de haber sufrido ASI es la adicción a internet, correlacionando el ASI con baja autoestima y síntomas depresivos (Kim et al., 2017), siendo este comportamiento adictivo más frecuente entre hombres (42.5%) que entre mujeres (32.6%) (Chen et al., 2017).

Debido a lo descrito anteriormente, es imprescindible que se siga investigando en esta área para poder llegar a reducir la prevalencia y las consecuencias del ASI mediante la mejora de la prevención y los tratamientos clínicos utilizados para ello. El objetivo de este estudio ha sido realizar una revisión sistemática de la situación actual del ASI y la relación con el desarrollo de comportamientos adictivos con o sin sustancias.

Método

Para realizar el protocolo de revisión se han utilizado los pasos de la declaración PRISMA (Urrútia & Bonfill, 2010). Durante los meses de febrero y marzo de 2018 se realizó la búsqueda bibliográfica. Se centró la atención en analizar aquellos artículos científicos en los cuales se estudiara la posible relación entre el haber sufrido abusos sexuales en la infancia y el desarrollo posterior de una adicción.

Para realizar la búsqueda de los artículos científicos se usaron las bases de datos *Scopus*, *PsycInfo*, *Web of Science*, *Medline* y *Psycodoc*. Las palabras claves utilizadas fueron "sexual abuse" AND "addiction". La búsqueda se acotó a los años desde 2014 a 2018 y se filtraron aquellos trabajos que estuvieran dentro del área de investigación en Psicología. El idioma de publicación que se seleccionó fue en inglés y español. La búsqueda se realizó en título, resumen y palabras clave.

Criterios de Inclusión

Los criterios que se siguieron para la inclusión de las publicaciones en esta revisión sistemática fueron los siguientes:

1. Trabajos en los que se aborden los abusos sexuales en la infancia y su relación con las adicciones.
2. Trabajos en los que los abusos sexuales en la infancia se evalúen en muestras de diferentes tamaños con instrumentos estandarizados, que contengan ítems de escalas estandarizadas o cuestionarios e ítems desarrollados *ad hoc*.

Selección de estudios

Después de obtener todos los estudios se ordenaron según la fecha de publicación y se revisaron para ver si cumplían los criterios de inclusión. Se descartaron aquellos que no cumplían dichos criterios. En aquellos que superaron esta fase se analizó en profundidad el contenido y se recogieron los datos en una tabla *ad hoc*.

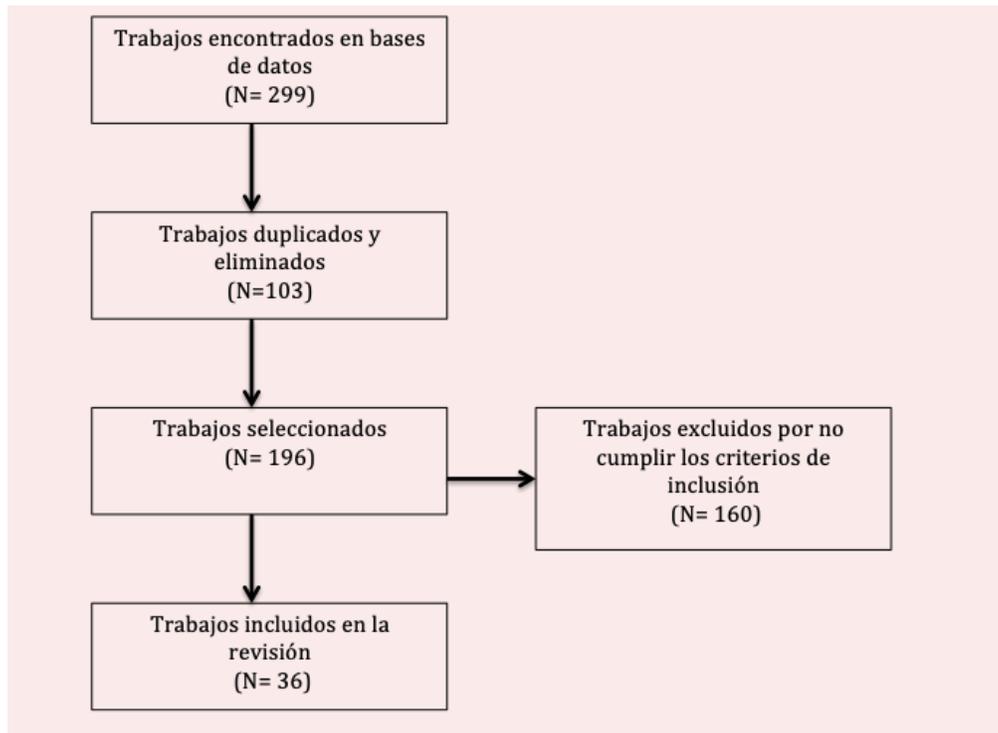


Figura 1: Búsqueda y estudios seleccionados

Proceso de extracción de datos

De aquellos artículos que cumplían los criterios de la búsqueda se extrajo la siguiente información:

- Autores/as.
- Año de publicación.
- Muestra utilizada para recoger los datos.
- Instrumentos utilizados para la evaluación de los abusos sexuales y la relación con alguna adicción.
- Conclusiones principales relacionadas con el haber sufrido abuso sexual en la infancia y desarrollar una adicción en la etapa adulta.

Resultados

Al realizar la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos se obtuvieron un total de 299 artículos, de los cuales 103 se eliminaron por estar duplicados en las distintas bases de datos. De los 196 trabajos obtenidos se excluyeron los que no cumplían con los criterios de inclusión, por lo que la selección resultó ser de 36 artículos científicos

Tabla 1: Artículos publicados entre 2014 y 2018 sobre la relación entre ASI y comportamientos adictivos.

AUTORES/AS	AÑO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	CONCLUSIONES
Chen, Y., Liu, X., Huang, Y., Yu, H.J., Yuan, S., Ye, Y.L., Li, Q.X. & He, Q.Q.	2017	N=547 (240 hombres y 307 mujeres)	Youth Behavior Survey Questionnaire (YRBS), Young's Internet Addiction Test and Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-SF)	El abuso sexual infantil fue asociado a altas tasas de adicción a internet.
Kuksis, M., Di Prospero C., Hawken, E.R. & Finch S.	2017	N=152 (77 Mujeres y 55 hombres)	The addiction Severity Index Self-Report (ASI); The PTSD Checklist-Civilian (PCL-C); The Stressful Life Experiences Screen (SLES) and The Traumatic Antecedents Questionnaire (TAQ).	Todas las personas del estudio tuvieron una historia de adicción y más del 99% de los participantes habían experimentado algún tipo de abuso físico, emocional o sexual.
Kim B.N., Park, S. & Park, M.H.	2017	N=695 (413 chicos y 282 chicas)	The Early Trauma Inventory Self-Report-Short Form, Rosenberg's Self-Esteem Scale, The Children's Depression Inventory and Young's Internet Addiction Test.	El grupo de personas que habían sufrido abuso sexual obtuvieron puntuaciones bajas en autoestima y altas en depresión y adicción a internet.

El abuso sexual infantil y la relación con el desarrollo de comportamientos adictivos. Una revisión sistemática

<p>Schäfer, I., Pawils, S., Driessen, M., Härter, M., Hillemecher, T., Klein, M., Muehlhan, M., Ravens-Sieberer, U., Schäfer, M., Scherbaum, N., Schneider, B., Thomasius, R., Wiedemann, K., Wegscheider, K. & Barnow, S.</p>	<p>2017</p>	<p>N=80 hombres y mujeres (grupo control) vs. 160 hombres y mujeres (Grupo experimental); N=72 hombres y mujeres (G.C.) vs. N=72 hombres y mujeres (G.E.); N=342 mujeres</p>	<p>Project cluster "mediators and risk factors"; project cluster "evidence-based treatment" and project cluster "improvement of services"</p>	<p>Los trastornos de uso de sustancias no son la única consecuencia de la violencia y abandono en la infancia pero es uno de los más importantes factores de riesgo para el nuevo maltrato de niños.</p>
<p>El Mhamdi, S., Lemieux, A., Bouanene, I., Ben Salah, A., Nakajima, M., Salem, K.B. & Al'Absi, M.</p>	<p>2017</p>	<p>N= 1200</p>	<p>Versión árabe validada del cuestionario de la OMS ACE-IQ</p>	<p>Los resultados indicaron que las adversidades intrafamiliares se asociaron con un mayor riesgo de comportamientos adictivos, particularmente en hombres.</p>
<p>Nunes-Neto, P.R., Köhler, C.A., Schuch, F.B., Solmi, M., Quevedo, J., Maes, M., Murru, A., Vieta, E., McIntyre, R.S., McElroy, S.L., Gearhardt, A.N., Stubbs, B. & Carvalho A.F.</p>	<p>2017</p>	<p>N=7659 (71.5% mujeres)</p>	<p>Modified Yale Food Addiction Scale 2.0 (mYFAS 2.0), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Hypomania checklist (HCL-32), Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Skin picking stanford questionnaire (SPSQ), Minnesota impulse disorders interview (MIDI), Symptom Checklist-90-revised inventory (SCL-90-R), Early trauma inventory self report-short form (ETISR-SF) and World Health Organization quality of life instrument-abbreviated version (WHOQOL-Bref).</p>	<p>La adicción a la comida se asoció con trastornos del estado de ánimo concurrentes y trastornos de la piel, así como con el abuso psicológico y sexual en la primera infancia.</p>
<p>Kjoesnes, R., Waal, H., Hauff, E. & Gossop, M.</p>	<p>2017</p>	<p>N=61</p>	<p>The Life Event Checklist (LEC), PTSD section of the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID I), Part E of the European Addiction Severity Index (EuropASI) and the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI, Part K).</p>	<p>Tanto hombres como mujeres con adicción a opioides contaron que el peor trauma sufrido fueron asaltos sexuales, entre ellos, el abuso sexual durante la infancia.</p>

Fortenbaugh, F.C., Corbo, V., Poole, V., McGlinchey, R., Milberg, W., Salat D., DeGutis, J. & Esterman, M.	2016	N=66 (18 con y 48 sin historia de trauma)	Tarea de atención sostenida no emocional durante la MRI funcional.	Los resultados proporcionan evidencia de un impacto negativo duradero para aquellos con una historia de I-ELT en la capacidad de atención sostenida.
Lozano-Verduzco, I., Romero-Mendoza, M. & Marín-Navarrete, R.	2016	N=13 mujeres	Entrevista semi-estructurada	Las experiencias de violencia y abuso llevaban a las mujeres a sentimientos como tristeza, culpa e ira, lo que les llevaba al uso de sustancias.
Imperatori, C., Innamorati, M., Lamis D. A., Farina, B., Pompili, M., Contardi, A. & Fabbriatore, M.	2016	N=301 mujeres	Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), the Yale Food Addiction Scale (YFAS), the Binge Eating Scale (BES), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and a checklist assessing socio-demographic.	La gravedad del trauma infantil se asoció moderadamente y positivamente con la severidad de la adicción a la comida y los atracones.
Hamilton-Wright, S., Woodhall-Melnik, J., Guilcher, S.J.T., Schuler, A., Wendaferew, A., Hwang, S.W. & Matheson F.I.	2016	N= 30 hombres	The Canadian Problem Gambling Severity Index, distress was assessed with the K10, and drug and alcohol use were measured using the WHO ASSIST. A semi-structured qualitative interview to elicit men's perceptions and experiences with gambling, housing, and access to support services.	Dos tercios de los hombres comenzaron a jugar en los primeros años de vida, mientras que experimentaban adversidades como abuso físico, emocional y/o sexual, negligencia, inestabilidad de la vivienda, falta de vivienda adicción a sustancia y pobreza.
Lotzin, A., Haupt, L., Von Schönfels, J., Wingefeld, K. & Schäfer, I.	2016	N=347 (247 hombres)	The Structured Clinical Interview for the DSM-IV (SCID), European Addiction Severity Index (EuropASI) and Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).	Los perfiles de traumas en la infancia pueden proporcionar información más útil sobre los riesgos de problemas actuales relacionados con la adicción que la distinción entre paciente con trauma o sin trauma.
Regier, P.S., Monge, Z.A., Franklin, T.R., Wetherill, R.R., Teitelman, A., Jagannathan, K., Suh, J.J., Wang, Z., Young, K.A., Gawrysiak, M., Langleben, D.D., Kampman, K.M., O'Brien C.P. & Childress A.R.	2016	N=68	Cuestionario ad hoc sobre abusos y pruebas de Resonancia Magnética Funcional	Este es el primer estudio en humanos que vincula una historia de abuso a una vulnerabilidad cerebral (respuesta mesolímbica elevada a las señales de drogas) que previamente se ha demostrado que contribuye a la búsqueda de drogas.

El abuso sexual infantil y la relación con el desarrollo de comportamientos adictivos. Una revisión sistemática

Chen G. & Gueta, K.	2016	N=60 hombres	The Addiction Severity Index (ASI), The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) and The Renard Diagnostic Interview (RDI).	Los resultados mostraron que una historia de abuso infantil era común, y la negligencia emocional era más frecuente que la física, abuso emocional o sexual entre los reclusos con adicción.
Sartor, C.E. & O'Malley, S.S.	2016	N=89 mujeres	Diary of Substance Use and Related Behaviors and Stressful Life Event Inventory.	Los eventos angustiantes proximales están más relacionados con la historia de abusos sexuales y con los patrones de consumo de alcohol a corto plazo.
Jaisoorya, T.S., Beena, K.V., Beena, M., Ellangovan, K., Thennarassu, K., Bowden-Jones, H., Benegal, V. & George, S.	2016	N= 5043	Socio-demographic profile, NODS-CLIP, The alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), Kessler's Psychological Distress Scale (K10), Barkley Adult ADHD rating scale-IV (BAARS-IV) and questions modified from the Child Abuse Screening Tool Children's Version (CAST-C).	Los jugadores problemáticos eran significativamente más propensos a ser varones, tenían problemas en los estudios académicos y tasas más altas de consumo de alcohol y tabaco, angustia psicológica, suicidio, historial de abuso sexual y síntomas de TDAH más altos.
Carey, C.E., Agrawal, A., Zhang, B., Conley, E. D., Degenhardt, L., Heath, A. C., Li, D., Lynskey, M.T., Martin, N.G., Montgomery, G.W., Wang, T., Bierut, L.J., Hariri, A.R., Nelson, E.C. & Bogdan, R.	2016	N=15 58; N=859; N=312	Semi-Structured Assesment for the Genetics of Alcoholism	Los resultados de estos estudios son consistentes con los modelos de roedores que implican 2-arachidonoylglycerol (2-AG), un cannabinoide endógeno metabolizado por la enzima codificada por MGLL, en la etiología de la adaptación al estrés relacionada con la dependencia del cannabis.
Fuller-Thomson, E., Roane J.L. & Brennenstuhl	2016	N=21554	The specific questions were adapted from the Childhood Experiences of Violence Questionnaire: Short Form.	Los tres tipos de Abusos en la infancia (testigo de violencia doméstica, abuso físico y abuso sexual), incluidas las formas de violencia directa e indirecta, están relacionadas de manera independiente con la dependencia de por vida del alcohol y drogas entre los canadienses adultos.

O'Cleirigh, C., Dale, S.K., Elsesser, S., Pantalone D.W. & Mayer K.H.	2015	N=1309	Encuesta de 25 ítems	El haber experimentado violencia con la pareja íntima, ataque verbal anti-gay, ataque físico anti-gay y abuso sexual infantil fueron asociados independientemente con mayores probabilidades de fumar.
Ogai, Y., Senoo, E., Gardner, F.C., Haraguchi, A., Saito, T., Morita, N. & Ikeda K.	2015	N=111 (77 hombres, 33 mujeres y 1 con sexo desconocido)	Addiction Severity Index-Japanese version; Stimulant Relapse Risk Scale; Visual Analogue Scale (VAS); Short questionnaire on demographics.	Un mayor porcentaje de mujeres participantes habían experimentado abuso infantil en comparación con los participantes masculinos. Los hombres que habían experimentado abuso infantil tuvieron mayor consumo de drogas que los que no lo experimentaron.
Kok, T., de Haan, H., van der Meer, M., Najavits, L. & de Jong, C.	2015	N= 192	Traumatic Experiences Checklist (TEC), Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS), European Addiction Severity Index (EuropASI), Self-Report Inventory for PTSD (SRIP).	El valor clínico de la evaluación del trauma en la infancia en la determinación de la gravedad de la adicción aparece como una limitación en comparación con los síntomas del TEPT.
Daigre, C., Rodríguez-Cintas, L., Tarifa, N., Rodríguez-Martos, L., Grau-López, L., Berenguer, M., Casas, M. & Roncero, C.	2015	N=512	European Addiction Severity Index (EuropASI), Semi-Structured Clinical Interview for Axis I Disorders of the DSM-IV (SCID-I), Conner's Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID-II), Semi-Structured Clinical Interview for Axis II Personality Disorders of the DSM-IV), Beck Depression Inventory (BDI) and State-Trait Anxiety Inventory (STAI).	Los resultados sugieren que la historia de abuso es frecuente entre pacientes con dependencia a sustancias y estas experiencias son más prevalentes en mujeres y están asociadas con mayor comorbilidad psiquiátrica.
Müller M., Vandeleur, C., Rodgers, S., Rössler, W., Castelao, E., Preisig, M. & Ajdacic-Gross, V.	2015	N= 731	Semi-Structured Diagnostic interview for Genetic Studies (DIGS)	Tanto la infancia como el trauma sexual contribuyen fuertemente a la comorbilidad del TEPT y de la dependencia al alcohol y los síntomas del tipo de evitación parecen desempeñar un papel central en el mantenimiento de esta asociación.

El abuso sexual infantil y la relación con el desarrollo de comportamientos adictivos. Una revisión sistemática

Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J.J. & Arteaga, A.	2015	N=115	European version of the Addiction Severity Index (EuropASI), The Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), The Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II).	Los pacientes que presentaron una larga historia de abusos mostraron una adicción de mayor gravedad que los pacientes que no sufrieron abusos y comorbilidad severa.
Dion, J., Cantinotti, M., Ross, A. & Collin-Vézina, D.	2015	N=358 (54.2% mujeres)	South Oaks Gambling Screen (SOGS)	Los resultados de la regresión logística indica que las experiencias de abusos sexuales en la infancia y escolarización residencial están asociados a la probabilidad de juego patológico entre los pueblos indígenas.
Saddichha, S., Werker, G.R., Schuetz, C. & Krausz, M.R.	2015	N=250; N=150; N=100	The Maudsley Addiction Profile (MAP), the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) and the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) Plus.	Un historial de abuso infantil puede conducir a desarrollar una cascada de síntomas depresivos y otras patologías, aumentando las probabilidades de dependencia al cannabis y desarrollo de psicosis.
Hammersley, R., Dalgarno, P., McCollum, S., Reid, M., Strike, Y., Smith, A., Wallace, J., Smart, A., Jack, M., Thompson, A. & Liddell, D.	2015	N=55 (38 hombres y 17 mujeres)	Entrevista por pares de investigadores usando el método de Historia de Vida.	La gravedad del trauma infantil llevó a las personas hacia el consumo problemático de drogas a través de varias vías.
Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J.J., Arteaga, A., Cacho, R. & Azanza P.	2015	N=180 mujeres adictas	The EuropASI and the Interviewer Severity Rates (ISRs).	El abuso físico y el abuso sexual se relacionó con niveles más altos de severidad de la adicción.
Shin, S.H., Hassamal, S., Peasley & Peasley-Groves, L.	2015	N=337	A computer-assisted self-interviewing (CASI) method of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), the Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) y otros instrumentos no estandarizados de recogida de información sobre el uso del alcohol y datos sociodemográficos.	Los hallazgos sugieren que entre cuatro tipos de maltrato infantil, el abuso emocional podría ser el principal impulsor de la bebida patológica entre víctimas de maltrato infantil.

Winham, K.M., Golder, S., Renn, T., Higgins, G.E., Engstrom, M. & Logan, T.K.	2015	N=406 mujeres	Seven items form Mullings, Marquart and Hartley's large-scale, the Brief Symptom inventory 18 (BSI 18), Items adapted form Coyle's Risk Behavior Assesment (RBA) and 18 items Revised Adult Attachment Scale (R-AAS).	Los hallazgos sugieren que el apego puede ser un factor importante para comprender y abordar la relación con la angustia psicológica y el uso de sustancias entre las mujeres con antecedentes de victimización que están involucradas en el sistema de justicia por algún delito.
Baiden, P., Stewart, S.L. & den Dunnen, W.	2014	N=3681 (51.1% mujeres)	The Resident Assessment Instrument for Mental Health (RAI-MH)	Los datos demostraron una fuerte asociación entre abuso sexual infantil y abuso físico y uso de cannabis con una fuerte asociación entre mujeres.
Elharmady, M., Awara, M., Aty, A.A. & Moselby H.F.	2014	N=120	The Maudsley Addiction Profile, The Severity of Dependence Scale (SDS), Leeds Dependence Questionnaire (LDQ), Impact of Events Scale, Courtauld Emotional Control Scale, the Psychosis Screening Questionnaire and Life Events Checklist.	Hubo una asociación significativa entre la gravedad de la dependencia y el uso de medicamentos por parte de los padres (p=0.007), abuso físico (p=0.02) y abuso sexual (p=0.043).
Potthast, N., Neuner, F. & Catani, C.	2014	N= 72	The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), parts of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), the Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS), the Beck Depression Inventory (BDI), the Social Phobia Scale/Social Interaction Anxiety Scale (SPS/SIAS) and the 23 item short form of the Borderline Symptom List (BSL-23).	Los resultados sugieren que el maltrato emocional puede tener un papel importante en la etiología de la dependencia al alcohol, que parece exceder la contribución de otras experiencias de abuso y victimización.
Banducci, A.N., Hoffman, E.M., Lejuez, C.W. & Koenen, K.	2014	N=280 (69.7% hombres)	Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-SF), the reporting of risky sexual behaviors (RSBs), two questions from the "legal status" portion of the ASI, the Difficulties with Emotion Regulation Scale (DERS).	El abuso sexual predijo intercambio de sexo por cocaína y heroína, números de arrestos por prostitución, intercambios sexuales sin protección en parejas ocasionales el primer año y baja excitación sexual en estados de sobriedad.

Sugarman, D.E., Kaufman, J.S., Trucco, E.M., Brown, J.C. & Greenfield, S.F.	2014	N=101	The Timeline follow-back assessment method (TLFB), the Drug and Alcohol Use Questionnaire, Situational Confidence Questionnaire (SCQ), the "social and leisure" subscale of the Social Adjustment Scale Self-Report, the Global Assessment of Functioning Scale (GAF), the Alcohol Dependence Scale (ADS) and the Life Experiences Questionnaire (LEQ).	El funcionamiento global un año después del tratamiento por adicción se asoció principalmente y negativamente con historia de abuso sexual.
Schneeberger, A.R., Huber, C.G., Seixas, A., Muenzenmaier, H., Lang, U.E., Castille, D., Larkin, S. & Link, B.G.	2014	N=183 (111 hombres y 72 mujeres)	Seven items of Stressful Childhood Experiences (SCE) and the Psychiatric Research Interview Disorders (PRISM).	Las experiencias estresantes de la niñez, como el abuso infantil, predijeron una mayor frecuencia de consumo de alcohol a lo largo del tiempo.

