

ROMPER EL SILENCIO

*Guía esencial para comprender el abuso sexual infantil
y acompañar con responsabilidad*



Esta obra está sujeta a la Licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirlGual 4.0 Internacional de Creative Commons. Puede reproducirse sin cambios con atribución al autor para uso sin fines de lucro. Para ver una copia de esta licencia, visita <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



Romper el silencio
Guía esencial para comprender el abuso sexual infantil y acompañar con responsabilidad.
Autor: Carlos Javier López Castilla
Publicado por AVASIS. Asociación de Víctimas de Abuso Sexual Infantil.
Edición octubre 2025.
Hogar Virgen de los Reyes. Sevilla.
www.avasis.es

Con el apoyo de
www.saludmentalandalucia.org



y

www.centropsicosocial.es



Atribución de imágenes.

Imágenes tomadas de freepik.es:

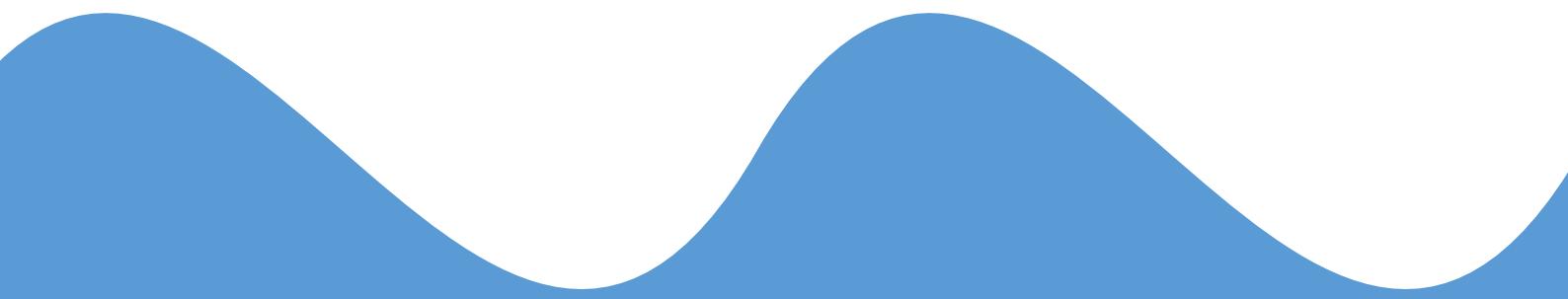
Imágenes de portada, del cartel de diagnósticos, del cartel de silencio y de la página de final de agradecimiento de freepik; la imagen de la familia del cartel cercanía es de Kampus

¿VERDADERO O FALSO?

- Los abusos sexuales en la infancia (ASI a partir de ahora) son poco frecuentes.
- Las personas abusadoras son enfermas mentales, excéntricas o violentas.
- Los abusos sexuales se dan mayoritariamente en ambientes de exclusión social.
- Si algo tan grave ocurriera cerca de mí me daría cuenta.
- Cuando se detectan los abusos siempre son denunciados.
- Lo mejor es olvidar lo que ha sucedido.
- Lo más probable que los/as niños/as estén mintiendo sobre ello.
- Si algo así sucediera la víctima lo recordaría siempre.
- El abuso suele producirse con violencia
- Las/os niñas/os también son responsables en muchas ocasiones.
- Los efectos son muy graves mientras se produce.
- Cuando los abusos se revelan lo normal es que las familias apoyen a la víctima.
- El abuso no tiene por qué dejar secuelas en la persona adulta.
- Las víctimas siempre son conscientes de las consecuencias sufridas.
- Podemos atender sus consecuencias sin hablar del abuso, de hecho, usualmente es lo mejor.

