

Influencia del abuso sexual infantil en la somatización, la conducta sociosexual y las relaciones sexuales en la edad adulta

Influence of childhood sexual abuse on somatization, sociosexual behavior and sexual relationships in adulthood

María Quijada
Adelia de Miguel
Universidad de La Laguna

Roberto García
Universidad Europea de Canarias

RESUMEN

En este estudio se ha medido la somatización, la conducta sociosexual y las relaciones sexuales en la vida adulta de víctimas de abuso sexual infantil, analizando cómo aquellas áreas se relacionan entre sí en la edad adulta. Participaron 319 personas, entre las que había 267 mujeres y 52 hombres, y entre ellos, 59 víctimas y 258 no víctimas de abuso sexual infantil (rango de edad 18-72 años). Todos los participantes cumplimentaron en línea, voluntariamente, los autoinformes SCL-90-R, SOI-R, FSFI así como un cuestionario diseñado para medir las experiencias de abuso. Las comparaciones bivariadas en función de haber sido o no víctima de abuso sexual no encontraron ningún resultado significativo en las tres áreas psicológicas evaluadas. En cambio, el análisis específico entre las víctimas mostró que sí había diferencias significativas en el área de la sociosexualidad. Estos resultados deben analizarse con mucha precaución, no pudiendo generalizar. Es preciso tener en cuenta el tiempo transcurrido desde que se sufrió el abuso y tipo de abuso vivido, así como la coexistencia de otros sucesos estresantes, la vivenciación del menor y la asistencia o no a terapia psicológica.

PALABRAS CLAVE

Abuso sexual infantil, consecuencias, somatización, sexualidad, relaciones afectivas.

ABSTRACT

In this study, somatization, sociosexual behavior and sexual relationships in the adult life of victims of childhood sexual abuse have been measured, analyzing how those areas relate to each other in adulthood. The sample had 319 participants, including 267 women and 52 men, and among them, 59 victims and 258 non-victims of childhood sexual abuse (age range 18-72 years). All participants voluntarily completed SCL-90-R, SOI-R and FSFI self-reports online, as well as a questionnaire designed to measure abuse experiences. Bivariate comparisons based on whether or not they were victims of sexual abuse did not find any significant results in the three psychological areas assessed. On the other hand, the specific analysis between the victims showed that there were significant differences in sociosexuality. These results must be analyzed with great caution, and cannot be generalized. It is necessary to take into account the time elapsed since the abuse was suffered and the type of abuse experienced, as well as the coexistence of other stressful events, the experience of the minor and whether or not they attended psychological therapy.

KEYWORDS

Child sexual abuse, consequences, somatization, sexuality, affective relationships.

Introducción

El maltrato infantil es un problema en el que se ven envueltos millones de niños en todo el mundo, sin posibilidad de tener datos epidemiológicos de incidencia válidos y fiables. Hace referencia a cualquier acción o descuido que arrebatara al niño sus derechos y/o su bienestar. Los responsables de este maltrato pueden ser otras personas, diferentes instituciones y la sociedad en general (Horno et al., 2001). El maltrato infantil se subdivide en maltrato físico, negligencia y abandono físico, maltrato y abandono emocional y abuso sexual. En este último se centra esta investigación.

La organización *Save The Children* (Horno et al., 2001) adoptó la definición de abuso sexual infantil propuesta por el *National Center of Child Abuse and Neglect* en 1978: el abuso sexual infantil, se define como:

Contactos e interacciones entre un niño y un adulto cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser también cometido por una persona menor de 18 años cuando es significativamente mayor que su víctima o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro (Martin y Klaus, 1978, pág. 15).

En el abuso sexual se pueden distinguir cuatro categorías según Horno et al. (2001): el *abuso sexual* se refiere a cualquier forma de tocamiento que se puede dar con o sin relación física realizada sin intimidación y sin acuerdo previo, que puede ocurrir a través de penetración vaginal, oral y anal, caricias o proposicio-

nes verbales; la *agresión sexual* hace referencia a cualquier forma de contacto físico que se puede llevar a cabo con o sin relaciones sexuales con violencia y sin permiso; el *exhibicionismo* es un nivel del abuso sexual que se da sin contacto físico; y la *explotación sexual infantil* es el área de abuso sexual infantil en la que el abusador persigue un rédito económico, incluyendo la prostitución y la pornografía infantil.

En España, este es un problema que abarca entre el 10 y el 20% de la población, siendo las mujeres las principales víctimas (Pereda, 2016). El Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género (2020) ha elaborado un estudio sobre cuestiones relacionadas con los delitos de seguridad sexual en adultos y menores de edad, donde se recoge que en 7 de cada 10 casos, el 68,1% las víctimas eran menores de edad. Los datos recogidos por el Ministerio de Interior (López et al., 2021) sobre delitos de índole sexual exponen que, del total de las víctimas registradas, que en 2021 fue 16.986, 14.068 de ellas (un 82,2%) sufrieron algún tipo de abuso/agresión sexual, suponiendo un 44,7% el abuso sexual infantil, con un total de 6.290 víctimas. Siendo estos datos oficiales, quedan agresiones y abusos sexuales a menores sin recoger por no haber sido denunciados ante la policía y, por ello, no se registran.