Discusión

Esta revisión sistemática acerca de la relación entre ASI y el desarrollo de una adicción ha podido dar luz a la situación actual sobre esta problemática y observar dónde pueden estar las carencias y las debilidades que impiden que se pueda avanzar sobre la detección y tratamiento de las personas que han sufrido esta situación y en su adultez desarrollan alguna adicción.

Uno de los hechos destacables es que existen muy pocos estudios que centren su objeto de análisis en estas variables. De hecho, solo se ha podido contar con 36 artículos para esta revisión. Uno de los motivos de dicha escasez puede hallarse en la dificultad que tienen las personas que han sufrido ASI para hablar de ello, por lo que no es fácil que consientan en participar en una investigación.

A pesar de que el ASI actualmente es estudiado tanto en hombres como en mujeres, la prevalencia del ASI sigue siendo más alta para mujeres que para hombres (Fernández-Montalvo et al., 2015). Una de cada cinco mujeres ha sufrido ASI, lo que hace tener mayores factores de riesgo hacia el consumo de sustancias, como ocurre con el abuso severo de alcohol en la adultez (Sartor & O'Malley, 2016).

Después del análisis de los instrumentos utilizados para medir ASI sorprende la falta de instrumentos específicos para medir ASI en personas adultas. El 48.64% de los estudios utilizaban cuestionarios estandarizados que incluían una categoría de abuso sexual entre diferentes eventos traumáticos y el 32.43% utilizaban cuestionarios ad hoc o ítems adaptados que no fueron validados. Además, el 8.10% no especificaban cómo se había medido el haber sufrido ASI y otro 8.10% usaron entrevistas poco específicas para evaluar esta situación.

Entre las conclusiones encontradas en los estudios analizados en la presente revisión, la mayoría (80.55%) encuentran una relación estadísticamente significativa entre el hecho de haber sufrido ASI en la infancia y desarrollar una adicción en la etapa adulta. Son varios los estudios que afirman que las personas que han sufrido ASI tienen más riesgo de iniciarse en el consumo de sustancias desarrollando diferentes psicopatologías (Daigre et al., 2015; Müller et al., 2015; Potthast et al., 2014).

Por último, si se habla de comportamientos adictivos sin sustancias como el juego problemático, la comida o internet, también se encuentran datos que relacionan el desarrollo de estos en personas que han sufrido ASI o experiencias tempranas traumáticas (Chen et al., 2017; Kim et al., 2017; Nunes-Neto et al., 2017; Imperatori et al., 2016; Hamilton-Wright et al., 2016; Jaisoorya et al., 2016; Dion et al., 2015).

Entre las limitaciones de este artículo encontramos que se dispone de un pequeño número de estudios que analicen específicamente la relación entre el ASI y el desarrollo de comportamientos adictivos.

En conclusión, se necesitan estudios que aborden la relación entre ASI y comportamientos adictivos, donde los instrumentos de evaluación utilizados sean específicos y validados para adultos y en los cuales se estudien las variables personales y contextuales que puedan influir en esta relación.

Debido a lo anterior, se plantea como líneas futuras de investigación, diseñar y validar un cuestionario específico sobre ASI para personas adultas y poder estudiar la relación actual entre las variables planteadas (ASI y comportamientos adictivos, con o sin sustancias).

Reconocimientos

En primer lugar, agradecer a las personas que han participado en la redacción de este artículo, entre ellos F. Javier del Río y José Manuel Rodríguez González. También agradecer al Instituto Andaluz de Sexología y Psicología y a la Universidad de Sevilla por la confianza depositada en esta investigación.

References

- Almuneef, M., Qayad, M., Aleissa, M. & Albuhairan, F. (2014). Adverse childhood experiences, chronic diseases, and risky health behaviors in Saudi Arabian adults: a pilot study. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1787-1793. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.06.003>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Estados Unidos: Arlington, VA.
- Baiden, P., Stewart, S. L. & den Dunnen, W. (2014). Childhood abuse and cannabis use among adolescents with mental health needs in Ontario, Canada, *Journal of Substance Use*, 19 (1-2), 18-24. <https://doi.org/10.3109/14659891.2012.727522>
- Banducci, A.N., Hoffman, E.M., Lejuez, C.W. & Koenen, K. (2014). The impact of childhood abuse on inpatient substance users: specific links with risky sex, aggression and emotion dysregulation. *Child Abuse & Neglect*, 38, 928-938. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.12.007>
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, e., Trelle, S. & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58, 469-483. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T. & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27, 169-190. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0)
- Bremner, J. D., Bolus, R. & Mayer, E. A., 2007. Psychometric properties of the early trauma inventory-self report. *Journal of Nervous and Mental Disease* 195(3), 211-218. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243824.84651.6c>

- Carey, C. E., Agrawal, A., Zhang, B., Conley, E. D., Degenhardt, L., Heath, A. C., Li, D., Lynskey, M. T., Martin, N. G., Montgomery, G. W., Wang, T., Bierut, L. J., Hariri, A. R., Nelson, E.C. & Bogdan, R. (2016). Monoacylglycerol lipase (MGLL) polymorphism rs 604300 interacts with childhood adversity to predict cannabis dependence symptoms and amygdala habituation: Evidence from an endocannabinoid system-level analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 124* (4), 860-877. <https://doi.org/10.1037/abn0000079>
- Chen, G. & Gueta, K. (2016). Childhood Abuse and Drug Addiction Among Israeli Male Inmates. *The Prison Journal, 96*(5), 709-730. <https://doi.org/10.1177/0032885516662637>
- Chen, Y., Liu, X., Huang, Y., Yu, H.J., Yuan, S., Ye, Y. L., Li, Q. X. & He, Q. Q. (2017). Association between Child Abuse and Health Risk Behaviors among Chinese College Students. *Journal of Child and Family Studies, 26*(5), 1380-1387. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0659-y>
- Coddington R.D. (1972). The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children—II a study of a normal population. *Journal of Psychosomatic Research, 16*, 205-213. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(72\)90045-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(72)90045-1)
- Daigre, C., Rodríguez-Cintas, L., Tarifa, N., Rodríguez-Martos, L., Grau-López, L., Berenguer, M., Casas, M. & Roncero, C. (2015). History of sexual, emotional or physical abuse and psychiatric comorbidity in substance-dependent patients. *Psychiatry Research, 229*(3), 743-749. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.08.008>
- Dion, J., Cantinotti, M., Ross, A. & Collin-Vézina, D. (2015). Sexual abuse, residential shooling and probable pathological gambling among Indigenous Peoples. *Child Abuse & Neglect, 44*, 56-65. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.004>
- Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C. (1998). Abuso sexual en la infancia. En M. A. Vallejo (Eds.), *Manual de Terapia de Conducta* (pp. 563-601). Madrid: Dykinson..
- Elhammady, M., Awara, M., Aty, A. A. & Moselby H.F. (2014). Self-reported Child Sexual Abuse, Physical Abuse and Parental History of Drug Misuse in Opioid Dependence Syndrome. *Addictive Disorders & Their Treatment, 13*(4). <https://doi.org/10.1097/ADT.0b013e31829bb3b9>
- El Mhamdi, S., Lemieux, A., Bouanene, I., Ben Salah, A., Nakajima, M., Salem, K.B. & Al'Absi, M. (2017). Gender differences in adverse childhood experiences, collective violence, and the risk for addictive behaviors among university students in Tunisia. The address for the corresponding author was captured as affiliation for all authors. *Preventive Medicine, 99*, 99-104. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.02.011>

- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J. & Arteaga, A. (2015). Psychological, Physical and Sexual Abuse in Addicted Patients Who Undergo Treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(8), 1279-1298. <https://doi.org/10.1177/0886260514539843>
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Arteaga, A., Cacho, R. & Azanza P. (2015). Therapeutic Progression in Abused Women Following a Drug-Addiction Treatment Program. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(13), 2046-2056. <https://doi.org/10.1177/0886260515591980>
- Finkelhor, D. (1979). *Sexually Victimized Children*. Nueva York: Free Press.
- Hamilton-Wright, S., Woodhall-Melnik, J., Guilcher, S. J. T., Schuler, A., Wendaferew, A., Hwang, S. W. & Matheson F. I. (2016). Gambling in the landscape of adversity in youth: reflections from men who live with poverty and homelessness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(9), 854. <https://doi.org/10.3390/ijerph13090854>
- Hammersley, R., Dalgarno, P., McCollum, S., Reid, M., Strike, Y., Smith, A., Wallace, J., Smart, A., Jack, M., Thompson, A. & Liddell, D. (2015). Trauma in the childhood stories of people who have injected drugs. *Addiction Research and Theory*, 24(2), 135-151. <https://doi.org/10.3109/16066359.2015.1093120>
- Hooper, L. M., Stockton, P., Krupnick, J. L. & Green, B. L. (2011). Development, use and psychometric properties of the Trauma History Questionnaire. *Journal of Loss and Trauma*, 16, 258-283. <https://doi.org/10.1080/15325024.2011.572035>.
- Imperatori, C., Innamorati, M., Lamis D. A., Farina, B., Pompili, M., Contardi, A. & Fabbriatore, M. (2016). Childhood trauma in obese and overweight women with food addiction and clinical-level of binge eating. *Child abuse & Neglect*, 58, 180-190. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.06.023>
- Jaisoorya, T. S., Beena, K.V., Beena, M., Ellangovan, K., Thennarassu, K., Bowden-Jones, H., Benegal, V. & George, S. (2016). Do High School Students in India Gamble? A Study of Problem Gambling and Its Correlates. *Journal of Gambling Studies*, 33(2), 449-460. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9651-5>
- Kim B. N., Park, S. & Park, M. H. (2017). The relationship of Sexual Abuse with Self-Esteem, Depression, and Problematic Internet Use in Korean Adolescents. *Psychiatry Investigation*, 14(3), 372. <https://doi.org/10.4306/pi.2017.14.3.372>

- Kjoesnes, R., Waal, H., Hauff, E. & Gossop, M. (2017). Severe trauma among substance users in opioid maintenance treatment: users assessment of worst trauma and clinical assessment of PTSD. *Heroin addiction & related clinical problems*, 19(1), 5-12.
- Kok, T., de Haan, H., van der Meer, M., Najavits, L. & de Jong, C. (2015). Assessing traumatic experiences in screening for PTSD in substance use disorder patients: What is the gain in addition to PTSD symptoms? *Psychiatry Research*, 226(1), 328-332. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.01.014>
- Kuksis, M., Di Prospero C., Hawken, E.R. & Finch, S. (2017). The correlation between trauma, PTSD, and substance abuse in a community sample seeking outpatient treatment for addiction. *Canadian Journal of Addiction*, 8(1), 18-24. <https://doi.org/10.1097/02024458-201706000-00005>
- Lotzin, A., Haupt, L., Von Schönfels, J., Wingenfeld, K. & Schäfer, I. (2016). Profiles of Childhood Trauma in Patients with Alcohol Dependence and their associations with Addiction-Related Problems. *Alcoholism Clinical & Experimental Research*, 40(3). <https://doi.org/10.1111/acer.12990>
- Lozano-Verduzco, I., Romero-Mendoza, M. & Marín-Navarrete, R. (2016). Violence narratives of Mexican women treated in mutual-aid residential centers for addiction treatment. *Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy*. 11(1). <https://doi.org/10.1186/s13011-016-0083-0>
- Luxenberg, T., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (2001). Complex trauma and the Disorders of Extreme Stress (DESNOS) diagnosis, part one: Assessment. *Directions in Psychiatry*, 21, 373-393. <https://tinyurl.com/y475jhfl>
- Meyer, I., Muenzenmaier, K., Cancienne, J. & Struening, E. (1996). Reliability and validity of a measure of sexual and physical abuse histories among women with serious mental illness. *Child Abuse & Neglect*, 20, 213-219. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(95\)00137-9](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(95)00137-9)
- Nijenhuis, E. R. S., VanderHart, O. & Kruger, K., 2002. The psychometric characteristics of the traumatic experiences checklist (TEC): first findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology y Psychotherapy* 9, 200-210. <https://doi.org/10.1002/cpp.332>

- Nunes-Neto, P.R., Köhler, C. A., Schuch, F. B., Solmi, M., Quevedo, J., Maes, M., Murru, A., Vieta, E., McIntyre, R. S., McElroy, S. L., Gearhardt, A. N., Stubbs, B. & Carvalho A. F. (2017). Food addiction: prevalence, psychopathological correlates and associations with quality of life in a large sample. *Journal of Psychiatric Research*, *96*, 145-152. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHIRES.2017.10.003>
- O'Cleirigh, C., Dale, S.K., Elsesser, S., Pantalone D.W., Mayer K.H., Bradford, J.B. & Safren, S. A (2015). Sexual minority specific and related traumatic experiences are associated with increased risk for smoking among gay and bisexual men. *Journal of Psychosomatic Research*, *78*(5), 472-477. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.02.004>
- Ogai, Y., Senoo, E., Gardner, F. C., Haraguchi, A., Saito, T., Morita, N. & Ikeda K. (2015). Association between Experience of child abuse and severity of drug addiction measured by the addiction severity index among japanese drug-dependent patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *12*, 2781-2792. <https://doi.org/10.3390/ijerph120302781>
- Potthast, N., Neuner, F. & Catani, C. (2014). The contribution of emotional maltreatment to alcohol dependence in a treatment-seeking sample. *Addictive Behaviors*, *39*, 949-958. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.01.015>
- Regier, P. S., Monge, Z. A., Franklin, T. R., Wetherill, R. R., Teitelman, A., Jagannathan, K., Suh, J. J., Wang, Z., Young, K. A., Gawrysiak, M., Langleben, D. D., Kampman, K. M., O'Brien C. P. & Childress A. R. (2016). Emotional, physical and sexual abuse are associated with a heightened limbic response to cocaine cues. *Addiction Biology*, *22*(6), 1768-1777. <https://doi.org/10.1111/adb.12445>
- Saddichha, S., Werker, G.R., Schuetz, C. & Krausz, M.R. (2015). Stimulants and Cannabis Use Among a Marginalized Population in British Columbia, Canada: Role of Trauma and Incarceration. *Comparative Criminology*, *59*(13), 1487-1498. <https://doi.org/10.1177/0306624X14541661>
- Sartor, C. E. & O'Malley, S. S. (2016). Brief Report: A Web-Based Pilot Study of Childhood Sexual Abuse, Recent Stressful Events and Alcohol Use in Women. *The American Journal on Addictions*, *25*, 184-187. <https://doi.org/10.1111/ajad.12348>

- Schäfer, I., Pawils, S., Driessen, M., Härter, M., Hillemacher, T., Klein, M., Muehlhan, M., Ravens-Sieberer, U., Schäfer, M., Scherbaum, N., Schneider, B., Thomasius, R., Wiedemann, K., Wegscheider, K. & Barnow, S. (2017). Understanding the role of childhood abuse and neglect as a cause and consequence of substance abuse: the German CANSAS network. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), Art. ID. 1304114 <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1304114>
- Schneeberger, A. R., Huber, C. G., Seixas, A., Muenzenmaier, H., Lang, U.E., Castille, D., Larkin, S. & Link, B.G. (2014). Alcohol consumption and the use of health care services in people with severe mental illness and stressful childhood experiences. *Journal of Addictive Diseases*, 36(2), 97-104. <https://doi.org/10.1080/10550887.2017.1280311>
- Shin, S. H., Hassamal, S. & Peasley, L. (2015). Examining the Role of Psychological Distress in Linking Childhood Maltreatment and Alcohol Use in Young Adulthood. *The American Journal on Addictions*, 24, 625-636. <https://doi.org/10.1111/ajad.12276>
- Sugarman, D. E., Kaufman, J. S., Trucco, E. M., Brown, J.C. & Greenfield, S.F. (2014). Predictors of Drinking and functional outcomes for men and women following inpatient alcohol treatment. *The American Journal on Addictions*, 23, 226-233. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2014.12098.x>
- Simpson, T. L. & Miller, W. R. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. *Clinical Psychology Review*, 22(1), 27-77. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00088-X](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00088-X)
- Urrutia, G. & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135(11), 507-511. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>
- Valenzuela, M. & Sachdev, P. (2007). Assessment of complex mental activity across the lifespan: development of the Lifetime of Experiences Questionnaire (LEQ). *Psychological Medicine*, 37, 1015-1025. <https://doi.org/10.1017/S003329170600938X>
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P. & Keane, T. M. (2013). *The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)*. <https://tinyurl.com/yxt5ahrd>

Winham, K. M., Golder, S., Renn, T., Higgins, G. E., Engstrom, M. & Logan, T. K. (2015). Childhood Victimization, Attachment, Psychological Distress and Substance Use Among Women on Probation And Parole. *American Orthopsychiatric Association*, 85(2), 145-158. <https://doi.org/10.1037/ort0000038>

Para citar en APA

Franco-Jaén, S., Rodríguez-González, J. M. y del Río, F. J. (2020). El abuso sexual infantil y la relación con el desarrollo de comportamientos adictivos: una revisión sistemática. *Terapia Psicológica (En línea)*, 38(3), 317-338. <https://doi.org/>

Segundo trabajo

Titulado “Diseño y validación de un cuestionario para la detección de Abusos Sexuales Infantiles en personas adultas con adicción”.

Este Segundo trabajo está publicado en la Revista Ansiedad y Estrés con la siguiente referencia:

Franco, S., del Río, F.J., Rodríguez, J.M. García-Rojas, A.D. (2023). Diseño y validación de un cuestionario para la detección de Abusos Sexuales Infantiles en personas adultas con adicción. *Revista Ansiedad y Estrés* 29(2), 107-114. <https://doi.org/10.5093/anyes2023a13>

Original

Diseño y validación de un cuestionario para la detección de Abusos Sexuales Infantiles en personas adultas con adicción

Sonia Franco Jaén^a, F. Javier del Río^b, Jose Manuel Rodríguez González^a, Antonio Daniel García-Rojas^c

^aUniversidad de Sevilla, Sevilla, España

^bInstituto de Investigación Biomédica e Innovación de Cádiz (INIBICA), Universidad de Cádiz, Cádiz, España

^cUniversidad de Huelva, Huelva, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de julio de 2022

Aceptado el 5 de julio de 2023

Palabras clave:

Abuso sexual infantil
Adicción
Consumo de sustancias
Estudio psicométrico

R E S U M E N

Introducción y objetivos: el objetivo principal de este trabajo ha sido diseñar y validar un cuestionario específico que evaluara el Abuso Sexual Infantil (ASI) en personas adultas con problemas de adicción. **Materiales y método:** se diseñó un cuestionario de 120 ítems que medía diferentes secuelas psicopatológicas que están presentes en personas que han sufrido ASI. Se realizó su validación con un grupo de expertos y un estudio piloto en el que participaron 151 personas (68 mujeres y 83 hombres), residentes en España. Para el análisis de datos se usaron diferentes métodos estadísticos. **Resultados:** los resultados mostraron que el cuestionario se podía reducir a 21 ítems logrando alcanzar unas adecuadas garantías psicométricas, tanto a nivel de validez como de fiabilidad ($\alpha = ,872$). **Conclusiones:** El presente instrumento permite la detección de sintomatología relacionada con el ASI, permitiendo al clínico hacer una exploración más amplia en esta área para descartar ASI u otros trastornos y poder mejorar la planificación del tratamiento.

Design and validation of a questionnaire for the detection of child sexual abuse in adults with addiction

A B S T R A C T

Introduction and objectives: the main objective of this work has been to design and validate a specific questionnaire to assess Child Sexual Abuse (CSA) in adults with addiction problems. **Materials and method:** a 120-item questionnaire was designed to measure different psychopathological sequelae that are present in people who have suffered CSA. Validation was carried out with a group of experts and a pilot study in which 151 people (68 women and 83 men) residing in Spain participated. Different statistical methods were used for data analysis. **Results:** the results showed that the questionnaire could be reduced to 21 items, achieving adequate psychometric guarantees, both in terms of validity and reliability ($\alpha = ,872$). **Conclusions:** The present instrument allows the detection of symptoms related to ASI, allowing the clinician to carry out a broader exploration in this area to rule out ASI or other disorders and to improve treatment planning.

Keywords:

Child sexual abuse
Addiction
Substance use
Psychometric study

Autor para correspondencia.

Correo electrónico: franciscojavier.delrio@uca.es (F. J. del Río).

<https://doi.org/10.5093/anyes2023a13>

1134-7937/© 2023 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. Colegio de la Psicología de Madrid. Todos los derechos reservados.

Introducción

El Abuso Sexual Infantil (ASI) se produce cuando dos personas realizan cualquier conducta sexual existiendo cualquier tipo de asimetría entre ellos y coacción (Echeburúa y Corral, 2006). En España, el ASI sigue siendo un aspecto destacado entre los pacientes en tratamiento por uso de sustancias (10,7%) (Observatorio de Proyecto Hombre, 2021). La edad media en la que suelen suceder los abusos suele estar comprendida entre los 11-13 años, produciéndose normalmente más de un episodio (Echeburúa y Corral, 2006). Suele ser más frecuente entre las mujeres (29,5%) que entre los hombres (6,1%) (Observatorio Proyecto Hombre, 2021). En la mayoría de las ocasiones (65-85%) estas conductas las llevan a cabo personas cercanas a la víctima, como el padre, madre, hermanos/as, profesorado, etc. (Echeburúa y Corral, 2006).

Tanto la frecuencia como la prevalencia de ASI es difícil de concretar debido a que solo un pequeño porcentaje de personas (15%) denuncian este hecho (Del Río, 2021). En España, el porcentaje de personas que ha sufrido ASI se sitúa en torno a un 8,8%-19%, siendo 15% en hombres y 23% en mujeres (Fernández-Montalvo et al., 2015; Pereda et al., 2016). Las personas con adicción, que han sufrido ASI, suelen evitar hablar de esta situación. Esto hace que exista una escasa denuncia de los ASI y, en muchas ocasiones, que en la vida adulta, se desarrollen adicciones como herramienta para paliar el sufrimiento de este trauma (Pérez del Río y Mestre Guardiola, 2016). La prevalencia de las personas que han sufrido abuso y han desarrollado problemas de adicción es más alta que las que no lo han sufrido, 20,9% vs. 2,3%. Lo mismo ocurre con el consumo de alcohol, con una prevalencia de 26,9% en las víctimas de ASI frente al 10,5% en las no víctimas (Pérez del Río & Mestre Guardiola, 2013).

Las consecuencias del ASI han sido bien documentadas. Según Echeburúa y Corral (2006), a nivel psicológico, las secuelas del ASI suelen manifestarse a través de síntomas a nivel conductual, físico, emocional, social y sexual. La gravedad de estas secuelas viene condicionada por una serie de variables mediadoras como un mayor nivel de culpabilización, dificultades en las habilidades de afrontamiento, mayor número, frecuencia y duración de sucesos traumáticos, etc. Se estima que un 80% de las víctimas sufren consecuencias a corto plazo y un 40% a largo plazo.

Las consecuencias de ASI se han vinculado con baja autoestima, un mayor riesgo de revictimización, desregulación emocional y habilidades de afrontamiento disfuncionales en la vida adulta, entre ellas, el consumo de sustancias. Además, suele darse mayor gravedad de la adicción y comorbilidad psicopatológica (Kim et al., 2017; Kuksis et al., 2017; Scoglio et al., 2021). A consecuencia de lo anterior, el riesgo de ideas o intentos suicidas es mayor en esta población (Fernández-Montalvo et al., 2019; Leth et al., 2021). Según la teoría de la automedicación (Khantzian, 1997), el uso de sustancias sería una forma de abordar las secuelas derivadas de esta experiencia.