Solución: todas las anteriores son falsas

- Los abusos sexuales en la infancia son muy frecuentes.
- No se ha observado un mayor grado de patología mental, excentricidad o violencia entre las personas abusadoras que entre la población general.
- Los abusos sexuales se dan en todo tipo de ambientes sociales.
- Es difícil darse cuenta de que un abuso está sucediendo a nuestro alrededor.
- Muchos de los abusos detectados no son denunciados.
- La sanación y la reparación requieren que la persona acepte e integre lo sucedido.
- Una revelación es una señal de alarma que hay que investigar y que en gran parte de los casos se demuestra cierta.
- Un número considerable de supervivientes puede olvidar durante años lo sucedido (fenómeno conocido como amnesia disociativa) o padecer alteraciones en la memoria.
- La mayoría de los abusos se producen sin violencia, mediante seducción, manipulación, juegos o engaños.
- La responsabilidad es de quien abusa.
- Algunas de las secuelas del abuso pueden tardar años en hacerse visibles, manifestándose en la adolescencia o frente a desafíos vitales posteriores.
- Muchas familias no apoyan a las víctimas cuando los abusos salen a la luz; incluso pueden ignorarlas, apartarlas o negar activamente su relato.
- Si durante la infancia no existió una atención y reparación explícita del abuso, lo normal es que este tenga consecuencias graves.
- La disociación y la desorganización, frecuentes en los casos de ASI, hace que muchas víctimas no sean capaces de relacionar su malestar con lo sucedido.
- Tener presente el abuso como un determinante crucial de la experiencia de las personas supervivientes es la mejor manera de acompañarlas.



Una característica definitoria sobre los abusos sexuales en la infancia es que se trata de una realidad que permanece mayoritariamente **invisible**.

La mayoría de las personas supervivientes viven en **silencio** las secuelas durante el resto de su vida o hasta bien entrada la edad adulta.

La principal causa a nivel social es:

la falta de información (no conocer los casos y características del ASI) y

la distorsión de la información (tener creencias erróneas sobre los mismos).

En esta guía trataremos de revertir las dos causas fundamentales. Por un lado, aportando información basada en los estudios académicos e informes gubernamentales más recientes. Y, en segundo lugar, tratando de desmontar algunas de las distorsiones y prejuicios más comunes sobre el abuso sexual infantil.

EL ASI ES POCO FRECUENTE

el prejuicio fundamental

1975 Uno de los libros de referencia en salud mental de la época (Comprehensive Textbook of Psychiatry, de Freedman y Kaplan) afirmaba que el abuso intrafamiliar era poco frecuente, afectando a **1 de cada 1.100.000** personas, que raramente era perjudicial e incluso, reducía la probabilidad de padecer psicosis mejorando el ajuste con el mundo externo.



35 años después

2010 Impulsado por los recurrentes datos de las investigaciones, el Consejo de Europa puso en marcha una campaña de prevención a nivel comunitario llamada **1 de cada 5**. En ella, aparecía lo siguiente: *"Se estima que la violencia sexual en Europa afecta a uno de cada cinco niñas/os. Esto incluye los tocamientos, la violación, el acoso sexual, el exhibicionismo, la explotación en la prostitución y la pornografía, la violencia sexual en línea y el chantaje sexual"*.

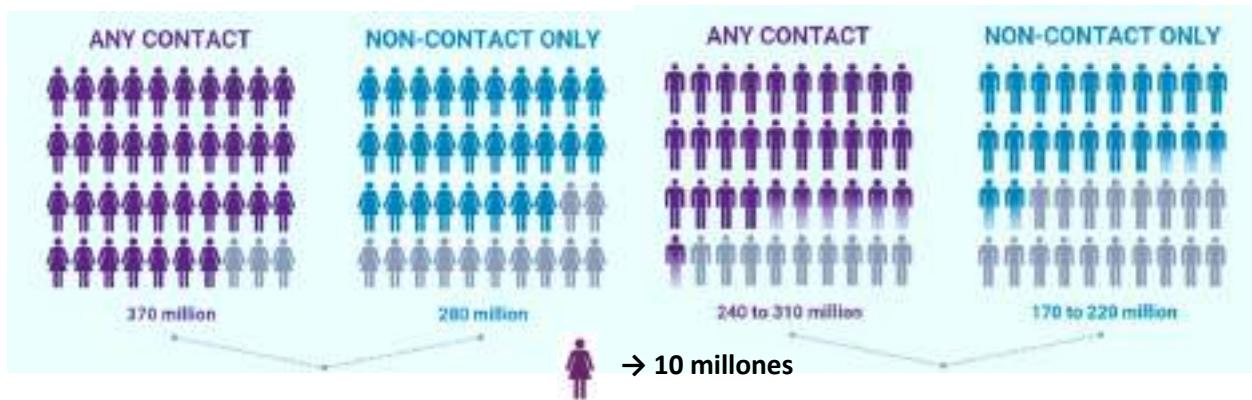


14 años después

2024 Ante la acumulación de estudios a escala global, UNICEF publicó un informe recogiendo la escala planetaria del fenómeno y concluyendo que *"La violencia sexual contra los menores es generalizada y traspasa las fronteras geográficas, culturales y económicas"*. El informe estimaba que en la actualidad, el número de víctimas (incluyendo menores que lo están sufriendo en el presente o supervivientes de cualquier edad que viven con sus secuelas) asciende a **1.765 millones de personas** en el mundo.