Las publicaciones científicas informan de las consecuencias del abuso sexual infantil en numerosas áreas en la edad adulta. Estos efectos pueden ser evidenciados en los siguientes ámbitos: (a) *somatización*, observándose de forma más frecuente los dolores físicos como dolores de cabeza, fibromialgia y trastornos gastrointestinales que se presentan sin justi-

ficación médica, mayor probabilidad de sufrir trastornos cardiovasculares en las mujeres y trastornos ginecológicos (dolores pélvicos crónicos, alteraciones del ciclo menstrual y la pronta menopausia) (Pereda, 2010). Bonomi et al. (2008) en un estudio llevado a cabo con 3.568 mujeres, encontró que aquellas que habían sufrido abuso sexual o físico antes de los 18 años presentaban una peor salud física. (b) *Problemas en la relación de pareja y problemas sexuales*, que incluyen problemas de insatisfacción sexual, alteración sexual más prevalente en mujeres (Berkowitz, 1998) y desajustes en la pareja (Dennerstein et al., 2004), actitudes negativas hacia la sexualidad como aversión e insatisfacción sexual (López et al., 2017), promiscuidad entendida como cambio frecuente de parejas sexuales (Berkowitz, 1998), incremento del matrimonio y primer embarazo en edades anteriores a los 19 (Mullen et al., 1994). Lalor y McElvaney (2010) corroboran esta idea, encontrando que las víctimas de abusos sexuales infantiles presentaban más posibilidades de tener un embarazo adolescente y sufrir agresiones sexuales en la edad adulta. (c) *Problemas emocionales* como la presencia de trastornos depresivos, uno de los trastornos más frecuentes (Cortés y Cortés, 2015), trastornos bipolares, trastornos por estrés postraumático, ansiedad generalizada, trastorno límite de la personalidad, conductas autodestructivas y autolesivas, ideas e intentos de suicidio, así como una baja autoestima (Pereda, 2010), además de trastornos alimentarios, principalmente la bulimia nerviosa (Berkowitz, 1998). Las víctimas de abuso sexual parecen tener más posibilidad de

verse afectadas por estos trastornos en mayor medida que el resto de la población (Cortés y Cortés, 2015). Finalmente, (d) *problemas interpersonales* como los hallados por Berkowitz, (1998) y Mullen et al. (1994) al examinar la correspondencia entre el abuso sexual infantil y los problemas interpersonales que se pueden presentar en la edad adulta; los resultados mostraron que las víctimas tenían una mayor probabilidad de tomar alcohol hasta alcanzar niveles que afectaban a su salud, aumentaba la probabilidad de internamiento en psiquiatría junto a un menor nivel social y económico unido a una menor probabilidad de graduarse en educación secundaria obligatoria.

El objetivo de esta investigación fue estudiar la presencia de algunas de esas consecuencias en la edad adulta producidas por el abuso sexual sufrido durante la infancia. Concretamente, se consideró la somatización, el comportamiento sociosexual y las relaciones sexuales en una muestra de la población general, diferenciando entre quienes informaron haber sido víctimas de abuso sexual infantil y quienes dijeron no haber sufrido ningún abuso sexual en la infancia.

Las hipótesis planteadas fueron las siguientes. De acuerdo con Pereda (2010), la hipótesis 1 proponía que el abuso sexual sufrido en la infancia estaría relacionado con problemas físicos sin razón médica que lo justificase, como son los dolores de cabeza, gastrointestinales y fibromialgia. Atendiendo a Lalor y McElvaney (2010), la hipótesis 2 consideraba que el abuso sufrido en la infancia presentaría una mayor relación con la probabilidad de tener más parejas sexuales. Por último, la hipótesis 3 hacía

referencia a las relaciones afectivas no satisfactorias asociadas al abuso sexual infantil, teniendo en cuenta que Dennerstein et al. (2004) hallaron desajustes en la pareja, Berkowitz (1998) informó de actitudes negativas hacia la sexualidad y López et al. (2017) contemplaba una mayor insatisfacción sexual.

Método

Participantes

La muestra total estaba formada por 319 participantes, 267 (83,7%) mujeres y 52 hombres (16,3%), siendo el rango de edad 18 y 72 años. Los hombres eran significativamente mayores que las mujeres (hombres: $M= 35,4$; $DT= 17,11$; mujeres $M= 27,78$; $DT= 11,40$; $p < .01$).

Instrumentos

Se emplearon cuatro autoinformes para medir la somatización, la conducta sociosexual, las relaciones sexuales de los sujetos, así como el tipo de abuso, frecuencia del mismo y características del agresor.

Escala SCL-90-R (*Symptom Checklist-90-Revised*, Derogatis, 1994) que evalúa nuevas áreas relacionadas con síntomas clínicos experimentados en las últimas semanas. De la adaptación al español (González de Rivera et al, 2002) se seleccionaron solo los 12 ítems que miden somatización, utilizando una escala de respuesta del 0 al 4 (0 = no he tenido esa molestia en absoluto, 4 = he tenido esa molestia mucho). La consistencia interna de este factor en este trabajo fue de 0.85.

Cuestionario de sociosexualidad (*Sociosexual Orientation Inventory*, SOI-R, Penke y

Asendorpf, 2008) que evalúa tres factores del rasgo general evolucionista de sociosexualidad, cuyos polos son sociosexualidad limitada y no-limitada. El factor de conducta sociosexual incluye 3 ítems que preguntan por las parejas sexuales diferentes que la persona ha tenido en los últimos 12 meses sin ningún tipo de compromiso afectivo; a los ítems se responde con escalas de intervalo desde 0 a 9, donde "20 o más parejas" representa el 9. El segundo factor mide la actitud sociosexual, también evaluada con 3 ítems, preguntando por el grado de acuerdo en cuanto a tener relaciones sexuales sin amor, sentimiento de comodidad con dichas relaciones y la percepción de disfrute con el sexo ocasional con diferentes parejas y sin compromiso. En este caso se empleó una escala tipo Likert de 10 puntos (0 = totalmente en desacuerdo, 9 = totalmente de acuerdo). En el tercer factor, deseo sociosexual, sus 3 ítems miden la frecuencia de las fantasías sexuales en cuanto a disfrutar del sexo sin compromiso, la excitación y las fantasías sexuales con alguien que se acaba de conocer. La escala de respuesta tipo Likert va desde 1 (nunca) a 9 (al menos una vez al día). La consistencia interna encontrada en esta investigación fue .85 para la conducta, .79 para la actitud y .87 para el deseo.