En cuanto a las diferencias de género, se ha encontrado que una de cada cinco mujeres ha sufrido ASI, y pueden llegar al abuso del alcohol en la adultez (Sartor & O'Malley, 2016). En el estudio realizado por Fernández-Montalvo et al. (2019), el 74,4% de las mujeres con problemas de adicción habían sufrido algún tipo de abuso, afectando el ASI a un 31,7% de ellas. En las mujeres, la presencia de ASI se ha vinculado con disfunciones sexuales y menor satisfacción sexual percibida (López et al., 2017). En el caso de los hombres, el hecho de haber sufrido abusos sexuales no parece influir en la sexualidad (Swaby y Morgan, 2009), pero hay que tener en cuenta la escasa investigación en este sentido.

La investigación en el área de los ASI es limitada. De forma tradicional, la evaluación en este ámbito se ha limitado a instrumentos que no evalúan el ASI de forma específica o que no están validados, como pueden ser cuestionarios estandarizados sobre trauma (Im-

peratori et al., 2016), entrevistas estandarizadas (Daigre et al., 2015) o instrumentos ad-hoc no validados (Dion et al., 2015). El problema principal de estos instrumentos es que preguntan directamente sobre la experiencia de haber sufrido ASI y esto provoca, que muchas personas no quieran hablar de ello en las primeras sesiones. Hay que tener en cuenta que es más fácil para los pacientes pedir ayuda por un problema de adicción, por ejemplo, que por la experiencia de ASI, debido a los sentimientos de vergüenza y culpa que esto le puede generar (Del Río, 2021). Las personas con problemas de adicción suelen tener problemas con su sexualidad, ya sea por el efecto de ciertas sustancias o por haber sufrido experiencias de abusos. Esto les lleva a aumentar la tendencia a evitar los encuentros sexuales y sentir menos satisfacción con su sexualidad. Por tanto, detectar las dificultades sexuales y experiencias de ASI ayudaría a trabajar la sexualidad de las personas con adicciones y mejoraría la prevención de recaídas (Del Río, 2016).

Una forma de favorecer la evaluación del ASI y su abordaje en el tratamiento es mediante la provisión a los profesionales de instrumentos fiables y válidos que permitan la detección de sintomatología relacionada con el ASI en personas adultas. Por ello, el objetivo principal de este trabajo fue diseñar y analizar las propiedades psicométricas de un cuestionario de screening que permita al clínico poder empezar a observar, desde las primeras sesiones, indicios de presencia de ASI aunque el motivo de consulta sea otra patología. Esto ayudaría a realizar una evaluación más amplia e individualizar el tratamiento en adicciones o en otras áreas que merezcan atención clínica.

Tabla 1.
Datos sociodemográficos de la muestra

N		Grupo Control		Grupo de casos	
		N	%N	N	%N
Sexo	Mujer	34	22.51	34	22.51
	Hombre	7	4.64	76	50.33
Estado Civil	Soltero/a	35	23.18	66	43.70
	P. de hecho	0	0	4	2.64
	Casado/a	6	3.97	26	17.21
	Divorciado/a	0	0	14	9.27
Nivel estudios	Sin estudios	0	0	1	0.66
	Primarios (EGB)	2	1.32	32	21.19
	Primarios (E.S.O.)	1	0.66	31	20.53
	Secundarios	16	10.60	29	19.20
	Terciarios	22	14.56	17	11.25
Orientación sexual	Heterosexual	36	23.84	100	66.22
	Homosexual	1	0.66	6	3.98
	Bisexual	3	1.99	3	1.98
	Asexual	1	0.66	1	0.66
Situación laboral	Activo/a	13	8.6	35	23.18
	Desempleado/a	9	5.96	58	38.41
	Estudiante	18	11.92	4	2.65
	Baja médica	0	0	9	5.96
	Otra situación	1	0.66	3	1.98
	Pensionista	0	0	1	0.66

Método

Características de la Muestra

Las personas participantes del estudio se eligieron de forma intencionada o por conveniencia. Todas las personas participantes recibieron información escrita de la investigación y firmaron el consentimiento informado y la protección de sus datos. Así mismo, también se utilizó el método de bola de nieve para conseguir una mayor participación. Para ello se ha establecido un grupo de casos y un grupo

control. Las personas que han participado en el estudio han sido 151, siendo el 45,03% (68/151) mujeres y el 54,96% (83/151) hombres, con una edad comprendida entre 18 y 61 años. Todas las personas participantes residían en España en el momento del estudio y el 82,78% (125/151) eran andaluces. Las características descriptivas de la muestra se detallan en la *Tabla 1*. En el grupo de casos, el 22,72% de los participantes informaron haber sufrido abusos por parte de personas cercanas (ej., primos/as, vecinos, etc.). El 72% de estos sufrieron abusos sexuales entre los 0-10 años, el 20% entre los 11-14 años y el 8% no recuerda la edad. El 68,87% de la muestra afirmaba tener algún tipo de adicción a sustancias o a algún comportamiento adictivo.

Se han establecido los siguientes criterios de inclusión: 1) ser mayor de edad; 2) aceptar voluntariamente participar en el estudio; 3) para el grupo de casos: estar en tratamiento por un trastorno por uso de sustancias o una adicción sin sustancia, como juego problema, según autoinforme y/o haber sufrido Abuso Sexual en la Infancia; 4) para el grupo control: personas que no tengan adicción ni hayan sufrido ASI. Los criterios de exclusión son: 1) no saber leer o escribir y 2) ser menores de edad.

Instrumentos

- **Cuestionario de recogida de datos ad-hoc.** Se diseñó un formulario donde se recogió información sobre las siguientes áreas de la persona: datos sociodemográficos (ej. edad, sexo, lugar de residencia, etc.), datos médicos (ej. enfermedad física, mental, medicación, etc.), acontecimientos vitales importantes (ej. muerte de algún familiar, abusos sexuales, físicos, etc.), historia de comportamientos adictivos (edad de inicio, forma de consumo, frecuencia, etc.) y datos legales (juicios pendientes, condenas, libertad condicional, etc.). Los datos se trataron con confidencialidad mediante el uso de códigos de identificación de los que solo la investigadora principal tenía la información.
- **Cuestionario de Abusos Sexuales en la Infancia para Adultos, ABSEIN-AD.** Es un cuestionario elaborado ad-hoc para evaluar ASI en personas adultas. La primera versión tuvo 120 ítems originales que tras los análisis se pudo reducir a 21. (*Anexo 1*). Se responde en una escala tipo Likert de 0 a 3, siendo 0 “nunca”, 1 “alguna vez”, 2 “con frecuencia y 3 “siempre. El cuestionario consta de 5 componentes que representan el tipo de secuelas psicológicas en personas adultas víctimas de ASI, entre las propuestas por *Echeburúa y Corral (2006)*. Entre ellas se encuentran las secuelas físicas, conductuales, emocionales, sexuales, sociales y comportamentales en la infancia y adolescencia.
- **Inventario de Personalidad NEO revisado, NEO-FFI** (*Costa y McCrae, 1992*). Este inventario evalúa la personalidad normal de adolescentes y adultos. Consta de 60 ítems medidos en una escala tipo Likert que oscila entre 0 y 4. Los estudios que han realizado nuevos baremos para población española encuentran adecuados índices de consistencia interna para las escalas globales ($\alpha \geq ,85$, *Sanz y García-Vera, 2009* citado en *Gutiérrez et al., 2006*).
- **Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo, STAI** (*Spielberg et al., 1982*). Este cuestionario evalúa la ansiedad en adolescentes y adultos. Cuenta con dos escalas de autoevaluación para medir la Ansiedad Rasgo y la Ansiedad Estado. Ambas escalas se componen de 20 ítems cada una, que puntúan de 0 a 3. La consistencia interna del cuestionario en la adaptación española es buena encontrándose entre el ,90 y ,93 en la ansiedad estado y entre ,84 y ,87 en ansiedad/rasgo.
- **Inventario de Depresión Estado/Rasgo, IDER** (*Spielberg et al., 2008*). Este instrumento evalúa el grado de afectación y la frecuencia de ocurrencia (Estado/Rasgo) del componente afectivo de la depresión. Se compone de 20 ítems agrupados en dos es-

calas, Rasgo y Estado, con diez ítems cada una. Los autores de la escala indican niveles adecuados de fiabilidad y validez en muestra española, obteniendo unos valores de alfa de Cronbach comprendidos entre ,66 y ,93.

- **Versión reducida del cuestionario CaMir** (*Balluerka et al., 2011* citado en *Balluerka y Gorostiaga, 2012*). Este instrumento es una versión reducida del cuestionario CaMir para la evaluación del apego en adultos. El CaMir-R se compone de 32 ítems medidos en escala tipo Likert de 1 a 7 puntos. La versión española del CaMir-R ha mostrado niveles adecuados de validez y fiabilidad con unos valores de alfa de Cronbach comprendidos entre ,60 y ,85.

Procedimiento

El estudio se considera de metodología instrumental, siguiendo las indicaciones de la literatura (*Del Río et al., 2018*). Para la construcción del cuestionario “ABSEIN-AD” se han seguido las recomendaciones internacionales establecidas en la literatura psicométrica especializada (*American Educational Research Association et al., 2013; Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2019*). Según *Muñiz y Fonseca-Pedrero (2019)* se proponen diez pasos para la construcción objetiva de un test: delimitación del marco general, definición de la variable a medir, especificaciones, construcción de los ítems, edición del test, estudios piloto, selección de otros instrumentos de medida, aplicación de la prueba, propiedades psicométricas y desarrollo de la versión final.

Los ítems se diseñaron siguiendo a *Echeburúa y Corral (2006)*. Se elaboraron 5 ítems por cada bloque de sintomatología a nivel conductual, físico, emocional, social y sexual, divididos entre directos e inversos, por lo que se contó con un banco de 120. El cuestionario se diseñó en función del género, utilizando un lenguaje neutro para que todas las personas pudieran contestar a las preguntas. Estos ítems se enviaron a un grupo de expertos compuesto por 4 profesionales del ámbito de la psicología clínica y la sexología. Los expertos realizaron una evaluación cualitativa y aportaron comentarios referentes a la definición de los ítems, la descripción de la escala tipo Likert y la aclaración de conceptos. Una vez se introdujeron los cambios de dicha evaluación, se procedió a validar el cuestionario en una pequeña muestra compuesta por personas que estaban en tratamiento por adicciones y otras que no. Para ello se contactó con los miembros directivos de diferentes centros de adicciones. Para el grupo control, se ha contado con la colaboración de estudiantes universitarios, familiares de personas en tratamiento y otras que han colaborado a través del método bola de nieve. Se decidió realizar una versión final del cuestionario que no tuviera más de 40 ítems. Esta decisión se tomó para evitar el cansancio y el rechazo al cuestionario, siguiendo también las recomendaciones de los expertos. Se realizó un análisis de los ítems y se depuraron de la siguiente manera. De cada síntoma descrito según *Echeburúa y Corral (2006)* se eligieron aquellos ítems que tenían una correlación ítem-total más alta, mayor a ,3 (*Ebel, 1965*), así también se aseguró que el cuestionario tuviera una alta fiabilidad.

Estrategia de análisis

Para comprobar la normalidad de las variables en la muestra se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se han realizado análisis descriptivos de la muestra y de los ítems. También se realizó la correlación ítem-total y el alfa de Cronbach. Siguiendo las recomendaciones de *Nunnally y Bernstein (1994)*, los puntajes de fiabilidad superiores a 0.70 son aceptables en cuestionarios utilizados para la investigación, y de 0.90 los utilizados en

la toma de decisiones sobre sujetos concretos. Se ha obtenido la correlación de Pearson entre las puntuaciones del cuestionario y de los otros cuestionarios utilizados (NEO-PI-R, STAI, IDER y Cam-Mir-R) para evaluar la validez concurrente del instrumento diseñado. Para calcular la idoneidad del análisis factorial se realizó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), la prueba de esfericidad de Bartlett y el determinante de la matriz. Se realizó el Análisis Factorial Exploratorio para determinar el número de componentes del cuestionario y el porcentaje de varianza explicada. Se estableció un punto de corte superior a ,38 para la asignación del ítem al componente correspondiente y que permitía depurar adecuadamente los ítems en los factores. Por último, se realizó la prueba t de Student para medir la capacidad de discriminación del cuestionario ABSEIN-AD. Se dividió a los sujetos en grupos en función de la puntuación obtenida en el ABSEIN-AD, utilizando como puntos de corte los percentiles 25 (11) y 75 (21). Para la realización de los cálculos se utilizó el programa informático IBM SPSS Statistics Versión 24.

Resultados

Panel de expertos

Tras la evaluación cualitativa de los expertos, se redefinieron algunos ítems, se modificó la escala tipo likert para evitar confusión y se aclararon algunos conceptos. Tres de los cuatro evaluadores coincidían en puntualizar que el cuestionario era demasiado largo (120 ítems). Sin embargo, esto se esperaba subsanar tras el análisis de los ítems, donde se procedería a reducir el número de ítems quedándonos con aquellos con mejor puntuación.

Estudio piloto

Tras realizar los análisis descritos en el procedimiento, se decidió elegir los 21 ítems que mayor puntuación tenían y mejor

representaban a cada síntoma (ver [Tabla 2](#)). La fiabilidad del cuestionario final, medida a través del α de Cronbach, fue de ,872 por lo que se considera adecuado ([Nunnally y Bernstein, 1994](#)).

Evidencias de validez de la estructura interna

Se efectuó la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($p = ,317$) que indica que se cumplen los criterios de normalidad. Para evaluar la idoneidad de realizar un análisis factorial se realizaron las pruebas de KMO ($,828$), de la esfericidad de Bartlett (Chi cuadrado = $1048,342$; $p < ,001$) y el determinante de la matriz ($p < ,001$). Tras estos resultados se verificó que era adecuado realizar un análisis factorial.

Se realizó el análisis factorial exploratorio mediante el método de extracción de Componentes Principales y la rotación oblicua Promax. Se obtuvieron 5 componentes que explican el 57,454% de la varianza. En la [Tabla 3](#) se muestran los ítems que saturan en cada uno de los factores, estableciéndose como punto de corte una saturación superior a ,380 para la asignación del ítem al componente correspondiente.

Para analizar la capacidad de discriminación del cuestionario ABSEIN-AD, se dividió a los sujetos en grupos en función de la puntuación obtenida, utilizando como puntos de corte los percentiles 25 y 75. Se realizó la prueba t de Student entre las puntuaciones medias entre los percentiles 25 y 75. El resultado muestra que existen diferencias estadísticamente significativas ($F=14,43$, $p < ,001$), por tanto, el cuestionario discrimina adecuadamente entre las personas que puntúan alto y bajo en ABSEIN-AD. Por lo tanto, se podrían detectar las personas que presentan sintomatología relacionada a haber sufrido ASI como punto previo a seguir evaluando este aspecto de la persona.

Según los estadísticos descriptivos de los cuestionarios ([tabla 4](#)), el grupo de casos obtiene puntuaciones más altas que la media tanto en ansiedad estado-rasgo como en depresión. Los resultados del NEO muestran que puntúan más alto en neuroticismo y bajo en amabilidad y responsabilidad. A destacar entre las puntuaciones del CAMIR que el grupo de casos obtiene puntuaciones por encima de la media en preocupación familiar, interferencia, autosuficiencia y traumatismo

Tabla 2.

Estadísticos descriptivos, correlación ítem total de cada elemento y alfa de Cronbach si se elimina el elemento

Elementos	Media de escala	Varianza de escala	r^{I-T}	α	Media del ítem	Desviación	Asimetría	Curtosis
1	14.66	56.82	.42	.87	1,26	,763	,239	-,204
2	14.92	56.33	.46	.87	1,01	,770	,521	,094
4	15.50	57.38	.51	.86	,42	,582	1,225	1,618
7	14.81	56.66	.57	.86	1,11	,606	,127	,175
8	14.77	55.51	.46	.87	1,15	,877	,477	-,372
12	15.60	58.10	.49	.87	,33	,526	1,272	,638
16	14.94	57.23	.41	.87	,99	,730	,749	,996
19	14.77	56.47	.44	.87	1,15	,781	,577	,248
21	15.27	54.85	.63	.86	,66	,740	,751	-,433
28	15.38	56.05	.55	.86	,55	,699	1,124	,855
46	15.17	55.90	.51	.86	,76	,763	,981	1,010
52	15.57	58.25	.41	.87	,36	,581	1,607	2,640
62	15.19	56.72	.46	.87	,74	,728	,875	,819
70	14.65	56.94	.38	.87	1,28	,810	,136	-,484
76	15.36	57.06	.46	.87	,57	,688	,928	,156
84	15.56	57.62	.45	.87	,37	,618	1,795	3,565
85	15.64	57.15	.53	.86	,28	,593	2,347	5,904
86	15.52	57.68	.41	.87	,41	,666	1,500	1,476
100	15.06	58.90	.32	.87	,87	,607	,613	1,979
116	15.25	56.91	.42	.87	,68	,752	,981	,711
119	14.95	55.12	.50	.87	,97	,864	,618	-,246
N	151							

Nota: r^{I-T} = correlación ítem-total; α = alfa de Cronbach del cuestionario si se elimina el ítem.

infantil y por debajo de la media en seguridad, autoridad parental y permisividad. Entre los resultados del ABSEIN-AD encontramos puntuaciones más elevadas en las escalas referentes a sintomatología física, conductual, emocional y sexual.

Tabla 3.

Matriz de componentes rotados

Elementos	F1: S. Físicas	F2: S. Sociales	F3: S. Sexuales	F4: S. Emocionales	F5: S. Conductuales
1	.696				
2	.628				
4		.746			
7				.515	
8				.669	
12			.705		
16					.823
19				.694	
21		.613			
28			.386		
46				.509	
52			.473		
62	.731				
70	.651				
76					.647
84		.531			
85			.750		
86			.729		
100		.764			
116	.553				
119		.566			

Nota: F1: S. Físicas= Factor 1: Secuelas Físicas; F2: S. Sociales= Factor 2: Secuelas Sociales; F3: S. Sexuales= Factor 3: Secuelas Sexuales; F4: S. Emocionales= Factor 4: Secuelas Emocionales; F5: S. Conductuales= Factor 5: Secuelas Conductuales.

Según el análisis de correlaciones de Pearson, el cuestionario ABSEIN-AD obtiene una alta correlación de forma directa (a mayor puntuación en ASEIN-AD, mayor puntuación en la escala señalada) con las escalas ansiedad estado (.57) rasgo (.68), depresión estado (.58) rasgo (0,63), neuroticismo (.72) y autosuficiencia y rencor hacia los padres (.54); correlación moderada y directa con permisividad parental (.32) y traumatismo infantil (.48); y correlación baja y directa con preocupación familiar (.21) e interferencia de los padres (.26). Por otro lado, dicho cuestionario obtiene relación inversa, es decir, a mayor puntuación en el cuestionario ABSEIN-AD menor puntuación con las siguientes escalas: correlación alta e inversa con seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego (-.51); correlación moderada e inversa con extraversión (-.44), amabilidad (-.45) y responsabilidad (-.43).

Discusión

En primer lugar, los resultados indican que el cuestionario ABSEIN-AD tiene una alta fiabilidad ($\alpha = .872$) y presenta una estructura multifactorial (5 componentes). Esta misma es consistente con lo que proponían Echeburúa y Corral (2006) que indicaban que las personas con ASI presentan una serie de secuelas íntimamente relacionadas pero diferentes a distintos niveles: físicas, conductuales, emocionales, sociales, sexuales, etc. Los componentes obtenidos coinciden con estos niveles. La única dimensión que se eliminó por no obtener resultados significativos fue la relacionada con los síntomas de la infancia o la adolescencia. Se sugiere que este aspecto podría explicarse por el hecho de que la población utilizada para el desarrollo del cuestionario era adulta, y podría ser que no recordaran estos síntomas o dejaran de tener importancia para ellos.

El cuestionario validado mostró una buena capacidad discriminativa y de constructo. Este discrimina adecuadamente entre las personas que puntúan alto y bajo en ABSEIN-AD. De esta manera

Tabla 4.

Estadísticos descriptivos de los cuestionarios

	Media	DT	Mínimo	Máximo	25	75
STAI Estado	20.30	12.44	0	54	11	26
STAI Rasgo	25.24	11.96	1	52	15	33
IDER Estado	19.70	6.78	10	40	15	23
IDER Rasgo	19.50	5.61	10	33	15	24
NEO Neuroticismo	26.28	9.04	2	46	19	34
NEO Extraversión	29.89	7.17	8	48	26	34
NEO Apertura	27.05	6.90	11	46	23	31
NEO Amabilidad	28.58	5.66	15	42	25	33
NEO Responsabilidad	28.98	7.15	9	48	25	34
CAMIR Seguridad	3.84	0.92	1	5	3.29	4.57
CAMIR P. Familiar	3.25	0.81	1	5	2.83	3.67
CAMIR Interferencia	2.94	0.74	1	5	2.25	3.50
CAMIR Autoridad	3.87	0.57	2	5	3.33	4.33
CAMIR Permisividad	2.87	0.924	1	5	2	3.67
CAMIR Autosuficiencia	3.15	0.74	1	5	2.50	3.75
CAMIR Trauma Infantil	2.57	0.99	1	5	1.80	3.20
ABSEIN Físicos	41.37	7.20	24	60	37	46
ABSEIN Conductuales	25.49	4.81	14	38	22	29
ABSEIN Emocionales	50.20	10.34	17	78	43	57
ABSEIN Sexual	29.55	9.71	16	60	22	36
ABSEIN Cd. Pasado	20.28	3.85	12	33	18	22
ABSEIN Sociales	21.95	5.21	8	36	19	25

Nota: DT= Desviación Típica; 25= Percentil 25; 75= Percentil 75; CAMIR P. Familiar= Preocupación Familiar; CAMIR Interferencia= Interferencia de los padres; CAMIR Autoridad= Camir Valor de la Autoridad de los padres; CAMIR Permisividad= CAMIR Permisividad Parental; CAMIR Autosuficiencia= CAMIR Autosuficiencia y rencor hacia los padres; CAMIR Trauma Infantil= CAMIR Traumatismo Infantil; ABSEIN Cd. Pasado= Conductas del pasado.

el cuestionario podría servir de screening y detectar a las personas que presenten mayor sintomatología vinculada a haber sufrido ASI, aunque estas intenten evitar hablar de esto y acudan a tratamiento por el consumo de sustancias, tal y como se expresa en la teoría de la automedicación (Khantzian, 1997) o en Pérez del Río y Mestre Guardiola (2016). Esto permitiría al clínico poder seguir profundizando en la evaluación del ASI y adecuar los tratamientos en adicciones.