OJFRAS MUNDIALES

UNICEF OCTUBRE DE 2024	Niñas y mujeres	Niños y hombres
Agresión sexual con contacto	370 millones (1 de cada 8)	275 millones (1 de cada 11)
Incluyendo sin contacto (verbales o por internet)	650 millones (1 de cada 5)	470 millones (1 de cada 7)



(Imagen: Unicef, 2024)

Hacia una definición

“El abuso sexual infantil implica la transgresión de los límites íntimos y personales del niño o la niña. Supone la imposición de comportamientos de contenido sexual por parte de una persona (un adulto u otro menor de edad) hacia un niño o una niña, realizado en un contexto de desigualdad o asimetría de poder, habitualmente a través del engaño, la fuerza, la mentira o la manipulación.”

Informe de Save the Children (2012)

**El/la menor es
usada
como un objeto
de gratificación sexual**

LA IMPORTANCIA DE SINTONIZAR CON LA REALIDAD DEL ABUSO

¿Qué significa sintonizar?

Hasta la década de los 60, muchas niñas y niños acudían a los servicios de pediatría aquejados de diversas lesiones como hematomas, quemaduras o fracturas de huesos. Los servicios de salud las anotaban en sus archivos y las atendían. Era frecuente que muchos mostraran lesiones recurrentes. Se llegaban a proponer hipótesis como fallas estructurales o debilidades óseas de carácter desconocido.

En 1962, un equipo liderado por el pediatra Henry Kempe publicó un artículo de enorme impacto. Se titulaba "El síndrome del niño golpeado" (Kempe et al., 1962) y recopilaba 74 casos de lesiones graves demostrando que no eran accidentales, sino producto de acciones deliberadas. Puso un nombre clínico a un hecho socialmente impensable para la mayoría de profesionales: las niñas y niños que atendían estaban siendo brutalmente golpeados en sus hogares.

El síndrome del
niño golpeado

Aprendiendo a mirar

Consignar ese tipo de lesiones bajo un epígrafe médico, permitió a muchos/as profesionales sintonizar con una realidad que hasta ese momento había permanecido invisible. Más y más casos fueron saliendo a la luz, lo que supuso un impulso fundamental para la creación de los sistemas de protección a la infancia actuales. Hasta ese momento, incluso el maltrato físico, el más evidente y visible de las formas de maltrato a la infancia, en el que las secuelas son medibles y palpables, permanecía fuera del radar de los servicios de salud y otros entornos de cuidado de las víctimas.

Una mirada sintonizada

Con el tiempo fueron visibilizándose otras formas de maltrato infantil, como el emocional, la negligencia y el más esquivo de todos, el ASI. En la década de los 70 el psiquiatra Bessel van der Kolk venía de trabajar con veteranos de guerra traumatizados. A su consulta no paraban de llegar personas abusadas sexualmente por sus familiares. Su mirada estaba sintonizada con el trauma y podía percibirlo. Los libros de su época decían que eso solo pasaba a 1 de cada 1.100.000. Reflexionó: o los datos estaban mal o toda la población de EE.UU. se había puesto de acuerdo en acudir a su consulta.

EE.UU. Un macroestudio en el marco de servicios de salud de los Estados Unidos, investigó el impacto de las experiencias infantiles adversas a lo largo de la vida (Edwards, Holden, Felitti, & Anda, 2003). Esto incluía todo tipo de experiencias: divorcios, muertes cercanas, diversas enfermedades y situaciones socio-económicas limitantes, etc. Uno de los datos de mayor impacto, fue el número de casos reportados de ASI:

21'6% de casos reportados de ASI

25,1% mujeres y 17,5% hombres.