Para evaluar el funcionamiento sexual, se partió del *Female Sexual Function Index* (FSFI, Rosen et al., 2000), un instrumento que evalúa expresamente la función sexual femenina. Esta escala está compuesta por 19 ítems a los que se responde en una escala Likert con 5 opciones de respuesta que miden cinco dominios diferentes de la función sexual femenina: deseo sexual, excitación, lubricación, satisfac-

ción y dolor. Se utilizó la versión en español de Blümel et al, (2004). Cuando eran hombres quienes respondían, los ítems referidos a lubricación se cambiaron por erección. La consistencia interna para las cinco áreas variaba de .89 a .97 (Rosen et al., 2000) y .71 a .88 (Blümel et al., 2004).

Finalmente, se elaboró el cuestionario sobre abuso sexual a menores a partir de la Tabla 2 del trabajo de Cortés et al. (2011), pues no se consiguió contactar con los autores. El instrumento está compuesto por 5 ítems que miden cómo fueron los abusos (no hubo contacto físico, hubo tocamientos, sexo oral o penetración), la cantidad de veces que ocurrió (un único incidente, 2 o 3 incidentes o abusos continuados), la frecuencia (anual, mensual o semanalmente), sexo del abusador (hombre, mujer o ambos) y parentesco con el abusador (padre/madre, tío/tía, otro familiar, amigo de la familia, amigo de la víctima o desconocido). Además, se preguntaba por tres momentos de la vida en los que se habían podido sufrir abusos (antes de los 6 años, entre los 6 y los 12 años, después de los 12 años).

Procedimiento

Los participantes colaboraron con carácter voluntario en la investigación, cumplimentando un formulario Google en línea que se compartió por varias redes sociales (Twitter, Instagram y difusión por los grupos de WhatsApp) durante 3 semanas en febrero de 2023. El anonimato estaba garantizado no dejando rastro alguno la IP y en el propio formulario estaba incluido el consentimiento informado.

Resultados

Como los participantes debían informar de haber sido o no víctimas de abuso sexual infantil (ASI), se dividió a la muestra en dos subgrupos, cuyas características se presentan en la tabla 1. El ANOVA para edad en función del sexo y ASI solo halló efecto principal del sexo pero no de ser víctima, siendo los hombres mayores que las mujeres.

A nivel educativo predomina en todos los grupos un mayor porcentaje en los universitarios, más de la mitad de la muestra entre hombres y mujeres era universitarios, pero no hubo diferencias entre los grupos. En cuanto al estado civil, hay un mayor porcentaje de hombres casados en comparación con las mujeres. En el caso de las víctimas observamos que la mayoría de las mujeres tenían pareja, en cambio, la mayoría de los hombres víctimas de abuso no tenían pareja. La mitad de población eran estudiantes, seguida por otro gran grupo de trabajo por cuenta ajena o funcionarios. El 54% de hombres no víctimas trabajaban. En cuanto a las relaciones de pareja se observa que las mujeres víctimas tenían un porcentaje mayor en haber tenido más de 3 relaciones de pareja que las no víctimas. Esto en el caso de los hombres ocurría al revés, los hombres no víctimas tuvieron un porcentaje mayor en cuanto a haber tenido más de 3 relaciones sexuales que los hombres víctima de ASI. Por último, en cuanto a orientación sexual, hubo más mujeres víctimas heterosexuales respecto a los hombres, y un mayor porcentaje de hombres homosexuales y bisexuales que las mujeres. En cambio, si vamos a la columna de las no víctimas, vemos que hubo más hombres heterosexuales que

Tabla 1

Características de la muestra total (n= 319) divididas por sexo, mujer (n=267), hombre (n=52) y según si han sufrido abuso sexual (n=59) o no (n=260)

	Víctimas, n (%)		No víctimas, n (%)	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Edad (años)	Media (DT) 27,65 (11,85)	Media (DT) 34,6 (17,67)	Media (DT) 28,81 (11,32)	Media (DT) 35,6 (17,18)
	F = 9,35 **			
Nivel educativo				
Primaria	0 (0,0)	1 (2,0)	3 (1,4)	0 (0,0)
ESO	3 (6,1)	1 (10,0)	3 (1,4)	0 (0,0)
Bachillerato/FP	11 (22,4)	3 (30,0)	44 (20,2)	12 (28,6)
Universidad	27 (55,1)	6 (60,0)	140 (64,2)	21 (50,0)
Máster/tesis	7 (14,3)	0 (0,0)	28 (12,8)	9 (21,4)
	X ² = ,72		X ² = ,26	
Estado civil				
No tengo pareja	13 (26,5)	7 (70,0)	76 (34,9)	13 (31,0)
Con pareja, pero sin convivir	19 (38,8)	1 (10,0)	77 (35,3)	9 (21,4)
Con pareja, pero conviviendo	12 (24,5)	0 (0,0)	45 (20,6)	9 (21,4)
Casado	4 (8,2)	2 (20,0)	20 (9,2)	11 (26,2)
Viudo	1 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	X ² = ,03		X ² = ,01	
Actividad laboral				
Estudiante	29 (59,2)	4 (40,0)	128 (58,7)	14 (33,3)
Situación de desempleo	3 (6,1)	1 (10,0)	7 (3,2)	2 (4,8)
Trabajo por cuenta ajena/funcionario	12 (24,5)	3 (30,0)	73 (33,5)	23 (54,8)
Autónomo	3 (6,1)	1 (10,0)	7 (3,2)	0 (0,0)
Cuidado de la familia	2 (4,1)	0 (0,0)	1 (0,5)	0 (0,0)
Jubilado	0 (0,0)	1 (10,0)	2 (0,9)	3 (7,1)
	X ² = ,27		X ² = ,00	
Relaciones de pareja que ha tenido				
0	3 (6,1)	1 (10,0)	18 (8,3)	3 (7,1)
1	12 (24,5)	3 (30,0)	62 (28,4)	10 (23,8)
2	16 (32,7)	1 (10,0)	79 (36,2)	7 (16,7)
3	5 (10,2)	3 (30,0)	31 (14,2)	9 (21,4)
Más de 3	13 (26,5)	2 (20,0)	28 (12,8)	13 (31,1)
	X ² = ,36		X ² = ,01	
Orientación sexual				
Homosexual	2 (4,1)	2 (20,0)	16 (7,5)	7 (16,7)
Bisexual	16 (32,7)	4 (40,0)	61 (28,5)	4 (9,5)
Heterosexual	31 (63,3)	4 (40,0)	137 (64,0)	31 (73,8)
	X ² = ,13		X ² = ,01	