En cuanto a la validez, el cuestionario ABSEIN-AD se relacionó con otras medidas psicopatológicas (ansiedad, depresión, personalidad y apego). Esto pone de manifiesto la consistencia del cuestionario, ya que a mayores puntuaciones en el ABSEIN-AD, mayor sintomatología relacionada con las secuelas del ASI según la literatura (Echeburúa y Corral, 2006; Fernández-Montalvo et al., 2015; Kim et al., 2017; Scoglio et al., 2021). A través del análisis de correlaciones de Pearson se obtuvo que las personas con mayor puntuación en los síntomas relacionados con el ASI también puntuaban más alto en sintomatología clínica relevante. Por lo que a mayor puntuación en ASI más síntomas ansioso-depresivos, mayor neuroticismo, preocupación familiar, interferencia de los padres, permisividad parental, autosuficiencia y rencor hacia los padres y traumatismo infantil. Por otro lado, los resultados también muestran que a mayor número de síntomas ASI la persona se muestra menos extrovertida, amable, responsable y segura.

Entre las limitaciones de este estudio se muestra el bajo tamaño muestral que se ha obtenido y que ha afectado a no poder realizar un análisis factorial confirmatorio. Además, se ha recibido una baja participación por parte de las asociaciones de abuso sexual con las que se contactó al inicio de la investigación, por las dificultades de estas personas a hablar sobre el ASI y la resistencia por parte de los profesionales de estos recursos. Otra limitación que se plantea es que aún sigue siendo menor el número de mujeres que acuden a centros de tratamiento para adicciones, de donde se ha obtenido la muestra, por lo que hay más representación de hombres que de mujeres en el estudio. Para futuras líneas de trabajo, se seguirán recogiendo datos para obtener una muestra mayor y comprobar que la validez y la fiabilidad del cuestionario se mantiene. También se propone seguir ahondando en las diferencias de género y poder analizar la invarianza de este instrumento en función del género de los participantes. Además, se analizarán otras variables, como la satisfacción sexual, que puede estar alterada en esta población (López et al., 2017) la influencia del tipo de apego en las personas que han sufrido ASI, el tipo de personalidad, o los síntomas ansioso-depresivos que puedan llegar a presentar.

Conclusiones

Se derivan dos implicaciones clínicas importantes de este estudio. La primera, que se requiere de un abordaje multidisciplinar y una evaluación comprehensiva en estos pacientes debido a las alteraciones que presentan en las diferentes esferas psicosociales. La segunda, es que el cuestionario ABSEIN-AD para adultos se muestra como un cuestionario válido y fiable. Debido a la forma en la que se ha construido el cuestionario permite detectar sintomatología relacionada con los abusos sexuales sin que se aborde de forma directa y pueda provocar la evitación al trauma. Si se detecta esto desde los momentos iniciales de la evaluación psicológica, sirve de ayuda al clínico para hacer una exploración más amplia en esta área para descartar ASI u otros trastornos y poder mejorar la planificación del tratamiento en estos pacientes. Esto ayudaría a evitar que la adicción se agrave, recaídas recidivantes y abandonos en los procesos de tratamiento por evitar hablar de la situación de ASI.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses que afecten a esta investigación, a la autoría o a la publicación de este artículo.

Agradecimientos

Agradecer la colaboración de los distintos centros de tratamiento en adicciones que han participado en este estudio como Proyecto Hombre Provincia de Cádiz y Proyecto Hombre Sevilla. Además, agradecer al Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, la Universidad de Cádiz y la Universidad de Sevilla por su implicación y difusión de este estudio.

Referencias

- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2013). *Standards for Educational and Psychological Testing*.
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., & Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486–494.
- Costa, P. T. J., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI)*. Professional manual. Psychological Assessment Resources.
- Daigre, C., Rodríguez-Cintas, L., Tarifa, N., Rodríguez-Martos, L., Graul-López, L., Berenguer, M., Casas, M., & Roncero, C. (2015). History of sexual, emotional or physical abuse and psychiatric comorbidity in substance-dependent patients. *Psychiatry Research*, 229(3), 743–749. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.08.008>
- Del Río, F. J. (2016). *Tratamiento de la sexualidad en las adicciones*. Síntesis.
- Del Río, F. J. (2021). *Asistencia a las víctimas*. Sotavento.
- Del Río, F. J., Cabello-García, M. A., & Cabello-Santamaría, F. (2018). Guide for the classification of clinical research articles for the INTERNATIONAL JOURNAL OF ANDROLOGY. *Revista Internacional de Andrología*, 16(3), 107–111. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2017.07.004>
- Dion, J., Cantinotti, M., Ross, A., & Collin-Vézina, D. (2015). Sexual abuse, residential schooling and probable pathological gambling among Indigenous Peoples. *Child Abuse and Neglect*, 44, 56–65. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.004>
- Ebel, R. L. (1965). *Measuring educational achievement* (Prentice H).
- Echeburúa, E., & Corral, P. de. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12(43–44), 75–82. <https://doi.org/10.4321/S1135-76062006000100006>
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., & Arteaga, A. (2015). Psychological, Physical, and Sexual Abuse in Addicted Patients Who Undergo Treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(8), 1279–1298. <https://doi.org/10.1177/0886260514539843>
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Arteaga, A., & Haro, B. (2019). Suicidal ideation and attempts among patients with lifetime physical and/or sexual abuse in treatment for substance use disorders. *Addiction Research and Theory*, 27(3), 204–209. <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1485891>
- Imperatori, C., Innamorati, M., Lamis, D. A., Farina, B., Pompili, M., Contardi, A., & Fabbriatore, M. (2016). Childhood trauma in obese and overweight women with food addiction and clinical-level of binge eating. *Child Abuse and Neglect*, 58, 180–190. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.06.023>
- Khantzian, E. J. (1997). The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications. *Harvard Review of Psychiatry*: Vol 4, No 5. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231–244. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/10673229709030550>
- Kim, B.-N., Park, S., & Park, M.-H. (2017). The Relationship of Sexual Abuse with Self-Esteem, Depression, and Problematic Internet Use in Korean Adolescents. *Psychiatry Investigation*, 14(3), 372. <https://doi.org/10.4306/pi.2017.14.3.372>
- Kuksis, M., Di Prospero, C., Hawken, E. R., & Finch, S. (2017). The correlation between trauma, PTSD, and substance abuse in a community sample seeking outpatient treatment for addiction. *Canadian Journal of Addiction*, 8(1), 18–24.
- Leth, S. V., Bjerrum, M. L., & Niqlasen, B. V. (2021). Polysubstance abuse among sexually abused in alcohol, drug, and gambling addiction treatment in Greenland: a cross sectional study. *International Journal of Circumpolar Health*, 80(1). <https://doi.org/10.1080/22423982.2020.1849909>

- López, S., Faro, C., Lopetegui, L., Pujol-Ribera, E., Monteagudo, M., Cobo, J., & Fernández, M. I. (2017). Impacto del abuso sexual durante la infancia-adolescencia en las relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 210–219. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.010>
- Muñiz, J., & Fonseca-Pedrero, E. (2019). Ten steps for test development. *Psicothema*, 31(1), 7–16. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291>
- Nunnally, B., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (Mcraw Hill). Observatorio de Proyecto Hombre. (2021). *Observatorio de Proyecto Hombre sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento*. <https://proyctohombre.es/informe-observatorio/>
- Pereda, N., Abad, J., & Guilera, G. (2016). *Lifetime Prevalence and Characteristics of Child Sexual Victimization in a Community Sample of Spanish Adolescents*. *Lifetime Prevalence and Characteristics of Child Sexual Victimization in a Community Sample of Spanish Adolescents*, 8712(February), 0–17. <https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1123791>
- Pérez del Río, F., & Mestre Guardiola, M. (2013). Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta. *Papeles Del Psicologo*, 34(2), 144–149.
- Sanz, J., García-Vera, M. P. (2009). Nuevos Baremos para la Adaptación Española del Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R): Fiabilidad y Datos Normativos en Voluntarios de la Población General. *Cínica y Salud*, 20(2), 131–144.
- Sartor, C. E., & O'Malley, S. S. (2016). Brief Report: A web-based pilot study of childhood sexual abuse, recent stressful events, and alcohol use in women. *American Journal on Addictions*, 25(3), 184–187. <https://doi.org/10.1111/ajad.12348>
- Scoglio, A. A. J., Kraus, S. W., Saczynski, J., Jooma, S., & Molnar, B. E. (2021). Systematic Review of Risk and Protective Factors for Revictimization After Child Sexual Abuse. *Trauma, Violence, and Abuse*, 22(1), 41–53. <https://doi.org/10.1177/1524838018823274>
- Spielberg, C. D., BuenaCasal, G., & Agudelo, D. (2008). *Inventario de Depresión Estado-Rasgo* (TEA).
- Spielberg, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (TEA).
- Swaby, A. N., & Morgan, K. A. D. (2009). The relationship between childhood sexual abuse and sexual dysfunction in jamaican adults. *Journal of Child Sexual Abuse*, 18(3), 247–266. <https://doi.org/10.1080/10538710902902679>

Anexo 1

Cuestionario versión final ABSEIN-AD

CUESTIONARIO ABSEIN-AD

Fecha:

Edad:

Género:

Instrucciones

A continuación encontrará una serie de frases que describen acontecimientos o situaciones que pueden estar o haber estado presentes en su vida. Lea cada una de las frases y conteste de la siguiente manera:

- 0: si nunca le ha ocurrido.
- 1: si alguna vez le pasó o le pasa.
- 2: con frecuencia ocurre u ocurría.
- 3: si está o ha estado presente siempre.

Nº	Ítem	0 Nunca	1 Alguna vez	2 Con frecuencia	3 Siempre
1	Tengo dolores en alguna parte de mi cuerpo				
2	Sufro o he sufrido de problemas gastrointestinales.				
3	Me molestan las actividades en grupo.				
4	Suelo estar triste.				
5	Me cuesta confiar en los demás aunque sean personas cercanas en mi vida.				
6	El sexo o lo relacionado con él me provoca rechazo.				
7	Me comporto de formas muy diferentes.				
8	Pienso que no soy bueno/a en las cosas que hago.				
9	Tengo problemas en las relaciones sociales.				
10	Me cuesta respirar.				
11	Tengo dificultades para que los demás me respeten.				
12	Me da miedo el contacto sexual con otra persona.				
13	Tengo malas digestiones después de las comidas.				
14	Tengo malestares físicos cuando estoy nervioso/a.				
15	Pienso que tengo varias formas de ser sin que lo pueda controlar.				
16	Pienso cómo quitarme la vida si las cosas van mal.				
17	Me desagrada tener relaciones sexuales.				
18	Me cuesta excitarme en las relaciones sexuales.				
19	Prefiero estar solo o sola a estar con un grupo de personas.				
20	Pienso que tengo alguna enfermedad.				
21	Me considero una persona solitaria.				

Tercer trabajo

Titulado “Abusos sexuales y disfunciones en personas con problemas de adicción y población en general. Un estudio descriptivo”.

Franco, S., Rodríguez, J.M., Espinosa, M.A. Abusos sexuales y Disfunciones en personas con problemas de adicción y población general. Un estudio descriptivo. *Revista Internacional de Andrología*.

Este trabajo es aceptado y está pendiente de publicación en la Revista Internacional de Andrología con fecha 26/09/2023.



Revista Internacional de Andrología <em@editorialmanager.com>
para mí

26 sept 2023, 19:11

Apreciado/a Franco Jaén:

Le comunicamos que su manuscrito "ABUSOS SEXUALES Y DISFUNCIONES EN PERSONAS CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN Y POBLACIÓN EN GENERAL. UN ESTUDIO DESCRIPTIVO" (Ref. ANDROL-D-22-00068R1) ha sido aceptado para su publicación en Revista Internacional de Andrología.

Recuerde que en su momento le remitiremos las pruebas de autor en formato pdf a esta misma dirección electrónica.

Apreciamos y valoramos su contribución a Revista Internacional de Andrología. Invitamos regularmente a los autores de manuscritos recientemente publicados a participar en el proceso de revisión por pares. Si aún no formaba parte del grupo de revisores de la revista, ahora se le ha añadido. Esperamos que siga participando en nuestra revista y que nos tenga en cuenta para futuros envíos

Reciba un cordial saludo,

Revista Internacional de Andrología

Se han modificado adecuadamente las recomendaciones realizadas por los revisores. Enhorabuena por su trabajo.

Dear Franco Jaén,

We are glad to inform you that your article "ABUSOS SEXUALES Y DISFUNCIONES EN PERSONAS CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN Y POBLACIÓN EN GENERAL. UN ESTUDIO DESCRIPTIVO" (Ref. ANDROL-D-22-00068R1) has been accepted for its publication in Revista Internacional de Andrología.

Please remember that, before publication, you will receive an e-mail with the galley proofs of your article in pdf format.

We appreciate and value your contribution to Revista Internacional de Andrología. We regularly invite authors of recently published manuscript to participate in the peer review process. If you were not already part of the journal's reviewer pool, you have now been added to it. We look forward to your continued participation in our journal, and we hope you will consider us again for future submissions.

Yours sincerely,

Revista Internacional de Andrología

Se han modificado adecuadamente las recomendaciones realizadas por los revisores. Enhorabuena por su trabajo.

At Elsevier, we want to help all our authors to stay safe when publishing. Please be aware of fraudulent messages requesting money in return for the publication of your paper. If you are publishing open access with Elsevier, bear in mind that we will never request payment before the paper has been accepted. We have prepared some guidelines (<https://www.elsevier.com/connect/authors-update/seven-top-tips-on-stopping-apc-scams>) that you may find helpful, including a short video on Identifying fake acceptance letters (<https://www.youtube.com/watch?v=o5l8thD9XtE>). Please remember that you can contact Elsevier's Researcher Support team (<https://service.elsevier.com/app/home/supporthub/publishing/>) at any time if you have questions about your manuscript, and you can log into Editorial Manager to check the status of your manuscript (https://service.elsevier.com/app/answers/detail/a_id/29155/c/10530/supporthub/publishing/kw/status/).

In compliance with data protection regulations, you may request that we remove your personal registration details at any time. (Use the following URL: <https://www.editorialmanager.com/androl/login.asp?a=r>). Please contact the publication office if you have any questions.

ABUSOS SEXUALES Y DISFUNCIONES EN PERSONAS CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN Y POBLACIÓN EN GENERAL. UN ESTUDIO DESCRIPTIVO
SEXUAL ABUSE AND DYSFUNCTION IN PEOPLE WITH ADDICTION PROBLEMS AND THE GENERAL POPULATION. A DESCRIPTIVE STUDY

Resumen

Antecedentes y objetivo: el hecho de haber sufrido Abuso Sexual Infantil (ASI) se considera un factor de riesgo para el posterior desarrollo las disfunciones sexuales, siendo estas más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres. En el primer caso, el ASI se encuentra más relacionado con el riesgo a desarrollar vaginismo y la dispareunia, mientras que en el segundo, las conclusiones de diversos estudios detectan problemas de bajo impulso, excitación y dificultades en el orgasmo. El objetivo que tiene el presente trabajo es analizar las diferentes disfunciones sexuales en las personas que han sufrido ASI, con problemas de adicción y en la población general.

Material y Método: la muestra la componen 426 participantes (241 hombres y 185 mujeres). Se ha llevado a cabo un estudio ex post facto retrospectivo y para ello se ha empleado un cuestionario de datos sociodemográficos (ad hoc) y el *Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction* (GRISS). Para el análisis de los datos se han realizado las pruebas de Kolomogorov-Smirnov y U de Mann Whitney.

Resultados: se ha realizado la prueba U de Mann-Whitney para verificar si existen diferencias significativas entre las personas que presentan disfunción sexual, entre los grupos que han sufrido abuso sexual y tiene problemas de adicción, y el grupo que no ha sufrido abusos sexuales y tiene problemas de adicción. Los resultados señalan que las variables en las que se encuentran diferencias significativas son las siguientes: Insatisfacción ($p=0.013$), Evitación ($p<0.000$), No sensualidad ($p=0.008$), Vaginismo ($p<0.000$), Anorgasmia ($p<0.000$), Disfunción eréctil ($p=0.045$), y Eyaculación precoz ($p=0.007$). Las puntuaciones medias que se han obtenido entre las personas que tienen problemas de adicción, sin haber sufrido ASI en comparación con las que si lo han sufrido son las siguientes: Insatisfacción (5.09 vs. 6.41), Evitación (2.03 vs. 2.22), No sensualidad (2.96 vs. 4.50), Vaginismo (.88 vs. 2.94), Anorgasmia (.97 vs. 3.78), Disfunción eréctil (2.41 vs. 1.69), Eyaculación precoz (3.60 vs. 2.22).

Conclusiones: las personas que han sufrido ASI presentan, con una mayor probabilidad, disfunciones sexuales que aquellas otras que no lo han sufrido.

Palabras clave: Abuso Sexual Infantil, disfunciones sexuales, adicción, estudio descriptivo.

Abstract

Background and objective: the fact of having suffered Childhood Sexual Abuse (ASI) is considered a risk factor for the subsequent development of sexual dysfunctions, these being more frequent among women than among men. In the first case, the ASI is more related to the risk of developing vaginismus and dyspareunia, while in the second, the conclusions of various studies detect problems of low drive, arousal and orgasm difficulties. The objective of this work is to analyze the different sexual dysfunctions in people who have suffered ASI, with addiction problems and in the general population.

Material and Method: the sample is made up of 426 participants (241 men and 185 women). A retrospective ex post facto study has been carried out using a sociodemographic data questionnaire (ad hoc) and the Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). For data analysis, the Kolomogorov-Smirnov and Mann Whitney U tests were performed.

Results: the Mann-Whitney U test has been carried out to verify if there are significant differences between the people who present sexual dysfunction, between the groups that have suffered sexual abuse and have addiction problems, and the group that has not suffered sexual abuse and have addiction problems. The results indicate that the variables in which significant differences are found are the following: Dissatisfaction ($p=0.013$), Avoidance ($p<0.000$), No sensuality ($p=0.008$), Vaginismus ($p<0.000$), Anorgasmia ($p<0.000$), erectile dysfunction ($p=0.045$), and premature ejaculation ($p=0.007$). The average scores that have been obtained among people who have addiction problems, without having suffered ASI in comparison with those who have suffered it, are the following: Dissatisfaction (5.09 vs. 6.41), Avoidance (2.03 vs. 2.22), No Sensuality (2.96 vs. 4.50), Vaginismus (.88 vs. 2.94), Anorgasmia (.97 vs. 3.78), Erectile Dysfunction (2.41 vs. 1.69), Premature Ejaculation (3.60 vs. 2.22).

Conclusions: people who have suffered ASI present, with a greater probability, sexual dysfunctions than those who have not suffered it.

Key words: Child sexual abuse, sexual dysfunction, addiction, descriptive study.

Introducción

Abusos Sexuales en la Infancia

El Abuso Sexual Infantil (ASI) se ha definido de diferentes maneras, pero todas las definiciones coinciden en el hecho de someter a un menor a actividades sexuales que no pueden comprender y que implican una conculcación de las normas y leyes vigentes. Otra característica en la definición del ASI gira en torno a la diferencia de edad y conocimientos entre víctima y agresor, esto hace que haya una diferencia de poder entre ambos (M. López & Müller, 2018). Existen dos formas de abuso dependiendo de si hay contacto físico, como caricias, frotamientos, penetración, etc. o si no se da contacto físico (exhibicionismo, masturbación delante del menor, etc. (Del Río, 2021).

En España, el porcentaje de quienes han sufrido ASI se sitúa en torno a un 10-15% en hombres y 20-25% en mujeres (F. López & Hernández, 1995; Pereda et al., 2016b). Por su parte, las personas que han sufrido ASI suelen evitar hablar de esta situación como estrategia de afrontamiento al malestar (Cantón & Justicia, 2008). Esto hace que exista una escasa denuncia de los ASI y, en muchas ocasiones, que, en la vida adulta, se desarrollen adicciones como herramienta para paliar el sufrimiento de este trauma (Pérez del Río & Mestre Guardiola, 2013). La prevalencia de las personas que han sufrido abuso y han desarrollado problemas de adicción es más alta que las que no lo han sufrido, 20.9% vs. 2.3%.

Es sobradamente conocido que la mayoría de los ASI (entre 65% y 85%) suelen darse entre familiares de la víctima (padres, hermanos, etc.) o personas relacionadas (profesorado, entrenadores, etc.) y tienen una mayor duración en el tiempo. En otras ocasiones, el ASI puede ser causado por personas desconocidas, siendo eventos más aislados temporalmente y violentos (Echeburúa & Corral, 2006).

No todas las personas que sufren ASI manifiestan dificultades o problemas psicológicos, pero los trastornos más relacionados con el ASI suelen ser episodios depresivos, trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), trastorno Límite de Personalidad, trastornos de la Alimentación, problemas en la esfera afectiva-sexual, trastornos Disociativos de la Personalidad y dependencia a sustancias, entre otros. Estas consecuencias se pueden

observar en las víctimas tanto a corto, como a medio y largo plazo (Pérez del Río & Mestre Guardiola, 2016).

Disfunciones Sexuales

Master y Johnson (1966) definen la disfunción sexual como una alteración en la respuesta sexual de la persona, en cualquiera de sus fases, y que provoca un malestar significativo. Son estos autores quienes promueven que los trastornos sexuales comiencen a ser valorados en el campo de la salud. Según la CIE 11, (Organización Mundial de la Salud, 2019) “las disfunciones sexuales son síndromes que comprenden las diversas formas en que las personas adultas pueden tener dificultades para experimentar relaciones sexuales satisfactorias y no coercitivas. Para ser considerada una disfunción sexual, debe haber sido persistente o recurrente durante un período de al menos varios meses; ocurrir con frecuencia, y estar asociada con malestar clínicamente significativo”.

Las disfunciones sexuales afectan de forma negativa a la satisfacción sexual y conyugal, y a la calidad de vida (Nappi et al., 2016; Rosen & Althof, 2008). En cuanto a las tipologías, los datos indican que las más frecuentes en las mujeres son las de deseo y excitación, mientras que en los hombres son la eyaculación precoz y la disfunción eréctil (McCabe et al., 2016). A pesar de que la edad es un predictor, hay un estudio que muestra que entre los 16 y los 22 años, un 78,6% de los chicos y un 84,4% de las chicas refieren haber tenido algún problema sexual (O’Sullivan et al., 2016). Otros predictores son el índice de masa corporal, estilo de vida, comorbilidades físicas y tratamiento médico se identifican como predictores de la disfunción en ambos sexos (Bin Nordin et al., 2019; Enzlin et al., 2003; McCool-Myers et al., 2018).

Disfunciones sexuales en personas con problemas de adicción

Las personas con problemas de adicción presentan un mayor porcentaje de disfunciones sexuales que las personas que no los tienen (Del Río et al., 2015). Según el estudio de Mishra y Srivastava, (2018), el abuso de sustancias es un factor de riesgo para la disfunción sexual, ya que observaron que la disfunción eréctil, la anorgasmia y la insatisfacción fueron estadísticamente mayores en las personas con historia de abuso de sustancias de más de 10 años. Sin embargo, los estudios no suelen hablar de cómo influye el

ASI en la sexualidad según la orientación sexual de una persona y si el consumo de sustancias oculta esta problemática.

ASI y Disfunciones Sexuales

El hecho de haber sufrido ASI se considera un factor de riesgo para la aparición de disfunciones sexuales en adultos, siendo más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres (Wang et al., 2022). En el primer caso, la presencia de ASI se ha vinculado con las disfunciones sexuales y la menor satisfacción sexual percibida (S. López et al., 2017b), concretamente con el desarrollo de vaginismo y la dispareunia (Tetik & Alkar, 2021b). En el caso del abuso sexual, el intento de penetración o la penetración se asocia con la aparición posterior de mayores dificultades de excitación y mayor rechazo a las relaciones sexuales, así como con menos confianza en sí mismas y dificultades comunicativas con la pareja (S. López et al., 2017b).