Suiza Como ejemplo de un país de la órbita europea, una encuesta nacional en Suiza en 2009 reveló las siguientes cifras acerca de “incidentes de violencia sexual que involucraban contacto físico al menos una vez en la vida”:

22% de niñas y 8% de niños



ASI: cifras en España

Entre un 10% y un 20% de la población española ha sido víctima de abusos sexuales en su infancia antes de los 13 años
(Council of Europe, 2015)

23% de niñas y 15% de niños menores de 17 años en España han sufrido un caso de abuso sexual.

(Félix López et al. 1994)

Un 17,9% de la población universitaria ha sufrido ASI (el 15,5% de los hombres y el 19% de las mujeres)
(Pereira y Forns, 2007)

Un 11,7% de la población española ha padecido ASI (17% mujeres, 6% hombres)
(Informe Defensor del Pueblo 2023)

CIFRAS EN SALUD MENTAL

Diversos estudios muestran una clara correlación entre haber padecido ASI durante la infancia y el diagnóstico de distintos tipos de trastornos de salud mental en la edad adulta. La relación entre ambos hechos suele quedar invisible para las/os profesionales, e incluso para las propias personas supervivientes.

TLP

Diversos estudios indican una correlación considerable entre el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y ASI, hallándose un vínculo entre la presencia de abuso y la severidad de los síntomas (Mosquera et al. 2011). Una revisión lo reseñó como uno de los factores más importantes para su desarrollo (Paris, 2007). Un estudio clásico llegó a cifrar en 92% el número de mujeres con TLP que reportaban trauma sexual o físico en la infancia (Herman et al., 1989). Entre un 40-70% de ASI en personas diagnosticadas según un estudio de Zanarini et al. (2000)

Trastornos de Personalidad grupo B y Trastorno de Personalidad Indiferenciado

(Haj-Yahia, 2003).

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

También se ha establecido una asociación entre ASI y trastornos de alimentación (Brewerton, 2007; Kent & Waller, 2000).

DEPRESIÓN

El ASI incrementa notablemente la posibilidad de padecer depresión en la edad adulta (Mullen et al., 1993; Trickett et al., 2011)

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Clara conexión con el ASI (Putnam, 2003; Carlson & Putnam, 1993; Spiegel et al., 1993).

Trastorno Mental Grave

Se calcula que un 52% de pacientes con patologías mentales severas han padecido agresiones sexuales (Mueser et al., 2004).

PATOLOGÍA DUAL

Un estudio con población drogodependiente encontró una tasa del 57,4% (Hien and Scheier, 1996). Un 72'6% de mujeres diagnosticadas con patología dual reportó haber sido violada y un 67'1% refirió otros contactos sexuales abusivos (McHugo et al, 2005).



ANSIEDAD

Un artículo de revisión establecía un vínculo entre el ASI y los trastornos de ansiedad, incluyendo el trastorno de pánico y la ansiedad generalizada (Priebe & D'Arcy, 2009).

TEPT

También conexión fuerte con los diagnósticos de trastorno de estrés postraumático (Haj-Yahia, 2003; Foa & Rothbaum, 1998).

DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS

Metaanálisis y revisiones más genéricas, establecen una relación clara entre el ASI y recibir un diagnóstico psiquiátrico, así como con una amplia gama de patologías adultas, incluyendo ansiedad, trastornos del estado de ánimo, somatización, abuso de sustancias e ideación suicida, especialmente cuando esto acontece en el contexto intrafamiliar (INSPQ, 2025; Hailes, 2020; Peraire & Martín, 2023).

La evidencia acumulada sobre el impacto del ASI en las últimas décadas ha sido tan sorprendente que se ha llegado a calificar como la causa prevenible más importante de disfunción psicológica.

SILENCIO

Se estima que entre dos y tres cuartas partes de las víctimas no revelan la experiencia hasta llegar a la edad adulta, y entre el 28-60% no lo harán nunca.



(Ullman, 2001)

CERCANÍA

Entre el 70% y el 85% conocen a sus agresores/as. La inmensa mayoría de los niños y niñas son víctimas de personas de confianza.



CREENCIAS ERRÓNEAS FRECUENTES

Prejuicio: Las niñas y los niños mienten sobre el abuso sexual o lo inventan, son fantasiosos/as.