** $p < .01$

las mujeres, siendo ellas mayoría en cuanto a la bisexualidad.

Características de los abusos sexuales

A partir del cuestionario elaborado para estudiar los abusos sexuales, los participantes que informaron de abusos sexuales tenían las siguientes características (véase tabla 2).

En relación con la naturaleza del abuso, se puede ver que el porcentaje mayor de casos fue registrado en mujeres de entre 6 y 12 años mediante tocamientos. El abuso mediante sexo oral o penetración ocupa el segundo lugar, que se dio en mujeres de 13 a 17 años, representando un 50%, al que le siguen los tocamientos con un 46% de los casos en ese grupo de edad. En cuanto a los hombres se puede ver que el mayor porcentaje de abusos se dio en el rango de los 13 a los 17 a través de sexo oral o penetración.

Respecto a la continuidad del abuso, se puede ver que el grupo más afectado fue el de los hombres, sobresaliendo el rango de edad de los 6 a los 12 años, sufriendo abusos de forma continuada. Asimismo, los hombres fueron el grupo mayoritario en incidentes aislados, con dos o tres incidentes antes de los 6 años.

Sobre la frecuencia de los abusos, fueron las mujeres menores de 6 años las que sufrieron en su mayoría abusos de forma semanal. En cambio, los hombres vivieron en mayor parte abusos de forma anual y semanal. En el periodo de los 6 a los 12 años, los hombres son los que sufren más abuso de forma mensual, aunque en las mujeres esto se distribuyó de forma similar.

En cuanto al sexo del abusador, en su mayoría, se observa que el abuso fue perpetrado

por hombres. No obstante, resulta llamativo que en cada rango de edad haya una mujer que fue abusada por personas de ambos sexos, también se observa un hombre en el grupo de edad de 13 a 17 años que sufrió abuso por parte de ambos sexos.

Por último, si observamos la relación de las víctimas con los abusadores, se percibe que, en el grupo que fue abusado antes de los 6 años, la mayoría de los casos de abuso fueron perpetrados por otro familiar de las víctimas, seguido por un amigo de la familia en el caso de las mujeres y por un desconocido en el caso de los hombres. En el grupo de personas que sufrieron abuso antes de los 12 años, se puede ver que, tanto en mujeres como en hombres, el responsable principal fue otro familiar, seguido por un amigo de la familia y un desconocido en hombres y mujeres respectivamente. En el último grupo de edad, en el caso de las mujeres, la mayoría de los abusos fueron cometidos por un amigo, seguido por desconocidos. En cambio, en el caso de los hombres, los abusos fueron perpetrados principalmente por otro familiar o amigo de la familia, obteniendo el mismo porcentaje.

Diferencias en las variables psicológicas de víctimas y no víctimas por sexo (h1-h3)

En la tabla 3 podemos observar las diferencias en las variables psicológicas de víctimas y no víctimas haciendo un análisis por sexo, víctimas/no víctimas y sexo por víctimas. En cuanto a la somatización observamos un efecto principal del sexo. Las mujeres somatizaban de forma significativa más que los hombres, independientemente de si habían sido o no

Tabla 2

Características de las víctimas de abuso (n= 59) divididas por la edad en la que han sufrido el abuso y en función del sexo.

	Antes de los 6 años		Entre los 6 y los 12 años		Entre los 13 y los 17 años	
	Mujer (n=14) n (%)	Hombre (n=2) n (%)	Mujer (n=27) n (%)	Hombre (n=5) n (%)	Mujer (n=16) n (%)	Hombre (n=5) n (%)
Naturaleza del abuso						
No hubo contacto físico	0 (0)	1 (50,0)	0 (0)	2 (40,0)	1 (3,8)	0 (0,0)
Tocamientos	10 (71,4)	0 (0)	16 (59,3)	1 (20,0)	12 (46,2)	0 (0,0)
Sexo oral o penetración	4 (28,6)	1 (50,0)	11 (40,7)	2 (40,0)	13 (50,0)	5 (100,0)
Continuidad						
Un único incidente	3 (21,4)	1 (50,0)	7 (25,9)	1 (20,0)	10 (3,8)	1 (20,0)
Dos o tres incidentes	3 (21,4)	1 (50,0)	8 (29,6)	0 (0,0)	9 (34,6)	2 (40,0)
Abusos continuados	8 (57,1)	0 (0,0)	12 (44,4)	4 (80,0)	7 (26,9)	2 (40,0)
Frecuencia						
Anualmente	2 (14,3)	1 (50,0)	10 (37,0)	1 (20,0)	13 (65,0)	3 (60,0)
Mensualmente	5 (35,7)	1 (50,0)	10 (37,0)	3 (60,0)	7 (35,0)	2 (40,0)
Semanalmente	7 (50,0)	0 (0,0)	7 (25,9)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Sexo abusador						
Hombre	13 (92,9)	2 (100,0)	26 (93,3)	5 (100,0)	25 (96,2)	4 (80,0)
Mujer	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ambos	1 (7,1)	0 (0,0)	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (3,8)	1 (20,0)
Parentesco						
Padre / madre	1 (7,1)	0 (0,0)	4 (14,8)	0 (0,0)	3 (11,5)	0 (0,0)
Tío / tía	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (3,8)	0 (0,0)
Otro familiar	8 (57,1)	1 (50,0)	13 (48,1)	2 (40,0)	3 (11,5)	2 (40,0)
Amigo de la familia	3 (21,4)	0 (0,0)	6 (22,2)	1 (20,0)	1 (3,8)	2 (40,0)
Amigo mío	1 (7,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	12 (46,12)	0 (0,0)
Desconocido	1 (7,1)	1 (50,0)	3 (11,1)	2 (40,0)	6 (23,1)	1 (20,0)