En el caso de los hombres hay menos investigación al respecto. Según Sarwer (1997), el hecho de haber sufrido abusos sexuales no parece influir en la sexualidad masculina. Sin embargo, la reciente revisión realizada por Gewirtz-Meydan y Opuda (2022) expone que se han encontrado estudios que vinculan problemas de bajo impulso, excitación y dificultades en el orgasmo en varones con el hecho de haber sufrido ASI.

El ASI también se ha asociado con la presencia de dificultades relacionales y disminución de la autoconciencia que llevaría a problemas de ansiedad sexual y disminución de la satisfacción sexual. Algunos trabajos (25), recurren a que la explicación radica en el hecho de que las víctimas han tenido un apego inseguro con sus correspondientes figuras de referencia tras el ASI.

Entre los mecanismos para explicar la relación entre ASI y salud sexual en mujeres se recurre a las asociaciones cognitivas con la sexualidad, autoesquemas sexuales, activación del sistema nervioso simpático, imagen corporal y estima, y vergüenza y culpa. Estos pueden dar lugar a una falta de emociones positivas en lo referente a la sexualidad. Entre los tratamientos más efectivos en estos casos se encuentran la terapia sexual basada en atención plena y los tratamientos de escritura expresiva (Pulverman et al., 2018).

El objetivo que tiene el presente estudio es analizar las diferentes disfunciones sexuales en las personas que han sufrido ASI, con problemas de adicción y en la población general.

Material y método

Procedimiento

Para la realización de este estudio se ha seguido un diseño de corte transversal de tipo *ex-post-facto* retrospectivo, es decir, se ha seleccionado a los sujetos una vez ocurrido la variable independiente (el ASI), y en el que el investigador no puede manipular esta variable, según lo indican del Río et al. (2018). La muestra se seleccionó de forma intencional y siguiendo el método de bola de nieve. Para ello se contactó con diferentes centros de tratamientos de adicciones nacionales, con estudiantes universitarios y divulgación a través de formulario *drive*. La muestra global se desglosó en un grupo de casos (personas en tratamiento por adicciones o que hubiesen sufrido ASI) y un grupo control (familiares de personas en tratamiento, estudiantes, profesionales y voluntariado). Para ello se solicitó a los participantes que realizaran unos cuestionarios.

Características de la muestra

La muestra la componen 426 participantes de los que el 56.57% (241) son hombres y el 43.43% (185) mujeres. La edad media de los hombres es de 39.26 (DT=9.61), teniendo el más joven 18 años y 74 años el de más edad. La edad media de la muestra de mujeres es de 36.17 (DT=12.48), teniendo la más joven 18 años, y la mayor 68 años. En relación al estado civil, el 62.21% (265) afirma ser soltero, el 23.71% (101) casado, el 11.97% (51) divorciado, y el 2.11% (9) afirma ser pareja de hecho. Respecto al nivel de estudios, el 41.32% (176) tiene estudios primarios, el 32.16% (137) formación universitaria (grado, licenciatura, máster o doctorado), el 26.06% (111) posee estudios secundarios (bachillerato, grado medio o superior), y sólo un 0.47% (2) afirmaba no tener estudios. Respecto a la orientación sexual, el 89.91% (383) se definen heterosexuales, el 3.05% (13) bisexuales, el 2.82% (12) homosexuales, el 0.47% (2) asexuales, y un 3.76% (16) no han contestado esta pregunta. Finalmente, el 11.57% (50) de la muestra total han informado haber sufrido abusos sexuales

en la infancia, y el 62.21% (265) han reconocido tener algún tipo de adicción. De las personas que han sufrido ASI el 64% (32) tienen un problema de adicción. El grupo control está formado por el 33.57% (143) de la muestra total.

Instrumentos

- **Cuestionario de recogida de datos ad-hoc.** Se ha diseñado una pauta de recogida de información sobre las siguientes áreas de la persona: datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel cultural, etc) , datos médicos, acontecimientos vitales importantes, historia de comportamientos adictivos y datos legales.
- **Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)** (Rust & Golombok, 1983). Es un inventario diseñado para evaluar la presencia de disfunciones sexuales. Consta de 28 ítems en una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta. Las dimensiones que se miden son la no sensualidad, insatisfacción, no comunicación, evitación, anorgasmia (mujeres), vaginismo (mujeres), eyaculación precoz (hombres) y disfunción eréctil (hombres). Se compone de dos versiones, una para los hombres y otra para las mujeres. En la versión validada española (Cabello-Santamaría et al., 2021) las dos versiones tienen una alta fiabilidad (hombres: 0,864; mujeres: 0,924).

Análisis de datos

Se han realizado los análisis descriptivos de la muestra. También se ha realizado la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar el criterio de normalidad de la muestra y la prueba U de Mann-Whitney para la comparación entre grupos. Todos estos cálculos se han llevado a cabo con el software IBM© SPSS© versión 24.

Resultados

Tras realizar la prueba de Kolmogorov-Smirnov, el resultado indica que no se cumple la normalidad de los datos de cada uno de los cuestionarios utilizados ($p < 0.000$). Este resultado es esperable y habitual teniendo en cuenta la forma en la que se han recogido los datos, por lo que el análisis ha tenido en cuenta la sensibilidad de los mismos. Las puntuaciones medias que se han obtenido entre las personas que tienen problemas de adicción, sin haber sufrido ASI en comparación con las que si lo han sufrido son las

siguientes: Insatisfacción (5.09 vs. 6.41), Evitación (2.03 vs. 2.22), No sensualidad (2.96 vs. 4.50), Vaginismo (.88 vs. 2.94), Anorgasmia (.97 vs. 3.78), Disfunción eréctil (2.41 vs. 1.69), Eyaculación precoz (3.60 vs. 2.22). Se ha realizado la prueba U de Mann-Whitney para verificar si existen diferencias significativas entre las personas que presentan disfunción sexual, entre los grupos que han sufrido abuso sexual y tiene problemas de adicción, y el grupo que no ha sufrido abusos sexuales y tiene problemas de adicción. Los resultados señalan que las variables en las que se encuentran diferencias significativas son las siguientes: Insatisfacción ($p=0.013$), Evitación ($p<0.000$), No sensualidad ($p=0.008$), Vaginismo ($p<0.000$), Anorgasmia ($p<0.000$), Disfunción eréctil ($p=0.045$), y Eyaculación precoz ($p=0.007$).

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de disfuncionalidad por escalas del cuestionario GRISS.

	Abuso sexual							
	Sí (n=50)				No (n=376)			
	Adicción		Adicción		Adicción		Adicción	
	Sí (n=32)		No (n=18)		Sí (n=233)		No (n=143)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
No comunicación	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Infrecuencia	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Insatisfacción	4	12,90	2	11,11	25	10,73	4	2,80
Evitación	13	40,63	7	38,69	26	11,16	21	14,69
No sensualidad	2	6,25	0	0,00	3	1,29	0	0,00
Vaginismo	7	21,88	8	44,44	16	6,87	35	24,48
Anorgasmia	1	3,13	1	5,56	0	0,00	2	1,40
Disfunción eréctil	3	9,38	1	5,56	28	12,02	2	1,40
Eyaculación precoz	5	15,63	1	5,56	64	27,47	4	2,80

Nota: debido a que en cada grupo la N es diferente, el porcentaje se refiere solo a la disfuncionalidad en cada grupo, la diferencia hasta el 100% serían los sujetos funcionales en cada grupo concreto.

En relación a las puntuaciones obtenidas, se observa (ver Tabla 1) que el mayor porcentaje de disfunciones se concentra en personas con abusos sexuales y con problemas de adicción, excepto en las disfunciones femeninas (vaginismo y anorgasmia) que el mayor porcentaje se encuentra entre las personas que han sufrido ASI y no tienen problemas de adicción. En concreto, se puede destacar que de las personas que han sufrido abusos sexuales y tienen un problema de adicción, las mayores puntuaciones se encuentran en evitación y

vaginismo, coincidiendo con las personas que no tienen un problema de adicción. Respecto a las personas que no han sufrido abuso sexual y tienen un problema de adicción, el mayor porcentaje de disfunciones sexuales se encuentran en eyaculación precoz y disfunción eréctil, mientras que en las personas que no tienen un problema de adicción, se destaca el vaginismo y la evitación de nuevo.

Discusión

El objetivo que ha tenido el presente estudio ha sido analizar las diferentes disfunciones sexuales en las personas que han sufrido ASI, con problemas de adicción y en la población en general. Los resultados muestran que existe un mayor porcentaje de disfunciones en las personas que han sufrido ASI, coincidiendo con el estudio de Wang et al. (2022), que lo define como un factor de riesgo para estas. No se puede olvidar que el manejo de número absolutos facilita la percepción errónea de similaridad de dichos datos. En concreto, las escalas que más se relacionan con el ASI, en este estudio, son la evitación y el vaginismo, que coincide en parte con las conclusiones del trabajo de Tetik y Alkar (2021b), ya que consideran que el ASI es un factor de riesgo para el vaginismo y la dispareunia. Además, las disfunciones más habituales en población femenina son vaginismo (1-7%) y dispareunia (8-22%) (Becerra-Alfonso, 2015). También se encuentran diferencias significativas en el caso de la insatisfacción sexual percibida, como ya planteaba López et al., (S. López et al., 2017b) y Bigras, et al. (2015). En el caso de los hombres también se han encontrado relación entre ASI y disfunciones sexuales (Gewirtz-Meydan & Opuda, 2022), sobre todo en disfunción eréctil y eyaculación precoz (McCabe et al., 2016).

Respecto a las personas con problemas de adicción, se observa cómo no siempre son estas las que tienen un mayor porcentaje de disfunciones sexuales, en contra de lo esperado, y de lo que concluyen otros autores en sus estudios (Del Río et al., 2015; Mishra & Srivastava, 2018). Estos resultados pueden estar mediados por la tendencia de las personas con adicción a tener un comportamiento deshonesto acerca de sus dificultades sexuales (Del Río, 2016). Siguiendo esta línea se ha realizado una búsqueda en la Web of Science de los últimos 5 años (2017-2022) en la que se puede observar el bajo número de estudios que se realizan sobre las adicciones o el ASI y las disfunciones. Se pueden encontrar una diferencia importante entre

las temáticas, habiendo 306.418 artículos que hablen de adicciones frente a 50.723 cuando buscamos por disfunciones o 17.699 en el caso de los ASI. Si unimos las variables ASI y disfunciones la cifra desciende a 3.356 artículos; y adicciones y disfunciones 1.456. Esto refleja la importancia de seguir estudiando estas últimas variables que son importantes en la vida de una persona adulta y teniéndolas en cuenta en los procesos terapéuticos de las personas con problemas de adicción.

Una de las limitaciones del estudio es la diferencia de sujetos entre grupos, ya que se ha recibido menor participación por parte de las personas que han sufrido ASI. Para futuras líneas de investigación habría que seguir aumentando el tamaño de la muestra, sobre todo de personas con ASI. Esto permitiría tener una visión más global sobre las dificultades de estas personas en el área sexual y poder mejorar los tratamientos.

Conclusiones

Después de los análisis realizados se concluye que las personas que han sufrido ASI pueden presentar una probabilidad más alta de tener disfunciones sexuales que las que no lo han sufrido. Las disfunciones sexuales más frecuentes en el caso de las mujeres son la evitación y vaginismo, mientras que en los hombres son la eyaculación precoz y la disfunción eréctil.

Bibliografía

- Abarca-Castro, E. A. (2022). Herramientas utilizadas para la evaluación de las consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil en la adultez: Revisión bibliográfica. *Revista de Psicología y Ciencias Del Comportamiento de La Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 13, 115–134. <https://doi.org/10.29059/rpcc.20220501-145>
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/2-3 and the 1991 profile*. University of Vermont, Department of psychiatry.
- Albores-gallo, L., Hernández-Guzmán, L., Hasfura-Buenaga, C., & Navarro-Luna, E. (2016). Consistencia interna y validez de criterio de la versión mexicana del Child Behavior Checklist 1.5-5 (CBCL/1.5-5). *Revista Chilena de Pediatría*, 87(6), 455–462. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.05.009>
- Alonso, C. R. (2022). Prueba del abuso sexual infantil. Posibilidades y límites. The evidence of child sexual abuse. Possibilities and limitations. *Anuario Jurídico y Económico Escurialense*, 55, 177–204. <https://doi.org/10.54571/ajee.500>

- American Psychiatric Association. (2023). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed. texto rev.) (5ª Edición)*. Editorial médica Pnamericana.
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., & Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486–494.
- Becerra-Alfonso, Y. A. (2015). Trastornos del dolor sexual femenino: una revisión de su definición, etiología y prevalencia. *Revista de Los Estudiantes de Medicina de La Universidad Industrial de Santander*, 28(3), 267–272.
<http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v28n3/v28n3a01.pdf>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin. Psychol. Rev.*, 8, 77–100.
- Bedoya, A., McGarry, P., & Shortland, N. (2023). The Behavioral Inhibition System as a Mediator between Child Sexual Abuse and Perceived Pornography Addiction in Adulthood. *Sexual Health & Compulsivity*, 30(2), 212–229.
<https://doi.org/10.1080/26929953.2023.2219992>
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 174, 727–735.
- Bigras, N., Godbout, N., & Briere, J. (2015). Child Sexual Abuse, Sexual Anxiety, and Sexual Satisfaction: The Role of Self-Capacities. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(5), 464–483. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1042184>
- Bin Nordin, R., Soni, T., Kaur, A., Loh, K. P., & Miranda, S. (2019). Prevalence and predictors of erectile dysfunction in adult male outpatient clinic attendees in Johor, Malaysia. *Singapore Medical Journal*, 60(1), 40–47.
<https://doi.org/10.11622/smedj.2018049>
- Bobes, J., Casas, M., & Gutiérrez, M. (2011). *Manual de trastornos adictivos, 2ª edición*. Enfoque Editorial, S.C.
- Briere, J., & Runtz, M. (1989). The Trauma Symptom Checklist (TSC-33) early data on a new scale. *Journal of Interpersonal Violence*, 4(2), 151–163.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós.
- Cabello-Santamaría, F., del Río, F. J., & Cabello-García, M. A. (2021). Validación de la versión española del Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction. *Revista Internacional de Andrología*, 19(2), 123–128.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.androl.2020.01.004>
- Cantón, D., & Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*, 20(4), 509–515.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720400>
- Castaño, G. A., Becoña, E., Scopetta, O., & Milena, S. (2021). Síndrome amotivacional en consumidores crónicos de marihuana. Una revisión narrativa para la aproximación al concepto. *Revista Habanera De Ciencias Medicas*, 20(1).
<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3027>
- Castillo-Riquelme, V. F., Lamilla-Cifuentes, Y. E., Araya-Fernández, M. E., & Martínez-Lecaros, B. N. (2023). (Des)regulación emocional en estudiantes universitarios: cuando la adicción a dispositivos móviles pasa factura. *Propósitos Y Representaciones*, 11(2).
<https://doi.org/10.20511/pyr2023.v11n2.1753>
- Chen, Y., Liu, X., Huang, Y., Yu, H., Yuan, S., Ye, Y., Li, Q., & He, Q. (2017). Association between Child Abuse and Health Risk Behaviors among Chinese College Students. *Journal of Child and Family Studies*, 26(5), 1380–1387. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0659-y>
- Costa, P. T. J., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI)*. Professional manual. Psychological

Assessment Resources.

- Costa Requena, G., & Gil Moncayo, F. L. (2007). Propiedades psicométricas de la escala revisada del impacto del evento estresante (IES-R) en una muestra española de pacientes con cáncer. *Análisis y Modificación de Conducta*, 33(149), 311–331. <https://doi.org/https://doi.org/10.33776/amc.v33i149.1218>
- Crespo, M., Gómez, M., & Soberón, C. (2017). EGEP-5 Evaluación Global de Estrés Postraumático. In *TEA Ediciones*.
- Crespo, M., González-Ordi, H., Gómez-Gutiérrez, M., & Santamaría, P. (2020). *Cuestionario del Impacto del Trauma (CIT)*. TEA Ediciones.
- Daigre, C., Rodríguez-Cintas, L., Tarifa, N., Rodríguez-Martos, L., Grau-López, L., Berenguer, M., Casas, M., & Roncero, C. (2015). History of sexual, emotional or physical abuse and psychiatric comorbidity in substance-dependent patients. *Psychiatry Research*, 229(3), 743–749. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.08.008>
- De Champlain, A., Tremblay-Perreault, A., & Herbert, M. (2023). Victims of Sexual Abuse: contribution of Self-Blame of the parent and child. *Journal of Child Sexual Abuse*, 32(5), 536–553. <https://doi.org/10.1080/10538712.2023.2184740>
- Del Río, F. J. (2016). *Tratamiento de la sexualidad en las adicciones*. Síntesis.
- Del Río, F. J. (2021). *Asistencia a las víctimas*. Sotavento.
- del Río, F. J., Cabello-García, M. A., & Cabello-Santamaría, F. (2018). Guide for the classification of clinical research articles for the INTERNATIONAL JOURNAL OF ANDROLOGY. *Revista Internacional de Andrología*, 16(3), 107–111. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2017.07.004>
- Del Río, F. J., Cabello, F., & Fernández, I. (2015). Influence of substance use on the erectile response in a sample of drug users. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(1), 37–43. <https://doi.org/10.1016/J.IJCHP.2014.10.002>
- Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptom Inventory: Administration, scoring and procedures manual (4th ed.)*. Pearson, Inc.
- Dion, J., Cantinotti, M., Ross, A., & Collin-Vézina, D. (2015). Sexual abuse, residential schooling and probable pathological gambling among Indigenous Peoples. *Child Abuse and Neglect*, 44, 56–65. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.004>
- Draucker, C. B., & Mazurczyk, J. (2013). Relationships between childhood sexual abuse and substance use and sexual risk behaviors during adolescence: An integrative review. *Nursing Outlook*, 61(5), 291–310. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.12.003>
- Echeburúa, E., & Corral, P. de. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12(43–44), 75–82. <https://doi.org/10.4321/S1135-76062006000100006>
- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: Un enfoque integrador. [Psychological treatment of intrafamily child sexual abuse: An integrative approach.]. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 19(2), 469–486.
- Elliott, D. M., & Briere, J. (1992). Sexual abuse trauma among professional women: Validating the Trauma Symptom Checklist-40 (TSC- 40). *Child Abuse & Neglect*, 16(3), 391–398.
- Enzlin, P., Mathieu, C., Van den Bruel, A., Vanderschueren, D., & Demyttenaere, K. (2003). Prevalence and predictors of sexual dysfunction in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 26(2), 409–414. <https://doi.org/10.2337/diacare.26.2.409>
- Escohotado, A. (2022). *Historia elemental de las drogas*. Editorial Innisfree.
- Estévez, A., Ozerinjauregi, N., Herrero-Fernández, D., & Jauregui, P. (2019). The Mediator Role of Early Maladaptive Schemas Between Childhood Sexual Abuse and Impulsive Symptoms in Female Survivors of CSA. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(4), 763–

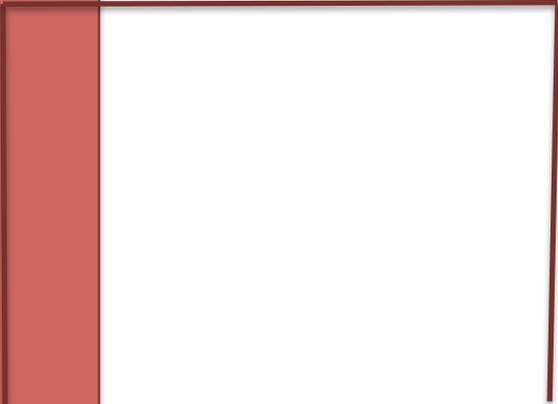
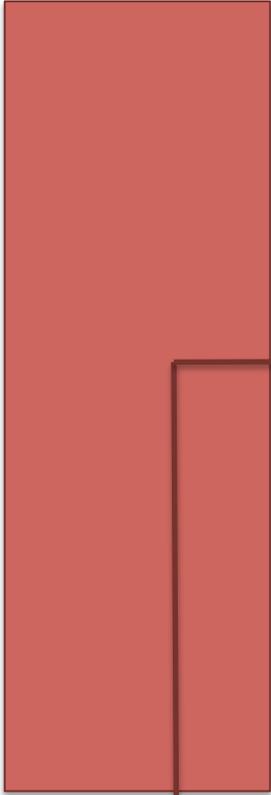
784. <https://doi.org/10.1177/0886260516645815>
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., & Arteaga, A. (2015). Psychological, Physical, and Sexual Abuse in Addicted Patients Who Undergo Treatment. *Journal of Interpersonal Violence, 30*(8), 1279–1298. <https://doi.org/10.1177/0886260514539843>
- Fletcher, K. (1996). *Psychometric review of the When Bad Things Happen Scale (WBTH)*. En B. H. Stamm (dir.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation*.
- Franck, M. I., Nesa, M. P., & Folonier, P. (2018). *Abuso sexual infantil. Guía orientada a la prevención en ámbitos educativos* (1a ed.). Bonum.
- Friedrich, W. N. (1997). *Child sexual behavior inventory: professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Friedrich, W. N., Fisher, J., Dittner, C., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., Damon, L., H., D. W., Gray, A., & Wright, J. (2001). Child sexual behavior inventory: normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment, 6*, 37–49.
- Fundación ANAR. (2022). *Memoria 2021*. 1–39. www.anar.org
- Gauthier-Duchesne, A., Fernet, M., Hébert, M., Guyon, R., Tardif, M., & Godbout, N. (2023). The externalization of suffering among male survivors of Child Sexual Abuse: “A deeply buried rage that must come out.” *Psychology of Men & Masculinities*. <https://doi.org/10.1037/men0000453>
- Gauthier-Duchesne, A., Hébert, M., Blais, M., & Wekerle, C. (2023). Differential Profiles of Sexually Abused Adolescent Boys. *Journal of Child Sexual Abuse, 32*(6), 655–673. <https://doi.org/10.1080/10538712.2023.2226652>
- Gewirtz-Meydan, A., & Opuda, E. (2022). The Impact of Child Sexual Abuse on Men’s Sexual Function: A Systematic Review. *TRAUMA, VIOLENCE & ABUSE, 23*(1), 265–277. <https://doi.org/10.1177/1524838020939134>
- Grady, M. D., Yoder, J., Deblinger, E., & Mannarino, A. P. (2023). Developing a trauma focused cognitive behavioral therapy application for adolescents with problematic sexual behaviors: A conceptual framework. *Child Abuse and Neglect, 140*(February), 106139. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106139>
- Griffiths, M. D. (2005). Adicción a los videojuegos: Una revisión de la literatura. *Psicología Conductual, 13*(3), 445–462.
- Hamilton-Wright, S., Woodhall-Melnik, J., Guilcher, S. J. T., Schuler, A., Wendaferew, A., Hwang, S. W., & Matheson, F. I. (2016). Gambling in the landscape of adversity in youth: Reflections from men who live with poverty and homelessness. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 13*(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph13090854>
- Hébert, E., Fortin, L., Fortin, A., Paradis, A., & Hébert, M. (2023). The Associations between Self-Silencing and Delinquency in Adolescent Who Experienced Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse, 32*(4), 438–454. <https://doi.org/10.1080/10538712.2023.2177222>
- Horno, P., Santos, A., & del Molino, C. (2001). Abuso Sexual Infantil: Manual De Formación para profesionales. In *Save the Children*. https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual_abuso_sexual.pdf
- Imperatori, C., Innamorati, M., Lamis, D. A., Farina, B., Pompili, M., Contardi, A., & Fabbriatore, M. (2016). Childhood trauma in obese and overweight women with food addiction and clinical-level of binge eating. *Child Abuse and Neglect, 58*, 180–190. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.06.023>
- Jaisoorya, T. S., Beena, K. V., Beena, M., Ellangovan, K., Thennarassu, K., Bowden-Jones, H., Benegal, V., & George, S. (2017). Do High School Students in India Gamble? A Study of Problem Gambling and Its Correlates. *Journal of Gambling Studies, 33*(2), 449–460. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9651-5>