No pueden expresar algo que no conocen o no han vivido. Cualquier revelación de abuso por parte de un niño o niña es una señal de alarma que debe ser atendida e investigada. En el primer instante es clave escuchar sin interrumpirles, mostrar apoyo incondicional, asegurarles protección, no reaccionar dramáticamente ni prometer el secreto y en el caso de hacer preguntas, que sean mínimas y abiertas, del tipo "*me gustaría que me cuentes más*" o "*¿qué pasó después?*".

Prejuicio: En diversas ocasiones, las niñas y niños tienen parte de responsabilidad en el abuso, lo buscan o provocan.

El abuso es un acto de poder y violencia, no una respuesta a la conducta de la víctima. Las personas que abusan son las únicas responsables. El abuso no es culpa de la niña o el niño.

Prejuicio: Los/as agresores/as suelen usar la fuerza física para someter sexualmente a las niñas y niños.

Esa sería la situación más extraña. El proceso usual es que la persona que abusa emplee tácticas de seducción y manipulación, así como juegos, engaños, amenazas o distintas formas de coerción para mantener el silencio. Estas maniobras psicológicas confunden a los niños y niñas y son en gran parte responsables de las secuelas de vergüenza, culpa y desorganización posteriores. Cuanto más claramente se percibe una interacción como un ataque, más fácil es darse cuenta de que el otro es un/a agresor/a y la persona afectada una víctima. La persona que abusa puede manipular para que la víctima crea que el abuso no es tal, sino lo mejor para ella, que es necesario o un acto de amor mientras sucede.

Prejuicio: Quienes lo cometan están locos, son unos monstruos.

No existe un único perfil psicológico del abusador sexual. Pueden pertenecer a cualquier nivel socioeconómico, profesión, género o edad. Suelen pertenecer al entorno de la víctima y pueden ser percibidas en su comunidad como personas amables y respetables.

Prejuicio: Solo se dan en clases sociales bajas.

El abuso sexual puede ocurrir en todos los tipos de estructura familiar. Se trata de un problema que afecta a todos los niveles socioeconómicos, culturales y educativos.

Prejuicio: Si le ocurriera a un niño o niña cercanos, nos enteraríamos.

La realidad es que no son tan fáciles de detectar ni revelar. Los niños y niñas pueden tener dificultades para comprender lo que está sucediendo debido a su edad. A la vez, el secreto, construido mediante la seducción, el engaño o la amenaza, es un factor recurrente en los casos de ASI. Otro ingrediente es que el perfil de las personas agresoras puede ser tan normativo (personas de confianza) que incrementa la posibilidad de que pase desapercibido.

Prejuicio: Los efectos son casi siempre muy graves mientras sucede.

Las manifestaciones del trauma varían enormemente, ya que cada niña o niño procesa el dolor de manera diferente. Algunas personas pueden mostrar síntomas inmediatamente, otras pueden reprimirlos o manifestarlos mucho después. La gravedad de los efectos depende de muchos factores, como la frecuencia, el grado de parentesco o la intensidad.

Prejuicio: El hablar de abuso sexual a los niños y niñas les despertará la curiosidad.

La educación es una de las herramientas más eficaces. Hablar con los niños y niñas de manera adaptada a su edad sobre los "secretos malos", los límites de su cuerpo y en quién pueden confiar favorece que: puedan poner límites, identifiquen situaciones peligrosas y lo revelen si ya ha sucedido. La formación a personas adultas también es fundamental.

Prejuicio: Cuando se abusa sexualmente de una niña o niño suele haber penetración u otras prácticas sexuales consideradas graves.

ASI no solo es penetración. Incluye cualquier actividad sexual abusiva como tocamientos, exhibicionismo e incluso producirse a través de internet con graves consecuencias. Además, en casos de penetración suele existir una preparación progresiva por parte la persona agresora que incluiría juegos sin contacto, tocamientos o masturbaciones previas.

Prejuicio: El abuso sexual es un problema que debe resolver la familia.

Intentar manejar el abuso solo en el ámbito familiar puede llevar a la negación, la culpabilización de la víctima, el encubrimiento del agresor/a y, lo más grave, a la revictimización del niño o niña. La incorporación de profesionales es imprescindible para una verdadera sanación y justicia.