Tabla 3

ANOVA de dos factores (sexo X víctima de abuso) para las variables psicológicas (valor de F en la tabla)

	Sexo	Víctimas / no víctimas	Sexo x víctimas
SCL - somatización	22.56***	0.31	1.94
SOI - conductas sociosexual	1,45	2,35	0,01
SOI - deseo	0,37	0,26	1,33
SOI - Actitud	0,26	0,34	0,01
SOI total	0.93	0.45	0.25
Función sexual			
FSH deseo	3,02	0,35	0,02
FSH excitación	1,98	0,28	1,38
FSH lubricación	1,56	0,48	1,37
FSH satisfacción	0,23	0,09	0,60
FSH dolor	0,19	3,10	1,97

NOTA: En el factor de somatización, $M_{mujeres} = 1.32$ ($DT = .74$), $M_{hombres} = .79$ ($DT = .50$)

*** $p < .001$

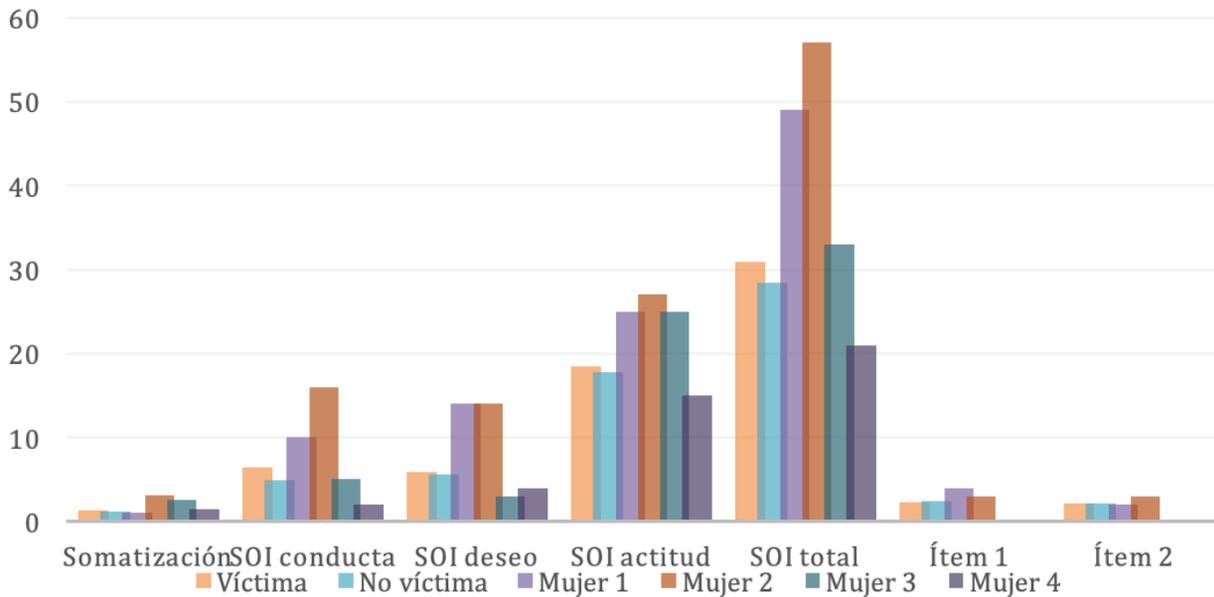


Figura 1. Perfil psicológico de cada mujer con abuso continuado y muestras (víctima de abuso y no-abuso)

víctimas. En el resto de las variables no se observaron diferencias.

Análisis específico de las víctimas

Teniendo en cuenta que no aparecieron diferencias significativas en función de haber sido o no víctima de abuso sexual, se hizo un análisis de las características demográficas y psicológicas de la muestra que había sufrido abuso sexual continuado. Esta muestra se compone de 4 mujeres (véanse tabla 4 y figura 1).

La mujer 1 tiene 21 años, ha logrado los estudios universitarios y está soltera, además, actualmente es estudiante. Ha tenido 3 relaciones de pareja y se identifica como bisexual. En somatización puntúa con un 1, en SOI conductas, deseo, actitud y total su puntuación es de 10, 14, 25 y 49 respectivamente. En función sexual presenta unas puntuaciones de 3 en excitación, 9 en lubricación, 5,67 en satisfacción

y 9 en deseo. La puntuación 9 equivale a “no he tenido relaciones sexuales”. En el análisis sobre el abuso sexual infantil, lo sufrió de forma semanal durante toda su infancia menos durante los 6-12 que fue anualmente. El sexo del abusador en todo el rango de edad fue masculino, y en los primeros años lo sufrió por parte de un familiar, y entre los 13-17 por un amigo.