- Kim, B.-N., Park, S., & Park, M.-H. (2017). The Relationship of Sexual Abuse with Self-Esteem, Depression, and Problematic Internet Use in Korean Adolescents. *Psychiatry Investigation, 14*(3), 372. <https://doi.org/10.4306/pi.2017.14.3.372>
- Konkolý, B., Horwood, L., Slater, L., Tan, M. C., Hodgins, D. C., & Wild, T. C. (2017). Relationship between interpersonal trauma exposure and addictive behaviors: a systematic review. *BMC Psychiatry, 17*(1), 164. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1323-1>
- Kramer, J. F., & Cameron, D. C. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas*. Organización Mundial de la Salud.
- López-Castilla, C. J. (2022). Psicoterapia de personas adultas que han sufrido abuso sexual en la infancia. *Escritos de Psicología - Psychological Writings, 15*(1), 40–49. <https://doi.org/10.24310/espiescpsi.v15i1.14030>
- López, D. J. (2004). *Relaciones humanas y psicoterapia*. CESJE Proyecto Hombre.
- López, F., & Hernández, A. (1995). Child sexual abuse: Concept, prevalence and effects. *Infancia y Aprendizaje, 18*(71), 77–98. <https://doi.org/10.1174/02103709560575505>
- López, F., Hernández, A., & Carpintero, E. (2017). *Los abusos sexuales de menores: concepto, prevalencia y efectos*. 3702(March). <https://doi.org/10.1174/02103709560575505>
- López, M., & Müller, M. (2018). *Prevención del abuso sexual en la infancia: guía docente* (Ituzaingó). Editorial Maipue.
- López, S., Faro, C., Lopetegui, L., Pujol-Ribera, E., Monteagudo, M., Avecilla-palau, A., Martínez, C., Cobo, J., & Fernández, M. I. (2017a). Child and Adolescent Sexual Abuse in Women Seeking Help for Sexual and Reproductive Mental Health Problems: Prevalence, Characteristics and Disclosure. *Journal of Child Sexual Abuse, 26*(3), 246–269. <https://doi.org/10.1080/10538712.2017.1288186>
- López, S., Faro, C., Lopetegui, L., Pujol-Ribera, E., Monteagudo, M., Cobo, J., & Fernández, M. I. (2017b). Impacto del abuso sexual durante la infancia-adolescencia en las relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas. *Gaceta Sanitaria, 31*(3), 210–219. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.010>
- Mason, S. M., Flint, A. J., Field, A. E., Austin, S. B., & Rich-Edwards, J. W. (2013). Abuse victimization in childhood or adolescence and risk of food addiction in adult women. *Obesity, 21*(12), E775–E781. <https://doi.org/10.1002/oby.20500>
- Masters, W., & Johnson, V. E. (1966). *Respuesta sexual humana*. Intermédica.
- McCabe, M., Sharlip, I., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A., Laumann, E., Lee, S., & Segraves, R. (2016). Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med, 13*(2), 144–152.
- McCool-Myers, M., Theurich, M., Zuelke, A., Knuettel, H., & Apfelbacher, C. (2018). Predictors of female sexual dysfunction: A systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Women's Health, 1*. <https://doi.org/doi:10.1186/s12905-018-0602-4>
- Medranda, M., & Benítez, M. (2006). Conceptos básicos sobre drogadicción. *Revista Pediatría de Atención Primaria, VIII*, 8. <http://archivos.pap.es/files/1116-582-pdf/607.pdf>
- Ministerio de la presidencia Justicia y relaciones con las Cortes. (2023). *Código Penal*. BOE.
- Mishra, S. K., & Srivastava, M. (2018). Sexual dysfunction substance abuse and dependence: A cross-sexational survey. *Asean Journal of Psychiatry, 19*(2).
- Montagno, A. G. (2007). *Trauma in street children and those at risk of the street in Mexico city: an exploratory study of exposure, severity and risk factors*. Universidad de Georgia.

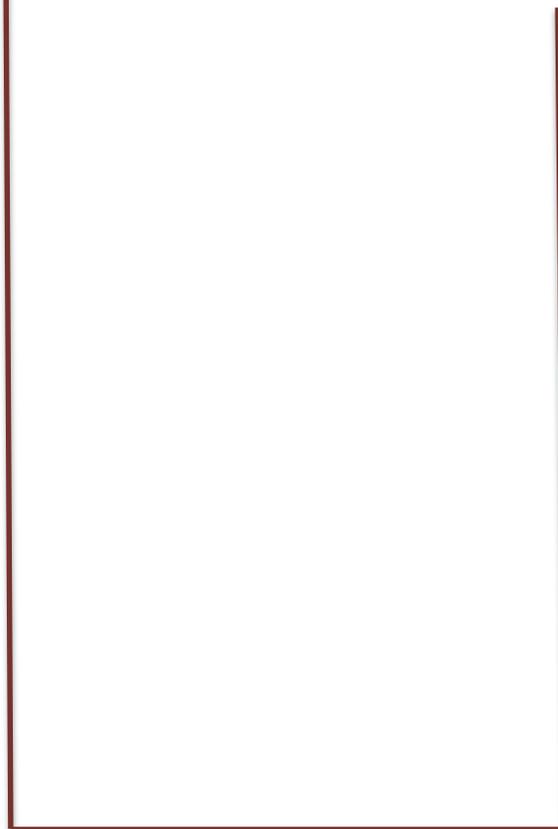
- Müller, M., Vandeleur, C., Rodgers, S., Rössler, W., Castelao, E., Preisig, M., & Ajdacic-Gross, V. (2015). Posttraumatic stress avoidance symptoms as mediators in the development of alcohol use disorders after exposure to childhood sexual abuse in a Swiss community sample. *Child Abuse and Neglect*, *46*, 8–15. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.006>
- Muniesa, P., Herrera, D., Guerrero, J., Martínez, F., Rubio, M., Gil, V., Santiago, A. M., & Gómez, M. A. (2023). Informe sobre delitos contra la libertad sexual en España. *Ministerio Del Interior. Gobierno de España*.
- Murillo, J. A., Mendiburo-Seguel, A., Santelices, M. P., Araya, P., Narváez, S., Piraino, C., Martínez, J., & Hamilton, J. (2021). Childhood sexual abuse and its impact on adult well-being. *Psicoperspectivas*, *20*(1). <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol20-Issue1-fulltext-2043>
- Nappi, P., Cucinella, L., Martella, S., Rossi, M., Tiranini, L., & Martini, E. (2016). Female sexual dysfunction (FSD): prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas*, *2016*, 87–91. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.09.013>.
- Nunes-Neto, P. R., Köhler, C. A., Schuch, F. B., Solmi, M., Quevedo, J., Maes, M., Murru, A., Vieta, E., McIntyre, R. S., McElroy, S. L., Gearhardt, A. N., Stubbs, B., & Carvalho, A. F. (2018). Food addiction: Prevalence, psychopathological correlates and associations with quality of life in a large sample. *Journal of Psychiatric Research*, *96*(October 2017), 145–152. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.10.003>
- O'Sullivan, L. F., Byers, E. S., Brotto, L. A., Majerovich, J. A., & Fletcher, J. (2016). A Longitudinal Study of Problems in Sexual Functioning and Related Sexual Distress Among Middle to Late Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *59*(3), 318–324. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.05.001>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2023). *Informe 2023. Alcohol, Tabaco y Drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <http://crm.org.mx/PDF/INFORMES/INFORME2014.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10. Décima Revisión de las Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del Comportamiento*. Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Organización Mundial de la Salud*.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª Revisión (CIE-11)*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F590211325>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). CIE-11 Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad. In *Investigación En Salud - Aportes De La Academia* (Issue 7). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/cie10-cie11.pdf>
- Pereda, N., Abad, J., & Guilera, G. (2016a). Lifetime Prevalence and Characteristics of Child Sexual Victimization in a Community Sample of Spanish Adolescents Lifetime Prevalence and Characteristics of Child Sexual Victimization in a Community Sample of Spanish Adolescents. *Journal of Child Sexual Abuse*, *8712*(February), 0–17. <https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1123791>
- Pereda, N., Abad, J., & Guilera, G. (2016b). *Lifetime Prevalence and Characteristics of Child Sexual Victimization in a Community Sample of Spanish Adolescents Lifetime Prevalence and Characteristics of Child Sexual Victimization in a Community Sample of Spanish Adolescents*. *8712*(February), 0–17. <https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1123791>
- Pereda, N., & Arch, M. (2012). Exploración psicológica forense del abuso sexual en la

- infancia: Una revisión de procedimientos e instrumentos. *Papeles Del Psicologo*, 33(1), 36–47.
- Pérez del Río, F., & Mestre Guardiola, M. (2016). *Drogodependencias y sexualidad*. Biblioteca Nueva. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecaus/titulos/121146>
- Pérez del Río, F., & Mestre Guardiola, M. (2013). Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta. *Papeles Del Psicologo*, 34(2), 144–149.
- Pérez, F., & Mestre, G. M. (2013). Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta. *Papeles Del Psicologo*, 34(2), 144–149.
- Pérez, F., & Mestre, G. M. (2016). *Drogodependencias y sexualidad*. Biblioteca Nueva. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecaus/titulos/121146>
- Potthast, N., Neuner, F., & Catani, C. (2014). The contribution of emotional maltreatment to alcohol dependence in a treatment-seeking sample. *Addictive Behaviors*, 39(5), 949–958. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.01.015>
- Pulverman, C. S., Kilimnik, C. D., & Meston, C. M. (2018). The Impact of Childhood Sexual Abuse on Women’s Sexual Health: A Comprehensive Review. *Sexual Medicine Reviews*, 6(2), 188–200. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.12.002>
- Ramírez, C., & Fernández, A. (2011). Abuso Sexual Infantil: una revisión con base en pruebas empíricas. *Psicoogía Conductual*, 19(1), 7–39.
- Real-López, M., Peraire, M., Ramos-Vidal, C., Llorca, G., Julián, M., & Pereda, N. (2023). Abuso sexual infantil y consecuencias psicopatológicas en la vida adulta. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 40(1), 13–30. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v40n1a3>
- Real Academia Española, R. A. E. (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. Editorial Espasa Calpe.
- Richard, J., Deng, J. X., Ivoska, W., & Derevensky, J. (2023). Adverse Childhood Experiences, Problem Gambling and Disordered Gaming: The Mediating Role of Internalizing and Externalizing Problems Among Adolescents. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01086-y>
- Rosen, R., & Althof, S. (2008). Impact of Premature Ejaculation: The Psychological, Quality of Life, and Sexual Relationship Consequences. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(6), 1296–1307. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00825.x>
- Rust, J., & Golombok, S. (1983). *Inventario Golombok Rust de Satisfacción Sexual*.
- Saigh, P., Yaski, A. E., Oberfield, R. A., Green, B. L., Halamandaris, P. V., Rubenstein, H., Nester, J., Resko, J., Hetz, B., & McHugh, M. (2000). The Children’s PTSD Inventory: development and reliability. *Journal of Traumatic Stress*, 30, 369–380.
- Salazar, E., Ugarte, M., Vásquez, L., & Loaiza, J. (2004). Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima. *Anales de La Facultad de Medicina*, 65(3), 179–187.
- San Juan, P. (2019). Trastorno por consumo de sustancias. *Medicine*, 12(85), 4984–4992. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.003>
- Sanz, J., Perdígón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general The spanish adaptation of Beck’s Depression Inventory-II (BDI-II). *Clinica y Salud*, 14(3), 249–280.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., de Corral, P., & Echeburúa, E. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: Resultados a largo plazo. *Anales de Psicología*, 29(1), 29–37. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.145281>
- Sarwer, D. B. (1997). The relationship between childhood sexual abuse and sexual dysfunction in jamaican adults. *Child Abuse and Neglect*, 21(7), 649–655.
- Sciarrino, N. A., Warnecke, A. J., & Teng, E. J. (2020). A Systematic Review of Intensive Empirically Supported Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of*

- Traumatic Stress*, 33(4), 443–454. <https://doi.org/10.1002/jts.22556>
- Scoglio, A. A. J., Kraus, S. W., Saczynski, J., Jooma, S., & Molnar, B. E. (2021). Systematic Review of Risk and Protective Factors for Revictimization After Child Sexual Abuse. *Trauma, Violence, and Abuse*, 22(1), 41–53. <https://doi.org/10.1177/1524838018823274>
- Soper, W. B., & Miller, M. J. (1983). Adictos al tiempo basura: una adicción emergente entre los estudiantes. *Consejero Escolar*, 31(1), 40–43.
- Spielberg, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (TEA).
- Swogger, M. T., Conner, K. R., Walsh, Z., & Maisto, S. A. (2011). Childhood abuse and harmful substance use among criminal offenders. *Addictive Behaviors*, 36(12), 1205–1212. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.07.025>
- Tahan, M., Afrooz, G., & Bolhari, J. (2023). Designing, assessing, and effectiveness a psychological interventions program with a robot for children sexual care. *Middle East Current Psychiatry*, 30(1). <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00347-9>
- Tetik, S., & Alkar, O. Y. (2021a). Vaginismus, Dyspareunia and Abuse History: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Sexual Medicine*, 18(9), 1555–1570. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.07.004>
- Tetik, S., & Alkar, O. Y. (2021b). Vaginismus, Dyspareunia and Abuse History: A Systematic Review and Meta-analysis. *JOURNAL OF SEXUAL MEDICINE*, 18(9), 1555–1570. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.07.004>
- Tullett-Prado, D., Stavropoulos, V., Gomez, R., & Doley, J. (2023). Social media use and abuse: Different profiles of users and their associations with addictive behaviours. *Addictive Behaviors Reports*, 17(December 2022), 100479. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2023.100479>
- UNICEF. (2017). *Un análisis de los datos del programa “Víctimas Contra las Violencias” a partir de la campaña “Abuso Sexual Infantil: Hablar es empezar a prevenir”*.
- Valdés García, K. P., Reynoso-González, O. U., Santana-Campas, M. A., De Luna-Velasco, L. E., & Hermosillo-De la Torre, A. E. (2022). Psychometric properties of the Rosenberg self-esteem scale in Mexican university students. *Acta Universitaria*, 32, 1–12. <https://doi.org/10.15174/au.2022.3441>
- Vreven, D. L., Gudanowski, D. M., King, L. A., & King, D. W. (1995). The civilian version of the Mississippi PTSD Scale: A psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 91–109.
- Wang, S.-J., Chang, J.-J., Cao, L.-L., Li, Y.-H., Yuan, M.-Y., Wang, G.-F., & Su, P.-Y. (2022). The Relationship Between Child Sexual Abuse and Sexual Dysfunction in Adults: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence & Abuse*. <https://doi.org/10.1177/15248380221113780>
- Weiss, D., & Marmar, C. (1997). *The impact of event scale – revised*. In J. P. Wilson, & T. M. Keane (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD (Vol. 2)*. The Guilford Press.
- Zayas, A. (2016). Evaluación psicosocial del abuso sexual infantil: factores de riesgo y protección, indicadores, técnicas, y procedimientos de evaluación. *Apuntes de Psicología*, 34(3), 201–209.



RESUMEN GLOBAL DE RESULTADOS



Con respecto al objetivo general de esta tesis, que es establecer la relación que pueda existir entre haber sido víctima de ASI y el posterior inicio y mantenimiento de conductas adictivas, con o sin sustancia, se señala que los tres trabajos planteados han ido cubriendo dicho objetivo.

Objetivo 1. Realizar una revisión sistemática de la situación actual del ASI y la relación con el desarrollo de comportamientos adictivos con o sin sustancias

El primer trabajo permite, tras la revisión sistemática, dar cuenta de la situación en la investigación del ASI y las adicciones, mostrando la dificultad para encontrar artículos que estudien esta relación. De hecho, al realizar la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos se obtienen un total de 299 artículos, de los cuales 103 se eliminan por estar duplicados en las distintas bases de datos. De los 196 trabajos obtenidos se excluyen los que no cumplen con los criterios de inclusión, por lo que la selección resulta ser de 36 artículos científicos. El análisis del contenido de estos 36 trabajos encuentra relación entre haber sufrido ASI y tener comportamientos adictivos en la vida adulta. Además, muestra la necesidad del objetivo 2, de diseñar un instrumento que ayude en la evaluación del ASI en adultos, debido a la falta de instrumentos específicos y/o validados en las investigaciones.

Objetivo 2: Diseñar y analizar las propiedades psicométricas de un cuestionario de screening que permita al clínico poder empezar a observar, desde las primeras sesiones, indicios de presencia de ASI, aunque el motivo de consulta sea otra patología

El segundo trabajo permite que, no solo se diseñe un cuestionario evaluado por un panel de expertos, sino que también se ha podido validar, consiguiendo así el objetivo. Dicho

cuestionario parte de la elaboración de un banco de 120 ítems, que tras los análisis estadísticos, se depura en 21 ítems que son los más representativos de cada síntoma y para que fuera más fácil de aplicar y evitar el cansancio de los participantes. Para ello, se realiza un estudio piloto en una primera muestra y se consigue una fiabilidad del cuestionario final de un α de Cronbach de .872.

Para verificar el criterio de normalidad, se efectúa la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($p = .317$) que indica que se cumplen los criterios de normalidad. La idoneidad de realizar un análisis factorial se evalúa mediante las pruebas de KMO (.828), de la esfericidad de Barlett (Chi cuadrado = 1048.342; $p < .001$) y el determinante de la matriz ($p < .001$). Tras estos resultados se verifica que es adecuado realizar un análisis factorial. El análisis factorial exploratorio se realiza mediante el método de extracción de Componentes Principales y la rotación oblicua Promax. Tras este análisis, se obtienen 5 componentes que explican el 57.454% de la varianza. Para la asignación a cada uno de los factores, se establece como punto de corte una saturación superior a .380 para la asignación del ítem al componente correspondiente. La capacidad de discriminación del cuestionario ABSEIN-AD se analiza, dividiendo a los sujetos en grupos en función de la puntuación obtenida, utilizando como puntos de corte los percentiles 25 y 75. Se realiza la prueba t de Student entre las puntuaciones medias entre los percentiles 25 y 75. El resultado muestra que existen diferencias estadísticamente significativas ($F=14.43$, $p < .001$), por tanto, el cuestionario discrimina adecuadamente entre las personas que puntúan alto y bajo en ABSEIN-AD. Por lo tanto, se podrían detectar las personas que presentan sintomatología relacionada a haber sufrido ASI como punto previo a seguir evaluando este aspecto de la persona.

Además, se mide la validez de la estructura del cuestionario ABSEIN-AD. Para ello, se utilizan otros instrumentos que miden otras variables que pueden estar relacionadas con la psicopatología relacionada con el ASI, como la ansiedad, depresión, personalidad y apego. Los resultados de los estadísticos descriptivos de los cuestionarios, muestran que el grupo de casos obtiene puntuaciones más altas que la media en sintomatología ansioso-depresiva. Además, los resultados del NEO (Costa & McCrae, 1992) muestran puntuaciones más altas en neuroticismo y bajas en amabilidad y responsabilidad. Se destaca entre las puntuaciones del CAMIR (Balluerka et al., 2011), puntuaciones por encima de la media en preocupación familiar, interferencia, autosuficiencia y traumatismo infantil y por debajo de la media en seguridad, autoridad parental y permisividad.

Según los datos de la validez interna del cuestionario, los resultados del ABSEIN-AD muestran puntuaciones más elevadas en las escalas que evalúan sintomatología física, conductual, emocional y sexual. También se realiza el análisis de correlaciones de Pearson donde se obtiene que el cuestionario ABSEIN-AD tiene alta correlación de forma directa con las escalas ansiedad estado (.57), rasgo (.68), depresión estado (.58), rasgo (.63), neuroticismo (.72) y autosuficiencia y rencor hacia los padres (.54); correlación moderada y directa con permisividad parental (.32) y traumatismo infantil (.48); y correlación baja y directa con preocupación familiar (.21) e interferencia de los padres (.26). Dicho cuestionario tiene correlación inversa y alta con las escalas seguridad (-.51); correlación moderada e inversa con extraversión (-.44), amabilidad (-.45) y responsabilidad (-.43).

Objetivo 3: Analizar las diferentes disfunciones sexuales en las personas que han sufrido ASI, con problemas de adicción y en la población general

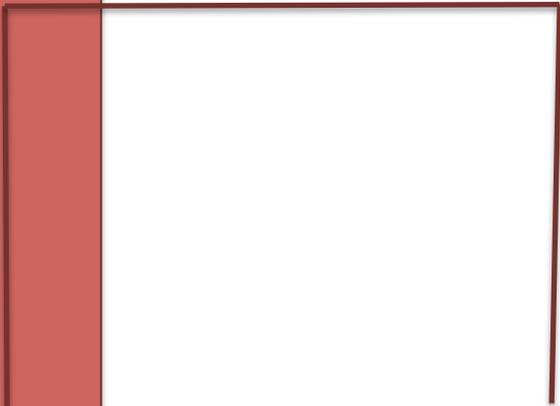
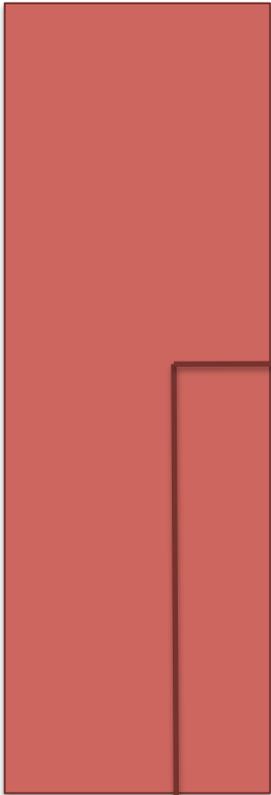
El tercer trabajo se centra en el estudio del ASI y las disfunciones sexuales en personas adultas con y sin adicciones, tal y como se planteaba en el objetivo 3. Para este estudio se utiliza la versión española del Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction, GRISS (Cabello-Santamaría et al., 2021).

