

DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS PREVALENTES A CONSECUENCIA DEL ABUSO SEXUAL DURANTE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

IRENE GUILLÉN FERNÁNDEZ¹, CLAUDIA LÓPEZ DE MIGUEL¹, CONSUELO GARCÍA PÉREZ¹,
CRISTINA GUILLÉN FERNÁNDEZ² Y JAVIER GUILLÉN FERNÁNDEZ²

¹Unidad de Salud Mental. Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Albacete.

²Unidad de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

RESUMEN

Introducción: la prevalencia del abuso sexual durante la infancia y adolescencia es muy alta en todo el mundo. Los profesionales sanitarios deben conocer las consecuencias psiquiátricas derivadas de este abuso para llevar a cabo una prevención y puesta en marcha de estrategias terapéuticas adecuadas.

Objetivo: actualizar los conocimientos sobre cuáles son los diagnósticos psiquiátricos principales que surgen de haber sufrido un abuso sexual durante la infancia y adolescencia.

Método: la búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos Medline Full Text, PubMed, SciELO España, PubPsych y BIREME, utilizando descriptores DeCS e intuitivos. Una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión pertinentes, se seleccionaron 12 estudios.

Resultados: todos ellos manifestaron diagnósticos psiquiátricos más o menos graves, especialmente, cuanto más grave y frecuente había sido el abuso. En prevalencia, destacaron los diagnósticos de trastorno de depresión mayor, trastorno de ansiedad social y trastorno por estrés postraumático. Se observaron diferencias de género, de manera que las mujeres mostraron una mayor prevalencia de los diagnósticos de depresión, ansiedad, trastorno bipolar y sintomatología psicótica.

Conclusión: los diagnósticos psiquiátricos derivados del abuso sexual infantil pertenecen, esencialmente, a las áreas afectivas y de la ansiedad. Aunque se hayan obtenido estos resultados —fundamentalmente, de estudios transversales—, sería necesaria la realización de estudios longitudinales que permitan el seguimiento de las consecuencias y un análisis más consistente de estas. Esto ayudaría a detectar los «casos» antes de que se cronifiquen y a establecer un tratamiento especializado e individualizado para cada una de las víctimas de forma precoz.

Palabras clave: maltrato infantil, abuso sexual infantil, consecuencias, psiquiátricas.



INTRODUCCIÓN

Se entiende como *maltrato infantil* una interrupción en el desarrollo del niño, independientemente de qué índole sea, produciendo como consecuencias problemas emocionales y de autoconcepto, además de un aumento de la probabilidad de desarrollar un trastorno mental¹.

Entre los diferentes tipos de maltrato infantil, se puede encontrar el *abuso sexual infantil*. Este es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) del siguiente modo: «Consiste en la participación de un niño en una actividad sexual que no comprende plenamente, a la que no es capaz de dar un consentimiento, o para la que por su desarrollo no está preparado y no puede expresar su consentimiento, o bien que infringe las leyes o los tabúes sociales»².

La salud pública considera el abuso sexual infantil como uno de los problemas de mayor gravedad con el que convive la sociedad, y uno de los más significativos al que ha de enfrentarse^{3,4}. De acuerdo con Pereda *et al.*⁴, el abuso sexual infantil se encontraría incluido dentro de la lista de los 24 factores de riesgo globales que más contribuyen a la carga de enfermedad, según la OMS, a la vez que concluyen que el abuso sexual infantil tendría una carga mundial de morbilidad de un 0,6 %, equiparable a nueve millones de años de vida saludables perdidos.

Los principales motivos para empezar a investigar acerca de los abusos sexuales infantiles, con el fin de detectarlos de una forma precoz y poder llevar a cabo un abordaje individualizado de cada uno de ellos, fueron las altas tasas de prevalencia de dicho problema y las consecuencias derivadas de este^{3,5,6}. Investigaciones nacionales e internacionales han puesto de manifiesto la gran extensión de dicho pro-

blema en Occidente, con una prevalencia de entre el 10 y el 20 % de la población⁷.