CONSECUENCIAS DEL ASI

Las secuelas que los abusos sexuales infantiles dejan en la vida adulta son muy diversas y pueden variar mucho de una persona a otra, pero gran parte de ellas se podrían resumir en una expresión: **la persona sigue siendo prisionera de su pasado.**

- Es frecuente una intensa **desregulación emocional** y de los impulsos.
- Sentir una **vergüenza intensa** y **culpa** por lo sucedido.
- Estar atrapados en respuestas automáticas y desproporcionadas de **lucha y huida**.
- **Vulnerabilidad adquirida:** sufrir ASI incrementa la probabilidad de padecer otros abusos posteriores.
- Sentirse **congeladas e impotentes** frente a desafíos cotidianos.
- Padecer síntomas **disociativos**, de memoria e identidad.
- **Enfermedades psicosomáticas**.
- Problemas relacionados con la **sexualización traumática**.
- Dificultades para establecer relaciones íntimas de cuidado.
- Usar estrategias para aliviar el malestar que generan más sufrimientos (**adicción a drogas o el juego, conductas de riesgo, autolesiones, prácticas sexuales compulsivas**, etc.)

CLAVES

El trauma sucedió en la infancia, durante un **periodo sensible de maduración** que se vio interferido por el abuso.

Muchas de las figuras abusadoras eran **personas cuidadoras** que debían encarnar lo contrario a un peligro. Un parent, tía o profesor/a, que han de ser fuentes de seguridad para el/la niño/a, fueron fuentes de terror.

La niña o el niño aprendieron que en el mundo **no hay lugares seguros**, que lo mejor es permanecer hipervigilantes el resto de la vida.

La mayoría de los abusos no suceden con agresión explícita, sino a través de la **seducción, el engaño, el juego o el chantaje velado**.

ASI Y ATENCIÓN PROFESIONAL

Muchas de las personas supervivientes tienen serias dificultades para comprender lo sucedido y encontrar vías apropiadas para su recuperación. La invisibilidad del fenómeno de los abusos sexuales en la infancia empeora la situación. No hay referencias para explicarse lo que pasó y cómo aún está afectando a sus vidas.

En ocasiones, la atención profesional también está sesgada por la falta de información, la distorsión y los prejuicios sobre las formas más adecuadas de atender la situación.

Si en algo coinciden los estudios y la experiencia terapéutica de las últimas décadas es en que, independientemente de si las personas afectadas son atendidas en el ámbito sanitario, social, educativo o cualquier otro...

Lo que hace la intervención eficaz es...

"...que la experiencia traumática nunca es percibida como irrelevante para la comprensión y el tratamiento de los problemas conductuales o mentales."

(Courtois y Ford, 2004)

Imaginen que conocen a un hombre de 25 años: *Relación de pareja estable. Hijo de 1 año. Reconocido social y económicamente en su puesto de trabajo. Círculo de amistades consolidado. Tiempo de ocio. Bienestar físico y psicológico.*

Y vuelven a verle con 30 años: *En periodo de separación. Alcoholismo. Desregulación emocional. Ataques de ira y parálisis. Pesadillas recurrentes. Desempleado. Depresión y ataques de pánico recurrentes.*

Y que nadie, ni vosotros/as ni él, mencionan jamás que en ese periodo combatió en una guerra. Eso sucede en muchas ocasiones con el ASI.

Un terremoto sacudió la infancia de las/os supervivientes sin que nadie lo mencione. ¿Cómo explicarse lo que les sucede y lo que sienten?

La mejor forma de prevención: DERRIBAR EL TABÚ

“El primer paso hacia la prevención y la prestación de servicios de apoyo para las jóvenes que sufrido abusos es poner al descubierto dichos abusos... El incesto no es un tabú. Mas bien diría que el tabú es hablar del incesto.”

Miriam Saphira. *The Sexual Abuse Children.*

El abuso sexual no comenzó a ser tratado abiertamente en los medios hasta hace relativamente poco y por lo general con timidez...

El abuso sexual es mucho más frecuente que el asesinato, pero enciendan la televisión cualquier noche, abran una novela o vayan al cine y ¿qué es lo que se van a encontrar? Sin embargo, hablar sobre asesinatos no es un tabú...

El hecho es que, debido a que los medios optan en su mayoría por ignorarlos, los abusos pueden continuar sin trabas...

Cuanto más se trate el abuso infantil, tanto en la sociedad como en la ficción, sea el medio que sea, más probable será que víctimas se den cuenta de que se trata de algo que sucede a menudo y que pueden denunciarlo, ser tomados en serio y dejar de sufrirlo”.