La mujer 2 tiene 43 años, su nivel de estudios es la ESO y está soltera. Se dedica al cuidado de la familia y ha tenido más de 3 relaciones de pareja. Se identifica como heterosexual y su puntuación en somatización es de 3,08. Sus puntuaciones en SOI conductas, deseo, actitud y total son de 16, 14, 27 y 57. En cuanto a deseo en la función sexual puntúa un 3, 9 en excitación y lubricación, 5 en satisfacción y 9 en dolor. De nuevo, la puntuación 9 hace referencia a “no he tenido relaciones sexuales”. En cuanto a la frecuencia del abuso, de menor

Tabla 4

Características demográficas y psicológicas de la muestra con abuso sexual continuado

	Mujer 1	Mujer 2	Mujer 3	Mujer 4
Edad	21	43	48	56
Nivel educativo	Universidad	ESO	Universidad	Bachillerato / FP
Estado civil	Soltera	Soltera	Casada	Casada
Actividad laboral	Estudiante	Cuidado de la familia	Desempleo	Trabajo por cuenta ajena / funcionario
Relaciones de pareja que ha tenido	3	Más de 3	Más de 3	Más de 3
Orientación sexual	Bisexual	Heterosexual	Heterosexual	Heterosexual
SCL - somatización	1	3,08	2,58	1,5
SOI - conductas	10	16	5	2
SOI - deseo	14	14	3	4
SOI - Actitud	25	27	25	15
SOI total	49	57	33	21
Función sexual				
FSH deseo	3	3	0	0
FSH excitación	9	9	9	9
FSH lubricación	9	9	9	9
FSH satisfacción	5,67	5	3,67	4,33
FSH dolor	9	9	9	9
<i>Abuso sexual infantil</i>	Antes 6 / 6 – 12 / 13- 17	Antes 6 / 6 – 12 / 13- 17	Antes 6 / 6 – 12 / 13- 17	Antes 6 / 6 – 12 / 13- 17
Frecuencia	Semanal / anual / semanal	Semanal / mensual / anual	Mensual / Semanal / no contesta	Semanal / semanal / no contesta
Sexo abusador	Hombre / hombre / hombre	Hombre / hombre / hombre	Hombre / hombre / hombre	Hombre / hombre / hombre
Parentesco	Otro familiar / otro familiar / amigo	Otro familiar / otro familiar / amigo	Otro familiar / padre /padre	Padre / padre / desconocido

a mayor edad fue sufrido semanal, mensual y anualmente. En abusador fue un hombre y al igual que en la mujer uno en los primeros años fue otro familiar y en la adolescencia un amigo.

La mujer 3 tiene 46 años, ha cursado estudios universitarios, está casada y actualmente está desempleada. Ha tenido más de 3 relaciones de pareja y se identifica como heterosexual. Su puntuación en somatización ha sido de 2,58. En SOI conductas puntúa con un 5, deseo un 3, actitud un 25 y total un 33. En función sexual en cuanto a deseo, excitación, lubricación, satisfacción y dolor las puntuacio-

nes son de 0, 9, 9, 3.67 y 9 respectivamente. La puntuación de 9 hace referencia a “no he tenido relaciones sexuales”. Antes de los 6 años la frecuencia de los abusos fue mensualmente, y semanalmente entre los 6 y los 12. No contesta para en rango de 13-17. El autor de estos abusos fue un hombre, que en la primera infancia era otro familiar y de ahí hasta los 18 años fue su padre.

Por último, la mujer 4 tiene 56 años, estudió bachillerato/FP y trabaja por cuenta ajena y como funcionaria. Ha tenido más de 3 relaciones de pareja y también se identifica como

heterosexual. Su puntuación en somatización fue de 1,5. En SOI conductas, deseo, actitud y total puntuó 2, 4, 25 y 21 respectivamente. En cuanto a función sexual sus puntuaciones fueron de 0, 9, 9, 4.33 y 9 en deseo, excitación, lubricación, satisfacción y dolor respectivamente. Fue abusada antes de los 6 y hasta los 12 años de forma semanal. Entre los 13 y 17 no contesta. En todos los casos fue un hombre, y hasta los 13 años fue su padre, de los 13 a 17 fue un desconocido.

Análisis del perfil psicológico de la muestra abusada con la que no ha sufrido abusos.

En la tabla 5 se observa un análisis del perfil psicológico del abuso sexual infantil continuado comparado con las víctimas y no víctimas.

Las 4 mujeres puntúan de forma superior que los grupos, pero no se pueden sacar conclusiones significativas. En la mujer 1 y 4 no se observan diferencias, pero si en las mujeres 2 y 3. La mujer 2 presenta una puntuación ma-

yor en somatización que el grupo de víctimas ($z=2.24$) y no víctimas (2.61). También se observa una puntuación mayor en SOI conducta en cuanto a no víctimas ($z=2.39$), esto puede indicar una tendencia a una mayor libertad sexual que las no víctimas. Por último, la puntuación también es superior en cuanto al total de la sociosexualidad en ambos grupos; en comparación con las víctimas ($z=1.95$) y no víctimas (2.30). En la mujer 3 sólo se observa una puntuación superior en cuanto a la somatización en comparación con las no víctimas ($z=1.92$). Véase en la gráfica 1 la presentación de las claras diferencias.

En ella, podemos observar cómo las mujeres 2, 3 y 4 presentan puntuaciones superiores en somatización respecto al grupo de víctimas y de no víctimas. En SOI conducta también se observan puntuaciones más altas en tres de las cuatro mujeres, al igual que en SOI deseo, donde las mujeres 1 y 2 puntúan superior que el grupo víctimas y no víctimas. Tanto en SOI acti-

Tabla 5
Perfil psicológico de abuso continuado comparado con las muestras de abuso y no abuso