En concreto, David Finkelhor⁸, en 1994, recogió datos de más de 20 estudios epidemiológicos de diferentes países acerca de este problema. Los resultados presentaron una prevalencia de abuso sexual en Sudáfrica del 24 y el 29 % en mujeres y hombres, respectivamente; en Costa Rica, del 32 y el 13 %; en España, del 23 y el 15 % y, en el caso de Finlandia, del 7 y el 4 %. Otros datos también muestran que las víctimas del abuso sexual infantil varían según el género¹. La relación de prevalencia del abuso sexual infantil en niños y niñas, en general, se situaría en 1,5-3 frente a 1⁸.

En cuanto al estudio de las consecuencias derivadas de este, su importancia reside en la gran afectación que tienen para la salud^{3,7,9}, ya que numerosas víctimas presentan consecuencias físicas y mentales. Entre estas últimas, se encuentran los trastornos de ansiedad, la depresión o los comportamientos violentos^{9,10}. Las repercusiones mentales aparecerán a lo largo de la vida como consecuencia del maltrato en la infancia; se relacionan con problemas en la adolescencia y adultez temprana, como comportamientos delictivos y agresivos y, en el caso del maltrato emocional, se traduce en anormalidades en el desarrollo y bienestar psicológico¹¹.

Los estudios comunitarios manifiestan que la probabilidad de tener un trastorno mental en el futuro en niños víctimas de abusos sexuales se multiplicaría de dos a doce veces con respecto a aquellos que no han sufrido dicho abuso¹². Son muchos los problemas psiquiátricos significativos que derivan del abuso sexual infantil⁴, de forma externa, es decir, visibles por los demás, o interna, donde solo la víctima es consciente de ellos¹³.

Pese a esto, siguen siendo pocos y lejanos en el tiempo los estudios epidemiológicos acerca del tema⁴. El conocimiento de las consecuencias específicas para la salud del abuso sexual infantil ayudaría a la enfermería a una detección precoz y a un abordaje más rápido de estas, ya que son estos profesionales

Correspondencia: Irene Guillén Fernández
Correo electrónico: irene.guillen@hotmail.es

sanitarios los que realizan un seguimiento más continuado, pudiendo derivar al niño a la unidad de salud mental, donde se le ofrece una atención más especializada. Todo esto permitiría conseguir la disminución de la morbilidad que sufren este tipo de víctimas a través de actividades preventivas, para evitar la aparición de las consecuencias mentales, la implantación de un tratamiento psicoterapéutico y farmacológico¹⁴, así como la identificación de cuáles son los períodos claves del desarrollo del niño, para establecer las intervenciones que más se ajustan a dicha etapa¹⁵.

En este sentido, se plantearía el objetivo de este trabajo, que pretende actualizar los conocimientos sobre cuáles son las principales consecuencias psiquiátricas derivadas de sufrir un abuso sexual infantil.

MATERIAL Y MÉTODO

Para el cumplimiento del objetivo de este trabajo, se diseñó una revisión bibliográfica, cuya búsqueda se realizó en las fuentes de datos Medline Full Text, PubMed, SciELO España, PubPsych y BIREME. El descriptor DeCS utilizado fue «abuso sexual infantil» y el descriptor MeSH «child abuse, sexual». Como descriptores intuitivos, se introdujeron «consecuencias», «mental», «prevention» y «treatment».

Los criterios de inclusión seguidos para la selección de los artículos fueron: fecha de publicación posterior al año 2000, encontrarse disponible en texto completo en alguna de las bases de datos mencionadas, aportar información suficiente sobre diferentes síntomas o alteraciones primordiales y no centrarse en uno solo; la muestra debe estar forma-

da por hombres y mujeres y tener en cuenta abusos sexuales a víctimas menores de 18 años de edad, pues, a una edad superior, no se consideraría abuso sexual infantil o en la adolescencia. Como criterios de exclusión que seguir, se encuentran: la comorbilidad con otros tipos de maltrato o experiencias traumáticas, ya que el tema central de la revisión es el abuso sexual infantil, y encontrarse en un idioma diferente al español o al inglés.