Se realiza la prueba de Kolmogorov-Smirnov, cuyo resultado indica que no se cumple la normalidad de los datos de cada uno de los cuestionarios utilizados ($p < 0.000$). Se obtienen las puntuaciones medias entre las personas que tienen problemas de adicción, sin haber sufrido ASI, en comparación con las que sí lo han sufrido, obteniendo los resultados siguientes: Insatisfacción (5.09 vs. 6.41), Evitación (2.03 vs. 2.22), No sensualidad (2.96 vs. 4.50), Vaginismo (.88 vs. 2.94), Anorgasmia (.97 vs. 3.78), Disfunción eréctil (2.41 vs. 1.69), Eyaculación precoz (3.60 vs. 2.22). Se realiza la prueba U de Mann-Whitney para verificar si existen diferencias significativas entre las personas que presentan disfunción sexual, entre los grupos que han sufrido abuso sexual y tiene problemas de adicción, y el grupo que no ha sufrido abusos sexuales y tiene problemas de adicción. Los resultados señalan que las variables en las que se encuentran diferencias significativas son las siguientes: Insatisfacción ($p = 0.013$), Evitación ($p < 0.000$), No sensualidad ($p = 0.008$), Vaginismo ($p < 0.000$), Anorgasmia ($p < 0.000$), Disfunción eréctil ($p = 0.045$), y Eyaculación precoz ($p = 0.007$).

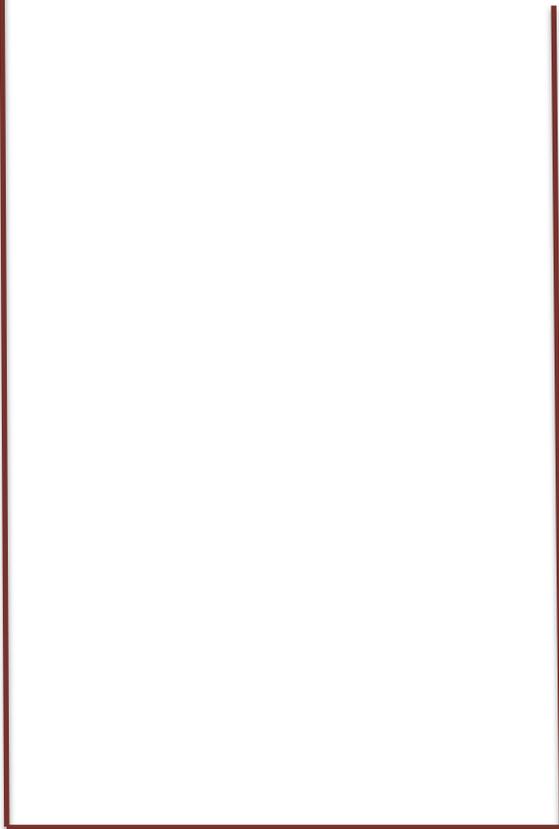
En relación a las puntuaciones obtenidas, se muestra que el mayor porcentaje de disfunciones se concentra en personas con ASI y con problemas de adicción, excepto en las disfunciones sexuales femeninas (vaginismo y anorgasmia), que el mayor porcentaje se

encuentra entre las personas que han sufrido ASI y no tienen problemas de adicción. En concreto, se puede destacar que de las personas que han sufrido ASI y tienen un problema de adicción, las mayores puntuaciones se detectan en evitación y vaginismo, coincidiendo con las personas que no tienen un problema de adicción. Respecto a las personas que no han sufrido ASI y tienen un problema de adicción, el mayor porcentaje de disfunciones sexuales se dan en eyaculación precoz y disfunción eréctil, mientras que en las personas que no tienen un problema de adicción, se destaca el vaginismo y la evitación de nuevo.

Tal y como se muestra en este estudio, las personas que han sufrido ASI pueden presentar más disfunciones sexuales que las que no lo han sufrido. También se señala que los hombres que han sufrido ASI pueden presentar más disfunciones sexuales que los que no lo han sufrido, excepto en la disfunción eréctil y eyaculación precoz, donde se obtienen puntuaciones más altas en los hombres con problemas de adicción y que no han sufrido ASI. Por último, se observa que las mujeres que han sufrido ASI pueden presentar más disfunciones sexuales que las que no lo han sufrido.



DISCUSIÓN GENERAL



La investigación sobre la relación entre ASI y desarrollo de comportamientos adictivos es limitada. Una prueba de ello es que solo se ha podido contar con 36 estudios que abordaban esta temática en la revisión sistemática. Esto limita los avances en la evaluación y tratamiento de personas que sufren ASI y desarrollan comportamientos adictivos en la etapa adulta.

La mayoría de los estudios revisados (80.55%) encuentran una relación estadísticamente significativa entre el ASI y el desarrollo de comportamientos adictivos. Entre ellos, se afirma que las personas que han sufrido ASI tienen más riesgo de iniciarse en el consumo de sustancias y en el desarrollo de distintas psicopatologías (Daigre et al., 2015). A destacar, que sigue siendo mayor el número de mujeres que ha sufrido ASI, una de cada cinco, por lo que tienen mayores factores de riesgo para desarrollar comportamientos adictivos, como es el caso del abuso severo de alcohol (Daigre et al., 2015; Müller et al., 2015; Potthast et al., 2014).

En cuanto a los comportamientos adictivos sin sustancias, también se destacan relaciones entre el ASI y el uso compulsivo de la pornografía, el juego problemático, la comida o internet (Bedoya et al., 2023; Chen et al., 2017; Dion et al., 2015; Hamilton-Wright et al., 2016; Imperatori et al., 2016; Jaisoorya et al., 2017; Kim et al., 2017; Mason et al., 2013; Nunes-Neto et al., 2018; Richard et al., 2023).

Otra cuestión a destacar de la revisión es la falta de instrumentos específicos para medir la psicopatología relacionada con el ASI en personas adultas. Buena parte de los estudios analizados (48.64%) utilizan cuestionarios estandarizados sobre eventos traumáticos, donde el ASI es solo una categoría más y un 32.43% utilizan cuestionarios ad hoc o ítems no

validados. Además, el 8.10% no especifican cómo se ha medido el ASI y otro 8.10% usan entrevistas poco específicas para evaluar esta situación.

Debido a esta falta de instrumentos para poder detectar la sintomatología del ASI y sus consecuencias en personas adultas, surge la necesidad de diseñar un instrumento específico y validado. Además, es importante que sea un instrumento que no provoque rechazo a las personas evaluadas, por lo que se diseña un cuestionario que aborda la sintomatología que puede estar relacionada con el ASI, sin preguntar de forma directa por este acontecimiento. Tras los análisis oportunos, los resultados indican que el cuestionario diseñado, ABSEIN-AD, tiene una alta fiabilidad ($\alpha = .872$) y presenta una estructura multifactorial (5 componentes). Esta misma es consistente con la propuesta por Echeburúa y de Corral (2006), que indican que las personas con ASI pueden presentar una serie de secuelas relacionadas a nivel físico, conductual, emocional, social, sexual, etc. Los componentes obtenidos coinciden con estos niveles, a excepción de la dimensión relacionada con la infancia o adolescencia que se elimina por no obtener resultados significativos.

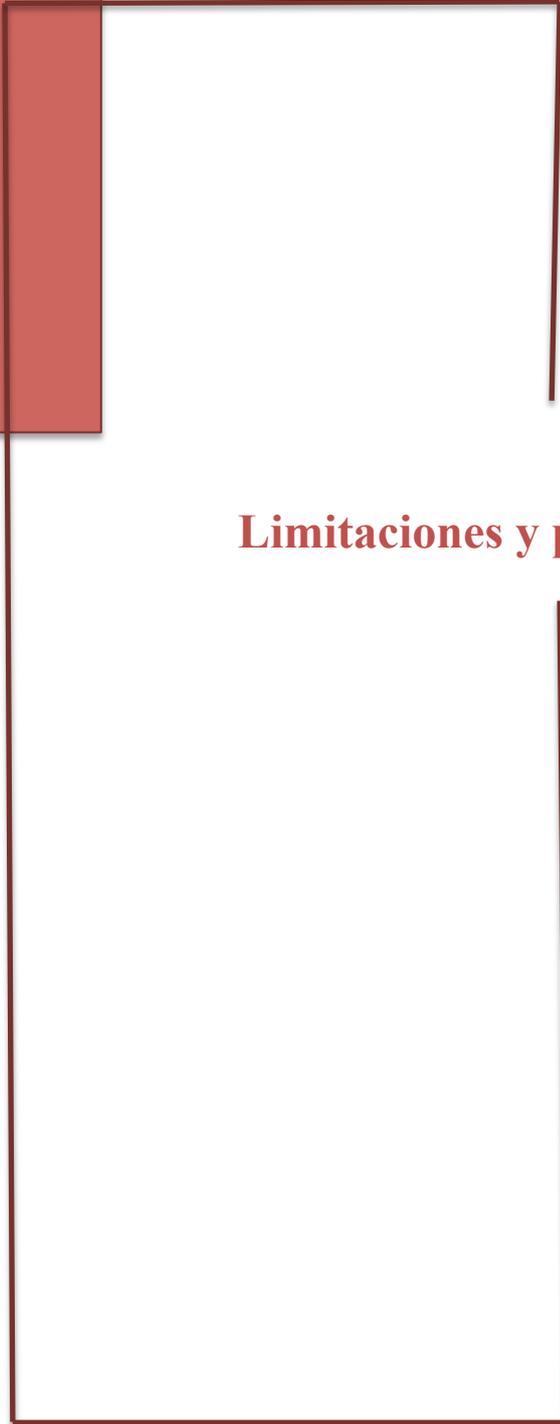
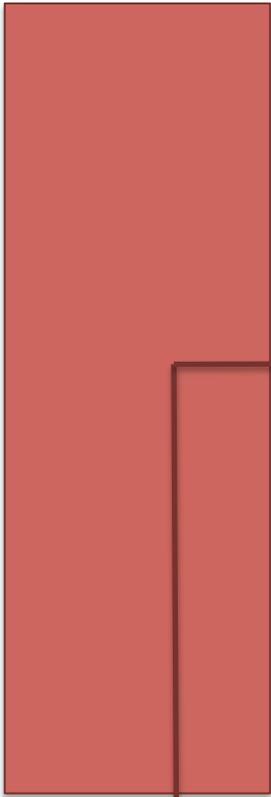
El cuestionario ABSEIN-AD muestra una buena capacidad discriminativa y de constructo, pudiendo discriminar entre las personas que puntúan alto y bajo en dicho cuestionario. Esto puede servir como cuestionario de screening, para ayudar a detectar a las personas que presenten mayor sintomatología vinculada al ASI y acudan a tratamiento por problemas de adicción, ya que suelen usar el consumo de sustancias, como forma de evitación al ASI y otras dificultades, dificultando así su tratamiento (Pérez & Mestre, 2016). Por lo tanto, este cuestionario permite al clínico poder profundizar en la evaluación del ASI y adecuar los tratamientos en adicciones.

En relación a la validez de la estructura interna del cuestionario ABSEIN-AD, se relaciona con otras medidas psicopatológicas como la ansiedad, depresión, personalidad y apego. Se pone de manifiesto la consistencia del cuestionario, ya que a mayores puntuaciones en el ABSEIN-AD, mayor sintomatología relacionada con las secuelas del ASI, según la literatura (Echeburúa & Corral, 2006; Fernández-Montalvo et al., 2015; Kim et al., 2017; Scoglio et al., 2021). Los análisis de correlaciones de Pearson indican que las personas con mayor puntuación en la sintomatología relacionada con el ASI también puntúan más alto en síntomas ansioso-depresivos, mayor neuroticismo, preocupación familiar, interferencia de los padres, permisividad parental, autosuficiencia y rencor hacia los padres y traumatismo infantil. Por otro lado, los resultados también muestran que a mayor número de sintomatología relacionada con el ASI, la persona se muestra menos extrovertida, amable, responsable y segura.

Una de la secuelas propuestas en la literatura y relacionada con el ASI es el área sexual (Echeburúa & Corral, 2006), por lo que se decide profundizar un poco más en esta área realizando un estudio sobre ello. Los resultados muestran que existe un mayor porcentaje de disfunciones en las personas víctimas de ASI, coincidiendo con el estudio de Wang et al. (2022) que lo define como un factor de riesgo para estas. En concreto, las escalas que más se han relacionado con el ASI en nuestro estudio son la evitación y el vaginismo. Esto coincide con las conclusiones de Tetik y Alkar (2021a) que consideran que el ASI es un factor de riesgo para el vaginismo y la dispareunia, siendo estas también las más habituales en población femenina (Becerra-Alfonso, 2015). También se encuentran diferencias significativas en la insatisfacción sexual percibida algo que ya se plantea en López et al. (2017b) y Bigras et al. (2015). En el caso de los hombres, también se encuentran relaciones entre ASI y disfunciones sexuales (Gewirtz-Meydan & Opuda, 2022), sobre todo en

disfunción eréctil y eyaculación precoz (McCabe et al., 2016).

Una de las cuestiones que se manifiesta en nuestro estudio es que existen pocos artículos que estudien la relación entre ASI y/o adicción y disfunciones sexuales, lo que lleva a seguir investigando en este sentido. El área sexual es una variable importante en la vida de una persona y por tanto merece especial atención tanto en el abordaje de ASI como en el ámbito de las adicciones.

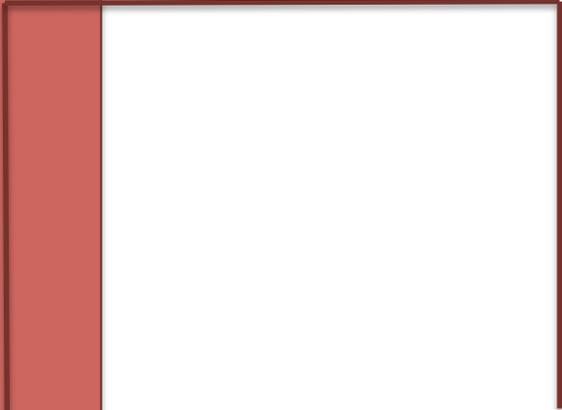
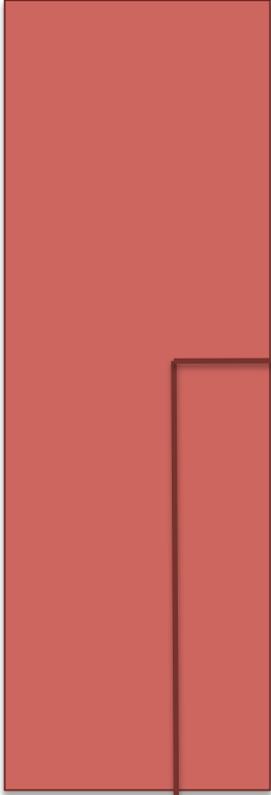


Limitaciones y perspectiva de futuro

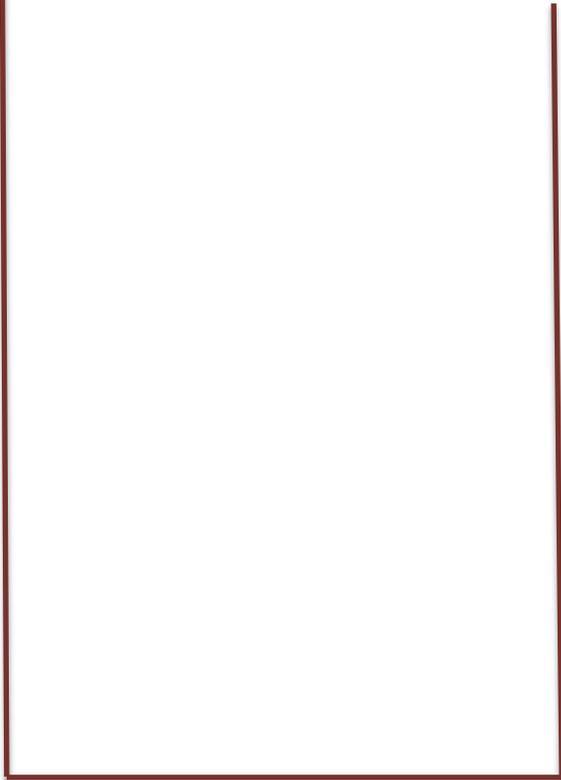
Una de las limitaciones que se encuentra a lo largo de la elaboración de esta tesis es el bajo número de estudios que analizan la relación del ASI y el desarrollo de comportamientos adictivos y la falta de instrumentos específicos y validados para recoger estos datos.

Otra limitación es la dificultad para que las asociaciones específicas de ASI colaboren en los diferentes trabajos, por lo que la gran mayoría de la muestra se recoge en el entorno de las personas que acuden a tratamiento por adicciones. Esta limitación afecta, en algunos casos, a la hora de realizar ciertos análisis y conseguir conclusiones más contundentes.

Como trabajos futuros, se plantea seguir investigando sobre las distintas variables que pueden desarrollar consecuencias en las víctimas de ASI. Entre ellas, el estudio en profundidad de la relación entre ASI y/o adicción y el apego; la relación entre el ASI y/o adicción y los estilos de personalidad; el análisis de la sintomatología ansiosa-depresiva en personas que han sufrido ASI y/o tienen comportamientos adictivos y la relación o no entre el ASI y el tipo de sustancia o comportamiento adictivo.



CONCLUSIONES



Hipótesis 1: se confirma

Conclusión 1: las personas que han sufrido ASI tienen mayor riesgo de desarrollar comportamientos adictivos. Entre las conclusiones que se extraen de los estudios analizados en la revisión sistemática, la mayoría (80.55%) encuentran una relación estadísticamente significativa entre el hecho de haber sufrido ASI en la infancia y desarrollar comportamientos adictivos, con o sin sustancias, en la etapa adulta.

Hipótesis 2: se confirma

Conclusión 2: El cuestionario ABSEIN-AD es capaz de discriminar sintomatología relacionada con el ASI. Debido a la forma en la que se ha construido el cuestionario, permite detectar sintomatología relacionada con los abusos sexuales, sin que se aborde de manera directa y pueda provocar la evitación al trauma.

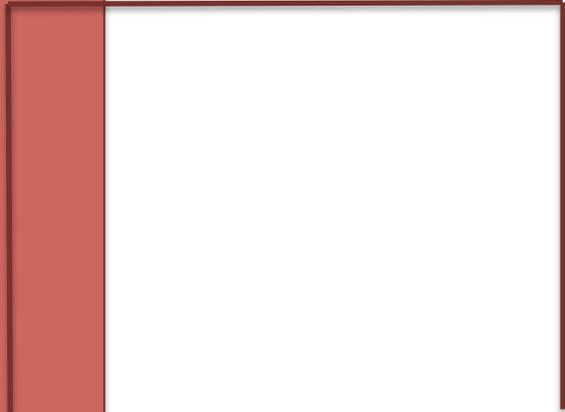
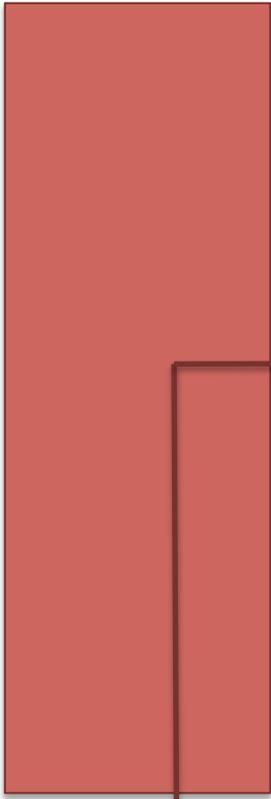
Hipótesis 3: se confirma

Conclusión 3: Las personas que han sufrido ASI pueden presentar más diversidad de disfunciones sexuales que las que no lo han sufrido. Después de los análisis realizados en el tercer estudio, se concluye que las personas que han sufrido ASI pueden presentar una probabilidad más alta de tener disfunciones sexuales que las que no lo han sufrido. Las disfunciones sexuales más frecuentes en el caso de las mujeres son la evitación y vaginismo, mientras que en los hombres son la eyaculación precoz y la disfunción eréctil.

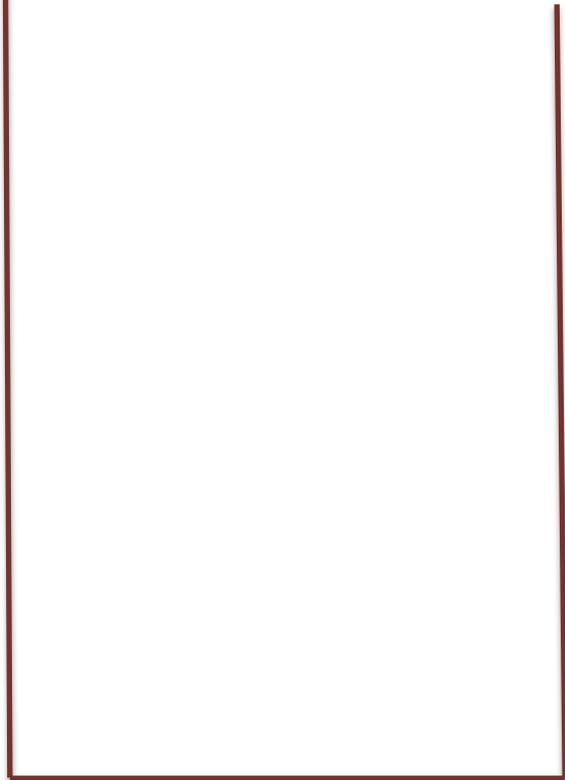
Hipótesis 4: se rechaza

Conclusión 4: Las personas que han sufrido ASI pueden presentar más diversidad de disfunciones sexuales que las que tienen comportamientos adictivos. Los hombres que han sufrido ASI pueden presentar más disfunciones sexuales que los que no lo han sufrido,

excepto en la disfunción eréctil y eyaculación precoz, donde se obtienen puntuaciones más altas en los hombres con problemas de adicción y que no han sufrido ASI.



REFERENCIAS



- Abarca-Castro, E. A. (2022). Herramientas utilizadas para la evaluación de las consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil en la adultez: Revisión bibliográfica. *Revista de Psicología y Ciencias Del Comportamiento de La Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 13, 115–134. <https://doi.org/10.29059/rpcc.20220501-145>
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/2-3 and the 1991 profile*. University of Vermont, Department of psychiatry.
- Albores-gallo, L., Hernández-Guzmán, L., Hasfura-Buenaga, C., & Navarro-Luna, E. (2016). Consistencia interna y validez de criterio de la versión mexicana del Child Behavior Checklist 1.5-5 (CBCL/1.5-5). *Revista Chilena de Pediatría*, 87(6), 455–462. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.05.009>
- Alonso, C. R. (2022). Prueba del abuso sexual infantil. Posibilidades y límites. The evidence of child sexual abuse. Possibilities and limitations. *Anuario Jurídico y Económico Escurialense*, 55, 177–204. <https://doi.org/10.54571/ajee.500>
- American Psychiatric Association. (2023). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed. texto rev.) (5ª Edición)*. Editorial médica Pnamericana.
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., & Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486–494.
- Becerra-Alfonso, Y. A. (2015). Trastornos del dolor sexual femenino: una revisión de su definición, etiología y prevalencia. *Revista de Los Estudiantes de Medicina de La Universidad Industrial de Santander*, 28(3), 267–272. <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v28n3/v28n3a01.pdf>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin. Psychol. Rev.*, 8, 77–100.
- Bedoya, A., McGarry, P., & Shortland, N. (2023). The Behavioral Inhibition System as a

- Mediator between Child Sexual Abuse and Perceived Pornography Addiction in Adulthood. *Sexual Health & Compulsivity*, 30(2), 212–229.
<https://doi.org/10.1080/26929953.2023.2219992>
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 174, 727–735.
- Bigras, N., Godbout, N., & Briere, J. (2015). Child Sexual Abuse, Sexual Anxiety, and Sexual Satisfaction: The Role of Self-Capacities. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(5), 464–483. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1042184>
- Bin Nordin, R., Soni, T., Kaur, A., Loh, K. P., & Miranda, S. (2019). Prevalence and predictors of erectile dysfunction in adult male outpatient clinic attendees in Johor, Malaysia. *Singapore Medical Journal*, 60(1), 40–47.
<https://doi.org/10.11622/smedj.2018049>
- Bobes, J., Casas, M., & Gutiérrez, M. (2011). *Manual de trastornos adictivos, 2ª edición*. Enfoque Editorial, S.C.
- Briere, J., & Runtz, M. (1989). The Trauma Symptom Checklist (TSC-33) early data on a new scale. *Journal of Interpersonal Violence*, 4(2), 151–163.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós.
- Cabello-Santamaría, F., del Río, F. J., & Cabello-García, M. A. (2021). Validación de la versión española del Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction. *Revista Internacional de Andrología*, 19(2), 123–128.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.androl.2020.01.004>
- Cantón, D., & Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*, 20(4), 509–515.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720400>
- Castaño, G. A., Becoña, E., Scoppetta, O., & Milena, S. (2021). Síndrome amotivacional en

consumidores crónicos de marihuana. Una revisión narrativa para la aproximación al concepto. *Revista Habanera De Ciencias Medicas*, 20(1).