Bryan Talbot. *Autor del cómic “Una rata mala” sobre el proceso de recuperación de ASI.*

«La visión social que hay sobre el abuso sexual a menores hace un daño terrible. Además, es muy distinta a la existente, por ejemplo, hacia situaciones de maltrato físico ... El ASI una bomba que toca temas delicados y rompe tres mitos: infancia, sexo y familia».

Noemí Pereda en prensa.

El abuso sexual infantil no es algo que afecta a otras personas, otras familias, otros colegios, otros barrios, otros países, otras economías, otros niveles culturales, otros contextos.

El abuso sexual infantil es un fenómeno colectivo que nos atañe a tod@s sin excepción

El ASI representa uno de los traumas más invisibles, pero a la vez, y quizá por ello, más dolorosos de asumir. Es perpetrado sobre seres impotentes por personas que, en muchos casos, habían de velar por su seguridad, facilitar su desarrollo e integrarlos en la comunidad.

A partir de ahora podemos hacer muchas cosas: ignorar todo esto y mirar a otro lugar; entrar en pánico y que la impotencia nos sobrepase (“yo no puedo hacer nada”); sucumbir al cinismo o...

ACEPTAR LA RESPONSABILIDAD

Cada abuso sexual infantil es un fracaso colectivo de lo humano. Simplemente **sintonizar con su realidad**, leer esta guía, saber de qué se trata, tenerlo en mente, puede marcar una enorme diferencia, no sólo en personas concretas, sino también a nivel colectivo.