Los artículos obtenidos en las fuentes de datos fueron un total de 489, de los cuales, 259 se descartaron tras leer el título o el resumen, siendo leídos a texto completo 230 artículos. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se eliminaron 210, seleccionando finalmente 12 artículos que analizar, ya que ocho se encontraban repetidos en diferentes bases de datos.

RESULTADOS

De los 12 estudios seleccionados, había tres revisiones bibliográficas, un estudio longitudinal con grupo de comparación, seis estudios descriptivos transversales con grupo de comparación, un estudio retrospectivo con grupo de comparación y un estudio de casos y controles.

Respecto al procedimiento de selección de las muestras, el 30 % de los estudios la obtuvieron de forma aleatoria dentro de una determinada población, y el 70 %, de forma no aleatoria mediante la utilización de organizaciones, servicios, hospitales, universidades e institutos. Las variables sociodemográficas incluidas en todos los estudios son la edad, cuyo intervalo era de 14 a 64 años, y sus medias, desde 9,6 (desviación estándar [DE]: 3,5) a 40,6 (DE: 6,3) años, y el género de las víctimas.

Las repercusiones mentales
aparecerán a lo largo de la vida
como consecuencia del maltrato en
la infancia

Depresión

Todos los estudios muestran una mayor prevalencia de depresión en víctimas de abuso sexual infantil y en mujeres, excepto en un caso (tabla 1). En el es-



Tabla 1. Estudios que analizan la depresión

Referencia	Tipo de estudio	Resultados principales
Mullers y Dowling, 2008 ¹⁶	Revisión bibliográfica narrativa.	Mayor porcentaje en víctimas de abuso sexual que en no víctimas, con mayor prevalencia en mujeres.
Pereda, 2009 ¹⁷	Revisión bibliográfica narrativa.	Prevalencia del 4 al 44 % en hombres y del 9 al 41 % en mujeres víctimas de abuso sexual.
Cantón y Justicia, 2008 ¹⁸	Estudio descriptivo transversal con grupo de comparación.	Diferencia significativa en la comparación de víctimas de abuso sexual infantil con las no víctimas: $t = 2,02$; $p < 0,05$; $r = 0,22$.
Cortés et al., 2011 ¹⁹	Estudio descriptivo transversal con grupo de comparación.	La media de depresión es mayor en mujeres víctimas de abuso sexual que en no víctimas. En hombres, no existen diferencias significativas.
Bedi et al., 2011 ²⁰	Estudio descriptivo transversal con grupo de comparación.	Mayor porcentaje en mujeres víctimas de abuso sexual que en no víctimas (del 49 frente al 31 %), al igual que en hombres (del 41 frente al 24 %).
Li et al., 2012 ²¹	Estudio descriptivo transversal con grupo de comparación.	Resultados mayores en víctimas de abuso sexual que en no víctimas (OR: 2,06; IC del 95 %: 1,46-2,91; $p \leq 0,05$).
Newcomb et al., 2009 ²²	Estudio descriptivo transversal con grupo de comparación.	Resultados mayores en víctimas de abuso sexual que en no víctimas.
Bahali et al., 2010 ²³	Estudio retrospectivo con grupo de comparación.	Mayor porcentaje de depresión en víctimas de abuso sexual que en no víctimas (del 7,9 frente al 5 %).
Fergusson et al., 2013 ²⁴	Estudio longitudinal con grupo de comparación.	Prevalencia de depresión del 38,3, 60,7, 68,6 y 77,4 % en no víctimas, víctimas sin contacto, con contacto y con penetración, respectivamente. Mayor porcentaje cuanto más grave es el abuso.

IC: intervalo de confianza; OR: razón de posibilidades (*odds ratio*); p : nivel de significación estadística; r : coeficiente de correlación; t : t de Student.

tudio de Cortés et al.¹⁹, no se observan diferencias significativas entre hombres víctimas y no víctimas de abuso sexual infantil; esto podría explicarse por la pequeña muestra de hombres, 58 participantes, 29 víctimas de abuso sexual infantil y 29 no víctimas. Las pequeñas diferencias entre los estudios podrían deberse a los diferentes métodos de medición o diagnóstico utilizados, así como la variabilidad de muestras empleadas, ya que, en aquellas donde el sexo femenino es predominante, pero no se distingue entre hombres y mujeres, la prevalencia de depresión general es mayor.