	Víctimas	No víctimas	Mujer 1	Mujer 2	Mujer 3	Mujer 4
Somatización	1.40 (0.75)	1.2 (0.72)	1	3.08 $z_{\text{abuso}} = 2.24^{**}$ $z_{\text{no abuso}} = 2.61^{**}$	2.58 $z_{\text{NoAbuso}} = 1.92$	1.5
SOI conducta	6.47 (5.56)	4.9 (4.64)	10	16 $z_{\text{no abuso}} = 2.39^{**}$	5	2
SOI deseo	5.84 (5.17)	5.59 (5.10)	14	14	3	4
SOI actitud	18.54 (6.27)	17.83 (5.10)	25	27	25	15
SOI total	30.86 (13.37)	28.37 (12.44)	49	57 $z_{\text{abuso}} = 1.96^*$ $z_{\text{no abuso}} = 2.30^{**}$	33	21
Ítem 1 FSFI	2.35 (1.2)	2.37 (1.1)	4	3	0	0
Ítem 2 FSFI	2.11 (1.20)	2.20 (1.02)	2	3	0	0

* $p < .05$; ** $p < .01$

tud como en SOI total las mujeres 1, 2 y 3 puntúan más alto que las víctimas y no víctimas. Por último, en el ítem 1 que hace referencia a 1. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia usted sintió deseo o interés sexual?" sólo las mujeres 1 y 2 puntuaron por encima del resto de grupos. Y, en el ítem 2. En las últimas 4 semanas, ¿cómo califica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?" únicamente la mujer 2 puntuó de forma superior con los dos grupos y el resto de las mujeres.

Discusión

El abuso sexual infantil provoca efectos diversos y duraderos en sus víctimas (Pereda y Gallardo, 2010), situando su incidencia en un 18% en menores de edad (Pereda y Forns, 2007). Por ello, el objetivo de esta investigación ha sido constatar los efectos en la edad adulta de víctimas de abuso sexual infantil. Por ese motivo, hemos analizado las consecuencias en la somatización, el comportamiento sociosexual y las relaciones sexuales de las víctimas y no víctimas. Es importante destacar que no todas las personas sufren estos efectos a largo plazo, ya que se ha asumido que existen características que pueden ser propias de la víctima, de su entorno o del incidente de abuso que pueden influir en el área psicosocial y psicológica, aumentando o incidiendo en el nivel de repercusión de la persona en esta experiencia de abuso (Pereda y Sicilia, 2017). Además, no existe evidencia de un conjunto de síntomas específicos tras haber sufrido abuso sexual infantil (ASI), y no todas las víctimas indican un daño posterior (Rind et al., 1998).

Respecto a la hipótesis 1 (*relación entre abuso sexual infantil y problemas físicos sin motivo médico que los justifique*), hay gran demanda de atención médica primaria de pacientes que muestran síntomas sin razón médica. En este sentido, dentro de los diferentes tipos de trastornos somáticos, en el caso de los abusos sexuales hay elevados índices de síntomas ginecológicos, obstétricos y gastrointestinales (Guzmán, 2011).

En relación con la hipótesis 2 (*haber sufrido abuso sexual en la infancia presenta una mayor relación con la posibilidad de tener un mayor número de parejas sexuales*), Finkelhor y Brown (1985) exponen que los menores víctimas de abuso tiene un concepto equivocado de la sexualidad, destacando que la dinámica que llevan a cabo a la hora de mantener relaciones sexuales depende de cómo se haya llevado a cabo con el agresor, sexualizando así sus actitudes debido a este suceso. En una investigación llevada a cabo por Monayo y Sierra (2014) se encontró que los hombres que padecieron más abusos durante su infancia (sin penetración) y adolescencia presentan un menor deseo sexual en la edad adulta, sin embargo, en el caso de las mujeres sucede lo contrario, ya que presentan mayor deseo y excitación.

Por último, haciendo referencia a la hipótesis 3 (*el abuso sexual infantil provoca desajustes en la pareja en la edad adulta, así como insatisfacción sexual y actitudes negativas hacia esta*), Echeburúa y Corral (2006) coinciden en que los problemas más usuales se dan en la esfera sexual, además de un mal control de la violencia, canalizándola de forma exterior y con acciones dañinas para la persona en el caso de hombres

y mujeres respectivamente. Entre estos problemas también destacan la oposición hacia sexualidad, problemas para alcanzar el orgasmo y actitudes poco favorables hacia sus cuerpos (Finkelhor y Brown, 1985). En adición, pueden darse desajustes en cuanto a su identidad sexual, en el caso de los niños pueden plantearse su orientación sexual en términos de homosexualidad y las niñas se preocupan por si su atractivo sexual puede verse perjudicado y, si en sus futuras relaciones de pareja se percatarán de ello (Finkelhor y Brown, 1985). En un estudio de López y colaboradores (2017) se encontró que las mujeres que sufrieron abuso por parte de un conocido presentan una satisfacción sexual menor (48,9%) en comparación con aquellas que lo habían sufrido por parte de un desconocido (59,4%).

Tras el análisis de las 4 mujeres víctimas que vivieron abusos de forma similar durante toda su infancia, es posible explicar la variabilidad de los resultados por diferentes aspectos, de los cuales uno de ellos es la existencia de una relación entre gravedad, persistencia e impresión del maltrato (Kendall-Tackett, et al., 1993), pudiendo establecer así que el tiempo que ha transcurrido desde que ocurrió el suceso traumático, es la variable más relevante y la que puede hacer que aparezca con mayor regularidad y gravedad el estrés postraumático (Echeburúa et al., 2002). Además, en algunos casos, a largo plazo la marca del abuso puede ser mínima, excepto los incidentes de abuso con penetración (Echeburúa y Corral, 2006), donde estas víctimas presentan actitudes más extremas respecto al deseo sexual (López et al., 2017). También es importante tener en cuenta

si la víctima experimentó otros percances graves, como problemas familiares, separación de los padres, entre otros (Echeburúa y Corral, 2006).

Otro aspecto que se podría dar en niños que no presentan síntomas es que hayan sufrido un tipo de abuso más leve, o bien tengan más medios sociales y psicológicos para afrontar el daño sufrido. (Kendall-Tackett, et al., 1993). Uno de los modelos que puede explicar esta diversidad es el de "las dinámicas traumatógenicas" (Finkelhor y Brown, 1985), que hacen referencia a cuatro factores traumatizantes: sexualización traumática, traición, impotencia y estigmatización. La unión de estas cuatro en un global de circunstancias individuales es lo que convierte el trauma del abuso en una experiencia única. Las dinámicas cambian la percepción cognitivo y emocional que tienen los niños del mundo.