Gracias por llegar hasta aquí



Bibliografía citada

- Brewerton, T. D. (2007). *Eating disorders, trauma, and comorbidity: Focus on PTSD*. *Eating Disorders*, 15(4), 285–304. <https://doi.org/10.1080/10640260701454311>
- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). *An update on the Dissociative Experiences Scale*. *Dissociation: Progress in the Disaggregation of Identity*, 6(1), 16–27.
- Council of Europe. (2010). *One in five: Campaign to stop sexual violence against children*. https://www.coe.int/t/dg3/children/news/sexual%20violence/campaignlaunching_en.asp
- Courtois, Ch. A. (2004). *Complex trauma, complex reactions, assessment and treatment*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice*, 41(4), 412–425.
- Defensor del Pueblo. (2023). *Informe sobre los abusos sexuales en el ámbito de la Iglesia católica y el papel de los poderes públicos*. https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2023/10/INFORME_abusos_Iglesia_catolica.pdf
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). *Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the Adverse Childhood Experiences Study*. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453–1460. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1453>
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. The Guilford Press.
- Freedman, A. M., Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (Eds.). (1975). *Comprehensive textbook of psychiatry II* (2nd ed.). Williams & Wilkins.
- Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). *Long-term outcomes of childhood sexual abuse: An umbrella review*. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 830–839. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)
- Haj-Yahia, M. M. (2003). *The effect of self-disclosure of child sexual abuse on the psychological distress of female victims*. *Child Abuse & Neglect*, 27(6), 629–647. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(03\)00067-X](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(03)00067-X)
- Hien, D., & Scheier, J. (1996). *Trauma and short-term outcome for women in detoxification*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(3), 227–231.
- INSPQ – Institut national de santé publique du Québec. (2025). *Online sexual exploitation of children and youth* (Publication September). <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3708-online-sexual-exploitation-children-youth.pdf>
- Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., & Silver, H. K. (1962). *The battered-child syndrome*. *Journal of the American Medical Association*, 181(1), 17–24.
- Kent, A., & Waller, G. (2000). *Childhood emotional abuse and eating psychopathology*. *Clinical Psychology Review*, 20(7), 887–903. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00018-5](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00018-5)
- López, F., Carpintero, E., Hernández, A., Martín, M. J., & Fuertes, A. (1995). *Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España*. *Child Abuse & Neglect*, 19(9), 1039–1050. [http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00066-H](http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134(95)00066-H)
- Martín, R. V., Peraire, M., de la Muela, J. M. B., et al. (2023). *Transgender individuals are at higher risk for suicidal ideation and preparation than cisgender individuals in substance use treatment*. *Frontiers in Psychiatry*, 14, Artículo 1225673. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1225673>
- McHugo, G. J., Caspi, Y., Kammerer, N., Mazelis, R., Jackson, E. W., Russell, L., Clark, C., Liebschutz, J., & Kimerling, R. (2005). *The assessment of trauma history in women with co-occurring substance abuse and mental disorders and a history of interpersonal violence*. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 32(2), 113–127. <http://dx.doi.org/10.1097/00075484-200504000-00002>
- Mosquera, D., Gonzalez, A., & Hart, O. (2011). *Trastorno límite de la personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad*. *Revista Persona*, 11, 10–40.
- Mueser, K. T., Salyers, M. P., Rosenberg, S. D., Goodman, L. A., Essock, S. M., Osher, F. C., Swartz, M. S., Butterfield, M. I., & 5 Site Health and Risk Study Research Committee. (2004). *Interpersonal trauma and posttraumatic stress disorder in patients with severe mental illness: Demographic, clinical, and health correlates*. *Schizophrenia Bulletin*, 30(1), 45–57. <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007067>
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1993). *Childhood sexual abuse and mental health in adult life*. *The British Journal of Psychiatry*, 163, 721–732. <https://doi.org/10.1192/bjp.163.6.721>
- Orjuela, L., & Rodríguez, V. (2012). *Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Guía de material básico para la formación de profesionales*. Save the Children.
- Paris, J. (2007). *Childhood trauma as a risk factor for borderline personality disorder*. *Psychiatric Annals*, 37(4), 226–231. <https://doi.org/10.3928/00485713-20070401-08>
- Pereda, N., & Forns, M. (2007). *Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles*. *Child Abuse & Neglect*, 31(4), 417–426. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chab.2006.08.010>
- Priebe, K., & D'Arcy, C. (2009). *Childhood sexual abuse differentially predicts outcome of cognitive-behavioral therapy for deliberate self-harm*. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(6), 455–457. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181a620c8>
- Putnam, F. W. (2003). *Ten-year research update review: Child sexual abuse*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269–278. <https://doi.org/10.1097/00004583-200303000-00006>
- Saphira, M. (1985). *The sexual abuse of children*. Papers Inc.
- Save the Children. (2021). *Los abusos sexuales hacia la infancia en España*. https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-11/Los_abusos_sexuales_hacia_la_infancia_en_ESP.pdf
- Spiegel, D., Koopman, C., Palesh, O., & Horton, C. (1993). *Dissociative symptoms in patients with cancer*. *Journal of Traumatic Stress*, 6(4), 523–531. <https://doi.org/10.1002/jts.2490060408>
- Talbot, B. (2013). *El cuento de una rata mala* (O. Palmer, Trad.). Astiberri Ediciones. (Obra original publicada en 1995).
- Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). *The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study*. *Development and Psychopathology*, 23(2), 453–476. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000174>
- UNICEF. (2024). *When numbers demand action: Confronting the global scale of sexual violence against children*. <https://data.unicef.org/resources/when-numbers-demand-action/>
- van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta*. Editorial Eleftheria.
- Zanarini, M. C. (2000). *Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder*. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 89–101. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70145-3](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70145-3)

Puede encontrar más información en
www.avasis.es

AVASIS
es una asociación que agrupa a personas
adultas supervivientes de abuso sexual
infantil

Allí encontrará posibilidades de acción, otras
guías que amplían información a personas
supervivientes, familiares y profesionales,
así como el directorio de otras asociaciones
afines en España.

*Leer esta guía ya es un importante
acto de prevención*

¿Estamos preparados para la realidad? El Abuso Sexual Infantil (ASI) es un fenómeno global que permanece oculto tras prejuicios, el tabú y la falta de información.

Esta guía te ofrece las herramientas para pasar de la inacción a la protección responsable:

DESCUBRE: La magnitud real del problema con las cifras y estadísticas más recientes de organismos internacionales (UNICEF, Consejo de Europa).

DESMONTA: Los mitos peligrosos sobre el perfil del abusador (la realidad es que suele ser alguien cercano) y la culpabilidad de la víctima (hay que comprender que nunca es su responsabilidad).

ACTÚA: Conoce las secuelas invisibles en la vida adulta y la clave esencial para un acompañamiento efectivo.

Cada caso de ASI es un fracaso colectivo. Aceptar esta responsabilidad es el primer paso para proteger y sanar.

Leer esta guía ya es un importante acto de prevención.



con la colaboración de