Ansiedad

La ansiedad supone un diagnóstico a consecuencia del abuso sexual infantil, que, además, se encuentra más prevalente en mujeres que en hombres. La diferencia entre los estudios podría explicarse por el tipo de ansiedad que experimentan los participantes, pues, al igual que se habla de ansiedad de forma general, se podría hablar de ansiedad por separación. Igualmente, la forma de expresar las emociones — entre ellas, la ansiedad— difiere de unas culturas a otras y, por lo tanto, quedaría reflejado en los resultados (tabla 2).

Tabla 2. Estudios que analizan la ansiedad

Referencia	Tipo de estudio	Resultados principales
Pereda, 2009 ¹⁷	Revisión bibliográfica narrativa.	Prevalencia del 4 al 44 % en hombres y del 9 al 41 % en mujeres víctimas de abuso sexual.
Newcomb <i>et al.</i> , 2009 ²²	Estudio descriptivo transversal con grupo de comparación.	Las mujeres y hombres víctimas de abuso sexual presentan un grado de ansiedad según la escala TSI de 10,19 y 8,46, respectivamente, siendo superior a las no víctimas. En conjunto, el grado es de 12,67 y 9,67 en víctimas y no víctimas, respectivamente.
Li <i>et al.</i> , 2012 ²¹	Estudio descriptivo transversal con grupo de comparación.	Los resultados entre víctimas de abuso sexual y no víctimas son una OR de 2,00 (IC del 95 %: 1,46-2,73; $p \leq 0,05$).
Fergusson <i>et al.</i> , 2013 ²⁴	Estudio longitudinal con grupo de comparación.	Porcentaje de ansiedad del 32,4, 46,4, 51 y 74,2 % en las no víctimas, víctimas de abuso sexual sin contacto, con contacto y con penetración, respectivamente. A mayor gravedad del abuso, mayor porcentaje.
Cortés <i>et al.</i> , 2011 ¹⁹	Estudio descriptivo transversal con grupo de comparación.	Los resultados muestran según la escala STAI una puntuación de ansiedad de hombres víctimas y no víctimas de 20,93 frente a 15,28, y en mujeres víctimas y no víctimas, de 21,33 frente a 16,47.

IC: intervalo de confianza; OR: razón de posibilidades (*odds ratio*); p : nivel de significación estadística; STAI: State-Trait Anxiety Inventory; TSI: Trauma Symptom Inventory.

Trastorno bipolar

La existencia del trastorno bipolar como consecuencia a largo plazo podría deberse al tiempo que ha de transcurrir hasta su diagnóstico definitivo. Este mismo proceso diagnóstico es lo que quizás muestre una prevalencia menor de la que realmente existe, ya que la depresión, o depresión unipolar, podría ser realmente trastorno bipolar y haber sido diagnosticada

La mayoría de los estudios analizados destacan una mayor prevalencia de la depresión, la ansiedad y el estrés postraumático

erróneamente. Además, no se puede olvidar la influencia de la genética o del consumo de sustancias para su aparición y, por lo tanto, se deberían valorar estos factores como desencadenantes del trastorno (tabla 3).

Trastorno por estrés postraumático

Todos los estudios llegan a la conclusión de una relación significativa entre el diagnóstico de estrés postraumático y el abuso sexual infantil (tabla 4). Un factor que tener en cuenta es el hecho de las vivencias de otras experiencias traumáticas, tanto en el grupo de víctimas como en el de no víctimas, que podrían producir una modificación en los resultados.



Tabla 3. Estudios que analizan el trastorno bipolar

Referencia	Tipo de estudio	Resultados principales
Mullers y Dowling, 2008 ¹⁶	Revisión bibliográfica narrativa.	Mayor prevalencia en víctimas de abuso sexual que en no víctimas y en mujeres respecto a hombres. Mayor prevalencia si ha sido utilizada la fuerza física. Se determina como consecuencia a largo plazo.
Pereda, 2010 ²⁵	Revisión bibliográfica narrativa.	Gran prevalencia en víctimas de abuso sexual.