<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3027>

Castillo-Riquelme, V. F., Lamilla-Cifuentes, Y. E., Araya-Fernández, M. E., & Martínez-Lecaros, B. N. (2023). (Des)regulación emocional en estudiantes universitarios: cuando la adicción a dispositivos móviles pasa factura. *Propósitos Y Representaciones*, 11(2).

<https://doi.org/10.20511/pyr2023.v11n2.1753>

Chen, Y., Liu, X., Huang, Y., Yu, H., Yuan, S., Ye, Y., Li, Q., & He, Q. (2017). Association between Child Abuse and Health Risk Behaviors among Chinese College Students.

Journal of Child and Family Studies, 26(5), 1380–1387. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0659-y>

Costa, P. T. J., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI)*. Professional manual. Psychological Assessment Resources.

Costa Requena, G., & Gil Moncayo, F. L. (2007). Propiedades psicométricas de la escala revisada del impacto del evento estresante (IES-R) en una muestra española de pacientes con cáncer. *Análisis y Modificación de Conducta*, 33(149), 311–331.

<https://doi.org/https://doi.org/10.33776/amc.v33i149.1218>

Crespo, M., Gómez, M., & Soberón, C. (2017). EGEP-5 Evaluación Global de Estrés Postraumático. In *TEA Ediciones*.

Crespo, M., González-Ordi, H., Gómez-Gutiérrez, M., & Santamaría, P. (2020). *Cuestionario del Impacto del Trauma (CIT)*. TEA Ediciones.

Daigre, C., Rodríguez-Cintas, L., Tarifa, N., Rodríguez-Martos, L., Grau-López, L., Berenguer, M., Casas, M., & Roncero, C. (2015). History of sexual, emotional or physical abuse and psychiatric comorbidity in substance-dependent patients. *Psychiatry*

Research, 229(3), 743–749. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.08.008>

De Champlain, A., Tremblay-Perreault, A., & Herbert, M. (2023). Victims of Sexual Abuse:

contribution of Self-Blame of the parent and child. *Journal of Child Sexual Abuse*,

32(5), 536–553. <https://doi.org/10.1080/10538712.2023.2184740>

Del Río, F. J. (2016). *Tratamiento de la sexualidad en las adicciones*. Síntesis.

Del Río, F. J. (2021). *Asistencia a las víctimas*. Sotavento.

del Río, F. J., Cabello-García, M. A., & Cabello-Santamaría, F. (2018). Guide for the

classification of clinical research articles for the INTERNATIONAL JOURNAL OF

ANDROLOGY. *Revista Internacional de Andrología*, 16(3), 107–111.

<https://doi.org/10.1016/j.androl.2017.07.004>

Del Río, F. J., Cabello, F., & Fernández, I. (2015). Influence of substance use on the erectile

response in a sample of drug users. *International Journal of Clinical and Health*

Psychology, 15(1), 37–43. <https://doi.org/10.1016/J.IJCHP.2014.10.002>

Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptom Inventory: Administration, scoring and procedures*

manual (4th ed.). Pearson, Inc.

Dion, J., Cantinotti, M., Ross, A., & Collin-Vézina, D. (2015). Sexual abuse, residential

schooling and probable pathological gambling among Indigenous Peoples. *Child Abuse*

and Neglect, 44, 56–65. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.004>

Draucker, C. B., & Mazurczyk, J. (2013). Relationships between childhood sexual abuse and

substance use and sexual risk behaviors during adolescence: An integrative review.

Nursing Outlook, 61(5), 291–310. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.12.003>

Echeburúa, E., & Corral, P. de. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en

la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12(43–44), 75–82.

<https://doi.org/10.4321/S1135-76062006000100006>

Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de

- abuso sexual infantil intrafamiliar: Un enfoque integrador. [Psychological treatment of intrafamily child sexual abuse: An integrative approach.]. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 19(2), 469–486.
- Elliott, D. M., & Briere, J. (1992). Sexual abuse trauma among professional women: Validating the Trauma Symptom Checklist-40 (TSC- 40). *Child Abuse & Neglect*, 16(3), 391–398.
- Enzlin, P., Mathieu, C., Van den Bruel, A., Vanderschueren, D., & Demyttenaere, K. (2003). Prevalence and predictors of sexual dysfunction in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 26(2), 409–414. <https://doi.org/10.2337/diacare.26.2.409>
- Escohotado, A. (2022). *Historia elemental de las drogas*. Editorial Innisfree.
- Estévez, A., Ozerinjauregi, N., Herrero-Fernández, D., & Jauregui, P. (2019). The Mediator Role of Early Maladaptive Schemas Between Childhood Sexual Abuse and Impulsive Symptoms in Female Survivors of CSA. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(4), 763–784. <https://doi.org/10.1177/0886260516645815>
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., & Arteaga, A. (2015). Psychological, Physical, and Sexual Abuse in Addicted Patients Who Undergo Treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(8), 1279–1298. <https://doi.org/10.1177/0886260514539843>
- Fletcher, K. (1996). *Psychometric review of the When Bad Things Happen Scale (WBTH)*. En B. H. Stamm (dir.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation*.
- Franck, M. I., Nesa, M. P., & Folonier, P. (2018). *Abuso sexual infantil. Guía orientada a la prevención en ámbitos educativos* (1a ed.). Bonum.
- Friedrich, W. N. (1997). *Child sexual behavior inventory: professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Friedrich, W. N., Fisher, J., Dittner, C., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., Damon, L., H., D. W., Gray, A., & Wright, J. (2001). *Child sexual behavior inventory: normative,*

psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment*, 6, 37–49.

Fundación ANAR. (2022). *Memoria 2021*. 1–39. www.anar.org

Gauthier-Duchesne, A., Fernet, M., Hébert, M., Guyon, R., Tardif, M., & Godbout, N.

(2023). The externalization of suffering among male survivors of Child Sexual Abuse:

“A deeply buried rage that must come out.” *Psychology of Men & Masculinities*.

<https://doi.org/10.1037/men0000453>

Gauthier-Duchesne, A., Hébert, M., Blais, M., & Wekerle, C. (2023). Differential Profiles of Sexually Abused Adolescent Boys. *Journal of Child Sexual Abuse*, 32(6), 655–673.

<https://doi.org/10.1080/10538712.2023.2226652>

Gewirtz-Meydan, A., & Opuda, E. (2022). The Impact of Child Sexual Abuse on Men’s Sexual Function: A Systematic Review. *TRAUMA, VIOLENCE & ABUSE*, 23(1), 265–277. <https://doi.org/10.1177/1524838020939134>

Grady, M. D., Yoder, J., Deblinger, E., & Mannarino, A. P. (2023). Developing a trauma focused cognitive behavioral therapy application for adolescents with problematic sexual behaviors: A conceptual framework. *Child Abuse and Neglect*, 140(February), 106139. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106139>

Griffiths, M. D. (2005). Adicción a los videojuegos: Una revisión de la literatura. *Psicología Conductual*, 13(3), 445–462.

Hamilton-Wright, S., Woodhall-Melnik, J., Guilcher, S. J. T., Schuler, A., Wendaferew, A., Hwang, S. W., & Matheson, F. I. (2016). Gambling in the landscape of adversity in youth: Reflections from men who live with poverty and homelessness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(9).

<https://doi.org/10.3390/ijerph13090854>

Hébert, E., Fortin, L., Fortin, A., Paradis, A., & Hébert, M. (2023). The Associations between Self-Silencing and Delinquency in Adolescent Who Experienced Child Sexual

Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 32(4), 438–454.

<https://doi.org/10.1080/10538712.2023.2177222>

Horno, P., Santos, A., & del Molino, C. (2001). Abuso Sexual Infantil: Manual De Formación para profesionales. In *Save the Children*.

https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual_abuso_sexual.pdf

Imperator, C., Innamorati, M., Lamis, D. A., Farina, B., Pompili, M., Contardi, A., & Fabbriatore, M. (2016). Childhood trauma in obese and overweight women with food addiction and clinical-level of binge eating. *Child Abuse and Neglect*, 58, 180–190.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.06.023>

Jaisooriya, T. S., Beena, K. V., Beena, M., Ellangovan, K., Thennarassu, K., Bowden-Jones, H., Benegal, V., & George, S. (2017). Do High School Students in India Gamble? A Study of Problem Gambling and Its Correlates. *Journal of Gambling Studies*, 33(2), 449–460. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9651-5>

Kim, B.-N., Park, S., & Park, M.-H. (2017). The Relationship of Sexual Abuse with Self-Esteem, Depression, and Problematic Internet Use in Korean Adolescents. *Psychiatry Investigation*, 14(3), 372. <https://doi.org/10.4306/pi.2017.14.3.372>

Konkolý, B., Horwood, L., Slater, L., Tan, M. C., Hodgins, D. C., & Wild, T. C. (2017). Relationship between interpersonal trauma exposure and addictive behaviors: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 17(1), 164. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1323-1>

Kramer, J. F., & Cameron, D. C. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas*. Organización Mundial de la Salud.

López-Castilla, C. J. (2022). Psicoterapia de personas adultas que han sufrido abuso sexual en la infancia. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, 15(1), 40–49.

<https://doi.org/10.24310/espiescpsi.v15i1.14030>

- López, D. J. (2004). *Relaciones humanas y psicoterapia*. CESJE Proyecto Hombre.
- López, F., & Hernández, A. (1995). Child sexual abuse: Concept, prevalence and effects. *Infancia y Aprendizaje*, 18(71), 77–98. <https://doi.org/10.1174/02103709560575505>
- López, F., Hernández, A., & Carpintero, E. (2017). *Los abusos sexuales de menores: concepto, prevalencia y efectos*. 3702(March). <https://doi.org/10.1174/02103709560575505>
- López, M., & Müller, M. (2018). *Prevención del abuso sexual en la infancia: guía docente* (Ituzaingó). Editorial Maipue.
- López, S., Faro, C., Lopetegui, L., Pujol-Ribera, E., Monteagudo, M., Avecilla-palau, A., Martínez, C., Cobo, J., & Fernández, M. I. (2017a). Child and Adolescent Sexual Abuse in Women Seeking Help for Sexual and Reproductive Mental Health Problems: Prevalence, Characteristics and Disclosure. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26(3), 246–269. <https://doi.org/10.1080/10538712.2017.1288186>
- López, S., Faro, C., Lopetegui, L., Pujol-Ribera, E., Monteagudo, M., Cobo, J., & Fernández, M. I. (2017b). Impacto del abuso sexual durante la infancia-adolescencia en las relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 210–219. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.010>
- Mason, S. M., Flint, A. J., Field, A. E., Austin, S. B., & Rich-Edwards, J. W. (2013). Abuse victimization in childhood or adolescence and risk of food addiction in adult women. *Obesity*, 21(12), E775–E781. <https://doi.org/10.1002/oby.20500>
- Masters, W., & Johnson, V. E. (1966). *Respuesta sexual humana*. Intermédica.
- McCabe, M., Sharlip, I., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A., Laumann, E., Lee, S., & Segraves, R. (2016). Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med*, 13(2), 144–152.

McCool-Myers, M., Theurich, M., Zuelke, A., Knuettel, H., & Apfelbacher, C. (2018).

Predictors of female sexual dysfunction: A systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Women's Health*, 1.

<https://doi.org/doi:10.1186/s12905-018-0602-4>

Medranda, M., & Benítez, M. (2006). Conceptos básicos sobre drogadicción. *Revista*

Pediatría de Atención Primaria, VIII, 8. <http://archivos.pap.es/files/1116-582->

[pdf/607.pdf](http://archivos.pap.es/files/1116-582-pdf/607.pdf)

Ministerio de la presidencia Justicia y relaciones con las Cortes. (2023). *Código Penal*. BOE.

Mishra, S. K., & Srivastava, M. (2018). Sexual dysfunction substance abuse and dependence:

A cross-sexational survey. *Asean Journal of Psychiatry*, 19(2).

Montagno, A. G. (2007). *Trauma in street children and those at risk of the street in Mexico*

city: an exploratory study of exposure, severity and risk factors. Universidad de

Georgia.

Müller, M., Vandeleur, C., Rodgers, S., Rössler, W., Castelao, E., Preisig, M., & Ajdacic-

Gross, V. (2015). Posttraumatic stress avoidance symptoms as mediators in the

development of alcohol use disorders after exposure to childhood sexual abuse in a

Swiss community sample. *Child Abuse and Neglect*, 46, 8–15.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.006>

Muniesa, P., Herrera, D., Guerrero, J., Martínez, F., Rubio, M., Gil, V., Santiago, A. M., &

Gómez, M. A. (2023). Informe sobre delitos contra la libertad sexual en España.

Ministerio Del Interior. Gobierno de España.

Murillo, J. A., Mendiburo-Seguel, A., Santelices, M. P., Araya, P., Narváez, S., Piraino, C.,

Martínez, J., & Hamilton, J. (2021). Childhood sexual abuse and its impact on adult

well-being. *Psicoperspectivas*, 20(1). <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol20->

[Issue1-fulltext-2043](https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol20-Issue1-fulltext-2043)

- Nappi, P., Cucinella, L., Martella, S., Rossi, M., Tiranini, L., & Martini, E. (2016). Female sexual dysfunction (FSD): prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas*, 2016, 87–91. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.09.013>.
- Nunes-Neto, P. R., Köhler, C. A., Schuch, F. B., Solmi, M., Quevedo, J., Maes, M., Murru, A., Vieta, E., McIntyre, R. S., McElroy, S. L., Gearhardt, A. N., Stubbs, B., & Carvalho, A. F. (2018). Food addiction: Prevalence, psychopathological correlates and associations with quality of life in a large sample. *Journal of Psychiatric Research*, 96(October 2017), 145–152. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.10.003>
- O’Sullivan, L. F., Byers, E. S., Brotto, L. A., Majerovich, J. A., & Fletcher, J. (2016). A Longitudinal Study of Problems in Sexual Functioning and Related Sexual Distress Among Middle to Late Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 59(3), 318–324. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.05.001>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2023). *Informe 2023. Alcohol, Tabaco y Drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <http://crm.org.mx/PDF/INFORMES/INFORME2014.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10. Décima Revisión de las Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del Comportamiento*. Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Organización Mundial de la Salud*.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª Revisión (CIE-11)*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F590211325>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). CIE-11 Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad. In *Investigación En Salud - Aportes De La Academia* (Issue 7).

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/cie10-cie11.pdf>

Pereda, N., Abad, J., & Guilera, G. (2016a). Lifetime Prevalence and Characteristics of Child Sexual Victimization in a Community Sample of Spanish Adolescents Lifetime Prevalence and Characteristics of Child Sexual Victimization in a Community Sample of Spanish Adolescents. *Journal of Child Sexual Abuse*, 8712(February), 0–17.

<https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1123791>

Pereda, N., Abad, J., & Guilera, G. (2016b). *Lifetime Prevalence and Characteristics of Child Sexual Victimization in a Community Sample of Spanish Adolescents Lifetime Prevalence and Characteristics of Child Sexual Victimization in a Community Sample of Spanish Adolescents*. 8712(February), 0–17.

<https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1123791>

Pereda, N., & Arch, M. (2012). Exploración psicológica forense del abuso sexual en la infancia: Una revisión de procedimientos e instrumentos. *Papeles Del Psicologo*, 33(1), 36–47.

Pérez del Río, F., & Mestre Guardiola, M. (2016). *Drogodependencias y sexualidad*. Biblioteca Nueva. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecaus/titulos/121146>

Pérez del Río, F., & Mestre Guardiola, M. (2013). Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta. *Papeles Del Psicologo*, 34(2), 144–149.

Pérez, F., & Mestre, G. M. (2013). Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta. *Papeles Del Psicologo*, 34(2), 144–149.

Pérez, F., & Mestre, G. M. (2016). *Drogodependencias y sexualidad*. Biblioteca Nueva. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecaus/titulos/121146>

Potthast, N., Neuner, F., & Catani, C. (2014). The contribution of emotional maltreatment to alcohol dependence in a treatment-seeking sample. *Addictive Behaviors*, 39(5), 949–

958. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.01.015>
- Pulverman, C. S., Kilimnik, C. D., & Meston, C. M. (2018). The Impact of Childhood Sexual Abuse on Women's Sexual Health: A Comprehensive Review. *Sexual Medicine Reviews*, 6(2), 188–200. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.12.002>
- Ramírez, C., & Fernández, A. (2011). Abuso Sexual Infantil: una revisión con base en pruebas empíricas. *Psicoogía Conductual*, 19(1), 7–39.
- Real-López, M., Peraire, M., Ramos-Vidal, C., Llorca, G., Julián, M., & Pereda, N. (2023). Abuso sexual infantil y consecuencias psicopatológicas en la vida adulta. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 40(1), 13–30. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v40n1a3>
- Real Academia Española, R. A. E. (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. Editorial Espasa Calpe.
- Richard, J., Deng, J. X., Ivoska, W., & Derevensky, J. (2023). Adverse Childhood Experiences, Problem Gambling and Disordered Gaming: The Mediating Role of Internalizing and Externalizing Problems Among Adolescents. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01086-y>
- Rosen, R., & Althof, S. (2008). Impact of Premature Ejaculation: The Psychological, Quality of Life, and Sexual Relationship Consequences. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(6), 1296–1307. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00825.x>
- Rust, J., & Golombok, S. (1983). *Inventario Golombok Rust de Satisfacción Sexual*.
- Saigh, P., Yaski, A. E., Oberfield, R. A., Green, B. L., Halamandaris, P. V., Rubenstein, H., Nester, J., Resko, J., Hetz, B., & McHugh, M. (2000). The Children's PTSD Inventory: development and reliability. *Journal of Traumatic Stress*, 30, 369–380.
- Salazar, E., Ugarte, M., Vásquez, L., & Loaiza, J. (2004). Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima. *Anales de La Facultad de Medicina*, 65(3), 179–187.

- San Juan, P. (2019). Trastorno por consumo de sustancias. *Medicine*, *12*(85), 4984–4992.
<https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.003>
- Sanz, J., Perdígón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general The spanish adaptation of Beck ' s Depression Inventory-II (BDI-II). *Clinica y Salud*, *14*(3), 249–280.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., de Corral, P., & Echeburúa, E. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: Resultados a largo plazo. *Anales de Psicología*, *29*(1), 29–37. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.145281>
- Sarwer, D. B. (1997). The relationship between childhood sexual abuse and sexual dysfunction in jamaican adults. *Child Abuse and Neglect*, *21*(7), 649–655.
- Sciarrino, N. A., Warnecke, A. J., & Teng, E. J. (2020). A Systematic Review of Intensive Empirically Supported Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *33*(4), 443–454. <https://doi.org/10.1002/jts.22556>
- Scoglio, A. A. J., Kraus, S. W., Saczynski, J., Jooma, S., & Molnar, B. E. (2021). Systematic Review of Risk and Protective Factors for Revictimization After Child Sexual Abuse. *Trauma, Violence, and Abuse*, *22*(1), 41–53. <https://doi.org/10.1177/1524838018823274>
- Soper, W. B., & Miller, M. J. (1983). Adictos al tiempo basura: una adicción emergente entre los estudiantes. *Consejero Escolar*, *31*(1), 40–43.
- Spielberg, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (TEA).
- Swogger, M. T., Conner, K. R., Walsh, Z., & Maisto, S. A. (2011). Childhood abuse and harmful substance use among criminal offenders. *Addictive Behaviors*, *36*(12), 1205–1212. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.07.025>
- Tahan, M., Afrooz, G., & Bolhari, J. (2023). Designing, assessing, and effectiveness a

- psychological interventions program with a robot for children sexual care. *Middle East Current Psychiatry*, 30(1). <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00347-9>
- Tetik, S., & Alkar, O. Y. (2021a). Vaginismus, Dyspareunia and Abuse History: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Sexual Medicine*, 18(9), 1555–1570. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.07.004>
- Tetik, S., & Alkar, O. Y. (2021b). Vaginismus, Dyspareunia and Abuse History: A Systematic Review and Meta-analysis. *JOURNAL OF SEXUAL MEDICINE*, 18(9), 1555–1570. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.07.004>
- Tullett-Prado, D., Stavropoulos, V., Gomez, R., & Doley, J. (2023). Social media use and abuse: Different profiles of users and their associations with addictive behaviours. *Addictive Behaviors Reports*, 17(December 2022), 100479. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2023.100479>
- UNICEF. (2017). *Un análisis de los datos del programa "Víctimas Contra las Violencias" a partir de la campaña "Abuso Sexual Infantil: Hablar es empezar a prevenir"*.
- Valdés García, K. P., Reynoso-González, O. U., Santana-Campas, M. A., De Luna-Velasco, L. E., & Hermosillo-De la Torre, A. E. (2022). Psychometric properties of the Rosenberg self-esteem scale in Mexican university students. *Acta Universitaria*, 32, 1–12. <https://doi.org/10.15174/au.2022.3441>
- Vreven, D. L., Gudanowski, D. M., King, L. A., & King, D. W. (1995). The civilian version of the Mississippi PTSD Scale: A psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 91–109.
- Wang, S.-J., Chang, J.-J., Cao, L.-L., Li, Y.-H., Yuan, M.-Y., Wang, G.-F., & Su, P.-Y. (2022). The Relationship Between Child Sexual Abuse and Sexual Dysfunction in Adults: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence & Abuse*. <https://doi.org/10.1177/15248380221113780>

Weiss, D., & Marmar, C. (1997). *The impact of event scale – revised*. In J. P. Wilson, & T. M. Keane (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD (Vol. 2)*. The Guilford Press.

Zayas, A. (2016). Evaluación psicosocial del abuso sexual infantil: factores de riesgo y protección, indicadores, técnicas, y procedimientos de evaluación. *Apuntes de Psicología*, 34(3), 201–209.