Como conclusión podemos afirmar que el abuso sexual infantil tiene una mayor tasa de incidencia de la esperada. Este suceso provoca efectos negativos en sus víctimas, dolores de cabeza, problemas gastrointestinales y cardiovasculares, así como dolores pélvicos crónicos, alteración de la regla y una pronta menopausia. También encontramos insatisfacción sexual, aversión al sexo y una mayor promiscuidad, problemas para alcanzar el orgasmo y riesgo de embarazo adolescente. Con los resultados obtenidos en nuestra investigación, queremos añadir que también es importante estudiar el entorno y el tipo de abuso que se da, las estrategias de afrontamiento, así como otro tipo de problemas personales o familiares. Estos factores correlacionan en forma y gravedad

en la que se den las consecuencias. Por ello, resulta crucial seguir investigando y desarrollar programas educativos para niños y familiares, que les permita conocer cómo prevenir el ASI y reconocerlo tempranamente en el caso de que ocurra. Como limitaciones en este estudio, encontramos una muestra pequeña de víctimas, y queremos resaltar que hubiese sido interesante estudiar las estrategias de apego desarrolladas, la victimización y las creencias y vivencias personales de las víctimas.

Bibliografía

- Berkowitz, C. D. (1998). Medical consequences of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 22(6), 541-550.
- Blümel, J. E., Binfa, L., Cataldo, P., Carrasco, A., Izaguirre, H., y Sarrá, S. (2004). Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 69(2), 118-125. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262004000200006>
- Bonomi, A. E., Cannon, E. A., Anderson, M. L., Rivara, F. P., & Thompson, R. S. (2008). Association between self-reported health and physical and/or sexual abuse experienced before age 18. *Child Abuse & Neglect*, 32(7), 693-701. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.10.004>
- Cantón-Cortés, D. y Rosario Cortés, M. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, 31(2), 607-614. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>
- Cortés, M. R., Cantón, J. y Cantón-Cortés, D. (2011). Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 157-165. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.10.009>
- Dennerstein, L., Guthrie, J.R. y Alford, S. (2004). Childhood abuse and its association with mid-aged women's sexual functioning. *Journal Sexual Marital Therapy*, 30(2) 25-34. <https://doi.org/10.1080/00926230490422331>
- Derogatis, L.R. (1994). Cuestionario de 90 síntomas (adaptación española de J.L. González de Rivera y cols. 2002, TEA ediciones)
- Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 139-146.
- Echeburúa, E. y Corral, P. D. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, (43-44), 75-82.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541.
- Horno, P., Santos, A. y del Molino, C. (coord.). (2001). *Abuso sexual infantil. Manual de formación para profesionales*. Save the Children. https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual_abuso_sexual.pdf
- González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez-Abuin, M., & Rodríguez-Pulido, F. (2002). SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas. *Manual Adaptación Española*. Madrid: TEA Ediciones.
- Guzmán, R. E. (2011). Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(3), 234-243.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164.
- Lalor, K., & McElvaney, R. (2010). Child sexual abuse, links to later sexual exploitation/high-risk sexual behavior, and prevention/treatment programs. *Trauma, Violence, & Abuse*, 11(4), 159-177. <https://doi.org/10.1177/1524838010378299>
- López, S., Faro, C., Lopetegui, L., Pujol-Ribera, E., Monteagudo, M., Cobo, J., y 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>

- López, G. J., Sánchez, J. F., Herrera, S. D., Martínez, M. F., Rubio, G. M., Gil, P. V. M., Santiago, O. A. y Gómez, M. M. (2021). Informe delitos contra la libertad e indemnidad sexual 2021. <https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/prensa/balances-e-informes/2021/Informe-delitos-contra-la-libertad-e-indemnidad-sexual-2021.pdf>
- Moyano, N. y Sierra, J. C. (2014). Funcionamiento sexual en hombres y mujeres víctimas de abuso sexual en la infancia y en La adolescencia/adulthood. *Revista Internacional de Andrología*, 12(4), 132-138.
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1994). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse & Neglect*, 18(11), 899-913.
- Penke, L., & Asendorpf, J. B. (2008). Beyond global sociosexual orientations: a more differentiated look at sociosexuality and its effects on courtship and romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(5), 1113. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.95.5.1113>
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201.
- Pereda, N. (2010). Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil: an update. *Pediatría Atención Primaria*, 12(46), 273-285.
- Pereda, N. (2016). ¿Uno de cada cinco?: Victimización sexual infantil en España. *Papeles del Psicólogo*, 37(2), 126-133.
- Pereda, N., y Forn, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect*, 31(4), 417-426. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.08.010>
- Pereda, N. y Gallardo-Pujol, D. (2011). Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. *Gaceta Sanitaria*, 25(3), 233-239. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.12.004>
- Pereda, N. y Sicilia, L. (2017). Reacciones sociales ante la revelación de abuso sexual infantil y malestar psicológico en mujeres víctimas. *Psychosocial Intervention*, 26(3), 131-138. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2017.02.002>
- Poder Judicial (2021, 25 de noviembre). Siete de cada diez casos de violencia sexual revisados por el Tribunal Supremo en 2020 tenían como víctimas a menores de edad. [Nota de prensa]. Recuperado de <https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/En-Portada/Siete-de-cada-diez-casos-de-violencia-sexual-revisados-por-el-Tribunal-Supremo-en-2020-tenian-como-victimas-a-menores-de-edad->
- Rind, B., Tromovitch, P., & Bauserman, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin*, 124(1), 22.
- Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191-208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>