Tabla 4. Estudios que analizan el estrés postraumático

Referencia	Tipo de estudio	Resultados principales
Mullers y Dowling, 2008 ¹⁶	Revisión bibliográfica narrativa.	Principal consecuencia del abuso sexual, destacando la comorbilidad con otros problemas. Este es más grave cuanto menor es la edad de la víctima.
Pereda, 2010 ²⁵	Revisión bibliográfica narrativa.	Alta prevalencia, desencadenando la aparición de miedos y fobias.
Bedi et al., 2011 ²⁰	Estudio descriptivo transversal con grupo de comparación.	Mayor prevalencia de mujeres y hombres víctimas de abuso sexual que en no víctimas (del 29 frente al 5 %, y del 22 frente al 4 %, respectivamente).
Kilcommons et al., 2008 ²⁶	Estudio descriptivo transversal con grupo de comparación.	De los 38 participantes que completaron la escala PTCI, 25 fueron diagnosticados de estrés postraumático con más de 40 puntos.
Bahali et al., 2010 ²³	Estudio retrospectivo con grupo de comparación.	Prevalencia del 54,6 % en las víctimas de abuso sexual respecto a la población en general, que oscila entre el 1 y el 14 %.

PTCI: Posttraumatic Cognitions Inventory.

Sintomatología psicótica

La sintomatología psicótica es más prevalente en mujeres que en hombres. Esto podría explicarse por el hecho de la asociación a otra sintomatología, también mayor en las mujeres, como es la depresión. El evento traumático se encuentra fuertemente relacionado con las alteraciones perceptivas y cognitivas, por lo que su aparición dependerá del grado y la forma de presentación del trauma (tabla 5).

CONCLUSIÓN

En cuanto a las consecuencias psiquiátricas del abuso sexual infantil, la mayoría de los estudios analizados destacan una mayor prevalencia de la depresión, la ansiedad y el estrés postraumático, si bien, todos los diagnósticos fueron más frecuentes, con diferencias estadísticamente significativas, en las víctimas de abuso sexual infantil que en las no víctimas. Asimismo, mostraron una mayor prevalencia cuanto

Tabla 5. Estudios que analizan la sintomatología psicótica

Referencia	Tipo de estudio	Resultados principales
Kilcommons et al., 2008²⁶	Estudio descriptivo transversal con grupo de comparación.	Los resultados muestran una media de alucinaciones y delirios de 12,38 en víctimas de abuso sexual y de 9,20 en no víctimas, utilizando las escalas PDI-21, RHS y subescalas.
Wondie et al., 2011²⁷	Estudio de casos y controles.	A través de la escala CITES-R, se muestra una media de pensamientos intrusivos de 2,41 en víctimas de abuso sexual y de 2,04 en no víctimas.
Newcomb et al., 2009²²	Estudio descriptivo transversal con grupo de comparación.	Se muestra una media de pensamientos intrusivos de 11,41 en víctimas de abuso sexual y de 7,39 en no víctimas según la escala TSI. La diferencia entre mujeres y hombres víctimas y no víctimas es de 12,60 y 7,21, respectivamente.

CITES-R: Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised; PDI-21: 21 Items Peters Delusion Inventory; RHS: Revised Hallucination Scale; TSI: Trauma Symptom Inventory.

mayor era la gravedad del abuso. Con respecto al género, se observa una mayor prevalencia en los diagnósticos de depresión, ansiedad, trastorno bipolar y sintomatología psicótica.

Sería conveniente aumentar la producción científica de estudios longitudinales, o de seguimiento, que permitiera identificar mejor los diagnósticos psiquiátricos a partir de la etapa inmediata del abuso sexual infantil. Esto ayudaría también a detectar los «casos» antes de que se cronificaran.

Addenda:

Carmen García Moreno, Alicia Gómez Peinado y Araceli Carrascosa Martínez
Unidad de Salud Mental. Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Albacete.

BIBLIOGRAFÍA

- Conroy E, Degenhardt L, Mattick RP, Nelson EC. Child maltreatment as a risk factor for opioid dependence: comparison of family characteristics and type and severity of child maltreatment with a matched control group. *Child Abuse Negl.* 2009;33(6):343-52.
- Rodríguez-Almada H. Evaluación médico-legal del abuso sexual infantil. Revisión y actualización. *Cuad Med Forense.* 2010;16(1-2):99-108.
- Pereda N, Forns M. Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse Negl.* 2007;31(4):417-26.
- Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2009;29(4):328-38.
- Letourneau EJ, Eaton WW, Bass J, Berlin FS, Moore SG. The need for a comprehensive public health approach to preventing child sexual abuse. *Public Health Rep.* 2014;129(3):222-8.
- Jiménez Cortés C, Martín Alonso C. Valoración del testimonio en abuso sexual infantil (A.S.I.). *Cuad Med Forense.* 2006;12(43-44):83-102.
- Pereda N, Gallardo-Pujol D. Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. *Gac Sanit.* 2011;25(3):233-9.
- Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 1994;18(5):409-17.
- McCarthy-Jones S, McCarthy-Jones R. Body mass index and anxiety/depression as mediators of the effects of child sexual and physical abuse on physical health disorders in women. *Child Abuse Negl.* 2014;38(12):2007-20.
- Etter DJ, Rickert VI. The complex etiology and lasting consequences of child maltreatment. *J Adolesc Health.* 2013;53(4 Suppl):S39-41.



11. Mills R, Scott J, Alati R, O'Callaghan M, Najman JM, Strathearn L. Child maltreatment and adolescent mental health problems in a large birth cohort. *Child Abuse Negl.* 2013;37(5):292-302.
12. Mullen PE. The consequences of child sexual abuse. *BMJ.* 1991;303(6795):144-5.
13. Keyes KM, Eaton NR, Krueger RF, McLaughlin KA, Wall MM, Grant BF, et al. Childhood maltreatment and the structure of common psychiatric disorders. *Br J Psychiatry.* 2012;200(2):107-15.
14. De Bellis MD, Spratt EG, Hooper SR. Neurodevelopmental biology associated with childhood sexual abuse. *J Child Sex Abus.* 2011;20(5):548-87.
15. Dunn EC, McLaughlin KA, Slopen N, Rosand J, Smoller JW. Developmental timing of child maltreatment and symptoms of depression and suicidal ideation in young adulthood: results from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Depress Anxiety.* 2013;30(10):955-64.
16. Mullers ES, Dowling M. Mental health consequences of child sexual abuse. *Br J Nurs.* 2008;17(22):1428-30.
17. Pereda Beltran N. Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papel Psicol.* 2009;30(2):135-44.
18. Cantón Cortés D, Justicia Justicia F. Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema.* 2008;20(4):509-15.
19. Cortés Arboleda MR, Cantón Duarte J, Cantón-Cortés D. Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. *Gac Sanit.* 2011;25(2):157-65.
20. Bedi S, Nelson EC, Lynskey MT, McCutcheon VV, Heath AC, Madden PA, et al. Risk for suicidal thoughts and behavior after childhood sexual abuse in women and men. *Suicide Life Threat Behav.* 2011;41(4):406-15.
21. Li N, Ahmed S, Zabin LS. Association between childhood sexual abuse and adverse psychological outcomes among youth in Taipei. *J Adolesc Health.* 2012;50(3 Suppl):45-51.
22. Newcomb MD, Munoz DT, Carmona JV. Child sexual abuse consequences in community samples of Latino and European American adolescents. *Child Abuse Negl.* 2009;33(8):533-44.
23. Bahali K, Akçan R, Tahiroglu AY, Avci A. Child sexual abuse: seven years in practice. *J Forensic Sci.* 2010;55(3):633-6.
24. Fergusson DM, McLeod GF, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse Negl.* 2013;37(9):664-74.
25. Pereda Beltran N. Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papel Psicol.* 2010;31(2):191-201.
26. Kilcommons AM, Morrison AP, Knight A, Lobban F. Psychotic experiences in people who have been sexually assaulted. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008;43(8):602-11.
27. Wondie Y, Zemene W, Tafesse B, Reschke K, Schröder H. The psychosocial consequences of child sexual abuse in Ethiopia: a case-control comparative analysis. *J Interpers Violence.* 2011;26(10):2025-41.